



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

ANNEE 2010

THESE N° 34

LES ENFANTS EN SITUATION DIFFICILE A MARRAKECH

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE .../.../2010
PAR

Mme. **KARIMA EL ABIDI**

Née le 26 Novembre 1980 à Agadir

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES

Enfant en situation difficile – Organisations non gouvernementales
Droits de l'enfant

JURY

Mr. **M. SBIHI**

Professeur de Pédiatrie

Mr. **A. ABOUSSAD**

Professeur de Pédiatrie

Mr. **H. ABBASSI**

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mme. **I. AIT SAB**

Professeur agrégée de Pédiatrie

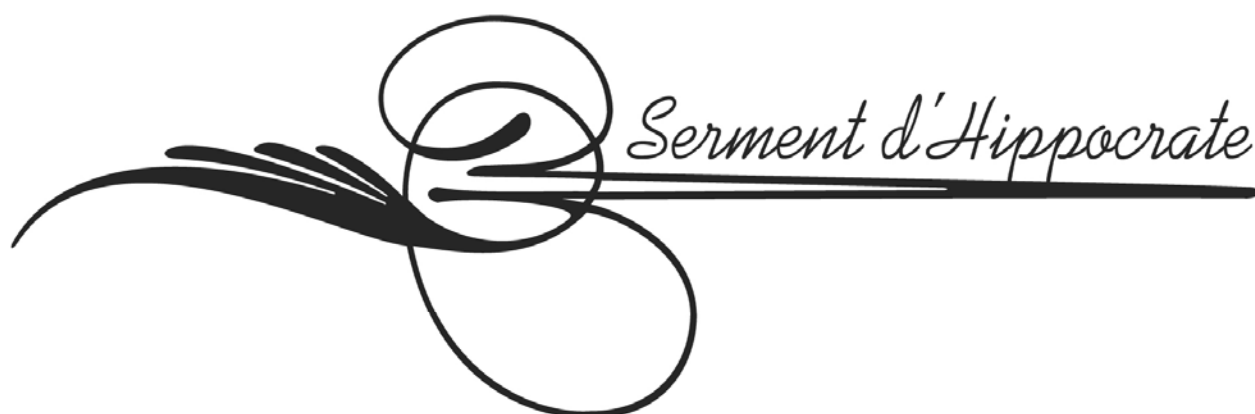
Mme. **F. ASRI**

Professeur agrégée de Psychiatrie

PRESIDENT

RAPPORTEUR

} JUGES



Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948.



LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyen Honoraire

: Pr. Badie-Azzamann MEHADJI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

Vice doyen

: Pr. Ahmed OUSEHAL

Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Pr. ABBASSI	Hassan	Gynécologie-Obstétrique A
Pr. AIT BENALI	Said	Neurochirurgie
Pr. ALAOUI YAZIDI	Abdelhaq	Pneumo-ptisiologie
Pr. ABOUSSAD	Abdelmounaim	Néonatalogie
Pr. BELAABIDIA	Badia	Anatomie-Pathologique
Pr. BOUSKRAOUI	Mohammed	Pédiatrie A
Pr. EL HASSANI	Selma	Rhumatologie
Pr. EL IDRISSE DAFALI	My abdelhamid	Chirurgie Générale
Pr. ESSADKI	Omar	Radiologie

Les Enfants en situation difficile à Marrakech

Pr. FIKRY	Tarik	Traumatologie- Orthopédie A
Pr. FINECH	Benasser	Chirurgie – Générale
Pr. KISSANI	Najib	Neurologie
Pr. KRATI	Khadija	Gastro-Entérologie
Pr. LATIFI	Mohamed	Traumato – Orthopédie B
Pr. MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophtalmologie
Pr. OUSEHAL	Ahmed	Radiologie
Pr. RAJI	Abdelaziz	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. SARF	Ismail	Urologie
Pr. SBIHI	Mohamed	Pédiatrie B
Pr. SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie-Obstétrique A
Pr. TAZI	Imane	Psychiatrie

PROFESSEURS AGREGES

Pr. ABOULFALAH	Abderrahim	Gynécologie – Obstétrique B
Pr. AMAL	Said	Dermatologie
Pr. AIT SAB	Imane	Pédiatrie B
Pr. ASRI	Fatima	Psychiatrie
Pr. ASMOUKI	Hamid	Gynécologie – Obstétrique A
Pr. AKHDARI	Nadia	Dermatologie
Pr. BENELKHAÏAT BENOMAR	Ridouan	Chirurgie – Générale
Pr. BOUMZEBRA	Drissi	Chirurgie Cardiovasculaire
Pr. CHABAA	Laila	Biochimie
Pr. DAHAMI	Zakaria	Urologie
Pr. EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ELFIKRI	Abdelghani	Radiologie
Pr. EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
Pr. ESSAADOUNI	Lamiaa	Médecine Interne
Pr. ETTALBI	Saloua	Chirurgie – Réparatrice et plastique
Pr. GHANNANE	Houssine	Neurochirurgie
Pr. LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie générale
Pr. OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie pédiatrique
Pr. MAHMAL	Lahoucine	Hématologie clinique
Pr. MANSOURI	Nadia	Chirurgie maxillo-faciale Et stomatologie
Pr. MOUDOUNI	Said mohammed	Urologie
Pr. NAJEB	Youssef	Traumato - Orthopédie B
Pr. LMEJJATTI	Mohamed	Neurochirurgie
Pr. SAMKAOUI	Mohamed	Anesthésie- Réanimation
	Abdenasser	
Pr. SAIDI	Halim	Traumato - Orthopédie A
Pr. TAHRI JOUTEI HASSANI	Ali	Radiothérapie

Pr. YOUNOUS

Saïd

Anesthésie-Réanimation

PROFESSEURS ASSISTANTS

Pr. ABKARI

Imad

Traumatologie-orthopédie B

Pr. ABOU EL HASSAN

Taoufik

Anesthésie - réanimation

Pr. ABOUSSAIR

Nisrine

Génétique

Pr. ADERDOUR

Lahcen

Oto-Rhino-Laryngologie

Pr. ADMOU

Brahim

Immunologie

Pr. AGHOUTANE

El Mouhtadi

Chirurgie – pédiatrique

Pr. AIT BENKADDOUR

Yassir

Gynécologie – Obstétrique A

Pr. AIT ESSI

Fouad

Traumatologie-orthopédie B

Pr. ALAOUI

Mustapha

Chirurgie Vasculaire périphérique

Pr. AMINE

Mohamed

Epidémiologie - Clinique

Pr. AMRO

Lamyae

Pneumo - phtisiologie

Pr. ARSALANE

Lamia

Microbiologie- Virologie

Pr. ATMANE

El Mehdi

Radiologie

Pr. BAHA ALI

Tarik

Ophtalmologie

Pr. BASRAOUI

Dounia

Radiologie

Pr. BASSIR

Ahlam

Gynécologie – Obstétrique B

Pr. BENCHAMKHA

Yassine

Chirurgie réparatrice et plastique

Pr. BEN DRISS

Laila

Cardiologie

Les Enfants en situation difficile à Marrakech

Pr. BENHADDOU	Rajaa	Ophtalmologie
Pr. BENJILALI	Laila	Médecine interne
Pr. BENZAROUEL	Dounia	Cardiologie
Pr. BOUCHENTOUF	Rachid	Pneumo-phtisiologie
Pr. BOUKHANNI	Lahcen	Gynécologie – Obstétrique B
Pr. BOURROUS	Monir	Pédiatrie A
Pr. BSSIS	Mohammed Aziz	Biophysique
Pr. CHAFIK	Aziz	Chirurgie Thoracique
Pr. CHAFIK	Rachid	Traumatologie-orthopédie A
Pr. CHAIB	Ali	Cardiologie
Pr. CHERIF IDRISSE EL GANOUNI	Najat	Radiologie
Pr. DIFFAA	Azeddine	Gastro - entérologie
Pr. DRAISS	Ghizlane	Pédiatrie A
Pr. DRISSI	Mohamed	Anesthésie -Réanimation
Pr. EL ADIB	Ahmed rhassane	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL ANSARI	Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. EL BARNI	Rachid	Chirurgie Générale
Pr. EL BOUCHTI	Imane	Rhumatologie
Pr. EL BOUIHI	Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
Pr. EL HAOURY	Hanane	Traumatologie-orthopédie A

Les Enfants en situation difficile à Marrakech

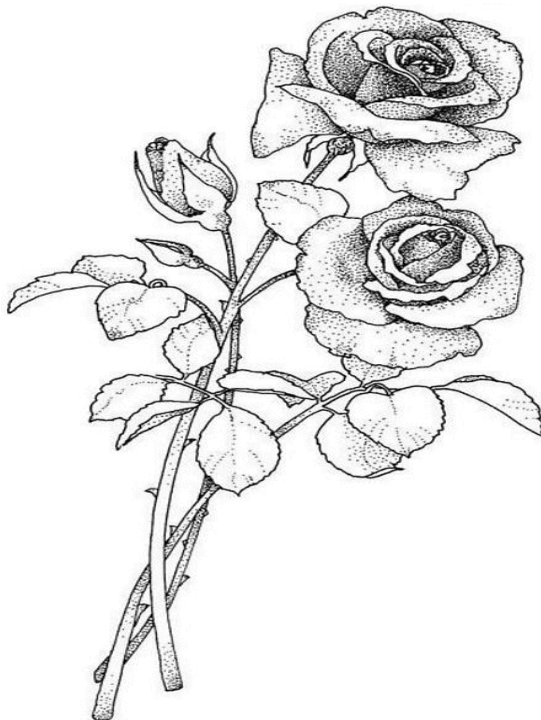
Pr. EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie B
Pr. EL JASTIMI	Said	Gastro-Entérologie
Pr. EL KARIMI	Saloua	Cardiologie
Pr. EL MANSOURI	Fadoua	Anatomie - pathologique
Pr. HAJJI	Ibtissam	Ophtalmologie
Pr. HAOUACH	Khalil	Hématologie biologique
Pr. HERRAG	Mohammed	Pneumo-Phtisiologie
Pr. HERRAK	Laila	Pneumo-Phtisiologie
Pr. HOCAR	Ouafa	Dermatologie
Pr. JALAL	Hicham	Radiologie
Pr. KAMILI	El ouafi el aouni	Chirurgie – pédiatrique générale
Pr. KHALLOUKI	Mohammed	Anesthésie-Réanimation
Pr. KHOUCHANI	Mouna	Radiothérapie
Pr. KHOULALI IDRISSE	Khalid	Traumatologie-orthopédie
Pr. LAGHMARI	Mehdi	Neurochirurgie
Pr. LAKMICHI	Mohamed Amine	Urologie
Pr. LAOUAD	Inas	Néphrologie
Pr. MADHAR	Si Mohamed	Traumatologie-orthopédie A
Pr. MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
Pr. MAOULAININE	Fadlmrabihrabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
Pr. MOUFID	Kamal	Urologie

Les Enfants en situation difficile à Marrakech

Pr. NARJIS	Youssef	Chirurgie générale
Pr. NEJMI	Hicham	Anesthésie - Réanimation
Pr. NOURI	Hassan	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. OUALI IDRISSE	Mariem	Radiologie
Pr. QACIF	Hassan	Médecine Interne
Pr. QAMOUSS	Youssef	Anesthésie - Réanimation
Pr. RABBANI	Khalid	Chirurgie générale
Pr. SAMLANI	Zouhour	Gastro - entérologie
Pr. SORAA	Nabila	Microbiologie virologie
Pr. TASSI	Noura	Maladies Infectieuses
Pr. ZAHLANE	Mouna	Médecine interne
Pr. ZAHLANE	Kawtar	Microbiologie virologie
Pr. ZOUGAGHI	Laila	Parasitologie –Mycologie



*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,
L'amour, le respect, la reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que*



*Je dédie cette
thèse....* 

A mon très cher père : Ibrahim El Abidi

Pour toutes les sacrifices que vous avez consentis pour ma formation.

Je te dédie ce travail, qui ne saurait jamais exprimer mon amour familial, mon respect et ma profonde reconnaissance.

A ma très chère mère : Rakia Agnaou

La source de ma patience et l'exemple de dévouement. Les mots ne pourront jamais exprimer mon amour pour toi. Je t'aime chère maman et que Dieu te protège.

A mes chères sœurs : Fatima et Khadija

Vous étiez toujours là pour moi, m'encourager et me consoler. Je vous aime du fond du cœur et quoique je fasse, je ne serais pas en mesure de vous récompenser toutes vos sacrifices.

A mes très chers frères : Mohammed et Hassan

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour fraternel, de l'affection et de la reconnaissance que je vous porte.

Je vous souhaite out le bonheur du monde.

A mon cher mari : Kamal El Aloui

Merci pour tout ce que tu as fait pour moi, ton aide précieux et ta bonté exemplaire qui m'ont permis de surmonter les moments les plus difficiles.

A mon très cher neveu : Fayçal

A mes grands-mères que j'aime beaucoup : Rahma et Fadma

A la mémoire de mes grands pères : Hassan et Lahcen

A mes oncles : Mohammed, Mbarek, Ider, Ahmed, Tayeb et leurs enfants.

A mes tantes : Fadma et Fatima.

A la famille El Aloui : Hajja Khadija, Mohammed et Mouna.

A la famille El Hariri : Mama Nouzha, Mama « Dia », My Abdellah, fils et filles El Hariri

A la mémoire de My Abdelaziz El Hariri.

A la famille Naciri.

A la famille Outaleb.

A toutes mes amies : Ghizlane, Meryem, Fatima Zahra, Nadia, Ilham, Nadia.

A tous mes professeurs du lycée AL JOULANE, spécialement à Mr El Raji.

A tous ceux qui m'ont aidé, de près ou de loin dans ma vie professionnelle et privée.



A mon maître et rapporteur de thèse : Pr. A. ABOUSSAD chef de Service de néonatalogie de l'hôpital Ibn Tofail

C'est avec un grand plaisir que je me suis adressée à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement, Vous êtes un Homme de science rigoureux et pointilleux respecté de tous, et une fierté pour notre faculté. Je suis très touchée par votre disponibilité malgré vos multiples responsabilités. Vos enseignements et conseils m'ont guidé tout au long de ce travail. Je suis très fière d'avoir appris auprès de vous et j'espère avoir été à la hauteur de votre attente. Votre respect pour votre travail me servira d'exemple.

Veillez trouver ici, Professeur, l'expression de ma profonde gratitude.

A mon maître et président de thèse : Pr. SBIHI Professeur de Pédiatrie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de MARRAKECH

Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de présider mon jury. La simplicité et la clarté de vos explications m'avaient apporté connaissance mais également amour pour ce métier. Vos qualités professionnelles et humaines me servent d'exemple. Je vous remercie de bien vouloir porter intérêt à ce travail. Veillez trouver ici, Professeur, l'expression de mes sincères remerciements.

A mon maître et juge: Pr. ABBASSI Professeur de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de MARRAKECH

Votre modestie et votre dévouement dans le travail sont remarquables. Vous m'avez appris, durant mon passage dans votre service, le respect du travail d'équipe et l'abord humain du patient et des accompagnants. Je vous remercie vivement de l'honneur que vous me faites en siégeant dans ce jury. Vos qualités professionnelles et humaines me serviront d'exemple. Veillez croire, Maître, à l'assurance de mon respect et de ma grande reconnaissance.

*A mon maître et juge: Pr. AIT SAB Professeur de Pédiatrie à la Faculté de
Médecine et de Pharmacie de MARRAKECH*

*J'ai été marquée par votre Simplicité, la Clarté et la Rigueur de votre enseignement.
Vous avez accepté aimablement de faire partie de mon jury. Je vous suis très
reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté pour ce travail.
Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de ma grande reconnaissance.*

*A mon maître et juge: Pr. ASRI Professeur de Psychiatrie à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de MARRAKECH*

*Merci d'avoir accepté de juger mon travail
Votre compétence, votre rigueur et vos qualités humaines exemplaires ont toujours
suscité notre admiration.
Nous vous exprimons notre reconnaissance pour le meilleur accueil que vous nous
avez réservé.
Veuillez croire à l'expression de notre grande admiration et notre profond respect.*



ABREVIATIONS

ONG : Organisations Non Gouvernementales

AMESIP : Association Marocaine d'Aide aux Enfants en Situation Précaire.

INDH : Initiative Nationale De Développement Humain.

OMS : Organisation Mondiale de Santé.

LMPE : Ligue Marocaine pour la Protection de l'Enfant.

ONDE : Observatoire National des Droits de l'Enfant.

OIT : Organisation Internationale du Travail.

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

SNC : système nerveux central.

OMP : Observatoire Marocain des Prisons.

CDE : Convention des Droits de l'Enfant.

DPRF : Direction de la Planification et des Ressources Financières.

MENA : Moyen-Orient et Afrique du Nord.

IRA : infections respiratoires aiguës.

IST : infections sexuellement transmissibles.

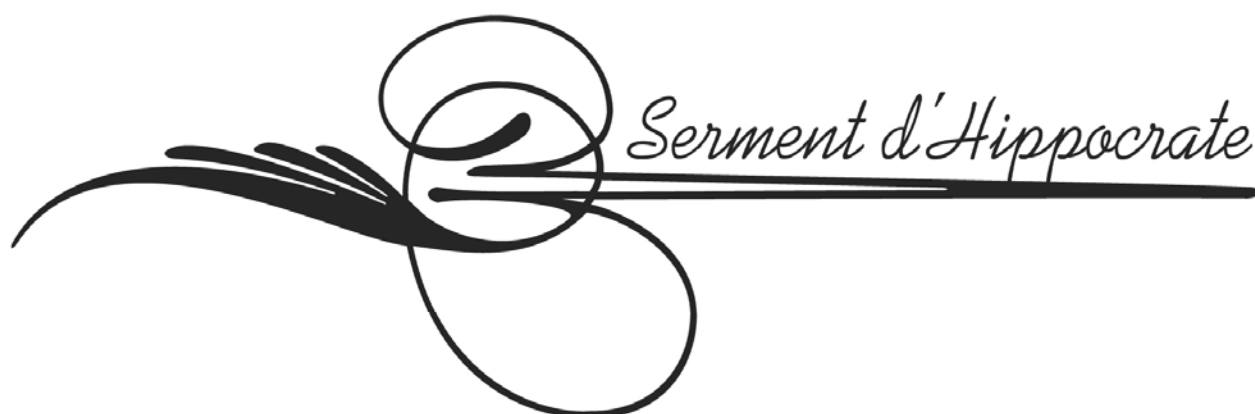
PLAN

Introduction	1
Objectifs de la recherche	3
Matériel et méthodes	5
Résultats	9
Discussion	32
I- Qu'est ce qu'un enfant ?	33
II- Les besoins de l'enfant.	34
III- L'enfant en situation difficile	36
IV- L'enfant mal traité	38
1- Définition	36
2- Facteurs de risque	38
2-1 FDR communs aux différents types de maltraitance	38
2-2 FDR spécifiques aux personnes vulnérables	38
3- Historique	39
4- Maltraitance à l'échelle mondiale	40
4-1 Fréquence	40
4-2 L'âge de survenue de la maltraitance	41
5- A l'échelle nationale	41
6- Types de maltraitance	42
6-1 Les violences physiques	42
6-2 Les violences psychiques	45
6-3 L'exploitation sexuelle de l'enfant	47
6-4 La démarche thérapeutique de l'enfant maltraité	54
V- L'enfant abandonné	56
1- Définition	56
2- Historique	56

3- Enfant abandonné au Maroc-----	57
4- Perspectives pour l'enfant abandonné au Maroc -----	57
4-1 La kafala -----	57
4-2 La situation juridique de l'enfant abandonné. -----	58
5- Stratégie d'action -----	60
VI- Le Travail des enfants	
1- A l'échelle Mondial -----	62
2- Au Maroc -----	63
3- Type des travaux exercés par l'enfant-----	64
4- Petites bonnes -----	65
5- Protection de l'enfant contre toutes formes de travail -----	66
5-1 Les recommandations de l'OIT	66
5-2 Convention 182 de l'OIT	67
5-3 Les actions de l'UNICEF	67
5-4 La loi marocaine face au travail des enfants	68
VII- Les enfants de la rue	
1- Activités exercées et dangers de la rue. -----	70
2- Centres d'accueil des enfants de la rue au Maroc. -----	71
VIII- L'enfant handicapé	
1- Définition-----	72
2- Historique -----	73
3- Situation au Maroc -----	73
4- Classification -----	74
5- Protection des enfants ayant des besoins spécifiques	74
5-1 La convention relative des droits de l'handicapé -----	74
5-2 La législation Marocaine -----	75
5-3 Les actions en faveurs des enfants handicapés -----	76
6- Perspectives d'avenir-----	77
IX- L'enfant en conflit avec la loi -----	78

X- La protection de l'enfant

1- Au Niveau international-----	79
2- Au Niveau National -----	80
2-1 Contexte politique-----	80
3- Convention des Droits de l'Enfant (CDE)-----	82
3-1 Article 1-----	82
3-2 Article 6 et 24-----	82
3-3 Article 28 et 29 -----	90
3-4 Plan d'Action National de l'Enfance (PANE)-----	94
3-5 Unité de Protection de l'Enfant (UPE)-----	95
 Conclusion.-----	 97
Résumés -----	
Bibliographie-----	



Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948.



LISTE DES PROFESSEURS

**UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH**

Doyen Honoraire

: Pr. Badie-Azzamann MEHADJI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

Vice doyen

: Pr. Ahmed OUSEHAL

Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Pr. ABBASSI	Hassan	Gynécologie-Obstétrique A
Pr. AIT BENALI	Said	Neurochirurgie
Pr. ALAOUI YAZIDI	Abdelhaq	Pneumo-phtisiologie
Pr. ABOUSSAD	Abdelmounaim	Néonatalogie
Pr. BELAABIDIA	Badia	Anatomie-Pathologique
Pr. BOUSKRAOUI	Mohammed	Pédiatrie A
Pr. EL HASSANI	Selma	Rhumatologie
Pr. EL IDRISSE DAFALI	My abdelhamid	Chirurgie Générale
Pr. ESSADKI	Omar	Radiologie

Les Enfants en situation difficile à Marrakech

Pr. FIKRY	Tarik	Traumatologie- Orthopédie A
Pr. FINECH	Benasser	Chirurgie – Générale
Pr. KISSANI	Najib	Neurologie
Pr. KRATI	Khadija	Gastro-Entérologie
Pr. LATIFI	Mohamed	Traumato – Orthopédie B
Pr. MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophtalmologie
Pr. OUSEHAL	Ahmed	Radiologie
Pr. RAJI	Abdelaziz	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. SARF	Ismail	Urologie
Pr. SBIHI	Mohamed	Pédiatrie B
Pr. SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie-Obstétrique A
Pr. TAZI	Imane	Psychiatrie

PROFESSEURS AGREGES

Pr. ABOULFALAH	Abderrahim	Gynécologie – Obstétrique B
Pr. AMAL	Said	Dermatologie
Pr. AIT SAB	Imane	Pédiatrie B
Pr. ASRI	Fatima	Psychiatrie
Pr. ASMOUKI	Hamid	Gynécologie – Obstétrique A
Pr. AKHDARI	Nadia	Dermatologie
Pr. BENELKHAÏAT BENOMAR	Ridouan	Chirurgie – Générale
Pr. BOUMZEBRA	Drissi	Chirurgie Cardiovasculaire
Pr. CHABAA	Laila	Biochimie
Pr. DAHAMI	Zakaria	Urologie
Pr. EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ELFIKRI	Abdelghani	Radiologie
Pr. EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
Pr. ESSAADOUNI	Lamiaa	Médecine Interne
Pr. ETTALBI	Saloua	Chirurgie – Réparatrice et plastique
Pr. GHANNANE	Houssine	Neurochirurgie
Pr. LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie générale
Pr. OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie pédiatrique
Pr. MAHMAL	Lahoucine	Hématologie clinique
Pr. MANSOURI	Nadia	Chirurgie maxillo-faciale Et stomatologie
Pr. MOUDOUNI	Said mohammed	Urologie
Pr. NAJEB	Youssef	Traumato - Orthopédie B
Pr. LMEJJATTI	Mohamed	Neurochirurgie
Pr. SAMKAOUI	Mohamed	Anesthésie- Réanimation
	Abdenasser	
Pr. SAIDI	Halim	Traumato - Orthopédie A
Pr. TAHRI JOUTEI HASSANI	Ali	Radiothérapie

Pr. YOUNOUS

Saïd

Anesthésie-Réanimation

PROFESSEURS ASSISTANTS

Pr. ABKARI

Imad

Traumatologie-orthopédie B

Pr. ABOU EL HASSAN

Taoufik

Anesthésie - réanimation

Pr. ABOUSSAIR

Nisrine

Génétique

Pr. ADERDOUR

Lahcen

Oto-Rhino-Laryngologie

Pr. ADMOU

Brahim

Immunologie

Pr. AGHOUTANE

El Mouhtadi

Chirurgie – pédiatrique

Pr. AIT BENKADDOUR

Yassir

Gynécologie – Obstétrique A

Pr. AIT ESSI

Fouad

Traumatologie-orthopédie B

Pr. ALAOUI

Mustapha

Chirurgie Vasculaire périphérique

Pr. AMINE

Mohamed

Epidémiologie - Clinique

Pr. AMRO

Lamyae

Pneumo - phtisiologie

Pr. ARSALANE

Lamiaa

Microbiologie- Virologie

Pr. ATMANE

El Mehdi

Radiologie

Pr. BAHA ALI

Tarik

Ophtalmologie

Pr. BASRAOUI

Dounia

Radiologie

Pr. BASSIR

Ahlam

Gynécologie – Obstétrique B

Pr. BENCHAMKHA

Yassine

Chirurgie réparatrice et plastique

Pr. BEN DRISS

Laila

Cardiologie

Les Enfants en situation difficile à Marrakech

Pr. BENHADDOU	Rajaa	Ophtalmologie
Pr. BENJILALI	Laila	Médecine interne
Pr. BENZAROUEL	Dounia	Cardiologie
Pr. BOUCHENTOUF	Rachid	Pneumo-phtisiologie
Pr. BOUKHANNI	Lahcen	Gynécologie – Obstétrique B
Pr. BOURROUS	Monir	Pédiatrie A
Pr. BSSIS	Mohammed Aziz	Biophysique
Pr. CHAFIK	Aziz	Chirurgie Thoracique
Pr. CHAFIK	Rachid	Traumatologie-orthopédie A
Pr. CHAIB	Ali	Cardiologie
Pr. CHERIF IDRISI EL GANOUNI	Najat	Radiologie
Pr. DIFFAA	Azeddine	Gastro - entérologie
Pr. DRAISS	Ghizlane	Pédiatrie A
Pr. DRISSI	Mohamed	Anesthésie -Réanimation
Pr. EL ADIB	Ahmed rhassane	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL ANSARI	Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. EL BARNI	Rachid	Chirurgie Générale
Pr. EL BOUCHTI	Imane	Rhumatologie
Pr. EL BOUIHI	Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
Pr. EL HAOURY	Hanane	Traumatologie-orthopédie A

Les Enfants en situation difficile à Marrakech

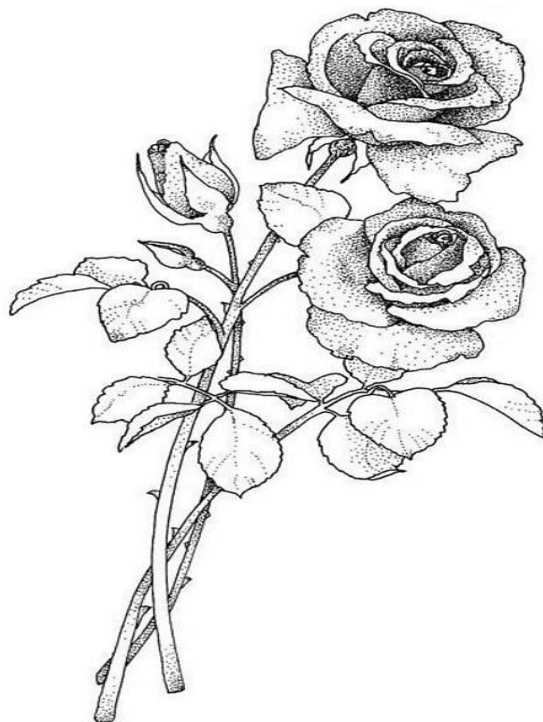
Pr. EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie B
Pr. EL JASTIMI	Said	Gastro-Entérologie
Pr. EL KARIMI	Saloua	Cardiologie
Pr. EL MANSOURI	Fadoua	Anatomie - pathologique
Pr. HAJJI	Ibtissam	Ophtalmologie
Pr. HAOUACH	Khalil	Hématologie biologique
Pr. HERRAG	Mohammed	Pneumo-Phtisiologie
Pr. HERRAK	Laila	Pneumo-Phtisiologie
Pr. HOCAR	Ouafa	Dermatologie
Pr. JALAL	Hicham	Radiologie
Pr. KAMILI	El ouafi el aouni	Chirurgie – pédiatrique générale
Pr. KHALLOUKI	Mohammed	Anesthésie-Réanimation
Pr. KHOUCHANI	Mouna	Radiothérapie
Pr. KHOULALI IDRISSE	Khalid	Traumatologie-orthopédie
Pr. LAGHMARI	Mehdi	Neurochirurgie
Pr. LAKMICHI	Mohamed Amine	Urologie
Pr. LAOUAD	Inas	Néphrologie
Pr. MADHAR	Si Mohamed	Traumatologie-orthopédie A
Pr. MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
Pr. MAOULAININE	Fadlmrabihrabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
Pr. MOUFID	Kamal	Urologie

Les Enfants en situation difficile à Marrakech

Pr. NARJIS	Youssef	Chirurgie générale
Pr. NEJMI	Hicham	Anesthésie - Réanimation
Pr. NOURI	Hassan	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. OUALI IDRISSE	Mariem	Radiologie
Pr. QACIF	Hassan	Médecine Interne
Pr. QAMOUSS	Youssef	Anesthésie - Réanimation
Pr. RABBANI	Khalid	Chirurgie générale
Pr. SAMLANI	Zouhour	Gastro - entérologie
Pr. SORAA	Nabila	Microbiologie virologie
Pr. TASSI	Noura	Maladies Infectieuses
Pr. ZAHLANE	Mouna	Médecine interne
Pr. ZAHLANE	Kawtar	Microbiologie virologie
Pr. ZOUGAGHI	Laila	Parasitologie –Mycologie



*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,
L'amour, le respect, la reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que*



*Je dédie cette
thèse....* 

A mon très cher père : Ibrahim El Abidi

Pour toutes les sacrifices que vous avez consentis pour ma formation.

Je te dédie ce travail, qui ne saurait jamais exprimer mon amour familial, mon respect et ma profonde reconnaissance.

A ma très chère mère : Rakia Agnaou

La source de ma patience et l'exemple de dévouement. Les mots ne pourront jamais exprimer mon amour pour toi. Je t'aime chère maman et que Dieu te protège.

A mes chères sœurs : Fatima et Khadija

Vous étiez toujours là pour moi, m'encourager et me consoler. Je vous aime du fond du cœur et quoique je fasse, je ne serais pas en mesure de vous récompenser toutes vos sacrifices.

A mes très chers frères : Mohammed et Hassan

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour fraternel, de l'affection et de la reconnaissance que je vous porte.

Je vous souhaite out le bonheur du monde.

A mon cher mari : Kamal El Aloui

Merci pour tout ce que tu as fait pour moi, ton aide précieux et ta bonté exemplaire qui m'ont permis de surmonter les moments les plus difficiles.

A mon très cher neveu : Fayçal

A mes grands-mères que j'aime beaucoup : Rahma et Fadma

A la mémoire de mes grands pères : Hassan et Lahcen

A mes oncles : Mohammed, Mbarek, Ider, Ahmed, Tayeb et leurs enfants.

A mes tantes : Fadma et Fatima.

A la famille El Aloui : Hajja Khadija, Mohammed et Mouna.

A la famille El Hariri : Mama Nouzha, Mama « Dia », My Abdellah, fils et filles El Hariri

A la mémoire de My Abdelaziz El Hariri.

A la famille Naciri.

A la famille Outaleb.

A toutes mes amies : Ghizlane, Meryem, Fatima Zahra, Nadia, Ilham, Nadia.

A tous mes professeurs du lycée AL JOULANE, spécialement à Mr El Raji.

A tous ceux qui m'ont aidé, de près ou de loin dans ma vie professionnelle et privée.



A mon maître et rapporteur de thèse : Pr. A. ABOUSSAD chef de Service de néonatalogie de l'hôpital Ibn Tofail

C'est avec un grand plaisir que je me suis adressée à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement, Vous êtes un Homme de science rigoureux et pointilleux respecté de tous, et une fierté pour notre faculté. Je suis très touchée par votre disponibilité malgré vos multiples responsabilités. Vos enseignements et conseils m'ont guidé tout au long de ce travail. Je suis très fière d'avoir appris auprès de vous et j'espère avoir été à la hauteur de votre attente. Votre respect pour votre travail me servira d'exemple.

Veillez trouver ici, Professeur, l'expression de ma profonde gratitude.

A mon maître et président de thèse : Pr. SBIHI Professeur de Pédiatrie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de MARRAKECH

Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de présider mon jury. La simplicité et la clarté de vos explications m'avaient apporté connaissance mais également amour pour ce métier. Vos qualités professionnelles et humaines me servent d'exemple. Je vous remercie de bien vouloir porter intérêt à ce travail. Veillez trouver ici, Professeur, l'expression de mes sincères remerciements.

A mon maître et juge: Pr. ABBASSI Professeur de Gynécologie Obstétrique à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de MARRAKECH

Votre modestie et votre dévouement dans le travail sont remarquables. Vous m'avez appris, durant mon passage dans votre service, le respect du travail d'équipe et l'abord humain du patient et des accompagnants. Je vous remercie vivement de l'honneur que vous me faites en siégeant dans ce jury. Vos qualités professionnelles et humaines me serviront d'exemple. Veillez croire, Maître, à l'assurance de mon respect et de ma grande reconnaissance.

*A mon maître et juge: Pr. AIT SAB Professeur de Pédiatrie à la Faculté de
Médecine et de Pharmacie de MARRAKECH*

*J'ai été marquée par votre Simplicité, la Clarté et la Rigueur de votre enseignement.
Vous avez accepté aimablement de faire partie de mon jury. Je vous suis très
reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté pour ce travail.
Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de ma grande reconnaissance.*

*A mon maître et juge: Pr. ASRI Professeur de Psychiatrie à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de MARRAKECH*

*Merci d'avoir accepté de juger mon travail
Votre compétence, votre rigueur et vos qualités humaines exemplaires ont toujours
suscité notre admiration.
Nous vous exprimons notre reconnaissance pour le meilleur accueil que vous nous
avez réservé.
Veuillez croire à l'expression de notre grande admiration et notre profond respect.*



ABREVIATIONS

ONG : Organisations Non Gouvernementales

AMESIP : Association Marocaine d'Aide aux Enfants en Situation Précaire.

INDH : Initiative Nationale De Développement Humain.

OMS : Organisation Mondiale de Santé.

LMPE : Ligue Marocaine pour la Protection de l'Enfant.

ONDE : Observatoire National des Droits de l'Enfant.

OIT : Organisation Internationale du Travail.

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

SNC : système nerveux central.

OMP : Observatoire Marocain des Prisons.

CDE : Convention des Droits de l'Enfant.

DPRF : Direction de la Planification et des Ressources Financières.

MENA : Moyen-Orient et Afrique du Nord.

IRA : infections respiratoires aiguës.

IST : infections sexuellement transmissibles.



PLAN

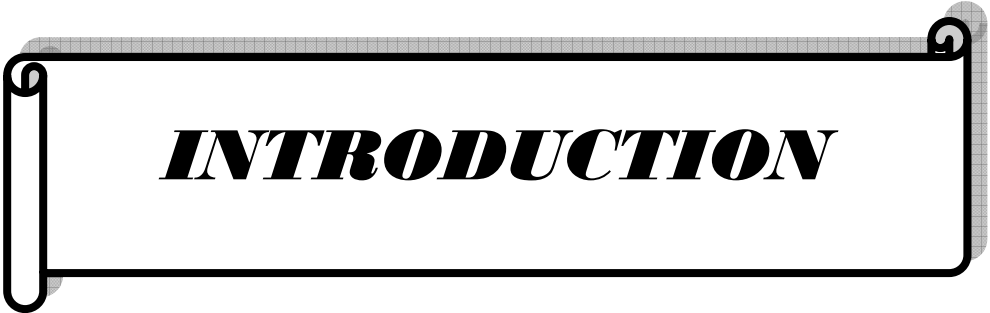
Introduction	1
Objectifs de la recherche	3
Matériel et méthodes	5
Résultats	9
Discussion	32
V- Qu'est ce qu'un enfant ?	33
VI- Les besoins de l'enfant.	34
VII- L'enfant en situation difficile	36
VIII- L'enfant mal traité	
1- Définition	36
2- Facteurs de risque	38
2-1 FDR communs aux différents types de maltraitance	38
2-2 FDR spécifiques aux personnes vulnérables	38
3- Historique	39
4- Maltraitance à l'échelle mondiale	40
4-1 Fréquence	40
4-2 L'âge de survenue de la maltraitance	41
5- A l'échelle nationale	41
6- Types de maltraitance	42
6-1 Les violences physiques	42
6-2 Les violences psychiques	45
6-3 L'exploitation sexuelle de l'enfant	47
6-4 La démarche thérapeutique de l'enfant maltraité	54
V- L'enfant abandonné	
1- Définition	56
2- Historique	56

3- Enfant abandonné au Maroc-----	57
4- Perspectives pour l'enfant abandonné au Maroc -----	57
4-1 La kafala -----	57
4-2 La situation juridique de l'enfant abandonné. -----	58
5- Stratégie d'action -----	60
VI- Le Travail des enfants	
6- A l'échelle Mondial -----	62
7- Au Maroc -----	63
8- Type des travaux exercés par l'enfant-----	64
9- Petites bonnes -----	65
10- -----	Prote
ction de l'enfant contre toutes formes de travail -----	66
5-1 Les recommandations de l'OIT	66
5-2 Convention 182 de l'OIT	67
5-3 Les actions de l'UNICEF	67
5-4 La loi marocaine face au travail des enfants	68
VII- Les enfants de la rue	
3- Activités exercées et dangers de la rue. -----	70
4- Centres d'accueil des enfants de la rue au Maroc. -----	71
VIII- L'enfant handicapé	
7- Définition-----	72
8- Historique -----	73
9- Situation au Maroc -----	73
10- -----	Class
ification -----	74
11- -----	Prote
ction des enfants ayant des besoins spécifiques	74
5-1 La convention relative des droits de l'handicapé -----	74
5-2 La législation Marocaine -----	75

5-3 Les actions en faveurs des enfants handicapés -----	76
12- -----	Persp
ectives d'avenir-----	77
IX- L'enfant en conflit avec la loi -----	78

X- La protection de l'enfant

3- Au Niveau international-----	79
4- Au Niveau National -----	80
2-1 Contexte politique-----	80
3- Convention des Droits de l'Enfant (CDE)-----	82
3-1 Article 1-----	82
3-2 Article 6 et 24-----	82
3-3 Article 28 et 29 -----	90
3-4 Plan d'Action National de l'Enfance (PANE)-----	94
3-5 Unité de Protection de l'Enfant (UPE)-----	95
Conclusion.-----	97
Résumés -----	
Bibliographie -----	



INTRODUCTION

La situation de l'enfant dans le monde entiers et plus particulièrement au Maroc n'a jamais cessé d'être une préoccupation des autorités et du Gouvernement. La garantie de sa survie, de sa protection et de son éducation, en plus d'une multitude d'initiatives sont prises en faveur de l'enfant.

Cette dernière décennie, le Maroc connaît une croissance des actions Gouvernementales, des ONG et des composantes de la société Civile, ayants comme objectif essentiel la défense des droits de l'enfant Marocain.

Un enfant en situation difficile implique que sa sécurité corporelle, mentale, psychologique ou morale ou son éducation, sont en danger.

D'après le texte de l'article 24 de la convention des nations unies relative aux droits de l'enfant : « l'enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier des services médicaux »

En ratifiant cette convention, le 21 Juin 1993, la Maroc accorde une attention et une protection particulière à l'enfant et connaît une nouvelle dynamique en matière des Droits de l'Homme.

Marrakech, comme toute autre ville marocaine souffre des problèmes de l'enfance délinquante, abandonnée ou exploitée, et s'est engagée, grâce aux associations en faveur de l'enfance en situation précaire, pour apporter le soutien nécessaire et pour améliorer les conditions de vie et de développement de l'enfant .

A decorative scroll frame with a black border and a grey grid pattern background. The frame has a scroll-like shape on the left and right sides.

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE :

- Identifier les organismes et associations qui travaillent en faveurs des enfants en situation difficile dans la ville de Marrakech.
 - Faire une mise au point concernant les besoins spécifiques des enfants et essayer d'analyser les efforts employés par les organismes en faveurs de ces enfants.
 - Sensibiliser à l'importance de la Convention relative aux droits de l'enfant, dans le monde entier, et plus particulièrement au Maroc.
-

***MATERIELS
ET METHODES***

Il s'agit d'une enquête réalisée dans la ville et région de Marrakech pour identifier les organismes et programmes s'occupant des enfants en situation difficile.

Cette étude s'est déroulée entre le 14 Novembre 2006 et le 06 Octobre 2007 et Elle a consisté en :

- L'identification des ONG œuvrant en faveur de l'enfant
 - La visite des locaux et Centres des organisations non Gouvernementales et entretien avec les responsables des organismes.
 - La consultation des documents internes produits par ces organismes et programmes.
 - La recherche Internet et documentaire aidant à évaluer l'ampleur du problème et identifier les actions menées en faveur de l'enfance en difficulté.
 - Une fiche d'exploitation et de recueil des données a été élaborée et remplie auprès des organismes et associations (ONG) de Marrakech.
-

Fiche d'exploitation

1- Identification :

2- Siège principal :

A. Adresse :

B. Tel

C. Email

D. Site Web :

E. Local desservie :

F. Autres sièges de représentation :

.Date de création :

Activités de l'association :

Activités spécifiques à l'enfant :

A. Ambulatoire

B. En résidence

6- Mode de recrutement des enfants :

7- Nombre d'enfants pris en charge/ année :

8- Personnel :

A. Nombre permanent et leur profil.....

B. Bénévoles :

9- Ressources financières :

Projet :

Etat :

ONG :

Bienfaiteurs :

Autres :

10- Partenaires :.....

11- Résultats obtenus /5 dernières années :

.....
.....

12- Autres perspectives d'avenir :

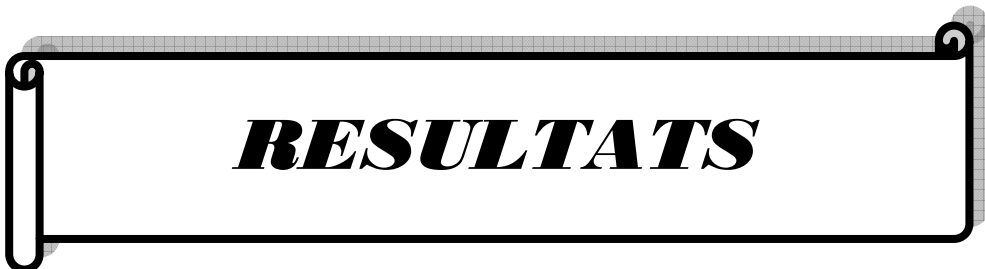
.....
.....

13- Contraintes pour le développement futur :

.....
.....

14- Observation :

.....
.....



RESULTATS

Les Enfants en situation difficile à Marrakech

Ce travail a permis d'identifier 12 associations et organismes non gouvernementaux œuvrant en faveur de l'enfance en difficulté.

Le tableau ci-dessous précise les coordonnées exactes des associations visitées et leur secteur d'activité :

Tableau n°1 : Associations non gouvernementales de la ville de Marrakech

Nom association	Adresse Email	Secteur d'activité	N° Tél	Local
Al Karam	alkaram@hotmail.com-	Enfance de la rue	0667274587	391, Lot Daoudiate, Unité4
Atfalouna	www.atfalouna-marrakech.com	Enfants abandonnés	0524377714	48, Derb Jdid Bab Doukala
Sos village Enfant	vesosaitourir@menara.ma	Enfants abandonnés et orphelins	0524480001	Ait Ourir
Ennakhil Femme et Enfant	aefe@hotmail.net.ma	Enfants abandonnés et femme violées et battues	0524306709	24, Lot Tichka Daoudiate
Enfance espoir	info@enfance-espoir-maroc.org	Enfants abandonné	0524331753	hôpital Ibn Nafis ERRAZI (CHU) Amerchich.
Bienfaisance Dar tifi	hasnaoui@dar-tifi.com	Enfants orphelins	0524387901	Bab Aghmat
Association Marocaine soutien orphelin	alyatim@gmail.com	Orphelins	0524348898	Sidi Abbad
Organisation Alaouite pour la protection des aveugles	-----	Aveugles et mal voyants	0524312444	Av.My Abdellah, route de safi
Association Nationale pour l'intégration des trisomiques 21	Anit21.ma@hotmail.com	Enfants trisomiques	0527287135	21, Bd. Ibn Sina, Hay Mohammadi
Dar El Bir oua Lihsan	www.daralbir-marrakech.com	Enfants et personnes âgées	0524291210	Bd. Ibn Sina, Hay Mohammadi
Ligue marocaine pour la protection de l'enfant	lmpe@iam.net.ma	Enfants abandonnés	0524307400	Lotissement Agdal Quartier Issil Marrakech
Unité de protection de l'enfant Marrakech	upemkh@menara.ma	Enfants victimes de violence	0524401808 0524401809	District SYBA, ex préfecture

NB : Notre recherche nous a conduit à plusieurs autres ONG et associations mais non discutées dans ce travail à cause soit :

- De la pauvreté des informations à propos des activités en faveur de l'enfance. Il s'agit généralement d'associations non actives.
- De l'impossibilité de rencontre des responsables, un local fermé, absence de local, indispensabilité des responsables.

I- ASSOCIATION AL KARAM :

L'association Al Karam a été créée en 1997 à Safi puis a ouvert ses portes à Marrakech depuis début 2004 et est en cours de développement c'est une association à but non lucratif et reconnue d'utilité publique en 2001, qui s'occupe de l'enfance vulnérable vivant dans la rue.

L'objectif principal de l'association est de rendre un statut et une dignité aux enfants en difficulté en favorisant leur réintégration dans la famille, en mobilisant la communauté et en sensibilisant les autorités locales. L'insertion scolaire et / ou professionnelle de l'enfant isolé ou exploité, dans la société est aussi un objectif primordiale de l'association, pour que l'enfant ait une autonomie dans son développement personnel ainsi qu'une liberté de choix.

Les principales priorités, selon la présidente de l'association Mme Karima Mkika, sont les suivantes :

- La prévention et la protection des enfants vulnérables de Marrakech contre les risques d'exploitation auxquels ils sont confrontés.
- La réhabilitation des enfants vulnérables de Marrakech dans leurs droits civils et sociaux.
- La réintégration des enfants vulnérables de Marrakech dans la société.

Pour accomplir la mission, l'association a créé un centre d'écoute, qui est un premier lieu d'accueil de l'enfant en dehors de la rue et de sa famille, et aussi un lieu où l'enfant peut être supervisé et aidé, où peut s'exprimer en toute confiance, et où peut exposer ses peurs, ses difficultés et/ou ses craintes, à l'éducateur en charge de l'activité.

Depuis quelque mois, l'association a ouvert des foyers d'hébergement provisoires pour filles et pour garçons.

Les principales actions de l'association Al Karam, sont :

1 – La prise en charge des enfants :

L'activité Rue :

Elle consiste à rencontrer l'enfant en détresse dans les différents quartiers de la ville.

C'est une activité permanente qui est fondée sur trois piliers fondamentaux que sont :

1. La patience.
2. La régularité.
3. La pérennité des contacts.

La relation de confiance entre l'enfant et l'éducateur basée sur une communication non violente nécessite de 3 semaines à 6 mois.

A Marrakech, cette activité est réalisée 5 fois par semaine en soirée par un éducateur spécialisé et concerne des quartiers tels que :

- ❖ La place Jemaa El Fna
- ❖ Les jardins de la koutoubia
- ❖ Guéliz
- ❖ Le quartier du Mellah
- ❖ Bab Doukala

2– La réinsertion scolaire des enfants de moins de 15 ans :

Elle consiste à la réintégration scolaire de l'enfant de 5 à 15 ans, en partenariat avec la délégation du Ministère de l'éducation, la découverte, le goût de l'apprentissage et l'éviction du décrochage scolaire.

Au sein du centre d'écoute existe un atelier « Aide au devoir », organisé régulièrement afin d'encadrer l'enfant dans son développement et son intégration scolaire.

L'équipe organise des visites hebdomadaires au sein de l'établissement scolaire afin de suivre l'évolution de chaque enfant, avec une implication de la famille dans la prise des décisions, les contacts réguliers avec les responsables scolaires.

3- La réinsertion familiale :

Dès l'arrivée de l'enfant au centre, l'équipe met en place les actions suivantes :

- L'analyse et la compréhension de la situation sans jugement de valeur.
- L'investigation et les enquêtes familiales, les visites et contacts réguliers aux familles, l'évaluation psychosociale de la famille.
- La mobilisation de la famille à ses devoirs et droits de père et de mère et la sensibilisation des enfants concernant l'importance de vivre avec leur proche.
- La préparation de l'enfant et de sa famille à se retrouver afin de recréer une cellule familiale stable.
- Le suivi est assuré pour une période de 6 à 18 mois.

4- L'assistance physique et psychologique :

Les professionnelles de santé partenaires du programme assurent une assistance physique de chaque enfant pris en charge par le projet. Elle inclut un bilan de santé global, un suivi régulier, des soins appropriés ainsi que l'accès à une prise en charge d'urgence si la situation l'exige.

L'enfant bénéficie aussi d'un suivi psychologique approfondi auprès des psychologues, avec constitution d'une équipe d'animateurs, en partenariat avec les éducateurs qui planifient des activités sous forme d'ateliers réguliers et de sorties extérieures.

5- La guidance administrative et juridique de l'enfant :

L'assistance administrative a pour objectif de sensibiliser, prévenir et d'éduquer civilement l'enfant et la famille. Elle consiste à l'établissement d'un bilan de la situation administrative de l'enfant.

L'enfant doit être guidé et informé tout au long du processus de recouvrement d'un statut et d'un état civil sur les rouages de l'administration ainsi que les différentes procédures à suivre.

La guidance juridique est une activité assez exceptionnelle et a pour objectif d'aider les enfants et leur famille dans les actions de justice. Elle nécessite une équipe éducative assistée d'un conseiller juridique bénévole.

6- Les moyens de l'association Al Karam :

6-1 - Les Moyens Humains :

L'équipe Al Karam Marrakech est actuellement composée d'éducateurs, animateurs, veilleurs de nuit, administrateurs répartis comme suit :

Educateurs :	3
Educatrice :	1
Animatrices :	2
Veilleurs/veilleuses de nuit :	2
Logicien :	1
Secrétaire :	1
Assistante comptable :	1
Cuisinière :	1
Femme de ménage :	1

6-2- Les moyens logistiques

L'association a comme objectif d'ouvrir des lieux d'accueil des enfants à Marrakech, ainsi que d'ouvrir un petit bureau administratif en attendant la construction du foyer d'accueil, étendue sur un terrain de 800 m² et dont la capacité totale d'accueil (internes et externes) serait d'environ 40 enfants.

6-3- Les Besoins de l'Association AlKaram :

Ils peuvent être composés comme suit :

- Besoins financiers : pour la rémunération de l'équipe et la mise en œuvre des activités
- Besoins logistiques : tels que l'achat des moyens de transport type mobylettes essentiels pour le déplacement de l'équipe, des meubles d'aménagement, des bureaux administratifs etc.
- Besoins alimentaires, vestimentaires, des produits d'entretien
- etc....

II – L'ASSOCIATION ATFALOUNA

L'association Atfalouna a été créée à Marrakech en février 2003. C'est une association qui s'occupe de réinsertion sociale et économique des enfants de la rue, l'éducation non formelle, le soutien scolaire, le suivi médical, l'accueil et l'hébergement de ces enfants.

L'objectif essentiel de cette association est d'être à l'écoute des besoins des enfants en difficultés, pour les aider à sortir de leur situation précaire, et ce, avec l'aide des éducateurs en milieu ouvert et volontaires effectuant un travail de proximité auprès de ces enfants vivant dans des milieux défavorisés un très important travail de prévention et de lutte contre toutes les formes de drogue est réalisé en permanence. Les éducateurs se battent quotidiennement pour améliorer la vie de ces enfants. Ils sont en contact direct avec les enfants pour qu'ils cessent de s'adonner à la drogue.

Un groupe de 58 enfants de 7 à 14 ans est d'ores et déjà suivi quotidiennement.

L'association s'occupe d'une série d'activités :

1- Scolarisation et formation professionnelle :

- 40 enfants ont été ré-scolarisés dans des écoles gouvernementales, avec des cours de soutien pendant 1h30 chaque soir.
- 04 filles suivent une éducation non formelle.
- Enfin, 10 enfants ont intégré des filières professionnelles (2 couturières, 8 forgerons) avec l'aide du secrétariat d'Etat à la jeunesse.

2- Suivi familial :

Les éducateurs ont pour mission de suivre les enfants afin de les intégrer au sein de leurs familles. Ces éducateurs sont formés par deux ONG : AMESIP et BAYTI.

3- Prise en charge temporaire :

Atfalouna a ouvert un foyer d'hébergement pour prendre en charge les enfants qui vivent et dorment dans la rue, en attendant de retrouver leur famille ou de les confier à un centre gouvernemental.

4- Activités artistiques et sportives, soins médicaux :

Des activités d'éveil sont réalisées pour les enfants tels que : théâtre, chants, éducation, civique et religieuse.

Un suivi médical est également réalisé afin de suivre l'état de santé des enfants et de dispenser leurs soins nécessaires en cas de maladie ou d'infection. Un pédiatre et un radiologue assurent gracieusement les consultations. Le Ministère de la santé est également partenaire du projet.

Bilan général résumé 2005 :

🚦 Nombre d'enfants scolarisés dans le centre	: 399
🚦 Nombre de réscolarisés après passage à l'AMESIP	: 241
🚦 Nombre d'enfants retirés du travail	: 111
🚦 Nombre d'enfants scolarisés en préscolaire	: 70
🚦 Nombre de familles ayant bénéficié d'une aide alimentaire	: 80

Les ressources financières de l'association Atfalouna sont surtout assurées par les ONGs tels que :

- Association AMESIP.
- le Groupe de Développement France.
- l'Association ROMANA – Espagne.
- Bienfaiteurs anonymes, et autres.

III– SOS VILLAGE D'ENFANTS :

Le premier village d'enfants SOS a été fondé en 1949 à Imst, en Autriche, par Herman Gmeiner, engagé à aider les enfants démunis et ceux qui ont perdu leurs foyers, leurs sécurité et leurs familles au lendemain de la deuxième guerre mondiale.

Avec le soutien de nombreux donateurs et collaborateurs, elle est aujourd'hui en mesure de venir en aide aux enfants dans le monde entier y compris le Maroc.

L'association Marocaine des villages d'enfants SOS, présidé par SAR la princesse Lalla Hasna, a ouvert son premier village à Ait Ourir, dans la région de Marrakech en 1985, reconnue

d'utilité publique par le décret n° 2.90.478 pour au bulletin officiel n° 4061.529.8.90 du 19 juin 1990.

Au Maroc, il existe 3 villages :

- Sos village d'enfants : Ait Ourir.
- Imezouren à Housseima
- Dar Bouazza à casablanca

L'association s'occupe surtout des enfants abandonnés, des orphelins de pères et de mères, enfants des mères célibataires et orphelins de l'un des parents. Chaque enfant n'est admis qu'après avoir effectué une enquête minutieuse sur son dossier.

L'objectif essentiel de l'association SOS villages d'enfants est de préparer les enfants à devenir des adultes auto déterminants, par le biais de la vie familiale et de l'éducation. Elle doit améliorer la méthode de travail et son efficacité, analyser le modèle familial d'accueil d'enfants SOS afin de venir en aide à plus d'enfants et enfin, accroître l'engagement et l'acceptance à tous les niveaux.

Le bilan économique de la réalisation du village SOS Ait Ourir est estimé à 9.000.000 dhs avec un coût global de 10.500.000. Les sources du financement sont à 100% venus des sources privées de l'association SOS Kinderdorf.

La maison contient 10 foyers de familles, un jardin d'enfants, une maison d'hôte pour le logement des mères, un amphithéâtre et enfin un bâtiment d'économat et de services.

La principale approche familiale dans un village d'enfants sos repose sur quatre principes :

Chaque enfant a besoin :

- D'une mère.
- De grandir le plus naturellement possible avec des frères et sœurs.
- D'habiter une maison qui est la sienne.
- D'un environnement propice à son épanouissement constitué par un village.

L'association SOS village d'enfants Ait Ourir adopte un groupe d'activités visant à bâtir l'avenir des enfants en difficulté, en leur donnant la possibilité de grandir selon leurs propre

culture et religion d'origine, en les aidant à exprimer leurs aptitudes, intérêts et talents individuels et enfin, en les offrant une éducation et une formation adéquate.

L'association essaie au maximum de répondre aux besoins des enfants et adolescents socialement les plus défavorisés, d'établir des institutions et des programmes destinés à renforcer les familles de l'entourage et à prévenir l'abandon des enfants.

Le village contient actuellement 115 enfants hébergés et nourris. La présence paternelle du directeur du village fut bénéfique pour l'épanouissement de ces enfants.

IV – ASSOCIATION ENNAKHIL POUR LA FEMME ET L'ENFANT :

L'association Ennakhil pour la femme et l'enfant, est une organisation non gouvernementale, indépendante à but non lucratif, créée le 22 février 1997 dans la région de Marrakech. Une association ayant comme objectif d'améliorer la situation juridique, sanitaire, économique, sociale, éducative et politique de la femme et l'enfant.

Les principales activités de l'associations peuvent être citées comme suit :

- ❖ Constitution d'un Comité Technique du projet
- ❖ Elaboration des modules de formation
- ❖ Réalisation de 1296 séances de sensibilisations auprès de 36 groupes de 12 femmes.

L'association adapte également une stratégie d'intervention dans les domaines :

1 – Juridiques :

Pour lutter contre tout type de violence à l'égard de la femme et l'enfant, l'association, les informe et les sensibilise sur leurs droits juridiques, avec mise en application du nouveau code de la famille et toutes les lois permettant l'assurance de l'égalité et la protection effective des femmes et des enfants.

2- Santé :

L'Association met en œuvre un programme d'éducation pour la santé Materno-infantile avec des programmes de mobilisation et de formation sur les IST/SIDA.

3- Développement économique :

L'objectif principal est d'intégrer et de promouvoir la femme dans le développement économique équitable.

4- Politique :

L'association sensibilise et informe, surtout, les femmes à l'importance de la participation dans la vie publique.

Un des plus grands exploits effectués par l'association est la construction d'un centre d'écoute intitulé « Hawwaâ » pour défendre les droits de la femme et de l'enfant contre toute forme de violence.

La volonté du centre est de lutter contre toute forme de violence dont la femme et l'enfant sont victimes, d'éliminer toute sorte de discrimination à l'égard de la femme et l'enfant et de suivre la mise en application du nouveau code de la famille et toutes les lois permettant l'assurance de l'égalité et de la protection effective de ses membres.

Ce centre d'écoute est constitué de « Techniciens » à type d'écoutes, juristes et psychologues, ainsi que des membres de « Prévention ». Ces membres agissent, en collaboration avec des partenaires potentiels locaux et étrangers et avec la participation des femmes victimes de violence, pour assurer et renforcer le bon fonctionnement du centre d'écoute. Ce dernier agit selon trois volets l'accueil des informations, l'écoute directe ou indirecte permettant à la

plaignante de s'exprimer librement et enfin l'orientation vers les consultations juridiques ou bien vers un soutien psychologique.

Le nombre total du personnel recruté dans l'association Ennakhil est estimé à 25 éducateurs et animateurs, 18 d'entre eux travaillent en plein temps et 07 à temps partiel, avec 10 bénévoles.

Les ressources financières de l'association sont assurées par l'Etat, associé à des organisations internationales.

V- ASSOCIATION ENFANCE ESPOIR :

L'association enfance espoir Maroc a vu le jour en 1995, pour la prise en charge de l'enfant abandonné et pour l'aide de l'enfant démun.

L'association a pour but de gérer la crèche de l'espoir selon les modalités énoncées dans le contrat de partenariat signé avec le Ministère de la santé publique, et de subvenir aux besoins alimentaires, vestimentaires, médicaux, chirurgicaux de tous bébés abandonnés admis à la crèche, de venir en aide aux enfants démunis et aux enfants malades – trisomies – enfants atteints du cancer – enfants diabétiques.

Enfance Espoir Maroc [EEM], en collaboration étroite avec la délégation de la santé, a pu aménager une parcelle de 1000m² au cœur de l'hôpital Razi Amerchich, et ce, grâce à la participation financière des bienfaiteurs

La crèche héberge en moyenne quatre vingt (84) bébés d'âges différents.

Un nombre de personnel estimé à 15 membres y compris les nurses, les directrices sans oublier les bénévoles est à la disposition des bébés de la crèche.

Les ressources financières sont estimées insuffisantes puisqu'ils viennent uniquement des projets, des organisations non gouvernementales et des bienfaiteurs, sans oublier l'appui effectif du partenaire européen Enfance Espoir France.

Pour ne pas être restreint sur les bébés d'âge limité, l'association connaît autres activités prenant en charge les enfants d'âge différents. En effet, la crèche a créée une action de solidarité qui est une activité continue ayant comme objectif principale venir en aide des enfants de population défavorisée de Marrakech et ses environs (distribution de fournitures scolaires, aide au malvoyants, distribution de denrées alimentaires etc).

La construction d'une maison d'accueil pour les enfants cancéreux et de leurs familles, ainsi que la subvention des besoins d'enfants abandonnés handicapés sont les deux principaux perspectives d'avenir de l'association, qu'elle souhaite réaliser au cours du développement futur, parce qu'elle souffre d'un manque de ressources financières et de personnels pour accomplir cette mission.

VI- ASSOCIATION DAR TIFL :

L'orphelinat Maison de l'enfant « Dar Tifl » de Marrakech, considérée comme l'unique orphelinat de Marrakech, est une importante institution sociale créé, en 1934, par Feu sa majesté le roi Mohammed V que dieu ait son âme avec la participation de nombreux bienfaiteurs anonymes.

Cette association, présidée par Abdelatif Imazzif, a pour mission de fournir aux enfants orphelins ou ceux dépourvus de soutien familial, l'hébergement, la nourriture et les soins médicaux. Elle assiste en plus les enfants pour la poursuite de leurs études normales à l'enseignement primaire ou secondaire ou pour suivre en cas de déperdition, une formation professionnelle dans les structures dépendantes de l'OFPPT (Office de Formation Professionnelle et de Promotion du Travail) ou de l'Entraide Nationale.

L'association s'occupe plus particulièrement de quatre sortes de cas : les orphelins de père et de mère, les orphelins d'un seul parent et l'autre est pauvre, les enfants nés de parents inconnus et enfin les enfants placés sur ordre du procureur du roi, lorsque leurs parents sont en prison.

Le nombre d'enfants pris en charge au cours de l'année 2005 est de 460 enfants d'âge scolaire surtout les enfants orphelins.

Le nombre de personnel permanent est de 73 y compris cinq bénévoles. Le corps médical contient une infirmière qui s'occupe des soins, un médecin généraliste femme membre de l'association qui coopère avec d'autres médecins pour les consultations spécialisées en faveur des enfants de la maison.

Les ressources financières restent non fixes et non suffisants pour la Maison car proviennent essentiellement de :

- La surtaxe d'abattage
- La subvention de l'entraide Nationale
- Les contributions des bienfaiteurs
- Les revenus générés par quelques biens immobiliers.

VII- ASSOCIATION MAROCAINE POUR LE SOUTIEN DE L'ORPHELIN (ALYATIM) :

L'association Marocaine pour le soutien de l'orphelin a été créée à Marrakech en l'an 1418 de l'Hejire (Janvier 1998).

Cette association a pour objectifs de venir en aide (moral et matériel) aux orphelins indigents vivant avec leur mère. Plus concrètement, Al Yatim oeuvre à établir et maintenir des liens entre bienfaiteurs et familles indigentes d'orphelins afin de

- Subvenir, tout au moins en partie, aux besoins matériels essentiels (Nourriture, vêtement, hébergement) de la veuve et de l'orphelin.
- Suivre de près la scolarité des Orphelins (suivi, soutien scolaire et fournitures).
- Suivre la santé morale et physique de la veuve et de l'orphelin.

L'association a adopté une méthodologie de recherche, citée ci-dessous, afin d'améliorer les conditions de vie de l'orphelin et de lui offrir une meilleure prise en charge:

- Enquête sur les conditions de vie de la famille de l'orphelin.
-

- Etudes et classement des dossiers.
- Recherche des moyens pour couvrir les besoins.
- La contribution des bienfaiteurs se fait par, le versement d'argent, l'expertise, bénévolat, tout en suivant les programmes établis et gérés par l'association

Les partenaires de l'association Marocaine de soutien de l'orphelin sont nombreux dont on cite comme exemple :

- Association de bienfaisance pour services de santé Marrakech.
- Association Assabil Marrakech.
- Association Arrahma Marrakech.
- Association Lueur d'espoir Marrakech.
- Association Almoadara Kénitra.
- Rabitat Alamal litoufoula Almaghribia Rabat.
- Association Basma salé.
- Association Namaa Rabat.
- Commune de Marrakech.
- Comité national de prévention des accidents de la circulation.
- Académie de Marrakech.
- Complexe culturel et sportif Bab lakhmiss Marrakech.
- Imprimerie, Papeterie El Watanya.
- Auto école Al Ihssane.
- Laboratoire Fujifilm Marrakech (Allal El fassi).
- Coopérative Laitière de Marrakech.
- Corps de pharmaciens à Marrakech.

VIII– LIGUE MAROCAINE POUR LA PROTECTION DE L'ENFANT :

La Ligue Marocaine pour la Protection de l'enfance est une association d'utilité publique qui a ouvert son bureau régional à Marrakech en 1987, et consiste à assurer la protection de

l'enfant en situation précaire plus particulièrement celle des enfants abandonnés. En effet, l'objectif principal de l'association est de s'intéresser surtout à la prise en charge des tous petits enfants trouvés dans la rue, les recueillir et s'en occuper jusqu'à la kafala, la Ligue travaille en étroite collaboration avec les autorités compétentes pour faciliter la kafala de ces enfants.

Le nombre d'enfants actuellement pris en charge est de 71 petits enfants, entre lesquels on trouve cinq enfants handicapés dont le plus âgé a 17 ans, et qui ne seront malheureusement pas adoptés.

La Ligue travaille avec l'aide d'une équipe interne constituée de :

- Un comité régional constitué de 9 personnes.
- Un bureau administratif composé d'une directrice, un responsable d'économat et deux chefs de projets.
- Trois équipes de nurses travaillent en système de roulement.
- Un médecin généraliste.
- Ministère de la Santé.

Les moyens financiers dont dispose l'association proviennent uniquement des bienfaiteurs ainsi que la participation de l'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH). La participation de l'Etat est très limitée dans ce cadre.

Les partenaires qui collaborent avec l'association pour ouvrir d'autres centres sociaux sont:

- Le bureau de Mr le Procureur du Roi.
- Le juge des mineurs.
- La Délégation Régionale du Ministère de la Santé.
- L'Académie Régionale Marrakech Tensift El Haouz.
- Le Bureau Régional de l'INDH.
- Les Communes.

Grâce à ce travail collectif, le bureau régional de la Ligue a ouvert quatre crèches scolaires dans les quartiers populaires et qui sont d'une capacité d'accueil de 60 enfants chacune. Ces crèches ont le principal but de permettre aux mamans célibataires ou de familles défavorisées, d'y déposer leurs enfants pour avoir la possibilité de continuer leurs vies normalement et d'exercer une activité professionnelle sans le souci de la garde de l'enfant. Elles permettent aussi à l'enfant de s'intégrer dans le tissu social dont ils sont exclus.

La Ligue ouvrera prochainement à Marrakech, trois centres « Enfance Premier Secours » assurant des consultations aux urgences pédiatriques, et permettent la prise en charge des enfants malades avec un coût qui restera à la portée des familles défavorisées. Elle projette aussi l'ouverture d'un autre centre de soutien scolaire au cours de l'année 2010.

IX-DAR ELBIR OUA LIHSANE :

Lors de la création de l'établissement Dar ElBir Oua lihsane en 1985, son but principal était d'héberger les personnes âgées, les sans domiciles fixes et les indigents, afin de les protéger de la mendicité et du vagabondage.

Pour accomplir sa mission dans les meilleures conditions possibles, et dans le cadre de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain prôné par SM le Roi, l'établissement a créé un centre multifonctionnel à l'intention des jeunes entre 12 et 18 ans, ayant interrompu leur scolarité, afin de les intégrer dans la société et améliorer leur éducation et leur formation.

Dans ce cadre, l'association bénéficie de structures adéquates, sous forme de chantiers industriels, pour prendre en charge un effectif de 240 jeunes, de tranches d'âge différentes , à partir de 12 ans, ne souffrant d'aucune indemnité physique, habitant à Marrakech ou ses environs, et ayant une situation précaire.

Le nombre de personnels permanents est de 50 personnes qui sont, entre autres, des cadres responsables des chantiers, des administrateurs, un médecin et deux infirmières.

Dar ElBir Oua lihsane a crée aujourd'hui un grand complexe d'habitation constitué de trois immeubles, 99 appartement et 117 locaux commerciaux, et considéré, jusqu'à présent, le seul établissement ayant ses propres ressources financiers. Cependant, vu le nombre élevé de bénéficiaires, l'association a toujours besoin des dons de l'Etat et des bienfaiteurs.

L'établissement compte, dans les prochaines années, appliquer la loi 14-05, relative aux conditions d'ouverture et de gestion des établissements de protection, venue pour y accorder un intérêt spécial et pour prendre toutes les mesures nécessaires pour mettre en valeur le rôle social de ces établissements.

Dar ElBir Oua lihsane souhaite combler, grâce à cette loi, le vide juridique et organisationnel que connaît le champ social, et appelle au respect des droits de l'enfant tels qu'ils sont reconnus universellement.

X- L'ASSOCIATION NATIONALE POUR L'INTEGRATION DES TRISOMIQUES 21 (ANIT21)

L'ANIT21 est un centre social qui a été crée la première fois à Casablanca dont l'objectif principal est de mieux servir les enfants atteints de la trisomie21, issus de familles vulnérables, qui n'ont aucune chance de grandir dans un environnement adéquat et d'assurer leurs bien être.

Le premier souci de l'association est de faire sortir ces enfants de leur isolement afin de les aider à se réinsérer dans le tissu social, puisque l'abondan d'un tel enfant dans un milieu défavorisé reste fréquent.

Cette association a ouvert ses portes à Marrakech le 19 Juin 2004, par Mr Soubir, créateur et président.

La priorité de l'ANIT21 est de donner des cours gratuits au profit de ces enfants trisomiques âgés de cinq ans et plus, et qui n'ont pas eu les moyens de s'inscrire dans une école spécialisée. Un comité spécialisé accepte l'intégration du trisomique après avoir étudié son dossier médical et social qui le rend apte à l'inscription.

Le centre à Marrakech accueille actuellement un effectif de 45 élèves trisomiques réparties en groupes.

Le personnel du centre est répartie comme suit :

- Président et directeur général : bénévole.
- Responsable : bénévole.
- Assistante sociale.
- 8 éducatrices.
- Orthophoniste, médecin pédiatre et une infirmière, chargés par l'Etat.

Les moyens financiers restent la première contrainte de l'association, puisqu'elle ne bénéficie que des dons de SM le Roi Mohamed VI, avec la participation d'autres partenaires tels que : l'Entraide Nationale de Rabat, la délégation de la santé à Marrakech et bien sûr l'INDH.

Au cours de ces prochaines années, l'association compte créer un centre de formation pour les cadres dans le domaine de l'handicap mental, quoique la contribution de l'Etat et des collectivités publiques, reste le point vulnérable empêchant la réalisation de ce projet.

XI- L'ORGANISATION ALAOUITE POUR LA PROTECTION DES AVEUGLES AU MARRAKECH (OAPAM):

L'OAPAM est une organisation non gouvernementale, qui a vu le jour à Marrakech le 08 Mars 1982, sous la présidence effective de SAR la princesse Lalla Lamia, venue pour accompagner les personnes aveugles ou malvoyants, et en particulier pour les former à être autonomes dans leurs vie quotidienne et acquérir des outils leurs permettant de prendre une place dans la société.

En effet, l'institut est venue pour assurer l'enseignement et la formation appropriée des inscrits, les protéger physiquement et psychiquement afin d'empêcher le déficit visuel d'être un obstacle à gérer sa propre vie et être capable d'assurer son propre fonctionnement lié en particulier aux déplacements, aux nécessités de la vie journalière et à l'apprentissage.

Le centre à Marrakech accueille des personnes aveugles ou malvoyants, ne dépassant pas 3/10, à partir de l'âge de scolarité, ne souffrant d'aucun problème physique ou psychique, outre que la cécité, avec un quotient intellectuel normal.

Ces personnes, provenant de Marrakech ou de ses régions, bénéficient de l'hébergement offert par l'établissement, de la scolarisation en utilisant la méthode 'Braille', ainsi que des activités sportives (cécifoot par exemple).

L'institut de Marrakech héberge actuellement 81 élèves, d'âges différents répartis en :

- 46 en primaire.
- 26 en secondaire.
- 09 au lycée.

L'équipe OAPAM est composée du Directeur et de surveillant général qui sont responsables de l'assistance administrative de l'établissement, une surveillante générale de l'internat, sans oublier les professeurs qualifiés et qui souffrent aussi d'une déficience visuelle.

Le financement de l'établissement provient essentiellement de l'organisation mère (OAPAM Maroc), qui est la responsable directe du budget de l'institut, sans oublier la contribution de l'Entraide Nationale avec la participation des bienfaiteurs anonymes.

Au cours de l'année 2008, le taux de réussite au Baccalauréat a dépassé 96%, ce qui prouve que la bonne qualité de formation dans l'établissement malgré les difficultés rencontrées au niveau de la transcription et l'impression du manuel en Braille, qu'on élabore dans les ateliers de l'OAPAM Maroc à Rabat, à l'aide d'un logiciel et un papier spécial importé du Suède. Le nombre de ces manuels reste insuffisant comparé à l'effectif ascendant des élèves bénéficiaires. A cet effet, l'établissement compte procéder au cours de l'année 2010 à l'enregistrement sonore de tous les manuels sur CD (méthode déjà adoptée en France).

XII- L'UNITE DE PROTECTION DE L'ENFANT (UPE).

Ouverte le 28 juillet 2007, par SAR la Princesse Lalla Meriem, présidente de l'Observatoire Nationale des Droits de l'Enfant (ONDE), l'UPE de Marrakech qui, fut la première unité inaugurée

à l'échelle nationale, rentre dans le cadre du plan d'action national en faveur des enfants pour la période 2006–2015.

L'UPE vise les quatre objectifs suivants :

1. Avoir une institution locale pour assurer la protection de l'enfant.
2. tracer un circuit bien précis de la prise en charge de l'enfant victime de violence et poursuivre le mouvement de restructuration.
3. renforcer la place de protection sociale et judiciaire, autant que possible, pour la réintégration de l'enfant en situation précaire dans son milieu social et familial.
4. contribuer à la codification du circuit de la protection des enfants en situation de violence.

L'UPE Marrakech assure aujourd'hui, un accueil et une écoute aux enfants victimes de violence, leur orientation, avec leurs tuteurs, vers des intervenants spécifiques (médecins, police, juges...), en leur offrant une assistance médicale, psychologique, juridique et sociale avec un suivi permanent dans toutes leurs démarches.

En effet l'unité organise ses activités selon trois domaines:

Domaine de prévention : Il s'intéresse au traitement des facteurs socio-économiques qui conduisent à la violence envers les enfants, ainsi que le renforcement des pratiques d'éducation des enfants durant les différentes étapes de leur enfance. A cet effet, l'unité travaille en collaboration avec les intervenants directs dans le domaine de l'enfance à Marrakech (autorités locales, ONG, et autres) dans le but de les sensibiliser des voies de protection de l'enfant contre la maltraitance.

Domaine d'intervention : Pour faire face à une affaire complexe telle que la maltraitance de l'enfant, il faut de prime à bord, assurer aux victimes une assistance juridique, médicale, psychologique et sociale.

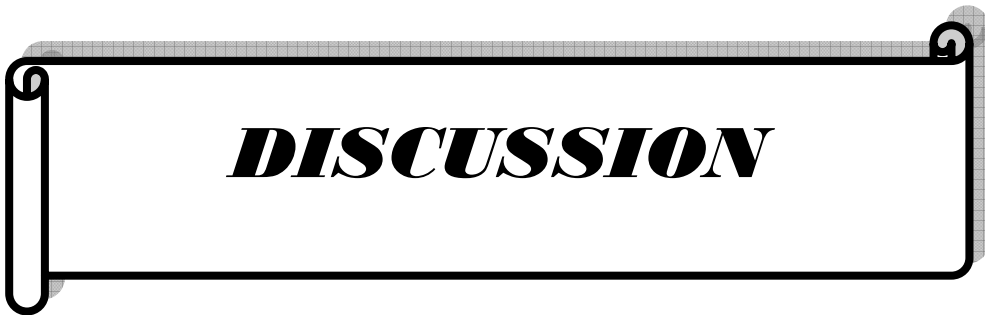
Par conséquent, la priorité est la création d'un espace adéquat pour l'accueil des enfants victimes de violence des les centres de police, les hôpitaux...etc.

Domaine d'intégration et de réinsertion des enfants maltraités : Dans ce cadre, le plan local de protection de l'enfant à Marrakech œuvre pour le renforcement des moyens matériels et humains des associations Dar El Bir Oua Lihsan, Al Karam et Atfalouna, pour répondre aux besoins psychologiques, éducatifs et sociaux des enfants victimes de violence et d'exploitation.

Le financement de l'UPE Marrakech est assuré par une subvention annuelle de la part de l'Etat et la contribution des collectivités locales.

Reste à signaler que l'unité de protection de l'enfant à Marrakech travaille en partenariat avec plusieurs intervenants pour assurer l'exécution du plan local de protection de l'enfant à savoir :

- ✚ Délégation de la santé, d'éducation nationale, de formation professionnelle...
 - ✚ Wilaya de sûreté nationale.
 - ✚ Préfecture de Marrakech.
 - ✚ Délégation de l'entraide nationale.
 - ✚ Chambre d'artisanat.
 - ✚ Conseil régional de tourisme.
 - ✚ Association Dar Tifl, Dar El Bir Oua Lihsan, Afalouna, Al Karam, 'Touche pas à mon enfant'....
 - ✚ Autres.
-



DISCUSSION

I – QU’EST CE QU’UN ENFANT ?

Avant d’entamer la présente recherche, il va sans dire que nous devons définir le terme « enfant ». Une telle tâche, paraît à première vue, simple et évidente. Ce n’est cependant pas le cas.

Etymologiquement parlant, le mot « enfant » trouve ses racines dans le terme latin « infans » qui signifie « qui ne parle pas ». Le dictionnaire Larousse propose la définition suivante : « Un enfant est un être humain dont le développement se situe entre la naissance et la puberté ».

Néanmoins, deux questions s’imposent. La première se pose en ces termes :

Un fœtus est-il un enfant ? Est-il par là même concerné par l’article 6 de la convention sur les droits de l’enfant qui prône le droit des enfants à la vie ?

Ceux qui ont élaboré la convention des droits de l’enfant ont dû, sans aucun doute, hésiter longtemps avant d’élaborer l’article 1 de cette convention qui définit l’enfant et précise la tranche d’âge intéressée. Ils ont réussi à étudier d’une manière intelligente et subtile les problèmes éthiques relatifs à l’avortement, et qui divisent les opinions et les sociétés.

La deuxième question qui s’impose est la suivante :

Quand se termine l’enfance ? Autrement dit : à quel âge l’enfant atteint-il la majorité ?

La convention précise qu’ « un enfant s’entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans ». Mais, elle ajoute « sauf si la majorité est atteinte plutôt en vertu de la législation qui lui est applicable ». Nous comprenons ainsi, que la convention rejette la balle aux gouvernements des différents pays. Elle leur laisse le soin de déterminer l’âge de la majorité.

Au Maroc, la priorité a été accordée au tout début aux enfants de moins de 5 ans du fait de la vulnérabilité particulière de cette tranche d’âge, prouvée surtout par la grande mortalité et morbidité infanto –juvénile. Mais dès 2004, le Ministère de la santé a décidé d’élargir ses interventions au profit de l’enfant de 5 à 18 ans du fait de l’élévation de l’effectif de cette tranche d’âge de l’ensemble de la population.

II – LES BESOINS DE L'ENFANT :

Dans le domaine des droits de l'enfant, « Janusz Korczak, un médecin pédiatre polonais était le précurseur reconnu de la mise en pratique des droits positifs de l'enfant (droit d'expression, de participation, d'association etc....) officiellement établis le 20 novembre 1989 par les articles 12 à 17 de la Convention des Nations Unis pour les droits de l'enfant, un texte et un acte politique majeur dont il exigeait l'élaboration depuis la fin du XIXe siècle » (1)

Pour définir ces besoins, nous allons nous référer aux travaux réalisés par T.B. Brazelton et St. Greens Pan, deux professeurs universitaires américains de renommée mondiale. Ils parlent de 7 besoins sans lesquels le développement psychologique de l'enfant risque d'être entravé : (2)

1. L'enfant réclame un système de relations émotionnelles et interactives. D'ailleurs, un bébé laisse voir même avant de maîtriser la parole, à quel point il lui importe d'entretenir avec autrui, et surtout ses parents, de relations chaleureuses et stables.

2. Un enfant doit se sentir en sécurité. Il a besoin d'être protégé physiquement et de ne pas être exposé aux chocs affectifs ou psychologiques.

3. Chaque enfant est unique quant à l'approche qu'il exige pour atteindre, sans séquelles psychologique, la maturité. Il importe donc de bannir les préjugés et les méthodes standardisées et pré-établies.

4. Chaque âge a aussi ses priorités :

♣ De 3 à 4 mois, l'enfant a surtout besoin d'être en sécurité vis-à-vis des événements extérieurs.

♣ De 4 à 6 mois, l'enfant réclame une sécurité intérieure engendrant des relations confiantes avec les personnes.

♣ De 6 à 18 mois, c'est l'âge du développement de la communication et de la conscience de soi.

♣ Après 18 mois, l'enfant essaiera plutôt de maîtriser les mots et la pensée.

Il va sans dire que cette évolution doit être prise en considération avant la programmation de certaines activités pour l'enfant (jeux par exemple).

5. L'ultime objectif de tout système éducatif est de faire acquérir à l'enfant une autodiscipline de vie. Pour y arriver, il faut opter pour un enseignement patient qui permettrait à l'enfant de maîtriser ses impulsions et de se plier à la discipline sans qu'il se sente, pour autant humilié ou contrarié.

6. Pour une bonne intégration sociale, l'enfant a besoin d'un milieu où il se sentirait accepté, aimé et protégé. La langue, la religion, la culture ne doivent en aucun cas, constituer un obstacle pour son développement affectif et relationnel. Ainsi, la famille, l'école... doivent veiller à ce que l'enfant ne se sente pas rejeté par son milieu.

7. Il est évident que nos sociétés ont subi et subissent encore une évolution rapide qui a eu et continue d'avoir des répercussions négatives sur le développement affectif de l'enfant. Citons par exemple la fréquence accrue du divorce, l'absence prolongée des parents, le rythme de vie de plus en plus accéléré ... sans oublier d'autres problèmes qui altèrent la croissance physique normale des plus jeunes : carence alimentaire, problème de santé... Ainsi, il est impératif de déployer tous nos efforts pour protéger nos enfants et préserver par conséquent notre avenir.

Ces besoins ont un rôle de protéger les enfants d'un nombre de privations parmi les cinq critères qui sont : logement, assainissement, eau, information et éducation.

« Au Maroc, **38%** des enfants de moins de 18 ans ont au moins une privation parmi les 5 critères, **17%** ont au moins 2 privations. Le risque chez les filles dépasse celui des garçons de **6%**. La privation la plus prépondérante est liée au logement **25,4%**. La combinaison la plus fréquente :

♦ Logement et Assainissement : **10,9%**

♦ Logement – Assainissement – Eau : **3,8%**

Les enfants qui présentent les risques les plus élevés de privations sont ceux vivant en milieu rural **35%**, dans les six régions où la privation est prépondérante :

♦ Tadla Azilal : **40%**

♦ Taza Al Hoceima Taounate	: 35%
♦ Marrakech Tensift Al Haouz	: 26%
♦ Doukkala Abda	: 23%
♦ Chaouia Ouardigha	: 22%
♦ Souss Massa Draa	: 20% » (3)

III – L'ENFANT EN SITUATION DIFFICILE

Est considéré comme enfant en situation difficile «Le mineur n'ayant pas atteint l'âge de 16 ans, lorsque sa sécurité corporelle, mentale, psychologique ou morale ou son éducation est en danger à cause de sa fréquentation des personnes délinquantes ou connues pour leur mauvaise réputation ou ayant des antécédents judiciaires, lorsqu'il se rebelle contre l'autorité de ses parents, la personne ayant sa garde, son tuteur, son tuteur datif, la personne qui le prend en charge, la personne ou l'établissement à qui il a été confié, lorsqu'il s'habitue à fuir de l'établissement où il suit ses études ou sa formation, lorsqu'il quitte son domicile ou lorsqu'il ne dispose pas d'un lieu adéquat où s'installer» (4)

IV– L'ENFANT MALTRAITE :

1 – Définition :

La maltraitance renvoie à « toute forme de violences, d'atteinte ou de brutalités physiques et mentales, d'abandon ou de négligences, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle.» (5)

Selon l'OMS, la maltraitance est définie comme :

" Chaque action qui altère le développement de l'enfant, physique, psychique, ou mental".

Le conseil de l'Europe (rapport de la commission au sein de la famille 1987 et l'OMS 2002) décrit la maltraitance comme « une situation pathologique dans laquelle une personne ou un groupe de personnes infligent de mauvais traitements à une autre personne. Elle peut conduire à son décès ou d'être à l'origine de préjudices tels que l'atteinte à son intégrité corporelle et psychique, à sa dignité, à sa vie sociale, au développement de sa personnalité, à la jouissance de ses biens, de ses ressources ou de ses libertés individuelles »

« Un enfant maltraité est celui qui est victime de la part de ses parents, ou d'adultes ayant autorité sur lui, de violences physiques, de sévices psychologiques, de négligences (ou absence de soins) ou d'abus sexuelles pouvant avoir des conséquences graves sur son développement physique ou psychique » (6)

De nombreux enfants subissent des actes de violences dans plusieurs endroits : chez eux, dans les écoles, les orphelinats, les centres de soins résidentiels, la rue, sur le lieu de travail, dans les prisons et détentions... etc.

Les différents types de maltraitance peuvent être déclinés en fonction du mécanisme impliqué et des caractéristiques des personnes maltraitées.

Comme un résumé aux définitions données, on peut parler de maltraitance quand il y'a présence :

- Des abus, regroupant les actes de violences physiques (les atteintes à l'intégrité corporelle de gravités diverses, violences sexuelles ...), les actes de violences psychologiques (menaces, injures, harcèlement, cruauté mentale, etc.) et les spoliations (atteinte aux libertés individuelles, dissimulation des ressources ...)

- Des négligences qui peuvent être par omission ou par privation des besoins de vie quotidienne.

Cependant, certaines personnes sont vulnérables d'être maltraitées que d'autres.

Dans la pratique médicale, on entend par personne vulnérable, un patient particulièrement exposé à un risque de maltraitance ou susceptible d'avoir des conséquences graves si des mauvais traitements ont été infligés. Cette vulnérabilité résulte de l'intrication de

plusieurs facteurs sociodémographiques, cliniques et aux possibilités d'adaptation de l'entourage.

2- Facteurs de risque :

Le risque de maltraitance naît de la conjonction et de l'accumulation de facteurs individuels et environnementaux à un temps donné, aussi bien pour les maltraitants que pour les personnes maltraitées:

2-1- Les facteurs de risque communs aux différents types de maltraitance :

Ces facteurs sont d'abord d'ordre familial ou social.

Les milieux non défavorisés sont moins exposés au contrôle social, donc ils sont sous estimés et la maltraitance y est plus difficile à identifier.

Les différents facteurs de risques sont sûrement cumulatifs, mais il n'est pas possible en l'état actuel des connaissances d'en évaluer précisément l'importance.

Tableau n°II : Facteurs de risques communs aux types de maltraitance. (7)

Environnement	Personnes mal traitantes
- Isolement social	- Alcoolisme
- Précarité financière	- Maladies mentales
- Chômage	- Troubles psychologiques
- Conflits familiaux	- Actes hétéro agressifs
- Le bas niveau d'éducation	
- La promiscuité	

2-2- Facteurs de risques spécifiques aux personnes vulnérables : (7)

Caractéristiques de l'enfant :

- Prématurité.
 - Né d'une grossesse multiple.
 - Né après un deuil.
 - Sexe non adapté.
-

- Handicap physique et mental.
- Troubles du comportement.

Environnement de la vie de l'enfant :

- * Hospitalisation prolongée dans le premier temps de vie.
- * Vie en institution prolongée.
- * Irrégularité de la présence parentale.

Le contexte familial :

- 👨‍👩‍👧‍👦 Famille nombreuse.
- 👨‍👩‍👧‍👦 Monoparentaux.
- 👨‍👩‍👧‍👦 Jeune âge des parents.

N.B. : Ces facteurs de risques ne doivent pas être utilisés comme éléments diagnostics chez un individu donné, mais comme éléments de repérage potentiels.

3- Historique:

Historiquement, la reconnaissance de la maltraitance à enfant apparaît tard dans la littérature : alors que dans l'antiquité gréco-romaine le père a droit de vie et mort sur les enfants et que, au moyen âge, l'enfant reste conçu comme un être totalement modelé par son éducation, ce n'est qu'à la fin du XIX siècle que ses droits sont envisagés. C'est en 1860 qu'un professeur de médecine légale fait, à Paris, la première description clinique d'enfants battus, mais il faut attendre jusqu'à 1887 pour qu'une loi interdise les châtiments corporels des écoliers et 1889 pour qu'une protection des enfants maltraités soit établie.

L'Etat français crée ensuite un certain nombre d'institutions et de fonctions professionnelles qui ont pour mission de protéger l'enfant (1912: juges spéciaux pour mineurs; 1943 : Aide Sociale à l'Enfance [ASE]; 1945: Protection Maternelle et Infantile [PMI]. Plus tard, la loi du 10 juillet 1989 ; relative à la prévention de mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance, rend les auteurs de sévices pénalement punissables, en même temps

qu'une convention internationale des droits de l'enfant est rédigée par les Nations Unies. Celle-ci souligne la nécessité d'assurer la protection physique et morale de l'enfant.

La maltraitance prend différentes figures, distinguées au sommet de Stockholm, en Août 1996, arrivant à faire la différence entre trois sortes qu'on détaillera plus loin :

- 1) La violence physique.
- 2) La violence psychologique.
- 3) La violence sexuelle.

Vu la diversité de la violence sexuelle, on y consacrera un chapitre particulier, d'autant plus qu'elle est un problème majeur au Maroc.

4- Maltraitance à l'échelle mondiale:

4-1- Fréquence :

D'après les recherches effectuées, à l'échelle mondiale, 20% des femmes et de 5 à 10% des hommes auraient été victimes de maltraitance sexuelle pendant leur enfance.

La maltraitance des enfants en France concerne, selon l'Observation Décentralisé de l'Action Sociale (ODAS) et le Service d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée (SNATEM), environ 1 à 2 mineurs sur 1000.

Chez les filles, il s'agit principalement de violences psychologiques et sexuelles et chez les garçons de violences physiques.

« Aux Etats Unies, des violences physiques sévères (définies par le recours aux coups de pieds, de poing, avec un objet, aux morsures, au passage à tabac, ou à l'usage ou menace d'usage d'arme) sont infligées par les parents à 10,7% des enfants, soit une prévalence double de celle de violences entre conjoints. En Finlande, des violences de même degré sont rapportées par 8% des enfants, et il n'existe pas de raison particulière de penser que ces chiffres s'appliqueraient moins bien aux autres pays occidentaux, même si les statistiques font encore grandement défaut dans la plupart d'entre eux ». (8)

Dans les Caraïbes, « 96% des gardes d'enfants interrogés estiment que les châtiments corporels prouvent que les parents (se soucient suffisamment de leurs enfants pour prendre le temps de les éduquer correctement ». (9)

4-2- L'âge de survenue de la maltraitance:

D'après des champs G et al (école de pédiatrie de Nancy), 10% des enfants hospitalisés en milieu pédiatrique pourraient entrer dans le cadre de l'enfance maltraitée. Un enfant de 6 ans sur 150 serait concerné.

La maltraitance s'observe à tout âge : (10)

■ Nourrisson	: 10%
■ Petit enfant	: 15%
■ Grand enfant	: 30%
■ Adolescent	: 40%
■ Adulte	: 5%

On constate, d'après ces chiffres, que la tranche d'âge la plus intéressée par la maltraitance, quelque soit son type, est l'âge de l'adolescence, ce qui ne présente pas de discordance avec les facteurs cités précédemment, et ce parce que l'adolescence est considérée comme la tranche d'âge la moins acceptée par l'entourage, vu ses difficultés surtout psychologiques.

5- A l'échelle nationale :

Le Maroc connaît encore la notion du "tabou", c'est pour cela qu'on n'a pas vraiment de chiffres réels pour savoir l'ampleur du problème. En revanche, la maltraitance sexuelle se développe de façon rapide au Maroc qu'il faut signaler. « Au terme de l'année 2008, L'Observatoire National des Droits de l'Enfant recense et publie régulièrement les plaintes qu'il reçoit, à travers son centre d'écoute, concernant les cas de maltraitance des enfants. L'Observatoire a enregistré 560 cas de maltraitance dont 120 concernent des cas d'agression

sexuelle. Le reste des cas concerne la maltraitance physique (141 cas) et la négligence (167 cas) ». (11)

6-Types de maltraitance :

Comme on l'a déjà signalé, nous n'allons pas détailler les sévices sexuels dans ce chapitre, car on va le développer ultérieurement.

6-1- Les violences physiques

Les enfants sont les victimes les plus fréquentes d'agression corporelle. De toutes les formes de violence, les abus physiques sont les plus repérables, plus faciles à identifier. Elles se reconnaissent par les traces qu'elles laissent sur le corps de l'enfant : hématomes, brûlures, fractures et par l'intention de l'auteur d'infliger un sévice pour se faire obéir, pour dominer et maîtriser l'enfant.

Ce type de maltraitance commence souvent tôt : A peu près de la moitié des enfants maltraités ont moins de 3 à 5 ans au moment du diagnostic. Les facteurs qui sous-tendent ces violences ainsi que les caractéristiques médico-sociales des familles ou des individus concernés, ont été décrits au cours des trente dernières années, particulièrement depuis la révélation médicale, par Kemke, du « Syndrome de l'enfant battu » (7) et son développement par Silvermann.

Le syndrome de l'enfant battu :

Le radiologue et pédiatre Américain Silvermann a décrit en 1953 des signes radiologiques en rapport avec les fractures négligées et d'âges différents chez le jeune enfant.

■ Signes de la maladie :

Les signes cliniques sont caractéristiques comme les ecchymoses, hématomes de forme et de topographie variables évoquant des boucles de ceintures, des traces de fouet, de bâton, de courroie, de bagues, de griffes ou de morsures ...etc. On peut constater aussi des traces de brûlures par allumettes, cigarettes ou par des liquides bouillants. Une alopecie en clairière

traduit l'arrachement brutal des cheveux. Les lésions d'organes génitaux sont fréquentes, avec aussi des troubles de l'état général : hypotrophie staturo-pondéral, liée à la sous alimentation et au manque d'affection et de stimulation, malnutrition, rachitisme, anémie hypochrome.

Le comportement de l'enfant battu est particulier : il peut être triste, apathique, terrorisé, esquivant de gestes de défenses à chaque tentative d'approche ou bien, au contraire, trop facile, trop doux.

C'est surtout le problème des classes sociales défavorisées : l'insuffisance des ressources, le chômage, l'instabilité des relations conjugales, les mères célibataires, l'éthylisme chronique, les anomalies de personnalité...etc.

■ Les conséquences sur l'enfant :

Elles sont d'emblée physiques ou psychiques souvent graves. Sur le plan physique, et à court terme, le risque peut être le décès de l'enfant, ayant le plus souvent un caractère accidentel, par l'absence de soins, ou rarement l'infanticide délibéré et pervers. Par ailleurs, on peut observer toutes sortes de violences physiques, telles que les encéphalopathies traumatiques, les états de dénutritions ...etc.

Sur le plan psychique, la maltraitance peut donner une incapacité d'assimilation psychique de l'enfant, des afflux d'excitation, c'est-à-dire des stimulations psychiques.

Au lieu de protéger l'enfant, les parents maltraitants banalisent leur gestes tout en disqualifiant la parole de l'enfant. Il en résulte une incohérence majeure entre ce que ressent l'enfant et ce que lui traduisent les parents. D'où, chez l'enfant, le développement rapide d'un sentiment d'incohérence interne du fait de son inclination à ne surtout pas mettre en question la parole de ses parents, mais plutôt à remettre en question ses propres sentiments. L'on pourrait dire ainsi que l'enfant maltraité s'approprie très vite le discours parental au détriment du sien, ce qui a pour premier effet très grave celui de banaliser ce qu'il vit tous les jours, de le considérer comme "Normal", mérité par lui. En effet, toute culpabilité est projetée de l'adulte sur l'enfant qui l'intériorise. " Tu ne l'as pas volée !" devient quelque chose comme "je l'ai bien mérité !"

a- Le diagnostic clinique :

C'est à cette étape que la responsabilité du médecin est engagée. En effet, il faut penser à un sévices sexuel devant plusieurs signes, tels que l'infection urinaire chez la petite fille, la grossesse chez une adolescente, des changements de comportement récents qu'ils soient physiques ou intellectuels, des masturbations répétées, des jeux sexuels évocateurs etc. Or, tous ces tableaux cliniques peuvent faire défaut, donc le doute peut naître soit devant le comportement des parents, qui est trop parfait ou trop indifférent, soit devant un mécanisme lésionnel incohérent, ou encore devant des tableaux cliniques et biologiques incompatibles (exemple : S. de Münchhausen).

L'examen clinique doit être complet et systématisé, d'autant plus que l'anamnèse ne porte pas grand-chose du fait du non verbalisation des faits par l'enfant soit par culpabilité ou par peur. Le plus souvent, il existe une discordance entre le mécanisme lésion constatée. Plusieurs signes cliniques peuvent être trouvés dans des sites différents, citons comme exemple :

- Os : fractures d'âges différents ayant consolidés spontanément signent le syndrome radiologique de Silvermann.

- Rétine : hémorragies rétinienne, d'où un examen ophtalmologique indispensable.

- Nanisme psychosocial : en cas de négligence grave ou de maltraitance chronique.

- Crâne : fractures multiples et complexes.

b- Formes cliniques :

- Syndrome de Silvermann :

C'est un syndrome observé surtout chez le nourrisson et le petit enfant. Il s'agit de fractures métaphysaires des os longs, multiples, d'âges différents, négligées et mal expliquées. Le siège des fractures peut être au niveau des côtes, du nez ou autre site.

- Traumatismes cranio-encéphaliques :

Ce sont des traumatismes crâniens graves de l'enfant de moins de 2 ans. « Plus de la moitié de ces enfants victimes de sévices conserveront un retard d'acquisition. Ces traumatismes

crâniens non accidentels du nourrisson représentent la première cause de la mort de l'enfant de mois de deux ans. » (7)

Les hématomes sous duras aigus sont les lésions cérébrales les plus fréquemment rencontrées chez le nourrisson. Le mécanisme lésionnel peut être une gifle au niveau de l'extrémité céphalique ou encore un secouement violent. Ce qu'on appelle ' le syndrome de l'enfant secoué'.

■ Cas particulier : Syndrome de Münchhausen par procuration

« Le terme de Syndrome de Münchhausen a été décrit par Asher en 1951 (Laucet,1: 339–341) et Syndrome de Münchhausen par procuration en 1971 par Meadow (The Interland of Child abuse : Laucet 2 : 343–345)... Les signes cliniques les plus fréquemment retrouvés dans la littérature sont : saignement 44%, malaises 42%, dépression de SNC 19%, apnée 15%, diarrhée 11%, vomissement 10%. 9% des enfants meurent d'empoisonnement ou d'étouffement..... Le but recherché par la personne maltraitant n'est pas la mort de l'enfant. Il est plus souvent lié à elle : désir de reconnaissance, d'attention. »(7)

6-2- Les violences psychiques :

Définir les violences psychologiques est un exercice compliqué. Pour une situation donnée, les évaluations peuvent être différentes.

Cette violence psychologique, était considérée il y'a dix ans comme un type d'éducation stricte et normal. Aujourd'hui, tout ce qui remet en cause l'intégrité de la personnalité de l'enfant comme les agressions verbales, les dévalorisations, les humiliations etc. font partie des violences psychologiques.

a- Aspects psycho comportementaux de la maltraitance

■ Etat de stress post traumatique :

Il faut tout d'abord signaler qu'il n'y a pas de corrélation entre l'atteinte physique et psychologique. Un témoin d'une violence peut aussi développer un traumatisme psychologique.

Les réactions immédiates observées au cours du stress post traumatique sont nombreuses et variées. Parmi lesquelles on peut citer un état associatif, une psychose réactionnelle brève ...etc.

L'état de stress post traumatique associe : un syndrome de répétition comprenant des cauchemars et ruminations avec l'évitement du souvenir traumatique "Flash back", des troubles de sommeil, une anxiété permanente et enfin, des conduites d'évitement vis-à-vis de certaines situations rappelant au sujet le traumatisme.

■ Autres troubles psychopathologiques

Autres tableaux peuvent être observés au cours des sévices psychologiques de l'enfant n'ayant pas moins de conséquences que l'état de stress post traumatique. On peut citer entre autres les troubles de personnalité donnant un sujet antisocial et limité, des comportements additifs, des tentatives de suicides...etc.

b- Spécificités chez l'enfant

Les troubles psycho comportementaux chez l'enfant ont les mêmes caractéristiques que chez l'adulte, sauf que pour l'enfant ils sont mieux identifiés, mieux apparus sur leurs comportements.

« Les enfants peuvent manifester des conflits de loyauté vis-à-vis d'un proche maltraitant, ou craindre des représailles ; certains enfants vont de se faire contrôler l'expression de leur souffrance.Les troubles de l'attachement réactionnels sont plus spécifiques à l'enfant : ils apparaissent souvent dans un contexte de carences ou de maltraitance. Dans le type désinhibé, l'enfant manifeste des relations indifférenciées trop familières, y compris avec des inconnus. Dans le type inhibé, la manifestation caractéristique est celle de la vigilance gelée (enfant contrôlé, attentif aux moindres faits et gestes de son entourage. » (7)

Récapitulons que les troubles psycho comportementaux doivent faire penser, au moindre doute, à une maltraitance chez l'enfant et l'adolescent qu'il faut prendre en charge en assurant l'accueil, l'écoute, l'hospitalisation si besoin et, bien sûr , l'établissement d'un certificat médico-légal.

6-3- L'exploitation sexuelle de l'enfant

a- Définition

L'exploitation sexuelle de l'enfant se définit comme « Une activité sexuelle imposée à un enfant, incapable de comprendre ou d'assumer ce qui lui arrive. L'atteinte sexuelle n'est pas forcément imposée avec violence ou contrainte. Elle peut prendre différentes formes : attouchements, pénétration (vaginale, anale, buccale), exhibitionnisme, matériel pornographique, prostitution.... » (10)

« Selon l'OMS, l'agression ou la violence sexuelle est tout acte que commet un parent ou autre tuteur sur la personne d'un enfant pour en retirer un plaisir sexuel ». (12)

L'abus sexuel peut s'observer en milieu familial (inceste) ou extra familial.

■ Abus sexuels intrafamiliaux :

Ils sont les plus fréquents au moment de la puberté. L'inceste père/fille ou beau père/belle fille sont les plus souvent rencontrés, alors que l'inceste mère/fils reste encore rare.

Rappelons que, normalement, c'est la loi du complexe d'Œdipe qui est à l'origine des distributions des rôles de chaque individu au sein d'un groupement familial ou social. Elle pose les limites entre les personnes, donc interdit l'inceste.

Dans l'inceste, à la loi symbolique se substitue la loi du silence. C'est ainsi que l'inceste se pérennise, fondé sur le secret et la menace qui pèse sur révélation.

Les manifestations de cette violence sont variées, telles que :

- Les troubles fonctionnels à type céphalées, troubles gynécologiques ...etc.
- Les troubles de conduite ou carrément une tentative de suicide.
- Un échec scolaire.

■ Abus sexuels extrafamiliaux

C'est un abus exercé par une personne connue ou inconnue quelque soit sa fonction.

Tout traumatisme lié au viol, souvent avec effraction de virginité de l'adolescente, risque d'entraver l'épanouissement psycho sexuel de la victime, d'autant que la honte et culpabilisation en ont maintenu le secret, empêchant toute élaboration mentale de l'événement traumatique et

de sa place dans la vie psychique du sujet. Contrairement au cas de l'inceste, la question de la dégradation des images parentales ainsi que celle de la répétition de la violence sexuelle de génération en génération ne se pose que rarement, et ce d'autant moins que la personnalité du patient est déjà constituée.

b- L'exploitation sexuelle à l'échelle internationale

L'exploitation sexuelle est l'une des sérieuses formes de violences, affectant les enfants du monde entier. L'exploitation sexuelle à des fins commerciales est la forme d'abus la plus répandue, en particulier dans les pays en voie de développement.

« A peu près 80°/° des abus envers les enfants sont des abus sexuels et que 75°/° des abuseurs ont une relation familiale avec les victimes .La plupart des victimes sont âgées de moins de 10 ans.

A Istanbul en Turquie, en 2002, et sur 1955 étudiantes, on a trouvé que 95.7% d'entre elles ont subi une expérience sexuelle involontaire dont 13,4% rapportent un abus sexuel et 11,3% souffrent d'attouchement dans des endroits privés. »(13)

c- L'exploitation sexuelle au Maroc

Au Maroc, on peut rencontrer toute sorte d'abus sexuel, qu'il soit à des fins commerciales, un tourisme sexuel, une homosexualité ou autres, à tel point qu'il présente un problème majeur.

D'après les derniers chiffres révélés par des ONG lors de la journée d'étude organisée le 31 janvier 2003 à Rabat, sous le thème de la lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants « 1117 prévenus ont été poursuivis dans des affaires d'abus devant les tribunaux, dont 144 pour des affaires de viol, 769 pour des procès d'atteinte à la pudeur et 127 pour enlèvement d'enfants. » (14)

Le nombre d'appels reçus au niveau des centres d'écoute et d'aides aux enfants victimes de violence de Rabat, créé le 26 Novembre 2000, est estimé à 2000 personnes, dont 18%

relatent des abus sexuels. 43% des agresseurs sont des étrangers. Dans l'entourage familial, ces agresseurs sont des pères dans 6% des cas et des voisins dans 21% des cas.

Ces chiffres sont en hausse chaque année vue la levée progressive des freins sociaux, culturels et économiques qui empêchent les enfants exploités sexuellement de parler librement, d'exprimer leur souffrance ou de porter plainte.

« Il faut en parler dans les médias, à la radio, à la télévision, ouvrir un débat pour attirer l'opinion publique sur ce qui ne va pas, sur les risques que court cette jeunesse et surtout aider les enfants à comprendre le rapport au corps. Tant que la sexualité est tabou au Maroc, tant qu'on n'a pas encore compris que le dialogue responsable est un devoir de toute une nation qui ose se regarder dans le miroir de la réalité, il y aura des violeurs et des fous qui vont lyncher les enfants dans leur chair » (15)

A Marrakech, l'exploitation sexuelle des enfants semble assez répandue. Une étude a été menée par l'association Marocaine de développement communautaire en partenariat avec le Secrétariat d'Etat chargé de la famille, de l'enfance et des personnes handicapées et l'UNICEF, et qui a concerné la ville de Marrakech montre des données intéressantes après une enquête auprès de 100 enfants et 400 adultes (4 experts, 18 informateurs, 18 lycéens).

« L'enquête effectuée montre que 61% des enfants prostitués ont entre 16 et 18 ans, 32% entre 14 et 15 ans et 7% entre 10 et 13 ans. De plus, 75% des 14-15 ans déclarent avoir commencé à prostituer avant leurs 13 ans et 80% des 16-18 ans avant leurs 15 ans. Une différence très nette apparaît entre les sexes : les garçons commencent beaucoup plus jeunes que les filles (à 6 ans pour quelques uns). » (7)

La plupart des mineurs interrogés viennent de familles pauvres, de parents séparés ou décédés. La relation parentale est soit inexistante ou difficile.

Près de 40% de ces enfants disent qu'ils étaient forcés à prostituer. Environ un tiers se prostitue pour répondre à leurs besoins, ou à ceux de leurs familles. 13% de ces enfants ont commencés après avoir été violés. Les jeunes prostitués sont moins payés. Le prix varie entre 10 Dhs et 2000 Dhs. « selon le témoignage des mineurs, les étrangers payent au minimum 10 fois

plus que les Marocains. Ils seraient moins agressifs et plus « honnêtes » mais de plus en plus méfiants, car souvent victimes de vol. » (7).

L'association touche pas à mon enfant a recensé en 2008, 306 cas de pédophilie, qu'on a classé par régions (figure 1), par nature d'agression (figure 2), par sexe (figure 3), et par tranche d'âge (figure 4).

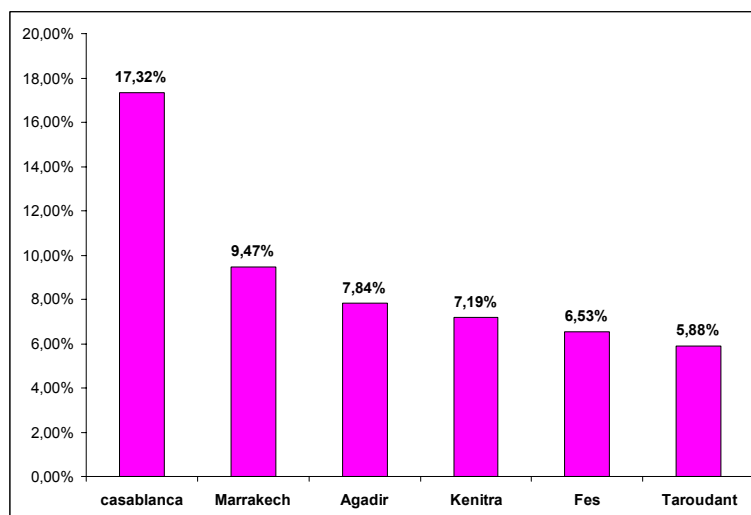


Figure1 : Les principaux foyers de l'agression sexuelle au Maroc

Source : Association ne touche pas à mon enfant, rapport 2008 (sur 306 cas observés)

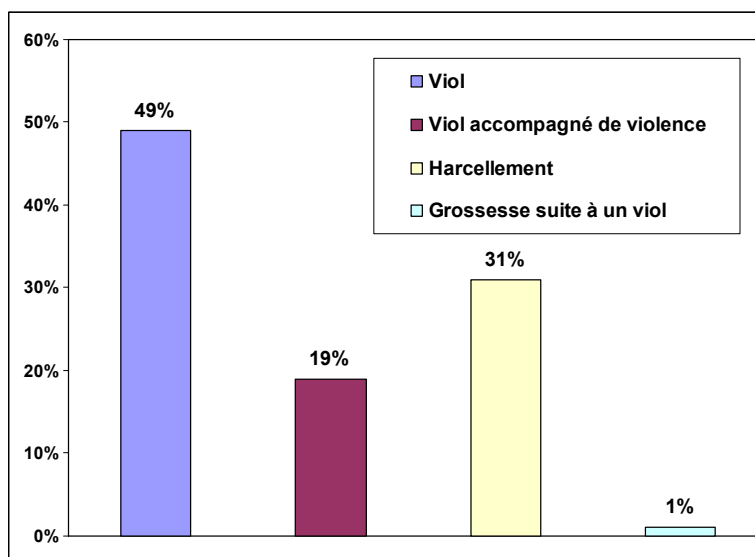


Figure 2 : Nature et typologies des agressions sexuelles à l'encontre des enfants

Source : Association ne touche pas à mon enfant, rapport 2008

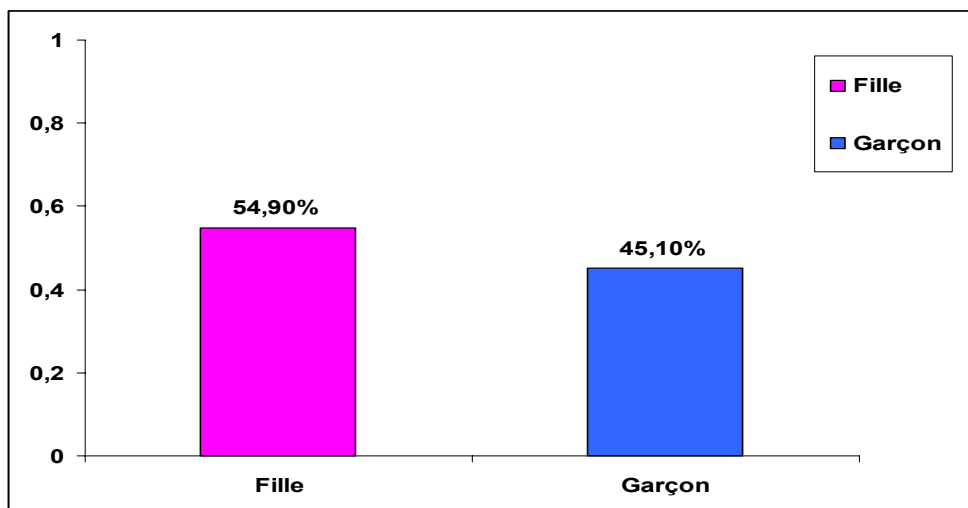


Figure 3 : Classification des agressions par genre

Source : Association ne touche pas à mon enfant, rapport 2008

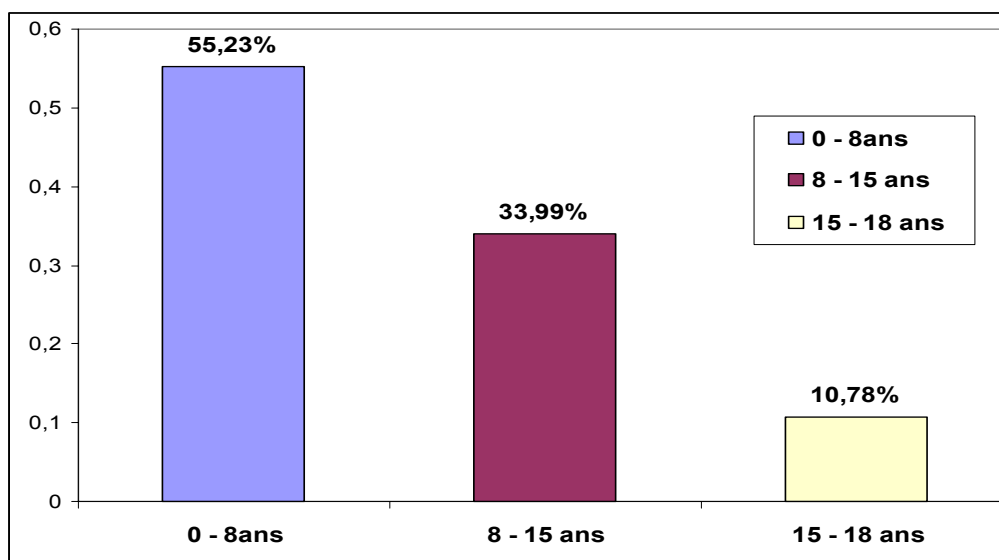


Figure 4 : Classification par tranches d'âge

Source : Association ne touche pas à mon enfant, rapport 2008

d- L'exploitation sexuelle à des fins commerciales

C'est une des pires problèmes de beaucoup de pays. Il est considéré comme une sorte d'esclavage de l'enfant. Selon la déclaration du premier congrès mondial contre l'exploitation sexuelle à des fins commerciales, tenu à Stockholm en 1996, on entend par l'exploitation

sexuelle à des fins commerciales « toutes formes de maltraitance sexuelle commise par un adulte et accompagné de rémunération en espèces ou en nature versée à l'enfant ou une tierce personne. » (16)

Plus de 125 pays ont participé à ce congrès, y compris les gouvernements nationaux.

e- Les mesures de lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants

La sensibilisation aux risques de l'exploitation sexuelle des enfants semble être la priorité dans les pays souffrants de ce problème. En effet, l'UNICEF et l'Organisation Mondiale du tourisme ont lancé un code de conduite pour la protection contre l'exploitation sexuelle des enfants dans le secteur du voyage et de tourisme. Ce projet vise à faire participer activement l'industrie du tourisme à la lutte contre l'exploitation sexuelle impliquant les enfants. « L'engagement du Maroc dans la lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants s'est confirmé avec la médiatisation à grande échelle de ce phénomène. Des campagnes d'information sont également organisées pour sensibiliser le grand public » (17).

Le premier congrès mondial contre l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales, tenu à Stockholm en Suède en 1996, a mis une série de recommandations pour cerner le problème, telles que :

- Etudier les nouvelles lois concernant la pornographie infantile, et former du personnel sur les "crimes informatiques".
- Favoriser la coopération internationale.
- Envisager un traitement et un suivi médical et psychologique pour les pédophiles condamnés.
- Prépare un programme de prévention pour les juges et les policiers...etc.

Au congrès de Yokohama, organisé le 19 Décembre 2001, le comité des Ministres a adopté la recommandation 16 sur la protection des enfants contre l'exploitation sexuelle et qui constitue un catalogue de mesures complet à prendre par les autorités publiques.

Le Maroc a organisé la Deuxième Conférence Arabo-africaine contre l'exploitation, la violence et les abus sexuels des enfants du 14 au 16 Décembre 2004. Cette conférence a connu

la participation d'une cinquantaine d'Etats et une vingtaine d'ONG représentant, l'Afrique du Nord et le Moyen Orient, l'Afrique de l'Est et de Sud et l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Grâce à cette rencontre, plusieurs progrès ont été réalisés. En effet, la plupart des pays participants ont ratifié et signé les conventions Internationales, ont désigné un ministère point focal chargé de coordonner les actions et ont mis en place un plan d'action national.

f- La protection juridique des enfants exploités sexuellement :

La mise en jeu des normes juridiques était fortement nécessaire sur le plan national et international, vu la gravité du problème d'abus sexuel.

« Le Maroc s'est engagé dans cette bataille en ratifiant la Convention Internationale relative aux droits de l'enfant et son protocole facultatif concernant la vente des enfants, la prostitution des enfants et de la pornographie mettant en scène des enfants. Il dispose par ailleurs de tout un ensemble de lois nationales : le code de la famille, le code pénal du 26 Novembre 1962 tel qu'il a été modifié et complété, le code de la presse et de l'édition, le code de procédure pénale, la loi n°23-98 relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires et son décret d'application. »(17)

En effet, la convention internationale relative aux droits de l'enfant, dans l'article 34, entend protéger l'enfant contre toutes formes d'exploitation et de violence sexuelle.

« Cet article constitue le pivot de la protection de l'enfant contre toutes les formes d'exploitation sexuelle (viol, prostitution, proxénétisme, pornographie etc.) en fixant les normes qui peuvent guider le législateur national et en donnant aux défenseurs de droits de l'enfant les arguments pour plaider en faveur des réformes judiciaires qui s'imposent. » (17).

Selon l'article 54 du code de la famille : « l'Etat est responsable de la prise des mesures nécessaires à la protection des enfants, à la garantie et à la préservation de leurs droits conformément à la loi le Ministère public veille à l'application des dispositions ci-dessus »(17)

Quant au code pénal Marocain, il vise à la protection de la moralité de l'enfant. Soulignons que ce code a subi une modification importante qui est l'aggravation de la sanction

en cas de viol ou d'attentat de pudeur des victimes de moins de 18 ans, alors qu'auparavant, la limite d'âge était de 16 ans.

L'article 486 du code pénal définit le viol comme étant « l'acte par lequel un homme a des relations sexuelles avec une femme contre gré de celle-ci » (17).

L'article 498 sanctionne le fait d'aider ou de protéger la prostitution. La sanction est l'emprisonnement de 1 à ans et une amende de 5000 à 10000 dirhams.

De nouvelles infractions sont ajoutées au code pénal par la loi n°24-03 promulguée en 2003 : la vente et l'achat de l'enfant pat une sanction de Deux à Dix ans, la pornographie mettant en scène des enfants de un à cinq ans et le travail des enfants de un à trois ans de prison.

6-4-- La démarche thérapeutique de l'enfant maltraité

La prise en charge de l'enfant maltraité doit être d'une importance extrême soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital. En effet, la relation avec la victime doit être gérée délicatement, avec le respect des trois qualités nécessaires à l'aide du patient et qui sont :

- L'écoute.
- La mise en confiance.
- Le soutien psychologique et pragmatique de la victime.

L'endroit de l'entretien avec le patient aux urgences doit être calme, respectant la confidentialité de personne. « Il est nécessaire de créer un climat de confiance, une alliance thérapeutique de qualité avant d'aborder la maltraitance, en avançant pas à pas, en insistant sur le fait que le patient peut trouver le soutien, et qu'une aide est possible et disponible»(7)

A chaque comportement de la victime maltraitée doit avoir une attitude soignante comme l'indique le tableau suivant :

Tableau n° III : Attitude soignante de l'enfant maltraité (7)

Attitude enfant	Attitude soignante
L'enfant ne fait pas confiance à l'adulte qu'il ne connaît pas	Le soignant doit l'écouter, ne pas l'effrayer
Ses capacités d'expression sont limitées	Utiliser les propres mots et termes de l'enfant
L'enfant est réticent à 'trahir' ses parents : le conflit de loyauté	Ne pas dénigrer les parents
L'enfant possède une mémoire moins apte à gérer et à hiérarchiser les informations récentes et anciennes	Tenir compte de cet état de fait dans le recueil de la chronologie des informations.

A côté du médecin soignant aux urgences, deux acteurs sont extrêmement importants dans la prise en charge de la victime et qui sont :

- L'assistante sociale.
- Le psychiatre.

Effectivement, l'assistance sociale a plusieurs missions à accomplir face à un enfant maltraité tels que le soutien et l'aide du patient, la prévention des difficultés médico-sociales, la coordination avec d'autres institutions sociales etc. quant au psychiatre ou pédopsychiatre, son importance n'est pas moins que celle de l'assistance sociale mais elle n'est cependant pas systématique et ne doit être averti que si le contexte de maltraitance est flagrant avec l'existence de retentissement psychologique ou bien si le patient lui-même désire une consultation psychiatrique.

Après avoir posé le diagnostic de maltraitance d'un enfant, le signalement doit être une étape importante à faire. En effet, signaler c'est « alerter l'autorité administrative ou judiciaire compétente en vue d'une intervention institutionnelle. Le signalement est un écrit objectif comprenant une évaluation d'une personne "présumée en risque de danger ou en danger " nécessitant une mesure de protection administrative ou judiciaire ». (7)

Après le signalement, la rédaction de certificats est un temps aussi essentiel que le signalement. C'est la principale preuve de la maltraitance, en plus, le procureur connaît l'état de la victime en lisant ce certificat. C'est pour cela que sa rédaction doit être délicatement soignée.

V- L'ENFANT ABANDONNE

1- Définition

Selon le 1er article de la loi n°15-01 relative à la Kafala « est considéré comme enfant abandonné tout enfant de l'un ou l'autre sexe n'ayant pas atteint l'âge de dix huit années grégorienne révolues lorsqu'il se trouve dans l'une des situations suivantes :

- Etre né des parents inconnus ou d'un père inconnu et d'une mère connue qui l'a abandonné de son plein gré.
- Etre orphelin ou avoir des parents incapables de subvenir à ses besoins ou ne disposant pas de moyens légaux de subsistance.
- Avoir des parents de mauvaise conduite n'assurant pas leur responsabilité de protection et d'orientation en vue de le conduire dans la bonne voie, comme ceux-ci sont déchus de la tutelle légale ou que l'un des deux, après le décès ou l'incapacité de l'autre, se révèle dévoyé et ne s'acquitte pas de son devoir précité à l'égard de l'enfant ». (18)

2- Historique :

L'abandon des enfants dès la naissance est un problème qui s'est posé depuis longtemps. En effet, depuis le moyen âge, les enfants illégitimes ou nés de familles pauvres sont abandonnés, à tel point que, au 17ème siècle, l'abandon des enfants pose un véritable problème dans la société Française.

Au 20ème siècle, la misère s'atténue progressivement sans qu'elle disparaisse. Mais à cette époque, l'abandon des enfants apparaît surtout dans la classe bourgeoise, vu les relations extra conjugales des femmes bourgeoises.

3- L'enfant abandonné au Maroc :

L'abandon des enfants au Maroc constitue actuellement un gros fléau. Malgré qu'il est toujours un sujet tabou.

D'après une étude réalisée par la Ligue Marocaine pour la Protection de l'Enfance (LMPE) dans six centres d'accueils répartis dans les grandes villes du Maroc, il existe plusieurs raisons d'abandon et sont surtout d'ordre moral, social et économique. C'est surtout le problème des enfants nés en dehors du mariage qui vient au premier plan.

Vu que ce fléau s'accroît d'une façon inconcevable jour après jour, aucun chiffre ne peut être donné. Mais on peut dire que la plupart des enfants recueillis par les orphelinats et les centres de protection de l'enfance sont des enfants abandonnés dans les hôpitaux, les cliniques ou sur la voie publique.

4- Perspective pour l'enfant abandonné au Maroc :

4-1 La Kafala

La Kafala constitue une forme de prise en charge et de protection de l'enfant abandonné. En effet, elle constitue aujourd'hui la seule alternative pour ces enfants privés de leurs familles.

La ligue Marocaine pour la Protection de l'Enfance et avec la participation des ONG Italiennes, ont créé en 2006 une association de parents adoptifs ayant comme objectif l'accompagnement de ces futurs parents dans les démarches à suivre en matière de la Kafala.

Plusieurs parents adoptifs ignorent la différence entre la Kafala et l'adoption. La Kafala est en fait une adoption à base légale et religieuse puisque la loi marocaine interdit de faire porter le nom de famille du père adoptif à l'enfant.

a- Les conditions de la Kafala

La Kafala est accordée aux personnes et organismes suivants : (19)

■ Les époux musulmans ayant atteint la majorité légale, moralement et socialement aptes à assurer la kafala de l'enfant, disposant de moyens et matériels suffisants pour subvenir à ses besoins, n'étant pas atteints de maladies contagieuses ou les rendant incapables d'assumer leur responsabilités. Ils doivent n'avoir pas fait l'objet, conjointement ou séparément, de condamnation pour infraction portant atteinte à la morale, ou commise à l'encontre des enfants. Ils ne doivent pas être opposés à l'enfant dont ils demandent la kafala, ou à ses parents par un contentieux soumis à la justice, ou par un différent impliquant de craintes pour l'intérêt de l'enfant.

■ La femme musulmane remplissant les conditions sus évoquées.

■ Les institutions publiques chargées de la protection de l'enfance reconnue d'utilité publique, apte à assurer la protection des enfants et à les élever conformément à l'Islam.

b- La procédure de la Kafala.

La partie désirant assurer la kafala d'un enfant abandonné doit en formuler la demande au juge chargé des affaires des mineurs duquel relève le lieu de résidence de l'enfant. La demande doit être accompagnée de documents établissant qu'elle remplit les conditions ci-dessus et d'une copie de l'acte de naissance de l'enfant abandonné.

Le juge chargé des affaires des mineurs, après une enquête visant à s'assurer de la réalisation des conditions requises, rend une ordonnance confiant la kafala de l'enfant, et désignant la personne qui en est chargée tuteur datif.

4-2- La situation juridique de l'enfant abandonné

Tout enfant abandonné doit être juridiquement déclaré. Cette déclaration est intimement liée à un projet d'adoption. L'article 350 du code civil déclare que « l'enfant recueilli par un particulier, une œuvre privée ou un service de l'aide sociale de l'enfance, dont les parents se

sont manifestement désintéressés pendant l'année qui suit précède l'introduction de la demande en déclaration de l'abandon, peut être déclaré abandonné par le tribunal de grande instance »(20)

Le désintérêt dans cet article désigne tout parent qui n'exerce pas ses responsabilités normalement sur l'enfant, il doit être volontaire et non pas la conséquence de troubles sanitaires en cas de grande détresse des parents. Pour que l'enfant soit déclaré abandonné, tout lien affectif entre l'enfant et les parents doit être rompue.

a- La déclaration judiciaire de l'abandon

Le procureur du Roi doit placer l'enfant abandonné dans un établissement sanitaire ou dans un centre de protection sociale s'occupant de l'enfance, et ce, dès la découverte de l'enfant. « S'il apparaît au tribunal que les parents de l'enfant sont inconnus, il prononce un jugement avant dire droit comprenant toutes les indications nécessaires pour l'identification de l'enfant, notamment son portrait physique et le lieu où il a été trouvé, et ordonne au procureur du Roi de procéder aux actes nécessaires afin d'afficher le jugement, en particulier dans les bureaux de la collectivité locale et ceux du caïdat desquels relève le lieu où l'enfant a été découvert ou, le cas échéant, dans l'un des deux autres lieux visés au 2e alinéa de l'article 4 ci-dessus ou dans les deux à la fois ou dans tout autre lieu que le tribunal juge utile, et ce pendant une durée de trois mois au cours de laquelle les parents de l'enfant peuvent se faire connaître et réclamer sa restitution. Si ce délai expire sans que personne ne se présente pour prouver sa parenté à l'égard de l'enfant et en réclamer la restitution, le tribunal prononce un jugement par lequel il déclare l'enfant abandonné.». (21)

b- Les textes applicables.

La convention relative des Nations Unies sur les droits de l'enfant déclare dans les articles suivants : (22)

■ Article 3 : dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités

administratives, ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

■ Article 20 :

* Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciale de l'Etat.

* les Etats parties prévoient pour cet enfant une protection et un remplacement à leur législation nationale.

* Cette protection de remplacement peut notamment avoir la forme du placement dans une famille, de la 'Kafala' de droit Islamique, de l'adoption ou, en cas de nécessité, du placement dans un établissement approprié pour enfants. Dans le choix entre ces solutions, il est dûment tenu compte de la nécessité d'une certaine continuité dans l'éducation de l'enfant, ainsi que de son origine ethnique, religieuse, culturelle et linguistique.

■ Article 25 :

Les Etats parties reconnaissent à l'enfant qui a été placé par les autorités compétentes pour recevoir des soins, une protection ou un traitement physique ou mental, le droit à un examen périodique du traitement et de toute autre circonstance relative à son placement.

5- Stratégie d'action :

Tout enfant doit grandir dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension , déclare la convention des Nations Unies de 1989 relative aux droits de l'enfant. En effet, elle concerne tous les enfants vivant dans une situation précaire, y compris les enfants privés de leurs familles dans la mesure où, eux aussi, subissent un rejet de la société et un manque d'intérêt. Ce qui implique un manque de développement normal, physique soit il ou moral.

Face à cette situation, l'objectif principal est de sensibiliser les pouvoirs publics à l'ampleur du problème pour soutenir et aider les enfants abandonnés/privés de leurs familles :

- Améliorer la connaissance de ces enfants à travers des activités de recherche qualitative et quantitative pour mieux comprendre la problématique, et d'en suggérer les solutions.
- Organisation des séminaires, des campagnes et des publications sur le sujet pour mieux sensibiliser le public.
- Faire une évolution critique des textes de loi.

Il est évident que la législation marocaine a prévu un certain nombre de dispositions légales relatives à l'enfant. Mais elles doivent prendre en compte les dispositions de la convention. A titre d'exemple, il y a eu une modification du code pénal dont les sanctions prévues pour abandon d'enfant par la mère sont des peines d'emprisonnement lourdes. C'est pour cela que de nombreuses femmes abandonnent leurs enfants sur la voie publique. Cela explique l'état critique dont on trouve ces enfants souvent abandonnés pendant plusieurs jours et dans des conditions défavorables.

- Chaque commune doit être chargée de fournir une assistance juridique, morale et économique, avec la participation fructueuse de l'assistante sociale, du juriste, du psychologue et du médecin. Un centre d'accueil ouvert pour ces enfants assurant la nourriture, l'hygiène, l'éducation ...etc., est jugé nécessaire pour le développement 'normal' de cette catégorie. Ces centres seraient la responsabilité des collectivités locales qui prendraient en charge leurs frais de fonctionnement.

Actuellement, il existe 220 centres qui accueillent plus de 30.000 enfants orphelins ou abandonnés. 2 villages d'enfants SOS ont été créés dans la région de Marrakech et Al Hoceima abritant 138 enfants. La LMPE dispose également de 47 institutions d'accueil dont bénéficient 6.000 enfants.

VI- LE TRAVAIL DES ENFANTS

Le travail des enfants est considéré parmi les plus pires formes de maltraitance. Il compromet à l'éducation de ces enfants et nuit à leur santé.

« Les conventions 138 (1973) et 182 (1999) de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) incluent dans la catégorie des enfants travailleurs tous les enfants de moins de 12 ans ayant une activité économique, quelle qu'elle soit, les enfants de 12 à 14 ans effectuant plus que des travaux légers et tous les enfants subissant les pires formes de travail des enfants : esclavage, recrutement forcé, prostitution, traite, activités illicites, contraintes ou activités dangereuses. »(23).

1 – Travail des enfants à l'échelle mondial.

« On estime que, en 2004, 218 millions est le nombre des enfants qui travaillent sans compter les filles domestiques. Parmi ces 218 millions, 126 millions de 5 à 17 ans travaillent dans des conditions dangereuses »(23).

« Presque sans exception, les enfants qui participent au travail domestique sont victimes de l'exploitation. Ils quittent souvent très jeunes leur propre famille pour travailler dans les maisons d'autres personnes et sont considérés presque comme des «biens» du foyer. Ils sont exploités au plan économique: forcés de travailler de longues heures sans pause et pour des salaires bas ou inexistants. Ils n'ont généralement pas de protection sociale ou légale... » (24)

Il est à noter que la convention OIT n°138, désigne clairement l'âge minimum du travail et est considéré actuellement comme un document de référence. Cet âge est de 15 ans ou l'âge de fin de scolarisation. Pour les travaux légers, il est de 13 ans et pour les travaux dangereux, il est de 18 ans.

Tableau n°IV : Proportion d'enfants au travail par tranche d'âge dans le monde. (23)

Tranche d'âge (ans)	Nombre d'enfants (millions)	Enfants au Travail (millions)	Proportion
5 – 14	1 206,5	190,7	15,8 %
15 – 17	359,8	126,7	35,2 %
Tous	1 566,3	317,4	20,3 %

Le travail des enfants est une problématique universelle mais concerne surtout les pays du sud comme l'Inde, qui est considérée comme l'Etat la plus touché par ce fléau. « D'après les ONG locales, il y aurait 16.4 millions d'enfants âgés de 4 à 14 ans qui travaillent en Inde. La Banque Mondiale avance un chiffre global de 44 millions d'enfants de moins de 18 ans qui travaillent dans ce pays. » (25).

2- Travail des enfants au Maroc.

Le Maroc a connu plusieurs mutations sur le plan socio- économique retentissant sur le marché du travail.

« Concernant les enfants au travail, le Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2004 n'a permis de relever que 177 085 enfants de moins de 15 ans, puisqu'il ne prend pas en considération les travaux ménagers, domestiques et non rémunérés.

Ce nombre représente 6,1% des enfants âgés de 6 à 14 ans. Le travail des enfants est essentiellement rural puisque 77,4% (soit environ 1 enfant sur 4) des enfants travailleurs exercent dans le milieu rural.

Quant à la répartition par sexe, elle est moins différenciée que par milieu : 57,6% sont des garçons contre 42,4% de filles.... Il est à signaler que le nombre 177 085 d'enfants travailleurs enregistré lors du RGPH de 2004 est nettement au-delà l'effectif 600000 enfants au travail (dont

environ 530 000 enfants sont au travail seulement et 70 000 sont au travail et à l'école) et âgés de 7 à 14 ans, obtenu à partir de l'Enquête Nationale sur l'Emploi, module enfant, réalisée en 2000. La différence entre les deux nombres est du simple au triple »(26)

L'agriculture est considérée comme le pôle dominant du travail des enfants au Maroc. En effet, plus de 84% des enfants au travail sont des ruraux avec 19% des enfants actifs ont moins de 9 ans avec un taux de féminisation important.

«60% des enfants travaillent 6 à 10 h/j dans les champs et ceux qui sont mobilisés dans le cadre de l'élevage travaillent plus de 10 heures. Il apparaît cependant que les situations soient variables d'une région à l'autre et selon le sexe»(25)

3- Types de travaux exercés par l'enfant.

La convention Internationale du travail (OIT) a pu définir un travail '*léger*' et un autre dit '*dangereux*'.

Le premier ne doit pas être considéré comme nuisible pour la santé et le développement normal de l'enfant, et ne doit pas l'empêcher d'aller à l'école. « Dans les statistiques, cela est souvent simplifié pour devenir un travail non dangereux prenant moins de 14 heures par semaine. »(23)

Un travail dangereux est tout ce qui peut « compromettre la santé ou la sécurité physique ou morale d'un enfant, plus précisément, cela inclut les métiers de la construction, dans les mines, avec certaines machines, au contact des pesticides, de plus de 43 heures par semaine...etc. »(23)

Comme il existe deux types de travaux totalement différents, le travail léger n'est pas nuisible pour la santé et donc non nuisible pour les droits de l'enfant. Ainsi, l'Alliance Internationale Save the Children : « n'est pas en faveur d'une interdiction totale du travail. Mais nous n'encourageons pas non plus un droit au travail inconditionnel» (27)

Arrive au dernier rang, les pires formes de travail des enfants, qui sont dangereux et qui atteignent directement la santé et la sécurité de l'enfant. On peut citer comme exemple, la mendicité, souvent associée au vol, vente de la drogue, la prostitution ...etc. l'exploitation sexuelle à des fins commerciales, ou encore les travaux dangereux comme le tissage de tapis, les activités liées aux métaux et garages etc.

Il existe une différence entre le secteur d'activité des garçons et des filles. Les premiers travaillent surtout dans le domaine de l'artisanat, le secteur informel, l'agriculture et les activités de la rue, alors que les filles se concentrent surtout sur les tapis et le travail à domicile sous le nom de 'petites bonnes '.

4- Petites bonnes :

Le travail des petites bonnes au Maroc constitue encore un grand fléau malgré la mobilisation des ONG et les responsables gouvernementaux pour lutter contre ce phénomène en proposant une responsabilité pénale.

Selon une enquête menée auprès d'un échantillon de 529 filles domestiques par le Haut-commissariat marocain au plan, sous l'égide de l'UNICEF, et publiée dans le quotidien Aujourd'hui le Maroc, l'écrasante majorité de ces filles est analphabète (82 %). 77 % d'entre elles reconnaissent avoir trois tâches à la fois : les travaux ménagers, les courses et la garde des enfants. 22 % n'ont ni jour de repos ni congé annuel. Quant à leur rémunération, versée directement aux parents, elle est d'environ 220 dirhams (20 Euros) pour les fillettes de 7 à 10 ans et 500 dirhams (46 Euros) pour les 15 à 17 ans

« Ces filles sont non seulement mal payées, mais font également l'objet, dans l'exercice de leurs tâches, de punitions, de sanctions et d'abus. La majorité fait l'objet de réprimandes. 55% ont été battues, et 5% ont déclaré avoir subi des abus sexuels de la part de leurs employeurs » (28)

Les ONG considèrent le travail qu'exercent ces petites filles comme une sorte d'esclavage dont le premier responsable est les parents. La fondation Orient Occident existant dans la région de Chichaoua travaille depuis plus de trois ans avec l'INSAF pour sensibiliser les parents et les écoles et leur montrer le poids du phénomène.

« Le ministère du Développement Social, de la Famille et de la Solidarité encourage ce type d'initiative, qui vient soutenir l'action gouvernementale. Le ministre Nouzha Skelli s'est fixé pour objectif d'éradiquer le phénomène des petites bonnes à l'horizon 2010. Cela dépendra, dit-elle, de la conjugaison des efforts de tous les partenaires. Un projet de loi destiné à mettre un terme au travail des enfants est actuellement à l'étude au secrétariat général du gouvernement. »(29)

5- Protection de l'enfant contre toutes formes de travail :

L'article 32(1) de la convention relative aux droits de l'enfant (1989) reconnaît « le droit de l'enfant d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptibles de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social. »(23)

L'OIT a lancé un programme dit '*programme international pour l'abolition du travail des enfants (IPEC)*' pour lutter contre le travail des enfants. L'IPEC est actuellement actif dans plus de 60 pays. Ce programme est géré par des experts spécialisés dans différents domaines, la plupart d'entre eux viennent de pays souffrants du même problème.

5-1- Les recommandations de l'Organisation Internationale du Travail OIT

L'OIT propose plusieurs recommandations indiquant la démarche à suivre pour protéger l'enfant contre toutes les formes du travail (23) :

Des moyens spécifiques par lesquels les dispositions générales de la convention peuvent trouver une application concrète au niveau de la législation et de la pratique nationale.

- Des programmes d'action qui devraient prendre en considération les vies des enfants directement concernés, de leurs familles et des ONG qui luttent pour l'élimination du travail des enfants. La société dans son ensemble devrait être mobilisée au moyen de campagnes d'information du public.
- Une liste détaillée de mesures de nature à aider toutes les parties concernées à abolir les pires formes de travail des enfants, par exemple la formation, la mise au point et le contrôle des politiques.

5-2- Convention 182 de l'OIT :

C'est une convention signée le 15 novembre 2001 concernant l'interdiction des pires formes de travail exercé sur l'enfant, et comprenant 16 articles dont le premier exige que : « Tout membre qui ratifie la présente convention doit prendre des mesures immédiates et efficaces pour assurer l'interdiction et l'élimination des pires formes de travail des enfants et ce, de toute urgence. » (30)

5-3- Les actions de l'UNICEF

L'UNICEF et ses partenaires luttent contre le travail des enfants de toutes ses formes en réduisant l'endettement des familles et en accroissant le taux de scolarisation.

Au Maroc, l'UNICEF a l'objectif de diminuer le nombre d'enfants travailleurs dans des secteurs divers tels que l'artisanat à Fès. « Au début de l'année scolaire 2005, plus de 600 enfants de moins de 12 ans ont ainsi pu cesser de travailler, 80% d'entre eux étant des filles employées à tisser des tapis ». (25)

L'UNICEF permet l'accès de tous les enfants à l'éducation par le biais des gouvernements des pays concernés. Un enseignement obligatoire et gratuit est un moyen pratique pour prévenir le travail des enfants. De même, la société civile ainsi que les médias doivent participer activement dans la sensibilisation de la population de réduire la maltraitance des enfants. Il faut aussi veiller à ce que les actions appliquées par l'UNICEF soient respectées. En effet, toutes les lois concernant ce fléau doivent être respectées et tenter les poursuites judiciaires si possible.

La participation active des enfants, les parents, employeurs et autres adultes est une étape positive vers le changement.

« Les programmes sociaux à soutenir les familles en difficulté et à les aider à trouver d'autres sources de revenus qui remplacent le travail de leurs enfants contribueront à prévenir le travail des enfants.... Il est possible de former des représentants des écoles, des églises, des syndicats et des organisations non gouvernementales à évaluer les causes du travail des enfants et à élaborer des moyens de scolariser ces enfants. » (18)

5-4- La loi Marocaine face au travail des enfants

La législation Marocaine, en collaboration avec la convention n°138 concernant l'âge minimum d'admission à l'emploi des enfants a fixé cet âge d'accès au travail, dans son article 143, à 15 ans révolues. Ce nouveau code du travail harmonise les textes législatifs entre eux en obligeant la scolarisation jusqu'à 15ans révolues.

Si un employeur fait travailler un enfant avant d'atteindre l'âge du travail, il sera passible d'une amende de 25.000 à 30.000 dirhams.

« La loi prévoit des mesures de protection pour les mineurs âgés de 15 à 18 ans :

- Interdiction de certaines activités (spectacles, exercices d'acrobatie ou de force).
- Interdiction de travailler dans les mines ou à des travaux entravant le développement ou à des travaux présentant un danger excessif.
- Interdiction du travail de nuit.
- Interdiction de la suspension de repos hebdomadaire.
- Augmentation de la durée des congés. » (18)

Le nouvel article 467-2 du code pénal qui sanctionne le travail des enfants prévoit : sans préjudice des peines plus graves, est puni de l'emprisonnement d'un à trois ans et d'une amende de 5.000 à 20.000 dirhams quiconque exploite un enfant de moins de 15 ans pour l'exercice d'un travail forcé, fait office d'intermédiaire ou provoque cette exploitation.

Les employeurs de ces enfants sont considérés comme responsables à veiller sur leur scolarisation. En effet, le dahir du 13 Novembre 1963 modifié en 2000 prévoit l'enseignement de

l'enfant jusqu'à l'âge de 15 ans révolus et fait obligation à toute personne responsable de cet enfant de demander son inscription dans un établissement d'enseignement.

VII- LES ENFANTS DE LA RUE

On entend par enfant de la rue « un mineur pour qui la rue est devenue le principal lieu de vie »⁽²⁵⁾. On peut faire une distinction entre l'enfant 'de' la rue et l'enfant 'dans' la rue. Le premier a quitté son foyer et dort dans la rue, le deuxième est celui qui travaille dans la rue mais rentre dormir chez lui.

Ces enfants ont entre 5 et 16 ans, mais on peut aussi trouver des enfants de moins de 3 ans avec leurs frères plus âgés assurant leur protection.

On constate plus de garçons que des filles dans la rue pour deux raisons :

- ♦ les filles hésitent plus à quitter le milieu familial même si les conditions de vie sont lamentables.
- ♦ les filles travaillent comme domestiques ou ouvrières ou encore comme prostituées dans des établissements spécialisés.

On peut classer ces enfants de la rue en 3 groupes :

- 1- les enfants de la rue ayant une relation constante avec leurs familles.
- 2- les enfants qui travaillent dans la rue, et ayant un apport économique non négligeable à leur famille.
- 3- Les enfants démunis n'ayant aucun contact avec leur famille. Ils peuvent être orphelins, réfugiés ou déplacés ou encore abandonnés par leurs parents.

Au Maroc, le phénomène des enfants de la rue ou encore appelés '*Chemkara*', semble être un problème majeur. « Jusqu'à présent, il n'existe pas encore des statistiques précises autour du phénomène. A Casablanca, on estime le nombre des enfants des rues entre 5.000 et 7.000. Au Maroc, ils sont à peu près 25.000, selon les associations

A Marrakech, 20% des enfants ne sont pas scolarisés et donc potentiellement vivent dans la rue » (31)

D'après des données recueillies auprès d'enfants de la rue, on peut faire les remarques suivantes :

- La plupart de ces enfants sont issus de familles pauvres et des zones urbaines, avec des parents analphabètes.

- Plus de la moitié de ces enfants ont été expulsés de l'école et 30% n'ont jamais été scolarisés.

Il y a donc une corrélation entre le phénomène des enfants des rues et la non scolarisation.

L'enquête réalisée par l'association DARNA et l'UNICEF en février 2001 à Tanger montre que plus de 56,7% n'ont pas dépassé l'école fondamentale, 39,4% sont analphabètes et 3,9% fréquentent l'école.

Dans 70% des cas, l'enfant de la rue consomme de la drogue ou de l'alcool.

1 – Activités exercées et dangers de la rue :

Ce sont des activités de survie, sous la direction du chef de groupe. Dans la plupart des cas, ils sont des petits porteurs aux alentours des marchés, vendeurs de rues etc. la rue est aussi un espace de violence, de consommation des drogues ou d'alcool. « Les enfants et jeunes de la rue ont le choix entre plusieurs stratégies : mendier, exercer des petits métiers du secteur informel, et rester ainsi dans la voie de la légalité, ou, au contraire préférer des activités illicites » (32)

Ces enfants sont exposés à des violences physiques et/ou sexuelles. 40% des enfants de la rue placés dans les centres de sauvegarde des enfants dépendant du Ministère de la Jeunesse et des sports ont déclarés avoir subi un viol.

Les petites filles sont exploitées sexuellement et finissent par se prostituer.

Le problème de santé de ces enfants est la conséquence de la mauvaise qualité nutritionnelle des repas, le manque d'hygiène, des conditions de sommeil entrecoupé par la peur et les dangers etc.

2- Centres d'accueil des enfants de la rue au Maroc :

La délinquance est considérée comme un délit pour les enfants passibles de la prison pour l'enfant accusé de vagabondage ou mendicité. Il existe plusieurs institutions, publiques ou privées, au Maroc s'occupant de cette catégorie. Les enfants y sont orientés pour les sauver des dangers de la rue.

Au Maroc, existe actuellement 16 centres de sauvegarde dont deux pour filles à Casablanca et à Fès. Ces centres accueillent 80% des enfants de 15 ans ou moins et sont essentiellement d'origine rurale ou périurbaine. A Tanger, plus de la moitié des enfants des rues interrogés sont passés à un moment ou un autre par ces institutions. Dans les centres pour filles, comme celui de Casablanca, nombre d'entre elles sont petites bonnes qui ont fuguées après avoir subi des sévices chez leurs employeurs..... Enfin, certaines d'entre elles se retrouvent dans le centre après un viol, une grossesse non désirée avec un enfant en bas âge.

Les ONG ont lancé des programmes visant les enfants de la rue tels que des centres d'accueil et d'écoute, les programmes d'éducation et d'aide des familles etc. A titre d'exemple, l'association Bayti à Casablanca, Mekhnès et Essaouira s'est occupée de 1700 enfants.

En janvier 2002, le Roi Mohamed VI a créé la fondation Mohamed VI, pour la réhabilitation des jeunes délinquants. Sa mission est de :

- * Doter les centres des équipements qui leur permettent de mieux venir en aide aux enfants.
- * Maîtriser le cycle de prévention, de protection, de réhabilitation et de réintégration des mineurs.

* Mettre en place des méthodes de suivi, de manière à prévenir des récidives et de renforcer la réintégration.

VIII– L'ENFANT HANDICAPE :

1 – Définition :

On nomme un handicap «la limitation de possibilité d'interaction d'un individu causé par une déficience et qui elle-même mène à un handicap moral, social ou physique. » **(33)**

« Est handicapé, tout enfant qui, pendant un laps de temps appréciable, se trouve dans l'impossibilité, par suite de son état physique ou mental, de participer pleinement aux activités de son âge dans le domaine social, récréatif, éducatif ou celui de son orientation professionnelle. » **(34)**

« Constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un poly handicap ou d'un trouble de santé invalidant. » **(35)**

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS), fait distinction entre trois situations, pour mieux définir l'handicap :

■ **Déficience** : toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique.

■ **Incapacité** : toute réduction partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

■ **Désavantage** : résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels.

2 – Historique :

« Dans les années trente, on ne parlait pas de handicap moteur, expression qui n'est devenue courante que par la mise en place du champ juridique et institutionnel lors de la loi de 1975, compte tenu de sa préparation depuis le rapport Bloch-Lainé de 1967 ». (36)

Le Britannique Philip Wood, en 1980, a transformé cet image de l'handicapé en le considérant comme un désavantage dont est victime une personne pour accomplir un rôle social normal du fait de sa déficience (lésion temporaire ou définitive) ou de son incapacité (réduction partielle ou totale des capacités d'accomplir une activité).

L'OMS, avec la participation de la classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, a introduit une nouvelle typologie de handicap qui prend plus en compte les facteurs environnementaux. L'handicap peut être défini comme la rencontre d'une déficience avec une situation de la vie quotidienne. Ces deux composantes sont soumises à l'influence de problème de santé (maladies, blessures, lésions) et des facteurs contextuels (environnement et facteurs personnels).

3 – Situation des personnes handicapées au Maroc : (37)

« Vu l'absence de données statistiques concernant le nombre d'enfants handicapés au Maroc, l'OMS estime que chaque population comprend 7% des handicapés, ainsi le nombre des personnes handicapées serait 2.1 millions de personnes sur une population de 30 millions. Parmi ces handicapés :

- Plus de 50% des handicaps sont causés par des maladies.
 - Plus de 90% des handicapés vivent dans des conditions défavorables.
 - 82% sont sans niveau scolaire.
 - Plus de 57% sont incapable de travailler.
-

- 34% sont au chômage.
- 98% des handicapés ne bénéficient pas d'allocations ou d'assurances ».

4- Classification :

L'handicap peut être physique, qu'il soit moteur, sensoriel ou relationnel; mental, c'est-à-dire un handicap intellectuel et relationnel et enfin il peut y avoir un multi handicap associant plusieurs formes d'handicaps :

■ **Handicap physique** : Il peut être, comme déjà cité, '**sensoriel**' tel que : la surdité, la cécité, l'amblyopie etc.; '**moteur**' comme la paralysie, l'amputation, la spinal bifide etc.; ou encore des maladies chroniques considérées comme un handicap (épilepsie, cardiopathies...etc.).

■ **Handicap mental** : C'est un handicap majeur désignant les déficiences mentales et intellectuelles (autisme à titre d'exemple).

■ **Poly handicap** : C'est une accumulation de l'handicap physique et mentale mais aussi une dépendance nécessitant une assistance pluriquotidienne.

5- Protection des enfants ayant des besoins spécifiques :

5-1 – Convention relative aux droits des personnes handicapées :

L'article 7 de cette convention stipule que :

« 1. Les États Parties prennent toutes mesures nécessaires pour garantir aux enfants handicapés la pleine jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales, sur la base de l'égalité avec les autres enfants.

2. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants handicapés, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

3. Les États Parties garantissent à l'enfant handicapé, sur la base de l'égalité avec les autres enfants, le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération à l'égard à son âge et à son degré de

maturité, et d'obtenir pour l'exercice de ce droit une aide adaptée à son handicap et à son âge. »(38)

Comme on a constaté dans cet article, l'enfant handicapé est une des priorités de la société civile, sa protection, son intégration dans la société et surtout son égalité avec les autres.

5-2 La législation Marocaine

Le Dahir n° 1-92-30 du 22 Rabià I 1414 (10 septembre 1993) portant promulgation de la loi n° 07-92 relative à la protection sociale des personnes handicapées stipule, dans son premier article, que « la prévention, le diagnostic et le traitement des handicaps ainsi que l'éducation, l'instruction, la formation, la qualification et l'insertion sociale des handicapés sont une responsabilité et un devoir nationaux »

Ainsi l'article n°2 définit l'handicapé comme « personne se trouvant dans un état d'incapacité ou de gêne permanent ou occasionnel résultant d'une déficience ou d'une inaptitude l'empêchant d'accomplir ses fonctions vitales, sans distinction entre handicapés de naissance et ceux qui souffrent d'un handicap acquis ».

Une loi relative à la protection de l'enfant aveugle a été promulguée le 6 Mai 1982. Elle vise la prise en charge de l'enfant aveugle et l'oblige de déclarer son état à l'administration publique.

Le décret n°2-94-201 du 13 Hija 1414 (24 Mai 1994), portant institution d'un Haut commissariat aux handicapés, dans son deuxième article indique que ce dernier est chargé (39) :

- d'assurer, en collaboration avec les ministères concernés, la protection et la réinsertion sociale des handicapés.

- de proposer au gouvernement, en liaison avec les départements ministériels et organismes concernés, la politique de prévention et de réadaptation en faveur des personnes handicapées et les mesures de toutes natures en permettant la réalisation.

- de conseiller et assister les différentes administrations et les collectivités locales en matière de protection sociale des handicapés.

- de proposer, en concertation avec les ministères concernés, les mesures d'application de la loi n°07-92 relative à la protection sociale des handicapés et la loi n°05-81 relative à la protection sociale des aveugles et déficients visuels.

- de représenter le gouvernement auprès des organismes et dans les conférences et réunions, régionales et internationales traitant les handicapés, en liaison avec le ministère chargé des affaires étrangères et, le cas échéant, les autres départements ministériels concernés.

- de livrer la carte de handicapé et la carte spéciale pour aveugles prévues respectivement par les lois n°07-92 et 05-81.

- de conseiller et assister les organisations nationales ayant pour objet la protection des handicapés et donner son avis sur la reconnaissance d'utilité des associations poursuivant le même but.

5-3- Les actions en faveur des enfants handicapés :

Les secteurs associatifs et privés ont assurés une protection et une prise en charge de l'enfant handicapé. 400 associations prennent actuellement en charges ces personnes ayant des besoins spécifiques, à l'aide de département ministériel chargé de l'intégration des handicapés.

De son côté, le Ministère chargé des conditions de la femme, de la protection de la famille et de l'enfance et l'intégration des handicapés mène plusieurs activités dans de nombreux domaines dont on cite :

- **L'éducation scolaire :**

- la création et la formation de classes accueillant des enfants handicapés.
- L'équipement de classes en matériel didactique.
- La formation d'éducatrices chargées des jardins d'enfants handicapés etc.

- **La formation professionnelle :**

Les enfants handicapés peuvent être intégrés dans des centres de formation professionnelle relevant des secteurs d'agriculture, d'artisanat et de formation professionnelle.

■ Autres activités :

«Une assistance aux personnes handicapées en répondant aux demandes de ces enfants relatives aux moyens d'aide et de compensation.

▪ Un appui au travail associatif par l'octroi d'aides financières aux associations nationales travaillant dans le domaine de l'handicap.

▪ L'équipement de nombreuses écoles accueillant les enfants handicapés par le moyen d'accessibilité. » (40)

6- Perspectives d'avenirs :

Vu les difficultés rencontrées par ces enfants souffrants de plusieurs handicaps, le Ministère de la condition de la Femme, de la Protection de la famille et de l'enfance et de l'intégration des handicapés, s'est fixé des objectifs pour le futur à savoir(40) :

■ Le renforcement quantitatif et qualitatif de l'enseignement intégré en faveur des enfants handicapés, en l'élargissant à l'enseignement préscolaire et fondamental dans les établissements publics, dans le cadre d'un plan en partenariat avec le Ministère de l'éducation Nationale.

■ L'accroissement de l'accès des enfants handicapés des deux sexes à la formation professionnelle dans les centres relevant de l'Etat ainsi que des institutions spécialisées.

■ Le développement de la législation Nationale dans le domaine de la protection des enfants handicapés.

■ La création de centres d'accueil pour enfants handicapés.

■ La coopération avec le Ministère de la santé en vue de limiter les handicaps et l'élaboration d'un programme intégré pour la formation des cadres médicaux et paramédicaux.

Rappelons que le Maroc a lancé un programme, avec la participation des autorités préfectorales et les conseils élus des villes de Settat, Khemissat, Tanger, Casablanca et Sidi Youssef Ben Ali, en Octobre 1995, permettant de :

■ Promouvoir les aptitudes corporelles, mentales et sensorielles des personnes handicapées.

■ Mobiliser la société locale afin de préparer et exécuter les programmes au profit des personnes handicapées.

■ Intensifier la participation effective des personnes handicapées dans la vie sociale.

IX-L'ENFANT EN CONFLIT AVEC LA LOI :

« Un enfant en conflit avec la loi s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans suspecté, accusé ou convaincu d'infraction à la loi pénale (cf. art. 40 de la Convention relative aux Droits de l'Enfant). Selon le contexte local, un enfant peut également être en conflit avec la loi lorsqu'il/elle est pris(e) en charge par le système de justice pour mineurs ou de la justice pénale pour adultes pour être considéré(e) comme en danger en raison de son comportement ou de l'environnement dans lequel il/elle vit» (41)

Au Maroc, plus de 5500 mineurs sont en prison. Ce nombre flagrant, selon l'Observatoire Marocain des Prisons (OMP) représente 10 à 12 % de la population carcérale du pays.

Les causes d'emprisonnement sont nombreuses à savoir : délinquance, mendicité, prostitution, vagabondage, vol etc.

«L'âge est le principal critère de prise en charge d'un jeune en conflit avec la loi. Théoriquement, la majorité pénale est désormais de 18 ans, et un mineur de moins de 12 ans révolus ne peut, même provisoirement, être placé dans un établissement pénitentiaire. » (42)

Dans le cadre de la protection des droits de ces enfants, la Convention Relative des Droits de l'Enfant, dans son article 37, dispose que « l'arrestation, la détention ou l'emprisonnement des mineurs doivent être des mesures de dernier ressort, et d'une durée aussi brève que possible ; que tout enfant privé de liberté soit traité avec humanité et avec le respect dû à la dignité de la personne humaine. Ces enfants subissant cette décision seront

traités d'une manière tenant compte des exigences de leur âge et jouiront du droit d'avoir rapidement accès à l'assistance juridique ou à toute autre assistance appropriée. Ils seront, en tous les cas, séparés des adultes ». (43)

X- LA PROTECTION DE L'ENFANT : LA CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT

1- A l'échelle mondiale.

Avant d'entamer ce chapitre, il faut tout d'abord se poser la question, pourquoi l'enfant doit être une priorité ? C'est parce que les premières années de sa vie sont riches de tant de changements physiques et psychiques dont l'influence s'exercera tout au long de sa vie.

Pour cela, la protection de ses droits demeure indispensable. « Les options choisies et les mesures prises au nom des enfants au cours de cette étape cruciale, affecteront non seulement la manière dont un enfant se développe, mais également le progrès d'un pays » (44)

Ainsi, la protection des droits de l'enfant doit être une priorité lors de la décision des lois, des politiques, des programmes et des budgets.

La convention des droits de l'enfant a été adoptée par les Nations Unies, après un processus entamé depuis 1979 et a constitué une véritable étape pour la protection de l'enfant. « Elle reconnaît à l'enfant des droits de nature civile, économique, sociale, politique et culturelle, en soulignant que tous ces droits sont nécessaires à son développement harmonieux et à l'épanouissement de sa personnalité» (44)

La convention des droits de l'enfant vise trois principaux objectifs, présentés sous le sigle des trois P :

■ **Le premier P ou Prestations :** En considérant l'enfant comme un sujet de droits, la CDE vise la promotion de ses droits en édictant de manière expresse les prestations que la famille, la communauté et l'Etat sont tenus de garantir à l'enfant : nom, nationalité, santé, éducation... ;

■ Le deuxième P ou Protection : En considérant l'enfant comme un être en développement, la CDE lui reconnaît le droit à la protection contre toutes les formes de violences qui peuvent compromettre son développement (torture, exploitation, détention arbitraire, négligence, abandon...).

■ Le troisième P ou participation : En le préparant à l'exercice de la citoyenneté, la CDE lui reconnaît le droit de s'exprimer et d'être écouté, surtout dans les questions qui le concernent directement »(44)

Un quatrième P de plaidoyer, est ajouté à ces trois P, qui consiste à soutenir la cause des enfants auprès des parents, des professionnels de l'éducation et de la santé de base, des pouvoirs publics, de la société civile et de l'ensemble de la communauté.

2- A l'échelle nationale :

Le Maroc a signé la Convention Relative aux Droits de l'Enfant, le 26 Janvier 1990, et l'a ratifié en Juin 1993 à l'occasion du congrès mondial des droits de l'Homme. Deux ans après, en Mai 1995, le Maroc s'est doté d'un observatoire national des droits de l'enfant, suite à la décision de Feu Sa Majesté le Roi Hassan II d'ériger le Congrès Nationale des Droits de l'enfant, en observatoire National chargé du suivi de la mise en œuvre de la CDE et d'en confier la présidence à son Altesse Royale la Princesse Lalla Meryem.

Depuis, et à l'occasion du 25 Mai, journée nationale de l'enfant, les associations et organismes œuvrant dans le domaine de l'enfance, gouvernementales et non gouvernementales ainsi que celles de la société civile, contrôlent les progrès accomplis en ce qui concerne la protection et la promotion des droits de l'enfant, ainsi que les actions à engager.

2-1- Le contexte politique:

Pour traiter la question de l'enfance en situation précaire, il faut qu'elle subisse un traitement pluriel : un traitement institutionnel et politique, un traitement communautaire, un

traitement associatif pouvant être catégorisés à travers une approche verticale (institutionnelle et gouvernementale) et l'approche horizontale (communes et associations).

a- L'approche verticale :

Le Maroc a répondu aux critiques de la commission de Genève en 1995, par les créations institutionnelles : création de l'Observatoire National des Droits de l'Enfant ayant pour objectif majeur la révision des textes législatifs réglementaires pour qu'ils aient les mêmes tâches que la CDE, la création du secrétariat d'Etat chargé de la protection sociale, de la famille et de l'enfance en 1998 puis l'institution d'un Parlement des enfants en Mai 1999.

Le secteur social au Maroc profite d'une part de plus en plus grande des dépenses publiques, dans le budget général de l'Etat, et ce, à partir de 1997-1998. « Ces dépenses sont passées de 14,8 milliards de dirhams en 1990 à 25,4 milliards de dirhams en 1997-1998, soit 48,6% des dépenses de fonctionnement et d'investissement du budget général de l'Etat » **(44)**

b- L'approche horizontale:

C'est le passage d'un individu passif à un citoyen actif participant au développement et s'engagent directement et activement dans les projets locaux. « L'expérience du programme services de bases intégrés en milieu rural et du programme rural soutenus par l'UNICEF, à travers une mobilisation intensive des services provinciaux et des organisations non gouvernementales pour assurer un accompagnement de proximité des populations, a montré qu'il est possible, moyennant un effort d'écoute, de formation et d'information, et surtout de respect des promesses faites, de créer une dynamique de développement local, et de faire évoluer la population d'un statut d'assistée ou de bénéficiaire vers une démarche autonome pour répondre à d'autres besoins qui ne rentrent pas dans le cadre des programmes appuyés par l'UNICEF » **(44)**.

3- La Convention Relative aux Droits de l'Enfant:

Avant d'entamer ce chapitre, soulignons que nous allons procéder à une analyse détaillée de certains articles. Cependant, nous allons passer sous silence d'autres et ce soit parce qu'ils n'intéressent pas notre pays (exemple: L'exploitation des enfants dans les conflits armés), soit parce qu'ils concernent des modalités d'application et de mise en œuvre de la convention et des articles (exemple: de l'article 42 à 54).

A ce jour, 192 pays ont ratifié cette convention, excepté les Etats Unies et la Somalie. Elle est considérée comme la convention la plus ratifiée de toute l'histoire.

3-1- Article 1: Définition de l'enfant

La convention relative des droits de l'enfant dans son premier article précise que « l'enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte en vertu de la législation qui lui est applicable » (22)

Ainsi, la convention, comme on l'a déjà signalé, évite de trancher sur la question de l'âge et laisse à chaque pays le soin de dire en quelle année l'enfant atteint la majorité. Bien plus, la convention contourne la question qui fâche : Un fœtus est-il ou non un enfant? A-t-il un droit à la vie ou non? Autrement dit, la convention tait volontairement les questions éthiques soulevées par l'avortement!

3-2- L'article 6 et 24: Droit à la survie

Dans la convention des droits de l'enfant, le droit de l'enfant à la survie est souligné par les articles 6 et 24.

L'article 6 de la CDE :

1. Les Etats parties reconnaissent que tout enfant a un droit inhérent à la vie.
 2. Les Etats parties assurent dans toute la mesure du possible la survie et le développement de l'enfant.
-

L'article 24 de CDE :

1- Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation.

Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'accès à ces services.

2- Les Etats parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour:

a- Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants.

b- Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires.

c- Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation des techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel.

d- Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés.

e- Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant. Les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information.

f- Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

3- Les Etats parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé de l'enfant.

4- Les Etats parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent article. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement (22)

Dans la littérature, on note que « les pères gaulois, avaient droit de la vie et de mort des enfants. Les lois romaines autorisaient les hommes à accepter ou refuser un enfant à sa naissance.

Ce sont les philosophes de XVIII^e siècle qui fondèrent notre réflexion actuelle de l'éducation et l'épanouissement de chacun Dans reculs auront lieu et il faudra attendre le XIX^e siècle pour obtenir de nouvelles conquêtes » (45).

Pour savoir si le droit fondamental de l'enfant à la survie est respecté ou non au Maroc, il est indispensable de décrire l'état de mortalité et de morbidité de ces enfants marocains.

a- La mortalité :

Selon les études (46) faites en l'an 2000, quatre marocains sur dix sont au stade de l'enfance.

Les moins de 15 ans représentaient 46% de la population en 1971 et ne représentent plus que 32,3% en 2000, et ne représenteront plus que 25% en 2014.

« Selon le rapport sur la santé réalisé en 2005 par l'OMS, le taux de décès parmi les enfants marocains âgés de moins de 5 ans était en 2003 de 3,9 %. Actuellement, il se situe selon la même organisation entre 3,2 % et 4,5 %. Comparé à certains pays arabes, il est presque similaire que le taux à l'Egypte, un peu faible par rapport à l'Algérie avec ses 4,1 % et plus élevé par rapport à celui de la Tunisie qui n'enregistre que 2,4 décès sur 100 naissances. Cependant, au Maroc le nombre des décès des enfants principalement de bas âge est de plus en plus faible, grâce à plusieurs facteurs, à savoir la vaccination contre les maladies infantiles, l'encouragement des consultations prénatales et l'assistance des femmes au moment de l'accouchement » (47)

« Le Maroc fait partie des pays qui ont un taux de mortalité néonatale (4 premières semaines du nourrisson) élevé, mais force est de reconnaître que des efforts sont consentis pour réduire la mortalité maternelle et infantile...Cependant, rien n'est encore gagné d'avance ni au niveau mondial ni au niveau national. Le rapport de l'UNICEF indique qu'un enfant né dans un pays moins avancé a 14 fois plus de chance de mourir pendant le premier mois de sa vie qu'un autre né dans un pays développé.

Ainsi, près de 4 millions de nouveau-nés décèdent durant les 4 premières semaines de la vie, suite aux maladies ou d'autres causes évitables selon l'UNICEF»(48). Cependant, le Maroc,

selon l'UNICEF, est parmi les pays ayant réalisé des progrès spectaculaires en matière de lutte contre la mortalité infantile, pour avoir réduit de plus d'un tiers le taux de décès des moins de cinq ans.

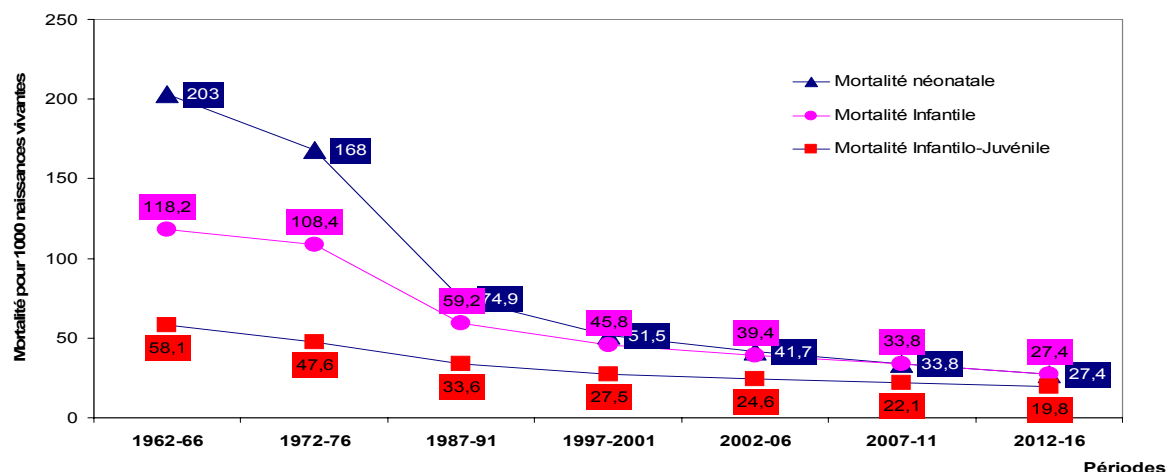


Figure 5 : Evolution et tendance de la mortalité (%) de l'enfance au cours de la période 1962-2016.

Source : DPRF, Ministère de la santé

La santé des enfants s'est remarquablement améliorée entre les deux périodes, et ce sûrement grâce aux programmes adoptés par le pays, tels que « les campagnes de vaccination, les programmes de lutte contre la malnutrition, l'amélioration de la densité médicale et la lutte contre les maladies de la petite enfance » (46)

b- La morbidité

« Chez le nouveau-né, la morbidité est dominée par les pathologies périnatales : la prématurité et la souffrance néonatale sont responsables respectivement de 42.4 % et 42.7 % des décès notés dans le premier mois de vie. Cette mortalité est intimement liée à l'état de santé maternel et aux conditions de déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Des efforts doivent être entrepris pour développer davantage les soins de périnatalogie. La couverture au niveau national par la consultation prénatale est de 42 % avec une grande disparité entre le milieu urbain (69 %) et le milieu rural (20 %). Il en est de même pour ce qui est de

l'accouchement en milieu surveillé avec 43 % au niveau national, 70 % en milieu urbain et 20 % en milieu rural. Le taux de pratique de la césarienne est encore faible, de l'ordre de 3 %, en dessous des normes recommandées par l'OMS (entre 5 et 15 %) ». (49)

« La vaccination contre les six maladies cibles, tel que : tuberculose, diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite et rougeole, a connu un grand progrès : 90,5% des enfants de 12 à 23 mois en 1998 ont été vaccinés, contre 88,7% en 1997 et 69,8% en 1987 ». (46)

**Tableau n°V : Couverture vaccinale des enfants de moins d'un an au Maroc 1993–1999
(enfants recevant tous les antigènes) et incidence des maladies cibles (44).**

Indicateurs	1993	1996	1999
Couverture vaccinale %	86	95	91
Incidences des maladies (p 100.000)			
Rougeole	258	11	38,5
Tétanos	0,8	0,8	0,1
Coqueluche	2,2	1,6	0,07
Diphtérie	0	0	0
Polio	0	0	0
Tuberculose	105,8	118,8	105,8

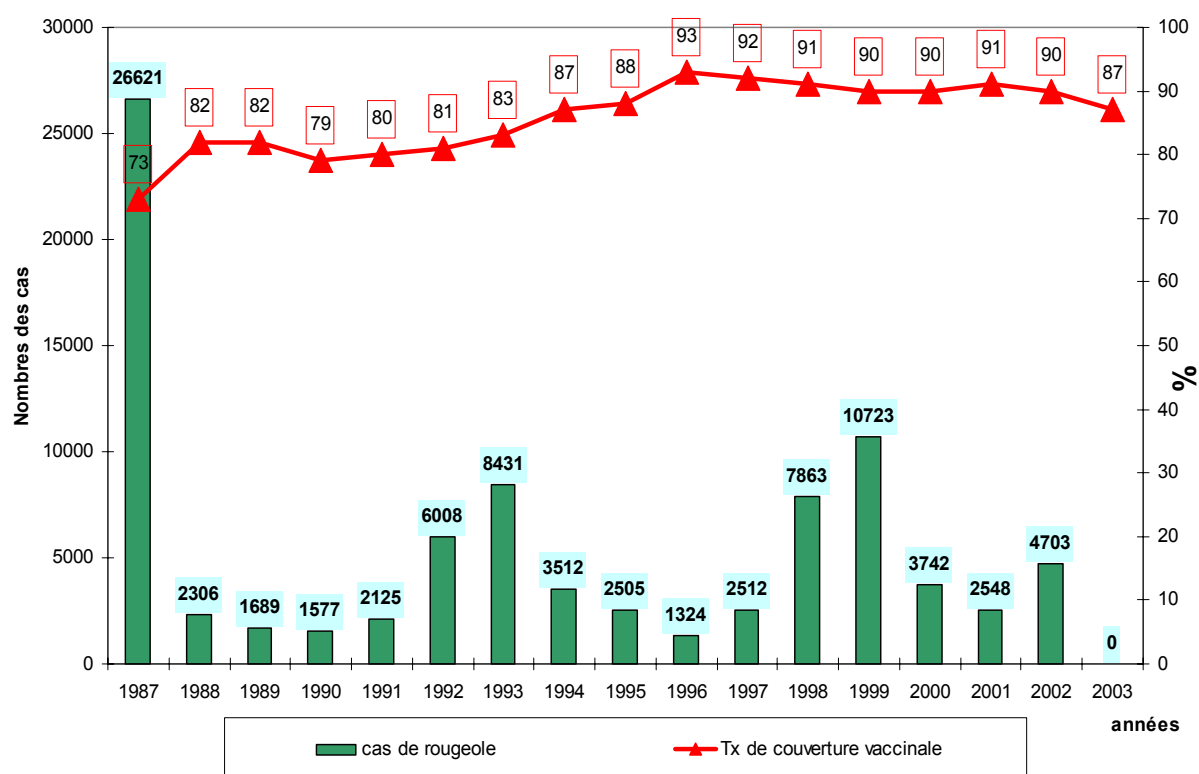


Figure 6 : Impact de la couverture vaccinale par le vaccin anti-rougeoleux sur la situation des cas de rougeoles (1987-2003).

Source : Programme National d'immunisation, Ministère de la santé.

Comme le tableau l'indique, aucun cas de poliomyélite n'a été constaté depuis 1990 et aucun cas de diphtérie depuis 1992. « Le tétanos néonatal est considéré comme éliminé selon les critères de l'OMS. Quant à la rougeole, le Maroc fait partie des 14 pays qui ont été sélectionnés dans la région MENA par UNICEF et l'OMS pour l'élimination de cette maladie. L'élévation des cas de rougeole est due à des épidémies qui touchent les plus de cinq ans » (44).

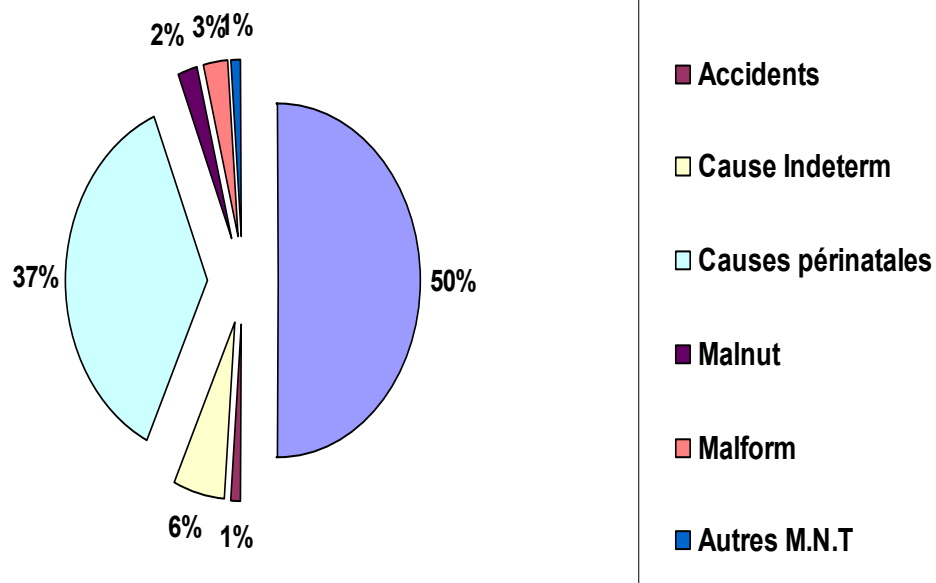


Figure 7 : Principales causes de Mortalité Infanto juvénile au Maroc.

Source : Ministère de la santé, Enquête sur les Causes et les Circonstances des Décès infanto-Juvéniles (ECCD), 1998.

D'une façon générale, le Maroc a considérablement répondu à la campagne de vaccination et a mobilisé indéniablement la volonté politique et ressources.

c- La politique et mécanismes nationaux pour la protection de la vie de l'enfant:

Le droit marocain, inspiré du droit musulman, protège totalement la vie de l'enfant à tout âge.

« Au Maroc, seul l'avortement à caractère thérapeutique est autorisé. Il est toutefois, enserré dans un ensemble de conditions, en l'absence desquelles, le praticien et la femme sont passibles de sanctions pénales (Articles 449, 450, 451, 454 et 455 du code pénal » (39).

Par exemple, l'article 449 du code pénal dispose que « quiconque, par aliments, breuvage, médicaments, manœuvres, violences ou par tout autre moyen, a procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte qu'elle y ait consenti ou non, est puni

de l'emprisonnement d'un à cinq ans et d'une amende de 200 à 500 dirhams. Si la mort est en résulte, la peine est la réclusion de 10 à 20 ans » (39).

De même, la législation marocaine interdit et punie pour le délaissement des enfants et des incapables dans les articles 459 à 467 du code pénal. L'article 459 dispose que « quiconque expose ou fait exposer délaisse ou fait délaisser, en un lieu solitaire, un enfant ou un incapable, hors d'état de se protéger lui-même en raison de son état physique ou mental, est, pour ce seul fait, puni de l'emprisonnement d'un à trois ans. S'il en est résulté de l'exposition ou du délaissement une maladie ou incapacité de plus de vingt jours, la peine est l'emprisonnement de deux à cinq ans. Si l'enfant ou l'incapable est demeuré mutilé ou estropié, ou s'il est resté atteint d'une infirmité permanente, la peine est la réclusion de cinq à dix ans. Si l'exposition ou le délaissement a occasionné la mort, la peine est la réclusion de dix à vingt ans ». (39)

Stratégie sanitaire au Maroc

Comme on l'a déjà signalé, le Maroc a développé durant ces dernières années le secteur sanitaire, à savoir, la sensibilisation et l'élargissement de la couverture vaccinale de la population, grâce au Programme National d'Immunisation. En effet, « depuis 1992, le Maroc a pu réaliser une indépendance vaccinale, en finançant la totalité des besoins en vaccins à travers le budget de l'Etat » (39).

Au cours de l'année 1999–2000, on peut relever les statistiques (39) : suivantes :

■ Population ciblée :

- Enfants : 793.646
- Femmes : 277.758

■ Nombre de bénéficiaires :

- Enfants : 754.223
- Femmes : 232.456

■ Taux de réalisation :

- Enfants : 95%
 - Femmes : 84%
-

Les autres programmes développés dans le cadre de la stratégie du Ministère de la santé sont nombreux qu'on ne peut citer que quelques uns:

- Lutte contre les maladies diarrhéiques :

- Par le développement de la pratique de l'allaitement maternel, la diffusion des meilleures pratiques de sevrage, l'accès aux mesures d'hygiène et alimentaires etc.

- Lutte contre les infections respiratoires aiguës :

- La formation du personnel de santé sur la prise en charge des cas IRA, la surveillance et la supervision etc.

- Lutte contre la malnutrition :

- Par la promotion de la pratique de l'allaitement maternel et la lutte contre la malnutrition protéino-énergétique.

- Programme national de lutte contre IST/SIDA:

L'élaboration depuis 1998 d'une stratégie nationale de prévention de la transmission périnatale du VIH, la prise en charge des enfants infectés par le VIH au niveau des Centres Hospitaliers Universitaires Ibn Sina à Rabat et Ibn Rochd à Casablanca etc.

L'OMS et le Maroc ont élaboré une stratégie de coopération, réalisé entre 2004-2007, visant les activités autour des 7 domaines suivants : **(50)**

1. La formulation et la mise en œuvre de la politique sanitaire ; particulièrement le développement d'outils de planification et d'aide à la décision.

2. La surveillance épidémiologique et la prise en charge des morbidités prévalentes.

3. Le renforcement de la sécurité sanitaire et des vigilances.

4. Le développement des compétences et des capacités de gestion des ressources humaines.

5. L'administration générale du système de santé.

6. Le développement du système d'information sanitaire.

7. Le développement de la recherche de façon ciblée et concertée.

3-3- Article 28 et 29 : Droit à l'éducation (22) : Article 28

1– Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant à l'éducation, et en particulier, en vue d'assurer l'exercice de ce droit progressivement et sur la base de l'égalité des chances:

Ils rendent l'enseignement primaire obligatoire et gratuit pour tous.

- Ils encouragent l'organisation de différentes formes d'enseignement secondaire, tant général que professionnel, les rendent ouvertes et accessibles à tout enfant, et prennent des mesures appropriées, telles que l'instauration de la gratuité de l'enseignement et l'offre d'une aide financière en cas de besoin.

- Ils assurent à tous l'accès à l'enseignement supérieur, en fonction des capacités de chacun, par tous les moyens appropriés.

- Ils rendent ouvertes et accessibles à tout enfant l'information et l'orientation scolaires et professionnelles

- Ils prennent des mesures pour encourager la régularité de la fréquentation scolaire et la réduction des taux d'abandon scolaire

2– Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que la discipline scolaire soit appliquée d'une manière compatible avec la dignité de l'enfant en tant qu'être humain et conformément à la présente convention.

3– Les Etats parties favorisent et encouragent la coopération internationale dans le domaine de l'éducation, en vue notamment de contribuer à éliminer l'ignorance et l'analphabétisme dans le monde et de faciliter l'accès aux connaissances scientifiques et techniques et aux méthodes d'enseignement modernes. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 29(22)

1– Les Etats parties conviennent que l'éducation de l'enfant doit viser à :

- a– Favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités.

- b– Inculquer à l'enfant le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales, et des principes consacrés dans la charte des Nations Unies.

c– Inculquer à l'enfant le respect de ses parents, de son identité, de sa langue et de ses valeurs culturelles, ainsi que le respect des valeurs nationales du pays dans lequel il vit, du pays duquel il peut être originaire et des civilisations différentes de la sienne

d– Préparer l'enfant à assumer les responsabilités de la vie dans une société libre, dans un esprit de compréhension, de paix, de tolérance, d'égalité entre les sexes et d'amitié entre tous les peuples et groupes ethniques, nationaux et religieux, et avec les personnes d'origine autochtone

e– Inculquer à l'enfant le respect du milieu naturel

2– Aucune disposition du présent article ou de l'article 28 ne sera interprétée d'une manière qui porte atteinte à la liberté des personnes physiques ou morales de créer et de diriger des établissements d'enseignement à condition que les principes énoncés au paragraphe 1 du présent article soient respectés et que l'éducation dispensée dans ces établissements soit conforme aux normes minimales que l'Etat aura prescrites.

Le droit à l'éducation est également proclamé dans les constitutions du Maroc. En effet, l'article 13 des constitutions de 1962, 1970, 1972, 1992 et 1996 dispose que tous les citoyens ont également droit à l'éducation et au travail.

Les efforts nationaux réalisés, depuis l'accession de l'indépendance, ont été pour but d'instaurer et de renforcer le système d'Education Nationale.

Le dahir n° 1.00.200 du 19 mai 2000 stipule que « l'enseignement fondamental constitue un droit et une obligation pour tous les enfants marocains des deux sexes ayant atteint l'âge de 6 ans. L'état s'engage à leur assurer cet enseignement gratuitement dans le plus proche établissement d'enseignement public de leur lieu de résidence » **(44)**.

Faut-il rappeler que l'éducation est un acte qui commence au sein de la famille et l'entourage avant d'accéder à l'école. En effet, de la conception à l'âge de quatre ans, c'est l'âge de la dominance de l'éducation familiale. Les problèmes vécus par cette tranche d'âge sont traités dans le chapitre consacré au droit de l'enfant à la survie. Arrive après le préscolaire, qui est une opportunité pour les quatre à cinq ans.

« La loi 05-00 dit : L'enseignement préscolaire est l'étape éducative dispensée par les établissements ouverts aux enfants âgés de quatre ans révolus à six ans. Il a pour objectif de garantir à tous les enfants marocains le maximum d'égalité de chances pour accéder à l'enseignement scolaire, de faciliter leur épanouissement physique, cognitif et affectif et de développer leur autonomie et leur socialisation» (44)

En chiffres absolus, le taux brut d'éducation préscolaire est passé de 42 à 45% entre 1990 et 1999. Le type d'enseignement est dispensé soit dans les écoles coraniques ou dans les jardins d'enfants, ces derniers accueillent la minorité qui est de 4,8% des enfants, soit 39264 enfants.

Enfin, le temps fort d'éducation se base sur l'école, à l'âge de six ans, « En 1989, quasiment un enfant sur deux en âge de scolarisation primaire se trouvait non scolarisé. En l'an 2000, 80% des enfants de cette tranche d'âge fréquentent l'école, signe évident d'un progrès significatif » (44)

La question qui peut se poser ici est : est ce que, actuellement, il y'a une égalité des chances d'éducation au Maroc, soit entre filles et fils, entre le rural et l'urbain? En effet, la petite fille au Maroc souffre d'une discrimination trop évidente. Elle souffre encore d'une timidité dans la participation, surtout en milieu rural. Le dernier souffre d'une sous intégration, malgré les efforts employés, surtout, comme déjà cité ci-dessus, pour les filles : « Quatre petites filles de 6 à 11 ans de milieu rural sur dix sont encore exclues de l'école.

De façon générale, l'écart entre milieux et régions peut atteindre 33 points sur le taux net de scolarisation, indicateur retenu comme plus significatif au niveau mondial parce qu'il combine les effets de l'inscription, du maintien et de l'âge normal de la scolarisation » (44)

Parmi les actions déjà mises en œuvre au Maroc, la correction du déséquilibre ville / campagne. En effets, avec l'appui de la banque mondiale, l'Union Européenne, la Coopération Espagnole dans le Nord du pays et d'autres, de nombreuses écoles ont été construites en zone rural ces dernières années, sans oublier les activités menées touchant les infrastructures, l'alimentation, la mobilisation des parents etc.

De plus, un système d'éducation non formelle (ENF) a été mis en œuvre en Mai 1997 visant 2.200.000 enfants et adolescents de 8 à 16 ans non scolarisés et déscolarisés.

Quelques données aux sujets des enfants au travail aidés par la formule de l'éducation non formelle.

« 23 ONG répondant à ou questionnaire soumis par l'éducation non formelle ont permis de collecter quelques données sur les enfants de 8 à 16 ans qui suivent les cours d'éducation non formelle tout en travaillant par ailleurs dans les secteurs économiques. Ces données sont extrêmement précieuses dans un contexte où l'on dispose de très peu de chiffres 60% d'entre ces enfants sont des filles 10% (plus de 60) sont des enfants domestiques, en majorité des petites filles bonnes » (44).

En 1998, en collaboration avec le comité de soutien, l'AMESIP assure des bourses à 113 filles en rural, leur permettant l'accès au collège et la poursuite du cursus scolaire. « Grâce à ces bourses les fillettes s'organisent par foyers de quatre à dix enfants dans la ville la plus proche où se trouve le collège qu'elles fréquentent ou bien trouvent une place dans une famille d'accueil. Ce sont des associations de villages qui assurent le suivi de l'opération » (51).

3-4 -Le Plan d'Action National pour l'Enfance PANE:

Compte tenue de la session extraordinaire des Nations Unies de Mai 2002 à New York et considérée comme la plus importante rencontre jamais organisée sur la protection de l'enfant, le Maroc a été parmi les 190 pays qui ont adopté le Plan d'Action "Monde digne des enfants" dont le but était d'améliorer la situation de l'enfance dans le monde.

Le plan d'action national pour l'enfance 2006–2015 : pour un Maroc digne de ses enfants, sorti en Mars 2006 par le gouvernement, sous la coordination du secrétariat d'Etat chargé de la famille et l'appui de l'UNICEF, vise à mettre en place plusieurs unités de protection de l'enfance (UPE) dans les grandes villes du Maroc.

« Ce Plan d'Action National, résultat d'une très large consultation, fera à ce que les enfants du Maroc soient en bonne santé, jouissent d'un enseignement de qualité, soient protégés et en sécurité contre toutes les formes de maltraitance » (52)

En effet, pour accomplir sa mission, le présent plan vise les dix objectifs suivants :

1. Faire progresser le droit à une vie saine.
2. Faire progresser le droit de l'enfant au développement.
3. Faire progresser le droit de l'enfant à la protection.
4. Renforcer les droits de l'enfant par la généralisation de l'inscription à l'état civil et à la participation.
5. Développer une meilleure équité.
6. Renforcer les capacités des détenteurs d'obligations à l'égard des enfants.
7. Accroître et optimiser les ressources budgétaires et humaines allouées à la réalisation des droits de l'enfant.
8. Créer les mécanismes de partenariat et de responsabilisation.
9. Développer un système d'information et un dispositif de suivi de l'exercice des droits de l'enfant.
10. Assurer les conditions de mise en œuvre du plan dans une approche inter et multisectorielle.

Le Plan d'action national pour l'enfant (PANE) capitalise ces initiatives dans un esprit de convergence et de synergie. Sous la coordination du Secrétariat d'Etat chargé de la Famille et avec l'appui de l'UNICEF, le programme Protection de l'enfance se concentre sur la mise en place d'Unités de protection de l'enfance (UPE), dont plusieurs sont en cours de création dans les grandes villes du Maroc.

3-5- L'Unité de protection de l'enfant UPE :

Les UPE représentent un système de prévention et de protection intégré des enfants contre les violences, consistant à assurer une assistance médicale, psychologique et judiciaire des enfants victimes de violences et d'abus, telle que l'accompagnement familial, l'information de la police et la saisie de la justice dans le cas de violence sur un enfant et la médiation et résolution des conflits mineurs. Elles traitent également toutes les informations reçues relatives aux violences commises sur ces enfants en produisant un rapport annuel de ces données.

« Les Unités de Protection de l'Enfance mises en place dans les quatre zones retenues vont constituer le pivot central du système de protection des enfants autour duquel toutes les autres composantes vont s'articuler. Leur mission principale est de fournir aux enfants et à leurs familles, l'information, l'orientation vers les services de santé, l'appui psychologique, juridique et social, le placement si nécessaire dans une famille d'accueil ou dans un centre spécialisé répondant aux critères requis. Un système de suivi est mis en place au niveau de chacune des Unités de Protection de l'Enfance. » (53)

La première unité de protection a été inaugurée en 2007 à Sidi Youssef Ben Ali, à Marrakech, par SAR la Princesse Lalla Meryem.



CONCLUSION

Le Royaume du Maroc accorde un grand intérêt à l'enfant et à ses droits, malgré les limites qui entravent sa protection, son développement et son éducation.

Les efforts déployés par le Maroc dans le but d'améliorer les indicateurs liés à l'enfance imposent l'élaboration d'un système intégré d'information centré sur l'enfance.

La ville de Marrakech a abrité en 2001 un sommet des premières Dames Africaines, dont la petite fille était une priorité dans les perspectives d'avenir. Ce sommet conclut que « toutes les mesures et recommandations ne seraient mises en œuvres et produire un impact global et positif, sans une humanisation de la mondialisation, pour éviter tout accroissement des déséquilibres économiques et sociaux existants entre les pays. »

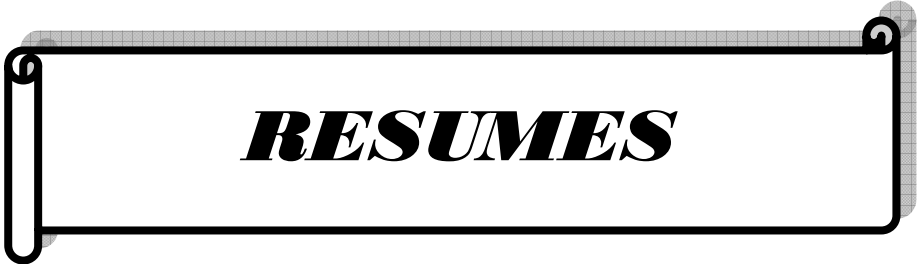
En matière de santé, les mesures à prendre dans l'avenir seraient un renforcement des acquis en matière de survie et développement, l'éradication des maladies telles que la poliomyélite, le tétanos et la rougeole, la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de la situation nutritionnelle des enfants.

En matière d'éducation, on tente à généraliser la scolarisation dans les collèges à l'horizon 2008, à sensibiliser pour la scolarisation des enfants en milieu rural et à lutter contre l'analphabétisme de la population Marocaine.

Le développement et l'épanouissement des enfants doivent constituer une priorité dans l'action future du Maroc. L'exclusion de la délinquance et le renforcement de la participation et l'expression de l'enfant sont des étapes positives vers un meilleur développement de l'enfant.

Les droits de l'enfant doivent être respectés en évitant leur travail notamment celui des petites bonnes, en améliorant la justice des mineurs et de renforcer toutes les stratégies nationales de lutte contre la maltraitance et l'exploitation de l'enfant.

Au niveau international, il faut inciter la communauté internationale à ratifier la convention sur la protection des droits de l'enfance et de mobiliser toutes les sources en faveur des enfants.



RESUMES

Résumé

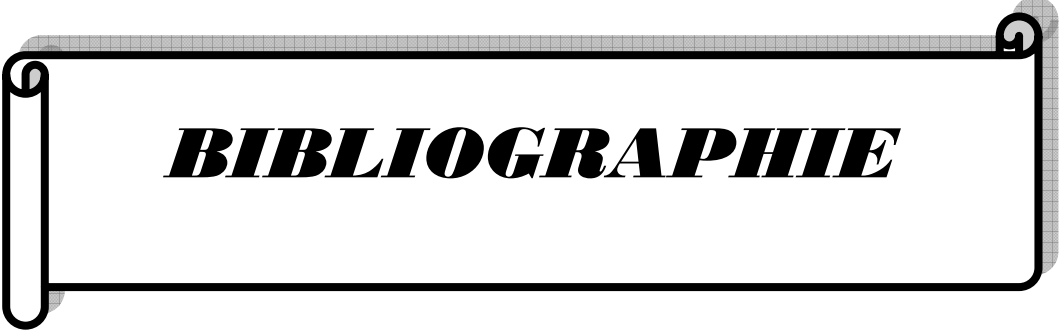
Un enfant en situation difficile est un mineur n'ayant pas atteint l'âge de 16 ans lorsque sa sécurité corporelle, mentale, psychologique ou morale ou son éducation sont en danger. Le but de ce travail est d'identifier et de tracer les efforts déployés par les organisations non gouvernementales à Marrakech, ayant pour objectif d'assurer une protection et un meilleur développement de l'enfant en difficulté. Les enfants pris en charge sont les enfants de la rue, abandonnés, orphelins, maltraités et les enfants ayant des besoins spécifiques. L'enfant et la nécessité de le protéger ont été, depuis la ratification du Maroc de la Convention Relative des Droits de l'enfant en 1993, placés au centre des préoccupations des pouvoirs publics. C'est en suivant les réalisations dans ce domaine que l'on retrouvera les lignes de force de l'action gouvernementale durant ces dernières années (Une mise à niveau et une harmonisation du dispositif juridique national, Des efforts pour un éveil de la société aux droits de l'enfant, Une prévention en agissant sur les conditions de vie des enfants etc.). Le plan d'action national pour l'enfance 2006-2015 : pour un Maroc digne de ses enfants, a été conçu pour répondre efficacement aux multiples carences et faiblesses observés dans le domaine de l'enfance, et à mettre en place des unités de protection de l'enfance dans les grandes villes du Maroc.

Abstract

A child in difficult circumstances is a minor who has not attained the age of 16 when his physical safety, mental, psychological or moral or his educations are at risk. The purpose of this work is to identify and trace efforts made by NGOs in Marrakech, aimed at ensuring improved protection and development of children in difficulty. Children in care are the street children, abandoned, orphaned, abused and children with special needs. The child and the need of protecting him were, since Morocco's ratification of the Convention on the Rights of the Child in 1993, placed the focus of government. In the following achievements in this field that we find the thrust of government policy in recent years (an upgrade and harmonization of the legal national efforts for the awakening of society child rights, Prevention by influencing the lives of children etc...). The National Action Plan for Children 2006–2015: Morocco fit for its children, has been designed to effectively address multiple deficiencies and weaknesses observed in the field of childhood, and to develop units Child Protection in major cities of Morocco.

ملخص

الطفل في وضعية صعبة هو كل قاصر لا يتعدى عمره 16 سنة حين تكون سلامته الجسدية، العقلية، النفسية، المعنوية و كذا تربيته في خطر. يهدف عملنا هذا إلى التعريف بالمجهودات التي تبذلها المنظمات غير الحكومية بمراكش، والتي تهدف إلى توفير الحماية و تنمية الطفل في وضعية صعبة. الأطفال المعنيون هم أطفال الشوارع، المتخلى عنهم، اليتامى، المعنفون و الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. الطفل و ضرورة حمايته كانت، و منذ مصادقة المغرب على اتفاقية حقوق الطفل سنة 1993 من ابرز انشغالات الحكومة. و من اجل تحقيق هذه الانجازات، نجد أن التوجهات الأساسية لسياستها في السنوات الأخيرة تتجلى في تطوير و تقوية الترسانة القانونية من اجل حماية حقوق الطفل و كذا لتحسين وضعيته المعيشية الخ. صممت خطة العمل الوطنية 2006-2015 للطفولة: لمغرب جدير بأطفاله على نحو فعال لمعالجة أوجه الضعف المتعددة التي لوحظت في مجال حماية الطفولة، ووضعت وحدات حماية الطفولة في عدة مدن كبرى بالمغرب.



BIBLIOGRAPHIE

1– Champagnat JC. :

Histoire des droits de l'enfant

Janusz Korczak, ou le respect de l'enfant, Pologne, www.droitsenfant.com, 1999–2009.

2– Brazelton TB., Greenspan SI. :

Ce dont chaque enfant a besoin

Marabout, Juin 2007, Marabout Enfants n°3182, 350 p

ISBN 2501054709

3– Observatoire National des Droits de l'Enfant ONDE., Unicef :

Etudes sur l'impact de la pauvreté et des disparités sur l'enfant au Maroc

ONDE, Unicef, 25 Mai 2009, p : 49–51.

4– Mjid N., Zirari M. :

La protection de l'enfant contre la violence : Bilan législatif et institutionnel

Unicef, Secrétariat d'Etat chargé de la Famille, Rabat 2006, Edition les belles couleurs, 2006,

p : 14

ISBN 9954–484–06–x.

5– Fitoussi F. :

Les urgences chirurgicales pédiatriques

Paris : Estem (Editions), 2003, p : 9

ISBN 2843712009.

6– Organisation des Nations Unies (ONU) :

Convention Internationale Des Droits de l'Enfant

ONU, 20 Novembre 1989, Art 19, p : 6.

7– Société Francophone de Médecine d'Urgence :

Maltraitance : dépistage et conduite à tenir aux urgences : Conférence de consensus

Nantes, 3 Décembre 2004. Copyright@SFMU 2005 : p : 3–13.

8– Halperin D.S., Chamay C. :

L'enfant victime de sa famille.

Médecine et hygiène ; Vol. 53, n° 2087, 1995. , 1936 p.

9– Unicef :

Fiche d'information sur la protection de l'enfant : la violence à l'égard des enfants ;

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Unicef, Mai 2006 ; p : 5

childprotection@unicef.org

10– FRAPPAT P. :

Corpus Médical de la Faculté de Médecine de Grenoble, PDA, Juillet 2004, p :1–5

11– Association touche pas à mon enfant :

Agressions sexuelles sur les enfants : Garçons et fillettes son touchés
ONDE, le Reporter, Juin 2009.

12– Schultheis F., Frauenfelder A., Delay C.:

Maltraitance : Contribution à une sociologie de l'intolérable
Harmattan, 2007, p : 240
ISBN : 978-2-296-03925-4

13– Coalition Contre les Abus Sexuels sur les Enfants (COCASSE) :

Abus sexuels sur les enfants au Maroc
Rapport au titre de l'année 2006 et mi 2007, p : 4

14– Darif Alaoui A. :

Exploitation sexuelle des enfants au Maroc : Péril en demeure
Maroc Hebdo, n 544, du 07 au 13 Février 2003, p : 28.

15– Najib A., Bouzbouz L. :

La pédophilie, un tabou au Maroc
Gazette du Maroc, n° 585, Juillet 2008.

16– Unicef :

L'exploitation sexuelle à des fins commerciales
Section de la protection de l'enfance
www.unicef.org/french; 2006. p :2.

17– BerreM., Aboussad A., Fillali H., Elkourchi M. :

L'exploitation sexuelle de l'enfant: Cas de Marrakech
Unicef, AMADEC, 2003 ; p : 20–29.

18– Mjid N., Zirari M. :

Code de la protection de l'enfant contre toutes formes de violence
Secrétariat chargé de la famille, enfance et personnes handicapées, Unicef ; 2005 ;
p : 13–32.

19–Ministère de la justice :

Prise en charge des enfants abandonnés

<http://www.justice.gov.ma/console/Uploads/Doc/kafalaFr.pdf>

Janvier 2005 ; p : 1.

20– Milmeister JC. :

Avis22 : La législation relative aux adoptions et à la problématique de l'accouchement anonyme.

Commission Nationale d'Ethique, 2009, p : 34.

21– Dahir n° 1–02–172 du 1 Rabii II 1423 (13 juin 2002) :

Loi n°15–01 relative à la prise en charge (la kafala) des enfants abandonnés, Article 6.

22– Assemblée générale des Nations Unies :

Convention relative des droits de l'enfant

Défense des Enfants –International : 1990, partie1, article 1à7, p : 2.

23– Hegemann F., Diallo Y., Etienne A., Mehran F. :

Global Child Labour Trends, Bureau International du Travail, Genève, Avril 2007 ISBN 978–92–2–118718–9

24– Organisation Internationale du Travail OIT :

Le point sur le travail des enfants.

Bureau International du Travail, Juin 2004, p : 2.

25– Mejjati Alami R. :

Le travail des enfants au Maroc

Understanding Children's Work; 2002 ; p : 4–41.

26–Unicef:

Le travail des enfants en bref

Ministère de l'emploi et de formation professionnelle, 2008, p : 22

27– Alliance International save The Children:

Position de Save the Children sur les enfants et le travail, Mars 2003, p: 12.

28– Chifaa N. :

Petites bonnes, grandes souffrances

Maroc Hebdo International, n° 601, Avril 2004, p: 25.

29–Anonyme :

Le travail des petites bonnes soulève des inquiétudes
www.maghreb-ia.com , 10/07/2009.

30–OIT :

C182 Convention sur les pires formes de travail des enfants, 1999, Article 1.

31–Touahri S. :

Maroc : La société civile et gouvernement essaient d'aider les enfants en situation précaire.
www.maghreb-ia.com/cocoon/awi/xhtml1/fr/features/awi/reportage/2007/02/02/reportage-01_02/02/2007.

32– Marguerat Y. :

Enfants des rues de Douala
[Http //www.karthala.com](http://www.karthala.com), 2004, p52.

33– Maudinet M. :

L'accès aux droits sociaux des personnes handicapées en Europe
Conseil de l'Europe, Strasbourg ; 2003 ; p : 1.

34– Depraz B., Zuffery F. :

L'enfant handicapé et sa famille
Handicap–Deuil, www.relation-aide.com, 2000–2001.

35– Organisation Mondiale de la santé (OMS) :

Définition de l'handicap ; 2003 ; p : 1.

36– Siker HJ. :

Aspects socio–historiques du handicap moteur
Déficiences motrices et situations de handicaps, APF, 2002, p : 38.

37– Le Secrétariat d'État Chargé de la Famille, de la Solidarité et de l'Action Sociale (SEFSAS) :

Situation des enfants handicapés au Maroc
2004, p : 4.

38– Convention Relative des Droits des Personnes handicapées :

Textes internationaux en lien avec la thématique du handicap
www.handicap-international.org.

39– Dahir Marocain

Textes législatifs et réglementaires concernant les personnes handicapés ; 1994 ; p1

40– : Commission Nationale pour la préparation du sommet mondial pour l'enfant :

L'enfant au Maroc. ; Mai2002 ; p : 111–15

41– Detrick S., Abel G., Berger M., Delonn A., Meek R.:

La violence contre les enfants en conflit avec la loi

Defence for Child International, Netherlands, 2008, p: 13

ISBN 978-90-74270-25-0.

42– Marechaud C. :

Enfants en prison : Cas de force mineurs

TelQuel, n°119, 25/09/2009.

43– Réseau National de Défense des Droits Humains :

Mineurs en conflit avec la loi

Novembre2008, p : 2.

44– Unicef :

Analyse de la situation des enfants au Maroc.

Fond des Nations Unies pour l'enfance: 2001 v1 ; p : 19–139.

45– Serres A. :

Le grand livre des droits de l'enfant

Messidor-La Forandle, 1996–2005, p : 1.

46– Ministère de la prévision économique et du plan :

Les moins de 18 ans au Maroc.

Unicef. Mars2001. v2. p : 1–6.

47– Hakkou F. :

Mortalité infantile

Repère médical, 2009, n°5.

48– Koné I. :

Mortalité infantile

Rapport 2009 Unicef, Le Maroc 81è sur 189

49– Ministère de la Santé :

Santé de l'enfant : Quelles orientations stratégiques pour réaliser l'objectif du millénaire
www.santé.gov.ma, p: 2.

50–OMS :

Stratégie de coopération OMS–Maroc
OMS, 2004–2007, p : 18.

51– Association marocaine d'aide aux enfants en situation précaire :

Pour cet enfant, la rue était une voie sans issue ;
Association pour le Développement et d'aide au Maroc, 1996 _2002 ; p : 8.

52– Unicef :

Plan d'action national pour l'enfance 2006–2015
Juin26–09–2009 ; p 9–26.

53– Unicef :

Le programme de Protection 2007–2011
Unicef, Unissons–nous pour les enfants