

Une figure de l'exclusion : le handicap

<i>Synthèse du document</i>	153
<i>Éléments introductifs</i>	155
I. Éléments de la problématique	156
1. Le handicap est une exclusion spécifique	156
2. Approche du handicap au Maroc	156
3. L'absence d'information et de sensibilisation de la population	157
4. Absence de données permettant une juste évaluation et un travail comparatif.....	157
5. La pauvreté, analphabétisme, genre et handicap.....	157
6. Place du handicap dans le discours et les pratiques sociales.....	158
7. Pauvreté des infrastructures et pénurie en ressources humaines.....	158
8. L'absence de couverture sociale	158
II. Histoire du handicap au Maroc	158
III. Le concept de handicap et maladie-Classification	161
1. Le concept de handicap.....	161
2. Classification des handicaps	161
2.1. La classification internationale des handicaps (CIH1)	161
2.2. La CIF: classification internationale des fonctionnalités.....	162
2.3. Conclusion	162
IV. Étude Analytique des mécanismes de production du handicap	163
V. État actuel des lieux	164
1. Épidémiologie du handicap au Maroc	165
1.1. Les handicaps moteurs.....	165
1.2. Les handicaps visuels	165
1.3. Les handicaps auditifs	166
1.4. Le handicap mental	166
2. Les différents intervenants	168

3. Les dispositions législatives et réglementaires	174
4. Les ressources humaines	174
5. Les structures d'accueil	178
VI. Propositions relatives à la gestion du handicap au Maroc	181
1. Données générales	181
2. Évaluation des politiques sociales en matière de handicap	183
3. Approches proposées	184
4. La gestion institutionnelle	185
<i>Conclusion</i>	186

LATIFA SERGHINI

« La société se compose de modes d'être différents, et la vie se conjugue au pluriel... »

Julia Kristéva¹

Synthèse du document

Les personnes en situation de handicap au Maroc souffrent d'une double exclusion : celle liée à une altération définitive de l'identité sociale, et celle liée à la pauvreté. La représentation psycho-sociale des personnes handicapées, détermine en grande partie la marginalisation de cette population. Par ailleurs le handicap au Maroc reste mal connu, et nous disposons de peu de données fiables.

La réflexion sur la gestion du handicap au Maroc est récente. Elle a bénéficié d'une attention particulière depuis les dix dernières années, notamment par la création du Haut Commissariat chargé des Handicapés en 1994 et l'impulsion que cette création a donnée au mouvement associatif œuvrant dans le domaine du handicap. Depuis, ce département a été érigé en Secrétariat d'État, portant des dénominations différentes, où la place du handicap a aussi évolué, non sans une certaine confusion.

En effet, l'absence d'une analyse du processus de création du handicap et donc des différents niveaux d'intervention, explique aussi bien la confusion que les performances modestes : il est difficile de mettre en place une politique d'intégration des personnes handicapées, donc une politique sociale, sans l'élaboration d'une politique de santé, assurant la prise en soin de cette population sur le plan du diagnostic, des traitements, et surtout de la réadaptation. Cette dernière, ne peut être réalisée que par le département de la Santé, seul compétent dans le domaine.

Quand au travail sur l'intégration des personnes handicapées, il nécessite une sensibilisation des décideurs qui ne peut être assurée que par une information de qualité, afin que la coordination des départements impliqués puisse être efficace.

Par ailleurs, les « fluctuations institutionnelles », la modicité des budgets des ministères sociaux et l'absence de ressources humaines à tous les niveaux (cadres et professionnels) ainsi que la médiatisation sans réserve dont ont fait l'objet les personnes handicapées contribuent à confiner les personnes handicapées dans l'exclusion.

Aborder la gestion institutionnelle du handicap est une priorité. Par ailleurs, une fois ce cadre défini, l'urgence est l'élaboration d'un plan de formation des ressources humaines spécifiques au domaine du handicap, et la mise en œuvre de structures d'accueil de proximité dans le cadre d'une politique de sectorisation progressive, en évitant les grandes unités « prestigieuses » que nous ne sommes pas en mesure de gérer. Il s'agit d'aller vers les personnes handicapées et non le contraire. L'approche communautaire (réadaptation à base communautaire) intégrée dans une vision globale de politique sociale (orientée vers la régionalisation) pourrait être une voie à privilégier lorsque les préalables institutionnels seront établis.

1. « Lettre au Président de la République sur les citoyens en situation de handicap, à l'usage de ceux qui le sont et de ceux qui ne le sont pas » par Julia Kristeva, 2003.

Éléments introductifs : représentation psychosociale du handicap

Le handicap est la figure d'exclusion la plus éloquente. Exclusion en soi, du fait de l'altération de l'identité que le handicap engendre, elle est doublée volontiers de pauvreté, jusqu'à en être synonyme dans nos pays.

Pour la plupart des personnes, la représentation du handicap est centrée sur le handicap physique et l'image du fauteuil roulant, de lésions visibles, véhiculant la dysharmonie et parfois même la peur. D'une façon générale, les personnes porteuses d'un handicap sont décrites comme physiquement et/ou intellectuellement mineures.

La terminologie utilisée au fil des décennies reflète à la fois l'exclusion ainsi que la méconnaissance des handicaps, mais témoigne aussi d'une évolution : successivement il a été question d'aliénés, de fous, de débilés, d'infirmités et d'invalides, puis d'handicapés et de personnes handicapées, de personnes ayant une déficience ou en situation de handicap, de personnes à mobilité réduite (pour le handicap moteur) enfin, de personnes à besoins spécifiques. Le terme handicap, utilisé de façon très générale ne doit pas faire oublier qu'il s'agit de plusieurs individualités différentes, avec un vécu et des conditions personnelles particulières : il ne s'agit pas d'un groupe homogène.

Au Maroc, un seul terme est utilisé pour parler du handicap sans en spécifier le type. Le terme « mouaâk » indique le plus souvent une personne en dehors de toute « normalité » avec une connotation péjorative. L'image est donc négative. Le handicap est vécu comme une fatalité ou une malédiction. Dans le meilleur des cas, le problème est abordé sous son aspect charitable ou humanitaire.

Ce champs d'étude sur les représentations psychosociales du handicap est malheureusement désaffecté au Maroc malgré l'importance qu'il revêt dans toute réflexion en matière de handicap, ce qui ne nous interdit pas de nous intéresser aux nombreux travaux réalisés sur l'identité, les représentations sociales et le handicap dans d'autres pays.

En Europe¹ deux représentations majoritaires ont prédominé dans la psychologie populaire (études réalisées au début des années 80) :

- celle de la « personne inadaptée », sans possibilité de réussite sociale ;
- celle de la personne équilibrée, socialement insérée, image de la personne dite « valide » ;
- puis celle véhiculée par des professionnels de la réadaptation (médecins, kinésithérapeutes, ergothérapeutes) : qui « cataloguent » les personnes handicapées en deux groupes : celui des personnes qui ont surmonté leur handicap, et ceux qui n'y sont pas arrivés, bien entendu par le biais de la réadaptation.

En effet, la période d'après – guerre a effectivement fait évoluer le handicap du statut d'assistance à celui de la réadaptation. Plus tard, les préoccupations de bien-être et de qualité de vie commencent à intégrer les facteurs environnementaux, on parle dès lors de l'accessibilité, et de la place de l'individu handicapé dans la société.

Les personnes handicapées sont donc inscrites dans un processus de stigmatisation : celle-ci est perçue

1. Isabelle Ville, psychologue, INSERM, « Déficiences motrices et situations de handicap », ed.APF-2002.

sous l'angle de la déficience avec un ensemble de caractéristiques culturellement associées à cette déficience engendrant une **altération durable de l'identité sociale**.

L'approche psychosociale permet donc de questionner les perceptions et les pratiques sociales : jusque là, la question était centrée sur l'individu perçu sous l'angle de l'incapacité et de la dépendance sans que l'environnement ne soit questionné. Aujourd'hui, l'exclusion de la personne handicapée n'est plus abordée en terme d'individu uniquement, mais d'environnement. Cette approche socio – historique du handicap en Europe qui a fait l'objet de nombreuses études n'a pas encore été entreprise au Maroc. Cependant, nous pouvons aisément constater qu'avec beaucoup de retard nous suivons un cheminement similaire et qu'en même temps nous sommes pris dans le discours actuel sur le handicap soutenu par les déclarations internationales et l'action des ONG sans pour autant avoir de réflexion sur cette question qui permettrait de l'aborder dans le cadre des politiques sociales.

En effet, le handicap a été une préoccupation des associations, dans un but le plus souvent caritatif, avant de susciter l'intérêt des pouvoirs publics. C'est ainsi qu'au Maroc la gestion du handicap a fait l'objet d'institutionnalisations successives, qui ont eu le mérite de donner à cette problématique une certaine reconnaissance. L'absence de vision rigoureuse du problème expliquerait peut-être ces « hésitations institutionnelles » qui soulignent davantage l'exclusion.

I. Éléments de la problématique

1. Le handicap est une exclusion spécifique

Le handicap comporte une dimension subjective particulière qui est d'ordre psychologique et culturelle du fait du rapport « organique » à l'identité et l'altérité : l'inégalité des chances est congénitale ou acquise, le handicap est en soi une exclusion qui implique non seulement une approche médicale mais aussi une approche psychosociale du fait de la stigmatisation dont font l'objet les personnes en situation de handicap, d'où l'importance du travail sur les représentations psychosociales de la personne handicapée.

2. Approche du handicap au Maroc

Au Maroc le handicap fait l'objet, dans le discours, d'une approche mettant l'accent uniquement sur les concepts d'incapacité et de déficience sans pour autant que l'aspect médical de la question ne soit pris en compte, comme s'il était question de situations irréversibles liées au destin et qui ne profiteraient, dans le meilleur des cas que d'actions charitables.

Par ailleurs le handicap n'est pas considéré comme résultant de l'environnement global, fait de barrières sociales, économiques, familiales. Cette approche dévalorise le concept d'intégration qui regroupe un certain nombre de paramètres interactifs qu'ils soient du registre médical, social, juridique ou psychologique.

3. L'absence d'information et de sensibilisation de la population

Celle-ci laisse persister ce regard négatif reposant sur l'incapacité et la dépendance, la personne handicapée étant vécue le plus souvent comme une charge familiale et sociale inapte et sans possibilité de productivité. Le discours des décideurs et des ONGs s'inscrit dans une optique caritative et cultive l'esprit d'assistance sans pour autant que l'État ne puisse jouer le rôle d'État Providence. Depuis la création de la Fondation Mohammed V pour la Solidarité et des changements institutionnels touchant au handicap, le handicap a bénéficié d'une médiatisation intense, rapide et sans réserve non dépourvue d'effets pervers (campagne sur la carte du handicapé, créant des attentes auxquelles il n'est pas possible de répondre).

4. Absence de données permettant une juste évaluation et un travail comparatif

Jusqu'à ce jour, l'absence de données qualitatives et quantitatives sur le handicap au Maroc, à rendu difficile la mise en œuvre d'une politique de gestion du handicap sur des bases cohérentes et fiables.

Nous pouvons rencontrer quelques données éparses collectées par les associations et certains professionnels qui demeurent parcellaires. Par ailleurs, il y a peu de travaux de recherche dans le domaine du handicap au Maroc.

Ce n'est qu'après la création en 1998 du Secrétariat d'État Chargé des Handicapés que s'est imposée la nécessité d'une enquête nationale sur le Handicap au Maroc : celle-ci a débuté en 2003, avec la collaboration de l'Union Européenne. La réalisation de cette enquête nationale qualitative et quantitative sur le handicap. Plusieurs axes d'investigation sont proposés : catégorisation des handicaps, la situation économique des personnes handicapées, aspects médicaux et psycho-sociaux, appareillage, insertion économique ainsi que le cadre juridique, la protection sociale et les activités des institutions.

5. La pauvreté, l'analphabétisme, le genre et handicap

La pauvreté et son corollaire l'analphabétisme interagissent avec le handicap. Les femmes, compte tenu de leur statut social, pâtissent davantage du handicap, notamment par le rejet dont elles font l'objet quant au mariage. Le constat est évident, sans pour autant que nous ne disposions de données précises.

- Les conditions économiquement défavorables corrélées à l'alphabétisation, l'éducation, l'accès aux soins de santé de base sont des facteurs favorisant ou aggravant les handicaps.
- Par ailleurs, le handicap est source de pauvreté en l'absence de possibilités d'intégration de cette population.

6. Place du handicap dans le discours et les pratiques sociales

Pendant longtemps, le handicap a été considéré comme secondaire, marginalisé dans la réflexion sur les problèmes de développement social comme en témoigne l'absence de cette problématique dans les documents officiels et le discours des responsables des départements concernés, ce qui explique l'absence d'une politique nationale de gestion de ce secteur coordonnant les départements gouvernementaux impliqués et la société civile avec toutes ses composantes.

« L'hébergement institutionnel » de cette question a subi des fluctuations préjudiciables à toute approche cohérente. En effet, la fin de la dernière décennie a été marquée par l'apparition au niveau de l'État de structures officielles en charge de cette population avec des appellations successives différentes, tantôt le handicap était l'attribution unique de la structure, tantôt associé à d'autres questions sociales.

Il faut dire que le handicap a longtemps été l'affaire d'ONG caritatives s'occupant de personnes handicapées et que l'intérêt actuel est lié à l'apparition au niveau de l'État de structures officielles en charge de cette population. Le cadre associatif est caractérisé par le grand nombre d'associations, d'efficacité inégale (500) qui jouent un rôle important dans ce domaine. De plus, on constate une pression médiatique autour du concept d'intégration et des problèmes d'accessibilité.

Tout ceci explique aussi la faiblesse des dispositions juridiques et réglementaires relatives au handicap.

7. Pauvreté des infrastructures et pénurie en ressources humaines

L'état actuel des lieux, difficile à établir en l'absence de données, permet de constater les éléments suivants :

- La pénurie en ressources humaines en mesure de s'occuper de ce secteur que ce soit en personnel médical, paramédical et éducatif spécialisé dans le domaine.
- La rareté des structures d'accueil et cadres spécialisés assurant la prise en charge et la réhabilitation fonctionnelle des personnes porteuses d'un handicap, dans leur spécificité.
- La centralisation des services existants et des cadres spécialisés dans les grandes villes.

8. L'absence de couverture sociale

Cette population, exposée à la pauvreté est encore plus vulnérable en l'absence de dispositifs spécifiques de couverture sociale. Le coût de la santé est très élevé avec des besoins en prestations spécialisées, appareillage, rééducation etc. et pour des prises en charge de longue durée.

II. Histoire du handicap au Maroc

L'histoire du handicap à travers le monde a montré combien de résistances ont dû être vaincues pour insérer la personne handicapée dans un statut de personne avant de parler d'intégration pour l'accès à la citoyen-

neté. Cela a été pendant des décennies l'objectif des associations avant que les gouvernements ne s'intéressent aux droits des personnes handicapées. En effet, il a même été dit « que l'on entre en handicap comme on entre en religion ». Cette foi à laquelle il est fait référence est celle qui anime les personnes handicapées elles mêmes, leurs familles et les professionnels qui s'en occupent. Ce n'est que tardivement que le concept de handicap a intégré le discours relatif aux politiques sociales.

Avant l'indépendance du Maroc, l'intérêt porté par les autorités coloniales au handicap a été relatif, centré sur la protection de la population coloniale, comme pour l'ensemble des problèmes de santé et la prise en charge des « invalides » ou « infirmes » générés par la guerre.

Très longtemps, la question du handicap n'a pas été posée comme problème de société, mais comme une fatalité assumée au niveau de la famille par le recours à la médecine conventionnelle quand celle-ci était accessible, mais surtout par les thérapies traditionnelles. La personne handicapée était le plus souvent maintenue à domicile, pour des raisons de « pudeur » sociale, mais aussi du fait de l'absence de moyens de mobilité et d'accessibilité.

Les prémices d'un intérêt à la problématique de la protection sociale, dont le handicap, apparaissent en 1957 par la création de l'**Entraide Nationale, première expression de solidarité nationale**, qui a mis en place des institutions d'éducation et de formation des aveugles et des malvoyants en 1958 dans les villes de Rabat, Fès et Marrakech ainsi que la publication le 15 Novembre 1958 du **Code des libertés publiques** (Dahir n° 1-58-376 du 3 Joumada 1 – 1378) réglementant le cadre légal à la création d'associations, notamment dans le domaine du handicap.

C'est donc au début des années soixante que naissent les premières associations s'occupant de personnes handicapées. C'est à cette même période que le Ministère de la Santé Publique avec le soutien des organismes internationaux doit faire face en 1959 à l'intoxication collective due à l'ingestion d'huiles frelatées ayant fait 12000 victimes (2), et en 1961 au tremblement de terre d'Agadir. Ces deux catastrophes ont généré un nombre très important de personnes handicapées venues s'ajouter aux handicaps déjà existant liés à d'autres causes (essentiellement infectieuses). On assiste alors à la création au Ministère de la Santé, d'un « service chargé de la réhabilitation et de la gériatrie ».

Quelques structures de rééducation et d'appareillage voient le jour, mais ces mesures de prise en charge sont ponctuelles et ne s'insèrent pas dans une vision globale et à long terme au profit des personnes porteuses d'un handicap qui sont en situation de marginalisation.

L'année internationale des personnes handicapées en 1981 introduit le concept d'exclusion de la personne handicapée et insiste sur la nécessité de mettre en place toutes les mesures visant « la participation entière et l'égalité » afin d'assurer l'insertion sociale de cette population.

Au Maroc, les premières dispositions législatives et réglementaires datent de 1982, (6 mai 1982) : il s'agit de la loi 05/81 relative à la protection sociale des non voyants ;

Le deuxième texte de loi (loi n° 7/92) concerne la protection sociale des personnes handicapées.

Par ailleurs, le programme élargi de vaccinations adopté en 1981 est mis en place et donne d'excellentes performances en matière de prévention de la principale source de handicaps moteurs qu'est la poliomyélite, maladie aujourd'hui en situation d'éradication définitive.

Sur le plan institutionnel, les problèmes concernant les personnes handicapées étaient traités dans une Direction des affaires sociales dépendant du Ministère de l'Emploi et des Affaires Sociales.

Création du Haut Commissariat aux Handicapés

Créé par décision Royale de Feu SM le Roi Hassan II le 30 Mars 1994 et rattaché directement au Premier Ministre, il constitue un événement important dans l'histoire du handicap au Maroc. En effet, il est question de mettre en œuvre une politique visant la protection sociale des personnes handicapées par l'implication

transversale des différents acteurs et partenaires, pour assurer l'insertion et la protection sociale des personnes handicapées.

Les attributions du Haut Commissariat fixées par le décret n° 2.94.201 du mois de mai 1994 sont les suivantes.

- 1) d'assurer, en collaboration avec les ministères concernés, la protection et la réinsertion sociale des handicapés.
- 2) 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 toute nature en permettant la réalisation;
- 3) de conseiller et assister les différentes administrations et les collectivités locales en matière de protection sociale des handicapés;
- 4) 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 de la loi n° 05.81 relative à la protection sociale des aveugles et déficients visuels;
- 5) de représenter le gouvernement auprès des organisations et dans les conférences et réunions, régionales et internationales traitant des handicapés, en liaison avec le Ministère chargé des Affaires Étrangères et, le cas échéant, les autres départements ministériels concernés;
- 6) de délivrer la carte de handicapé et la carte spéciale pour aveugles prévues respectivement par les lois n° 07.92 et 05.81 précitées;
- 7) de conseiller et assister les organisations nationales ayant pour objet la protection des handicapés et donner son avis sur la reconnaissance d'utilité publique des associations poursuivant le même but

Création du Secrétariat d'État Chargé des Handicapés en 1998

Afin de souligner la volonté de promouvoir une politique de développement social, le gouvernement d'alternance mis en place le 14 Mars 1998, érige le Haut Commissariat en Secrétariat d'État chargé des Handicapés, sous la tutelle du Ministère du Développement social, de la Solidarité, de l'Emploi, et de la Formation Professionnelle. Il s'agit donc d'un département dont les attributions similaires à celles du Haut Commissariat exigeant un travail horizontal avec les différents départements ministériels. Afin d'en renforcer l'efficacité, le premier Ministre crée une Commission Interministérielle sur le Handicap qui s'est réunie deux fois.

Dès la création du Haut Commissariat aux Handicapés, on constate la multiplication des associations s'occupant de handicap dont le nombre va passer d'une soixantaine à plus de 230 en 1999 avec un dynamisme croissant. Aujourd'hui, ce nombre atteint 500 (janvier 2004). La présence d'une société civile œuvrant dans le domaine du handicap avec motivation est dorénavant un atout majeur pour la promotion des droits des personnes handicapées.

Lors du discours du trône du 30 juillet 1999, SM le Roi Mohammed VI annonce la création de la Fondation Mohammed V pour la Solidarité en définissant son rôle : « *la Fondation Mohammed V pour la Solidarité qui voue son action aux affaires des pauvres, des nécessiteux et des handicapés...* », plaçant ainsi les personnes handicapées au cœur du discours sur l'exclusion et la pauvreté.

III. Le concept de handicap : le champ du handicap et celui de la maladie – la classification des handicaps

1. Le concept de handicap

Le concept de handicap a beaucoup évolué du fait de l'intérêt croissant porté aux personnes handicapées, dans le cadre de la promotion des droits de l'homme à travers le monde. Différentes approches ont été formulées par les intéressés, les professionnels, en fonction de leur perception et des besoins spécifiques de cette population.

Au Maroc la loi n° 7/92 relative à la protection sociale des personnes handicapées publiée en 1993 définit la personne handicapée comme suit :

« Est considérée comme handicapée au sens de la présente loi toute 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 »

À titre comparatif au Québec elle est définie comme suit :

« toute personne limitée dans l'accomplissement d'activités normales et qui, de façon significative et persistante, est atteinte d'une déficience physique ou mentale ou qui utilise régulièrement une orthèse, une prothèse ou tout autre moyen pour pallier le handicap »

2. Classification des handicaps – CIH1 et CIF

2.1. La Classification Internationale des Handicaps (CIH1)

En 1980, l'OMS, dans le souci d'harmoniser la terminologie et de cerner de façon précise les besoins individuels et collectifs des personnes handicapées, a proposé une classification qui a apporté une importante clarification du concept de handicap (Classification de Wood :CIH1) comportant les éléments suivants articulés ainsi :

Maladie ou (trouble) → Déficience → Incapacité → Désavantage

1. **Trouble ou maladie** (ou accident).
2. **La déficience** : séquelles touchant des organes ou des fonctions (intelligence, mémoire, etc.).
3. **L'incapacité** : limitation rencontrée dans la réalisation des activités quotidiennes.
4. **Le désavantage social appelé handicap** : C'est l'effet de la déficience et de l'incapacité sur la vie réelle du sujet dans le groupe social auquel il appartient et décrit les éventuelles conséquences négatives en matière d'insertion sociale

Par ailleurs, il a été tenu compte des problèmes posés par le champs du handicap et celui de la maladie. Dans le handicap, les stigmates sont visibles, comme par exemple une personne ayant une poliomyélite et

marchant avec des béquilles, il n'y a plus d'intervention médicale possible et donc une altération durable de l'identité sociale. Le problème reste posé par les maladies chroniques qui posent le problème de la frontière avec le handicap.

Il est important de cerner les contours du champ du handicap dont les représentations et les pratiques ont été induites par les notions développées de réadaptation et d'accessibilité.

2.2. La CIF : classification internationale des fonctionnalités

L'importance des facteurs environnementaux dans le positionnement des personnes handicapées dans une culture des accessibilités ainsi que dans le mécanisme de production du handicap, et la frontière entre concept de maladie et celui de handicap ont motivé la révision de la classification Internationale des handicaps de 1980 (CIH1). Ainsi une deuxième classification a vu le jour : la classification internationale des fonctionnalités et incapacités (2001).

La révision de la première classification a donc été justifiée par le fait que le handicap n'est pas imputable à l'individu mais à la rencontre de l'individu et de son environnement qu'il soit physique, juridique, psychologique, ergonomique...Il faut intervenir sur le milieu et l'organisation des ressources pour limiter la discrimination sociale.

Cette classification s'appuie sur une terminologie moins négative que déficience-incapacité et désavantage : fonctionnement, activité, participation. Elle propose donc plus une classification des « composantes santé » que des « conséquences de la maladie » et aborde des éléments du « bien-être lié à la santé » (travail, éducation, environnement). De ce fait, la CIF ne concerne pas que les personnes handicapées, elle s'applique à tout état de santé lié à une pathologie quelconque.

Cette classification peut constituer une base scientifique pour comprendre et étudier les états de santé et leurs conséquences, établir un langage commun, permettre des comparaisons entre les pays et fournir un mécanisme d'encodage pour le système d'information sanitaire.

2.3. Conclusion

L'intérêt de la Classification Internationale des Fonctionnalités est d'intégrer les deux modèles reçus :

- le modèle médical : le handicap est un attribut de la personne et relève d'une politique de santé ;
- le modèle social : le handicap est créé par un problème de société, c'est une question d'intégration, il relève d'une politique sociale.

IV. Étude analytique des mécanismes de production du handicap

Présentation

Une réflexion analytique sur le mécanisme de production des handicaps à travers une modélisation est nécessaire afin de repérer quels sont les différents niveaux d'intervention dans la situation actuelle au Maroc. Pour faciliter cette analyse, nous partons du schéma classique issu de la première classification des handicaps de l'OMS aujourd'hui modifiée dans le sens d'une approche plus large, moins médicale, permettant de donner toute sa mesure au concept d'intégration des personnes en situation de handicap en traitant des fonctionnalités associées à des états de santé et qui constitue bien entendu la base de la réflexion pour une politique sociale.

L'étude quantitative et qualitative sur les handicaps au Maroc actuellement en cours nous permettra d'avoir un état des lieux fiable permettant une réflexion sur la mise en œuvre d'une stratégie cohérente de lutte contre le handicap.

Cependant, les éléments qui nous permettent de comprendre comment une personne devient handicapée, nous indiquent quel est le niveau d'intervention qui s'impose à nous comme une priorité dans le cadre du développement d'une politique sociale cohérente et réaliste, tenant compte de nos besoins, de nos possibilités et de nos potentialités.

Il y a, bien entendu plusieurs niveaux d'intervention qui vont s'articuler à celui ou ceux considérés comme prioritaires, comme indiqué dans le tableau ci-dessous.¹

AGIR	
SUR QUOI AGIR	COMMENT AGIR
1. Les causes	1. La prévention
2. Les déficiences	2. Le diagnostic et les traitements
3. Les incapacités	3. L'adaptation et la réadaptation
4. Les handicaps	4. La suppression des obstacles sociaux à l'intégration

L'exemple de la poliomyélite est très parlant : sans doute première cause de handicap moteur d'origine infectieuse, la pratique de la vaccination antipoliomyélitique et les campagnes nationales de vaccination pratiquées depuis 1981, permettent aujourd'hui de parler d'éradication de la poliomyélite : c'est là le **niveau de prévention**, visant à éliminer les causes du handicap.

Le corollaire de la politique de prévention est la mise en place préalable d'une **communication et d'une information** sur le handicap organisée et cohérente. Celle-ci se situerait en amont des quatre niveaux d'intervention représentés dans le tableau ci-dessus.

Aujourd'hui, notre société doit s'occuper des personnes ayant contracté la maladie et présentant **des défi-**

1. Présentation du rapport 1997-1998 de l'Office des Personnes Handicapées du Québec.

ciences par le diagnostic et le traitement, puis agir sur les incapacités par l'adaptation ou la réadaptation, et enfin, se pencher sur les ressources de l'environnement permettant l'intégration dans la vie sociale de la personne porteuse de ce handicap, et notamment accéder à une culture des accessibilités.

Cet exemple est valable pour les différents types de handicaps pour lesquels la même étude analytique s'impose pour déterminer le niveau et la qualité (les compétences) de l'intervenant.

Dans notre pays beaucoup de handicaps sont encore générés par des maladies infectieuses (trachome pour la cécité, otites et méningites, hérédité pour les surdités etc.) ainsi que par les accouchements à risques (Infirmités motrices cérébrales) nécessitant des mesures de prévention, de dépistage et de prise en charge précoce. Les accidents de la route, méritent dans notre pays une mention particulière par la morbidité dont ils sont la cause : la prévention est encore dans ce cas l'unique recours.

Nous avons accumulé un grand retard en matière de prise en charge des handicaps où nous sommes confrontés à une situation qui n'a pas été traitée progressivement. Certes l'approche du handicap dans le discours est médicale. Mais il semble nécessaire d'avoir **recours à une modélisation du handicap afin de bien déterminer les niveaux d'intervention et les priorités conditionnant les choix en matière de politique de santé, avant de penser politique sociale.** Par ailleurs, nous sommes aussi obligés de faire face aux besoins relatifs à la mise en accessibilité dans le but d'assurer l'intégration des personnes handicapées. Le concept d'accessibilité qui est de plus en plus médiatisé, ainsi que la revendication légitime des droits des personnes handicapées par le milieu associatif, font que l'on doit redoubler d'efforts, et commencer par une information et une communication valable sur le handicap.

À court, moyen et long terme, l'ensemble des mesures est à entreprendre en parallèle. Ce n'est qu'une fois en phase de réadaptation, que l'on peut penser à l'intégration de la personne porteuse d'un handicap (souvent constituant des étapes concomitantes).

Il va sans dire que l'intégration est un processus d'intervention horizontal dont la clef de voûte est la coordination intersectorielle en matière d'éducation, de formation professionnelle et d'emploi, de législation, d'accessibilités et des apports culturels et de loisirs des/pour les personnes en situation de handicap.

Le programme de réadaptation à base communautaire pourrait être le véhicule de proximité d'une politique sociale au profit des personnes handicapées.

De cette analyse, il se dégage deux niveaux d'intervention prioritaires :

- celui relatif à la prise en charge médicale et la réadaptation.
- celui qui concerne le processus d'intégration qui ne peut s'organiser en dehors du premier niveau et qui en est la suite logique.

V. État actuel des lieux

Il n'y a pas aujourd'hui de données épidémiologiques fiables sur le handicap au Maroc. Les enquêtes effectuées demeurent limitées et approximatives. La réalisation d'une enquête nationale qualitative et quantitative sur le handicap au Maroc est actuellement en cours de réalisation par le Secrétariat d'État Chargé de la Famille, de la Solidarité et de l'Action sociale.

La transition démographique, avec un allongement de la durée de vie, que vit le Maroc est doublée d'une transition épidémiologique caractérisée par l'existence simultanée des anciennes pathologies infectieuses,

celles liées à la grossesse et l'accouchement et aux pathologies chroniques, dont un nombre important sont liées au vieillissement (pathologies cardiovasculaires, métaboliques, insuffisance rénale, maladies rhumatismales, etc.).

1. Épidémiologie du handicap au Maroc

Il n'existe pas de données nationales sur le nombre de personnes handicapées, sur les types de handicaps, leur répartition, leur fréquence. Selon l'OMS, le nombre de handicapés dans un pays est estimé à 10 % de la population totale. Si l'on applique ce taux à la population marocaine qui est de 27 millions selon le recensement de 1994, on estime le nombre de PH à 2,7 millions.

1.1. Les handicaps moteurs

On distingue divers types de handicaps moteurs de gravité diverse, isolés ou associés à des perturbations psychopathologiques ou à une déficience mentale (polyhandicap), à savoir :

- Les handicaps congénitaux, néonataux et périnataux (myopathies, malformations, infirmité motrice cérébrale, encéphalopathies, etc.).
- Les handicaps acquis à la suite de maladies (poliomyélite, maladie de Parkinson, hémiplégié, rhumatismes, tuberculose osseuse...).
- Les handicaps acquis à la suite d'accidents : hémiplégié, paraplégie, tétraplégie, fractures, amputations, etc.).

Selon les experts nationaux consultés, le handicap moteur serait quantitativement le plus important. Les huiles frelatées et la poliomyélite ont été les causes traditionnelles de handicap moteur. Aujourd'hui, la poliomyélite disparaît mais les accidents de la voie publique et les infirmités motrices cérébrales se présentent actuellement comme les pathologies les plus fréquentes au Maroc et posent un problème de santé publique qu'il faudrait aborder de façon privilégiée.

L'infirmité motrice cérébrale est liée à un défaut d'oxygénation du cerveau, qui survient pour des raisons diverses pendant la grossesse, au moment de la naissance ou dans la période qui suit. Selon l'importance de l'atteinte cérébrale, on rencontre des déficiences motrices, sensorielles ou mentales. C'est dire l'importance de la prévention en matière de surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

Quant aux accidents de la route, qualifiés de « guerre des routes », ils représentent une cause de mortalité et de morbidité très importante dans notre pays.

1.2. Les handicaps visuels

L'OMS estime la prévalence mondiale de la cécité à 0,7 % et la malvoyance à 2,1 %. Cette pathologie est liée au niveau de développement des pays. Ainsi, 9 aveugles sur 10 vivent dans un pays en voie de développement. Elle est cinq fois plus élevée en Afrique qu'en Europe ou en Amérique du Nord.

Selon l'OMS, 58 % des cas de cécité mondiaux concernent les personnes âgées de plus de 60 ans.

Au Maroc, une étude rétrospective sur les causes de cécité (Lemrini et Coll 1999 Paris) portant sur 600 cas

de cécité a montré que les causes de cécité chez l'adulte se répartissent comme suit : glaucome 28,5 %, rétinopathie diabétique 27,4 %, cataracte 7 %, trachome, 4,1 % et autres causes. Selon cette étude, chez l'enfant, la rétinite pigmentaire vient en tête suivie de l'atrophie optique, de la cataracte congénitale et du glaucome congénital.

1.3. Les handicaps auditifs

Un protocole d'enquête sur la prévalence et les causes des déficiences auditives au Maroc a été élaboré par le Ministère de la Santé selon la méthodologie OMS, en concertation avec des experts nationaux. L'objectif est de déterminer la prévalence de la surdité au niveau national et les différentes causes de surdité au Maroc en vue de développer un programme national de lutte contre la surdité. Cependant, en l'absence de données, on peut utiliser des projections statistiques faites en fonction d'enquêtes et de publications occidentales en tenant compte des spécificités nationales.

On considère comme enfants atteints de troubles auditifs « tous ceux dont l'audition est insuffisante pour leur permettre d'apprendre leur propre langue, de participer aux activités sociales normales et de bénéficier des activités éducatives courantes sans une aide spéciale (OMS) : on compte 5 enfants environ sur 1000 qui ont une déficience auditive (statistique européenne) ce qui donnerait pour le Maroc 130 000 personnes déficientes auditives.

En ce qui concerne les surdités congénitales, on peut retenir le chiffre de 75 pour 100 000 habitants, donc 19500 surdités congénitales annuelles (sur la base des données démographiques du dernier recensement).

1.3.1. Les surdités acquises¹

Il est difficile d'estimer avec exactitude le nombre d'enfants souffrant au Maroc d'un déficit auditif important le plus souvent à la suite d'infections chroniques, curables, telles que l'otite moyenne chronique. Les autres causes infectieuses dont on ignore la prévalence sont essentiellement : la rougeole et autre types de fièvres prolongées ainsi que la méningites.

1.3.2. Les surdités congénitales

De la même façon, nous disposons de peu de renseignements sur les surdités profondes liées aux incompatibilités sanguines foeto-maternelles, aux infections contractées pendant la grossesse comme la rubéole, ou les surdités d'origine génétique.

1.4. Le handicap mental

En matière de connaissance de la problématique et de la prise en charge, le handicap mental est « le parent pauvre ». Les causes de cette pathologie n'ont rien de spécifique au Maroc, en dehors des « déficiences subculturelles » (selon le Pr. Misès), qui se présentent comme des déficiences mentales légères ou

1. Dr F. Bouayad, « l'enfant sourd – Bilan et prise en charge » – XIXème Congrès Médical National Rabat 08-11-2000,)

moyennes, liées à un défaut de stimulation des enfants issus de milieux démunis, sans aucune compensation du système scolaire (absence d'enseignement préscolaire dans les écoles publiques).

1.4.1. Handicap mental et maladie mentale

Le débat demeure au sujet de l'handicap mental et maladie mentale : du fait de l'évolution liée aux interventions sanitaires et sociales, le choix s'est fait souvent du côté du handicap ce qui n'exclut en rien l'abord thérapeutique. Il recouvre des entités diverses, dont le dénominateur commun est la déficience intellectuelle le plus souvent dénommée déficience mentale. De ce fait, les appellations « arriération mentale, débilité, aliénation mentale, stigmatisantes avec la notion d'irréversibilité et de permanence de cet état, ont été remplacées par le mot « déficience » qui signifie un autre concept se limitant à l'évaluation de la perte de moyens sans référence à leur cause ou à leurs conséquences sociales. Ceci implique une grande vigilance quand à la polarisation uniquement sur la partie intellectuelle en négligeant les fonctions qui participent à l'activité mentale telles que l'émotion, l'affectivité, la communication, la mémoire etc. Il faut donc savoir que le meilleur parti est à tirer des potentialités existantes et qui permet de rester ouvert à l'idée d'évolution.

1.4.2. Causes des déficiences mentales

Différentes approches s'opposent ou se complètent :

- approche organogénétique : ces affections seraient portées par les gènes ;
- approche psychogénétique : l'origine relèverait de l'évolution psychologique des personnes ;
- approche neurobiologique incriminant des altérations des fonctions biochimiques.

1.4.3. Les entités spécifiques

A. La trisomie 21

Appelée longtemps mongolisme du fait du morphotype des enfants, elle est liée à une aberration chromosomique et caractérisée par un retard et des limites au développement psychomoteur, avec des différences variables que ce soit du point de vue des capacités que du comportement.

Il est important de souligner que le dépistage et la stimulation précoce de ces enfants permet d'assurer une meilleure évolution sur le plan psychomoteur et cognitif, et donc de permettre de nouvelles possibilités d'insertion sociale.

B. L'autisme et psychose infantiles

D'origine encore inconnue, les psychoses infantiles, dont la forme la plus grave est l'autisme correspondent à un trouble profond du développement de la personnalité affectant essentiellement les capacités de communication de l'enfant ainsi que les capacités cognitives et s'accompagnant et de troubles du comportement qui leur valent l'appellation de « fous » et de grandes difficultés d'acceptation et d'intégration sociale.

Le dépistage ainsi que l'accompagnement précoce permettent d'envisager des pronostics parfois inattendus. Cependant, leur prise en soin nécessite le plus souvent des centres spécialisés encadrés par des équipes pluridisciplinaires spécialisées.

C. Autres déficiences mentales

Elles sont de degrés différents, on ne retrouve pas les troubles du comportement et de la communication rencontrés dans les psychoses mais nécessitent aussi un accompagnement éducatif dans des centres médico-psycho-pédagogiques spécifiques et/ou un accompagnement scolaire par des éducateurs spécialisés et d'autres professionnels du handicap (psychologues, psychomotriciens, orthophonistes). Il faut souligner l'importance du dépistage scolaire des enfants (« débilés subculturels », mentionnés plus haut) dont la prise en charge précoce donne d'excellents résultats. Les autres déficiences mentales, qui intègrent parfois d'autres entités syndromiques, nécessitent la disponibilité des mêmes équipes que pour les psychoses infantiles.

D. Les psychoses de l'adulte

La plus importante est la schizophrénie qui nécessite une réflexion sur les structures d'accueil et d'intégration des patients victimes de cette pathologie chronique le plus souvent très lourde pour le patient et sa famille.

2. Les différents intervenants

Il est important de faire « l'inventaire » des cadres institutionnels existants, leurs attributions, leur rôles, leurs synergies et/ou leurs interférences, afin d'intégrer ces éléments dans le cadre d'une réflexion sur l'élaboration des politiques sociales.

2.1. Le Ministère de la Santé¹

Théoriquement acteur essentiel dans la prise en soin des personnes handicapées, son action demeure timide et limitée. Un service chargé « de réhabilitation et de la gériatrie » domicilié à la Direction de la Population a été créé après l'intoxication aux huiles frelatées (1959) et assure depuis cette date la gestion des problèmes relatifs au handicap au sein du Ministère de la Santé avec pour mission « le développement des structures de rééducation et d'appareillage en moyens humains, matériels, locaux, de mobilité à l'échelon national ». L'absence du terme « handicap » dans l'appellation de cette structure centrale ainsi que l'absence de cadres spécialisés en nombre suffisant en son sein (deux fonctionnaires) explique l'intérêt porté à la question ainsi que l'efficacité limitée du Ministère de la Santé en matière de handicap.

La création d'un département en charge des personnes handicapées sans en avoir forcément les compétences a accru la confusion quand à la responsabilité de la prise en charge des personnes handicapées, qui paradoxalement, ont été « exclus » par cette création. Par ailleurs, Il est important de préciser les données relatives au financement du secteur santé ce qui permet de percevoir les limites de ses interventions¹ :

- La dépense globale de santé ne dépasse pas **4.5 % du PIB**.
- La moyenne annuelle des dépenses de santé par habitant ne dépasse pas 550 dirhams.

1. Source : Ministère de la santé, Direction de la population, Service de Réhabilitation et de Gériatrie – Mai 2004.

- Le budget du Ministère de la Santé ne dépasse pas **1,2 % du PIB**.
- Le budget du Ministère de la Santé ne représente que 5,31 % du budget de l'État contre 7 % au cours des années 1960.
- La moyenne du budget du Ministère de la Santé par habitant est de 172 dirhams (2003).

2.2. Le Secrétariat d'État chargé de la Famille, de la Solidarité et de l'Action Sociale

La création d'un département en charge des personnes handicapées en 1994 (Haut Commissariat Chargé des Handicapés) érigé en Secrétariat d'État chargé des Handicapés, puis Ministère délégué chargé de la Femme, de la Famille, de la Protection de l'Enfance et de l'Intégration des Handicapés avec des attributions similaires se voit aujourd'hui confier l'intégration des personnes handicapées dans le cadre « de la solidarité et de l'action sociale ». La dénomination précédente qui comportait l'intégration des handicapés a disparu.

Il s'agit d'un petit département composé de cadres de formation « généraliste » (une soixantaine) sans compétences particulières dans le domaine du handicap disposant d'un tout petit budget : 27 Millions de DH.

2.2.1. Attributions du Secrétariat d'État chargé de la Famille, de la Solidarité et de l'Action sociale

Le Secrétariat d'État chargé de la Famille, de la Solidarité et de l'Action Sociale (SEFSAS) a pour missions² :

1. Être l'**Observatoire National** en ce qui concerne la situation des couches sociales défavorisées (Enfants, Personnes Handicapées, Femmes, Personnes âgées, Pauvres...).
2. Être le **planificateur de l'action gouvernementale** dans les domaines suscités et l'action sociale d'une façon générale.
3. Promouvoir la solidarité au sein de la société marocaine.
4. Être un **interlocuteur** auprès de la société civile et des ONGs œuvrant dans ces domaines d'actions.
5. Soutenir les associations et organisations œuvrant dans le domaine social.
6. Être le **coordonnateur de l'effort gouvernemental** pour l'amélioration des conditions de vie et l'intégration de la population cible au développement.
7. Faire le **suivi des activités** des centres d'accueil et centres spécialisés s'occupant des couches sociales défavorisées.
8. Assurer le **suivi et l'orientation** des activités et des actions des bailleurs de fonds et **organismes internationaux** dans le domaine social au Maroc.

Dès sa création, le Haut commissariat aux personnes handicapées, et sur la base des attributions précitées (§ histoire du handicap) élabore « un plan d'action pour l'insertion des personnes handicapées » comportant

1. Source : Document du Ministère de la Santé « Politique de santé, acquis, défis et objectifs 2003-2007 », 22/9/2003.
 2. Source : Site internet du Secrétariat d'État Chargé de la famille, de la Solidarité et de l'Action Sociale (www.....gov.ma).

une série d'interventions dites sectorielles, sans pour autant dégager les priorités qu'impose l'étude analytique de la création du processus de handicap, seule garante de l'intervention rationnelle des différents acteurs et de leurs compétences naturelles.

C'est alors qu'est introduit le programme de réadaptation à base communautaire dans trois communes pilotes : Salé, Khémisset et Settat, plus tard étendu à Casablanca, Marrakech et Tanger, Berrechid et Chefchaouen. Le concept de Réadaptation à Base Communautaire (RBC) est important à définir compte tenu de l'importance qu'il peut revêtir dans le cadre de la réflexion sur le handicap dans notre pays.

2.2.2. La réadaptation à base communautaire

Le programme de réadaptation à base communautaire (RBC) est une approche de proximité, expérimentée dans de nombreux pays développés et en voie de développement avec d'excellentes performances. Elle est définie par l'OMS, l'OIT et l'UNESCO comme étant « (...) une stratégie qui s'inscrit dans le cadre du développement communautaire pour la réadaptation, l'égalisation des chances et l'intégration sociale des personnes handicapées ».

L'objectif du programme vise l'amélioration de la qualité de vie des enfants, des jeunes et adultes ainsi que leurs familles à travers leur accès aux services médicaux, aux possibilités locales d'éducation intégrée, de formation professionnelle et d'auto-emploi, à la participation à la vie sociale, donc de faire de l'intégration des personnes handicapées une responsabilité de la société et non une préoccupation individuelle ou strictement familiale ou associative.

La mise en œuvre de la RBC fait appel aux efforts conjugués des intéressés, de leurs familles et leurs communautés, les associations et les services sociaux, de santé, d'éducation et de formation professionnelle. Cette action communautaire se doit d'être doublée d'une approche de politique sociale nationale.

Le premier plan d'action national datant de 1995 élaboré par le Haut Commissariat aux personnes handicapées a privilégié cette approche. Les structures ministérielles qui lui ont succédé ont maintenu cette option avec des réalisations modestes liées à une absence de vision politique de la gestion du handicap au Maroc mais aussi aux difficultés inhérentes à l'absence de mécanismes assurant la coordination des interventions transversales.

En effet, cette approche multisectorielle repose essentiellement sur les structures existantes au niveau local dans les domaines de la santé, de l'éducation, la formation professionnelle, l'emploi, les activités culturelles et sportives. Il s'agit de mobiliser des ressources locales émanant des différents départements gouvernementaux impliqués, celles des collectivités locales, des bienfaiteurs, des associations, etc.

Cependant, même si le niveau communautaire peut rendre de grands services aux personnes en situation de handicap, y compris en matière de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation, il ne peut répondre à tous les besoins, notamment ceux de la prise en charge des handicaps lourds nécessitant des structures spécialisées. ***Au Maroc la RBC est une approche qui a ses limites, nécessitant des préalables, dont la réflexion à une approche globale incluant la prise en charge des personnes en situation de handicap aux différents niveaux d'intervention compétents.***

2.2.3. Le travail avec les associations

Le travail le plus important semble avoir été effectué par ce département auprès des associations de personnes handicapées, le ministère assurant en quelque sorte le rôle d'interface entre les associations et le gouvernement.

Par ailleurs, un travail de mise à niveau des associations à été entrepris afin de permettre à ces dernières d'assurer leur rôle dans les meilleures conditions, même s'il ne concerne qu'un nombre réduit d'associations.

2.2.4 La carte du handicapé

Disposition légale émanant de la loi de protection sociale des personnes handicapées, elle a mobilisé l'énergie de ce département pendant plus de deux ans, sans que cette carte n'ait pu voir le jour. Le contenu du texte ayant été mal interprété en l'absence d'une communication cohérente, une grande confusion a eu lieu quant à ce que cette loi assurait aux personnes handicapées. En réalité, ce texte ne répond fondamentalement pas aux attentes des personnes handicapées, en matière de santé, d'éducation et d'insertion professionnelle.

Par ailleurs, l'absence d'une étude de faisabilité de cette carte explique les difficultés qui ont entravé sa parution.

Il serait utile par ailleurs de se pencher sur la philosophie de cette carte, qui pourrait aller à l'encontre du principe d'intégration, en créant des « citoyens de seconde zone », sans pour autant être utile.

2.3. Le Secteur privé et le secteur mutualiste

Il est difficile d'évaluer le poids des prestations de ces secteurs, mais compte tenu de la pauvreté en structures d'accueil et ressources humaines mis à la disposition des personnes handicapées par l'État, la plus grande partie des prestations de soins et de rééducation reviendraient à ces secteurs et aux associations.

Il faut préciser que les médecins spécialistes en médecine physique et de réadaptation exercent essentiellement dans le secteur privé (30 environ).

2.4. La Fondation Mohammed V pour la Solidarité

La Fondation Mohammed V pour la Solidarité instituée en 1999 et reconnue d'utilité publique (décret du 21 rabia I-1420 / 5 Juillet 1999), s'est fixée comme objectifs de contribuer avec les autres acteurs sociaux, à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

L'une des cibles les plus importantes de la Fondation Mohammed V est la population des personnes handicapées. En effet, elle a contribué depuis 1999, à la création d'un certain nombre de structures d'accueil pour personnes handicapées, et soutenu le secteur associatif œuvrant dans le domaine du handicap.

2.5. Les associations pour personnes handicapées

Aujourd'hui au nombre de 500, les ONG ont joué un rôle historique en matière de handicap et on connu un développement spectaculaire les dix dernières années.

En effet, elles sont présentes dans le domaine de prise en charge des personnes handicapées à travers la création de centres de plus en plus spécifiques à chaque type de handicap. Un travail de professionnalisation est en développement. Elles interviennent de façon privilégiée sur le handicap particulièrement en matière de rééducation fonctionnelle, appareillage et aides techniques pour les personnes handicapées, ainsi que dans les prises en charge médico-psychologiques éducatives dans le domaine du handicap mental.

2.6. Le Ministère des Affaires Sociales : l'Entraide Nationale, la Formation Professionnelle, et l'Emploi

Parmi les attributions de l'Entraide Nationale placée sous la tutelle du Ministère de l'Emploi, des Affaires Sociales et de la Solidarité, figurent des programmes en direction des personnes handicapées et des personnes âgées. L'entraide nationale est présente à travers le territoire national par le biais de délégations préfectorales ou provinciales assistées de comités provinciaux ou préfectoraux consultatifs : il y a 637 centres d'éducation et de formation (non spécifique aux personnes handicapées) et 5 centres pour personnes handicapées (scolarisation d'enfants handicapés, formation professionnelle, coopératives, ateliers orthopédiques et prise en charge des personnes handicapées).

Cette structure bénéficie de procédures d'exonération des taxes et droits de douane sur le matériel orthopédique acquis par les ONG internationales qui travaillent au Maroc dans le cadre d'un partenariat avec l'Entraide Nationale.

Par ailleurs, L'OFPPT, s'est engagé dans le processus d'insertion professionnelle des personnes handicapées, non sans certaines difficultés, liées à l'encadrement spécifique et à l'accessibilité.

2.7. Le Ministère de l'Éducation Nationale

Une direction de l'appui éducatif a été créée au Ministère de l'Éducation Nationale. Cela a été un progrès considérable dans la reconnaissance officielle des besoins éducatifs des enfants en situation de handicap. L'intégration des enfants à besoins spécifiques s'est inscrit dans le cadre des expériences visant la démocratisation de l'enseignement et l'égalité des chances, en référence à la déclaration de Salamanque sur les besoins éducatifs spéciaux, et conformément à la Convention Relative aux Droits de l'Enfant.

Un projet de partenariat entre le MEN et Secrétariat d'État Chargé des Personnes Handicapées a débuté en 1997 avec pour objectifs¹ :

- De promouvoir une école ouverte et accessible à tous les enfants scolarisables.
- D'intégrer les enfants handicapés dans le système éducatif.

1. L'enseignement fondamental : Pour une stratégie de développement de l'enseignement fondamental par Ahmed BAKKALI, Larbi BENLAFKIH, Brahim CHEDATI, Nassereddine LHAFI, Mostafa MOHSINE.

- De garantir un enseignement de qualité par le biais :
 - d'une formation initiale et continue spécifique ;
 - de curricula adaptés et évolutifs ;
 - de matériels didactiques performants ;
 - des mesures organisationnelles et pédagogiques nécessaires à cette intégration ;
 - d'actions de soutien appropriées.

Son expérimentation a été prévue dans les villes de Rabat, Casablanca, et Kénitra.

De manière plus ambitieuse, cette direction s'est engagée dans le processus de création de classes intégrées (au nombre de 102) pour enfants porteurs de divers handicaps qu'ils soient moteurs, sensoriels ou psychologiques, souvent dans le cadre du programme de réadaptation à base communautaire (RBC). En dehors de quelques rares classes où l'insertion scolaire d'enfants handicapés a été possible (classes pour enfants trisomiques, quelques classes performantes du fait de la motivation et de la formation des instituteurs), il semble que cela soit une tâche ardue, qu'il serait intéressant d'évaluer. Il faut dire qu'il est difficile d'envisager cette intégration sans les préalables suivants :

- la formation d'instituteurs et d'éducateurs spécialisés dans chaque type de handicap, et en nombre suffisant : Il va sans dire que l'enseignement du braille nécessite des formations et des infrastructures particulières : mais les enfants aveugles et malvoyants pourraient bénéficier dans l'enseignement préscolaire d'apprentissages les préparant à l'apprentissage du braille. Il en est de même pour les sourds muets qui ont besoin d'instituteurs spécialisés, avec la possibilité de travailler sur l'unification de la langue des signes au niveau national : ceci représente un champ de recherche fondamental en matière de déficience auditive.
- La mise en accessibilité des établissements scolaires et la disponibilité de moyens de mobilité pour le handicap moteur ; l'accompagnement de ces enfants sur le plan de la rééducation (orthophonique, kinésithérapie, psychologique, etc.) dans le cadre de structures de proximité.

Tout ceci nécessite la formation de formateurs dans ces domaines, des formations cohérentes et de durée suffisante : des stages de 72 heures ne peuvent pas habilitier un instituteur à s'occuper de handicap) mais surtout **une planification de ces formations en rapport avec les possibilités de recrutement.**

Depuis 2004, l'organigramme du Ministère de l'Éducation Nationale ne comporte plus cette Direction. Ses compétences ont été intégrées dans une direction regroupant d'autres attributions.

2.8. La coopération internationale et les ONG internationales

Sous la pression des ONG internationales du handicap sur la communauté internationale, une série de déclarations et de recommandations des Nations Unies relatives aux droits des personnes handicapées ont largement influé sur le handicap dans le discours sur les politiques sociales durant les vingt dernières années.

Il faut citer tout d'abord la Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaires, réunie à Alma-Ata le 12 septembre 1978, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, du personnel des secteurs de santé et du développement, ainsi que de la communauté mondiale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde, visant à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet.

En 1993, faisant suite à l'Année internationale des personnes handicapées en 1981 et à la Décennie des Nations Unies pour les personnes handicapées de 1983 à 1992, les États Membres de l'ONU ont adopté un nouvel instrument international afin d'appeler l'attention de tous les pays sur la nécessité d'accorder des droits et des possibilités égaux aux personnes handicapées et proclamé le 3 décembre journée mondiale des personnes handicapées.

Cet instrument est intitulé « Règles pour l'égalisation des chances des personnes handicapées » et a marqué un tournant décisif dans l'évolution des droits des personnes handicapées à travers le monde.

Par ailleurs, il faut signaler « Déclaration de Salamanque et cadre d'action pour les besoins éducatifs spéciaux des personnes handicapées » (UNESCO, Salamanque, Espagne, 7-10 Juin 1994).

Ainsi, les diverses résolutions internationales auxquelles le Maroc a adhéré, ont déterminé en grande partie l'intérêt porté à la question du handicap dans notre pays.

3. Les dispositions législatives et réglementaires

Le cadre réglementaire et législatif demeure limité, et nécessite une révision. Il concerne les textes suivants :

- Dahir n° 1-82-246 du 6 mai 1982 portant promulgation de la loi n° 5-81 relative à la protection des aveugles et des déficients visuels.
- Dahir n° 1-92-30 du 10 septembre 1993 portant promulgation de la loi n° 7-92 relative à la protection sociale des personnes handicapées.
- Texte législatif sur les accessibilités : de promulgation récente, il pose de gros problèmes d'application.
- Arrêté du Premier Ministre n° 3.130.00 (10/7/2000) fixant le quota d'obligation à l'emploi dans la fonction publique qui donne la priorité d'occuper certains emplois et fonctions dans la limite de 7 % des postes budgétaires inscrits au budget de l'État, des collectivités locales et des établissements publics.

Dans ce cadre, il serait important de recenser les textes législatifs et réglementaires contenant des clauses discriminatoires à l'égard des personnes en situation de handicap en vue de leur révision ou leur suppression.

4. Les ressources humaines

4.1. Les formations assurées par le Ministère de la Santé

Ce sont les ressources humaines en professionnels du handicap qui posent aujourd'hui le plus de problèmes qualitatifs, quantitatifs et qui constituent l'urgence pour toute mise en œuvre d'une politique de prise en charge des handicaps dans notre pays. Thématique mal connue et négligée, les besoins n'ont été identifiés que par rapport à des situations d'urgence, dans l'improvisation. Nombre de professions du handicap méconnues jusque là ne commencent à apparaître au Maroc que ces cinq dernières années (psychomotricité, ergothérapie, etc.).

Une brève revue de chaque type de professionnel du handicap et leur nombre signifient que ce secteur n'a bénéficié en cinquante années d'aucun réel investissement :

Il est nécessaire de recenser le nombre, le profil des professionnels du handicap, leur répartition à travers le royaume, identifier les besoins et établir une planification pour la formation, le recrutement et éventuellement le redéploiement pour répondre aux besoins identifiés, sans oublier la nécessité d'une formation continue à prévoir d'emblée.

4.1.1. Les kinésithérapeutes

Le centre de formation des kinésithérapeutes a été créé à l'Hôpital El Ayachi de Salé en 1963 pour assurer la rééducation des victimes des huiles frelatées. L'effectif cumulé jusqu'en 2003 est de 638 praticiens exerçant dans les secteurs public et privé.

Les promotions sont en moyenne de 30 personnes. Cette capacité est passée à 50 pour la période 2000-2005 pour mieux répondre aux besoins.

Ils sont répartis sur l'ensemble des provinces avec une grande disparité privilégiant les grandes villes. Le cursus de formation a été révisé ces dernières années.

Un plan de formation a été élaboré pour palier cette pénurie dans le cadre du plan d'action 2003-2007 (voir tableau récapitulatif).

4.1.2. Les orthoprothésistes

Leur formation a débuté aussi à l'occasion de la catastrophe des huiles frelatées et du tremblement de terre d'Agadir.

Elle continue avec le soutien de la coopération française et allemande (GTZ)

Un nouveau centre de formation a été construit par le Ministère de la Santé, équipé dans le cadre d'un projet de partenariat avec la coopération allemande (GTZ) à Marrakech. Des formateurs marocains sont actuellement en cours de formation en Allemagne.

Tableau récapitulatif de la formation des orthoprothésistes depuis 1998

Année	IFCS	FAR	Non Fonctionnaires	Fonctionnaires	Total
1998	Rabat	05	06	-	11
1999	Marrakech	-	14	-	14
2001	Rabat	03	09	-	12
2002	Marrakech	03	14	01	18
Total		11	43	01	55

4.1.3. Les orthophonistes

Professionnels incontournables en matière de rééducation fonctionnelle, leur nombre est dérisoire.

Le nombre d'orthophonistes au niveau national dans le secteur public¹ est de 39 avec une prédominance dans les grandes villes (Rabat et Casablanca).

1. Document du Ministère de la Santé, Service de réhabilitation et de gériatrie, Rabat, Juin 2004.

Leur formation a débuté en 1981 et arrêtée en 1985 en raison du manque de terrain de stage et de l'insuffisance et de la qualité de l'encadrement.

Le cursus de formation a été révisé en 1994 et redémarré en 1999 dans le cadre d'un partenariat avec l'Université de Bordeaux, mais des problèmes d'encadrement persistent.

La première promotion 1999-2001 compte 16 lauréats (voir tableau récapitulatif).

4.1.4. Formation des psychomotriciens

La filière de formation a débuté en septembre 2002, la 1^{ère} promotion comprend 20 étudiants réalisée en partenariat avec l'Université de Bordeaux et sous l'impulsion d'ONG. L'encadrement pose un problème majeur : il est assuré par des formateurs marocains dont le profil n'est pas tout à fait adapté. Il s'agit de psychologues et de psychiatres. Il n'y a pas de psychomotriciens formateurs. Un appui est organisé par l'université de Bordeaux sous forme de 6 missions de 10 jours par an. Des problèmes de terrain de stage sont également posés.

4.1.5. Formation des assistantes sociales

Elle a démarré en 1969, a connu quelques difficultés, et a été arrêtée à deux reprises. La formation était destinée aux infirmiers diplômés d'État qui bénéficiaient d'une formation de deux ans à l'école des cadres. Depuis 1994, cette formation a été révisée, il s'agit d'une formation spécifique en trois ans destinée aux bacheliers et aux infirmiers après concours d'entrée. En 2003, leur effectif total était de 139.

4.1.6. Formation des orthoptistes

Pour les orthoptistes, la situation est encore plus préoccupante; dans le secteur public, on compte 3 orthoptistes domiciliés à Meknès, Rabat et Kénitra avec un orthoptiste par unité.

La formation, démarrée en 2001, est destinée aux bacheliers qui bénéficient d'une formation de 3 ans. La promotion en cours compte 22 élèves. Cette formation a été planifiée avec les Hôpitaux de l'Assistance publique de Paris.

4.1.7. Formation en médecine physique et de réadaptation

Leur nombre est dérisoire rapporté à la population. Une trentaine pour l'ensemble du Royaume, dont 4 appartiennent aux Forces Armées Royales, le reste de l'effectif exerçant dans le secteur privé entre Rabat et Casablanca. Il n'y a pas de formation pour cette spécialité au Maroc.

En attendant l'organisation d'un cursus universitaire de formation dans les facultés de médecine marocaines, des stages pratiques de deux mois en France assurent la formation de médecins prescripteurs en appareillage orthopédique. Leur nombre est réduit : 8 entre 2001 et 2002.

4.1.8. Les Psychiatres

Le nombre de psychiatres est aussi insuffisant, avec une pénurie en pédopsychiatres : on compte un total de 235, répartis entre le secteur public (108), et le secteur privé (76), concentrés dans les grandes villes du Royaume.

4.1.9. Les Psychologues

Le psychologue clinicien est la cheville ouvrière de toute équipe de soin, car en matière de handicap les équipes sont pluridisciplinaires. Leur formation est mal codifiée, la profession peu organisée et leurs compétences mal connues. Ils sont peu nombreux, et ne bénéficient d'aucun recrutement dans le secteur public, et ne sont même pas mentionnés parmi les professionnels du handicap par le Ministère de la Santé.

4.1.10. Les éducateurs spécialisés

L'accompagnement scolaire et éducatif de nombreux handicaps impose la formation adéquate d'éducateurs spécialisés, en nombre suffisant. Il sera alors possible d'aborder l'insertion des enfants porteurs de handicap, dans leur spécificité et ce, dans les meilleures conditions que ce soit dans le cadre de classes intégrées ou de centres d'accueil spécialisés.

La faculté des sciences de l'éducation a assuré la formation d'éducateurs dont la formation, faute de terrain pratique, laisse à désirer. Il est nécessaire de créer une filière de formation à cet effet.

4.2. La filière de formation des professionnels du handicap dans le secteur privé¹

Compte tenu de l'ampleur des besoins, le secteur privé s'est lancé dans la création de filières de formation des professionnels du handicap. Des filières de formation font leur apparition à Rabat, Kénitra et Casablanca : formation de kinésithérapeutes, d'orthoptistes, d'orthophonistes. Les programmes sont calqués sur ceux des Instituts de Formation aux Carrières de santé du Ministère de la Santé.

Les autorisations d'ouverture de ces centres de formation privés sont sous la tutelle de deux départements : le département chargé de l'Enseignement supérieur et le Secrétariat d'État chargé de la formation professionnelle. Des procédures ont été définies pour assurer la qualité de la formation et veiller à la disponibilité des terrains de stage. En pratique, le respect des programmes et de l'encadrement contenus dans les cahiers de charge nécessite un suivi, une évaluation continue qui semblent difficile à mettre en œuvre.

Le secteur nécessite une organisation et une coordination entre les institutions responsables des autorisations pour éviter un développement anarchique et accorder des autorisations en fonction des besoins, tenant compte de la qualité de l'enseignement. Il serait souhaitable d'avoir une commission unique dotée de moyens pour octroyer les autorisations, assurer le suivi, et la mise en application des programmes.²

1. Dr. N. Hajji « Orientations pour l'élaboration d'un plan d'action national », Mars 2003, Ministère Chargé de la Famille, de la Solidarité et de l'action sociale.

2. *Ibid.*

4.3. La révision et le renforcement des cursus de formation de base des étudiants en médecine et du personnel paramédical en matière de handicap

Il est absolument nécessaire de créer un module relatif à la grossesse et l'accouchement, insistant sur la souffrance néonatale qui occasionne les handicaps les plus lourds (Infirmité Motrice cérébrale) mais surtout l'investissement dans des stages de formation continue pour tous les intervenants formateurs.

Tableau prévisionnel des effectifs cumulés du personnel en formation de 2003 à 2007

Profils	Effectifs cumulés en 2003	2004	2005	2006	2007	Total
Kinésithérapeutes	638	42	52	54	43	829
Orthophonistes	55	-	18	-	-	73
Orthoptistes	-	22	-	-	22	44
Orthoprothésistes	55	14	-	12	-	81
Psychomotriciens	-	-	12	-	-	12
Assistants sociales	139	-	-	103	-	242

5. Les structures d'accueil

5.1. Les structures d'État

5.1.1. Le Ministère de la Santé

A. Les centres de rééducation motrice

Leur nombre est insuffisant.

Le Maroc compte 4 centres régionaux de rééducation créés en 1960 pour prendre en charge les victimes des huiles frelatées.

Il s'agit de :

- Fès (hôpital Ibn Baitar, **60 lits**);
- Meknès (hôpital Moulay Ismail, **43 lits**);
- Salé (hôpital El Ayachi, **84 lits**);
- Marrakech (Bab Doukkala).

Ils assurent la prise en charge des rééducations en hospitalisation, ou à titre externe.

Des antennes de rééducation au niveau provincial ou préfectoral dans le cadre des infra structures hospitalières ou ambulatoires assurant des prestations sont au nombre de 57, localisés en majorité au niveau des hôpitaux provinciaux (45) ou au niveau des centres hospitaliers universitaires (6) et des centres de santé ou de diagnostic (6).

B. Les unités d'orthophonie

Elles sont au nombre de 19, localisées le plus souvent dans les centres hospitaliers provinciaux (12), dans des centres de santé (9) et dans les CHU (4). Il existe donc de nombreuses provinces sans unités d'orthophonie.

C. Les unités d'orthoptie

Au nombre de 3 : Une unité à Meknès à l'hôpital Moulay Ismaïl et une à Rabat au niveau du Centre de diagnostic, une dernière à Kénitra.

D. Les ateliers d'appareillage orthopédique :

Il existe 11 centres d'appareillage dont les plus importants sont localisés à Marrakech (10 orthoprothésistes), Agadir (11), Salé (9), Rabat, Tétouan (6), Casablanca. Ils assurent la confection et la réparation des orthèses et prothèses pour personnes handicapées motrices.

Pour palier l'insuffisance des centres d'appareillage orthopédiques, des missions orthopédiques par des équipes pluridisciplinaires sont organisées par le Ministère de la Santé en collaboration avec ses partenaires (associations, coopération internationale) au niveau des provinces démunies afin de répondre aux besoins en consultations, chirurgie et appareillage.

Il n'existe pas de document officiel sur les différents centres, leurs caractéristiques, leur date de construction, l'état des lieux, le nombre et profil des professionnels qui y travaillent, la capacité d'accueil, le type de prestations délivrées, le nombre de prise en charge réalisées, les problèmes rencontrés et les besoins.

E. Le Ministère chargé de la famille, de l'action sociale et de la solidarité

Le ministère gère les établissements suivants :

- Le Centre de Tanger destiné à l'accueil d'enfants psychotiques conçu avec la coopération d'une multinationale espagnole (Catalana des gas), d'un coût non négligeable, à vu le jour, et accueille un petit nombre d'enfants bénéficiant d'un encadrement sommaire et peu spécialisé. Aucune formation n'avait été prévue au préalable.
- Les centres d'accueils de la RBC assurent des prestations d'importance et de qualité inégale (Khémisset, Settât, Tanger, Casablanca, Salé, Marrakech, Berrechid, Chefchaouen). A Marrakech. Le projet de création d'un centre de fabrication d'aides techniques dans le cadre du programme RBC n'a toujours pas vu le jour.
- La création de Centres de Formation professionnelle fait partie des objectifs de la RBC.

5.2. La Fondation Mohammed V pour la Solidarité¹

La Fondation Mohammed V pour la Solidarité mène des actions au profit des personnes handicapées en soutenant des centres et des associations s'occupant de la problématique de l'insertion socioprofessionnelle des handicapés. Ainsi, la Fondation apporte à ces associations une aide logistique et financière afin de faciliter à cette tranche de la population une intégration effective. Actuellement, la Fondation gère plusieurs projets :

- Complexe National pour Handicapés à Salé
- Organisation Alaouite pour la protection des aveugles
 - Centre Fès
 - Centre Meknès
 - Centre Taroudant
 - Centre Marrakech
- Centre pour personnes âgées et handicapés mentaux à Marrakech
- Centre pour handicapés à Khémisset

5.3. Les centres promus par les ONG

5.3.1. Le handicap moteur

Le Centre Nour², premier centre de rééducation et de réadaptation a été initié par l'Amicale Marocaine des Personnes handicapées. Il est fonctionnel depuis septembre 2001 et grâce à l'appui royal et au partenariat avec le MS, ce centre dispose de 2 médecins spécialistes en médecine physique et de réadaptation, 2 médecins généralistes, 13 kinésithérapeutes, 2 orthophonistes, 1 psychologue, 4 orthoprothésistes et une assistance sociale.

Il comprend plusieurs services : d'hospitalisation, de rééducation, d'explorations fonctionnelles, d'appareillage et un service de réinsertion socioprofessionnelle. Il s'agit d'une très grosse structure dont la construction a coûté 3 millions de DH. Pour un fonctionnement optimal, les frais de fonctionnement s'élèveraient à 12 millions de DH par an dont 3 millions pour l'amortissement et 9 millions pour le fonctionnement avec 70 % pour les salaires. Le centre fonctionne actuellement à 35 % de sa capacité et les problèmes de budget se posent déjà.

5.3.2. Le handicap mental

La quasi-totalité des institutions d'accueil pour enfants handicapés mentaux et jeunes adultes sont l'œuvre des associations. Le handicap mental a été pendant de longues années négligé comme en témoigne la rareté et la qualité des structures d'accueil. Elles sont de plus en plus professionnelles et ne se bornent pas uniquement à assurer le gardiennage de ces enfants comme cela a été longtemps le cas. Cependant, elles sont loin de répondre aux besoins que l'on ne peut évaluer que de façon empirique.

1. Source : site web Fondation Mohammed V pour la Solidarité. (www....).

2. Données rapportées par Dr Hajji. « Orientations pour l'élaboration d'un plan d'action national », Mars 2003, Ministère Chargé de la Famille, de la Solidarité et de l'action sociale (document du Dr Boucharab, Médecin Directeur du Centre).

5.3.3. *Le handicap visuel et la déficience auditive*

C'est le handicap qui a bénéficié très tôt de centres d'accueil mis en place par des associations importantes. Ces centres d'accueil demeurent insuffisants et inégalement répartis sur le territoire national et les enfants déficients visuel ont des besoins d'apprentissages spécifiques qu'il est impossible de réaliser aujourd'hui dans le cadre de classes dites intégrées.

5.3.4. *Les centres de formation professionnelle¹*

Les associations ont investi progressivement le champ de la formation professionnelle. On dénombre 23 centres de qualité inégale dont 60 % œuvrent dans le domaine du handicap moteur.

VI. Propositions relatives à la gestion du handicap au maroc : orientations et approches

1. Données générales

1.1. *La transition démographique² :*

Les données et tendances démographiques de 1999 permettent de dégager les éléments suivants :

- Augmentation de l'espérance de vie à la naissance (70 ans), les plus de 60 ans représentent 7,2 % de la population (1999).
- baisse de la fécondité.
- Un ménage sur trois abrite au moins une personne âgée (36,3 % en urbain, 42,2 % en rural).
- Les plus de 60 ans représenteront 9 % de la population en 2014.
- Sur le plan socio-économique : c'est une population peu alphabétisée et démunie.

Il se dégage donc une nette tendance au vieillissement de la population et donc une évolution des causes de handicap (augmentation des maladies chroniques souvent invalidantes). De ce fait, la prise en charge des personnes en situation de handicap devra tenir compte des besoins spécifiques de l'ensemble de cette population : jeunes et personnes âgées.

1. Secrétariat d'État chargé de la Famille, de la Solidarité et de l'Action sociale : Répertoire des Centres de Formations professionnelle œuvrant dans le domaine du handicap, Rabat, 2004.

2. Dr L. Serghini, « la protection et la promotion de la santé des personnes âgées dans les pays de la méditerranée orientale », contribution du Maroc au Séminaire de l'OMS, Beyrouth 23-26 Avril 2001.

1.2. L'évolution des pathologies génératrices de handicap

- Prises en charges de la grossesse et de l'accouchement

Parallèlement à l'évolution favorable de la mortalité maternelle, de la mortalité néonatale, la prématurité et la réanimation des nouveau nés occasionnera aussi des handicaps de type infirmités motrices cérébrale dont la prise en charge très coûteuse doit être précoce et spécialisée.

- Diminution des handicaps d'origine infectieuse (trachome, polio, infections ORL)

Cette évolution est largement conditionnée par la mise en place d'une politique de prévention des handicaps.

1.3. Situation des professions relatives au handicap

Il est absolument nécessaire de professionnaliser le secteur : la réflexion doit être menée par les personnes compétentes dans ce domaine, il ne s'agit pas d'action humanitaire ou d'actions caritatives.

L'équation : pas de formation parce que pas de postes budgétaires est impensable lorsque l'on veut promouvoir les politiques sociales de lutte contre les discriminations et la pauvreté.

1.4. Une politique de proximité dans le cadre de la régionalisation

Le Maroc s'est engagé dans une politique de régionalisation, seule garante de l'égalité des chances pour l'accès aux infrastructures de base. C'est pourquoi toutes les actions sociales (santé, éducation etc.) doivent être déployées dans l'esprit de la proximité. Pour le handicap en particulier, **cette option est incontournable** : on se doit d'aller vers les personnes handicapées, et non le contraire.

1.5. Des prises en charges en équipes multidisciplinaires

Les interventions en matière d'intégration des personnes handicapées nécessitent une réadaptation et un accompagnement « post-réadaptation » à l'école et dans le cadre professionnel qui nécessitent des interventions pluridisciplinaires (psychologique, ergothérapie, psychomotricité etc.).

1.6. La médiatisation et les nouvelles technologies de communication

Ainsi que le développement et la professionnalisation du secteur associatif participent à l'information des personnes handicapées : tout ceci engendre une évolution de la demande qui se mue progressivement en exigences corrélées à la notion de droit à l'intégration.

2. Évaluation des politiques sociales en matière de handicap

Le problème de la responsabilité de la gestion du handicap, a soulevé de tous temps et dans différents pays la même question : du ressort de qui est elle ?

Le handicap, en plus de l'exclusion dont il fait naturellement l'objet, a fait l'objet d'une exclusion institutionnelle, alors que l'objectif annoncé était de créer une institution en charge des personnes handicapées. En effet, après une longue période où le problème des personnes handicapées était le fait des familles et des associations, celui-ci fait l'objet d'un certain intérêt, mais surtout d'une **reconnaissance** lors de la création du Haut Commissariat Chargés des Handicapés et du Secrétariat d'État Chargé des Handicapés puis du Secrétariat d'État chargé de la Famille, de la Protection de l'Enfance et de l'Intégration des handicapés, avant de disparaître dans l'appellation actuelle de ce département.

On a aussi pu constater que la Direction de l'Appui Pédagogique au Ministère de l'Éducation Nationale a elle aussi disparu de l'organigramme de ce Ministère et intégré un autre cadre moins spécifique.

Il est donc posé un problème de « permanence institutionnelle » si l'on veut assurer une certaine continuité dans les politiques sociales.

L'analyse des attributions de ces départements montre bien que leur rôle était d'assurer la protection sociale et l'intégration des personnes handicapées, mais il n'a pas tenu compte que ces dernières nécessitaient en amont une politique de santé, sans quoi, il est illusoire de parler de politique sociale.

Par ailleurs, le manque d'information et de sensibilisation aux problèmes des personnes handicapées à tous les niveaux de la décision, préoccupation vécue comme un luxe explique bien l'impossibilité d'une coordination efficace malgré l'engagement personnel du Chef de l'État et du Premier Ministre. Ce dernier n'a pas hésité à créer une Commission Interministérielle sur le sujet. Cette volonté d'institutionnaliser, de tenter une approche rationnelle a été positive : le handicap est passé du domaine de l'assistance à celui d'une volonté de gestion par l'État répondant ainsi à l'adhésion du Maroc aux Déclarations des Nations Unies en matière d'égalisation des chances au profit des personnes handicapées.

Ces petits départements dotés de budgets symboliques se voyaient confier une tâche immense : être le leader dans ce domaine, sans stratégie, avec des attributions à la fois modestes mais nécessitant une coordination intersectorielle difficilement réalisable avec de grands ministères dont les décideurs ne sont pas sensibilisés à la question, et qui, comme le Ministère de la Santé ont des budgets insuffisants pour faire face au coût des prestations spécifiques que nécessite cette population.

La méconnaissance du handicap fait que les besoins en ressources humaines sont mal connus, mal évalués, le plus souvent inexistantes, pauvres, sans compétences techniques spécialisées, et ce, à tous les niveaux d'intervention.

Il faut savoir que ces démarches successives, l'engagement personnel de S.M. le Roi et la médiatisation importante que cela a généré ont permis de dynamiser le secteur associatif dont l'efficacité demeure limitée, mais surtout créé des besoins à tous les niveaux de prise en charge de la personne en situation de handicap : réadaptation, intégration, accessibilités...et auxquels nous ne pouvons répondre dans le contexte actuel.

3. Approches proposées

3.1. La sectorisation

C'est la nécessité de sectoriser les prestations sous formes de lieux d'accueil de proximité plutôt que de grandes unités coûteuses que nous ne sommes pas en mesure ni d'encadrer ni de gérer et qui sont domiciliées dans les grandes villes.

La sectorisation n'exclut pas l'existence de Centres de Référence, ou de services spécifiques dans les Centres Hospitaliers qui assureraient une vocation de formation.

3.2. L'approche communautaire

La Réadaptation à Base Communautaire est un programme qu'il faudrait sans doute privilégier à condition que ses interventions soient minutieusement analysées (objectifs, rôle, personnel) et en en percevant les limites : ce programme est tributaire des délégations régionales des ministères concernés (Santé, Éducation, Formation Professionnelle, collectivités locales etc.).

3.3. L'étude des besoins en matière de prise en charge

L'utilisation des résultats de l'enquête nationale sur le handicap ne peut avoir d'effet que dans un cadre institutionnel adéquat et compétent. Afin de capitaliser ce travail, il sera impératif d'en assurer le suivi par la mise en place d'un système d'information simple, unifié pour le recueil des données, leur analyse et l'évaluation des programmes et des prestations ce qui permettra de développer et d'assurer la mise à jour régulière d'une carte sanitaire du handicap.

Toutes ces données devront être informatisées et centralisées au niveau du département de tutelle afin de l'aider à assumer sa principale mission qui est de proposer au gouvernement, en liaison avec les ministères concernés, des politiques de prévention, de protection et de réadaptation et d'intégration au profit des personnes handicapées en vue de leur insertion sociale et économique au sein de la société.

À la lumière des besoins dégagés par l'Enquête Nationale sur le Handicap, il faudra se fixer des priorités, des objectifs clairs, réalisables dans le cadre d'une planification d'ensemble.

3.4. Des actions réfléchies avec les interlocuteurs compétents et réalisées dans le cadre d'une planification

À la lumière des besoins dégagés par l'enquête Nationale sur le handicap, il faudra se fixer des priorités, des objectifs clairs, réalisables dans le cadre d'une planification d'ensemble en particulier dans les domaines suivants :

- les structures d'accueil et d'accompagnement des personnes handicapées ;
- les ressources humaines et de leur répartition géographique ;

- la politique de prévention,
- les dispositions réglementaires et législatives.

Elles aussi doivent répondre aux besoins des personnes handicapées, afin d'en faciliter l'intégration, tout en étant réalistes : le quota d'obligation à l'emploi des personnes handicapées au Maroc, fixé à 7 % est irréalisable : en France, fixé à 6 % il est réalisé à 4 %, en Tunisie, il a été fixé à 1 %.

4. La gestion institutionnelle du handicap

4.1. Les institutions d'État : les Ministères

Il est important d'emblée de déterminer le rôle qui revient aux différents partenaires, en particulier des ONG : il ne faut pas que ces dernières soient aussi un lieu d'exclusion pour les personnes en situation de handicap en l'absence d'investissement institutionnel par l'État. Ceci confinerait encore les associations dans un rôle caritatif qui a été ébranlé ces dernières années par la création du HCCH et du SECH. Les associations ont compris la nécessité d'une remise à niveau et d'un certain professionnalisme, encouragée par le discours officiel du gouvernement mais ne peuvent se substituer à lui pour l'essentiel des prestations.

L'implication institutionnelle de l'État nécessite une vision globale de la gestion du handicap au Maroc, et se doit de tenir compte de l'essai de modélisation du processus de production du handicap, dans le cadre de la mise en place de politique sociale tenant compte de l'impact de l'environnement au sens large comme approche fondamentale. Cette vision doit ménager deux aspects :

- *celui de la prise en charge du diagnostic*, des déficiences et de la réadaptation par le Ministère de la Santé, seul compétent dans ce domaine, avec d'éventuels partenariats avec les ONG reconnues pour leur professionnalisme;
- *l'aspect de l'intégration des personnes handicapées et l'accessibilité*, tout aussi importants, doit revenir :
 - soit à une structure liée au ministère de la Santé,
 - soit à un département en mesure d'assurer une coordination efficace avec tous les autres départements ministériels : L'actuel Ministère du Développement Social, de la Famille, de l'Action sociale et de la Solidarité pourrait constituer ce cadre.

4.2. La réadaptation à base communautaire

La RBC, est un excellent outil comme véhicule d'une politique de proximité objet de décision politique. Celle-ci est tributaire de la coordination avec l'ensemble des partenaires institutionnels impliqués en matière d'éducation, de santé, de formation professionnelle et d'emploi. Il est illusoire de penser que les associations, puissent être le moteur de ce programme, qui nécessite une structuration particulière et une formation du personnel : les professionnels de terrain que sont les agents RBC. Si par exemple, les délégations régionale du MEN ne sont pas sensibilisées **et formées** à l'accueil d'enfants handicapés dans leurs écoles,

tion scolaire de ces enfants ne peut se faire. Il ne s'agit pas là de « faire semblant » par le biais de dispositions administratives.

4.3. La Fondation Mohammed V pour la Solidarité et le réseau des ONG

Comme nous l'avons vu, la Fondation Mohammed V ainsi que les ONG jouent un rôle important. Cependant, il serait vivement souhaitable qu'une instance de coordination entre les pouvoirs publics et ces institutions puisse voir le jour afin que les diverses interventions soient intégrés dans une stratégie globale où l'ensemble des acteurs œuvreraient dans le même sens. En effet, il est important de rationaliser les choix budgétaires en fonction des choix politiques : si l'État opte pour une politique de sectorisation, il serait judicieux d'éviter la création de structures importantes, coûteuses, sans prévision de ressources humaines au préalable.

Conclusion

Désormais, le discours caritatif devrait être remplacé par la notion de solidarité nationale. Le droit à la santé et à la réadaptation devrait être effectif. C'est là que commence à prendre effet « l'égalité des chances ». La suite logique, est le processus d'intégration des personnes en situation de handicap : il nécessite un long travail de communication pour signer la fin de l'exclusion et des discriminations et l'acquisition progressive d'une culture des accessibilités. C'est alors que nous pourrons prétendre à l'exercice de la pleine citoyenneté pour cette population.







