Association Marocaine de
Planification Familiale
Organisation Marocaine
Des droits en SSR
Reconnue d'Utilité Publique
(Décret n° 2-72-477 du 8/6/72)

الجمعية المغربية لتنظيم الأسرة
المنظمة المغربية للحقوق
في الصحة الجنسية و الإنجابية
معترف لها بذات المنفعة العامة
مرسوم رقم 2-72-477 بتاريخ 72/6/8

Synthèse de la mise en œuvre par le Maroc des recommandations de l'EPU relative à la situation des droits à la santé sexuelle et reproductive

Elaborée en coordination avec des ONG : La Ligue Marocaine de Lutte contre les MST-L.M.L.M.S.T ; L'Union Nationale des Femmes du Maroc-UNFM ; L'Association Marocaine de Lutte contre l'Avortement Clandestin –AMLAC ; L'Association Démocratique des Femmes du Maroc –ADFM

Juin 2016

Sommaire

1. Santé, mortalité et morbidité maternelles, néonatales et infanto juvéniles.....5
1.1 Etat des lieux.....5
1.2 Cadre institutionnel.....7
1.3 Politiques publiques.....7
1.4 Recommandations.....8
2 . La protection et la promotion des droits des femmes et des enfants.....9
2.1 Etat des lieux.....9
2.2 Recommandations :.....10
3 .Violence à l'encontre des femmes.....10
3.1 Etat des lieux.....10
3.2 Cadre juridique.....11
3.3 Politiques publiques.....11
3.4 Recommandations.....11
4. Violence sexuelle envers les enfants et les mariages des mineurs.....12
4.1 Etat des lieux.....12
4.2 Recommandations.....12
Liste des abréviations.....13

1. Santé, mortalité et morbidité maternelles, néonatales et infanto juvéniles

Recommandations acceptées par le Maroc réf : A/HRC/21/3 (juillet 2012) : 2 ;10 ;36 ; ;41 ; 42 ; 78 ; 88 ; 93 ; 97 ;98 ;102 ;103 ;104 ;105 ; 106 ;113 ; 114 ; 118 ;119 ; 120 ;122 ; 128 ;129 ; concernent l'accès à la santé, l'accès aux soins obstétriques prénatals et néonatals et le nombre d'accouchements sous surveillance médicale ou paramédicale, notamment en milieu rural ; la réduction du taux de mortalité maternelle et infantile ;la planification familiale et la mise en œuvre de la stratégie du Ministère de la santé en matière de santé reproductive. Sont également traités dans ce chapitre les aspects liés au problème de l'infertilité, des cancers du sein et du col de l'utérus, de l'avortement, de la ménopause, du VIH/SIDA

, des jeunes et adolescents, de la santé des PSH, des migrants, en tant que composantes de la santé sexuelle et reproductive.

1.1 Etat des lieux

1.1.1 Le droit à la santé est explicitement consacré dans la constitution marocaine (2011), notamment à travers l'article 31 qui stipule la jouissance aux droits à la santé et la protection sociale. Le contexte sanitaire actuel au Maroc, malgré l'élargissement de l'accès des citoyens et citoyennes aux services de santé et des progrès réalisés, les principaux indicateurs relatifs à la santé reproductive restent en deçà de ceux enregistrés par les pays à niveau de développement comparable.

1.1.2 Ainsi, la mortalité maternelle a connu une baisse importante. Elle est passée de 227 décès pour 100 000 naissances vivantes (NV) en 2004 à 112 décès pour 100 000 NV en 2010), soit un recul de 50,7% par rapport à 2003-2004. En dépit de ces améliorations, la mortalité maternelle reste encore élevée du fait que 92% des décès enregistrés pourraient être évités. La plupart de ces décès sont causés par un manque de soins adéquats au moment de la naissance, surtout dans le milieu rural (148 décès maternels pour 100 000 NV en milieu rural contre 73 dans le milieu urbain).

1.1.3. La mortalité infantile est passée de 57 pour mille NV en 1991 à 40 en 2003 et à 28,8 pour mille NV en 2011, soit une régression respective de 30% et de 28%. La composante mortalité néonatale n'a pas connu une baisse significative. Son taux est passé de 27‰ entre 1987/91 et 1999/03, à 21,7‰ pour 2007-11 (18,3‰ en milieu urbain et 24,7‰ en milieu rural).

1.1.4 En termes de planification familiale (PF), le ministère de la santé a mis en place des stratégies et des programmes d'action et de prestations de services intégrés. En termes d'impact, la contribution de ces programmes a fait que la fécondité a atteint des phases avancées de transition démographique avec un indice synthétique de fécondité (ISF) qui est passé de 2,6 enfants par femme en 2011 à 2,1 en 2014, avec un taux de 67,4% de prévalence contraceptive en 2011 et une réduction des besoins non satisfaits en PF passant de 19,7% en 1992 à 10,9%. Néanmoins les besoins non satisfaits restent relativement élevés (près de 11%) et les méthodes modernes utilisées ne constituent que 57%, alors que 10% de femmes mariées en âge de reproduction utilisent des méthodes traditionnelles.

1.1.5. Les données de l'enquête démographique et de santé de 2011 montrent que les grossesses non désirées sont de l'ordre de 25 % chez les femmes mariées, ce qui demeure un taux élevé. Tout comme le taux d'échec de la contraception qui est de 27%, (normes de l'OMS : 4,7%). 85% des femmes du milieu urbain bénéficient des soins de santé reproductive contre 48% en milieu rural. Ces services ne ciblent que les femmes mariées en âge de reproduction (15-49 ans) et excluent généralement les femmes non mariées. En l'absence de moyens suffisants répondant aux normes requises de qualité et d'accès limité à l'information en matière de planification familiale, nombre de femmes et d'adolescentes courent le risque

d'avoir des grossesses non désirées et de recourir à l'avortement souvent dans des conditions précaires.

Au Maroc, on ne dispose pas de données sur l'ampleur de l'avortement. Une étude documentaire analytique sur l'avortement à risque au Maroc réalisée sur la base d'une méta-analyse des sources et des données et la comparaison avec des pays similaires permettraient de dire que le taux d'avortement se situerait entre 5 à 8 avortements pour 1000 femmes (15-44 ans) et donc le nombre annuel d'avortements serait entre 50 000 à 80 000 (150 à 200 avortement /jour). Une autre source situerait ces avortements entre 600 à 800/ jour (selon AMLAC, docti news, 2016).

1.1.6 Au Maroc, le code pénal incrimine et pénalise sévèrement l'interruption volontaire de la grossesse, sauf pour l'avortement thérapeutique (lorsque la vie ou la santé de la mère sont mis en danger). Cette législation restrictive interdit aux femmes en état de grossesses non désirées de bénéficier des services de santé publique et les contraignent à mettre fin à leurs grossesses dans des conditions illégales.

A l'initiative de la société civile, un débat national a été organisé par le ministère de la santé sur l'avortement et qui a divisé l'opinion publique marocaine, ce qui a suscité une intervention royale dans la perspective de l'élargissement légal de l'autorisation d'avorter dans certaines situations. Aussi, le projet de réforme du code pénal, présenté en mai 2016 au conseil de gouvernement, ramène de nouvelles dispositions sur l'interruption de grossesse à intégrer dans l'article 453 de ce code. Il s'agit des cas suivants : (i) le premier concerne les grossesses résultant d'un viol ou d'un crime d'inceste ; (ii) le deuxième cas où l'avortement est autorisé concerne les femmes atteintes de troubles mentaux. Enfin, (iii) en cas de malformation fœtale (maladie génétique ou malformation grave du fœtus qui ne peut être traitée).

Cependant, malgré ces nouvelles dispositions, celles-ci restent en deçà des attentes revendiquées par la société civile qui continue à mobiliser autour de cette problématique et à interpeller les pouvoirs publics pour une réforme plus approfondie.

1.1.7. Quant au problème de l'infertilité, 15% des couples en âge de procréer sont concernés. Le vécu de l'infertilité est durement ressenti notamment par la femme, même si la cause est masculine. Cependant, une frange de la société démontre un fort intérêt taux traitements, bien que le remboursement limité des frais de la FIV et son coût de revient élevé restent largement dissuasifs pour les demandeurs.

1.1.8 Les cancers du sein et du col de l'utérus, constituent un véritable problème de santé publique. Le cancer du sein est la cause la plus fréquente de mortalité chez les femmes de 35 à 55 ans. Son incidence est de 36,14%. Deux tiers des cas du cancer du col de l'utérus sont diagnostiqués et pris en charge à un stade avancé.

1.1.9 Au sujet de la ménopause et les problèmes qui en résultent, elle est traditionnellement acceptée comme un phénomène physiologique normal (près de 3 millions de femmes sont concernées, 2010) et le ministère de la santé ne dispose pas encore de stratégie pour la prévention et la prise en charge des morbidités liées à cette période de vie.

1.1.10 La prévalence du VIH au niveau national, ne dépasse pas 0,15% selon les dernières estimations du ministère de la santé. Le taux des personnes vivants avec le VIH a atteint 71%,

dont la majorité sont des adultes âgés entre 25 et 44 ans et 2% sont des enfants. L'analyse des cas de VIH/SIDA selon le genre montre une augmentation de la proportion des femmes qui a atteint près de 49% au cours des cinq dernières années dont 70,7 % des femmes sont infectées par leur conjoint, ce qui montre la grande vulnérabilité de la population féminine.

1.1.11 Les jeunes et les adolescents au Maroc, restent une catégorie vulnérable, exposée à de nombreux risques. L'étude menée par le ministère de la santé a fait ressortir que 48.9% de la population des jeunes, de 15 ans et plus, présentent un trouble psychique tel que l'insomnie, l'anxiété et la dépression. Les jeunes au Maroc ont également une faible connaissance des IST (hors SIDA). Leur accès aux soins reste encore difficile, particulièrement dans le milieu rural.

1.1.12 Le problème des grossesses précoces reste également préoccupant, en raison des risques qu'il comporte pour la santé de la mère et de son enfant. Selon une étude réalisée par le ministère de la santé auprès des jeunes filles âgées de 15 à 24 ans ayant eu des relations sexuelles, 7.9% parmi elles avaient déjà eu des grossesses non désirées et dont 70% ont déclaré avoir subit un avortement.

1.1.13 60,8% des personnes en situation de handicap (PSH) n'accèdent pas aux soins généraux offerts par le système de santé. La protection sociale, la couverture médicale et la solidarité mutualiste ne sont accessibles qu'à une minorité (34.1%). Cependant, l'accès à ces régimes tend à s'améliorer, avec la généralisation du Régime d'Assistance Médicale (RAMED). Quant au taux de la fécondité chez les femmes en situation de handicap, il est plus faible que celui des femmes qui ne souffrent pas de handicap. L'écart, en faveur de ces dernières, peut atteindre jusqu'à 78% au niveau des âges variant entre 25 et 34 ans.

1.1.14 Le Maroc connait un nombre croissant d'étrangers, en particulier subsahariens. A ce jour, aucune statistique officielle n'est disponible pour mesurer le taux d'accès de cette catégorie de la population aux services de soins. Néanmoins, les déclarations officielles du ministère de la santé annoncent que 90% des migrants ont accès aux services de soins, 95% des migrantes accouchent dans les services de santé et 90% des enfants bénéficient de prestations de vaccination dans les ESSB.

1.2 Cadre institutionnel

1.2.1 Le système de santé au Maroc est marqué par une prédominance du secteur public et caractérisé par une insuffisance de développement des services périphériques et par le manque de coordination et de communication effective entre les différents niveaux de soins et ce malgré un processus de déconcentration engagé depuis 2008.

1.2.2 Les organisations de la société civile (ex : AMPF, LMST, OPALS, ALCS, UNFM, Fondation Lalla Selma, AMLAC…) apportent une contribution active aux politiques et programmes de la santé publique en général et à ceux de la santé reproductive en particulier. Cependant, l'impact de leurs actions n'est pas évalué à sa juste mesure, et leur contribution effective ne ressort pas dans les rapports officiels.

1.3 Politiques publiques

1.3.1 Le gouvernement marocain, pour faire face à la pression croissante de la demande des services de santé a mis en place un ensemble de stratégies et de plans d'actions dont une stratégie nationale dédiée à la santé de la reproduction (2011-2020).Cette stratégie se fonde sur les principes suivants : le respect des droits en matière de procréation ; l'équité en matière

d'accès de la population à des services de santé reproductive ; l'optimisation des ressources ; la continuité des soins et la programmation centrée sur les besoins de la population. Cette stratégie vise également le changement de structure contraceptive qui reste dominée par la contraception hormonale orale (prévalence de 48,4% conte 4.2% pour le DIU), la réduction des besoins non satisfait et le renforcement de la diversification de l'offre des contraceptifs.

1.3.2 Pour renforcer le processus de réduction de la mortalité maternelle et néonatale, le ministère de la santé a mis en place un plan d'action 2012-2016 qui s'est fixé comme objectif, la réduction de la mortalité maternelle de 112 à 50 décès pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité néonatale de 19 à 12 pour mille naissances vivantes d'ici la fin de l'année 2016.

1.3.3 Suite à l'intégration progressive de la détection précoce des cancers du sein et de l'utérus dans les SSP en 2010, le ministère de la santé a en 2012, procédé à l'institutionnalisation d'un programme national de détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus.

1.3.4 En matière de lutte contre le VIH/ SIDA, un plan stratégique national (2012-2016) a également été mis en place, qui vise l'accès universel à des services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui. La finalité de ce plan est de converger vers zéro nouvelle infection, zéro décès et zéro discrimination liés au SIDA au Maroc. Parmi les interventions majeures réalisées dans le cadre de cette stratégie, la mise en place d'un plan national d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (2012-2016).

1.3.5 En 2014, une stratégie nationale sur les droits humains et VIH/SIDA a été réalisée par le ministère de la santé en collaboration avec le conseil national des droits de l'Homme (CNDH) et dont le principal objectif, est la réduction de la discrimination et la stigmatisation à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et les personnes les plus exposées au risque du VIH et intégrant l'approche droit et l'approche genre.

1.4 Recommandations

Au niveau institutionnel :

- Assurer une meilleure répartition des structures, unités et effectifs du personnel médical et paramédical en vue de garantir l'équité en matière d'accès de la population à des services de santé reproductive de qualité ;
- Renforcer la coordination entre les programmes traitant des différentes composantes de la santé de la reproduction (santé maternelle et infantile, planification familiale, cancers du col et de l'utérus, IST-VIH-SIDA, VFG etc.) ;
- Mettre en place des actions et des mesures qui privilégient les populations rurales, les adolescents et jeunes, les PSH et les migrants, ainsi que les populations vulnérables aux risques liés à la santé sexuelle et reproductive ;
- Assurer l'élargissement et l'effectivité de la gratuité des services sanitaires relatifs à la santé reproductive à tous les niveaux du système de santé publique ;
- Renforcer l'accès et la disponibilité de l'offre de soins pour la détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus ; et l'accès universel à des services de prévention, de traitement, de prise en charge en matière de VIH et élargir l'offre de dépistage ;
- Renforcer en étroite collaboration avec la société civile, l'assistance humanitaire et psycho médicale aux migrants, notamment en réponse à leurs besoins en SSR ;

- Evaluer l'impact de l'action des organisations de la société civile notamment celles qui agissent dans le cadre de la SSR (planification familiale, IST, VIH-SIDA, cancers génitaux etc.).

En termes de politiques publiques

- Veiller à ce que la parité et le concept de « santé de la femme » (au lieu de santé de la mère) soient Intégrés dans toutes politiques de santé en général et de santé sexuelle et reproductive en particulier ;
- Elargir et faciliter l'accès universel à la contraception notamment de longue durée et y compris la contraception d'urgence ;
- Intégrer les produits/médicaments essentiels à la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent aux listes nationales des médicaments essentiels et veiller à leur approvisionnement à tous les niveaux du système de la santé ;
- Prendre en considération dans les prochaines enquêtes de santé, les femmes en âge de reproduction (FAR) et ne pas se limiter aux femmes mariées en âge de reproduction (FMAR) ;
- Accorder une place prioritaire à la prévention des grossesses non désirées, par la planification familiale et l'éducation sexuelle complète des jeunes et adolescents ;
- Renforcer et multiplier les campagnes de sensibilisation à l'égard de la population quant au problème de l'infertilité et des possibilités de traitement ;
- Mettre en place, en collaboration avec les acteurs de la société civile (démarche participative tel que stipulé par l'article 12 de la constitution), une stratégie nationale inclusive d'éducation sexuelle et de reproduction ;
- Procéder à la révision de l'article 449 et 458 du code pénal avec une optique moins restrictive, élargie au concept « santé de la femme » et un assouplissement des mesures et conditions d'accès ;
- Mettre en place un plan de communication adapté pour la vulgarisation des nouvelles dispositions législatives de l'avortement à l'intention des professionnels de la justice, de la santé, de la société civile, et de la population… etc. ;
- Renforcer la connaissance sur la problématique de l'avortement, en effectuant des études approfondies, multidimensionnelles intégrant les questions liées à la PF et à la santé de la reproduction.

2 . La protection et la promotion des droits des femmes et des enfants

Recommandations acceptées par le Maroc réf : A/HRC/21/3 (6 juillet 2012) : 7 ; 27 ; 41 ; 64 et 129 concernent la question de la protection et promotion des droits des femmes et des enfants.

2.1 Etat des lieux

2.1.1 Selon les derniers chiffres officiels du HCP, la proportion des célibataires au Maroc a atteint 40, 9% en 2014 chez les hommes et 28,9% chez les femmes, elle est plus marquée parmi les jeunes et la part des femmes célibataires âgées de 25 à 29 ans a atteint 32, 66%. L'absence de l'information sexuelle et de la sensibilisation à la santé reproductive, l'âge

d'entrée tardive au mariage a exposé la population célibataire en âge de reproduction à plusieurs risques en relation avec la sexualité, dont principalement, les infections sexuellement transmissibles, les grossesses précoces ou non désirées, et l'avortement à risque.

2.1.2 En termes de répercussion sociale, cet état des lieux a généré une situation de précarité des mères célibataires. Les statistiques en 2011 ont enregistré que 50 000 marocaines âgées de 15 à 19 ans ont donné naissance à un enfant. Les filles mineures tombent enceinte en général à cause de leur vulnérabilité liée à la pauvreté, au mariage forcé et aux relations sexuelles imposées par la violence.

2.1.3. Une étude sur les mères célibataires (2002) indique que 41% des mères célibataires ont occupé un emploi de domestique, et pour près de 40% d'entre elles, avant l'âge de 15 ans. La mère célibataire au Maroc est concernée par deux secteurs du droit : le code de la famille et le code pénal.

2.1.4 L'exposition des travailleuses domestiques à la violence sexuelle est due principalement au vide juridique dont souffre le statut de cette catégorie. Et ce, en dépit de la clause du code du travail (article 4) qui stipule depuis 2004, la promulgation d'une loi spéciale déterminant les conditions d'emploi et de travail des employées domestiques. En juin 2016, le parlement marocain a adopté, dans un contexte marqué par une forte polémique autour de l'âge minimal de travail qu'il faudrait adopter, la loi n° 19-12 qui prévoit de relever automatiquement l'âge minium des travailleurs domestiques de 16 à 18 ans cinq années après l'adoption de ce texte de loi.

2.2 Recommandations :

- Apporter un amendement au code de la famille dans le sens de permettre à la mère célibataire de transmettre son nom à son enfant et ré amender l'article 490 du code pénal dans le sens de garantir une immunité au profit de la mère célibataire;
- Mettre en place toutes les mesures institutionnelles et procédurales qui permettraient que la loi n°19.12, relatif au travail des employés, contribue effectivement et efficacement à la protection des droits des travailleuses domestiques notamment leur protection de la violence sexuelle;
- Entreprendre des actions de sensibilisation et d'information qui ciblent principalement les éducateurs, les oulémas, les morchidates, les magistrats/juges, les médias, etc..;
- Mettre en place des mesures d'accompagnement et de protection appropriées à la mère célibataire et à son enfant et appuyer les ONG qui agissent dans le domaine de la protection et de la prise en charge des mères célibataires.

3 .Violence à l'encontre des femmes

Recommandations acceptées par le Maroc réf :A/HRC/21/3 (6 juillet 2012) :11 ; 12 ;13 ;14 :16 ;17 ;21 ;22 ; 23 ; 24 ; ;26 ;39 ;51 ; 54 ;55 ;57 ; 63 ;64 ;65 ; 67 ; 68 ;73 ;74 ;75 ;76 ; 129relatives à la promotion de l'égalité et la parité des sexes et à la prévention à la protection de la violence à l'égard des femmes.

3.1 Etat des lieux

Au Maroc, les chiffres rendus publics par le HCP en 2011 faisaient état d'un taux de 62,8% de femmes âgées de 18 à 64 ans qui avaient été victimes de violence au cours de l'année qui a précédé le lancement de l'enquête de l'HCP. Plus de la moitié de ces actes (55%) avaient été

perpétrés par l'époux de la victime et 23% de ces femmes ont subi un acte de violence sexuelle à un moment ou à un autre de leur vie.

3.2 Cadre juridique

3.2.1 Le viol conjugal n'est pas incriminé par la législation pénale au Maroc. On peut relever l'abrogation en février 2014 du deuxième alinéa de l'article 475 du code pénal. Mais le cadre juridique actuel en matière de lutte contre les violences à l'encontre des femmes est caractérisé par de nombreuses lacunes notamment par l'absence de législation spécifique couvrant la violence domestique qui est abordée à travers des dispositions générales du Code pénal.

3.2.2 En plus de la modification de l'article 475, en août 2013 une loi a été promulguée en éliminant les articles 494, 495, et 496 du Code pénal, qui avait criminalisé le déplacement, l'hébergement ou l'enlèvement d'une femme mariée et effectivement rendant il légaux les abris pour les femmes victimes de violence

3.2.3 Un nouveau projet de loi relatif à la violence à l'encontre des femmes a été présenté au Conseil de gouvernement le 17 mars 2016. Ce texte prévoit la mise en place d'une définition « claire et précise » des actes et des comportements de violence à l'égard des femmes qui permettrait d'incriminer les actes en question et de les sanctionner. Sont également envisagés dans ce projet l'incrimination du harcèlement sexuel ainsi que des mesures préventives à caractère urgent dans le cadre de la procédure pénale. Toutefois, ce projet n'apporte aucune réponse juridique au viol conjugal et reste peu conforme aux dispositions constitutionnelles et aux engagements du Maroc en matière de droits des femmes.

3.2.4 Les centres d'écoute et de soutien des femmes victimes de violence et les centres d'hébergement existants mis en place principalement par la société civile en l'occurrence les associations de défense des droits des femmes se trouvent confrontés à l'absence de statut juridique légal d'où l'absence d'une vision globale de prise en charge ; accentuée par des difficultés de disponibilité de ressources humaines et matérielles pouvant garantir une gestion efficace. Le travail et l'impact des associations notamment de défense des droits des femmes très actives dans ce domaine ne sont pas évalués de manière significative par les politiques publiques.

3.3 Politiques publiques

Les pouvoirs publics ont mis en place plusieurs initiatives positives visant à lutter contre les VFG durant les dernières années. Pour autant, ces initiatives ne peuvent occulter les limites des politiques publiques en la matière, eu égard à l'ampleur des violences telle qu'elles sont mises en évidence par l'ENPVEF et à la tendance des victimes des violences à ne pas en témoigner sous la pression des contraintes sociales, de la pudeur ou de la peur des représailles.

3.4 Recommandations

- Accélérer la promulgation de la loi relative à la violence à l'encontre des femmes, en adoptant la définition de la violence fondée sur le genre telle que consacrée au niveau

international ; et en reconnaissant la violence fondée sur le genre comme problème de santé;

- Garantir le suivi /évaluation de la mise en œuvre de la loi sur la lutte contre les violences à l'encontre des femmes, par la mise en place de mécanismes de veille, de suivi et de coordination entre les différents intervenants institutionnels et de la société civile.
- Éliminer les dispositions législatives, réglementaires discriminatoires, dégradantes ou humiliantes à l'encontre des femmes contenues dans les politiques publiques ;
- Doter d'un statut juridique les centres d'accueil/d'écoute/ d'hébergement des femmes victimes de violence, et leur fournir des moyens financiers, humains et de sécurité ;
- Renforcer la prise en charge des victimes/survivantes à la violence par la mise en place de chaînes de services de qualité institutionnalisées et coordonnées dotées de ressources humaines et matérielles adéquates ;
- Mettre en place une politique de sensibilisation aux droits des femmes et à la culture de l'égalité, afin de renforcer la prise de conscience de l'opinion publique sur la question de la violence basée sur le genre.

4. Violence sexuelle envers les enfants et les mariages des mineurs

Recommandations acceptées par le Maroc réf : A/ HRC/21/3 (6 juillet 2012) :8 ; 25 ; 51 ;54 ;61 ;62 ;63 ; 65 ;131 ;132 ;136 ;139 ; relatives à la violence sexuelle envers les enfants et au mariage des mineurs.

4.1 Etat des lieux

4.1.1 Selon des données du Ministère de la Justice et des Libertés, la violence sexuelle sur mineurs représente 26% des cas traités entre 2010 et 2012. La Direction Générale de la Sûreté Nationale (DGSN), a quant à elle enregistré 28,66% des cas entre 2007 et 2012. Selon la même source, la violence sexuelle touche d'avantage les filles, 11 599 cas de violence sexuelle sur mineurs ont été enregistrés de 2007 à 2012, dont 8 129 filles (70%) contre 3 470 garçons (30%).

4.1.2 Concernant les mariages précoces, ils enregistrent une nette progression au Maroc. En 2013, 35152 actes de mariage ont été conclus contre 18341 actes en 2004, soit une progression de 91,6%. Plus préoccupant encore, les autorisations délivrées par les juges, au lieu de régresser, elles ont enregistré une hausse continue, passant de 88,8% en 2006 à 92.2% en 2010 et 85,5% en 2013.

4.2 Recommandations

Au niveau politique et institutionnel :

- Mettre en place une politique publique intégrée de protection de l'enfance, avec une dotation suffisante en moyens financiers, humains et une implication du secteur privé et de la société civile et assurer son suivi ;
- Renforcer les compétences des professionnels intervenant auprès des enfants et la mise en réseau des acteurs intervenant dans la prise en charge ;
- Prendre des mesures de protection sociale qui agissent contre tous les facteurs de vulnérabilité et de fragilité qui accroissent les risques d'être victime de violence sexuelle;
- Promouvoir la culture des droits de l'enfant au sein de la famille, de la communauté et de l'environnement de l'enfant en général.

Au niveau législatif

- Poursuivre l'harmonisation de la législation nationale avec les conventions et standards internationaux relatifs à la protection des enfants contre l'exploitation et les abus sexuels ;
- Garantir la mise en œuvre stricte de l'âge minimum au mariage (18 ans) en supprimant le pouvoir de dérogation accordé aux juges en cas de mariage de mineurs (article 20 du code de la famille) et en prévoyant dans un article distinct des sanctions du représentant légal du mineur en cas de non-respect de cette disposition

Liste des abréviations

ARV : Antirétroviraux".

CEDEF : Convention de lutte contre toute les formes de discrimination à l'égard des femmes.

CIDE : Convention internationale relative aux droits de l'enfant.

CIPD : Conférence internationale sur la population et le développement

CNDH : Conseil National des Droits de l'Homme .

CNOPS : Caisse Nationale des Organismes de Prévoyances Sociales.

DELM : Direction de l'Épidémiologie et de la lutte contre les maladies.

DGSN : Direction Général de la sûreté Nationale.

ENDPR : Enquête Nationale à Passages Répétés

EPS : Enquête sur la Population et la Santé

EPSF : Enquête sur la Population et la Santé Familiale

ENPVEF : Enquête nationale sur la prévalence de la violence à l'égard des femmes,2009

ESSB : Réseau des établissements de soins de santé de base

FIV : Fécondation in vitro

HCP : Haut-Commissariat au Plan

IPPF : International Planned Parenthood Federation

IST : Infections sexuellement transmissibles

IVG : Interruption volontaire de la grossesse

MENA: Middle East &North Africa

NV : Naissances Vivantes

ODD : Objectifs du développement durable

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONLVF : Observatoire national de lutte contre la violence à l'égard des femmes

PEC : Prise en charge

PF : Planification Familiale

PGE : Programme gouvernemental pour l'Egalité »ICRAM 2012-2016,Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social

PMA : Procréation médicalement assistée

PSH : Personnes en situation de handicap

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH

RAMED : Régime d'Assistance Médicale

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitat

UNFM : Union Nationale des Femmes du Maroc

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

VFG : Violence fondée sur le genre

VIH/SIDA : Virus de l'Immunodéficience Humaine/ syndrome d'immunodéficience acquise