

Quant à l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans, 97,1% des enfants sont allaités systématiquement au sein pour une durée médiane de 17,4 mois. Cependant, la mise au sein précoce dans l'heure qui suit l'accouchement est de 49,4% et la pratique de l'allaitement maternel exclusif n'est que de 35%. Par ailleurs, la proportion d'enfants encore allaités au sein et qui reçoivent des aliments de complément est de l'ordre de 82.3%⁴ alors que seulement 45 % des enfants de moins de 2 ans reçoivent une alimentation adéquate.

Dans le même sens, les données anthropométriques issues des enquêtes ménages (ENPSF, 2018) révèlent une amélioration notable de certains indicateurs notamment l'insuffisance pondérale modérée ou sévère (2,9 %) et l'émaciation modérée ou sévère (2,6 %). Par contre, le retard de croissance associé à l'émergence du surpoids (10,8 %) et de l'obésité (2,9 %) et la persistance des carences en micronutriments restent un véritable problème de santé publique.

Il reste aussi intéressant de souligner que la malnutrition infantile survient très tôt et touche les enfants à tout âge, notamment dans une phase critique de leur croissance qui se situe entre 6 et 23 mois, c'est-à-dire au moment du sevrage⁵. De même que, globalement, la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans est en étroite relation avec le niveau scolaire du milieu familial et notamment celui de la mère, les conditions de vie des ménages appréhendés par le niveau d'accès au réseau de l'eau potable et le niveau de vie appréhendé par le niveau de pauvreté^{6,7,8}.

Pour ce qui est de la charge de morbidité attribuée aux maladies infectieuses (les IRA, en particulier la pneumonie, les diarrhées, les méningites, ...), elle a connu une nette régression laissant la place à de nouveaux problèmes tels que les maladies chroniques, (diabète, asthme, troubles de développement et de santé mentale, ...) dont les prévalences restent mal connues et la prise en charge insuffisamment codifiée. Ces maladies ont un impact négatif sur la qualité de vie, la productivité et engendrent de grandes dépenses en matière de santé. D'où la nécessité impérieuse de renforcer autant la prévention primaire en agissant sur le mode de vie (alimentation équilibrée et saine, activité physique...), la consanguinité pour certaines pathologies, et la prévention secondaire et tertiaire qui consiste en une prise en charge de qualité, en accompagnant la famille et l'enfant durant tout le cycle de vie. Il est aussi important de souligner l'intérêt d'aborder la question selon une approche holistique et intersectorielle afin d'explorer ces problèmes émergents pour asseoir des stratégies de lutte adéquates.

Les accidents et les traumatismes chez les enfants, facteurs de mortalité et de Handicap, restent mal documentés au niveau national, le peu de données hospitalières disponibles indiquent une augmentation croissante à l'image des données internationales. Le manque de données probantes suscite un investissement dans des travaux de recherche pour explorer les problèmes de santé attribués aux tranches d'âge respectives de l'enfance à l'adolescence.

⁴ Ministère de la Santé., « Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale », Ministère de la Santé/DPRF, 2018, 2ème édition

⁵ El Bakkay Sellam & Bour Abdellatif., « État nutritionnel des enfants de 6 à 60 mois au Maroc : Préfecture d'Oujda-Angad » - Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris (BMSAP), Vol 27, 2015.

⁶ IBID que 4.

⁷ Haut-Commissariat au Plan., « Enquête Nationale sur l'Anthropométrie », 2011.

⁸ Le Ministère de la Santé a effectué une enquête nationale sur les micronutriments dont les résultats sont en cours de diffusion.

Les progrès enregistrés sont le fruit des efforts que le Ministère de la Santé n'a cessé de déployer depuis plus de 3 décennies en faveur de la santé de l'enfant avec la mise en place dans un premier temps d'un ensemble de programmes nationaux de santé (PLMC, PNI, PLMD, PLIRA), couronnés par l'adoption d'une approche globale en l'occurrence la prise en charge intégrée de l'enfant (PCIE)⁹. Cette approche a permis de repenser les soins de l'enfant en faisant la part entre les différentes catégories que ce soit en s'appuyant sur l'âge ou sur l'absence ou la présence de maladie. Ainsi et pour la première fois, les spécificités du nouveau-né ont été prises en considération en optant pour deux tranches distinctes : 0-2 mois et 2 mois-5 ans. De même, pour la prise en charge de l'enfant et indépendamment de l'âge. L'approche globale centrée sur l'enfant a été promue et développée en association à la fois les prestations préventives, curatives et promotionnelles. Le volet counseling a été introduit comme volet indissociable de toute prestation. Les directives de la PCIE ont aussi pris en considération les besoins spécifiques de l'enfant durant la période de la petite enfance. Par ailleurs, un accent particulier a été mis sur l'usage rationnel des médicaments notamment des antibiotiques, l'identification rapide des cas gravement malades, leur mise en condition et transfert à l'hôpital en une amélioration de la coordination entre les ESSP et les établissements hospitaliers.

Toutefois, la révision de la PCIE qui constitue un cadre favorable à l'intégration des prestations en faveur de l'enfant, devrait tenir compte de la nécessité d'élargir ses directives aux problèmes de santé émergents et les besoins des enfants au-delà de 5 ans. Son intégration dans la formation de base des professionnels de santé comme élément essentiel des soins de santé primaire et au niveau des curricula des professions médicales et infirmières ainsi que l'utilisation des Nouvelles Technologies de l'Information et de Communication (NTIC)^{10,11} sont deux mesures incontournables. La « *diffusion des nouvelles technologies, en particulier vers les structures de proximité, peut jouer un rôle déterminant pour opérer le recentrage du système de santé marocain* »¹². En effet, aujourd'hui, la mise en œuvre de la PCIE axée totalement sur la formation clinique¹³, constitue un obstacle à son extension, malgré la circulaire ministérielle pour sa généralisation¹⁴.

Par ailleurs, l'analyse menée dans le cadre de l'élaboration de la Politique Nationale Intégrée de la Santé de l'Enfant (PNISE) a fait ressortir un ensemble d'insuffisances en matière de développement de l'enfant depuis la conception jusqu'à l'adolescence¹⁵. Aujourd'hui, et plus que jamais, l'engagement du Gouvernement du Maroc en faveur de la cause des enfants, n'a jamais été aussi plus fort ; et il est bien déterminé à œuvrer pour une prévention prévenante et une santé égalitaire et solidaire qui prend en compte l'intérêt de l'enfant, son inclusion, au service de l'intérêt de la Nation.

⁹Circulaire Ministérielle n° 2052 du 08 décembre 2008, portant sur l'implantation de la PCIE.

¹⁰Organisation Mondiale de la Santé., « Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant », Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Genève, OMS, 2010.

¹¹Organisation Mondiale de la Santé & Union internationale des télécommunications, « Cyber santé et innovation pour la santé de la mère et de l'enfant : Une étude de référence » - rapport conjoint, OMS & UIT, 2013.

¹²Ministère de la Santé : « Livre blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé » - 2^{ème} Conférence Nationale sur la Santé, Marrakech 1, 2 et 3 Juillet 2013.

¹³La PCIE comporte 3 composantes, une organisationnelle, une autre communautaire et seule la troisième composante est dite clinique et mise en œuvre.

¹⁴Circulaire Ministérielle n° 2052 du 08 décembre 2008, portant sur l'implantation de la PCIE.

¹⁵Ministère de la Santé : « Politique Nationale Intégrée de la Santé de l'Enfant », Direction de la Population/UNICEF, 2018.

Un des constats également relevés est la persistance d'une verticalité dans les programmes en faveur de la santé de la mère et de l'enfant. Ceci engendre un manque d'intégration, qui a une influence directe sur les modalités de prise en charge et accentue les risques en défaveur de l'enfant.

Durant la période prénatale, le suivi de la grossesse reste focalisé sur la mère avec une qualité insuffisante et l'implication des professionnels de l'enfance demeure l'exception. Or, il est bien démontré que la qualité du suivi de la grossesse conditionne le pronostic à la fois de la mère et de l'enfant. Ainsi, le dépistage des grossesses à risque est encore faible alors que 66,5 % des femmes enceintes bénéficient de la consultation prénatale au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse. Un taux qui est encore plus bas en milieu rural (50,7%)¹⁶. Les problèmes liés à la période périnatale se traduisent par l'augmentation des taux de prématurité, des naissances multiples, des faibles poids de naissance, par l'insuffisance du dépistage en faveur du fœtus et du nouveau-né, par un taux élevé de mortalité périnatale (de 0 à 7 jours) avec des taux de mortalité néonatale et maternelle encore élevés. Globalement, le taux de mortalité périnatale est estimé à 24,9‰ en 2018 contre 28,5‰ en 2011.

De façon globale et dans une logique de continuum de soins, l'intervention sur le comportement de la femme pourrait être envisagée au niveau du paquet de services offerts à la femme enceinte dès les soins prénatals dont le « recours dépend largement de certains facteurs : parité, niveau d'instruction, *l'ordre de la naissance et le niveau d'instruction de la femme* (99,6 % des femmes ayant un niveau d'instruction élevé ont bénéficié des consultations prénatales contre 82,6 % pour celles sans certificat) ». Quant à l'accouchement par un personnel qualifié, 86,6 % des femmes ont été concernées avec une disparité urbain-rural de 96,6 % pour le premier et seulement 74,2 % pour le deuxième. Pour le suivi post natal, Seuls 22,0 % des naissances ont fait l'objet de soins post-natals en 2018 (pas de variation par rapport à 2011) (ENPSF 2018).¹⁷.

Etant donné la courte période qui définit la périnatalité et l'influence de l'état de santé de la mère sur celui de l'enfant, un plan d'action s'accorde de s'intéresser à la santé de l'enfant depuis la préconception. Ici, la porte d'entrée est le certificat médical de nuptialité, exigé par la réglementation¹⁸. Ceci renforcera d'autant plus les effets attendus et souhaités pour une amélioration de la santé de l'enfant. A noter que la consanguinité reste élevée au Maroc de l'ordre de 23,4 % (ENPSF 2018) bien qu'elle ait baissé de 5,6 points (29% en 2011).

En termes de développement durant la petite enfance, les carences accumulées en termes de sécurité, d'affection, d'éveil et de stimulations sont plus pénibles, plus coûteuses et souvent difficiles à compenser plus tard. En particulier, les soins post-natals qui restent en dessous des aspirations. Or, des investissements supplémentaires généreraient des rendements substantiels en termes de bonne santé et de survie du jeune enfant, car la majorité des décès néonataux sont évitables.

Par ailleurs, dès leur plus jeune âge, les enfants marocains sont confrontés à de profondes inégalités résultant tout autant des iniquités d'accès aux prestations de services publics que des niveaux sociaux culturels et d'investissement des familles dans leurs enfants. Ainsi le recours aux soins reste faible pour les cas de diarrhée (36,4% avec 40,2% en urbain et 32,2% au rural), Le recours aux pharmacies

¹⁶Ministère de la Santé., « Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale », Ministère de la Santé/DPRF, 2018. 2^{ème} édition.

¹⁷IBID.

¹⁸Arrêté conjoint du ministre de la justice et du ministre de la santé n° 347-04 du 10 moharrem 1425 (2/3/2004) fixant le contenu et les modalités de délivrance du certificat médical prénuptial. Paru au bulletin officiel n° 5358 du 2 ramadan 1426 (6 octobre 2005).

est de 45,1 % contre 24,1% pour les centres de santé. Le niveau socioéconomique semble également avoir une influence sur les pratiques en matière de traitement de la diarrhée. En effet seuls 29.6% des enfants issus du second quintile ont reçu un traitement alors que c'est le cas de 39.2% des enfants issus du quatrième quintile¹⁹.

Les stimulations et soins parentaux restent insuffisants bien qu'ils soient des facteurs essentiels du développement physique, social, émotionnel et cognitif de l'enfant. Dès sa naissance, l'enfant a besoin d'être l'objet des soins. Rarement évalué, les données disponibles suggèrent que le Maroc souffre d'insuffisances dans ces domaines et que le pourcentage d'enfants marocains participant à des activités de développement aurait chuté de 48 % en 2006 à 34 % en 2011, un chiffre inférieur à celui de l'Irak (58 %) et de la Tunisie (71 %) et légèrement supérieur à celui du Yémen (33 %)²⁰.

Ceci est lié en partie à :

- 1) La faible implication du père dans l'éducation de ses enfants avec seuls 58 % d'entre eux participent à au moins une activité avec leurs enfants.
- 2) Seulement 21 % des jeunes enfants vivent dans des familles qui possèdent au moins trois livres, et
- 3) 34 % ne disposent pas de jouets à la maison alors que la lecture et le jeu sont essentiels à leur développement.

A noter que l'approche « Classe des Parents au service de la petite enfance », lancée récemment par le Ministère de la Santé vise à corriger ces lacunes²¹. Sa généralisation sera associée au développement de manière parallèle des soins intégrés du nouveau-né et de l'enfant au niveau communautaire à travers l'implication du tissu associatif et des autres départements ministériels (MEN, affaires islamiques, intérieur, jeunesse et sport, ...).

Pour ce qui est de l'éducation préscolaire, seulement 39% des enfants en bas âge y ont accès (78% font partie des 20% des ménages aisés contre seulement 6% chez les 20% des ménages les plus pauvres). Seuls 48% des enfants sont assistés par des adultes dans leurs activités d'apprentissage, et seuls 21% disposent des moyens d'apprentissage à la maison (52% pour les ménages aisés contre 9% pour les ménages pauvres)²².

Enfin, les enfants continuent toujours à recevoir des soins inappropriés de la part de leurs familles²³ dans un contexte où 87,3% de la population Marocaine utilisent des sources d'eau améliorées (93,5% en milieu urbain, et 77,4 % en milieu rural) et 96 % utilisent des facilités améliorées d'assainissement²⁴ (99,8% en milieu urbain et 89,9 % en milieu rural)²⁵.

¹⁹ Ministère de la Santé., « Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale », Ministère de la Santé/DPRF, 2018. 2^{ème} édition.

²⁰ Maroc à l'horizon 2040 Investir dans le capital immatériel pour accélérer l'émergence économique. Jean-Pierre Chaufour, Rapport de la Banque Mondiale, 2016).

²¹ Circulaire Ministérielle n° D/2010/DP 68 du 13 novembre 2019.

²² Hynd Ayoubi Idrissi, « Etude sur la violence sexuelle à l'encontre des enfants au Maroc », AMANE-UNICEF, Juillet 2014.

²³ IBID que 19.

²⁴ Ces facilités améliorées comprennent aussi bien l'assainissement individuel (latrines à fosse) que collectif (réseaux collectifs d'assainissement).

²⁵ Ministère de la Santé., « Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale », Direction de la Planification et des Ressources Financières, 2018. 2^{ème} édition.

Ces constats supposent l'intérêt de se pencher sur la santé de l'enfant au-delà de la tranche d'âge de cinq ans tenant compte du constat et l'impact sur la vie à l'âge adulte^{26,27}. En effet, il est bien admis aujourd'hui que l'enfant est un véritable enjeu de société et doit être au cœur des priorités du secteur de la santé et de l'ensemble des acteurs concernés.

La préadolescence et l'adolescence constituent une étape importante dans la vie de l'adulte en cours. Si les adolescents semblent être mieux épargnés contre les maladies et en dehors des affections congénitales ou acquises, plusieurs indices sont en faveur d'une augmentation de risques (au sens large) durant ladite période ; ressentie et exprimée surtout par les parents et les familles, ce qui n'est pas le cas pour les concernés. Ces risques sont de différents types : la violence à l'école, les tentatives de suicide...etc. D'autres risques sont sources de préoccupations, et suscitent plus d'appréhension tels que les IST en particulier le sida, l'anorexie, la drogue... Un adolescent sur deux déclare avoir ou avoir déjà eu des « problèmes importants » (addiction, problèmes familiaux, psychologiques, scolaires, sentimentaux) mais avoir été aidés avant tout par ses pairs et aussi par ses parents. L'adolescence est aussi marquée par des plaintes floues telles que douleurs abdominales, dorsalgies, déprime, ... qui méritent une prise en charge adéquate pour éviter qu'elles persistent ou s'aggravent à l'âge adulte.

Pour ce qui est du Handicap, en 2014 le taux de prévalence parmi les enfants âgés de moins de 15 ans, est estimé à 1,8%²⁸. Dans 22,2%, l'origine déclarée de leur incapacité est due à une complication liée à la grossesse ou à l'accouchement et dans 10,7% des cas, il s'agit de Handicaps profonds, débutant à un âge précoce (infirmité motrice cérébrale, poly handicap...etc.)²⁹. Les taux de prévalence du handicap les plus élevés se trouvent surtout parmi les personnes ayant des niveaux d'instructions bas. Ceci semble confirmer l'incidence du handicap sur la scolarité des personnes atteintes. Pour la prise en charge, 96,6% ont déclaré avoir fréquenté une structure de médecine formelle, 14,8% se sont orientés vers des lieux de soins traditionnels et 5,7% ont eu recours à une structure non médicale (assistance sociale, association, etc.). Ces chiffres interpellent sur la nécessité de prendre en considération les besoins de cette population dans le cadre d'un plan d'action multisectoriel en particulier dans les domaines de la santé et de l'éducation³⁰.

La population des enfants en situation de handicap âgés de 4 à 15 ans est évaluée à près de 231 000 dont 32,4% seulement sont scolarisés³¹. Dans la tranche d'âge de moins de 15 ans, 30,4% des personnes en situation de handicap, sont sans instruction (soit près de 37.611 enfants) dont 64,4% sont de sexe féminin et 38,7% souffrent d'un handicap très sévère²⁶. L'intégration sociale des enfants en situation de handicap est en dessous des aspirations³². Dans une étude récente³³, un bilan inquiétant donne matière à réfléchir sur le phénomène d'abandon d'enfants dans le pays, 6480

²⁶Nugent Rachel., « Chronic diseases in developing countries» - Annals of the New York Academy of Sciences, VOL 1136, 2008.

²⁷El Bakkay Sellam & Bour Abdellatif., « Double charge de la malnutrition dans des ménages marocains : préfecture d'Oujda-Angad » - Antropo, 34, 2015.

²⁸Ministère de la solidarité, du développement social, de l'égalité et de la famille, « Enquête nationale sur le Handicap2014 » - Rapport détaillé, février 2015.

²⁹IBID.

³⁰IBID.

³¹ Unicef, « L'Équité pour accélérer la réalisation des droits des enfants au Maroc », 2014.

³² A. Ait Brahim, « Tous pour une meilleure insertion sociale des personnes portant un handicap », 1^{er} Colloque Marocain « Neurosciences et Handicap », Rabat, le 10 et 11 décembre 2004.

³³ UNICEF, Ligue Marocaine de Protection de l'Enfance, « Enfance abandonnée au Maroc : Ampleur, état des lieux juridique et social, vécus », 2010.

enfants auraient été abandonnés en 2008 (soit 2% du total des naissances) et le nombre réel d'enfants privés de famille handicapés reste à établir³⁴.

La protection sociale, la couverture médicale et la solidarité mutualiste sont accessibles aux personnes en situation de handicap (12% en 2004), avec la tendance à l'amélioration, notamment grâce à la généralisation du Régime d'Assistance Médicale (RAMED)³⁵. Quant à l'accès aux soins spécialisés, à la rééducation et aux aides techniques, aujourd'hui, ils restent possibles pour la grande majorité qui dispose d'une couverture sanitaire. Cependant, les infrastructures spécialisées en rééducation sont encore très limitées et concentrées dans les grands centres urbains et uniquement dans les chefs-lieux des provinces. Le personnel médical et paramédical reste en nombre insuffisant.

Il est de même que depuis 2010, le Ministère de la Santé a enclenché le processus de dépistages des affections à l'origine de handicap par la généralisation du dépistage néonatal de l'hypothyroïdie congénitale, qui constitue une prestation efficace aussi bien d'un point de vue de la réalisation, que des résultats, permettant non seulement de sauver les nouveau-nés et les enfants mais aussi de leur assurer l'égalité des chances de jouir d'un état de bien-être physique, mental et social au cours de tout le cycle de vie³⁶. Quant aux données épidémiologiques concernant la surdité néonatale, selon les résultats d'une étude, réalisée sur le dépistage de la surdité chez les nouveau-nés à risque hospitalisés en réanimation néonatale du CHU Mohammed VI de Marrakech, la prévalence de la surdité congénitale est de 2,3% et un programme de dépistage de la surdité congénitale est en phase d'implantation.

Aujourd'hui, il est unanimement admis que le dépistage de certaines maladies congénitales chez l'enfant revêt un intérêt primordial aussi bien pour les raisons de santé publique que pour l'efficacité du système de soins. Dans la quasi-totalité des pays développés le dépistage systématique est instauré depuis plusieurs années^{37,38}.

Pour ce qui est de la protection des enfants contre la violence, l'abus et l'exploitation, une nette amélioration est enregistrée au cours des dernières années, en particulier sur le plan législatif³⁹. Les tabous sociaux sur des phénomènes sensibles comme l'exploitation sexuelle et la violence ont été levés. Cependant, l'absence de statut légal des travailleurs sociaux, leur nombre très insuffisant, l'absence de normes et de standards pour la prise en charge des enfants dans les institutions, l'absence de services sociaux étatiques appropriés, pour les enfants victimes de violence ou d'abus,

³⁴Handicap International, TDR pour mission de consultance pour la réalisation d'une étude nationale sur les enfants privés de famille handicapés en situation d'handicap vivant dans les institutions », contexte général, 2013.

³⁵Conseil Economique et Social, « Respect des droits et inclusion des personnes en situation de handicap », Auto-saisine AS n° 5 / 2012, CES, 2012.

³⁶Ministère de la Santé., « Guide du dépistage néonatal de l'hypothyroïdie congénitale » - DP, 2012.

³⁷A titre d'exemple, au Canada les dépistages néonataux portent sur la tyrosinémie, la phénylcétonurie et l'hypothyroïdie, la fibrose kystique (depuis 2012) ainsi que le dépistage précoce de certains troubles du métabolisme des acides aminés et des acides organiques urinaires. D'après Basak Tezel & all (2013), en Turquie, la première maladie dépistée dans la période néonatale est la phénylcétonurie dont l'incidence moyenne est d'environ 1/15.000 naissances vivantes et considérée comme élevée en raison du taux augmenté des mariages consanguins (24,1%). Au Maroc, l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale du Ministère de la Santé réalisée en 2011, estime le taux de consanguinité à 29%. D'après Talbi & all (2007), le niveau de consanguinité au Maroc est très élevé et reste en association significative avec l'incidence des affections de santé dans la population. L'influence du progrès technologique sur l'évolution de cette pratique dans la population est encore faible, devant le manque de sensibilisation et l'attachement des individus à leurs valeurs culturelles traditionnelles. D'après Attazagharti & all (), la région du gharb connaît un fort taux de consanguinité et son association avec les niveaux socioéconomique et culturel des conjoints.

³⁸Basak Tezel & all., « The Development and Organization of Newborn Screening Programs in Turkey » - Journal of Clinical Laboratory Analysis, 00: 1–7, 2013.

³⁹Unicef, « Analyse de la situation des enfants et des femmes au Maroc », Programme de coopération Maroc/UNICEF 2007-2011.

limitent l'impact des progrès³⁷. Pour les enfants en situation de handicap, il n'existe pas à l'heure actuelle de prise en charge spécifique.

Il est aussi à souligner que la probabilité d'exposition aux dangers de la maltraitance et la violence⁴⁰ augmente lorsqu'un enfant est confié à un mineur de moins de 10 ans. Plus la mère est âgée et plus son niveau d'instruction est bas, plus le risque de confier son enfant à un mineur augmente. En effet, on passe d'une quasi-absence de cette situation pour les mères d'âge 15-19 ans, à 7,5% pour la tranche d'âge 35-39 ans et à près de 7% pour la tranche 45-49 ans. De même, le risque de laisser un enfant seul ou avec un mineur de moins de 10 ans se réduit à mesure que le niveau d'éducation de la mère s'améliore : de 8,1% pour les mères sans certificat, ce risque baisse à 4,3% pour les mères d'un niveau d'éducation secondaire et plus. Enfin, il ne semble pas que le travail de la mère influence la mise de l'enfant dans une situation de garde à risque.

En 2015, le Ministère de la Santé a consacré une enveloppe de 747 millions de dirhams à la santé des populations à besoins spécifiques y compris les femmes et enfants victimes de violence⁴¹. Pour ces derniers un programme englobant des activités spécifiques est en cours d'institutionnalisation pour des réponses appropriées et spécifiques à cette catégorie de la population.

Au regard des dispositions constitutionnelles et des engagements internationaux du pays, le programme gouvernemental 2017-2021 a accordé une grande importance à la question de promotion des droits de l'enfant à travers le renforcement de la réforme de la justice, l'harmonisation de l'arsenal juridique avec les conventions internationales, l'amélioration de la qualité de prise en charge, l'adoption du partenariat avec la société civile comme style et mode de gestion des programmes de développement⁴².

Enfin de compte, la situation sanitaire de l'enfant au Maroc a certes connu une évolution très favorable durant les dernières décennies grâce aux concours de plusieurs programmes. Les indicateurs de mortalité et de morbidité infantile sont très éloquentes ce titre et illustrent la tendance affichée. Toutefois, les résultats obtenus cachent des inégalités qui persistent encore entre niveaux et milieux et parfois entre catégories des populations cibles⁴³.

Des efforts soutenus devraient être déployés pour consolider les acquis et des alternatives nouvelles devraient être également envisagées pour s'inscrire dans la vision de développement, en prenant en compte la multiplicité des facteurs de risque ayant conduit à cet état des lieux relativement complexe.

Dans ce qui suit, le volet épidémiologique a été pris de façon prépondérante alors que le volet socio-anthropologique, dont l'objectif général est de déterminer les principaux facteurs de surmortalité a été considéré selon les données de la littérature, au regard de l'absence de données⁴⁴, en particulier sur le sujet des iniquités.

⁴⁰Ministère de la Santé : « Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale », Direction de la Planification et des Ressources Financières, 2018.

⁴¹ Ministère de la Santé., « Plan d'action national sur la santé et le Handicap 2015-2021 » - DP, 2015.

⁴²Bassima Hakkaoui, Ministre de la solidarité de la femme de la famille et de Développement Social, discours à la Conférence Internationale «le rôle de la coopération internationale dans la lutte contre la violence sexuelle à l'égard des enfants », Rome, les 29 et 30 novembre 2012.

⁴³Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE)., « Les soins de santé de base : Vers un accès équitable et généralisé » - Rapport, Saisine n° 4 / 2013, CESE, 2013.

⁴⁴En cours d'élaboration et donc non disponibles.

Par rapport à l'équité du genre, le Maroc a fait des progrès significatifs, toutefois des écarts subsistent entre femmes et hommes. Eu égard au niveau d'instruction de la femme qui est à fort impact sur la santé de l'enfant et grâce à une volonté politique considérable, le taux net de scolarisation au cycle primaire a augmenté de 30% au cours des 10 dernières années et l'écart entre filles et garçons s'est réduit de 14 à 5 points, ce qui constitue une avancée remarquable. Toutefois, le taux d'analphabétisme reste très élevé (43% au niveau national et plus profond (60.5%) en milieu rural). Chez les jeunes filles de 15 à 24 ans ce taux atteint 39,5% dont près de 64% résident en zones rurales. Ceci affecte négativement le taux de scolarisation des enfants issues de milieux défavorisés, périurbains et ruraux⁴⁵.

Parmi les déterminants sociaux qui impactent négativement le droit à la santé figure la pauvreté. Selon la Carte de la Pauvreté, le taux de pauvreté relative, entre 2001 et 2007, est passé de 15,3% à 8,9% au niveau national, de 7,6% à 4,8% en milieu urbain, et de 25,1% à 14,4% en milieu rural. Le taux de vulnérabilité a également été réduit, durant la même période, de 22,8% à 17,5% au niveau national, de 16,6% à 12,7% en milieu urbain, et de 30,5% à 23,6% en milieu rural⁴⁶. La réduction de la pauvreté à ce rythme a permis de réaliser en 2007, à 8 ans de l'horizon 2015 des OMD, les cibles 1 et 2 de l'Objectif 1 des OMD « Eliminer l'extrême pauvreté et la faim »⁴⁷.

En fait, déjà, en 2007, le pays a atteint les valeurs cibles de l'Objectif 1 des OMD. De 1985 à 2007, la pauvreté à 1 US \$ PPA /jour/personne a été pratiquement éradiquée (0,6% en 2007), la pauvreté alimentaire réduite de 5,1 fois (0,9% en 2007), la pauvreté absolue de 3,4 fois (3,9% en 2007) et la pauvreté relative de plus de 2 fois (8,9% en 2007)⁴⁸. L'amélioration globale du niveau de vie a réduit la pauvreté et la vulnérabilité entre 2001 et 2007⁴⁹.

En dépit de cette baisse, l'incidence de la pauvreté économique est plus forte chez l'enfant que chez l'adulte, notamment en milieux rural et périurbain. Selon le HCP, la proportion des enfants pauvres était de 17 % contre 13 % pour les adultes en 1991. En effet, si en milieu urbain la valeur économique de l'enfant est en net recul au profit de l'accomplissement de soi à travers la réussite des enfants, l'enfant en milieu rural est encore perçu en tant que valeur « rentable » et « utilitaire ». Le manque de ressources affecte négativement le développement des enfants, leur santé, leur éducation et leur bien-être, ainsi que la protection des plus dépendants parmi les membres de la famille⁵⁰. Il réduit leur chance de survivre au-delà des cinq premières années, et les rend particulièrement vulnérables à la pauvreté⁵¹.

Ainsi, les progrès accomplis par le Maroc sont certes très importants mais demeurent fortement conditionnés par le niveau socioéconomique et le milieu de résidence⁵².

Il est par ailleurs, important de rappeler que le rôle central du programme 4 de l'INDH dans sa 3ème phase, visant à réduire les disparités sociales et à redonner espoir à la population cible issue de zones

⁴⁵ Unicef, « Analyse de la situation des enfants et des femmes au Maroc », Programme de coopération Maroc/UNICEF 2007-2011.

⁴⁶ Haut-Commissariat au Plan, carte de pauvreté 2007, mai 2010.

⁴⁷ Unicef, « Analyse de la situation des enfants et des femmes au Maroc », Programme de coopération Maroc/UNICEF 2007-2011.

⁴⁸ Unicef, « Analyse de la situation des enfants et des femmes au Maroc », Programme de coopération Maroc/UNICEF 2007-2011.

⁴⁹ UNICEF-Banque mondiale « Comprendre le travail des enfants », 2004.

⁵⁰ Hynd Ayoubi Idrissi, « Etude sur la violence sexuelle à l'encontre des enfants au Maroc », AMANE-UNICEF, Juillet 2014.

⁵¹ Conseil National des Droits de l'Homme « Création du Conseil Consultatif de la Famille et de l'Enfance », Série contribution au débat public N°1. 2013. P.8.

⁵² Rapport annuel 2013 - Plan cadre des Nations Unies pour l'appui au développement et Plan d'action commun 2012-2016.

défavorisées dans les milieux rural et urbain. Ce programme a mis en relief des interventions ciblées impactant les indicateurs de survie et l'investissement dans le capital humain, à travers le renforcement du système de santé maternelle et infantile, l'amélioration de la nutrition des enfants, l'appui au développement de l'enfant aux niveaux intellectuel et social, la lutte contre la déperdition scolaire, l'encouragement de l'excellence scolaire, l'accompagnement des élèves en période d'orientation et la promotion de l'épanouissement des enfants et des jeunes.

A noter que parler de l'état de santé de l'enfant et de l'adolescent, nous ramène à évoquer la place de l'intersectorialité. Elle constitue un mode de prise en compte des différentes facettes de la santé d'une manière générale et de l'enfant en particulier. Elle permet aussi de construire des alliances de secteurs et de communautés afin d'assurer une conjugaison des efforts et d'atteindre une complémentarité dans les actions et les cibles.

Des exemples de collaboration entre les acteurs avec des expériences réussies existent bien. C'est le cas du Partenariat intersectoriel en santé scolaire et universitaire et en promotion de la santé des jeunes et l'alliance nationale pour la fortification et la nutrition.

Il est à souligner que d'autres interventions sur la performance du système local de soins, et sans lesquelles les résultats resteraient en deçà des attentes, sont à soutenir et qui viseraient les causes « indirectes »⁵³ de la morbidité et la mortalité à savoir les difficultés d'accès aux soins et services de santé (à cause du coût, de la distance et de l'absence de moyen de transport)⁵⁴, l'insuffisance de l'utilisation des prestations de soins et services⁵⁵, particulièrement la sous-utilisation des services de santé liée au statut des femmes dans la société^{56,57}, etc.

Dans ce contexte, et pour donner échos aux Hautes Directives Royales en matière de développement humain, le Ministère de la Santé a adopté la Politique Nationale Intégrée de Santé de l'Enfant (PNISE) qui repose sur 4 grandes orientations, lesquelles visent à guider et à prioriser, pour les prochaines années, les actions de l'ensemble du secteur de la santé dans sa pluralité ainsi que de tous les autres secteurs intervenant sur les déterminants sociaux de la santé de l'enfant. Ces orientations constituent aussi des leviers politiques traduisant l'engagement du gouvernement, des acteurs et de tous les partenaires intervenant dans la santé de l'enfant :

- La mise en place et l'institutionnalisation par le gouvernement d'un cadre global intersectoriel. Il s'agit là d'un élément structurant, car son principe fondamental repose sur une conception intégrée de la santé de l'enfant dans toutes les politiques, et traduit l'engagement de tous les acteurs et de tous les partenaires intervenant dans la santé de l'enfant.

⁵³Le terme « indirecte » est emprunté à Thaddeus et Maine (1994) et reflètent des catégorisations biomédicales. Les causes « indirectes », liées aux contextes, sont différenciées des causes « directes » qui sont liées aux pathologies.

⁵⁴Ministère de la Santé : « Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale », Direction de la Planification et des Ressources Financières, 2018.

⁵⁵Ministère de la Santé : « Stratégie sectorielle 2012 – 2016 », Ministère de la Santé, 2012.

⁵⁶Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE), « Les soins de santé de base : Vers un accès équitable et généralisé » - Rapport, Saisine n° 4 / 2013, CESE, 2013.

⁵⁷Le Conseil Economique, Social et Environnemental dans sa saisine n° 4 / 2013 a explicité la sous-utilisation des services de santé liée au statut des femmes dans la société comme suit : « Les contraintes socio-culturelles à l'accès aux soins, particulièrement présentes en milieu rural, sont liées à l'analphabétisme, à certaines pratiques traditionnelles, et au statut de la femme. Ainsi, par exemple, des hommes refusent que leur épouse soit soignée par un médecin (ou infirmier) homme. La population vivant en milieu rural est davantage concernée par l'analphabétisme. Or, il existe un lien fort entre analphabétisme et santé comme le montre l'influence du niveau d'instruction sur la mortalité infanto-juvénile et maternelle ».

- Un financement équitable et durable, y inclus la généralisation de la couverture maladie, permettrait de garantir une équité d'accès et la pérennisation des interventions relevant de l'ensemble des secteurs concernés.
- Programmation multi et intersectorielle.
- Mise en place d'un cadre programmatique multisectoriel

Pour pallier aux inégalités sociales et territoriales de santé, il serait donc nécessaire d'adopter une approche holistique, ne se limitant pas au champ du médical mais intégrant des déterminants sociaux de la santé. Concrètement, il s'agit donc d'agir simultanément sur les éléments fondamentaux du droit à la santé (la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des installations, des biens et des services en matière de santé) et dont la garantie est assurée par la collaboration intersectorielle⁵⁸. En 2019, et lors de ses premières assises, l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) accorde, dans sa phase III, une importance capitale au développement de la petite enfance qu'elle considère comme « *une fenêtre d'opportunités pour développer le capital humain* ».

Afin de mettre en œuvre la PNISE, la Direction de la Population prévoit sa déclinaison en un Plan Stratégique National Multisectoriel de Santé de l'Enfant pour la période 2021-2025.

Ce Plan Stratégique National Multisectoriel de Santé de l'Enfant qui s'adresse à l'enfant de 0 à 18 ans révolus se veut cohérent avec les orientations de la PNISE et ainsi fédérer tous les programmes et stratégies de santé de l'enfant, tout en mettant le focus sur la petite enfance et l'adolescence. Il s'agit de recomposer les différents domaines de la discipline pédiatrique et de réinvestir la santé publique et ***d'être à la fois la médecine interne et celle des pathologies complexes tout au long du développement de l'enfant***. Le moment est venu de repenser les interventions conduites en faveur de l'enfant à travers l'instauration de la culture d'une approche globale et intégrée au risque de voir l'enfant demeurer orphelin d'une vision globale de l'organisation de sa politique de Santé.

Les professionnels de santé doivent pouvoir s'investir dans une prise en charge globale portant sur la prévention, les dépistages, les soins, l'environnement socio-familial et, en fonction de leurs compétences, travailler en lien et en complémentarité avec les acteurs désignés par leurs savoirs spécifiques. Il ne suffit pas d'écrire dans un programme ou un plan ce qu'on devrait faire, mais il importe aussi de préciser quel(s) groupe(s) d'acteurs doit (doivent) faire quoi (organisation et coordination). Le développement d'une vision transversale en faveur de l'enfant/adolescent exige une implication complémentaire des professionnels de sa santé dans les groupes de travail réunis en amont des décisions aussi bien au niveau national qu'au niveau territorial.

Ce plan constituera une feuille de route pour l'ensemble des intervenants au niveau stratégique afin de :

- Accorder la priorité par les plus hautes instances du pays à la mise en œuvre d'interventions efficaces, fondées sur des preuves, pour prévenir la morbidité et la mortalité de l'enfant depuis la conception jusqu'à à l'âge de 18 ans révolus pour que chaque enfant puisse atteindre le développement social optimum et garantir un financement soutenu, suffisant et équitable ;
- Intégrer la santé de l'enfant dans toutes les politiques selon une approche globale de telle façon que la santé de l'enfant sera prise en considération dans les différents plans sectoriels et dans

⁵⁸INDH., « Premières Assises Nationales du Développement Humain », Skhirat, 19 septembre 2019.

ses différentes dimensions physique, psychosociale, pour une meilleure convergence des efforts et accélérer l'atteinte des objectifs d'ici 2030 ;

- c) Promouvoir le dialogue et la coordination entre les départements ministériels, autres institutions universitaires, ainsi qu'entre les secteurs public et privé et la société civile, en vue de parvenir à un consensus national pour la mise en œuvre de services intégrés de santé de l'enfant et de l'adolescent basés sur les approches de déterminants sociaux et de parcours de vie ;
- d) Promouvoir la régionalisation à travers l'élaboration de plans régionaux de santé de l'enfant de 0 à 18 ans révolus en veillant à l'accompagnement des équipes régionales, provinciales et locales, de même que le renforcement des compétences des gestionnaires régionaux et locaux pour la planification et la gestion efficace des ressources y compris humaines ainsi que les établissements de santé de référence et de premier niveau pour offrir des services de soins de qualité en faveur de l'enfant et assurer l'accès universel aux services ;
- e) Renforcer les systèmes et services de santé pour soutenir la mise en œuvre des soins de qualité compatibles avec leurs obligations vis-à-vis de la législation en vigueur et ses textes d'application ainsi que de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant et de mise en œuvre des processus de formation innovants, y compris l'enseignement à distance et autres modèles novateurs ;
- f) Promouvoir la collecte, le partage et l'utilisation de données sur les soins de santé infantile intégrés, ventilées par âge, sexe et territoires ;
- g) Développer la recherche dans le domaine de la santé de l'enfant pour mieux cerner les problèmes prioritaires et les problèmes émergents en partenariat avec les instances scientifiques ;
- h) Mettre en place un système intégré de contrôle, de suivi et d'évaluation qui permettra de déterminer la qualité des soins et l'impact des services de santé infantiles intégrés ;

A cet effet, le Ministère de la Santé, avec l'appui de l'UNICEF, lance un appel à candidature pour le recrutement d'une expertise nationale.

2. Objectif général de la consultation :

Elaboration du Plan Stratégique National multisectoriel de santé de l'enfant de 0 à 18 ans révolus pour la période 2021-2025 en déclinaison de la PNISE selon une approche de droit en adoptant une démarche participative.

3. Objectifs spécifiques de la consultation :

- Elaborer un cadre de gouvernance national en faveur de la santé de l'enfant.
- Définir les mécanismes de coordination et de collaboration entre les différentes parties prenantes.
- Elaborer un plan de suivi-évaluation du Plan Stratégique National multisectoriel de santé de l'enfant.
- Déterminer le budget nécessaire pour sa mise en œuvre.

4. Méthodologie :

Une note méthodologique de la consultation suscitée sera élaborée et présentée par le ou les consultants et sera validée par un comité désigné à cet effet.

L'élaboration de ce plan aura pour référentiels en plus du document de la PNISE au moins les documents ci-après :

- Convention des Droits de l'Enfant (CDE) ;
- Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)
- Hautes Directives Royales ;
- Constitution 2011 ;
- Plan gouvernemental 2016-2021 ;
- INDH 3ème phase (2019-2023) ;
- Politique Publique Intégrée de Protection de l'Enfance au Maroc ;
- Recommandations de la 16ème édition du congrès national des droits de l'enfant : le Pacte National de l'Enfant.
- Le plan d'action mondial chaque nouveau-né (OMS, 2013)
- Le Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée (OMS-UNICEF, 2013), pour mettre fin aux décès évitables d'enfants par pneumonie et diarrhée d'ici 2025 ;
- Le Plan Santé 2025 ;
- Les enquêtes, les études et les statistiques nationales publiées par le Ministère de la Santé, l'ONDH, l'ONDE et par les universités.
- Les publications de l'OMS relatives au sujet.
- Les publications scientifiques sur les interventions de santé publique à efficacité evidence-based relatives au sujet.
- Les documents de cadrage des programmes de santé relatifs à la santé de l'enfant.

5. Principales activités :

1. Mettre à jour le document d'analyse de situation de la santé de l'enfant en se référant aux orientations et engagements du gouvernement du Maroc.
2. Décliner le document de la Politique Nationale Intégrée de Santé de l'Enfant en Plan Stratégique National multisectoriel de santé de l'enfant pour la période 2021-2025 en définissant :
 - Les résultats attendus (à court et à moyen terme),
 - Les actions et les activités prioritaires,
 - Les indicateurs de suivi objectivement vérifiables,
 - La structure responsable et l'échéancier de mise en œuvre.
3. Animer toutes les réunions ainsi que les ateliers de réflexion, de consensus et de validation nécessaires.
4. Finaliser et valider le document du Plan Stratégique National Multisectoriel de Santé de l'Enfant de 0 à 18 ans révolus pour la période 2021-2025.
5. Elaborer les autres livrables.

6. Livrables :

1. Une note méthodologique détaillée comprenant le planning d'exécution et le calendrier prévisionnel des livrables.
2. Revue sur l'analyse de la situation de l'enfant actualisée.

3. Le Plan Stratégique National Multisectoriel de Santé de l'Enfant de à 18 ans révolus pour la période 2021-2025
4. Le plan de suivi-évaluation avec indicateurs de monitoring.
5. Le plan de financement.
6. La charte de l'enfant.
7. Le rapport de déroulement de la mission et pour chacune des activités organisées.
8. Langue des rapports : français et arabe.

Les livrables sont à remettre, en langues arabe et française, sur support électronique et sur papier en 05 exemplaires dans les délais prévus.

7. Durée de la consultation :

La durée totale de la consultation est de 30 jours/Homme commençant à partir de la date de signature du contrat. Cette durée concerne le nombre total de jours de travail du ou de tous les intervenants.

8. Profil du consultant (es) :

Deux experts (en santé publique et pédiatrie / néonatalogie) avec une expérience confirmée dans le travail collaboratif avec le Ministère de la Santé en matière de planification dans des projets en rapport avec la santé néonatale et infantile. Les deux experts doivent justifier d'une capacité de recherche et d'analyse documentaire (publications, ouvrages ou similaires) et ayant :

- Une expertise confirmée en santé publique et pédiatrie ;
- Une expertise en élaboration en documents de stratégie et politique ;
- L'autorisation d'exercice au Maroc ;
- Une bonne connaissance du système de santé national ;
- Une bonne une connaissance des programmes de santé de l'enfant.

Le chef d'équipe sera désigné par attestation (mandataire) par les membres du groupe, laquelle sera intégrée dans la proposition de projet faite par l'équipe.

9. La supervision de la consultation :

La consultation sera supervisée directement par la Division de la Santé Maternelle et Infantile/Direction de la Population et le Bureau de l'UNICEF-Rabat.

Les livrables doivent être validés dans un atelier de restitution auquel assisteront les parties prenantes et tout autre intervenant ou structure dont la présence est jugée utile par la Direction de la Population.

10. Dossier de l'offre :

- Note méthodologique décrivant de manière synthétique la démarche qui sera suivie pour répondre aux termes de référence de la consultation ;
- CV détaillé du consultant principal et de son équipe mettant en exergue les expériences antérieures dans le domaine ;
- Calendrier d'exécution ;
- Proposition budgétaire.

Les frais relatifs à l'organisation des ateliers et réunions seront pris en charge à part et ne sont pas inclus dans le budget destiné à couvrir les honoraires des experts.

11. L'évaluation des offres :

L'évaluation des offres se déroulera en deux étapes :

- L'évaluation de l'offre technique.
- L'ouverture et la comparaison des propositions financières.

Les offres seront jugées sur les critères suivants :

1. La valeur technique de l'offre (note sur 100, pondération 60%).
2. L'offre financière (note sur 100, pondération 40%).

Il est demandé aux candidats que leurs offres comprennent les éléments nécessaires et suffisants à leur appréciation.

Les candidats retenus recevront un courrier par télécopie, au numéro indiqué dans le CV, l'invitant à se présenter à engager les procédures de consultation.

Les candidats évincés peuvent demander par écrit de s'informer sur les raisons pour lesquelles leurs offres ont été écartées de même que sur les caractéristiques de l'offre retenue ainsi que le nom du candidat retenu.

a. Analyse technique comparative des offres

Une note technique T sur 100 sera attribuée à chacune des offres selon le barème suivant :

Critères	Note
Profil, formation et diplômes	20
Expériences en lien avec la consultation	30
Pertinence de la note méthodologique	50
Total	100

Important : Seront systématiquement éliminées de cette phase toutes les offres ayant obtenu :

- Une note technique inférieure à la note technique minimale de 70 points qui représente 70% de la note maximale des offres techniques (100 points).
- Les offres techniques seront évaluées sur la base de leur degré de réponse aux termes de références.

b. Analyse financière comparative des offres

A l'issue de la phase précédente, chaque offre financière sera dotée d'une note (F) sur 100 : la note 100 sera attribuée à l'offre valable techniquement et la moins disant. Pour les autres offres, la note sera calculée au moyen de la formule suivante :

$F=100 \times \frac{P}{\text{min}/P}$ (P : Prix de l'offre et Prix min : Prix de l'offre valable techniquement et la moins disant).

c. Analyse technico-financière

Les notes techniques (T) et financières (F) obtenues pour chaque candidat seront pondérées respectivement par les coefficients suivants :

60% pour l'offre technique.

40% pour l'offre financière.

$$N = 0,6 * T + 0,4 * F$$

Les candidatures seront classées en fonction du total pondéré « N ».

12. Le dépôt du dossier de candidature :

Les candidatures seront déposées sous pli fermé à **la Division de la Santé Maternelle et Infantile**, au niveau de la Direction de la Population, au plus tard le lundi 09 juillet 2020 à 16 heures, date et heure limites de réception des offres, sous pli fermé, portant de façon apparente l'identité du candidat avec la mention obligatoire « **Consultation relative à l'élaboration du Plan Stratégique National Multisectoriel de Santé de l'Enfant de 0 à 18 ans pour la période 2021-2025** » à l'adresse suivante :

**Direction de la Population/Ministère de la Santé
Division de la Santé Maternelle et Infantile
Service de Protection de la Santé Infantile**

Km 4,5, Route de Casablanca, Rabat

Les jours et horaires de réception sont du lundi au vendredi inclus dans les horaires ouvrables de l'UNICEF et jusqu'à expiration du délai, à l'exception des jours fériés. Les dossiers qui parviendraient après la date et heure limites fixées ci-dessus ne seront pas pris en compte. Les candidats doivent assumer les risques inhérents au délai d'acheminement par un tiers porteur. Les candidatures doivent comporter obligatoirement :

- Une déclaration sur l'honneur, en un exemplaire unique original, qui doit indiquer les noms, prénoms, qualité et domicile du candidat. Pour la personne physique agissant pour son propre compte, les pièces relatives à la société ne sont pas exigées. Cette déclaration sur l'honneur doit contenir également les indications suivantes : l'engagement de ne pas « sous-traiter » l'activité objet de ces termes de références et la certification de l'exactitude des renseignements fournis dans le dossier de candidature.
- Un dossier justifiant les capacités techniques.
- Un dossier de l'offre financière.

Le Ministère de la Santé et le Bureau de l'UNICEF se réservent le droit de vérifier la véracité des déclarations du titulaire et lui demander de produire les justificatifs confirmant ses déclarations.