Collection Recherche et Études
En direct des projets

Le droit à la protection sociale des personnes handicapées au Maroc

Programme Maghreb
Septembre 2016

RE/DP | 19

ISCSP INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS UNIVERSIDADE DE LISBOA

MINISTRY FOR FOREIGN AFFAIRS OF FINLAND

HANDICAP INTERNATIONAL

Auteurs
Paula CAMPOS PINTO, Teresa JANELA PINTO, Albino CUNHA – Haute Ecole de Sciences Sociales et Politiques de l'Université de Lisbonne (Portugal).

Contribution spéciale
Marcia RIOUX – York University (Canada).

Contributions
- **Equipe Locale :**
  - **Coordinateur local :** Abdennour ELFEDAYNI
  - **Collaborateurs/enquêteurs :** Dounia BENJELLOUN, Omar BELGHAZI, Mohamed LAMNIAI, Nawal EZZAOUIA, Mohamed OIKRIM, Rabi ABDELOUAFI, Mohamed BALMAKKI, Jalal HAMI EDDIN, Mohamed MOUMEN, Bahija KARIM, Adil MADDOUD
  - **Traducteurs :** Rachida ZOUBID, Khadija BERRADY, Tarek SAMARI, Khalil SALAH AZOUGGAGH, Hafsa KHALIL, Ismail ZOUBID

- **Collectif pour la promotion des droits des personnes en situation de handicap** : Mohammed EL KHADIRI, Soumia AMRANI, Yassine RHAYTOU, Hajar LAARIBI

- **Handicap International** : Manel MHIRI, Ilias ARIDAL, Anthony VAUTIER, Audrey RELANDEAU

Date de publication
Septembre 2016

Edition
© Handicap International – Programme Maghreb

Photo
© Antoine Vincens de Tapol / Handicap International

Conception
Eye Touch Design, contact@eyetouch-design.com

Collectif pour la promotion des droits des personnes en situation de handicap

54, rue Oukaïmeden, app n°1
Agdal, Rabat

Tel/Fax. +212 (0)5 37 33 50
+212 (0)5 37 77 33 58
collectif.droit.maroc@gmail.com

Handicap International
Mission Maroc

66, avenue Omar Ibn El Khattab
Agdal, Rabat

Tel. +212 (0)5 37 68 12 56/57
contact.maroc@hi-maghreb.org

Remerciements

Nos remerciements à toutes les personnes handicapées et à tous les parents qui ont participé à cette enquête.

Nos remerciements aussi aux institutions et organisations de personnes handicapées qui ont facilité et collaboré à la mise en œuvre de cette étude.

Nos remerciements amicaux à l'équipe locale d'enquêteurs et de traducteurs et à nos partenaires de projet sans lesquels ce projet n'aurait pas pu aboutir

- **Collectif pour la promotion des droits des personnes en situation de handicap**
  - Mohammed EL KHADIRI
  - Soumia AMRANI
  - Yassine RHAYTOU
  - Hajar LAARIBI

- **Handicap International**
  - Manel MHIRI
  - Ilias ARIDAL
  - Anthony VAUTIER
  - Audrey RELANDEAU

ACRONYMES

ADS : Agence de Développement Social

AMO : Assurance Médicale Obligatoire

CCDH : Conseil Consultatif des Droits de l'Homme (maintenant CNDH)

CESCR : Comité des Droits Economiques, Sociaux et Culturels

CESE : Conseil Economique, Social et Environnemental

CRDPH : Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées

CNDH : Conseil National des Droits de l'Homme

CNOPS : Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

COAPH : Centre d'Orientation et d'Accompagnement des Personnes en situation de Handicap

DRPI : Disability Rights Promotion International

EPS : Etablissement de Protection Sociale

FMI : Fonds Monétaire International

OIT : Organisation Internationale du Travail

INDH : Initiative Nationale pour le Développement Humain

MSFFDS : Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social.

ONU : Organisation des Nations Unies

OPH : Organisation de Personnes Handicapées

OSC : Organisation de la Société Civile

PIB : Produit Intérieur Brut

PNUD : L'Organisation des Nations Unis pour le Développement

RAMED : Régime d'Assistance Médicale

UNESCO : L'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture

LE DROIT À LA PROTECTION SOCIALE DES PERSONNES HANDICAPÉES AU MAROC

Introduction

Cette recherche s'inscrit dans le cadre du projet DECIDE (Disability, Empowerment, partCIpation, DialoguE). Ce projet vise à faciliter le dialogue entre Organisations de Personnes Handicapées (OPH), Organisations de la Société Civile (OSC) et autorités afin de permettre l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de politiques publiques inclusives en Algérie, au Maroc et en Tunisie. Il est mené en partenariat entre Handicap International, le Collectif pour la Promotion des Droits des Personnes en Situation de Handicap au Maroc, un consortium d'associations algériennes œuvrant dans le domaine du handicap et l'Organisation Tunisienne de Défense des Droits des personnes en situation de handicap Ce projet vient à la suite du projet LEAD (Leadership and Empowerment for Action on Disability) mené dans la même région entre 2013 et 2014. Suite à ce dernier et aux résultats obtenus à travers les recherches menées, les OPH de la coalition Maghreb ont choisi de travailler cette fois-ci sur la question de la protection sociale et plus précisément sur l'accès des personnes handicapées aux mécanismes de protection sociale.

En effet, la question de la protection sociale des personnes handicapées est devenue particulièrement pressante suite à l'adoption en 2006 par l'Assemblée Générale des Nations Unies de la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées (CRDPH), dont le Maroc est signataire. La CRDPH définit comme personnes handicapées, celles qui « **présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres** » (CRDPH, Article 1).La Convention définit dans l'Article 4 un nombre d'obligations générales des Etats Parties, dans le but d'assurer la mise en œuvre de la Convention, et en premier lieu, l'obligation suivante : « **Les Etats Parties s'engagent à garantir et à promouvoir le plein exercice de tous les droits de l'Homme et de toutes les libertés fondamentales de toutes les personnes handicapées sans discrimination d'aucune sorte fondée sur le handicap.»** Cela signifie notamment le droit d'accès à une protection sociale et à un niveau de vie adéquat pour ces personnes handicapées et pour leurs familles, tel que défini dans l'article 28 de la CRDPH (voir Annexe 1).

L'étude de la mise en œuvre du droit d'accès à la protection sociale est devenue particulièrement importante dans l'actuelle conjoncture internationale et nationale. En effet, elle a en particulier démontré qu'une partie de la population, dont les plus vulnérables, n'avaient finalement pas accès aux mécanismes « classiques » (la plupart du temps sur base contributive ou critères socio-économique) de protection sociale. Au niveau international, elle a ainsi abouti à un consensus croissant des organisations internationales telles que l'Organisation des Nations Unies (ONU) et l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sur l'importance d'assurer des niveaux minimums de protection sociale dans tous les pays, et pour tous les citoyens. Cette nouvelle approche de la protection sociale est affirmée dans la Recommandation 202 émise par l'OIT. Elle s'est focalisée sur le besoin de travailler pour l'établissement de socles minimums de protection sociale dans chaque pays, qui «**devraient comporter des garanties élémentaires de sécurité sociale »,** notamment : a) l'accès à des biens et services de santé essentiels ; b) la sécurité élémentaire de revenu pour les enfants ; c) la sécurité élémentaire de revenu pour les personnes en âge actif malades, au chômage, ou handicapées ; d) la sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées (Article 4 et 5 de la R202, OIT, 2012). Cette approche est aussi évidente dans l'article 28 de la Convention des Nations Unies Relative aux Droits des

Personnes Handicapées (voir Annexe 1). Au niveau national, elle est le résultat de la pression exercée par la société civile, y compris les OPH auprès du gouvernement, pour une amélioration progressive des politiques de protection sociale.
Dans ce contexte, la présente étude a voulu répondre à la question suivante : au regard des textes internationaux, **quels sont les points forts et les défis du système de protection sociale pour les personnes handicapées au Maroc** ? La réponse à cette question a pour objectif de contribuer aux efforts de plaidoyer des OPH locales, à la réorientation des politiques publiques et à la mise en œuvre de nouveaux services et programmes plus adéquats et conformes aux dispositions internationales, notamment dans cadre de l'opérationalisation de la CRDPH au Maroc. Pour y arriver, le projet s'est appuyé sur cinq grandes activités :

1. Une revue de la littérature sur la protection sociale, les droits humains et le handicap ;

2. Une analyse sur les lois, les politiques, les programmes de protection sociale des personnes handicapées existants au Maroc ;

3. L'application de questionnaires portant sur les conditions de vie et l'accès à des mécanismes de protection sociale des personnes handicapées de 12-45 ans au Maroc ;

4. La réalisation d'entretiens portant sur les expériences d'accès aux systèmes de protection sociale, notamment en ce qui concerne les barrières d'accès aux aides sociales et aux services de soutien des personnes handicapées de 12-45 ans au Maroc ;

5. La mise en place de groupes de discussion avec des familles ayant au moins une personne handicapée en leur sein, dans le but de connaître leur perception par rapport à la structure et au fonctionnement des systèmes de protection sociale et leur impact sur ces familles.

Cadre théorique

La vision traditionnelle des politiques de protection sociale se centre normalement autour de deux volets : les mesures d'assurance ou de sécurité sociale et les mesures d'assistance sociale. **L'assurance sociale** inclut des mécanismes de remplacement de revenus et d'accès à des soins de santé et d'autres services pour faire face à des pertes de revenus de courte durée (par exemple. la couverture maladie, maternité ou chômage) ou de longue durée (par exemple. les pensions d'invalidité ou de vieillesse), normalement financées sur la base de cotisations payées par le travailleur et par l'employeur (Bahle, Pfeifer & Wendt, 2010 ; Palmer, 2013 ; Silva, Levin & Morgandi, 2013 ; Tzannatos, 2002 ; UNESCO, 2011 ; Banque Mondiale , 2009). **L'assistance sociale**, quant à elle, inclut tous les programmes pris en charge par l'Etat ou par des organismes privés, à caractère non-contributif, qui visent à empêcher les personnes de tomber au-dessous du seuil de pauvreté ou à atténuer les effets conjugués d'exclusion sociale et économique de groupes vulnérables (OIT, 2008 ; ISSA, 2014 ; Silva, Levin & Morgandi, 2013 ; Palmer, 2013 ; SOLIDAR, 2013 ; Banque Mondiale, 2009). L'assistance sociale peut, donc, inclure des systèmes de transferts en espèces (par exemple. les allocations de solidarité) ou en nature (par exemple. les paniers de produits alimentaires), des subventions à la consommation (par exemple. les subventions de carburant), l'exemption de frais dans l'accès aux soins de santé pour des groupes non-assurés, l'accès subventionné aux transports publics et à d'autres services, le logement subventionné, parmi d'autres programmes (Bahle, Pfeifer & Wendt, 2010 ; Palmer, 2013 ; Silva, Levin & Morgandi, 2013 ; Tzannatos, 2002 ; UNESCO, 2011). Devereux et Sabates-Wheeler (2004) ont défendu que pour rompre les cercles vicieux de pauvreté et d'exclusion sociale, les politiques sociales devraient aller au-delà de ces visions restreintes de la protection sociale pour chercher à comprendre dans quelle mesure les politiques de protection sociale pourraient apporter de véritables effets transformateurs sur la société. Les auteurs ont proposé ainsi une définition conceptuelle et une définition opérationnelle de cette protection sociale transformatrice. Selon leur **définition conceptuelle**, la protection sociale pourrait être comprise comme « **Toutes les initiatives publiques ou privées qui engendrent des revenus ou des transferts d'argent à des fins de consommation pour les pauvres, qui assurent une protection contre les risques d'atteinte aux moyens d'existence et qui améliorent le statut social et les droits des marginalisés, avec le but général de réduire la vulnérabilité économique et sociale des groupes les plus pauvres, vulnérables et marginalisés** » (Devereux & Sabates-Wheeler, 2004: 9). Les auteurs ont proposé aussi une **définition opérationnelle** de protection sociale selon laquelle « **La protection sociale est l'ensemble d'initiatives, formelles et informelles, qui fournissent : assistance sociale aux individus et ménages en situation d'extrême pauvreté ; services sociaux pour des groupes avec des besoins spécifiques ou qui ne peuvent pas accéder à des services de base ; assurance sociale contre les chocs et les risques associés aux moyens d'existence ; et équité sociale pour protéger les personnes de risques sociaux comme la discrimination et l'abus** » (Devereux & Sabates-Wheeler, 2004: 9).
Le concept de protection sociale n'a cessé de gagner du terrain dans l'agenda de la politique sociale et du développement au niveau global, s'imposant ainsi par rapport à d'autres concepts, tel que le bien-être (**welfare**), jugés trop restreints pour rendre compte de la diversité d'approches et de points de développement des politiques sociales au niveau global (Deacon, 2005 ; Midgley, 2012, 2013). Des systèmes de protection sociale compréhensifs, efficaces

et inclusifs apportent des effets positifs à plusieurs niveaux : au niveau micro, ils contribuent à l'apport nutritionnel des bénéficiaires et de leurs ménages, à l'amélioration de l'accès à des soins de santé de base et au rendement scolaire ; au niveau méso, ils soutiennent par exemple la cohésion des familles et la participation des femmes dans le marché de travail ; au niveau macro, ils contribuent à la vitalité du marché de travail et au développement économique (OIT, 2008 ; ISSA, 2014 ; Silva, Levin & Morgandi, 2013 ; SOLIDAR, 2013).
Ces effets positifs sont encore plus évidents dans les foyers les plus vulnérables, comme ceux des personnes handicapées (Bonnel, 2004 ; ISSA, 2014 ; Silva, Levin & Morgandi, 2013 ; SOLIDAR, 2013 ; Banque Mondiale, 2009). En effet, de nombreuses études montrent que les politiques de protection sociale jouent un rôle clé pour assurer un niveau standard minimum de vie et de sécurité économique pour les personnes handicapées (Palmer, 2013 ; Schneider et al., 2011 ; Banque Mondiale, 2009) et ainsi favoriser la participation sociale des personnes handicapées. Le handicap étant le résultat « **d'incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables en interaction avec des barrières environnementales** » (CRDPH, art.1), pouvant se traduire dans la vie quotidienne des personnes handicapées par des situations de discrimination, de manque d'accessibilité, d'exclusion et d'inégalités (Palmer, 2013; Schneider et al., 2011 ; Banque Mondiale, 2009), il s'agit ainsi d'agir sur l'environnement social et physique pour assurer la pleine participation et l'exercice des droits des personnes handicapées. Pour être vraiment efficace, la protection sociale doit donc aller au-delà de visions restreintes basées seulement sur des mécanismes d'assurance et d'assistance sociale, pour inclure aussi des mesures plus larges de mise en place de services de soutien et de lutte contre la discrimination.

Ainsi, et suivant le modèle de Devereux & Sabates-Wheeler (2004), nous définissons **la protection sociale inclusive comme un système qui profite à tous, notamment aux personnes handicapées, intervenant sur plusieurs dimensions pour donner réalité aux droits humains et à la justice sociale et combattre les causes de la pauvreté et de l'exclusion sociale.** Dans le cadre de cette recherche, nous proposons un modèle opérationnel de protection sociale inclusive qui comprend quatre domaines interdépendants (cf. Figure 1), à savoir :

1. **L'assurance sociale**, qui comprend tous les mécanismes de remplacement de revenus et d'accès à des soins de santé et d'autres services financés sur la base de cotisations. Ceux-ci peuvent inclure des différentes couvertures de risques, ainsi que des mécanismes spécifiques de compensation du surcoût du handicap.

2. **L'assistance sociale,** qui inclut les programmes de protection sociale pris en charge par l'Etat ou par la société civile. Ceux-ci peuvent inclure des programmes d'accès à des aides financières et au système de santé pour les personnes handicapées en situation de vulnérabilité économique hors du système d'assurance sociale.

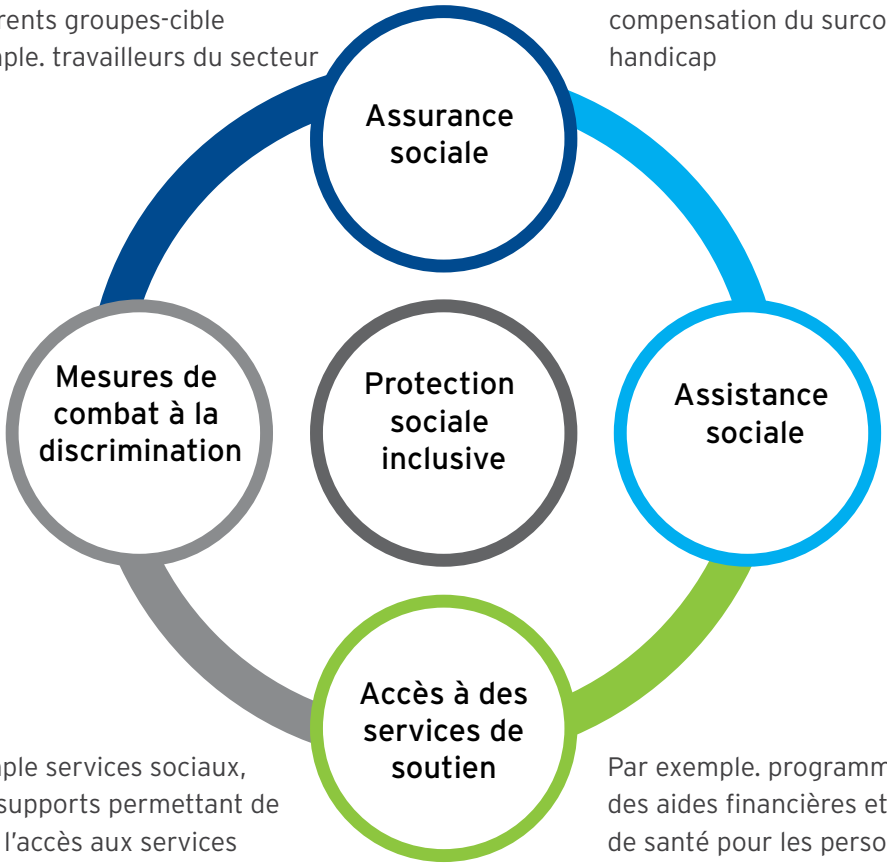
3. **L'accès à des services de soutien**,pour les personnes handicapées et autres groupes vulnérables tels que des services d'accès à l'éducation, de formation professionnelle, de réadaptation, ou tout autre domaine qui vise à faciliter l'accès des personnes handicapées à l'ensemble des droits fondamentaux (par exemple, le droit à la santé, à l'éducation ou à l'emploi) et à améliorer leur participation sociale. Les services sociaux sont des services de soutien particulièrement pertinents dans ce contexte.

4. **Les mesures de lutte contre la discrimination,** soit-ce par le biais de lois et de politiques anti-discrimination ou de mesures d'action positive, par exemple, la création de quotas pour accéder au marché du travail ou des actions de sensibilisation en lien avec le handicap.

Figure 1 : Modèle opérationnel pour une protection sociale inclusive

Par exemple. lois anti-discrimination, mesures d'action positive (par exemple. quotas pour accéder au marché du travail), actions de sensibilisation/formation dirigées vers différents groupes-cible (par exemple. travailleurs du secteur public)

Par exemple. couverture maladie, maternité, chômage, etc. ; mécanismes spécifiques de compensation du surcoût du handicap



Par exemple services sociaux, services supports permettant de favoriser l'accès aux services ordinaires

Par exemple. programmes d'accès à des aides financières et au système de santé pour les personnes handicapées en situation de vulnérabilité économique hors du système d'assurance sociale.

Méthodologie

Méthodologie

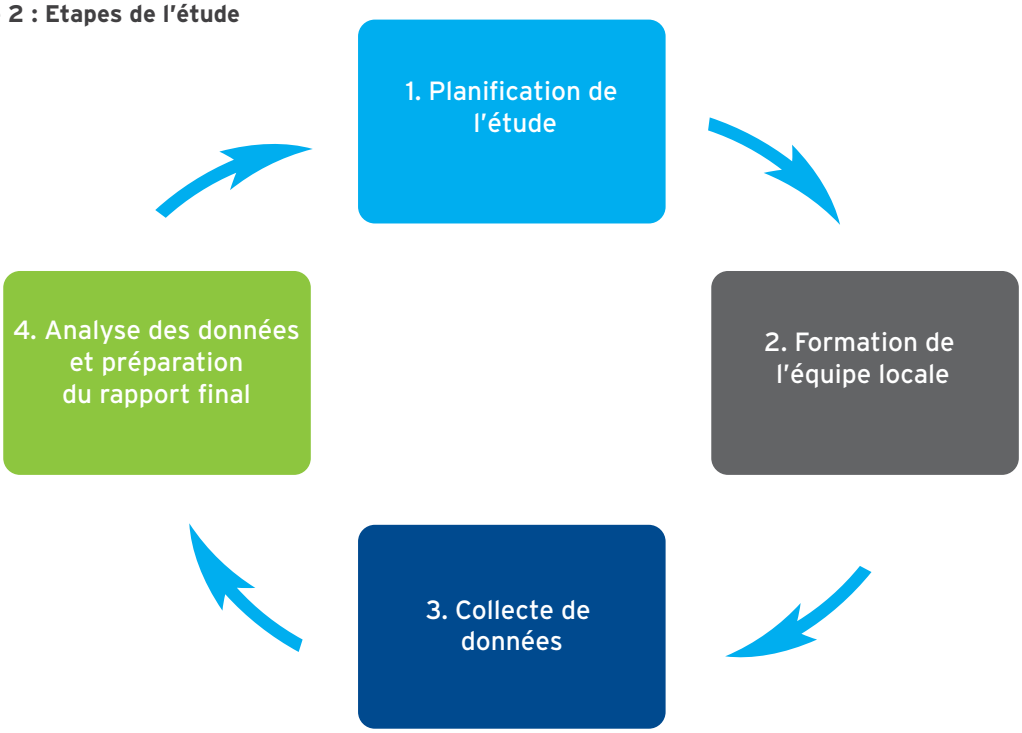
Cette étude s'inscrit dans le domaine de la **recherche appliquée** sur le handicap, puisqu'elle vise à répondre à un ensemble de préoccupations pratiques, identifiées avec les OPH locales face à l'actuelle conjoncture sociale, économique et politique au Maroc et aux défis qui se posent par rapport à la protection sociale des personnes handicapées.
La méthodologie adoptée a suivi les principes de l'approche méthodologique DRPI (Disability Rights Promotion International), notamment au niveau des outils adoptés et de l'importance centrale accordée à la participation et au renforcement des capacités des personnes handicapées et du mouvement associatif au niveau local (voir l'Annexe 2).

A

Les étapes de l'étude

L'étude s'est déroulée en quatre étapes, d'après le schéma suivant (cf. Figure 2) :

Figure 2 : Etapes de l'étude



1. Planification de l'étude

L'étape de la planification a démarré en décembre 2014, dans le cadre d'une réunion préparatoire entre les OPH partenaires du projet DECIDE, Handicap International et les chercheurs. Le but était de choisir une thématique de recherche commune aux trois pays. En tenant compte des objectifs du projet DECIDE et les enjeux internationaux, régionaux et nationaux, décrits ci-dessus dans l'introduction et le cadre théorique, l'accès à la protection sociale s'est avéré, à ce moment-là, le choix le plus pertinent. Pour mener cette étude, quatre outils de collecte de données ont été utilisés. Trois de ces outils ont été adaptés à partir des instruments de recherche DRPI en fonction de la thématique de recherche considérée – la grille d'analyse des lois, des politiques et des programmes, le guide de l'entretien individuel et le guide du focus group (Pinto, 2011 ; 2015). Le questionnaire, quant à lui, a été spécifiquement conçu pour cette recherche. Les OPH partenaires du projet DECIDE et Handicap International ont été consultés, à plusieurs reprises, dans le processus d'adaptation et d'élaboration des outils de recherche.

1. **Grille d'analyse des lois et politiques :** Cet outil a été utilisé pour obtenir des informations sur les droits des personnes handicapées existants dans les lois, les politiques et les programmesnationaux et plus précisément sur le droit à la protection sociale.
2. **Entretiens individuels :** entretiens ont porté sur les vécus personnels des personnes handicapées au cours des cinq dernières années, permettant de trouver des données importantes touchant les barrières qui empêchent l'accès aux aides sociales et aux services de soutien.
3. **Questionnaire :** Le questionnaire a été utilisé pour obtenir des données concernant le profil sociodémographique et socioéconomique des personnes interviewées, les aides sociales et les services dont elles ont bénéficié au cours des cinq dernières années, ainsi que leur

évaluation globale du système de protection sociale au Maroc.

4. **Focus group :** Le but de la réalisation du focus group fut de compléter et de croiser l'information recueillie dans les étapes précédentes, avec des informations spécifiques concernant le vécu des familles ayant au moins une personne handicapée en leur sein, en particulier les parents d'enfants handicapés ou d'adultesayant un handicap «lourd».

Dans le cadre de cette étude, des procédures d'échantillonnage non-aléatoire ont été utilisées pour définir, identifier et sélectionner les participants qui ont répondu aux entretiens et questionnaires, en partant des données statistiques disponibles sur le profil de la population-cible. Au total, 60 personnes ont participé à cette recherche âgés de 12 à 45 ans, ayant différents types de handicap, résidant en milieu urbain, périurbain ou rural dans la zone géographique de Rabat-Salé-Khemisset au Maroc.
Pour une description plus détaillée de la méthodologie adoptée et des procédures d'échantillonnage, voir l'Annexe 3.

2. Formation de l'équipe locale

La collecte de données a été menée directement par des équipes locales d'enquêteurs, eux-mêmes en situation de handicap. Tous les collaborateurs ont été sélectionnés en fonction de leur profil personnel, professionnel et académique. Suite à cette sélection, l'équipe locale a reçu une formation initiale intensive d'une semaine, réalisée au mois d'avril 2015. Cette formation a été complétée par des réunions hebdomadaires en articulation avec le processus de collecte de données entre le coordinateur local et l'équipe de chercheurs à l'Université de Lisbonne, entre les mois de mai et juin 2015. Une deuxième session de formation a eu lieu en septembre 2015, avec les collaborateurs chargés de la réalisation du focus group avec les familles. Cette formation a porté spécifiquement sur les techniques de dynamisation de focus groups. Les animateurs du focus group ont été choisis parmi des personnes qui avaient déjà collaboré dans le cadre du projet DECIDE, selon leur profil personnel et leur expérience préalable d'animation de focus groups.

3. Collecte de données

Le travail de collecte de données s'est déroulé entre les mois d'avril et de novembre 2015. La première étape de collecte de données a compris, d'une part, la réalisation d'entretiens et de questionnaires avec les personnes handicapées et, d'autre part, l'analyse des lois, politiques et programmes qui a eu lieu entre mai 2015 et mi-juin 2015. La deuxième étape de collecte de données s'est tenue en octobre 2015, avec la réalisation d'un focus group avec des parents d'enfants ou d'adultes handicapées.

Le processus de collecte de données a été construit et validé avec des personnes handicapées habitant dans les contextes de recherche, notamment l'équipe locale de recherche et les représentants des OPH au niveau local, afin d'assurer la contextualisation de l'information collectée tout en obéissant aux normes de rigueur scientifique, permettant ainsi d'obtenir des données probantes sur la thématique de recherche.

4. Analyse de données et préparation du rapport final

Le processus d'analyse de données s'est déroulé entre les mois d'octobre 2015 et mai 2016. Dans un premier temps, ce processus a consisté en l'analyse globale des lois, politiques et programmes de protection sociale au Maroc, dans le but de dresser un aperçu global du cadre politique marocain en matière de protection sociale, en particulier pour les personnes handicapées. Dans un second temps, a été réalisée l'analyse statistique des questionnaires et l'analyse de contenu des entretiens et du focus group, pour identifier les points forts et les barrières concernant l'accès à la protection sociale, à partir du vécu des personnes handicapées et de leurs familles. La préparation du rapport final a eu lieu entre les mois de mai et d'août 2016. Comme dans les étapes précédentes, la participation des partenaires locaux dans le processus d'analyse et de validation des résultats s'est avérée centrale pour assurer la qualité de la recherche. Cette participation s'est opérationnalisée par trois moments-clés de restitution et de discussion, notamment des ateliers de travail au cours des mois de septembre 2015, d'avril 2016 et de juillet 2016. Pour une information plus détaillée sur les procédures d'analyse des données, voir l'Annexe 3.

B

Les potentialités et les limites de l'étude

Cette recherche s'appuie sur la mise en place d'approches méthodologiques qualitatives et quantitatives comprenant la réalisation d'entretiens poussés et d'un focus group, l'application de questionnaires et l'analyse des lois et des politiques. La triangulation ou le croisement des données collectées, à partir de ces différentes méthodes, permet de réduire les biais inhérents à chacune d'entre elles et d'apporter une réponse plus complète à la question de recherche qui s'attache à identifier les points forts et les défis du système de protection sociale au Maroc pour les personnes handicapées. La démarche méthodologique pluraliste suivie constitue, ainsi, un des aspects forts de cette recherche.

Dans cette approche méthodologique, les méthodes qualitatives, qui ont permis la prise de parole des personnes handicapées et de leurs familles, prennent plus d'importance. En effet, elles permettent de mieux dégager les processus et les dynamiques sociales et contextuelles qui potentiellement créent des obstacles pour la réalisation du droit à la protection sociale. L'espace créé dans la recherche pour faire valoir ces voix, trop souvent réduites au silence ou même ignorées, est donc un autre point fort de la présente étude.

Toutefois, les méthodes qualitatives, puisqu'elles s'appuient sur des échantillons relativement réduits (60 personnes dans le cas de cette étude), réduisent leur possible généralisation au-delà des limites du groupe enquêté. Bien évidemment, la validité dans la recherche qualitative ne suit pas les critères statistiques qui s'appliquent pour la recherche quantitative.

Dans le cadre de la recherche qualitative, la validité dépend

- de la constitution d'un échantillon diversifié qui reprend les caractéristiques les plus importantes de la population cible, ce qui a été fait dans cette étude (voir l'annexe 3)
- de l'amplitude et de l'exactitude des résultats présentés, assurées ici par la mise en place de différentes méthodes,
- de la correcte interprétation de ces résultats, garantie par la validation qui a été faite à plusieurs reprises par les équipes locales constituées par des personnes handicapées, et
- de la vraisemblance des conclusions obtenues, reconnues comme telles par les sujets qui ont participé à l'étude et par les experts dans le domaine du l'handicap et corroborées par des études faites au préalable sur la même thématique.

Ainsi, bien que l'échantillon utilisé soit relativement restreint et pas statistiquement représentatif de la population handicapée marocaine, on peut dire que les conclusions apportées par cette étude développent de pertinentes et utiles connaissances sur les points forts et les défis du système de protection sociale au Maroc dans le domaine du handicap.

Résultats

A

Le cadre politique en matière de protection sociale : Analyse des lois, politiques et programmes

Dans la période qui a suivi son indépendance, le Maroc a parié fortement sur des politiques de développement et de libéralisation économique, ce qui a mis en second plan les politiques de développement social face aux préoccupations de croissance économique (CCDH et PNUD, 2010). Toutefois, depuis les années 1990 et 2000, les programmes sociaux prennent une place plus importante dans l'agenda politique, à travers la création d'un ensemble de structures nationales de soutien au développement (CCDH et PNUD, 2010) et de l'augmentation de la dépense publique concernant les programmes de développement humain, qui est passée de 39% en 1993 à 53% en 2009 (CCDH et PNUD, 2010). Cet investissement a eu des effets positifs sur différents indicateurs de développement concernant la population marocaine, notamment dans le domaine de la santé (CCDH et PNUD, 2010), mais aussi au niveau des indicateurs globaux de pauvreté (Royaume du Maroc, 2015). Cependant, ce progrès social n'a pas été vraiment équitable et certains groupes de la population, notamment les personnes handicapées[1] et la population rurale, ont continué à présenter des indicateurs préoccupants (Bakhshi et al., 2014 ; CCDH & PNUD, 2010 ; CESCR, 2015 ; CNDH, 2015a ; MSFFDS, 2015). La conscience croissante de ces inégalités a permis de lancer une réflexion nationale sur le besoin de promouvoir des programmes sociaux qui puissent aider à les corriger (MSFFDS, 2015 ; Royaume du Maroc, 2015). Récemment, le système de protection sociale au Maroc a connu des développements importants, comme l'introduction de la couverture du chômage et l'extension progressive du Régime d'Assistance Médicale (RAMED), un programme non contributif d'accès aux soins basiques de santé (ISSA, 2014).
Mais il est important de continuer à investir dans la révision et la restructuration du système de façon à permettre aux groupes les plus vulnérables l'accès à des mécanismes basiques de protection sociale. La pression internationale pour l'adoption de seuils minimums de protection sociale en accord avec la Recommandation 202 de l'Organisation Internationale du Travail sur les Socles de Protection Sociale (OIT, 2012), ainsi que les recommandations du Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH) et du Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) concernant la nouvelle Loi-cadre pour le Handicap (CESE, 2015a ; CNDH, 2015b) mettent à l'ordre du jour le débat sur la réforme de la protection sociale, dont la question d'une protection sociale plus inclusive. Cela vient renforcer l'importance de la réalisation d'études scientifiques actualisées concernant ces thèmes pour orienter ce processus de réformes (MSFFDS, 2015)[2] .

1 Des données récentes résultants de la 2ème Enquête Nationale sur le Handicap (MSFFDS, 2015) montrent que presque 97% des personnes handicapées enquêtées ne disposent d'aucun revenu propre et moins d'un tiers de ces personnes enquêtées (27%) ont une quelconque occupation, occasionnelle ou permanente, au moment de la réalisation de l'enquête, ce chiffre étant encore plus réduit pour les femmes (11,2%). En tenant compte de la relation existante entre la précarité du travail et la précarité en matière de protection sociale (CCDH et PNUD, 2010), on peut comprendre comment, selon la même enquête, deux tiers des personnes handicapées interviewées ne bénéficient d'aucun schéma de protection sociale et, même entre les personnes couvertes, presque deux tiers (60,8%) bénéficient d'un seul programme d'accès aux soins de santé de base non contributive, le RAMED (MSFFDS, 2015).

2 Ces recommandations présentent un ensemble de préoccupations relatives à la protection sociale des personnes handicapées, notamment concernant le manque de mécanismes de protection sociale qui permettent d'assurer à ces personnes l'accès à des seuils minimums de revenus ou le manque de dispositions légales qui renforcent les mécanismes de suivi et d'application des provisions qui existent déjà, notamment par rapport aux quotas pour l'embauche de personnes en situation de handicap (CESE, 2015, CNDH, 2015b).

La protection sociale des personnes handicapées au Maroc

Le Maroc a adopté quelques réformes politiques et législatives importantes concernant la protection sociale des personnes handicapées. Ces réformes sont encadrées par la Constitution de 2011 qui garantit, dans son préambule, la sauvegarde des droits des personnes handicapées, reconnaissant explicitement le principe de la non-discrimination basée sur le handicap et encourageant, dans l'Article 34, l'adoption de politiques et programmes de soutien à ces personnes. Les engagements assumés par le Maroc dans le domaine de la promotion et protection des personnes handicapées ont eu plusieurs répercussions notamment dans la stratégie du Pôle Social 4+4, élaboré par le Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social[3] (MSFFDS, 2015), dans le lancement du Fonds d'Appui à la Cohésion Sociale qui, en 2014, disposait d'un budget de 5,55 milliards de dirhams (Royaume du Maroc, 2015) et dans l'adoption de la nouvelle Loi-cadre 97-13, promulguée à travers le Dahir 1-16-52 du 27 avril 2016, qui vient réitérer les engagements assumés par le Maroc envers l'application de la CRDPH. Néanmoins, ces engagements manquent de réglementation spécifique et la participation de la société civile dans la discussion de ces démarches législatives n'est pas assez importante. Cela ne permet pas de connaître le contenu exact de ces provisions, leurs modalités d'application et les mécanismes de suivi de son application (CESE, 2015a ; CNDH, 2015b). Face à un processus de réglementation qui est en cours, il est bien possible que quelques-unes des dispositions relatives aux programmes de protection sociale des personnes handicapées au Maroc soient bientôt modifiées. Cela dit, nous présentons un bref résumé des principaux axes du système de protection sociale actuellement en place au Maroc.

3 Cette stratégie se fonde sur quatre axes stratégiques (Appui institutionnel et renforcement au pôle social ; Encadrement, accompagnement et structuration de l'action sociale ; Promotion de l'action de prise en charge et de solidarité ; Œuvrer pour la réalisation de l'équité, l'égalité et la justice sociale) et quatre axes d'appui (Production législative et réglementaire ; Communication et sensibilisation ; Suivi et audit ; Partenariat institutionnel et coopération internationale), afin d'accélérer la mise en œuvre du projet national de promotion des droits de l'Homme et de développement social durable et équitable (MSFFDS, 2015).

Assurance sociale (sécurité sociale)

Groupes éligibles et risques couverts

Le système de sécurité sociale au Maroc comprend les travailleurs du secteur public (couverts par la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale - CNOPS) et privé (par le biais de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale - CNSS) (CCDH et PNUD, 2010). Il contient les provisions de réponse à la grande majorité des risques de courte et longue durée, notamment la couverture maladie (quand celle-ci est de la responsabilité de l'employeur), maternité et chômage, de pair avec les pensions de vieillesse, d'invalidité et de réforme (US-SSA, 2015).

La Loi 65-00 sur la couverture médicale de base vient réglementer les mécanismes d'accès aux soins de santé, introduisant deux grands systèmes de santé : l'Assurance Médicale Obligatoire (AMO) (de base contributive) et ledit RAMED (de base non contributive) (Royaume du Maroc, 2013). Le régime de couverture médicale obligatoire (AMO) est accessible aux travailleurs et familles de travailleurs inscrits dans un système de sécurité sociale, couvrant les dépenses de santé, de réadaptation physique et fonctionnelle et les soins ambulatoires (CCDH et PNUD, 2010). Aujourd'hui, on estime que plus de 34% de la population est couverte par une assurance maladie, contrastant avec les 16,3% avant

l'introduction de l'AMO (Royaume du Maroc, 2013). Toutefois, le système continue à se heurter à d'importants obstacles quant à son élargissement, notamment la difficulté de faire respecter l'obligation de filiation dans le cas des entreprises privés, en particulier, en milieu rural (Royaume du Maroc, 2013).

Programmes spécifiques pour les personnes handicapées

Les travailleurs handicapées inscrits dans le système de sécurité sociale peuvent avoir accès à une pension d'invalidité correspondant à 50% de la moyenne de revenus pour les derniers 96 mois, à laquelle il faut ajouter 1% de la moyenne de revenus pour chaque période de 216 jours de travail, dépassant les 3 240 jours (US-SSA, 2015). La pension minimum correspond à 66,7% du salaire minimum national qui, actuellement, se situe dans les 2 566 dirhams (US-SSA, 2015).

De pair avec la pension d'invalidité, les personnes qui demandent le soutien de tierces personnes pour la réalisation de tâches quotidiennes pourront obtenir le paiement d'une subvention d'assistance permanente, correspondant à 10% de la valeur de la pension (US-SSA, 2015).

Le système d'assurance sociale marocain prévoit aussi la possibilité d'une allocation familiale de 200 dirhams par mois par enfant, et cela jusqu'au troisième enfant, avec une majoration de 36 dirhams par mois pour chaque enfant additionnel, jusqu'au maximum de six enfants. Ce soutien est normalement attribué à des enfants jusqu'à l'âge de 12 ans, mais n'a pas de limite d'âge dans le cas d'enfants handicapés, impliquant seulement le respect d'un ensemble de conditions d'éligibilité de la part du bénéficiaire (par exemple une période minimum de contributions antérieures et le revenu) (Royaume du Maroc, 2014, 2015 ; US-SSA, 2015).

Mais nous verrons plus tard dans les résultats de l'étude que ces mécanismes d'assurance sociale sont finalement peu accessibles aux personnes handicapées, du fait de leur exclusion du marché du travail.

Assistance sociale (solidarité sociale)

Garanties minimales d'accès aux soins de santé, de réhabilitation et aides techniques

Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) a été officiellement lancé en mars 2012, ayant en perspective l'élargissement de la couverture de santé de base à des populations économiquement démunies et sans accès à l'AMO (Royaume du Maroc, 2014). Reposant sur une logique de solidarité et d'assistance sociale, financée avec des ressources de l'Etat, de collectivités locales et de petites contributions des bénéficiaires, le RAMED permet l'exemption ou la réduction des coûts des soins de santé fournis par le réseau public (CCDH et PNUD, 2010 ; Royaume du Maroc, 2013, 2014).

Les personnes qui peuvent bénéficier de ce soutien sont celles qui se trouvent sans autre régime de couverture médicale et en situation économique précaire. Leurs conjoints et descendants en charge peuvent aussi prétendre au RAMED, sous les mêmes conditions, et sans limite d'âge dans le cas d'enfants handicapés (cf. l'Article 116) (CCDH et PNUD, 2010). L'accès à ce régime implique la présentation d'un dossier de candidature qui est évalué par une commission permanente constituée localement (cf. Article 12). Au vu de plusieurs critères de carence économique, les bénéficiaires du Régime d'Assistance Médicale sont classifiés selon deux niveaux de besoin économique : situation de pauvreté ou situation de vulnérabilité (cf. Article 25). Les bénéficiaires en situation de pauvreté sont exempts du paiement de la contribution partielle annuelle (cf. Article 27). Les communes concernées effectuent un

prélèvement de 40 dirhams par bénéficiaire par an, de façon à permettre l'inclusion dans le système d'assistance médicale des bénéficiaires en situation de pauvreté résidant dans leur zone territoriale (cf. Article 26).
Le financement public des coûts d'acquisition d'aides techniques par des personnes handicapées est intégré dans l'axe II du Fonds d'Appui à la Cohésion Sociale. Ce soutien est accessible pour les bénéficiaires des régimes contributifs (par exemple CNOPS et CNSS) et non contributifs (RAMED) de sécurité sociale (MSFFDS, 2016).

Mécanismes de protection de revenus
Le Maroc ne dispose pas, actuellement, d'un programme unifié de protection de revenu de base non contributive, sous forme de transferts monétaires, pour soutenir les besoins de base de citoyens en situation de forte vulnérabilité économique et sociale. Cela est particulièrement valable pour les personnes handicapées en situation de précarité économique, en dépit de quelques propositions de la part des partenaires sociaux pour la création d'un soutien financier minimum pour les cas de forte vulnérabilité (CESE, 2015a ; CNDH, 2015b). En effet, une recommandation récente du CESE (2015a) « constate qu'à ce jour il n'existe pas de mécanisme de compensation effectif, spécifique et harmonisé pour les personnes en situation de handicap au Maroc, et que l'accès de ces personnes aux dispositifs de protection sociale reste problématique. Sur cette base, le Conseil recommande l'opérationnalisation au profit des personnes en situation de handicap du Fonds de Cohésion sociale » (CESE, 2015a: 25). Cette recommandation suit celle du CNDH dans le sens d'introduire « au niveau de l'article 4 du projet de loi-cadre une disposition qui consacre le droit des personnes en situation de handicap, de leurs familles et des aidants familiaux à une prestation de compensation pour couvrir leurs besoins. Cette prestation devrait couvrir, de l'avis du Conseil, les besoins en aide humaine, technique ou animalière, aménagement du logement ou du véhicule, en fonction du projet de vie formulé par la personne en situation de handicap » (CNDH, 2015b : 8).
Cela étant, le Maroc a en marche quelques programmes d'assistance sociale qui comprennent des mécanismes de transferts financiers, comme le programme Tayssir. Celui-ci vise à soutenir la scolarisation d'enfants provenant de régions économiquement vulnérables sous forme de transferts financiers conditionnés (INDH, 2014). Le montant de ces transferts varie selon le niveau de scolarité, c'est-à dire de 60 dirhams par élève par mois (début de l'enseignement primaire) à 100 dirhams par mois (fin de l'enseignement primaire), avec un maximum de trois enfants par ménage (INDH, 2014).

Accès aux services de soutien

Le système de protection sociale au Maroc prévoit aussi un ensemble de structures de soutien aux personnes handicapées et à d'autres groupes vulnérables.
La Loi 14-05, promulguée à la suite du Dahir 1-06-154 du 22 novembre 2006, établit les normes de fonctionnement des établissements de protection sociale (EPS) ainsi qu'un ensemble de centres d'accueil pour personnes en situation de vulnérabilité et de précarité économique, notamment des enfants abandonnés, des femmes en situation d'abandon ou d'exclusion sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées sans réseau de soutien familial.

Ces centres d'accueil fournissent un ensemble de soins de logement, d'alimentation, de traitement médical et de services socio-éducatifs de nature temporaire ou permanente. En 2013, on comptait 94 établissements de protection

sociale au niveau national (Royaume du Maroc, 2013, 2014).

Selon des données de 2015, il y a au Maroc 764 institutions Dar Talib et Dar Taliba, avec un budget de 103 823 000 dirhams. Ces institutions donnent un soutien social et éducatif à des enfants de familles démunies qui habitent loin des établissements scolaires. Le but est de combattre l'abandon scolaire et le travail infantile et de promouvoir la scolarisation des filles, en particulier, celles des zones rurales (Royaume du Maroc, 2015). Pour soutenir le processus d'attribution des aides techniques aux personnes handicapées dans une situation de vulnérabilité économique, l'Axe IV du Fonds d'Appui à la Cohésion Sociale prévoit la création d'un ensemble de services régionaux ayant la responsabilité d'accueillir, d'orienter et d'accompagner les personnes handicapées dans leurs accès aux services locaux, au aides techniques et autres programmes de protection sociale (les Centres d'Orientation et d'Accompagnement des Personnes en situation de Handicap (COAPH)). Les subventions relatives à 2015 ont été allouées pour la création et la gestion de 16 COAPH sous le contrôle de l'Entraide Nationale. L'élargissement de ces centres est prévu dans les prochaines années à travers des processus de partenariat avec des associations, dont les conditions seront à définir dans l'avenir (MSFFDS, 2015, 2016).

Enfin, la Fondation Mohammed V pour la Solidarité, par le biais du Centre National Mohammed VI des Handicapés, à Salé, et des quatre sections régionales de la Fondation (Safi, Fès, Oujda et Marrakech), s'investit particulièrement dans la prestation d'un ensemble intégré de soutiens aux personnes handicapées, notamment dans la formation professionnelle, le soutien résidentiel, alimentaire, socio-éducatif, médico-social, entre autres. En 2015, ce soutien a concerné 7 176 bénéficiaires en consultations médicales, 3 212 en soins dentaires, 873 en activités éducatives, culturelles et artistiques, 1 279 en activités sportives, 115 en formations adaptées pour des personnes ayant un handicap intellectuel et 5 048 en activités de suivi social (FMVS, 2015).

Mesures de lutte contre la discrimination et mesures d'action positive

La législation marocaine interdit la discrimination basée sur le handicap. En effet, les Articles 431-1 et 431-4 du Code Pénal l'indiquent de façon explicite (Royaume du Maroc, 2014) et la Constitution de 2011 consacre le principe de l'interdiction et la lutte contre toutes formes de discrimination en fonction du handicap (Royaume du Maroc, 2015).
Le projet de Loi 79-14, adopté par le Conseil de Ministres, le 19 mars 2015, vise l'établissement d'une autorité nationale pour la promotion de l'égalité et la lutte contre la discrimination. Elle est chargée de recevoir et d'analyser des plaintes relatives à des situations de discrimination (Royaume du Maroc, 2015). Ce projet a fait l'objet d'un ensemble de recommandations, notamment du CESE. Elle a notamment proposé un réexamen de la mission de cette autorité, en vue de renforcer ses compétences d'investigation et ses façons d'agir sur les processus de plaintes, mais aussi en matière d'évaluation et de suivi des politiques de l'Etat et des institutions publiques (CESE, 2015b).
De manière à faciliter la participation sociale des personnes handicapées, la nouvelle Loi-cadre pour le Handicap prévoit des mesures d'action positive, par exemple des conditions préférentielles d'accès aux transports publics. La Loi 05-81 relative à la protection sociale des personnes aveugles et malvoyantes et la Loi 07-92 relative à la protection sociale des personnes

handicapées tiennent déjà compte de ces conditions préférentielles par l'attribution d'une carte spéciale, conférée par les structures administratives (MSFFDS, 2016). Toutefois cette mesure s'est heurtée à un ensemble de difficultés de mise en place, son fonctionnement s'en est trouvé suspendu. Actuellement, on attend le processus de réglementation de cette mesure de la nouvelle Loi-cadre (Royaume du Maroc, 2014). Il sera pertinent, en échange avec les OPH, de vérifier la pertinence des « avantages » proposés par cette carte pour effectivement améliorer la participation sociale des personnes handicapées, qui ne peut se réduire à une facilitation des déplacements en transports en commun. Le système de protection sociale au Maroc prévoit aussi des mesures d'action positive pour combattre l'exclusion des personnes handicapées dans le marché du travail, tel qu'un quota obligatoire de 7% de travailleurs handicapés dans la fonction publique (Royaume du Maroc, 2013). Cependant, l'application de cette disposition légale est très peu suivie, du fait notamment du peu de qualification des personnes handicapées en général, et du peu de mécanismes d'accompagnement des institutions à la mise en place de ce quota, que ce soit dans le recrutement ou dans le maintien dans l'emploi. L'éducation est obligatoire pour tous les enfants marocains de plus de six ans, avec un ensemble de pénalisations prévues pour son non-respect. Ainsi, le 14ième pilier de la Charte Nationale d'Éducation et de Formation plaide pour l'amélioration des conditions d'éducation et de suivi des enfants-adolescents handicapés, en vue de faciliter leur intégration scolaire (Royaume du Maroc, 2014). Cela dit, la promotion de la scolarisation obligatoire de tous les enfants, sans discrimination liée au handicap ou à un autre critère, se heurte à un ensemble d'obstacles comme le manque de personnel spécialisé, les difficultés d'adaptation des curricula scolaires et des instruments pédagogiques, le manque de structures de soutien ou la grande distance entre les écoles avec des classes intégrées et les zones de résidence des enfants handicapés (Royaume du Maroc, 2014). En vue de réduire quelques-uns de ces obstacles, en plus des soutiens mentionnés antérieurement concernant les transferts financiers par le biais du programme Tayssir ou des services fournis par les centres Dar Talib, quelques mesures complémentaires ont été mises en place, comme la distribution de cartables avec du matériel scolaire, des manuels scolaires et d'autres formes de soutien pour la scolarisation dans le cadre de l'initiative royale « Un million de cartables » (CCDH & PNUD, 2010 ; Royaume du Maroc, 2015). Ces initiatives ont été mises en place pour augmenter le nombre de bénéficiaires-étudiants. Ils étaient 430 800 en 2007-2008 et 3 914 949 en 2014-2015 (Royaume du Maroc, 2015).

B

L'accès à la protection sociale – le vécu des personnes handicapées et de leurs familles

Nous présentons, maintenant, les résultats concernant l'accès à la protection sociale, suite aux 60 entretiens et questionnaires menés avec des personnes handicapées âgées de 12 à 45 ans et au focus group mené avec des parents d'enfants handicapés ou de personnes ayant un handicap « lourd ». Ces résultats sont organisés selon quatre domaines d'analyse :

1. Profil sociodémographique des personnes interviewées
2. Conditions de vie
3. Couverture sociale
4. Satisfaction et barrières d'accès au système de protection sociale

Par impératif de synthèse, seulement les principaux résultats sont ici présentés. Ainsi, certaines informations contenues dans le questionnaire ne seront pas présentées en profondeur dans ce rapport, notamment dans le cas où le nombre de non-réponses a été très important. Il faut aussi mentionner que toutes les questions du questionnaire ont été analysées en fonction des variables sociodémographiques considérées dans les quotas d'échantillonnage – le type de handicap, le genre, le groupe d'âge et le contexte. Toutefois, les effets de ces variables ne seront mentionnés que dans les cas où ceux-ci se sont avérés statistiquement significatifs[4]. Concernant les entretiens et le focus group, les principaux points indiqués participants ont été illustrés par des extraits d' entretiens, qui ont permis de « donner la parole » aux sujets de la recherche.

Profil sociodémographique des personnes interviewées

On peut constater par l'analyse des Figures 3-6 que la distribution des personnes interviewées a respecté les quotas établis au moment de l'échantillonnage, avec une distribution équilibrée en fonction du sexe, de l'âge, du type de handicap et de la région des participants.

Figure 3 : Distribution des personnes interviewées par sexe (% ; N=60)

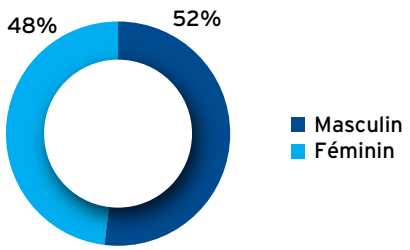


Figure 4 : Distribution des personnes interviewées par groupe d'âge (% ; N=60)

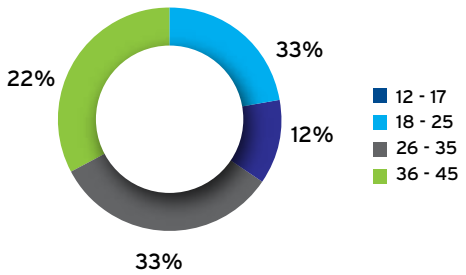
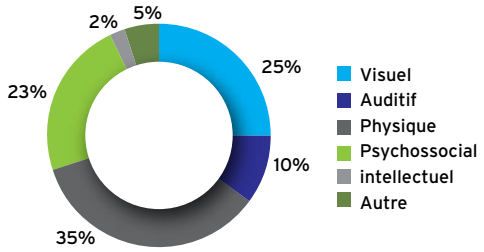


Figure 5 : Distribution des personnes interviewées par type de handicap (%; N=60)



4 Test d'indépendance $\chi 2$; test-T pour échantillons indépendants ; analyse de la variance ANOVA

Figure 6 : Distribution des personnes interviewées par région (% ; N=60)

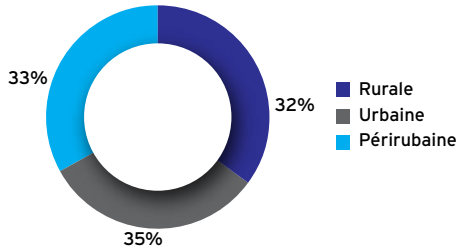
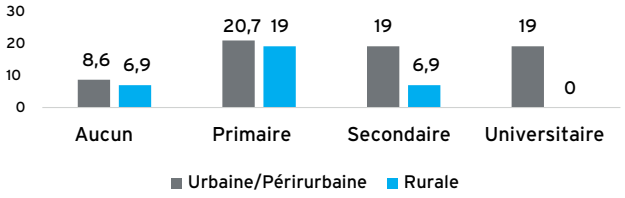


Figure 7 : Niveau d'éducation des personnes interviewées par région (% ; N=58)



Concernant le statut marital des personnes interviewées, 75% des personnes handicapées interrogées sont célibataires, 17% mariées, 8% divorcées au moment de l'enquête.
Concernant le niveau d'éducation des personnes interviewées, 40% ont suivi l'enseignement primaire, 26% l'enseignement secondaire et 19% un cursus universitaire. 3% des personnes interviewées ont un autre type de formation et 15% n'ont aucun niveau d'éducation complet. Le niveau d'éducation révèle des différences importantes selon le contexte de résidence des personnes interviewées. On constate un niveau plus élevés de scolarisation chez les personnes qui habitent en contexte urbain et périurbain, quand on compare avec celles qui habitent en contexte rural (cf. Figure 7).

Concernant l'occupation professionnelle, la grande partie des personnes interviewées est au chômage au moment de l'enquête (51,7%) et seulement 8,6% ont une situation d'emploi stable (salariés).

Conditions de vie

Les données recueillies montrent que la plupart des personnes handicapées au Maroc font face à des besoins économiques très significatifs (cf. Figures 8 et 9). En effet, au moment de l'enquête, la plus grande partie des personnes interviewées (66,7%) n'a aucun revenu individuel : aucun salaire, pas d'allocations, d'aides sociales ou d'autres sources de revenus. Quand on considère le revenu global du ménage, on constate parmi les ménages qui perçoivent un revenu que 52,9% des ménages disposent d'un revenu mensuel inférieur à 1 500 dirhams par mois, 19,6% d'un revenu entre 1 500 et 2 500 dirhams par mois et seulement 27,5% d'un revenu supérieur à 2 500 dirhams par mois. Pour rappel, le salaire minimum moyen au Maroc est de 2 566 dirhams.

Figure 8 : Niveau de revenus individuel mensuel (% ; N=60)

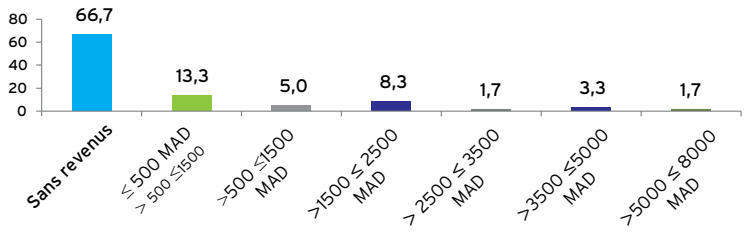
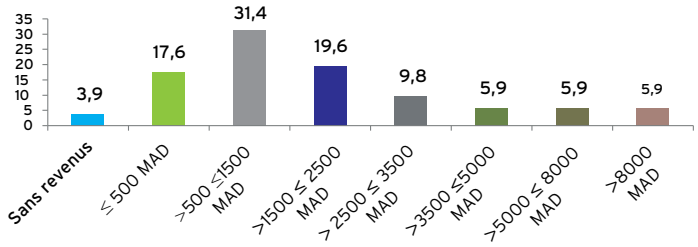


Figure 9 : Niveau de revenus mensuel du ménage (% ; N=51)



La seule donnée statistiquement significative par rapport à l'influence des variables sociodémographiques sur le de revenus des personnes handicapées est celle qui considère la région des personnes interviewées. En effet, si l'on fait la comparaison entre les personnes sans aucun revenu individuel ou avec un revenu quelconque, indépendamment du montant mensuel de ce revenu (cf. Figure 10), on constate que les personnes handicapées en contexte rural et périurbain sont dans une situation encore plus vulnérable que les personnes en contexte urbain par rapport à leur sécurité économique. 84,2% des personnes handicapées en contexte rural et 80,0% des personnes handicapées en contexte périurbain ne disposent d'aucun revenu individuel, contre seulement 38,1% des personnes handicapées vivant en contexte urbain.

Concernant les conditions de logement, presque toutes les personnes interviewées ont accès à l'eau potable (100%), à l'électricité (98,2%) et à des installations sanitaires à l'intérieur du logement (96,4%), mais seulement 10,7% ont accès au gaz. Par rapport à la distance moyenne entre le logement et les différents services publics, on peut constater des différences significatives en fonction du contexte de résidence. En effet, si l'on regroupe les réponses des personnes interviewées qui habitent en contexte urbain et périurbain, on constate des différences significatives par rapport aux personnes interviewées qui habitent en contexte rural concernant la distance jusqu'au centre-ville et jusqu'au centre de soins le plus proche. En contexte rural ceux-ci se trouvent plus éloignés des zones de résidence des personnes interviewées (cf. Figure 11).

Figure 10 : Niveau de revenus mensuel individuel par région de la personne interviewée (% ; N=54)
Différence significative $\chi 2$ (2, N=60)=11,946 p=,003

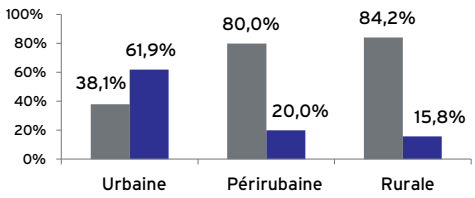
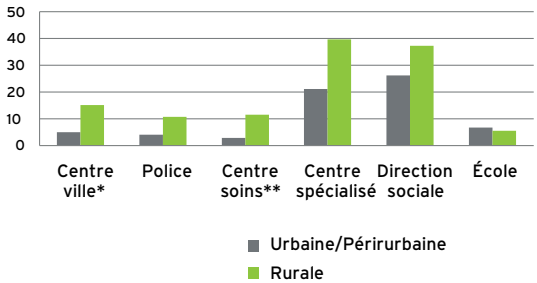


Figure 11 : Distance moyenne jusqu'au centre-ville, police, centre de soins, centre d'éducation spécialisée, direction sociale ou école plus proches par région de résidence (Km)



*Différence significative : Centre-ville [t (51) = -2,913, p=,005]
** Différence significative : Centre de soins [t (45) = -2,214, p=,032]

Niveaux de couverture sociale

Concernant la couverture de sécurité sociale (cf. Figure 12 et 13), moins d'un quart (23%) des personnes interviewées est couvert par un système de sécurité sociale, ce qui atteste un niveau très bas de protection sociale parmi les personnes handicapées interrogées. Parmi ces dernières, 57% sont assurées directement et 43% par le biais d'un membre de la famille.

Figure 12 : Taux de personnes interviewées couvertes par un système de sécurité sociale public (% ; N=60)

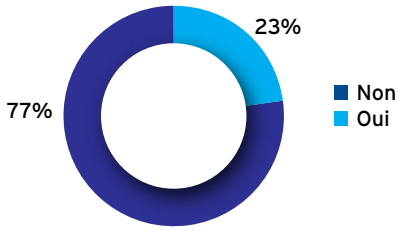
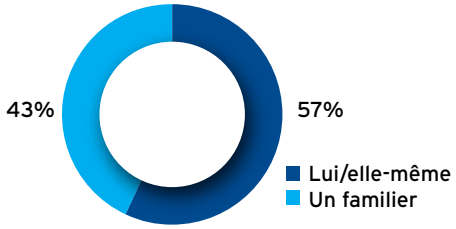
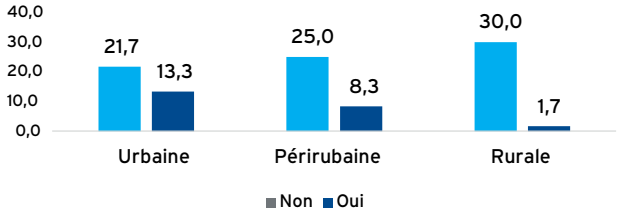


Figure 13 : Bénéficiaire directe du système de sécurité sociale public (%; N=14 qui correspondent aux 23% de personnes interviewées qui ont répondu 'Oui' à la question précédente, cf. Figure 15)



Les résultats montrent aussi des inégalités importantes au niveau régional. En effet, les personnes interviewées qui habitent en contexte périurbain et surtout en contexte rural ont des niveaux de couverture de sécurité sociale encore plus faibles que ceux qui habitent en contexte urbain(cf.Figure 14).

Figure 14 : Taux de personnes interviewées couvertes par un système de sécurité sociale public par région de résidence (% ; N=60)



En dépit du fait que la règlementation concernant les « cartes de handicap » soit en phase de révision, 50% des personnes interviewées affirment avoir une « carte de handicap » (cf. Figure 15) et la majorité de ces personnes interviewées l'utilise encore pour accéder aux services de transport public (76,9%) (cf. Figure 16).

Figure 15 : Taux de participants qui possède une carte de handicap (N=60 ; %)

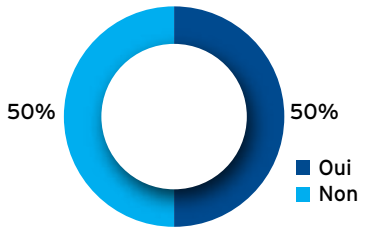
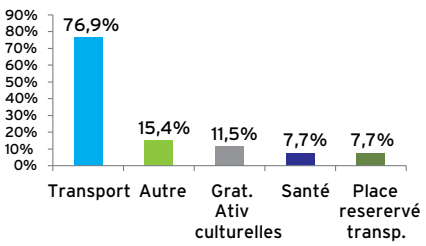


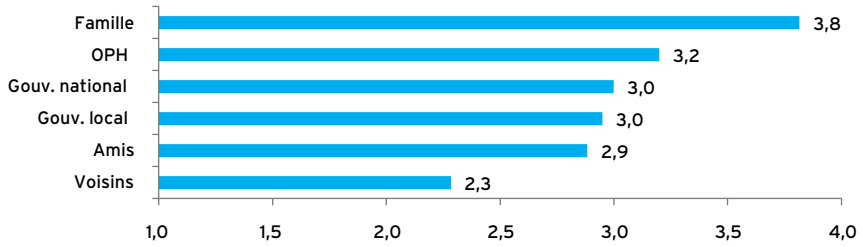
Figure 16 : Utilisation de la carte de handicap (N=30 ; %)



Concernant la perception des personnes interviewées par rapport aux réseaux, aux acteurs sociaux et aux institutions les plus importants pour subvenir à leurs besoins de sécurité économique et de protection sociale, que l'on a mesurée par une échelle de quatre points, où 1 signifie – Pas important et 4 – Très important, l'analyse des réponses (cf. Figure 17) montre que la famille demeure la structure de soutien la plus importante pour les personnes handicapées. C'est ce que montre une moyenne de réponse de 3,8. Elle est suivie par les organisations de personnes handicapées (3,2), par le gouvernement national et le gouvernement local (3,0), par les amis (2,9) et par les voisins (2,3).

Enfin, par rapport à l'importance qu'ils attribuent aux aides sociales et aux services de soutien pour subvenir à leur besoins, une grande partie des personnes interviewées considèrent ceux-ci très importants (83,3%) ou importants (10,0%), ce qui vient renforcer l'importance de l'investissement public dans ce domaine.

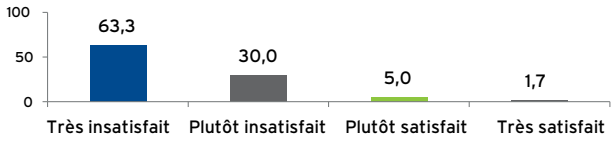
Figure 17 : Réseaux, acteurs ou institutions plus importants pour aider à subvenir à leur besoins de protection sociale (N=60 ; moyenne sur une échelle de quatre points où 1 – Pas important et 4 – Très important)



Satisfaction et barrières dans l'accès à la protection sociale

L'étude a voulu aussi recueillir l'opinion des personnes interviewées sur l'ensemble du système de protection sociale au Maroc. Les résultats obtenus montrent que **presque toutes les personnes interviewées (93,3%) sont insatisfaits du système de protection sociale actuel**, dont 63,3% très insatisfaits et 30,0% plutôt insatisfaits (cf. Figure 18).

Figure 18 : Degré de satisfaction avec l'ensemble du système de protection sociale au Maroc (% ; N=60)



Concernant le degré d'accessibilité de l'ensemble des aides et des services sociaux existants, la presque totalité des personnes interviewées (96,7%) considère les aides et les services sociaux existants inaccessibles (pour 61,7% très inaccessibles et pour 35,0% plutôt inaccessibles).
L'analyse des personnes interviewées avec les personnes handicapées et du focus group avec les parents a permis de compléter cette perspective, en fournissant des indices importants par rapport aux barrières les plus importantes concernant l'accès aux aides sociales et services de soutien :

1.Manque de sécurité économique et de moyens financiers pour faire face aux besoins fondamentaux

L'un des aspects les plus mentionnés par les personnes handicapées et par les parents interviewés est la **vulnérabilité économique à laquelle font face les personnes handicapées et leurs familles** au Maroc. Cette vulnérabilité est **d'autant plus visible dans le cas des personnes qui n'ont pas accès à d'autres sources de revenu**, c'est-à-dire qui n'ont pas d'emploi (en raison de leur niveau d'incapacité ou de barrières dans l'accès au marché du travail), ni aux programmes de protection sociale. **Le revenu reste donc clairement insuffisant pour leur permettre de faire face à des besoins essentiels, notamment en matière d'alimentation, de vêtements, de santé et de logement adéquats**, comme on peut le voir dans les exemples suivants :

Ça fait 12 ans que je suis dans la situation d'un mendiant. (...) Comme vous voyez ma famille est pauvre (...) je veux aussi bénéficier d'aides sociales, mais elles ne sont pas disponibles pour nous...
[Vous sentez que vous êtes exclu dans la société ?]
Oui, trop ! On ne bénéficie de rien... (AF.MA.SU.D.08)

J'ai senti une non-appartenance à ce pays (...) S'ils ne veulent pas de nous, si le pays n'est pas capable de nous prendre en charge qu'on nous le fasse savoir, et qu'on nous fasse sortir de ce pays, mais nous priver du simple droit minimum qui est de la couverture sociale, non, nous on ne demande que le minimum ! (...) On ne demande que le minimum pour avoir une vie saine et décente ! (AF.MA.KR.B.06) Le meilleur jour pour moi parce que c'est le jour où je donne quelque chose à la famille (...) Mon fils a un pantalon qu'il met 6 mois,

l'autre fils a une chaussure déchirée, ce qui me gêne beaucoup et me pousse parfois à penser à me suicider.
(AF.MA.KR.C08)

Ce manque de sécurité économique contribue, d'ailleurs, à perpétuer des **relations de dépendance** vis-à-vis de la famille d'origine ou de bienfaiteurs :

Pour que tu prennes ton indépendance il faut que tu aies les moyens - une personne handicapée qui n'a même pas de quoi dîner, comment peut-elle prendre son indépendance toute seule ?! (AF. MA.KP.A.01)

Les parents soulignent aussi l'**absence de réponses de prise en charge spécialisée pour les enfants et adultes avec des handicaps « lourds »**, ce qui oblige les parents à assurer eux-mêmes cette prise en charge, renforçant le surcoût du handicap sur ces ménages.

2. Barrières bureaucratiques et longues périodes d'attente pour arriver à bénéficier d'aides sociales et de services de soutien

Les récits recueillis insistent sur les difficultés d'accès aux programmes et aux services sociaux en raison des **procédures très bureaucratiques** des organismes publics **qui obligent souvent à plusieurs « allers-retours », qui sont encore plus compliqués pour les personnes handicapées face aux contraintes de mobilité** qui leur sont imposées par un environnement plutôt inaccessible :

J'ai déposé une demande à la préfecture (...) on m'a appelé quelque temps après et j'ai vu le Pacha qui me demande de me diriger vers la préfecture. À la préfecture on me dit qu'ils ne sont plus responsables de mon dossier et qu'il faut aller à la municipalité... Que du va et vient !
(AF.MA.KR.B.06)

Les heures d'attente sont insupportables, de 9h, jusqu'à 13h pour attendre l'arrivée d'un responsable afin de régler ce que l'on a à régler (...) mais finalement on ne me donne rien du tout !
(AF.MA.SU.D.05)

3. Manque d'accessibilité des services sociaux

Les personnes handicapées et les parents interviewés rendent compte d'un **manque d'accessibilité physique des services sociaux,** ce qui pose d'importants obstacles à l'utilisation de ces services :

Là où je vais j'ai le même problème - aucune accessibilité ! Des fois les portes des bureaux sont tellement étroites que je n'arrive pas à y accéder (...) Je reste souvent dehors et c'est à quelqu'un d'autre de te ramener ce que tu es venu chercher.
(AF.MA.KP.A.08)

Toutes les administrations ou établissements ont des escaliers, on souffre beaucoup ! Si tu as besoin de quelque chose tu restes en bas et tu demandes à un citoyen de t'apporter les papiers du bureau en haut...
(AF.MA.KP.E.11)

En milieu rural (Khemisset), en plus du manque d'accessibilité, les personnes interviewées mentionnent **l'insuffisance de services sociaux de proximité et l'absence de services spécialisés**, ce qui oblige des déplacements importants pour bénéficier de ces services :

[Il n'y a pas un centre pour les handicapés mentaux ?] Il faut aller à Rabat.
[Tu n'as pas les moyens pour aller à Rabat ?]
Je n'ai pas les moyens même pour circuler à Khemisset, comment pourrais-je aller à Rabat?!
(AF.MA.KR.D.09)

Nous sommes loin ici, il n'y a pas d'associations. La ville est loin de nous et donc les associations sont loin aussi. Quand nous faisons des demandes [pour accéder à des aides et programmes sociaux] on dit qu'il n'y en a pas.
(AF.MA.KR.E.07)

4. Manque de respect des différences au niveau de l'accueil et d'accompagnement dans les services publics

Les personnes handicapées et les parents interviewés évoquent plusieurs barrières concernant l'accueil et l'accompagnement dans les services publics.
D'abord, **un manque de respect pour la priorité à l'accueil** :

Quand tu vas demander un document en tant que handicapé, tu te trouves à faire la queue comme une personne valide.
(AF.MA.TP.A.11)

Les personnes interviewées ayant un handicap auditif mettent en évidence des **problèmes de communication au niveau des services, notamment l'absence de professionnels qui maîtrisent la langue des signes** ou qui font un effort pour arriver à comprendre les requêtes des personnes sourdes ou malentendantes :

Tu n'as pas d'autonomie pour y aller [aux services sociaux] toute seule?
C'est à cause des autres (...) Les personnes ne comprennent pas la langue des signes. J'ai besoin d'un traducteur.
(AF.MA.KR.D.12)

5. Manque d'information concernant les programmes existants au profit des personnes handicapées et les procédures d'accès à ces programmes, ce qui peut créer des malentendus ou même une exclusion de l'accès à ces services :

Ce manque d'information se reflète par exemple dans les procédures d'accès au RAMED :

J'ai rassemblé tous mes papiers pour déposer mon dossier afin de l'avoir. On m'a dit que pour le RAMED je vais payer 2400 centimes par an (...) Je lui ai dit que je n'avais pas 120 dirhams, elle m'a dit qu'elle ne pouvait rien pour moi. (...) Elle m'a dit qu'il fallait au début déposer une attestation que tu es dans le besoin. Je lui ai dit que tous les papiers qu'on m'a demandé de rapporter au début, je les ai rapportés. Quand je suis rentrée chez le Caîd (...) il m'a dit qu'il ne pouvait rien pour moi et qu'il fallait que je contacte les personnes responsables de la carte RAMED, c'est eux qui peuvent résoudre ce problème ou il faut que tu refasses la procédure dès le début dans la catégorie des personnes nécessiteuses afin que tu puisses recevoir ta carte gratuitement...(AF.MA.RR.E.05)

On identifie aussi des malentendus par rapport à **la validité et aux bénéfices actuels octroyés par les « cartes de handicap** ». En effet, même si les bénéfices octroyés par les « cartes de handicap » ne sont pas valables actuellement (jusqu'à ce que ce processus fasse objet d'une nouvelle réglementation), plusieurs personnes interviewées croient que ces cartes sont encore valables, ce qui crée des malentendus avec les chauffeurs et contrôleurs qui ne prennent pas non plus le temps de leur expliquer la situation.

6.Interactions avec d'autres domaines

Au-delà de ces barrières, directement liées à l'interaction des personnes interviewées avec les services sociaux, on peut encore identifier à partir du discours des personnes interviewées un nombre d'obstacles concernant la vie familiale, la santé, l'éducation et l'emploi, avec des conséquences importantes au niveau de l'accès à la protection sociale, qui s'encadrent dans la logique de protection sociale inclusive énoncée dans le Cadre Théorique.

Barrières au niveau de la vie familiale

La barrière la plus mentionnée par les personnes handicapées interviewées au niveau de l'intimité et de la vie familiale concerne **le manque d'autonomie financière et le sentiment « d'être un fardeau** » pour sa famille. Cette question est plus visible dans le cas des personnes handicapées qui ne travaillent pas et qui n'ont aucune source de revenu (par exemple des aides sociales), et qui restent ainsi dépendants de leurs familles pour pouvoir subvenir à leurs besoins de base.

Barrières au niveau de la santé

Les barrières les plus mentionnées par les personnes handicapées et par les parents à l'égard de l'accès à la santé concernent les problèmes pour arriver à bénéficier d'un bon accueil et de soins de santé adéquats à leurs besoins. D'abord, concernant l'accueil, les personnes interviewées mentionnent les **longues périodes d'attente et le manque de respect quant à la priorité** dans plusieurs services de santé. Au niveau des soins, les problèmes concernent **le manque de soins adéquats à leur type de déficience**. Ces barrières sont d'ailleurs renforcées par des facteurs économiques. Selon plusieurs personnes interviewées, leur situation économique ne leur permet pas de trouver des alternatives de traitement médical privé quand ils n'arrivent pas à bénéficier des soins, des médicaments ou des aides techniques dans le secteur public. Enfin, les personnes interviewées soulignent les problèmes pour trouver des établissements de santé accessibles en milieu rural.

Barrières au niveau de l'éducation

Les barrières les plus mentionnées par les personnes handicapées interviewées au niveau de l'accès à l'éducation concernent **le manque de respect des différences en milieu scolaire**, comme subir des commentaires négatifs de la part de camarades ou d'enseignants concernant leur handicap, le manque d'adaptation raisonnable au niveau des procédures et des évaluations éducatives, mentionné surtout par des élèves ayant un handicap auditif ou visuel, ou encore le manque d'accessibilité physique dans les établissements scolaires. Le manque d'établissements éducatifs adaptés aux besoins des élèves sourds en milieu rural est aussi mis en évidence. Pour leur part, les parents soulignent l'**absence de réponses éducatives adaptées aux besoins de leurs enfants** (par exemple le manque de réponses de prise en charge pour des enfants et des adultes ayant des handicaps « lourds » ; le manque de préparation des enseignants qui n'ont souvent pas reçu de sensibilisation et/ou de formation sur l'éducation inclusive, le

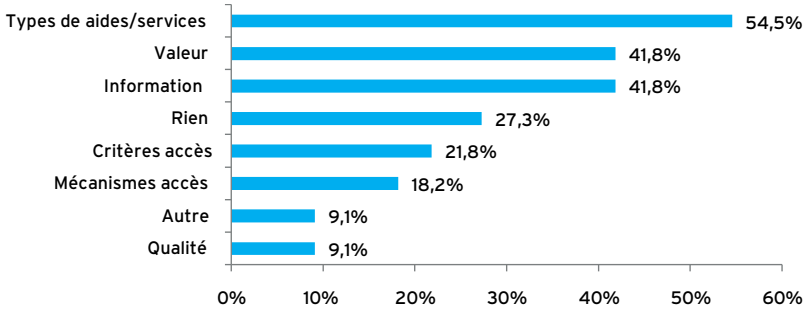
manque d'adaptation des stratégies pédagogiques aux besoins de chaque enfant). Cette situation amène plusieurs parents à choisir des réponses de prise en charge privée, ce qui crée une pression économique considérable sur les familles avec des ayants droit handicapés.

Barrières au niveau de l'emploi

Le problème le plus mentionné au niveau de l'emploi concerne **le sentiment d'être vu comme « incapable » et de subir par conséquent des situations de discrimination, voire même d'exclusion quant à l'accès au marché du travail** en raison du handicap. Cette discrimination se trouve aussi au niveau des conditions travail. Quelques personnes interviewées mentionnent des différences de paiement, d'horaires de travail et dans les tâches à accomplir face à des collègues avec des fonctions similaires, mais qui ne sont pas handicapés. Des attitudes négatives de la part de certains collègues ou superviseurs sont aussi mentionnées.

Face à ces barrières, par rapport aux principaux aspects à améliorer dans le fonctionnement du système de protection sociale au Maroc (cf. Figure 19), les personnes interviewées identifient le type d'aides et de services offerts par l'État (54,5%), le montant des aides octroyées (41,8%) et l'information sur les programmes existants (41,8%).

Figure19 : Aspects à améliorer dans le système de protection sociale au Maroc (% ; N=60)



Conclusions et recommandations

Récemment, le Maroc a adopté des mesures intéressantes pour promouvoir la protection sociale des groupes les plus démunis. Au niveau législatif et de l'agenda politique, ces efforts se sont matérialisés par des réformes politiques et législatives concernant la protection sociale des personnes handicapées (MSFFDS, 2015 ; Royaume du Maroc, 2015). Au niveau des politiques et programmes de protection sociale, il faut souligner l'expansion et la consolidation du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) et du programme de transferts financiers conditionnels Tayssir, ainsi que le développement d'un réseau de structures de soutien au niveau résidentiel, éducatif ou médico-social pour les personnes handicapées (FMVS, 2015 ; Royaume du Maroc, 2013, 2014, 2015). Toutefois, ces mesures n'arrivent pas à inverser les tendances d'exclusion, qui touchent particulièrement les personnes handicapées (Bakhshi et al., 2014 ; CNDH, 2015a ; MSFFDS, 2015), une vulnérabilité que les résultats de cette recherche mettent à nouveau en évidence. En effet, les données collectées à partir des questionnaires montrent que seulement 8,6% des personnes interviewées ont une situation d'emploi stable, une grande partie (66,7%) ne dispose d'aucun revenu individuel, et moins d'un quart (23%) est couvert par un sous-système d'assurance sociale. En prenant en compte les difficultés d'insertion dans le monde du travail et les coûts accrus, souvent liés au handicap, ces résultats montrent bien l'insécurité économique qui caractérise les personnes handicapées et leurs familles au Maroc. Cette vulnérabilité est encore plus préoccupante dans le cas des personnes handicapées qui habitent en contexte périurbain et rural, puisqu'ils font face à des niveaux de couverture d'assurance sociale encore plus faibles (13,3% des personnes interviewées sont couverts par un système de sécurité sociale en contexte urbain contre 8,3% en contexte périurbain et seulement 1,7% en contexte rural).

Face à ces vulnérabilités, un système efficace de protection sociale qui permet d'assurer des seuils minimums de sécurité économique ainsi que l'accès aux services de soutien de base s'avère fondamental, notamment pour réduire les inégalités et pour promouvoir l'inclusion sociale des personnes handicapées. Une réflexion sur la structure et la mise en place des politiques et programmes actuels de protection sociale des personnes handicapées s'impose. Cette étude apporte quelques données importantes à ce propos. Ainsi, en reprenant le modèle de protection sociale inclusive présenté au début, voici en résumé les principales conclusions de la recherche :

Assurance Sociale

Points forts

Le Maroc a fait des efforts pour élargir de façon progressive la couverture de sécurité sociale, non seulement au niveau de l'augmentation du nombre de bénéficiaires des deux sous-systèmes principaux d'assurance sociale, le CNOPS et le CNSS (ISSA, 2014 ; US-SSA, 2015), mais aussi au niveau du renforcement de l'assurance médicale (Royaume du Maroc, 2013), et de l'introduction d'une assurance pour couvrir le risque du chômage (US-SSA, 2015). La protection spécifique dans le cadre du handicap comprend une pension d'invalidité, disponible pour les travailleurs handicapés inscrits dans le système d'assurance sociale, mais aussi des compléments dans les allocations familiales et une prestation d'aide constante pour les bénéficiaires qui ont besoin d'aide permanente.

Défis

Les résultats des questionnaires et des entretiens soulignent des difficultés importantes pour accéder au marché du travail, qui sont visibles dans le faible

pourcentage de personnes interviewées qui ont accès à un emploi stable (8,6%), ce qui leur permettrait d'accéder aux systèmes d'assurance sociale de base contributive. Ceci aide à expliquer le taux très réduit de couverture de sécurité sociale parmi les personnes interviewées, laissant les personnes handicapées particulièrement vulnérables et dépendantes de mécanismes publics ou privés d'assistance sociale pour subvenir à leurs besoins fondamentaux.

Recommandations

- Renforcer les mécanismes d'assurance sociale au profit des personnes handicapées, notamment la prestation d'aide constante et allocations familiales ;
- Mettre en marche un ensemble de mesures politiques visant l'amélioration progressive du taux de couverture sociale parmi les personnes handicapées au Maroc, qui demeure très faible. Pour cela, il faut forcément adopter une stratégie multidimensionnelle, qui intègre des mesures de promotion de l'insertion de personnes handicapées dans le marché du travail (en lien avec les Mesures de lutte contre la discrimination) ;
- Renforcer, dans le cadre d'une approche systémique, les programmes favorisant l'accès à l'éducation et à la formation professionnelles pour les enfants, jeunes et adultes handicapés afin d'améliorer leur niveau de qualification et donc en partie leur employabilité.

Assistance sociale

Points forts

L'introduction et l'expansion du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) a permis de combler une lacune très importante dans la protection sociale des groupes non contributifs en situation de vulnérabilité économique.

Défis

Le Maroc ne dispose pas d'un programme de protection de revenu de base non contributive sous forme de transferts monétaires pour soutenir les besoins basiques de tous les citoyens en situation de forte vulnérabilité économique et sociale, en particulier des personnes handicapées en situation de précarité économique (CESE, 2015a ; CNDH, 2015b). Si l'on tient compte d'autres indicateurs comme les faibles niveaux d'emploi et d'accès à l'assurance sociale énoncés auparavant, cette absence d'un système minimum de protection de revenus devient encore plus grave, puisque cela oblige les personnes handicapées à se maintenir sous la tutelle de la famille ou de bienfaiteurs pour pouvoir accéder à des niveaux minimums de protection sociale.

Recommandations

Créer des mécanismes de protection de revenus pour répondre aux besoins fondamentaux des personnes handicapées, en conformité avec les dispositions de la recommandation 202 de l'Organisation Mondiale du Travail sur les Socles de Protection Sociale et l'Article 28 de la CRDPH. Ces mécanismes doivent inclure :

- Une prestation sociale pour couvrir les besoins fondamentaux des personnes en situation de précarité économique (c'est-à-dire, sans revenus ou avec un niveau de revenu si bas qu'il ne leur permet pas d'assurer les besoins de base), ainsi que ceux de leurs familles, par exemple, en matière d'alimentation, d'habillement, de logement ou d'accès à des soins de santé ;
- Une prestation complémentaire pour faire face au surcoût du handicap et permettre la vie indépendante des personnes handicapées, en accord avec les principes de la CRDPH.

Services de soutien

Points forts

Le système de protection sociale au Maroc comprend un réseau de structures qui apporte un soutien résidentiel, éducatif ou médico-social aux personnes handicapées (FMVS, 2015 ; Royaume du Maroc, 2013, 2014, 2015). La création de services régionaux ayant la responsabilité d'accueillir, d'orienter et d'accompagner les personnes handicapées dans leurs accès aux services (COAPH) parmi d'autres responsabilités, avec le soutien de l'Axe IV du Fonds d'Appui à la Cohésion Sociale (MSFFDS, 2015, 2016), peut jouer un rôle important pour faciliter l'accès des personnes handicapées à ces mécanismes de soutien et contribuer à résoudre les problèmes liés à l'octroi d'aides techniques identifiés dans les entretiens.

Défis

Les données des entretiens et des questionnaires semblent indiquer l'existence d'un nombre de barrières liées au fonctionnement de services (par exemple une lourde charge bureaucratique dans le fonctionnement des services sociaux, un manque d'attention concernant la différence et le respect pour la priorité dans les services ; des problèmes de communication ; un manque d'information concernant les services et programmes existants ; un manque d'accessibilité physique des services) qui empêchent ou freinent l'accès des personnes handicapées aux aides sociales et aux services de soutien.

Recommandations

- Promouvoir un ensemble de mesures visant la simplification et la coordination des procédures administratives, notamment à travers la création de comptoirs de services pour les personnes handicapées au niveau local, pour répondre à toute demande de soutien. La création des COAPH, appuyés sur l'Axe IV du Fonds d'Appui à la Cohésion Sociale (MSFFDS, 2015, 2016), peut assumer ce rôle, pourvu que ces services s'inscrivent dans une approche de droit, ce qui implique une sensibilisation préalable de ces professionnels concernant les droits des personnes handicapées, les programmes de soutien existants et les stratégies de communication adaptée, ainsi que la création d'un réseau accessible de services concernant l'accessibilité physique et la distribution géographique ;
- Créer un guide, dans des formats accessibles, sur les différents programmes sociaux existants, et le diffuser largement auprès des structures de l'administration centrale et locale, les associations de la société civile, les écoles et les centres de formation professionnelle, les hôpitaux et les centres de santé, de façon à qu'ils soient bien distribués aux citoyens handicapés qui cherchent ces services ;
- Former des travailleurs sociaux à l'accueil et accompagnement de personnes handicapées et créer de nouvelles filières professionnelles tel que le métier de directeur d'établissement médico-social/de protection sociale ou le métier d'éducateur spécialisé.

Mesures pour lutter contre la discrimination

Points forts

L'Etat marocain a introduit plusieurs provisions législatives relatives à l'interdiction de la discrimination basée sur le handicap, ainsi que des mesures d'action positive, comme par exemple, les quotas pour l'accès au marché du travail. Récemment, le Conseil des Ministres a adopté le projet de Loi 79-14 qui vise l'établissement d'une autorité nationale pour la promotion de l'égalité et le combat contre la discrimination, chargé de recevoir et d'analyser des plaintes relatives à des situations de discrimination (Royaume du Maroc, 2015).

Défis

Dans l'absence de mesures de suivi et d'attribution de sanctions contre les abus, ces normes, notamment celles concernant les quotas pour l'accès au marché du travail, manquent d'efficacité. D'ailleurs, les histoires de vie collectées à travers les entretiens montrent des inconsistances dans la qualité des services et de l'accueil vis-à-vis des personnes handicapées. Il s'avère nécessaire d'insister sur la formation et la sensibilisation de professionnels dans différents domaines (par exemple les services sociaux et l'éducation) pour mieux répondre aux besoins des personnes handicapées.

Recommandations

- Mettre en place des ateliers de formation et de sensibilisation pour les fonctionnaires publics de l'administration centrale et locale et au personnel du milieu associatif sur l'approche des droits humains au handicap et sur les aides et services disponibles, de façon à promouvoir de bonnes pratiques dans l'accueil des personnes handicapées ;
- Renforcer les mesures de promotion de l'inclusion des personnes handicapées dans le marché de travail, notamment par le biais de mesures d'action positive et de lutte contre la discrimination dans l'accès au marché du travail ; des mesures qui doivent être objet d'une réglementation plus exigeante, en introduisant des mécanismes de suivi efficaces et des provisions spécifiques par rapport aux sanctions en cas de discrimination.

Dans le respect de l'approche participative adoptée dans cette étude, ces recommandations doivent être prises en tant que propositions indicatives, qui devront être forcément discutées dans le cadre d'un dialogue plus large entre les acteurs du gouvernement et de la société civile et avec la participation active des personnes handicapées. Le but est le développement d'un plan d'action plus concret et détaillé pour une réforme progressive du système de protection sociale des personnes handicapées au Maroc, en établissant des priorités d'action, des objectifs clairement définis, un budget et un calendrier et la description du rôle et de la responsabilité de chaque partenaire dans ce processus. Ce plan d'action pour le renforcement de la protection sociale inclusive au Maroc devra aussi être encadré et coordonné par des politiques sectorielles, notamment en matière d'éducation, d'emploi et de santé.

BIBLIOGRAPHIE

BAHLE, T., PFEIFER, M. & WENDT, C. (2010). Social Assistance. In Castles, F., Leibfried, S., Lewis, J., Obinger, H. & Pierson, H. The Oxford Handbook of the Welfare State. Oxford: OUP.

BAKHSHI, P., GALL, F., LOPEZ, D. & TRANI, J.-F. (2014). Le Handicap dans les Politiques Publiques Marocaines Face au Creusement des Inégalités et à l'Appauvrissement des Familles avec des Ayants Droit Handicapés. Rabat: Handicap International – Programme Maghreb.

BONNEL, R. (2004). Poverty reduction strategies: Their importance for disability. Report from the Disability and Development Team – Banque Mondiale.

CCDH et PNUD (2010). Le droit au développement au Maroc : Entre Pacte International relatif aux Droits Economiques, Sociaux et Culturels et Objectifs du Millénaire pour le Développement. Rabat : Conseil Consultatif des Droits de l'Homme & PNUD.

CESCR (2015). Concluding observations in relation to the fourth periodic report of Morocco,in accordance with articles 16 and 17 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.Geneva: Committee on Economic, Social and Cultural Rights.

CESE (2015a). Avis du Conseil Economique, Social et Environnemental : Projet de loi-cadre n° 97-13 relatif à la protection et la promotion des droits des personnes en situation de handicap. Rabat : CESE

CESE (2015b). Avis du Conseil Economique, Social et Environnemental sur le projet de loi n°79-14 relatif à l'Autorité de la Parité et de lutte contre toutes les formes de discrimination (APALD). Rabat : CESE

CNDH (2015a). Contribution du Conseil national des droits de l'Homme du Royaume du Maroc (CNDH) au quatrième rapport périodique au Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Rabat : Conseil National des Droits de l'Homme.

CNDH (2015b). Mémorandum : La Promotion et à la Protection des Droits des Droits des Personnes en Situation de Handicap. Rabat : Conseil National des Droits de l'Homme.

CRDPH (2006). Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées. New York : United Nations

DEACON, B. (2005). From 'Safety Nets' Back to 'Universal Social Provision': Is the Global Tide Turning? Global Social Policy,5(1): 19–28.

DEVEREUX, S. & SABATES-WHEELER, R. (2004). Transformative social protection (IDS Working Paper 232). Brighton: IDS.

FMVS (2015). Rapport d'Activité 2015. Rabat : Fondation Mohammed V pour la Solidarité.

INDH (2014). Éducation nationale : 812.000 bénéficiaires du programme Tayssir en l'année scolaire 2014-2015. Revue de Presse du journal Le Matin. Mise en ligne le 13/08/2014Consulté en ligne le 31/07/2016 en **http://www.indh.ma/indexemplephp/fr/espace-media/revue-de-presse/34-espace-media/revue-de-presse/323-13-08-2014.**

ISSA (2014). Africa: Strategic Approaches to Improve Social Security 2014. Geneva: International Social Security Association (ISSA).
MIDGLEY, J. (2012). Social Protection and Social Policy: Key Issues and Debates. Journal of Policy Practice, 11 (1-2): 8-24.

MIDGLEY, J. (2013). Social development and social protection: New opportunities and challenges. Development Southern Africa, 30 (1): 2-12.

MSFFDS (2015). Enquête Nationale sur le Handicap 2014 : Rapport Détaillé. Rabat : Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la

Famille et du Développement Social. MSFFDS (2016). Information sur les politiques et programmes de soutien aux personnes en situation de handicap sur le site web du Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social. Consulté en ligne le 15/07/2016 en **http://www.social.gov.ma/fr/programmes/personnes-handicapes**

OIT (2008). Report of the Interregional Tripartite Meeting on the Future of Social Security in Arab States, Amman, 6-8 May 2008. Geneva: Social Security Department of the International Labour Office, International Labour Organization.

OIT (2012). R 202: Social Protection Floors Recommendation. Geneva: International Labour Organization.

PALMER, M. (2013). Social protection and disability: A call for action, Oxford Development Studies, 41 (2): 139-154.

PINTO, P. (2011). Monitoring human rights: A holistic approach. In Rioux, M., Basser, L.A. & Jones, M. (Eds.) Critical perspectives on human rights and disability law. Boston: Martin Nijhoff Publishers.

PINTO, P. (2015). Conclusion: Debating disability rights monitoring – Strengths, weaknesses, and challenges ahead. In Rioux, M., Pinto, P., & Parekh, G. (Eds.) Disability Rights Monitoring and Social Change: Building Power out of Evidence. Toronto: Canadian Scholars' Press.

Royaume du Maroc (2013). Quatrième rapport périodique au Comité des droits économiques, sociaux et culturels, en application des articles 16 et 17 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Rabat: Royaume du Maroc Royaume du Maroc (2014). Initial report to the Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Rabat : Royaume du Maroc. Royaume du Maroc (2015). Replies of Morocco to the List of Issues in relation to the fourth periodic report of Morocco, in accordance with articles 16 and 17 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Rabat : Royaume du Maroc.

SCHNEIDER, M., WALIUYA, W., MUNSANJE, J. & SWARTZ, L. (2011). Reflections on including disability

SILVA, J., LEVIN, V. & MORGANDI, M. (2013). Inclusion and Resilience: The Way Forward for Social Safety Nets in the Middle East and North Africa. Washington, D.C.: The Banque Mondiale

SOLIDAR (2013). Investing in Social Protection and Decent Work in the Middle East and North Africa. Brussels: SOLIDAR

TZANNATOS, Z. (2002). Social protection in the Middle East and North Africa: A review. In Handoussa, H. & Tzannatos, Z. (2002). Employment Creation and Social Protection in the Middle East and North Africa. Cairo: The American University in Cairo/ Banque Mondiale.

UNESCO (2011). Social Protection Policy and Research in the Arab States: From shared challenges to coordinated efforts. Beirut: UNESCO Regional Bureau for Education in the Arab States.

US-SSA (2015). Social security programs throughout the world: Africa, 2015. Washington D.C: US Social Security Administration & ISSA.

BANQUE MONDIALE (2009). Unlocking the economic potential of persons with disabilities in MNA. MENA Knowledge and Learning Quick Note Series, Number 9 (August 2009).

ANNEXE 1 : L'Article 28 de la CRDPH

Article 28 - Niveau de vie adéquat et protection sociale

1. Les États Parties reconnaissent le droit des personnes handicapées à un niveau de vie adéquat pour elles-mêmes et pour leur famille, notamment une alimentation, un habillement et un logement adéquats, et à une amélioration constante de leurs conditions de vie et prennent des mesures appropriées pour protéger et promouvoir l'exercice de ce droit sans discrimination fondée sur le handicap.

2. Les États Parties reconnaissent le droit des personnes handicapées à la protection sociale et à la jouissance de ce droit sans discrimination fondée sur le handicap et prennent des mesures appropriées pour protéger et promouvoir l'exercice de ce droit, y compris des mesures destinées à :

a) Assurer aux personnes handicapées l'égalité d'accès aux services d'eau salubre et leur assurer l'accès à des services, appareils et accessoires et autres aides répondant aux besoins créés par leur handicap qui soient appropriés et abordables

b) Assurer aux personnes handicapées, en particulier aux femmes et aux filles et aux personnes âgées, l'accès aux programmes de protection sociale et aux programmes de réduction de la pauvreté

c) Assurer aux personnes handicapées et à leurs familles, lorsque celles-ci vivent dans la pauvreté, l'accès à l'aide publique pour couvrir les frais liés au handicap, notamment les frais permettant d'assurer adéquatement une formation, un soutien psychologique, une aide financière ou une prise en charge de répit ;

d) Assurer aux personnes handicapées l'accès aux programmes de logements sociaux ;

e) Assurer aux personnes handicapées l'égalité d'accès aux programmes et prestations de retraite.

ANNEXE 2 : L'Approche DRPI

Disability Rights Promotion International (DRPI) est une initiative internationale, basée sur des partenariats multiacteurs, qui propose une méthodologie holistique, participative et durable de suivi des droits humains liés au handicap. Cette méthodologie a été développée et testée pendant les dernières douze années, à travers plusieurs projets à l'échelle internationale.

La méthodologie DRPI a été initialement développée lors d'un séminaire international, organisé à l'année 2000, par le Rapporteur Spécial de l'ONU pour les Questions du Handicap, Bengt Lindqvist. Des organisations internationales de personnes handicapées, des organisations de droits humains, des représentants du bureau du Haut-Commissaire pour les Droits Humains de l'ONU et quelques activistes et juristes de droits humains y ont participé et ensemble ce groupe d'experts a dégagé un modèle de suivi de droits humains du handicap qui est, à la fois, holistique, flexible et adapté au contexte, comprenant trois volets d'analyse: les media, pour étudier les représentations et attitudes sociales face au handicap, les lois et politiques, pour évaluer le cadre juridique, et les expériences individuelles, pour saisir le vécu des personnes handicapées et les contraintes qu'elles subissent dans l'accès aux droits fondamentaux.

Avec la coordination internationale de Bengt Lindqvist et Marcia Rioux, le DRPI s'est établi en 2003, avec un financement de la SIDA (Swedish International Development Agency), soutenu par la mise en place de quatre principes fondamentaux qui restent le trait distinctif de tous les projets DRPI:

Rôle centrale des personnes handicapées modèle DRPI les personnes handicapées et leur associations représentatives sont engagées à chaque étape des processus de suivi de leurs propres droits humains et occupent un rôle central dans la gestion et la mise en place de ces projets ;

Approche inclusive de tous les types de handicap – Le DRPI travaille avec tous les types de handicap puisqu'on reconnaît qu'il y a des violations communes de droits humains qui sont indépendantes du type de handicap ;

Approche basée sur les droits humains – Les projets DRPI suivent l'approche basée sur les droits humains qui reconnaît que les personnes handicapées ont les mêmes droits que tous les autres citoyens et qui met en évidence la façon dont la discrimination sur base du handicap accentue le risque d'abus, pauvreté et inégalité sociale, politique et économique des personnes handicapées ;;

Durabilité – A travers les activités de développement de compétences et de dissémination de résultats, les projets DRPI mettent en place des réseaux durables d'individus et organisations, qui continueront à travailler pour attirer l'attention sur les questions de droits humains des personnes handicapées dans leurs communautés ;

Partenariats– Les projets DRPI se déroulent en partenariats qui comprennent des organisations des personnes handicapées, des agences et institutions de droits humains, des universités, des agences gouvernementales et non-gouvernementales et les Nations Unies.

Dans le respect de ces principes, des outils spécifiques de collète et analyse de données ont été créés pour donner aux personnes handicapées l'opportunité d'exprimer leurs expériences de discrimination, leurs soucis, attentes et besoins particuliers et ainsi permettre de mesurer l'écart entre les droits en théorie (tels que compris dans les documents législatifs et politiques) et en pratique (tels que rencontrés dans la vie quotidienne par les personnes handicapées). Par le biais de la mise en place d'entretiens, conduites par des personnes handicapées elles-mêmes, les principales implications des barrières vécues sont analysées au niveau de cinq principes de droits humains énoncés

par la CRDPH. Ces principes incluent le respect des différences, l'autonomie, la dignité, l'inclusion, l'égalité et la non-discrimination.

- Le respect des différences concerne la façon dont les personnes parviennent à être respectées et à avoir leurs besoins spécifiques satisfaits en dépit de leur différence.
- L'autonomie considère la capacité de prendre des décisions par rapport à sa propre vie et d'obtenir, quand nécessaire, le soutien adéquat pour parvenir à prendre ses décisions.
- La dignité fait référence au sentiment d'être respecté et valorisé dans son rapport avec les autres.
- L'inclusion consiste à être reconnu comme un membre à part entière dans la société, notamment par la mise en place d'un environnement sans barrières, permettant la participation effective.
- Enfin, l'égalité et la non-discrimination se rapportent au fait d'avoir ses droits reconnus en condition d'égalité avec les autres, sans aucune distinction, exclusion ou restriction en fonction de son handicap.

L'accent mis sur la catégorisation des expériences rapportées d'après les principes de droits humains s'avère important dans le cadre de cette étude, qui est solidement ancrée sur l'approche des droits humains. Ainsi, plus que de quantifier les services de soutien disponibles et le nombre de bénéficiaires de ces mécanismes, nous avons cherché avec cette étude à comprendre la qualité de ces réponses, et surtout la façon dont elles participent ou, au contraire, freinent la pleine et effective jouissance des droits humains des personnes handicapées, particulièrement le droit à un niveau de vie et protection sociale adéquats, établi dans le cadre de l'article 28 de la CRDPH.
Les problèmes et les barrières identifiées **au Maroc** par rapport à la sécurité économique et à l'accès à des services de soutien peuvent aussi être analysés par rapport aux implications au niveau de plusieurs principes de droits humains. De cette analyse, se sont dégagés des implications surtout au niveau du manque de respect des différences (n=34), de l'exclusion (n=25) et de la violation de la dignité (n=24), même si les personnes interviewées ont aussi fait plusieurs références au manque d'autonomie (n=16) et à la discrimination et à l'inégalité (n=12).

ANNEXE 3 : Information complémentaire sur l'approche méthodologique

1) Outils de recherche et procédures d'analyse de données

Dans le cadre de cette enquête, quatre outils de collecte de données ont été utilisés – la grille d'analyse des lois, politiques et programmes, le guide de l'entretien individuel, le guide du focus groups et le questionnaire. Tous ces outils de recherche peuvent être trouvés sur le site web d'Handicap International – Programme Maghreb [5]:

a) Grille d'Analyse des Lois et Politiques :
Cet outil a été développé pour collecter, évaluer, faire le suivi et rapporter l'information sur les droits des personnes handicapées, telle qu'elle peut être trouvée dans les lois, politiques et programmes nationaux, en utilisant, comme référentiel, la CRDPH et d'autres instruments internationaux de droits humains. La grille utilisée dans le cadre de cette étude a été modifiée de façon à inclure quelques questions spécifiques en ce qui concerne le droit à la protection sociale, tel que formulé dans l'article 28 de la CRDPH. Cette grille est organisée dans un nombre de colonnes dans lesquelles l'information est insérée pour faciliter et rendre plus intuitive la collecte et l'analyse des données, notamment par rapport aux normes internationales et régionales de droits humains (colonne 1), ce que le gouvernement doit faire dans le but d'assurer ces droits (colonne 2), les définitions et éléments considérés dans l'analyse (colonne 3), la description des lois et des politiques utilisées dans l'analyse (colonne 4), une indication d'autres sources utilisées dans l'analyse (colonne 5) et, finalement, une analyse intégrée de l'information sur les lois et des politiques (colonne 6), en lien avec les normes de droits humains mentionnées dans la première colonne.

5 **http://www.maghrebhandicap.com/**

b) Interviews individuels :
Ces entretiens ont ciblé les vécus personnels des personnes handicapées au cours des cinq dernières années, en ce qui concerne l'accès aux aides sociales et services de soutien. L'entretiens DRPI débute par une question centrale – « Quelles sont les obstacles ou barrières majeures auxquelles vous avez fait face au cours des cinq dernières années au niveau de l'accès aux aides sociales et services de soutien? ». Ensuite, les enquêteurs essayent d'identifier deux ou trois situations qu'ils examinent en détail par la suite, notamment pour explorer leur relation avec les principes des droits humains. Ce format semi-structuré présente ainsi l'avantage de permettre aux personnes interviewées de choisir les thématiques qu'ils veulent discuter, au lieu d'être défini par les chercheurs. Les entretiens sont ensuite analysées en utilisant le logiciel d'analyse de contenus NVivo 11, en suivant la grille de codification du DRPI. La thématique centrale de la grille de codification DRPI se traduit dans la variable « Implications au niveau des Droits Humains ». Ce code permet l'analyse des expériences reportées en fonction de l'accès ou de la négation aux droits humains. Par la suite, les cinq principes sur lesquels s'appuie l'analyse sont les suivants : l'autonomie, la dignité, l'inclusion, la participation et l'accessibilité, l'égalité et la non-discrimination, et le respect de la différence. C'est donc autour de la négation de ces principes que l'étude a cherché à identifier les obstacles auxquels les personnes handicapées font face.

c) Questionnaire :
Un questionnaire a été spécifiquement conçu pour cette recherche, en partant de la revue de littérature initiale, qui a permis d'identifier des indicateurs-clé pour la caractérisation et l'analyse de l'accès aux politiques et programmes de protection sociale. Le questionnaire contient un ensemble de questions par rapport au profil

sociodémographique et socioéconomique des personnes interviewées, leurs conditions de vie et de logement, information sur les aides et services sociaux dont ils ont bénéficié au cours des cinq dernières années, ainsi que leur évaluation global du système de protection social. Ces données ont été analysées avec le logiciel d'analyse statistique IBM-SPSS. L'analyse s'est basée essentiellement sur des procédures de statistique descriptive (par exemple, l'analyse de fréquences et de distributions), ainsi que de statistique déductive (test d'indépendance $\chi 2$; test-T pour échantillons indépendants ; analyse de la variance ANOVA).

d) Focus group :
Les focus groups sont des groupes dans lesquels un ensemble de personnes (normalement 8-12) discutent ensemble un sujet d'intérêt commun. Dans ce cas, le but était de compléter l'information recueillie dans les étapes précédentes, avec des informations spécifiques concernant le vécu des parents d'enfants handicapés ou d'adultes avec un handicap lourd, notamment en ce qui concerne leurs conditions de vie et les obstacles auxquels les familles font face dans leur quotidien par rapport aux services et aux programmes de protection sociale. Cette discussion est guidée par un facilitateur principal, dont le rôle c'est d'encourager les membres d'un groupe à mener une discussion naturelle et libre entre eux sur le sujet de la recherche. Ainsi, la structure du focus group est naturellement moins structurée que celle d'un entretien. Toutefois, cette discussion a été guidée par une version adaptée du guide du utilisé pour les entretien individuels.

2) Procédures d'échantillonnage

Dans le cadre de cette enquête, trois procédures complémentaires d'échantillonnage non-aléatoire ont été utilisées pour définir, identifier et sélectionner les participants qui ont répondu aux entretiens et questionnaires :

a) Echantillonnage par quotas :
En partant des données statistiques disponibles sur le profil de la population-cible[6] , c'est-à-dire, les personnes handicapées âgées de 12-45 ans, résidents en milieu urbain, périurbain ou rural dans les zones géographiques considérées Rabat-Salé-Khemisset), un modèle de la population-cible a été construit par rapport aux critères groupe d'âge (12-17 ans, 18-25 ans, 26-34 ans , 35-45 ans), sexe (masculin, féminin) et type de handicap (physique-moteur, sensoriel-visuel, sensoriel-auditif, intellectuel ou psychosocial[7]). Ce type d'échantillonnage a été utilisé pour définir les participants à interviewer.

b) Echantillonnage en réseau :
Pour arriver à identifier des participants correspondant à ces quotas et disponibles pour participer à l'enquête, les enquêteurs ont utilisé une méthode d'échantillonnage en réseau, par le biais de laquelle les OPH locales identifiaient des participants parmi leur réseau de contacts

6 Maroc : RGPH 2004

7 Dans la définition des quotas concernant le nombre de participants à interviewer par type de handicap, nous n'avons pas fait, au préalable, la distinction entre le nombre de participants à interviewer avec un handicap intellectuel ou psychosocial, parce que les informations concernant la distribution par ces deux types de handicap dans la population générale n'étaient pas disponibles (les deux catégories étaient confondues sous la désignation « handicap mental »). Toutefois, ces deux types de handicap ont été distingués dans les entretiens et dans les questionnaires, et l'analyse réalisée a pris en compte cette distinction.

c) Echantillonnage boule-de-neige :
Les enquêteurs ont utilisé une méthode complémentaire d'identification des participants – la méthode d'échantillonnage boule-de-neige, par le biais de laquelle les moniteurs demandaient aux participants qui étaient en train d'être interviewés s'ils connaissaient quelqu'un d'autre disponible pour participer à l'enquête.

Le droit à la protection sociale des personnes handicapées au Maroc

La présente étude a voulu répondre à la question suivante : au regard des textes internationaux, quels sont les points forts et les défis du système de protection sociale pour les personnes handicapées au Maroc ?
La réponse à cette question a pour objectif de contribuer aux efforts de plaidoyer des organisations de personnes handicapées locales, à la réorientation des politiques publiques et à la mise en œuvre de nouveaux services et programmes plus adéquats et conformes aux dispositions internationales, notamment dans le cadre de l'opérationnalisation de la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées au Maroc.

Handicap International
Mission Maroc
66, avenue Omar Ibn El Khattab
Agdal, Rabat
Tel. +212 (0)5 37 68 12 56/57
contact.maroc@hi-maghreb.org

Collectif pour la promotion des droits des personnes en situation de handicap
54, rue Oukaïmeden, app n°1
Agdal, Rabat
Tel/Fax. +212 (0)5 37 33 50
+212 (0)5 37 77 33 58
collectif.droit.maroc@gmail.com

ISCSP INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E POLÍTICAS UNIVERSIDADE DE LISBOA
MINISTRY FOR FOREIGN AFFAIRS OF FINLAND
HANDICAP INTERNATIONAL