



Document satellite
Collection Recherche et Études

Le handicap dans les politiques publiques marocaines face au creusement des inégalités et à l'appauvrissement des familles avec des ayants droit handicapés

Programme Maghreb
Novembre 2014

Auteurs

Parul Bakhshi, Fiona Gall, Dominique Lopez, Jean-François Trani

Contributeurs

Derek Brown, Abdellah Jamaa, Sarah Tlapek

Comité de relecture

Léo Goupil-Barbier, Stefan Lorezkowski, Aude Brus, Stefanie Ziegler, Priscille Geiser

Date de publication

Novembre 2014

Edition

© Handicap International - Programme Maghreb / Collectif pour la promotion des droits des personnes handicapées

Photos

© Antoine Vincens de Tapol / Handicap International

Conception

Eye Touch Design, contact@eyetouch-design.com

Cette publication a été réalisée dans le cadre du projet «Leadership and Empowerment for Action on Disability» mis en œuvre de septembre 2012 à décembre 2014 par Handicap International, le Collectif pour la Promotion des Droits des Personnes en Situation de Handicap au Maroc, la Fédération Algérienne des Personnes Handicapées, l'Organisation Tunisienne de Défense des Droits des Personnes Handicapées et MTDS. Elle a été rendue possible grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais du Département d'Etat des Etats-Unis. Ce projet de recherche a aussi bénéficié d'un appui financier spécifique du Fonds des Nations-Unies pour la Population ainsi que de l'Observatoire National du Développement Humain - Programme Conjoint ONDH/ONU.

Les propos et analyses présentés sont de la seule responsabilité de Handicap International, des partenaires du projet LEAD et de l'équipe de recherche et ne reflètent donc pas nécessairement les vues du Département d'Etat et du Gouvernement des États-Unis d'Amérique, le Fonds des Nations-Unies pour la Population ou l'Observatoire National du Développement Humain - Programme Conjoint ONDH/ONU.

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

54, rue Oukaïmeden, app n°1
Agdal-RABAT
Tel/Fax. 05.37.33.50
handirights@gmail.com

Handicap International Programme Maghreb

66, av Omar Ibn Khattab
Agdal - RABAT
Tel. +212 (0)5.37.68.12.56/57
Fax. +212 (0)5.37.68.12.59
himarocsec@mtds.com

Ce document est téléchargeable sur le site internet du projet LEAD : www.maghrebhandicap.com. Il peut être utilisé ou reproduit sous réserve de mentionner la source, et uniquement pour un usage non commercial.

Remerciements

Nous souhaitons remercier l'ensemble des personnes qui ont permis la réalisation de ce projet de recherche. Sans ces personnes, ce projet n'aurait pas vu le jour et n'aurait certainement pas été mené à terme. Qu'ils soient tous remerciés chaleureusement ici pour leur implication, leur patience, leur soutien et leur vigilance afin que cette étude soit de la plus haute qualité possible.

Handicap International :

Léo Goupil-Barbier - Chef de projet régional LEAD
Xavier Duvauchelle - Directeur de Programme Maghreb
Chris Chenavier - Coordinateur des Services Support

Le Collectif pour la promotion des droits des personnes en situation de Handicap :

Mohamed El Khadiri - Président
Hajar Laaribi - Directrice

Superviseurs et enquêteurs : Lina Agoumi, Mohamed Amajoud, Imran Amouri, Sarah Aouni, Salim Ayoub, Abdelmalek Benkka, Jihane Bennani, Soufiane Benziane, Amine Berkane, Mohamed Chraïbi, Zyneb Dahbi, Imane Dakkak, El-Tayeb Elmendili, Soufyane Fares, Hajar Hami, Maria Hrimech, Abd Elmounim Kharbouch, Yasmine Madjour, Djedidi Othmane, Bouchra Rabeh, Leïla Saghir, Kaoutar Tabti, Mohamed Triqui, Latifa Zamrani, Ilham Zarouali

Chargé de base de données : Soufiane Benziane.

University of Washington, Brown School, St Louis : Derek Brown, Ellis Ballard, Sarah Tlapæk.
University of Washington, School of Occupational Therapy: Juan Pablo Saa, Susan Goedeken.

Haut-Commissariat au Plan :

Rachid Zoubir - Chef de la division de la cartographie et du système d'information géographique

Programme conjoint Observatoire National du Développement Humain/Organisation des Nations-Unies : El Hassan El Mansouri, Coordonateur National

Fonds des Nations-Unies pour la Population au Maroc : Manal Benkirane, Program Officer

Nous remercions également les 3000 familles que nous avons sollicitées pour cette enquête. Qu'elles soient remerciées ici pour le sentiment de bienvenue que nous avons toujours ressenti, l'infinie patience dont elles ont fait preuve pour répondre à nos (trop) nombreuses questions et leur authentique amabilité.

Sommaire

PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE

Résumé	8
Description du contenu du rapport final	10
Contexte	11

REVUE DE LITTÉRATURE

Méthodologie	16
Résultats	17

ENQUÊTE SUR LES CONDITIONS DE VIE DES PERSONNES HANDICAPÉES, VOLET QUANTITATIF

Autorisations	20
Méthodologie	20
Outils d'enquête	21
État des lieux du recueil des données et problèmes rencontrés sur le terrain	23

PRESENTATION DES ANALYSES DESCRIPTIVES ET PROFILS DES PERSONNES HANDICAPÉES

Données socio-économiques de l'ensemble des foyers enquêtés et des personnes interrogées	28
Profil des personnes handicapées	33
Comparaison de la situation des personnes handicapées à celle des personnes contrôles	41
Données issues du questionnaire individuel	43
Conclusion	68

INEGALITES SOCIO-ECONOMIQUES, COÛT DU HANDICAP ET PAUVRETE MULTIDIMENSIONNELLE

Introduction	72
Handicap et accès à l'éducation et à l'emploi	73
Coût du handicap et qualité de la vie	83
Pauvreté multidimensionnelle	86
Conclusion	98

ENQUETE SUR LES CONDITIONS DE VIE DES PERSONNES HANDICAPÉES, VOLET QUALITATIF

Méthodologie	102
Focus groups	102
Entretiens individuels	107
Conclusion	112

ETAPES DE LA CONCERTATION AVEC LES PARTENAIRES

Concertation avec les partenaires et diffusion des résultats	115
--------------------------------------------------------------	-----

CONCLUSION GÉNÉRALE

Bibliographie	122
Liste des tableaux	125
Liste des figures	127
Liste des acronymes	129
Annexes	130



PRÉSENTATION DE LA RECHERCHE

RÉSUMÉ

DESCRIPTION DU CONTENU DU RAPPORT FINAL

CONTEXTE

Résumé

Cette recherche a été élaborée dans le cadre de l'appel d'offre « Le handicap dans les politiques publiques marocaines face au creusement des inégalités et à l'appauvrissement des familles avec des ayants en situation de handicap » lancé par le projet LEAD (Leadership and Empowerment for Action on Disability) financé par le Middle-East Partnership Initiative (MEPI) et mis en œuvre de septembre 2013 à décembre 2014. Il vise, au travers du renforcement de l'expertise et des capacités de plaidoyer des Organisations de Personnes en situation de Handicap (OPH) et de leurs membres, appuyées par des données scientifiquement fiables, à faire évoluer les politiques publiques du handicap au Maroc, en Algérie et en Tunisie. Ces politiques en faveur des personnes handicapées existent mais souffrent encore d'un manque de données pour quantifier la situation sociale, économique et sanitaire des personnes handicapées. Cette recherche a pour objectif de fournir des informations concrètes et robustes sur la situation des ménages où vivent des personnes handicapées, sur la qualité de vie et les obstacles quotidiens que ces derniers rencontrent.

Ces informations ont été collectées grâce à trois outils complémentaires :

- une revue de littérature portant sur le surcoût du handicap, les mesures de participation financière, de pauvreté et d'inégalités relatives aux personnes handicapées et à leur famille, revue de spectre large mais qui a porté une attention particulière aux publications dans le Maghreb ;
- une enquête quantitative auprès de ménages tirés aléatoirement menée dans 2 régions différentes ;
- des entretiens qualitatifs sous différentes formes : des entretiens semi-directifs avec quelques personnes handicapées, les ressources et les compétences des principaux intervenants identifiés dans les termes de référence et enfin des focus

group, composés de personnes identifiées en situation de pauvreté, personnes handicapées, personnes non handicapées et groupes mixtes pour comprendre les dynamiques de groupes, et les comportements individuels ainsi que pour évaluer les connaissances du lien entre handicap et pauvreté et les attitudes face au handicap.

La revue de littérature met en lumière le peu d'information et d'études disponibles sur le handicap dans la région du Maghreb, en dehors des publications purement médicales, ainsi que la rareté des analyses de coût et de surcoût du handicap. La majorité des recherches académiques sur le coût du handicap ont été menées dans les pays développés. Des éléments d'information portant sur des pays en voie de développement ont cependant été trouvés dans la littérature grise. Ainsi des analyses de coût et de surcoût du handicap cohérentes et étayées font grandement défaut dans les pays en voie de développement et plus particulièrement dans la région du Maghreb. Les données démographiques récoltées auprès des ménages marocains dans les régions de Rabat et de Chaouia-Ouarghiga sont en cohérence avec les données de l'Enquête nationale démographique (END) réalisée par le Haut-Commissariat au Plan. Sur les 14 473 individus pour lesquels la détection du handicap a été possible, 683 ont été identifiés handicapés. Ainsi la prévalence du handicap dans les deux régions enquêtées s'élève à 4,7%. Les personnes handicapées sont souvent âgées, la vieillesse accentuant les problèmes de dépendance et de mobilité. Le handicap le plus souvent rencontré est le handicap physique (53% des personnes handicapées) et beaucoup de personnes handicapées doivent faire face à une conjonction de déficiences sévères (41% des personnes handicapées ont deux déficiences sévères ou plus). L'analyse des données inclut différentes méthodes statistiques. La partie descriptive explore en détails les caractéristiques

démographiques, sociales et économiques de la population interrogée (personnes handicapées et personnes du groupe de contrôle, ci-après « contrôles »), établit un profil des personnes handicapées et montre grâce à des analyses comparatives simples les différences de situations entre personnes handicapées et contrôles, individuellement et au sein de leurs familles. Elle permet notamment de mettre en exergue les différences en termes d'accès à l'école, d'accès au marché du travail, de coûts de la santé, d'état de santé général et d'inclusion sociale.

De ces premières analyses découle, à l'aide de régressions, l'estimation du degré de vulnérabilité des personnes handicapées, c'est-à-dire la sensibilité supérieure, comparée aux personnes non handicapées, à des facteurs de risque qui se traduisent par des résultats défavorables en termes d'accès à l'éducation et à l'emploi. La scolarisation a été considérablement améliorée au cours des quarante dernières années au Maroc, en particulier pour les femmes. Il reste cependant encore beaucoup d'efforts à fournir pour atteindre l'équité. Les personnes handicapées et leurs familles rapportent les discriminations fréquentes dont elles sont victimes : les enfants ayant développé un handicap avant l'âge de 9 ans ont globalement 2,5 fois moins de chances d'être scolarisés que les autres enfants. L'accès à l'emploi a également été modélisé et montre que le sexe, l'âge et le fait d'être handicapés sont des facteurs influençant la présence des personnes sur le marché du travail. Les femmes sont 14,7 fois moins susceptibles de travailler que les hommes. Quant aux personnes handicapées, elles ont 3,4 fois moins de chances que travailler que les contrôles, quel que soit leur sexe. Une mesure du surcoût du handicap a ensuite été effectuée au moyen d'une analyse de la perte de qualité de vie liée au handicap. La mesure des années de vie ajustées sur la qualité permet d'estimer le poids du handicap en termes de qualité de vie perdue. Il est possible de mettre ensuite un prix sur cette perte.

Enfin, les différences de niveau de pauvreté des familles comportant des personnes handicapées et celles qui n'en comportent pas (Alkire and Foster 2011) ont été comparées.

Les résultats de l'analyse de la pauvreté multidimensionnelle démontrent un niveau de pauvreté supérieur des personnes handicapées, quel que soit le nombre d'indicateurs considérés. Les femmes handicapées, les personnes handicapées vivant en zone rurale sont plus pauvres, respectivement que les hommes handicapés et les personnes handicapées vivant en zone urbaine. Les personnes handicapées sont plus souvent dépourvues dans les domaines tels que la participation sociale, le bien-être psychologique et la sécurité physique que les contrôles.

Le projet a démarré en août 2013 et s'est conclu en novembre 2014 avec la présentation des résultats au Maroc. L'équipe de chercheurs a assuré une présence sur le terrain à partir du 24 septembre 2013 et ce jusqu'à la fin de la période de collecte des données au Maroc (25 mars 2014). Le projet a été piloté par un chef de projet spécialisé dans la recherche sur le handicap depuis plus de 10 ans (Jean-François Trani), des chercheurs associés ainsi que par des professionnels recrutés localement. La recherche a également associé différents acteurs impliqués dans la politique ou le soutien aux personnes handicapées au Maroc comme le Collectif pour la promotion des droits des personnes en situation de handicap et Handicap International, partenaires du projet LEAD. Ce projet de recherche au Maroc n'aurait pu se réaliser entièrement sans le soutien supplémentaire d'autres d'organisations internationales basées à Rabat : le Fonds des Nations Unies pour la Population et le Programme Conjoint ONDH/ONU.

Les premiers résultats de ce projet ont été présentés dans le rapport intermédiaire soumis en janvier 2014. Le présent rapport complète le rapport précédent et clôture le projet de recherche.

Description du contenu du rapport final

Le rapport final expose en détails les outils de recherche utilisés, leurs méthodologies respectives ainsi que les résultats de l'enquête. Il a été soumis à l'ensemble des partenaires afin de recueillir et d'intégrer leurs commentaires. Les résultats comportent différentes analyses portant sur l'ensemble des données de l'enquête représentative auprès des ménages et sur les entretiens qualitatifs. Enfin, le rapport final prend en compte l'ensemble des remarques faites lors du processus de restitution. Les analyses se divisent en trois parties distinctes :

- ▀ analyse du profil des personnes handicapées au Maroc ;
- ▀ analyse des données sur les freins à l'accès à l'éducation et à l'emploi ;
- ▀ analyse des données sur les questions du coût du handicap et de la pauvreté.

Enfin le rapport analyse, grâce à des analyses statistiques plus poussées, les obstacles à l'éducation et au marché de l'emploi ainsi que le coût du handicap et compare les processus éventuels d'appauvrissement des familles avec ou sans personnes handicapées. La revue de littérature et l'analyse des informations qualitatives complètent ces différentes analyses.

Ainsi ce rapport final présente des profils simples pour définir la prévalence et la typologie du handicap au Maroc en fonction de :

- ▀ données sociologiques : genre/âge/région ;
- ▀ données économiques ;
- ▀ types de handicaps détectés.

Il détaille les différences entre divers profils de personnes handicapées d'un côté, entre personnes handicapées et contrôles de l'autre afin de mieux comprendre les inégalités en termes de :

- ▀ état de santé et accès aux services associés ;
- ▀ niveau d'éducation et accès à l'école ;
- ▀ situation de l'emploi et accès aux services liés à l'emploi ;
- ▀ inclusion sociale et participation dans la famille et la communauté ;
- ▀ conditions de vie des ménages avec des personnes handicapées et sans personnes handicapées

Contexte

Les politiques en faveur des personnes handicapées sont relativement récentes au Maroc. Les premières dispositions législatives et réglementaires sont nées en 1982 avec la loi 05/81 relative à la protection sociale des non-voyants. La première loi relative au handicap en général et non à une déficience en particulier est la loi 07/92, promulguée en 1993. Elle définit dans son article 2 la personne handicapée comme « toute personne se trouvant dans un état d'incapacité ou de gêne permanent ou occasionnel résultant d'une déficience ou d'une inaptitude l'empêchant d'accomplir ses fonctions vitales, sans distinction entre handicapés de naissance et ceux souffrant d'un handicap acquis ».

(Collectif pour la promotion des droits des personnes handicapées 2011a)

En 1995, le Haut-Commissariat aux Personnes Handicapées est créé et adopte dès sa constitution un Plan d'Action pour l'Intégration des Handicapés dans la société. L'intérêt que porte le Royaume aux questions des personnes handicapées est réaffirmé en 1998 avec la création d'un Secrétariat d'Etat Chargé des Handicapés, puis en 2000 par la nomination d'un Ministère Chargé, entre autre, de l'Intégration des Handicapés. Aujourd'hui le handicap est principalement géré au niveau du Ministère de la Solidarité, de la femme, de la famille et du développement social. L'adoption de la nouvelle Constitution en juillet 2011 est un nouveau pas important dans la volonté d'abolir toute forme de discrimination à l'égard des personnes handicapées, même si des efforts restent à faire dans la mise en œuvre de ce principe au niveau de la législation, des politiques publiques et des pratiques sociétales. Ainsi, si le code du travail comporte des dispositions relatives à la protection des travailleurs devenant handicapés, il n'en contient aucune qui interdise la discrimination pour l'accès à l'emploi, pourtant très fréquente.

L'Enquête Nationale sur le Handicap¹ (ENH) réalisée par Secrétariat d'État chargé de la Famille, de l'Enfance et des Personnes Handicapées en 2004 vient préciser la définition de la loi 07/92 en intégrant une approche multidimensionnelle. Est un handicap toute « restriction des activités et/ou de la participation sociale d'une personne de façon permanente ou temporaire, stable ou évolutive, due à une déficience ayant entraîné une ou plusieurs altérations des fonctions physiques, sensorielles, mentales, isolées ou associées, et une limitation des aptitudes fonctionnelles ».

Selon cette étude, le Maroc compte 1,53 millions de personnes handicapées, soit 5,12% de la population². Un ménage sur quatre est concerné. Les représentations culturelles, rendant encore difficile l'acceptation du handicap et sa reconnaissance, laissent supposer des chiffres plus élevés. L'accès aux services de santé était déjà un problème majeur en 2004 : 55,3% des personnes handicapées ont ainsi déclaré que leur principal besoin est un meilleur accès aux soins et 52,5% d'obtenir une aide financière pour couvrir leurs besoins essentiels. Toujours selon l'Enquête Nationale sur le Handicap, 74% des personnes handicapées en âge de travailler n'exercent aucune activité professionnelle mais seulement 12,2% des personnes handicapées qui ont entre 15 à 60 ans sont sans emploi. Parallèlement et théoriquement, 7% des emplois du secteur public doivent être réservés aux personnes handicapées.

La représentation sociale courante de la personne handicapée fait qu'elle est souvent considérée comme limitée en matière de capacités productives, et même comme un « coût » pour sa famille et pour la société dans son ensemble. Les personnes

1 Voir également : <http://www.handicape-aga-dir.org/enfant-handicape-au-maroc-enquete-nationale-sur-le-handicap.html>

2 Dont 26.5% avec handicap moteur, 22,7% avec handicap mental et 24,8% avec handicap multiple

handicapées doivent faire face ainsi à une double exclusion : celle liée à une altération de leur identité sociale et celle liée à la pauvreté (Collectif pour la promotion des droits des personnes handicapées 2011b). Quelques études récentes abordent la question du coût du handicap pour un ménage comportant une personne handicapée. Au Kenya et au Yémen, Ingstad et Grut (2006, 2007) ont démontré l'effet défavorable pour la famille d'avoir un enfant handicapé (Grut and Ingstad 2006; Ingstad and Grut 2007). En Inde, Erb et Harriss-White ont montré qu'il existait trois catégories de coûts associés au handicap : un coût direct tel que le coût de santé ; un coût d'opportunité lié au revenu non réalisé pour cause de handicap ; un coût indirect lié à la prise en charge de la personne handicapée par un ou des membres de la famille ou de la communauté locale (Erb and Harris-White 2001). Plusieurs études explorent ainsi le lien entre pauvreté et handicap et démontrent que les personnes handicapées et leurs familles sont plus pauvres que les familles ne comportant pas de personne handicapée (Filmer 2008; Mitra, et al. 2013b; Mont and Viet Cuong 2011; Trani and Cannings 2013; Trani and Loeb 2012).

Aujourd'hui, la situation spécifique des personnes handicapées commence à trouver un écho au sein de la société marocaine et des responsables politiques. Le pays a signé et ratifié en 2008 la Convention des Nations Unies Relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH). Le Conseil Economique et Social du Royaume a qualifié le handicap de question centrale pour le Maroc (Conseil Economique et Social 2012). Son rapport de juillet 2012 appelle à adopter une approche universelle du handicap qui garantisse la dignité et les droits fondamentaux des personnes handicapées. Il préconise notamment « la mise en place de mesures appropriées, y compris pénales, pour lutter contre tous les agissements discriminatoires, les termes et le langage stigmatisant et non

respectueux [...] attentatoires à la dignité des personnes handicapées ».

Il s'agit dorénavant de dépasser le cadre du traitement médical ou « charitable » du handicap et de sortir cette question de la sphère privée et religieuse (Comite directeur 2003). Les programmes sociaux marocains souffrent cependant d'un manque de coordination qui, en l'absence d'une formulation à la base des besoins et des attentes des populations et d'un apport d'expertise terrain, rend les effets en matière de développement humain limités. Cette insuffisance des solidarités institutionnelles au regard de l'accentuation des besoins sociaux a contribué à l'émergence de nouveaux acteurs de la solidarité, notamment les Organisations de Personnes Handicapées (depuis les années 1980, et plus nettement les années 1990), tant au niveau de l'action directe auprès des populations que sur le plan des revendications et des plaidoyers. La société civile est devenue actrice du changement politique sur la question du handicap et alerte régulièrement sur les difficultés que connaissent les personnes handicapées à s'assurer un revenu minimum décent, une éducation, une formation ou un emploi.

Le Maroc prend aujourd'hui conscience de la nécessité de s'outiller pour répondre aux défis que posent les situations de handicap, défis non seulement médicaux mais également et surtout sociaux et économiques.

C'est dans ce contexte que s'inscrit le présent travail.



REVUE DE LITTERATURE

MÉTHODOLOGIE

RÉSULTATS

Méthodologie

La revue de la littérature (Résultat 1) vise à une identification systématique des publications scientifiques relatives au handicap dans les pays du Maghreb, ainsi que le surcoût du handicap, aux mesures de participation financière, de pauvreté et d'inégalités relatives aux personnes handicapées et à leur famille dans les pays à revenu intermédiaire et bas, avec une attention particulière pour les publications du Maghreb.

Le travail a été partagé au sein de l'équipe de recherche et dirigé par le Dr Bakhshi du fait de son expérience sur le sujet. Juan Pablo Saa et Susan Goedeken, étudiants dans le programme d'ergothérapie de l'université Washington à Saint Louis et assistants de recherche ont effectué, sous sa direction, la recherche des textes scientifiques à l'aide des moteurs de recherche et tous deux ont effectué une première sélection des textes les plus appropriés à partir des résumés, en collaboration avec deux étudiants en master de l'université Washington à Saint Louis. Ces textes ont ensuite été attribués à chaque membre de l'équipe pour étude plus approfondie à l'aide de la grille de lecture. L'équipe de recherche a partagé les listes des documents identifiés avec l'équipe de recherche coordonnée par Paula Campos Pinto qui mène l'étude LEAD sur l'inclusion sociale des personnes handicapées dans la Wilaya d'Alger. Pour répondre aux questions de recherche, ainsi qu'aux attentes des partenaires et après discussion avec les représentants de l'équipe projet LEAD, la revue de la littérature a été divisée en deux recherches systématiques différentes :

- ◀ **La recherche systématique 1** porte sur les documents relatifs au handicap dans les trois pays du Maghreb : Maroc, Tunisie, Algérie. À la suite de ce volet, un profil des documents identifiés a été élaboré dans chacun des trois pays.
- ◀ **La recherche systématique 2** cible des documents sur une analyse du coût/surcoût du handicap dans les pays de la région. Ce volet présente des résumés des analyses et conclusions des documents identifiés.

Les deux recherches suivent la même méthode pour identifier, traiter, organiser et analyser des documents.

Phase 1 : Identification et organisation des documents

Les méthodes utilisées sont adaptées d'EPPI Center et Greenhalgh et al. (Greenhalgh, et al. 2005). La sélection des mots clés a été détaillée dans un document soumis à l'équipe projet LEAD le 15 septembre 2013. Il a déterminé, en collaboration avec l'équipe projet LEAD, la liste des mots clés pour effectuer la recherche ainsi qu'une liste des moteurs de recherches. L'équipe a ensuite identifié les documents répondant aux mots clés sur une période allant de 2000 à 2013. La totalité des documents sélectionnés ont été importés à l'aide du programme Zotero, puis par la suite dans EPPI-Reviewer 4 qui permet une analyse plus approfondie des documents.

Résultats

Phase 2 : Profilage et analyse des documents

Après élimination des doublons, les documents ont été passés au crible pour appliquer les critères d'inclusion/exclusion. Ce premier travail a consisté à lire l'ensemble des résumés afin d'écartier les documents qui ne correspondent pas à la problématique de la présente étude. Les documents les plus pertinents ont ensuite été lus intégralement par un chercheur ou assistant de recherche pour identifier les éléments pertinents pour répondre aux questions de ce projet sur la base d'une grille d'analyse, rentrée dans EPPI-Reviewer 4 pour permettre un traitement plus rapide des documents.

Afin de compléter la panoplie de l'information existante, la littérature grise disponible sur les différents sites internet relatifs au handicap dans les trois pays du Maghreb a été explorée. Ces divers sites organisent les documents selon des critères différents. En fonction de chaque site, la recherche par mot clés a donc dû être adaptée. La liste des documents identifiés dans ces divers sites a été incluse dans le profilage des documents portant sur les trois pays du Maghreb.

L'ensemble des résultats de la revue de littérature est disponible sur le site internet du projet LEAD :

<http://www.maghrebhandicap.com/index.php/component/content/article/9-uncategorised/133-la-recherche>



ENQUÊTE SUR LES CONDITIONS DE VIE DES PERSONNES HANDICAPÉES, VOLET QUANTITATIF

AUTORISATIONS

Soumission IRB

METHODOLOGIE

OUTILS D'ENQUÊTE

Questionnaire

Test et utilisation des logiciels pour la passation du questionnaire sur tablette

**Développement du manuel d'enquête, outil de travail indispensable
pour superviseurs et enquêteurs**

**ÉTAT DES LIEUX DU RECUEIL DES DONNÉES ET PROBLÈMES
RENCONTRÉS SUR LE TERRAIN**

La méthode d'enquête utilisée est à la fois quantitative et qualitative. Outre qu'elle est participative, elle a été testée par l'équipe de recherche au cours des dix dernières années sur de nombreux terrains dans différents pays en développement. Elle est donc adaptable et reproductible dans différents contextes. Le volet quantitatif consiste en une enquête auprès de ménages où vivent des personnes handicapées.

Autorisations

Soumission IRB (Comité institutionnel d'éthique)

Le projet a été soumis pour approbation au « Institutional Review Board » (Comité institutionnel d'éthique) de l'université Washington à Saint Louis. Le rôle du Comité institutionnel d'éthique consiste à s'assurer au premier chef que la méthodologie d'enquête respecte la confidentialité des informations fournies par les personnes interviewées. Le Comité s'assure en outre que l'étude a obtenu les autorisations officielles nécessaires dans le pays où elle est réalisée ainsi que l'accord d'un Comité institutionnel éthique local. Enfin, le Comité demande l'avis d'un relecteur dit « culturel », ayant une bonne connaissance du pays, qui doit confirmer que la méthode est adaptée au contexte culturel. Le Comité a donné son accord formel par lettre en date du 15 novembre 2013.

Méthodologie

Tirage au sort des ménages à enquêter

La méthode sélection des ménages enquêtés initialement proposée était une méthode aléatoire de sondage à trois degrés. En raison de contraintes budgétaires, le tirage a été limité aux régions où Handicap International était présente afin de limiter les frais de déplacement des enquêteurs. De plus, dans le même esprit de limiter les coûts, il a été décidé en accord avec l'équipe projet LEAD, que le nombre de régions tirées serait au nombre de deux plutôt que trois.

Ainsi, les régions sélectionnées pour le tirage aléatoire ont été les suivantes :

- Rabat-Salé-Zemmour-Zaër
- Chaouia-Ouardhiga.

Au premier degré, deux régions différentes dans chaque pays ont été sélectionnées en raison de leur diversité socioéconomique et culturelle, en accord avec les partenaires. Au second degré, 50 unités aréolaires urbaines et 50 rurales issues du dernier recensement ont été choisies aléatoirement proportionnellement à la taille de la population. Au troisième degré, 30 ménages par unité aréolaire ont été également sélectionnés aléatoirement.

Le tirage aléatoire des unités aréolaires a été effectué par le Haut-Commissariat au Plan (HCP) qui est l'institution nationale marocaine responsable du recensement et propriétaire des données qui lui sont associées.

Au Maroc, sur la base de cinq personnes par ménage (moyenne tirée du recensement de 2004), nous avons estimé le nombre de personnes totales vivant dans ces ménages à 13 500. La totalité des personnes identifiées comme handicapées, que ce handicap soit modéré ou sévère, est interviewée ainsi qu'un groupe de contrôle de taille similaire composé de personnes non handicapées à des fins de

Outils d'enquête

comparaison pour un total estimé d'environ 675 personnes handicapées interrogées et autant dans le groupe témoin. Ce chiffre se fonde sur l'estimation du taux de prévalence au Maroc issu de l'Enquête Nationale sur le Handicap de 2004.

Pour chaque personne handicapée identifiée dans un ménage, une personne non handicapée sélectionnée au moyen de notre questionnaire d'identification (module 2 du questionnaire Ménage) est également interviewée dans des ménages sans personne handicapée. La caractérisation du surcoût du handicap pour les ménages est déduite de la comparaison entre ces deux groupes (Kuklys 2005; Zaidi and Burchardt 2005). Un groupe de contrôle de personnes non handicapées de même sexe et du même groupe d'âge (plus ou moins cinq ans) est aussi sélectionné au sein des ménages du même quartier afin de comparer les différences de situation et de mesurer le surcoût associé au handicap (surcoût d'accès aux services en particulier). À la suite de Sen (1992, 2009), la présente recherche permettra d'établir s'il existe un handicap de gain (capacité limitée à se procurer un revenu) et un handicap de conversion (capacité limitée à convertir un revenu donné en bien-être en raison du coût accru et des besoins spécifiques liés à la situation de handicap)(Sen 1992a; Sen 2009)

Questionnaire

Le questionnaire de l'enquête marocaine a été développé par l'équipe de recherche pendant le mois d'août 2013. Il a été élaboré en prenant en considération le contexte marocain. Il a fait l'objet d'un processus de validation auprès des partenaires du projet LEAD (Handicap International et le Collectif). La traduction du questionnaire en arabe dialectal (darija) a également fait l'objet d'un travail minutieux de relecture et de validation par le Collectif et d'une adaptation pendant la formation des enquêteurs afin que les questions soient pertinentes et comprises par l'ensemble de la population, tout particulièrement en zone rurale.

Le questionnaire ménage est adressé au chef de ménage ou à son représentant pour l'ensemble des membres qui composent le ménage³. Il inclut deux modules de questions correspondant aux objectifs de l'appel à projet :

- **Module 1 - Foyer :** informations sur les caractéristiques démographiques et socioéconomiques des familles enquêtées et notamment des personnes handicapées.
- **Module 2 - Détection du handicap :** questionnaire d'identification des personnes handicapées.

L'identification des personnes handicapées au sein des ménages se fait en utilisant un questionnaire d'identification composé de 34 questions élaborées à partir de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) et représentant sept

³ Le ménage est défini comme un ensemble de personnes vivant sous un même toit (au sens large, le groupe peut vivre à l'air libre ou sous plusieurs toit regroupés en une même place), d'une même famille ou non, qui prennent leur repas ensemble ou par petits groupe, qui mettent en commun une partie de leur ressources et qui sont placées sous une même autorité du chef de famille. Ne sont pas prises en compte toutes les personnes qui ont un foyer ailleurs, que ce soit des domestiques, des invités ou des membres de la famille.

types de déficience/incapacité, indépendamment de la cause médicale sous-jacente :

- Physique
- Sensorielle
- Intellectuelle
- Mentale
- Psychologique
- Comportementale
- Neurologique (épilepsie).

Cet instrument a été élaboré en Afghanistan par des experts nationaux et internationaux du handicap, testé et validé dans sept pays en développement, à revenu intermédiaire (Inde) ou faible (Afghanistan, République démocratique du Congo - RDC, Malawi, Népal, Sierra Léone et Soudan)(Bakhshi and Trani 2007; Bakhshi, et al. 2006).

L'enquête individuelle, passée auprès des personnes handicapées et des personnes contrôles, inclut différents modules correspondant également aux objectifs de l'appel à projet :

- **Module 3 - Santé et accès aux services de santé : accès aux services de santé, types de services, dépenses de santé, besoins non couverts.**
- **Module 4 - Education : accès à l'éducation, rétention, abandon et succès scolaire, ratio enseignants/élèves.**
- **Module 5 - Emploi et revenus : accès au marché du travail, chômage, sous-emploi et revenu.**
- **Module 6 - Exclusion sociale, stigmatisation et préjudice : informations relatives aux mécanismes d'exclusion sociale, aux phénomènes de stigmatisation et aux préjudices qu'ils engendrent (y compris en termes d'image de soi et de détresse psychologique).**
- **Module 7 - Conditions de vie.**

Chacun des modules 3 à 7 fournit des indicateurs de besoins couverts et non couverts (aspirations des personnes handicapées), des informations sur les freins à l'accès (y compris les coûts).

Le questionnaire utilisé pour les besoins de l'enquête est annexé à ce rapport.

Test et utilisation des logiciels pour la passation du questionnaire sur tablette

L'équipe de recherche a proposé l'utilisation de tablettes plutôt que l'utilisation de questionnaires papier afin d'utiliser les outils modernes de collecte de données mais également pour éviter l'étape habituellement assez lourde de saisie des questionnaires papiers. La suppression de cette étape permet aussi de supprimer les erreurs liées à la saisie des données.

Dans le courant des mois d'août et septembre, le logiciel DROID (www.isurveysoft.com) a été sélectionné pour son application Android et surtout pour son coût peu élevé.

Au cours du développement du questionnaire individuel, en raison des contraintes de développement du questionnaire ménage sur cette même application, le logiciel CAPI⁴ a également été retenu, notamment du fait de la facilité de développement de l'application sur tablette et surtout de sa gratuité.

Ainsi les enquêteurs ont dû travailler avec deux applications différentes : CAPI pour le questionnaire ménage et DROID pour le questionnaire individuel.

Développement du manuel d'enquête, outil de travail indispensable pour superviseurs et enquêteurs

Pour chaque pays, un manuel destiné aux enquêteurs et superviseurs a été développé, en complément des autres outils nécessaires pour le travail de collecte de données (check-lists, etc.). Ce manuel reprend en détail les points méthodologiques de l'enquête qualitative, la méthode d'échantillonnage, précise les questions du questionnaire (comment les poser, comment les saisir, etc.), le rôle et enquêteurs et du superviseur ainsi que leurs responsabilités. Le manuel est annexé à ce rapport.

4 Banque Mondiale, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTPROGRAMS/EXTCOMPTOOLS/0,,contentMDK:23426734~pagePK:64168182~piPK:64168060~theSitePK:8213597,00.html>

État des lieux du recueil des données et problèmes rencontrés sur le terrain

La phase de préparation de terrain a débuté le 23 septembre 2013. Les premières tâches auxquelles l'équipe de recherche se sont consacrées ont été les suivantes:

- Finaliser l'échantillonnage et la sélection des zones d'enquête avec le Haut-Commissariat au Plan (HCP) ;
- Recruter et former une équipe de 24 enquêteurs et 2 superviseurs ;
- Organiser la logistique de terrain ;
- S'assurer du développement du questionnaire et de sa bonne application sur tablette numérique.

La formation des enquêteurs et superviseurs s'est déroulée à Rabat entre le 28 octobre et le 3 novembre 2013.

La phase de collecte de données a débuté le 4 novembre 2013. Entre le 4 novembre et le 8 décembre 2013, les équipes d'enquêteurs ont collecté les données dans les 2 régions :

- Rabat-Salé-Zemmour-Zaër (42 zones sur 50)
- Chaouia-Ouardigha (37 zones sur 50).

Pendant cette période, la supervision de la collecte de données a été assurée par Abdellah JAMAA et Fiona GALL.

Le Tableau 1 indique l'état de la collecte de données à la fin de cette phase.

Tableau 1 : Informations collectées au Maroc lors de la première phase de collecte (chiffres arrêtés au 10 février 2014)

Région	Nombre de zones complétées	Nombre de zones restantes	Nombre de ménages interrogés	Nombres de personnes détectées	Nombre de personnes handicapées interrogées*	Nombre de personnes contrôles
Rabat	42	8	1252	6383	280*	239
Chaouia	37	13	1074	5763	293*	244
TOTAL	79	21	2326	12146	573*	483

*Ces chiffres n'incluent pas les personnes handicapées de moins de 5 ans qui ont été identifiées par le module 2 mais sont trop jeunes pour passer un questionnaire individuel. Ils n'incluent pas non plus les

personnes qui ont pu être mal détectées par les enquêteurs et dont les erreurs n'ont pu être corrigées.

Sur une totalité de 100 zones d'enquête sélectionnées à la fin de la première phase de collecte de données, l'enquête avait été réalisée dans 79 zones (42 sur Rabat et 37 sur Chaouia).

La collecte de données au Maroc a été affectée par certains problèmes d'ordres divers :

1. Problèmes de recrutement des

enquêteurs: sur un ensemble de 40 personnes retenues pour la formation, neuf désistements ont eu lieu dès le début de la formation. Au troisième jour de la formation, six personnes ont décidé de ne pas continuer à cause de désaccords sur les termes de remboursement de coûts de la formation. De nouvelles personnes ont dû être recrutées en urgence puis formées, ce qui a perturbé le bon déroulement de la formation.

2. Problèmes de recrutement du chargé de

base de données : il a été tout d'abord très difficile de trouver un chargé de base de données, aucun des candidats ne maîtrisant le logiciel SPSS. Ensuite, le chargé de base de données recruté lors du démarrage du projet a donné sa démission au 1er jour de la phase de collecte de données en raison de sa difficulté à faire face aux tâches

demandées. Ce n'est que 2 ou 3 semaines plus tard qu'il a pu être remplacé par un des enquêteurs actuellement en maîtrise de statistiques à l'université. La personne

titulaire de ce poste a aussi été appuyée tout au long de la phase de collecte de données par les chercheurs et étudiants de l'Université Washington, dans l'accomplissement de ses tâches.

3. Problèmes de sécurité : sur cinq zones sur Rabat et trois zones sur Chaouia, les conditions de sécurité ont été jugées préoccupantes par les superviseurs de l'enquête.

4. Coût des transports : le prix de la location de l'autobus pour l'équipe de Chaouia s'est élevé à plus du double de notre estimation.

5. Distances dans les zones rurales : certaines zones d'enquête dans les zones rurales ont été difficiles d'accès et les équipes ont mis plusieurs heures à les atteindre. Les cartes transmises par le Haut-Commissariat au Plan étaient également parfois difficiles à situer, et cela a pu ralentir l'équipe une fois sur place lors de l'identification et de la délimitation du cluster à enquêter.

6. Obtenir la totalité des réponses des personnes contrôles : obtenir la participation à l'enquête des personnes contrôles, non détectées comme personne handicapée par notre outil a été difficile pour nombre de raisons (personne non présente dans le foyer pendant la journée, refus de répondre à une enquête qui au final « ne les concerne pas », etc.). Il a été nécessaire d'organiser des retours dans la quasi-totalité des zones pour compléter notre échantillon de personnes contrôles, indispensable à l'analyse comparative des conditions de vie. À la fin de la première phase de collecte de données au Maroc, il manquait encore une centaine de contrôles dans les zones déjà complétées.

7. Complexité de l'utilisation des tablettes : cette enquête fut l'une des premières enquêtes sociales à utiliser des tablettes au Maroc. Cette technique a nécessité une coordination en temps réel entre les équipes sur le terrain et le chargé de base de données en charge de vérifier les données sur les interfaces et la base de données SPSS. Nombre de difficultés techniques (chargement des tablettes, erreurs de codage, transfert des données, mise à jour de version beta de CAPI), sans compter certains vols et destruction de tablettes, ont dû être gérés simultanément

dans les phases initiales de collecte de données. Les deux logiciels n'ont par ailleurs pas donné entière satisfaction et se sont avérés mal adaptés pour ce type d'enquête. Un autre logiciel, plus performant, et donc plus coûteux, aurait été mieux adapté.

Pour compléter les zones d'enquêtes non finalisées lors de la phase de collecte de données initiale au Maroc, des financements supplémentaires ont été sollicités en collaboration avec le projet LEAD. 5000 USD ont été accordés par le Fonds des Nations-Unies pour la Population (FNUAP) tandis que l'Observatoire National du Développement Humain - Programme Conjoint ONDH/ONU a octroyé un financement supplémentaire de 15 000 USD.

Ces sommes ont permis de financer le travail supplémentaire en mars 2014 d'une équipe réduite d'enquêteurs afin de compléter le recueil de données et de :

- Organiser une logistique plus flexible avec deux équipes pour accéder aux zones restantes sur deux régions (8 zones sur Rabat, 13 zones sur Chaouia) ;
- Effectuer les « retours » pour interroger les personnes handicapées absentes lors du premier passage ainsi que les personnes contrôles ou compléter les données manquantes ou incohérentes de certaines interviews.

Une équipe réduite de 9 enquêteurs (5 femmes, 4 hommes) a ainsi été sélectionnée parmi les enquêteurs qui s'étaient montré les plus sérieux et les plus motivés lors du premier passage de l'enquête en novembre 2013 et qui étaient toujours disponibles. Après une journée de formation et de remise à niveau sur de nouvelles tablettes, les enquêteurs et la superviseuse (Fiona GALL) ont travaillé deux semaines dans la région de Chaouia-Ouardigha et deux semaines dans la région de Rabat. Pendant la première semaine, le travail a été effectué dans de nouveaux clusters afin de pouvoir identifier immédiatement les difficultés éventuelles et s'assurer du niveau maximal de qualité. Pendant la deuxième semaine, l'équipe d'enquêteur a été scindée en deux, un groupe a continué à faire de nouveaux clusters et une deuxième équipe s'est concentrée sur les retours dans les anciens clusters afin de vérifier, corriger et/ou

compléter les informations déjà collectées. Ce travail s'est avéré assez difficile, tout d'abord pour retrouver exactement les adresses des maisons des personnes enquêtées lors du premier passage, et ensuite pour retrouver ces mêmes participants et les réinterroger.

Rabat et 47 sur Chaouia). Nous avons fait l'enquête auprès de 2793 ménages incluant 14 526 individus. La taille moyenne du foyer au Maroc est de 5,2 individus. La prévalence du handicap est de 4,7% sur l'ensemble de l'échantillon interrogé.

Dans les villages, les gens sont connus par leur nom de famille et pouvaient être retrouvés assez rapidement ; ce fut également le cas dans les quartiers populaires. Mais dans certaines zones urbaines, il fut plus difficile de retrouver les familles avec une adresse pas toujours assez détaillée ou incorrecte.

Dans les cas où la famille ne pouvait être retrouvée, les enquêteurs initiaient de nouveaux entretiens avec des nouveaux participants afin de pouvoir compléter le nombre de ménages dans chaque cluster (30) avec des informations complètes et valides.

Il y a aussi eu des données collectées lors de la première phase d'enquête qui ont été perdues (perte et casse de tablettes ou mauvaise utilisation du logiciel), et dès-lors ces entretiens ont dû également être refaits. Le Tableau 2 indique l'état des données à la fin de cette seconde phase de collecte d'information.

Tableau 2 : Informations collectées au Maroc, première et seconde phase de collecte (chiffres arrêtés au 12 juin 2014)

Région	Nombre de zones complétées	Nombre de zones restantes	Nombre de ménages interrogés	Nombres de personnes détectées	Nombre de personnes handicapées détectées	Nombre de personnes handicapées interrogées*	Nombre de personnes contrôles
Rabat	46	4	1381	6905	314	311*	299
Chaouia	47	3	1412	7621	368	360*	358
TOTAL	93	7	2793	14526	682	671*	657

* Ces chiffres n'incluent pas les personnes handicapées de moins de 5 ans qui ont été identifiées par le module 2 mais sont trop jeunes pour passer un questionnaire individuel. Ils n'incluent pas non plus les personnes qui ont pu être mal détectées par les enquêteurs et dont les erreurs n'ont pu être corrigées.

Sur une totalité de 100 zones d'enquête sélectionnées, nous avons pu compléter la collecte de données sur 93 zones (46 sur



PRESENTATION DES ANALYSES DESCRIPTIVES ET PROFILS DES PERSONNES HANDICAPÉES

DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES DE L'ENSEMBLE DES FOYERS
ENQUÊTÉS ET PERSONNES DÉTECTÉES

PROFILS DES PERSONNES HANDICAPÉES

Personnes handicapées détectés dans les deux régions marocaines et leurs
caractéristiques

Types de handicap détectés

COMPARAISON DE LA SITUATION DES PERSONNES HANDICAPÉES À CELLE DES PERSONNES CONTRÔLES

Données issues du questionnaire ménage

DONNÉES ISSUES DU QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

Etat de santé et accès aux services associés

Niveau d'éducation et accès à l'école

Situation de l'emploi et accès aux services liés à l'emploi

Inclusion sociale et participation dans la famille et la communauté

Conditions de vie des ménages avec personnes handicapées et sans personnes
handicapées

CONCLUSION

Données socio-économiques de l'ensemble des foyers enquêtés et des personnes interrogées

Cette section présente d'abord les données socio-économiques de l'ensemble des personnes qui ont été interrogées au sein de ménages enquêtés (personnes handicapées et non handicapées).

Elle détaille ensuite des profils simples pour définir la prévalence et la typologie des personnes handicapées au Maroc en fonction de :

- données sociologiques : genre/âge/région ;
- données économiques ;
- types de handicaps détectés.

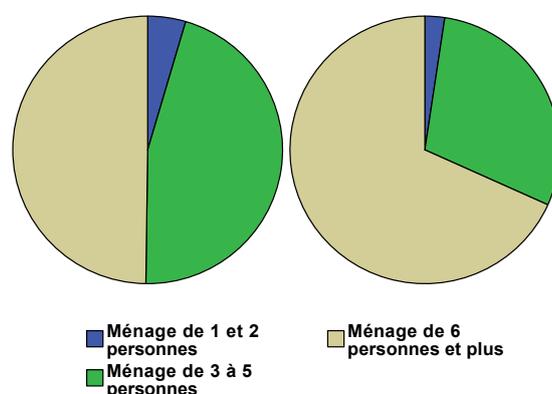
Enfin cette section aborde les différences entre divers profils de personnes handicapées d'un côté, entre personnes handicapées et contrôles de l'autre afin de mieux comprendre les inégalités en termes de :

- état de santé et accès aux services associés ;
- niveau d'éducation et accès à l'école ;
- situation de l'emploi et accès aux services liés à l'emploi ;
- inclusion sociale et participation dans la famille et la communauté ;
- conditions de vie des ménages avec personne handicapées et sans personne handicapée.

Au cours des deux mois d'enquête au Maroc, il a été possible de rassembler des informations sur plus de 14 000 individus à partir du questionnaire ménage.

Selon notre enquête, et en lien avec les résultats du recensement de la population, les ménages marocains se composent en moyenne de 6 personnes : selon l'Enquête Nationale Démographique (END), la taille des ménages marocains se composerait en 2014 et de 4,7 personnes en milieu urbain et 5,4 personnes en milieu rural. La taille maximale du ménage marocain rencontrée est de 30 personnes et la majorité des ménages comprend de 4 à 6 personnes. Les ménages de 6 personnes et plus se rencontrent plus fréquemment dans la région de Chaouia que dans celle de Rabat et encore plus fréquemment en milieu rural (Figure 1).

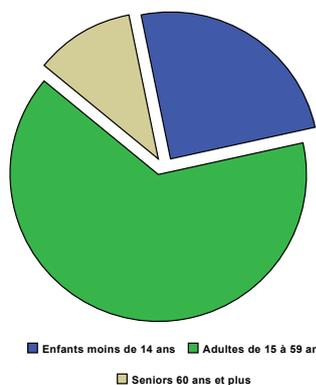
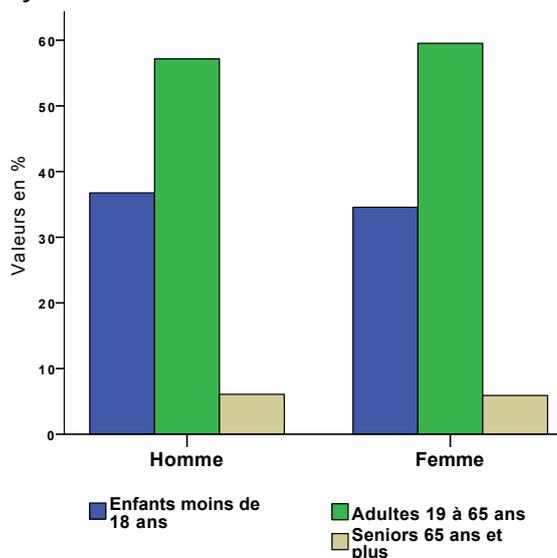
Figure 1 : Répartition de la taille du ménage en fonction de la zone d'habitation



La moyenne d'âge des personnes interrogées est de 30 ans, la médiane se situant à 26 ans. Le groupe interrogé est donc relativement jeune. Des adultes ont été aussi en majorité

interrogés : 58% des personnes contre 36% d'enfants de moins de 18 ans et 6% de séniors âgés de plus de 65 ans. La répartition par sexe et par classe d'âge de l'échantillon est similaire entre les hommes et les femmes (Figure 2). Les chiffres de l'Enquête Nationale Démographique (END) de 2009-2010 fournissent une répartition comparable à celle de notre échantillon : 26,2% d'enfants (1-14 ans), 64,5% d'adultes et 9,3% de séniors (plus de 60 ans).

Figure 2 : Répartition de l'échantillon par âge et sexe



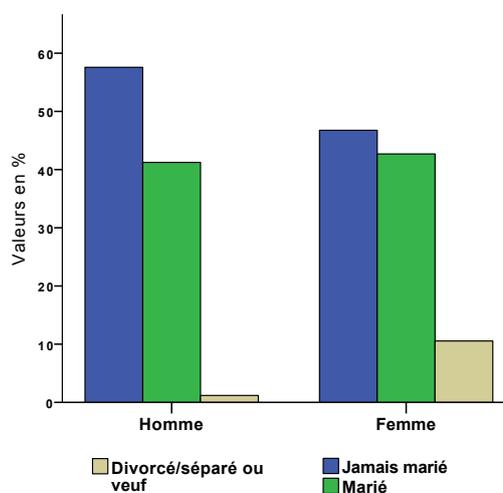
Le statut matrimonial des personnes de l'échantillon se répartit principalement entre deux statuts, jamais marié (52%) ou marié (42%). La population étant relativement jeune, il est normal de retrouver davantage de personnes qui ne se sont pas encore mariées dans notre échantillon.

Parmi les personnes divorcées, séparées ou veuves, on trouve une plus grande représentation de femmes (10,5% de femmes contre 1,2% d'hommes). Ceci s'explique essentiellement par le veuvage plus fréquent des femmes (8,4% de l'ensemble des femmes

sont veuves contre seulement 0,6% des hommes) (Figure 3).

Les personnes en couple se sont en moyenne mariées à l'âge de 24 ans. On compte une minorité notable de mariages précoces avant l'âge de 15 ans (130 personnes) alors que l'âge légal au mariage au Maroc est fixé à 18 ans. On compte également des mariages très tardifs (50 ans et plus, qui dans ces cas sont essentiellement des remariages). La plupart des personnes mariées ne se sont mariées qu'une seule fois.

Figure 3 : Répartition de l'échantillon par sexe et statut marital (%)



66% de l'échantillon interrogé déclare avoir été à l'école. Les hommes sont plus souvent et mieux scolarisés que les femmes (74% des hommes déclarent avoir été à l'école contre 58% des femmes). En regardant la scolarisation par catégorie d'âge, on trouve que 80% des personnes de plus de 65 ans n'ont jamais été à l'école. Le pourcentage tombe à 32,5% pour les adultes entre 19 et 65 ans, et en ne retenant que les enfants en âge d'être scolarisés (6 ans et plus), le chiffre n'est plus que de 2,7%. De même, les niveaux de scolarisation sont plus élevés en milieu urbain, quel que soit le sexe (Tableau 3).

Parmi les personnes qui ont été scolarisées et qui ne le sont plus (ayant fini leur cursus scolaire), seulement 13% ont atteint un niveau supérieur et 42% se sont arrêtés après le primaire. Cela s'explique aussi par le fait que les personnes les plus âgées ont un niveau d'éducation moindre que les personnes les plus jeunes. Le niveau d'éducation atteint est plus bas dans la zone rurale de Chaouia-Ouardigha que celle de Rabat (17,5% de l'ensemble de l'échantillon a atteint le niveau

universitaire à Rabat contre seulement 9% à Chaouia-Ouardigha). Les personnes qui n'ont pas été scolarisées (28,6% de l'échantillon total), et dont l'âge est supérieur à 6 ans, évoquent comme raison principale une décision des parents (40,3%), une distance trop grande à parcourir pour se rendre à l'école (24,5%) ou encore un manque de moyens financiers (20%). Des disparités s'observent entre les deux régions, même si le type et le rang des raisons restent similaires. L'école trop éloignée du domicile possède un poids similaire à Rabat et à Chaouia-Ouardigha (24,6%), de même que le manque de moyens financiers (20%). La décision des parents est une raison plus fréquemment invoquée à Chaouia-Ouardigha (43% contre 36% à Rabat). Chose assez surprenante, le

motif de non scolarisation (« devait travailler ou aider à la maison ») est plus fréquemment donné à Rabat (10,7%) qu'à Chaouia-Ouardigha (5,4%). La maladie ou le handicap restent peu cités comme frein à l'éducation (2,3%) sur l'ensemble des personnes de plus de 6 ans non scolarisées, les hommes étant 3,5% à donner cette raison contre 1,7% chez les femmes (Tableau 4). De même la décision des parents de ne pas envoyer un enfant à l'école est plus fréquemment invoquée par les femmes (47,6% contre 26,4% chez les hommes), et apparaît comme la raison principale de la non-scolarisation des femmes, alors que les obstacles à la scolarisation invoqués par les hommes sont davantage le manque de moyen financiers et la distance de l'école (Tableau 4).

Tableau 3 : Taux de scolarisation en fonction du sexe et de la région (chez les plus de 6 ans, en %)

Région	Scolarisation		Sexe		Total
			Homme	Femme	
Rabat	oui	Effectif %	2562 83.9%	2128 67.5%	4690 75.6%
	non	Effectif %	493 16.1%	1023 32.5%	1516 24.4%
	Total	Effectif	3055	3151	6206
Chaouia	oui	Effectif %	2541 77.8%	1880 57.4%	4421 67.5%
	non	Effectif %	727 22.2%	1398 42.6%	2125 32.5%
	Total	Effectif	3268	3278	6546
Total	oui	Effectif %	5103 80.7%	4008 62.3%	9111 71.4%
	non	Effectif %	1220 19.3%	2421 37.7%	3641 28.6%
	Total	Effectif	6323	6429	12752

Note : ce tableau n'inclut pas les enfants âgés de moins de 6 ans.

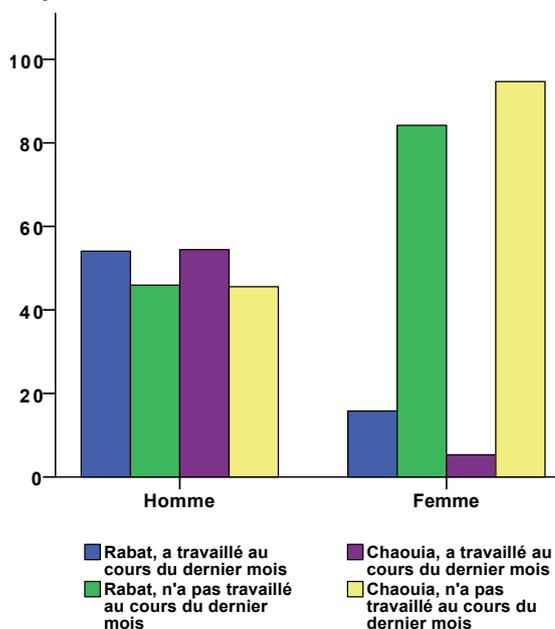
Tableau 4 : Raison de non scolarisation parmi les personnes de plus de 6 ans, par sexe (%)

Raison	Sexe		Total
	Homme	Femme	
Manque de moyens financiers de la famille (frais inscription, uniforme, fournitures scolaires, nourriture, etc.)	24.5%	17.9%	20.1%
L'école est de mauvaise qualité	0.6%	0.5%	0.5%
Maladie ou handicap	3.5%	1.7%	2.3%
Pas intéressé	6.0%	3.0%	4.0%
Ses parents ne l'ont pas laissé / décision des parents	26.4%	47.6%	40.4%
Devait travailler ou aider à la maison	11.6%	5.6%	7.6%
L'école est trop loin de la maison	26.9%	23.4%	24.6%
Autre	0.5%	0.3%	0.3%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Note : ce tableau n'inclut pas les enfants âgés de moins de 6 ans.

Seulement 30% des personnes âgées de plus de 18 ans déclarent avoir travaillé le mois précédant l'enquête. Les personnes inactives appartiennent aux catégories d'âge des enfants (moins de 18 ans) ou des seniors (plus de 65 ans). Les actifs sont des hommes âgés de 19 à 64 ans. Parmi les plus de 18 ans, 3% des seniors de 65 ans et plus déclarent avoir travaillé dans le mois précédant l'enquête. Les femmes adultes en âge de travailler sont assez rarement actives occupées (10,6% des femmes 19-65 ans) même si le pourcentage est plus élevé à Rabat (Figure 4). La répartition par secteur d'activité est fortement dépendante de la région d'habitation avec un pourcentage plus élevé de personnes travaillant dans l'agriculture à Chaouia-Ouardigha, alors que les personnes qui travaillent dans les services et administrations sont davantage représentées à Rabat (Tableau 5).

Figure 4 : Actifs de 19 à 65 ans par sexe et région (%)



Les adultes actifs ont travaillé en moyenne 24 jours par mois, le gros des actifs ayant déclarés 26 jours de travail lors du mois écoulé. Ils ont travaillé en moyenne 9 heures par jour. Près de 30% des personnes qui ont travaillé au cours du mois précédent l'enquête déclarent avoir travaillé entre 10 et 12 heures par jour.

Quant aux salaires des adultes actifs⁵, ils s'échelonnent entre 8 dirhams et 30 000 dirhams par mois, la moyenne se situant à 2 710 dirhams et la médiane à 1 925 dirhams⁶.

5 Le salaire est une information compliquée à collecter, la plupart des répondants étant rarement enclins à partager cette information.

6 Soit de moins d'un EUR à 2 686 EUR, la moyenne étant 242 EUR et la médiane 172 EUR.

Tableau 5 : Répartition de la population active de plus de 18 ans par secteur d'activité et région

Secteur d'activité	Région		Total
	Rabat	Chaouia	
Agriculture/Elevage	11.6%	28.0%	19.2%
Artisanat	5.4%	3.3%	4.4%
Industrie	9.3%	11.2%	10.1%
Construction	6.0%	11.7%	8.6%
Administration	20.1%	9.4%	15.2%
Transport	4.5%	7.2%	5.8%
Commerce	19.3%	16.1%	17.8%
Education	4.7%	3.0%	3.9%
Sécurité (police, militaire, gendarmerie...)	7.3%	2.7%	5.2%
Autre	2.5%	2.2%	2.3%
Tourisme	0.2%	0.1%	0.1%
Restauration hôtellerie	1.9%	1.1%	1.5%
Services (y compris femme de ménage)	6.1%	3.4%	4.8%
Santé	1.3%	0.7%	1.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

En se penchant sur les inactifs adultes⁷, on constate que la plupart des femmes qui ne travaillent pas restent à la maison pour s'occuper des tâches ménagères et s'occuper des enfants. Les hommes, à contrario, sont soit à la recherche d'un travail (54%) soit ne font rien (31,7%). 2,0 % des inactifs tous sexes confondus se déclarent malades (Tableau 6).

Tableau 6 : Occupation des inactifs pendant la journée par sexe (%)

Occupation	Sexe		Total
	Homme	Femme	
Recherche de travail	54.4%	9.6%	27.7%
Malade	4.1%	0.6%	2.0%
Travaux de maison	2.7%	83.5%	50.8%
Etudes	1.1%	1.2%	1.1%
Ne fait rien	31.7%	4.1%	15.3%
Trop vieux/à la retraite	3.8%	0.6%	1.9%
Autre	1.5%	0.4%	0.8%
Formation/stage	0.2%	0.1%	0.1%
Commerce/agriculture de substitution	0.5%		0.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

⁷ Population de 19 à 64 ans qui ne sont plus scolarisés et déclarent ne pas avoir travaillé au cours du dernier mois

Profils des personnes handicapées

Personnes handicapées détectées dans les deux régions marocaines enquêtées et leurs caractéristiques

Identification des personnes handicapées

Le questionnaire ménage inclut l'outil de détection du handicap qui permet d'identifier si au sein d'une famille vivent une ou plusieurs personnes handicapées. Cette méthode de détection repose sur des questions qui concernent les difficultés des personnes dans les tâches courantes de la vie quotidienne (difficulté à marcher, à se déplacer, difficulté d'apprentissage, etc...). Composé de 34 questions élaborées à partir de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF)(WHO 2001), le module de détection du handicap permet d'identifier sept types de déficience/incapacité, indépendamment de la cause médicale sous-jacente, à savoir :

- Physique
- Sensorielle
- Intellectuelle
- Humeur ou émotions
- Psychologique
- Comportementale
- Neurologique (épilepsie).

Selon cet outil une personne handicapée est une personne qui a répondu de la façon suivante au questionnaire de détection du handicap :

- Personne ayant répondu une modalité « 4 » (oui constamment/toujours des difficultés) à une (ou plus) des 34 questions
- Ou une personne ayant répondu une modalité « 3 » (oui, souvent/beaucoup de difficultés) à une (ou plus) des 34 questions
- Ou une personne ayant trois modalités « 2 » (oui, parfois/quelques difficultés) sur l'ensemble des 34 questions.

L'outil de détection du handicap permet également de classer le type de handicap en fonction de la sévérité. Une personne avec un

handicap modéré est une personne ayant répondu trois modalités « 2 » (oui, des difficultés parfois/quelques difficultés) sur l'ensemble des 34 questions. Une personne avec un handicap sévère est une personne ayant répondu par au moins une modalité « 4 » (oui des difficultés constamment/toujours) ou par plusieurs modalités « 3 » (oui, des difficultés souvent/beaucoup) aux 34 questions. Une personne handicapée est une personne qui a répondu par plusieurs modalités « 3 » (oui, des difficultés souvent/beaucoup) au questionnaire de détection du handicap.

Tableau 7 : Extrait du module 2 de détection du handicap, section de détection du handicap lié à l'humeur et aux émotions

5. Humeur et émotions						
	H27	H28	H29	H30	H31	H32
Numéro ID dans le ménage	(NOM) a-t-il des sautes d'humeur, par exemple se sent-il déprimé puis heureux puis en colère ? Avec quelle fréquence a-t-il ces sautes d'humeur ?	(NOM) a-t-il besoin de bouger et déteste/n'arrive pas à rester immobile ou assis pendant un long moment ? Avec quelle fréquence cela arrive-t-il ?	Est-ce que (NOM) ne se sent pas concerné ou inquiet quand quelqu'un de proche est blessé, contrarié ou triste ? Avec quelle fréquence cela arrive-t-il ?	Est-ce que (NOM) ne se rend pas compte quand quelqu'un lui parle ou lorsque quelqu'un se trouve en sa présence ?	(NOM) a-t-il peur sans raison ou bien est-il facilement effrayé ? Avec quelle fréquence cela arrive-t-il ?	(NOM) a-t-il du mal à s'entendre avec les autres enfants de son âge ? (Seulement pour les enfants de moins de 15 ans)
	4 = OUI, constamment /toujours	4 = OUI, constamment / toujours	4 = OUI, constamment /toujours	4 = OUI, constamment /toujours	4 = OUI, constamment /toujours	4 = OUI, constamment /toujours
	3 = OUI, souvent	3 = OUI, souvent	3 = OUI, souvent	3 = OUI, souvent	3 = OUI, souvent	3 = OUI, souvent
	2 = Parfois, de temps en temps	2 = Parfois, de temps en temps	2 = Parfois, de temps en temps	2 = Parfois, de temps en temps	2 = Parfois, de temps en temps	2 = Parfois, de temps en temps
	1 = NON, jamais	1 = NON, jamais	1 = NON, jamais	1 = NON, jamais	1 = NON, jamais	1 = NON, jamais
00						
01						
02						
03						
04						
05						
06						

Résultats

Sur l'ensemble des 14 526 personnes interrogées par l'intermédiaire du questionnaire de détection du handicap, il a été possible de confirmer ou non une situation de handicap pour 14 473 d'entre elles. Pour 53 cas, la détection n'a pas été réalisée jusqu'au bout (refus de continuer de la part de la personne enquêtée).

Sur les 14 473 individus pour lesquels la détection a été possible, il s'avère que 682 sont handicapés. Ainsi, selon notre enquête, la prévalence du handicap est de 4,7% sur les deux régions enquêtées et tous âges confondus. Cette prévalence s'avère plus basse que la prévalence trouvée par l'Enquête Nationale sur le Handicap de 2004 (5.12%).

Les personnes handicapées se répartissent équitablement entre les hommes et les femmes (respectivement 4,8 et 4,5%). En regardant le taux de prévalence par catégorie d'âge, la proportion la plus élevée de personnes handicapées se trouve chez les seniors de plus de 65 ans. 23% des seniors de l'échantillon ont été détectés comme étant handicapés. Ce résultat n'est pas surprenant, car un nombre non négligeable de personnes âgées développent des déficiences liées à la vieillesse qui handicapent profondément leur quotidien (Tableau 8). Les chiffres de

sensiblement différents : 8,1% des personnes handicapées ont moins de 16 ans, 55,1% sont âgés de 16 à 59 ans et 36,9% ont plus de 60 ans. Ceci s'explique de deux façons possibles : soit les enquêteurs ont été mieux sensibilisés à la nécessité d'identifier correctement les personnes âgées connaissant des limitations dans leur activité quotidienne, soit la population marocaine vit plus longtemps mais dans des conditions de santé non optimales qui requièrent probablement des interventions de la part des pouvoirs publics. Les prévalences du handicap sont similaires entre les deux régions (4,6% à Rabat et 4,8% à Chaouia-Ouardigha), la différence entre les deux pourcentages n'étant pas statistiquement significative. De même, il n'existe pas de différence entre le fait de vivre en milieu urbain ou en milieu rural (4,8% dans les deux cas).

La moyenne d'âge des personnes handicapées détectées est de 48 ans, la médiane se situant également à 58 ans. La personne détectée handicapée la plus jeune était âgée de 1 an et la plus âgée de 110 ans. Pour les personnes handicapées mariées, la moyenne d'âge au mariage est de 24,5 ans.

Tableau 8: Personnes handicapées détectées par catégorie d'âge et sexe (%)

Catégorie d'âge	Personne handicapée	Sexe		Total
		Homme	Femme	
Enfants moins de 18 ans	oui	1.1%	0.8%	1.9%
	non	51.0%	47.1%	98.1%
	Total	52.0%	48.0%	100.0%
Adultes 19 à 65 ans	oui	2.4%	2.1%	4.5%
	non	46.3%	49.2%	95.5%
	Total	48.7%	51.3%	100.0%
Seniors 65 ans et plus	oui	10.1%	12.9%	22.9%
	non	41.3%	35.8%	77.1%
	Total	51.3%	48.7%	100.0%
Total	oui	2.4%	2.3%	4.8%
	non	47.5%	47.7%	95.2%
	Total	49.9%	50.1%	100.0%

l'Enquête Nationale sur le Handicap rapportent que 56,4% de la population handicapée est âgée de 16 à 60 ans, c'est-à-dire est en âge d'activité. Les plus de 60 ans représentent 28,1% et les moins de 16 ans 15,5%. Les chiffres de notre enquête sont

Types de handicap détectés

Parmi l'ensemble des personnes détectées, il a pu être réalisé des entretiens individuels avec 670 personnes handicapées et 657 personnes contrôles, soit en tout 1 327

personnes âgées de plus de 5 ans⁸. Malgré la seconde phase de collecte de données, il n'a pas été possible de compléter l'ensemble des contrôles nécessaires, c'est à dire d'obtenir la parité souhaitée entre personnes handicapées et contrôles. Cependant, le fait qu'il existe 13 contrôles de moins que de personnes handicapées ne biaise pas les résultats car ce chiffre représente une très faible proportion de l'échantillon (environ 2% des contrôles). Le Tableau 9 reprend en détails le nombre de questionnaires individuels passés auprès de l'échantillon de Rabat et de Chaouia. Les résultats exposés dans les sections suivantes, considèrent uniquement les personnes âgées de plus de 5 ans pour lesquelles un questionnaire individuel est présent.

Tableau 9 : Répartition des personnes handicapées et contrôles interrogés dans les deux régions d'enquête

Personne handicapée ou contrôle	Région	Sexe		Total
		Homme	Femme	
Personne handicapées	Rabat	145	164	309
	Chaouia	198	163	361
	Total	343	327	670
Personne contrôle	Rabat	138	161	299
	Chaouia	195	163	358
	Total	333	324	657
Total	Rabat	283	325	608
	Chaouia	393	326	719
	Total	676	651	1327

Il est également possible de savoir quels types de handicap sont les plus fréquents ainsi que d'avoir une idée plus précise des types de polyhandicap qui ont pu être déclarés.

Pour les personnes ayant un handicap sévère, il est possible de les classer en 6 différentes catégories de handicap : physique, sensoriel, intellectuel, comportemental, humeurs et émotions ainsi que neurologique (épilepsie). Mais il est d'ores et déjà important de noter, que les personnes handicapées affichent souvent des handicaps multiples, ou encore polyhandicap.

Ainsi parmi la population de personnes handicapées détectées, la représentation du handicap physique est forte - 53% des personnes handicapées ont un handicap physique sévère - et le handicap le moins courant est le handicap neurologique (Figure 5).

Déficiences sévères

Pour les personnes handicapées, il est possible grâce au module 2 de détection du handicap de déterminer si ces personnes ont un handicap modéré⁹ ou un handicap sévère¹⁰.

8 Il est à noter que les enfants de moins de 5 ans ont été détectés mais n'ont pas été interrogés. Ainsi il n'existe pas de questionnaire individuel ni de contrôle équivalent pour les enfants de moins de 5 ans détectés avec un handicap.

9 Une personne avec un handicap modéré est une personne ayant trois modalités « 2 » (oui, des difficultés parfois/quelques difficultés) sur l'ensemble des 34 questions

10 Personne ayant répondu une modalité « 4 » (oui des difficultés constamment/toujours) à une (ou plus) des 34 questions ou une personne ayant répondu une modalité « 3 » (oui, des difficultés souvent/beaucoup) à une (ou plus) des 34 questions

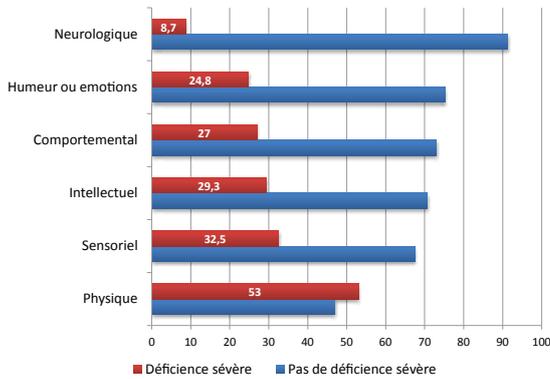
La représentation du handicap physique est bien plus élevée dans notre enquête que dans l'Enquête Nationale sur le Handicap qui trouvait que 26,5% des personnes handicapées vivaient avec un handicap moteur. Les hommes sont sensiblement plus nombreux que les femmes à déclarer un handicap physique. Les seniors sont principalement concernés : 70% des personnes handicapées âgées de plus de 65 ans déclarent avoir un handicap physique sévère. Il n'existe pas de différence significative quant à la distribution de ce type de handicap entre les deux régions ou entre les milieux urbain et rural.

En se penchant plus en détails par catégorie d'âge et par sexe, les hommes adultes (19 à 65 ans) ont plus souvent un handicap physique que les femmes du même âge. A l'inverse, ce

sont les femmes seniors (plus de 66 ans) qui déclarent plus fréquemment être physiquement handicapées que les hommes de la même catégorie d'âge.

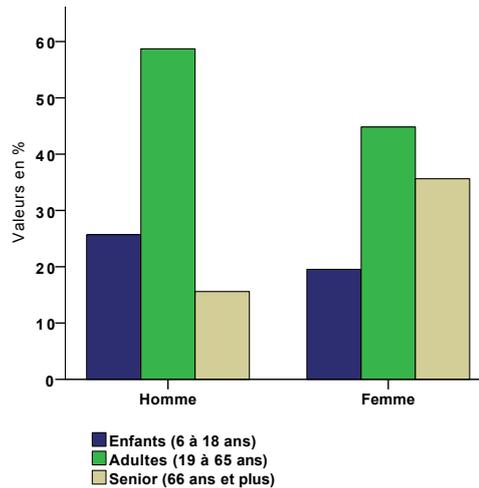
Figure 5 : Prévalence des handicaps sévères chez les personnes handicapées de plus de 5 ans (en % pour l'ensemble des personnes handicapées détectés)

Le handicap sensoriel a été plus fréquemment



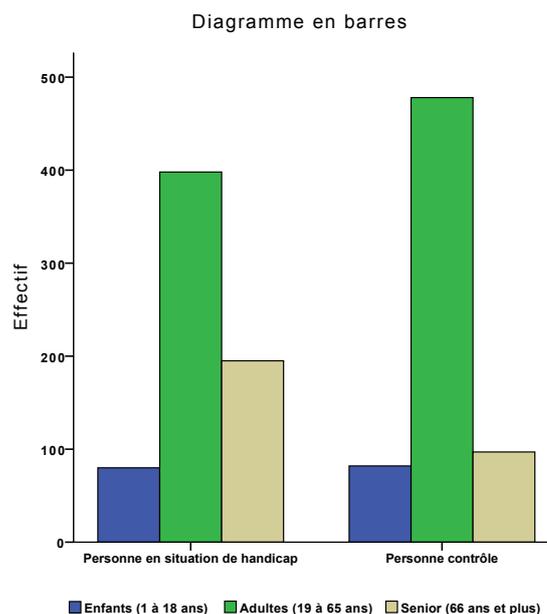
détecté à Rabat (36,2%) qu'à Chaouia-Ouardigha (29,4%) mais il n'existe pas de différence entre milieux urbain et rural. Parmi les personnes handicapées qui déclarent une déficience sensorielle, 57% sont des hommes et 43% sont des femmes. Cette déficience est significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes et encore plus grande chez les seniors hommes que les seniors femmes (53% des hommes seniors contre 36% des femmes du même âge). Ce sont les hommes et les enfants qui sont les plus nombreux à avoir un handicap intellectuel dans notre enquête : parmi l'ensemble des personnes handicapées ayant un handicap intellectuel, 23% sont des enfants (6 à 18 ans), 52% des adultes et 24% des seniors (Figure 6).

Figure 6 : Répartition du handicap intellectuel sévère par sexe et par âge



Parmi les personnes handicapées avec un handicap comportemental, les hommes sont plus nombreux que les femmes (60% contre 40%). Les seniors sont les moins touchés par ce type de handicap contrairement aux adultes et aux enfants (Figure 7).

Figure 7 : Répartition du handicap comportemental



En ce qui concerne le handicap lié aux humeurs et aux émotions, il n'existe pas de différence entre les régions ou par rapport au sexe. ce handicap a été plus fréquemment détecté chez les enfants et les adultes, beaucoup moins chez les seniors (Tableau 10).

Tableau 10 : Répartition de la détection du handicap sévère liée aux humeurs et émotions par catégorie d'âge

ne s'intéressant qu'aux personnes handicapées, 10% ont un handicap modéré, 49% un handicap sévère et 41% ont un

Catégorie d'âge	Handicap sévère liée aux humeurs et émotions		Total
	Non	Oui	
Enfants (1 à 18 ans)	9.3%	18.1%	11.5%
Adultes (19 à 65 ans)	57.9%	63.9%	59.4%
Senior (66 ans et plus)	32.7%	18.1%	29.1%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Le handicap neurologique sévère est plus fréquent chez les femmes (12% contre 5,5% des hommes de l'échantillon ou encore 67% des personnes avec un handicap neurologique sont des femmes) et les adultes (8,6% des personnes avec une déficience neurologiques sont des enfants, 76% des adultes et 15,5% des seniors).

polyhandicap (Tableau 12). Ce chiffre est bien plus élevé que celui de l'Enquête Nationale sur le Handicap qui trouvait que 24,8% des personnes handicapées avaient un handicap multiple.

Tableau 11 : Répartition des personnes handicapées avec handicap modéré et sévère

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Handicap modéré	69	10.3	10.3
Un handicap sévère détecté	328	49.0	59.3
2 handicaps sévères détectés et plus	273	40.7	100.0
Total	670	100.0	

Les situations de handicap comportemental, de l'humeur et des émotions et de mémoire c'est neurologique peuvent être regroupés dans une catégorie plus globale de handicap mental. Dans ce cas il n'apparaît pas de différence par région, ni par sexe, mais l'influence de la catégorie d'âge prévaut toujours.

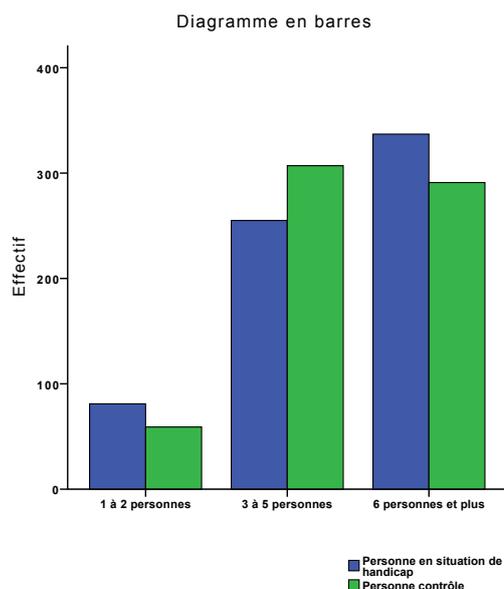
Parmi les personnes handicapées, les hommes ont plus souvent que les femmes des handicaps multiples (44% des hommes handicapés contre 37% des femmes handicapées) (Figure 10). Ainsi les femmes sont plus nombreuses à avoir à faire face à un type unique d'handicap. Les handicaps uniques sont plus présents à Chaouia-Ouardigha qu'à Rabat (58% et 42% respectivement) par contre il n'existe pas de différence en termes de milieu urbain ou rural.

Handicaps multiples ou polyhandicap

Lorsque l'on considère les 4 grandes catégories de handicap : physique, sensoriel, intellectuel et mental, il est possible de regarder plus en détails la fréquence des polyhandicaps ainsi que leurs formes.

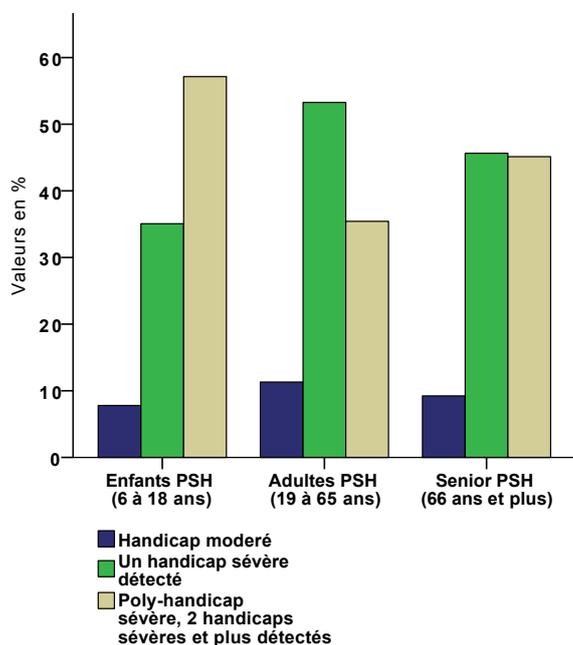
Sur l'ensemble des personnes interrogées individuellement, 54% n'ont pas de handicap ou un handicap modéré, le reste de l'échantillon a donc un ou plusieurs handicaps sévères. 20% des personnes handicapées accumulent plusieurs handicaps sévères. En

Figure 8 : Handicap modéré, sévère ou polyhandicap parmi les personnes handicapées



En s'intéressant aux catégories d'âge, les enfants ont clairement plus de handicaps multiples que que le reste de la population (Figure 9).

Figure 9 : Handicap modéré, sévère ou polyhandicap parmi les personnes handicapées par catégorie d'âge



La répartition des types de déficiences sévères détectées pour chaque personne handicapée est indiquée dans le Tableau 12. Il est à noter que 7,5% des personnes handicapées accumulent l'ensemble des 4 types de handicap. Les types de handicap les plus souvent détectés pendant l'enquête ont été : handicap physique (27%), suivie de loin par le handicap mental (13,5%) et le handicap sensoriel (10,8%).

Selon l'Enquête Nationale sur le Handicap : 38,4% des handicaps sont liés à des maladies acquises (qui viennent après la naissance). Dans notre enquête, il est également possible de savoir quelle est l'origine du handicap et à quel âge les difficultés rencontrées ont commencé. Pour 18,4% des personnes handicapées, les difficultés ont commencé à la naissance ou pendant la première année de vie, 19% entre 2 et 14 ans, 42,2% entre 15 et 59 ans et enfin 20,4% après 60 ans. En ce qui concerne l'origine des difficultés, on retrouve la maladie (38,6%), la vieillesse (18,6% des personnes handicapées), les accidents (16,1%), puis le handicap de naissance (11,5%) ; certaines personnes handicapées déclarent aussi que c'est la malchance ou une punition de Dieu (10,3%) sans donner d'autre cause spécifique.

Tableau 12 : Répartition des handicaps sévères et polyhandicaps par sexe et catégorie d'âge

Type de handicap sévère	Effectifs	Sexe		Catégories d'âge			Total
		Homme	Femme	Enfants (6 à 18 ans)	Adultes (19 à 65 ans)	Senior (66 ans et plus)	
Seulement handicap Physique	163	24.5%	29.9%	14.1%	28.3%	29.9%	27.1%
Seulement handicap sensoriel	65	13.9%	7.6%	5.6%	9.3%	15.8%	10.8%
Seulement handicap intellectuel	19	1.9%	4.5%	7.0%	2.8%	2.3%	3.2%
Seulement handicap mental	81	10.6%	16.5%	11.3%	19.5%	2.3%	13.5%
Physique et sensoriel	44	7.4%	7.2%	1.4%	4.8%	14.7%	7.3%
Physique et intellectuel	23	2.9%	4.8%	5.6%	2.0%	6.8%	3.8%
Physique et mental	26	4.2%	4.5%	4.2%	4.5%	4.0%	4.3%
Sensoriel et intellectuel	13	2.9%	1.4%	7.0%	2.0%	0.6%	2.2%
Sensoriel et mental	8	1.3%	1.4%		1.7%	1.1%	1.3%
Intellectuel et mental	44	11.0%	3.4%	18.3%	8.2%	1.1%	7.3%
Physique, sensoriel et intellectuel	9	1.6%	1.4%	1.4%	0.6%	3.4%	1.5%
Physique, sensoriel et mental	18	2.9%	3.1%		2.5%	5.1%	3.0%

Comparaison de la situation des personnes handicapées à celle des personnes contrôles

Le principe de l'enquête quantitative repose sur la comparaison des personnes handicapées et des personnes qui ne le sont pas. Pour cela, pour chaque personne identifiée comme handicapée, que ce handicap soit modéré ou sévère, a été interrogée une personne non handicapée¹¹ du même sexe et du même âge (plus ou moins cinq ans). Ainsi, un groupe de contrôle a été constitué à des fins de comparaison, de taille similaire que le groupe de personnes handicapées, vivant dans le même quartier ou village, de même sexe et de même âge pour permettre des comparaisons socio-économiques des conditions de vie. L'avantage de cette méthode permet de contrôler des facteurs essentiels qui auraient pu avoir des effets sur la variable dépendante (le handicap) : par exemple le lieu d'habitation, l'âge et le sexe, sont contrôlés de manière inhérente par le groupe de contrôle. Lors des comparaisons entre personnes handicapées et personnes contrôle pour différents résultats (accès à l'école ou aux services de santé notamment), les effets de ces 3 variables sont donc identifiés et isolés. De fait, l'explication des différences de conditions de vie et de l'accès aux services publics sont à rechercher soit dans la situation de handicap elle-même soit parmi les autres facteurs socio-économiques pour lesquels l'enquête fournit également des informations.

Données issues du questionnaire ménage

Certains éléments d'information ne sont disponibles que dans le questionnaire ménage, dont notamment les caractéristiques de base de la personne ou encore le statut marital. Ainsi certaines caractéristiques

¹¹ Une « personne contrôle » doit être issue d'un ménage, au sein du même cluster enquêté et habitant le plus proche possible du ménage où la personne handicapée a été identifiée, où aucun individu n'est handicapé. Cette personne « personne contrôle » est de même sexe que la personne handicapée et de même âge à plus ou moins 5 ans d'écart.

sociales des personnes handicapées sont comparées aux personnes contrôles grâce aux informations collectées dans le module 1 du questionnaire ménage.

La vérification de la similitude des deux groupes de personnes handicapées et personnes du groupe contrôle en fonction du sexe et de l'âge démontre que le groupe de contrôle est relativement plus jeune. Ceci s'explique par l'impossibilité de trouver des personnes âgées qui ne soient pas confrontées à des limitations dans les activités de la vie quotidienne. Dès lors, il a été souvent nécessaire d'associer un contrôle plus jeune à une personne handicapée âgée.

En répartissant la taille du ménage en 7 catégories, on constate que les personnes handicapées vivent plus souvent que les contrôles dans des ménages de 2 personnes ou des ménages de grande taille. 38% des personnes handicapées vivent dans des ménages composés de 7 personnes et plus contre 31% des personnes contrôles. Alors que 5,8% des personnes du groupe de contrôle vivent à deux, c'est le cas pour 8% des personnes handicapées.

En ce qui concerne la position dans la famille, les personnes handicapées vivent généralement dans des familles élargies qui les prennent en charge. Comme l'indique le Tableau 13, les personnes handicapées sont moins souvent chef de famille, vivent plus souvent avec leurs parents ou leurs enfants que les personnes contrôles.

Tableau 13 : Relation au chef de ménage, personnes handicapées ou contrôles (en %)

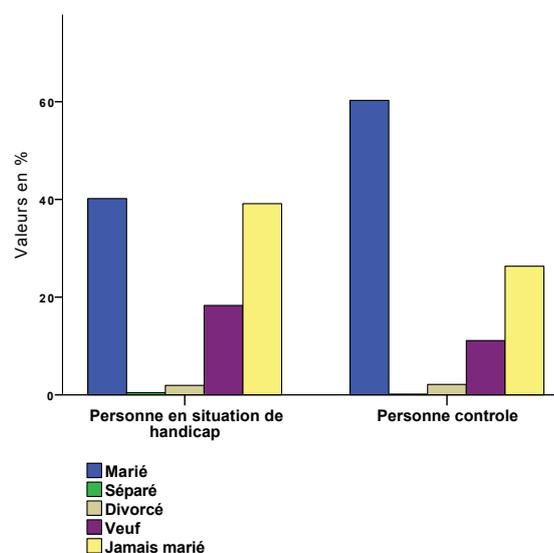
Relation chef de ménage	Personne handicapée ou contrôle		Total
	Personnes handicapées	Personnes contrôle	
Chef de famille	30.9%	37.7%	34.3%
Epoux/épouse	12.6%	25.1%	18.8%
Fils/fille	33.1%	26.9%	30.1%
Parents	11.0%	5.2%	8.1%
Petit-fils/petite-fille	0.9%	0.9%	0.9%
Frère/sœur	5.1%	1.4%	3.2%
Neveu/niece	0.6%	0.2%	0.4%
Oncle/tante	0.9%	0.2%	0.5%
Belle famille	2.5%	2.1%	2.3%
Grands-parents	1.9%	0.3%	1.1%
Ami	0.3%		0.2%
Autre	0.1%		0.1%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Les personnes handicapées sont relativement plus nombreuses à ne pas être mariées, divorcées/séparées, ou encore veuves que les personnes du groupe de contrôle (Figure 10). Les personnes handicapées semblent se marier relativement plus de fois que les personnes contrôles : en effet, alors que 17% des personnes handicapées ont eu deux mariages et plus, c'est le cas de 10,7% des contrôles.

La moyenne d'âge au mariage est similaire dans les deux populations, 24 ans en moyenne.

Certains autres éléments sont explorés plus en détail grâce aux informations récoltées dans le questionnaire individuel. Mais les quelques questions posées dans le questionnaire ménage permettent déjà d'établir que les personnes handicapées sont moins scolarisées que les personnes du groupe de contrôle. Sans surprise, elles sont aussi moins présentes sur le marché du travail.

Figure 10 : Statut matrimonial, personnes handicapées ou contrôles (en %)



Données issues du questionnaire individuel

Le questionnaire individuel de l'enquête aborde plus en détails les thématiques survolées dans le questionnaire ménage : éducation, travail, etc. Le questionnaire a aussi permis de récolter de l'information sur l'état de santé et l'accès aux services, l'inclusion sociale, les conditions de vie, ainsi que les aides sociales à travers des questions sur les aides ou allocations perçues. Le questionnaire individuel a été passé auprès de chaque personne handicapée et de chaque personne contrôle. Les consignes aux enquêteurs étaient strictes, l'individu lui-même devait répondre aux questions. Il est arrivé que le handicap détecté ait posé un problème de communication avec l'enquêteur, dans ce cas c'est la personne la plus proche de la personne handicapée qui a été interrogée à sa place (généralement un des parents ou la personne aidant la personne handicapée). Les enfants de moins de 6 ans détectés avec un handicap n'ont pas été interrogés, il n'existe donc pas de questionnaire individuel dans leur cas. Lorsque des enfants âgés de moins de 15 devaient être interrogés, c'est un des parents ou la personne en charge du mineur qui a répondu à sa place. Il a également été nécessaire de faire deux repassages sur les zones d'enquête afin de pouvoir interroger les personnes détectées mais également corriger des erreurs effectuées par les enquêteurs ou compléter les contrôles manquants.

En ce qui concerne les données du questionnaire individuel, sur les 682 personnes qui ont été détectées handicapées, 670 étaient en âge d'être interrogées. Seulement certaines personnes handicapées ont refusé de répondre aux questions du questionnaire individuel, d'autres personnes ont été systématiquement absentes lors des visites des enquêteurs à leur domicile. Une vingtaine d'interviews n'ont pas abouties. Au total donc se sont donc 1 307 questionnaires qui sont exploitables, soit 651 personnes handicapées et pour leur correspondre, 656 contrôles.

État de santé et accès aux services associés

Plusieurs études ont montré que les personnes handicapées utilisent davantage les services de santé et ont davantage de dépenses (Pruchno and McMullen 2004; Trani and Barbou-des-Courieres 2012; Trani, et al. 2010). Bien qu'il soit difficile de mesurer précisément les dépenses de santé au cours d'une enquête en coupe transversale du fait du biais de remémoration¹², nous avons estimé l'impact du handicap sur l'utilisation et le coût des services de santé au travers de différentes questions. Toutes les personnes interviewées ont répondu à la question de savoir si elles ont utilisé - et ce, combien de fois - un service de santé au cours des douze mois précédant l'enquête; parmi celles qui ont utilisé un service de santé, il leur fut demandé le coût de la visite la plus récente. Les personnes interviewées furent aussi interrogées à propos d'éventuels séjours en hôpital au cours des douze mois précédant l'interview et, dans l'affirmative, sur le coût total de ces séjours. Une série de questions relatives à des services spécifiques fut aussi posée : avez-vous utilisé ce service ? Quelles furent alors vos dépenses (honoraires, médicaments, tests et examens, transport, dépenses de nourriture et nuitées, équipements, aidant, soins traditionnels ou religieux, autres frais de santé) ?

Les résultats sont présentés dans les figures et le tableau ci-dessous.

Peu de marocains disposent d'une couverture sociale. À la question recevez-vous une aide financière pour vos frais médicaux, près de 80% des personnes handicapées et des contrôles répondent par la négative. Les personnes du groupe de contrôle sont sensiblement plus nombreuses à avoir une couverture sociale que les personnes handicapées (18,4% contre 13,6%) (Figure 11).

¹² Le biais de remémoration est une erreur d'enquête liée au fait que la personne interviewée doit se remémorer un fait qui est intervenu dans un passé plus ou moins lointain.

Dans le cas où les personnes interrogées reçoivent une aide financière pour leur frais médicaux, l'origine de cette aide leur a été demandée (Figure 12). Alors que les personnes du groupe de contrôle déclarent recevoir plus fréquemment que les personnes handicapées une aide gouvernementale (70% contre 47%), les personnes handicapées, elles, sont plus nombreuses à avoir une assurance privée (17% contre 14%) ou recevoir une aide familiale (30% contre 13%). Les personnes du groupe de contrôle, quelle que soit la source de l'aide financière, la reçoivent principalement parce qu'elles sont considérées comme des personnes pauvres, ou alors parce que cela fait partie de leurs indemnités (retraite) ou privilèges (cotisations professionnelles ou personnelles). Les personnes handicapées qui sont aidées financièrement pour leurs frais médicaux le doivent uniquement à leurs conditions de vie (pauvreté), statut (handicap) ou leurs indemnités de retraite.

Figure 11 : Aide financière pour frais médicaux, personnes handicapées

Aide financière pour frais médicaux

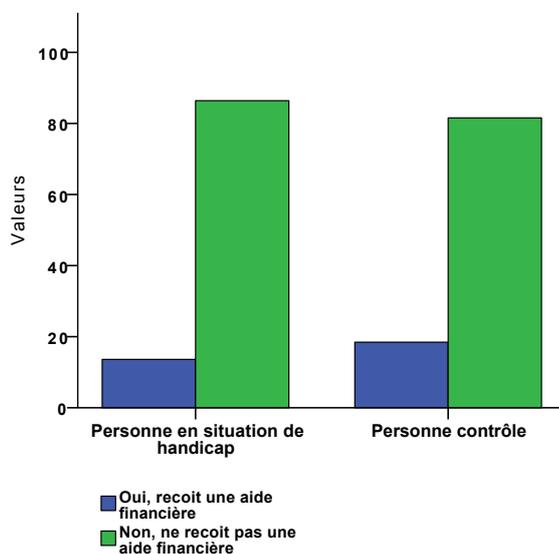
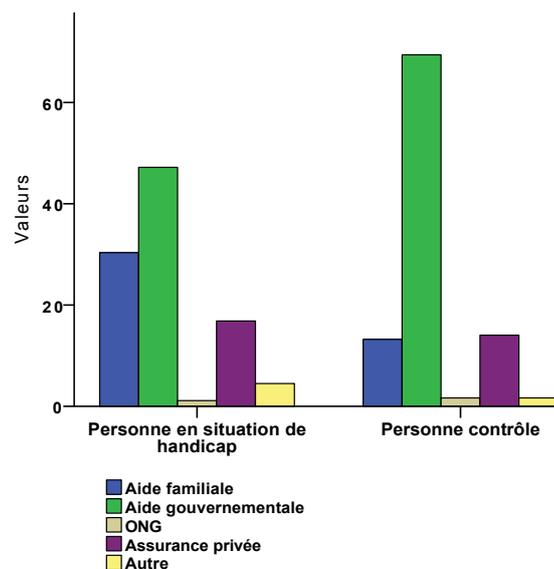


Figure 12 : Origine de l'aide financière, personnes handicapées ou contrôles (en %)



Malgré le peu de couverture sociale déclarée, la plupart des personnes handicapées ou des personnes contrôles interrogées reçoivent des soins médicaux lorsque cela est nécessaire (92,5% des personnes handicapées et des contrôles contre 7,5% qui ne reçoivent pas de soins médicaux), sans qu'il y ait de différence entre le fait d'être une personne handicapée ou une personne contrôlé.

Le taux de satisfaction des soins médicaux est relativement correct, et un peu plus de 50% des personnes interrogées se déclarent satisfaites. La seule différence entre les personnes handicapées et les contrôles apparaît sur l'insatisfaction de ces soins : parmi les totalement insatisfaits, 57% sont des personnes handicapées et 43% des contrôles (soit 16% de l'ensemble des personnes handicapées et 11,7% des contrôles).

Parmi les personnes qui ne reçoivent pas de soins médicaux (7,5% de l'échantillon total interrogé), les personnes handicapées sont plus nombreuses à déclarer qu'elles n'ont pas les moyens financiers de payer pour les soins médicaux (60% contre 34,2% pour les personnes contrôles) (Tableau 14).

Le temps de trajet nécessaire pour atteindre le centre de santé le plus proche est plus long pour les personnes qui vivent dans la région de Chaouia-Ouardigha que pour celles qui vivent à Rabat.

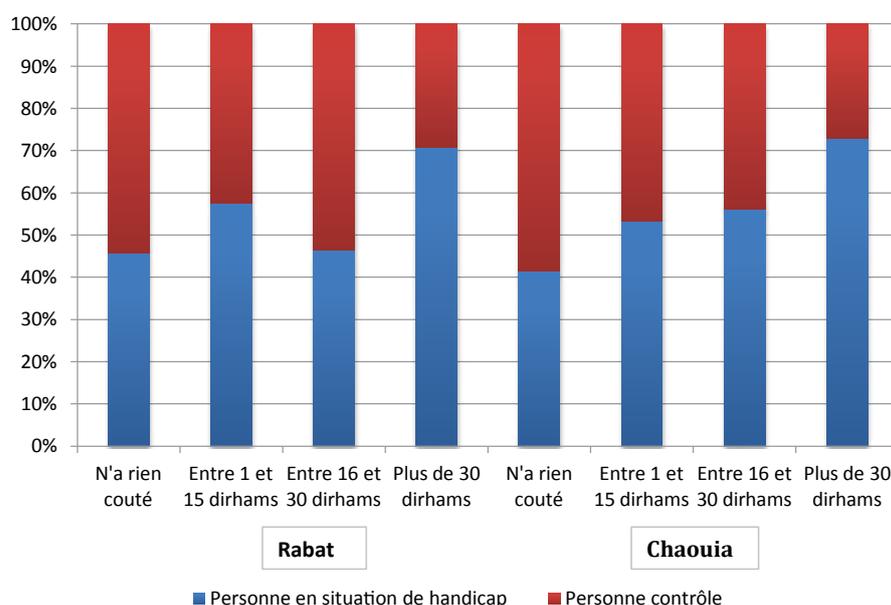
En ce qui concerne les coûts de santé, sans surprise, les coûts de transports sont sensiblement plus élevés dans la région de Chaouia-Ouardigha que celle de Rabat et plus élevés en milieu urbain qu'en milieu rural. Toutes régions confondues, les personnes handicapées dépensent plus que les

personnes du groupe de contrôle pour se rendre dans le centre de santé le plus proche de chez eux. Ces différences apparaissent toujours en contrôlant par la région d'habitation (Figure 13).

Tableau 14: Raisons invoquées pour justifier l'absence de soins médicaux, personnes handicapées ou contrôles (en %)

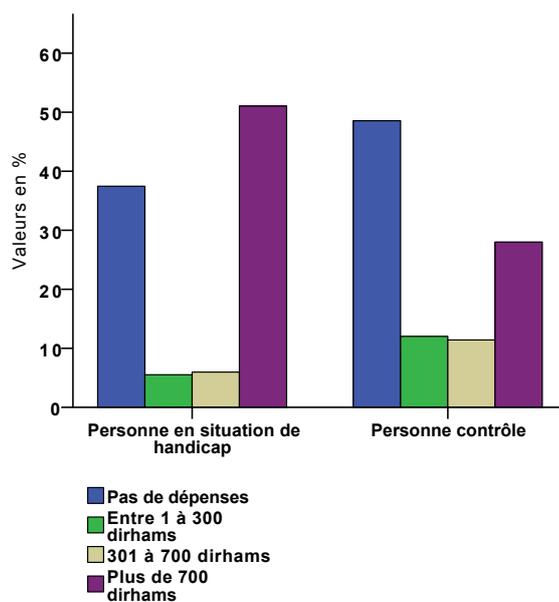
Raison	Personne handicapée	Personne contrôle	Total
Cela n'était pas nécessaire du fait de la blessure ou maladie	10.4%	31.6%	19.8%
Il n'y a pas de service de santé dans les environs	6.3%	18.4%	11.6%
Il n'y pas de service de santé pour ce type de maladie dans les environs	9.4%	3.9%	7.0%
Il n'y avait pas de moyen de transport disponible	1.0%	1.3%	1.2%
Vous n'avez pas les moyens financiers de payer pour des soins médicaux	60.4%	34.2%	48.8%
Vous n'aimez pas les services de santé dans les environs	1.0%	1.3%	1.2%
Le temps d'attente est trop long	2.1%		1.2%
Les docteurs/infirmières/personnels refusent de me soigner	7.3%	7.9%	7.6%
Autre	2.1%	1.3%	1.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Figure 13 : Coût de transport pour se rendre dans le centre de santé le plus proche par région d'habitation, personnes handicapées ou contrôles (répartition en % pour chaque modalité)



Le coût total des dépenses de santé sur l'année est calculé en additionnant tous les coûts déclarés par la personne au cours de la dernière année : honoraires, médicaments, tests médicaux, transport, nourriture, et lit, appareil et accessoires fonctionnels, auxiliaire de santé, cure traditionnelle ou religieuse (sont exclus de ce calcul les frais d'hospitalisation). Les personnes handicapées sont beaucoup plus nombreuses à déclarer des coûts supérieurs à 700 dirhams (environ 62 EUR), alors que les personnes du groupe de contrôles déclarent des frais en dessous de ce seuil (Figure 14). Pour ce qui est des personnes qui n'ont eu aucune dépense de santé, une fois de plus, les personnes contrôle se retrouvent en plus grande majorité (48,6% des personnes contrôles contre 37% des personnes handicapées).

Figure 14 : Coût total en dépenses de santé sur l'année écoulée, personnes handicapées ou contrôles (en %)



En moyenne sur l'année écoulée, les personnes handicapées ont dépensé 6 900 dirhams pour leurs dépenses de santé, alors que pour les personnes contrôle, la moyenne atteint 5 470 dirhams. La médiane pour les personnes handicapées est à 805 dirhams alors que pour les personnes contrôles elle est à 50¹³.

L'ensemble des données sur le coût de santé permettent d'affirmer que les personnes handicapées ont des dépenses largement supérieures aux personnes du groupe de contrôle.

Les dépenses de santé élevées peuvent aussi s'expliquer par des visites plus fréquentes dans les centres de santé. Alors que 60% des personnes du groupe de contrôle ne s'y sont rendues qu'un maximum de 2 fois au cours de l'année précédente, les personnes handicapées déclarent en majorité s'y être déplacées 3 fois et plus (Tableau 15).

À la question « où vous rendez-vous en cas de blessure ou de problème ? », les personnes contrôles sont plus enclines à aller chez un docteur, ou dans une clinique privée ou encore un hôpital privé alors que les personnes handicapées déclarent elles avoir recours plus souvent que les personnes contrôles à des centres ONG ou à des traitements religieux (Tableau 16).

¹³ Soit en moyenne 617 EUR pour les personnes handicapées et 489 EUR pour les personnes du groupe de contrôle. La médiane pour les personnes handicapées est à environ 72 EUR et à 4 EUR pour les personnes du groupe de contrôle.

Tableau 15 : Nombre de visites dans un centre de santé au cours de l'année précédant l'enquête, personnes handicapées ou contrôles (en %)

Nombre de visites	Personnes handicapées ou contrôle		Total
	Personne handicapée	Personne contrôle	
Aucune	19.6%	31.8%	25.7%
1 ou 2 fois	19.4%	28.9%	24.2%
3 à 5 fois	28.4%	25.4%	26.9%
6 à 10 fois	15.3%	9.0%	12.1%
Plus de 10 fois	17.4%	4.9%	11.1%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Tableau 16 : Où vous rendez-vous en cas d'accident ou blessure, personnes handicapées ou contrôles (en %)

Lieux	Personnes handicapées ou contrôle		Total
	Personne handicapée	Personne contrôle	
Docteur privé	1.9%	2.9%	2.4%
Clinique privée	0.5%	1.6%	1.0%
Centre communautaire public	1.9%	1.4%	1.7%
Hôpital public	6.7%	6.8%	6.8%
Hôpital privé	2.1%	4.1%	3.1%
Pharmacie/Pharmacien	60.3%	63.4%	61.8%
Vendeurs de rue/de marché	2.2%	1.9%	2.1%
Centre sanitaire géré par une ONG	2.1%	1.3%	1.7%
Médecin traditionnel/Guérisseur	9.3%	10.0%	9.7%
Traitement religieux	10.6%	5.3%	7.9%
Autre	2.4%	1.3%	1.8%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Les temps de transport pour se rendre au centre de santé le plus proche en cas de besoin sont assez similaires à Chaouia-Ouardigha entre personnes handicapées et contrôles. Les différences sont plus marquées à Rabat où les personnes handicapées ont clairement des temps de transport plus longs que les personnes du groupe de contrôle (Tableau 17).

Le mode de transport est également vecteur de disparités entre les deux populations. Alors

que les personnes contrôles utilisent facilement la marche, et ce dans les deux régions d'enquête, les personnes handicapées se voient obligées de prendre des transports publics ou privés. Cette différence peut s'expliquer notamment par les difficultés d'accessibilité rendant difficile la mobilité et l'autonomie des personnes handicapées (Figure 15).

Tableau 17 : Temps de transport pour se rendre dans le centre de santé le plus proche par région, personnes handicapées ou contrôles (en %)

Région	Temps de transport	Personnes handicapées ou contrôle		Total
		Personne handicapée	Personne contrôle	
Rabat	Moins de 10 minutes	55.6%	69.6%	62.6%
	11 à 20 minutes	22.6%	15.6%	19.1%
	20 à 30 minutes	10.8%	7.6%	9.2%
	Plus de 30 minutes	11.1%	7.3%	9.2%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
Chaouia	Moins de 10 minutes	23.1%	27.8%	25.5%
	11 à 20 minutes	17.1%	17.0%	17.0%
	20 à 30 minutes	20.2%	22.4%	21.3%
	Plus de 30 minutes	39.6%	32.7%	36.1%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
Total	Moins de 10 minutes	37.9%	46.6%	42.3%
	11 à 20 minutes	19.6%	16.4%	18.0%
	20 à 30 minutes	15.9%	15.8%	15.8%
	Plus de 30 minutes	26.7%	21.2%	23.9%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Figure 15 : Mode de déplacement au centre de santé le plus proche par région, personnes handicapées ou contrôles (en % par modalité de réponse)

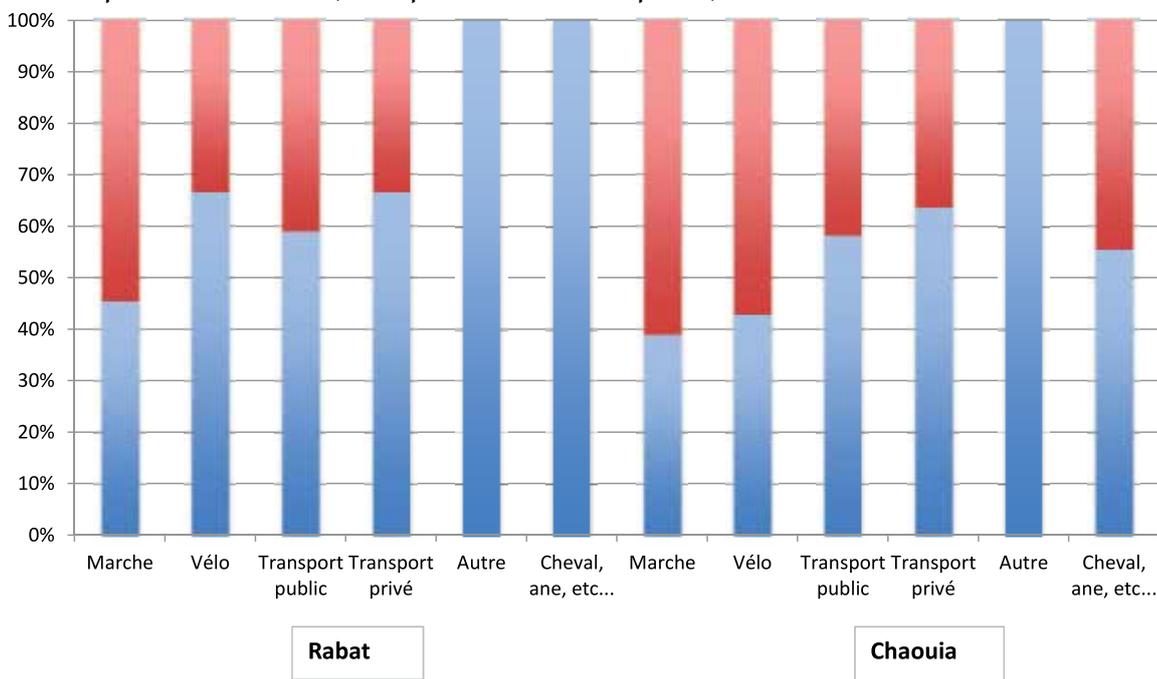


Tableau 18: Différence de niveau d'utilisation des services de santé et de dépenses entre personnes handicapées et contrôles

Catégorie	Pourcentage d'utilisation des services de santé (%) et dépenses conditionnelles (dirhams)		Valeur P et test statistique
	Personnes handicapées	Contrôles	
Visite au centre de santé le plus proche	80,4% (n=468)	68,2% (n=403)	<0,001
Nombre de visites au cours de l'année précédente (a)	6,99	2,86	<0,001
Coût de la visite la plus récente (b) (en dhs)	18,84	7,06	<0,001
Coût annuel moyen des visites (a*b) (en dhs)	113,92	21,75	<0,001
Hospitalisations	22,5% (n=147)	8,1% (n=53)	<0,001
Estimation du coût des hospitalisations	4684,56	3850,20	n.s. (0,46)
Services particuliers au cours des 12 derniers mois			
Honoraires	49,4% (n=321)	34,4% (n=225)	<0,001
Honoraires (conditionnels à une visite) (en dhs)	5536,09	2476,05	0,002
Médicaments	84,3% (n=548)	73,5% (n=482)	<0,001
Médicaments (conditionnels à une visite) (en dhs)	7030,79	1985,25	n.s. (0,15)
Tests et examens	61,1% (n=395)	39,9% (n=261)	<0,001
Tests (conditionnels à une visite) (en dhs)	3629,77	17546,56	n.s. (0,40)
Transport	74,5% (n=479)	45,9% (n=298)	<0,001
Transport (conditionnels à une visite) (en dhs)	801,31	281,90	<0,001
Nuitée et nourriture	29,5% (n=190)	10,3% (n=67)	<0,001
Nuitée et nourriture (conditionnels à une visite) (en dhs)	3625,09	3523,08	n.s. (0,95)
Appareillages	23,9% (n=153)	8,1% (n=53)	<0,001
Appareillages (conditionnels à une visite) (en dhs)	1999,78	7485,42	n.s. (0,39)
Aidant	12,9% (n=83)	4,6% (n=30)	<0,001
Aidant (conditionnels à une visite) (en dhs)	10264,29	2883,33	n.s. (0,24)
Traitement traditionnel ou religieux	14,3% (n=92)	7,7% (n=50)	<0,001
Traitement traditionnel ou religieux (conditionnels à une visite) (en dhs)	355,19	260,0	n.s. (0,41)
Autres services	4,6% (n=621)	1,4% (n=647)	0,001
Autres services (conditionnels à une visite)*	-	-	-
Ensemble des services	90,2% (n=587)	79,2% (n=520)	<0,001
Ensemble des services (conditionnels à une visite) (en dhs)	11782,27	10798,92	n.s. (0,89)

Note : (n=) indique le nombre d'observations. N.s.: non significatif. * Faible nombre d'observations.

Le Tableau 18 ci-dessus rapporte les tests statistiques de la différence d'utilisation des services de santé et des dépenses (conditionnelles à l'utilisation de ces services) pour chacune des catégories de dépenses mentionnées plus haut. Il a été utilisé des tests de proportion pour l'utilisation des services et des tests-t pour les dépenses conditionnelles. Le Tableau 18 rapporte également le total des catégories spécifiques de soins et une estimation des dépenses annuelles de santé pour les visites aux services de santé considérés en multipliant le nombre de visites au service considéré avec le coût de la visite la plus récente. En moyenne, ceci devrait fournir une bonne estimation des dépenses annuelles de santé pour chaque service considéré au sein de l'échantillon. Les résultats montrent que les personnes handicapées utilisent davantage et dépensent plus que les contrôles, quel que soit le type de service de santé.

Etat de santé général

Une vaste littérature scientifique a démontré le lien entre handicap et état psychologique (Gray, et al. 2011). Plusieurs phénomènes expliquent l'observation fréquente d'états dépressifs ou anxieux parmi les personnes handicapées : le phénomène de stigmatisation dont les personnes handicapées sont victimes et dont Goffman (Goffman 1963) a le premier démontré le fonctionnement, est largement responsable de troubles psychiques variés parmi les personnes handicapées. Le sentiment de dévalorisation ou d'inutilité, le manque d'estime de soi, le repli sur soi sont souvent liés à l'hostilité de l'entourage. Les résultats de cette enquête confirment ces tendances.

Ainsi, 22,7% des personnes handicapées interrogées ont déclaré être extrêmement anxieuses ou déprimées contre aucune des personnes contrôles (Figure 16). Il a été demandé aux personnes interrogées de déclarer leur état de santé sur une échelle de 0 à 100, 0 étant le pire état de santé imaginable et 100 le meilleur état de santé. Comme on pouvait s'y attendre, les personnes handicapées, déclarent un état de santé moindre que les personnes contrôles, le ressenti de leur état étant beaucoup plus dégradé que celui des personnes contrôles (Figure 17).

De façon identique, les personnes handicapées sont plus souvent toujours ou fréquemment malheureuses (11,5% contre 1,5% ne se sentent jamais heureuses) plutôt ou tout à fait tristes (29,1% contre 4,9%), et se sentent souvent ou constamment fatiguées (61% contre 16%) ou facilement fatigables (65,8% contre 14,8%) et enfin se plaignent plus souvent de douleurs extrêmes (25,6% contre 1,7%).

Figure 16 : Anxiété et dépression, personnes handicapées ou contrôles (en %)

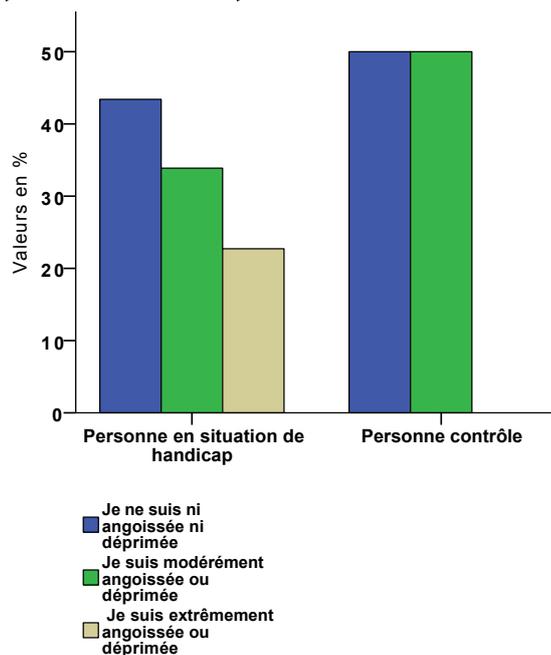
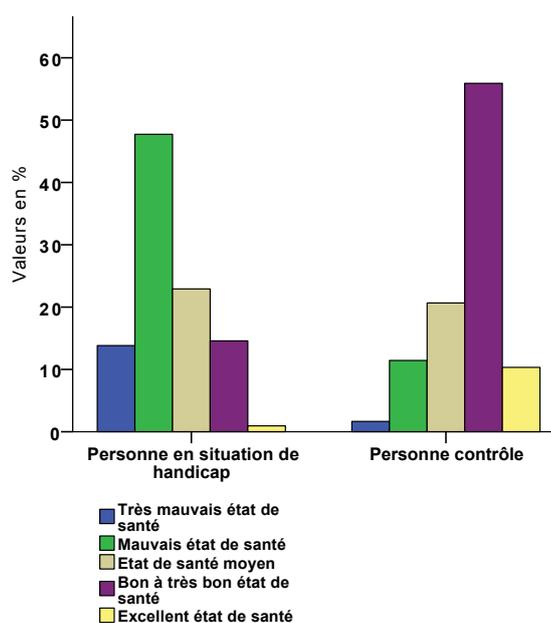


Figure 17 : État de santé déclaré, personnes handicapées ou contrôles (en %)



Il existe une croyance traditionnelle que les personnes handicapées adultes ne sont pas sexuellement actives (WHO and UNFPA 2009). S'il a été démontré ailleurs que les personnes handicapées adultes sont moins souvent sexuellement actives que les personnes non handicapées (Trani, et al. 2011b), il n'en reste pas moins que certaines le sont, au Maroc comme ailleurs. 44% des adultes des 16-65 ans se déclarent sexuellement actifs, parmi ces actifs, 27% sont des personnes handicapées et 73% des personnes contrôles.

Enfin, à la question vous considérez vous comme une personne handicapée, 83% des personnes détectées par le module 2 comme personne handicapée ont déclaré qu'elles se considéraient comme handicapées, 17% affirment le contraire.

Niveau d'éducation et accès à l'école

L'accès à l'éducation constitue un droit important pour les enfants handicapés dans le cadre de l'initiative « Education pour tous » (UNESCO 2002; UNESCO 2003) et garanti par la Convention relative aux droits des personnes handicapées. L'accès universel à l'école primaire constitue également l'objectif 2 du Millénaire pour le développement. La Figure 18 montre que 39% des personnes handicapées de 10 ans et plus savent effectivement lire et écrire la langue arabe. Cette proportion est plus élevée parmi les personnes contrôles (55,1%). Pour ce qui est de savoir lire ou écrire la langue française, les proportions des personnes capables sont encore plus faibles, parmi les personnes handicapées comme parmi les personnes du groupe de contrôle (22% des personnes handicapées et 40% des contrôles).

Le taux de scolarisation des personnes handicapées est plus faible que pour les personnes contrôles, même si le niveau global de scolarisation des personnes interrogées reste relativement faible. En effet, 55,7% des contrôles ont été scolarisés contre 41% des personnes handicapées (Figure 19). Les différences entre les deux groupes sont encore plus criantes entre les deux régions d'enquête : alors que 47,4% des personnes handicapées sont ou ont été scolarisées à

Rabat (60% des contrôles), le taux n'atteint que 35,2% parmi les personnes handicapées détectées à Chaouia-Ouardigha (52,5% des contrôles).

Figure 18 : Alphabétisation en arabe, personnes handicapées ou contrôles (en %)

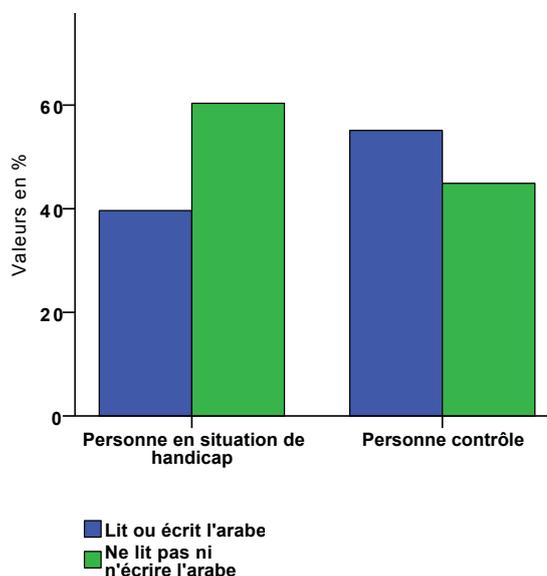
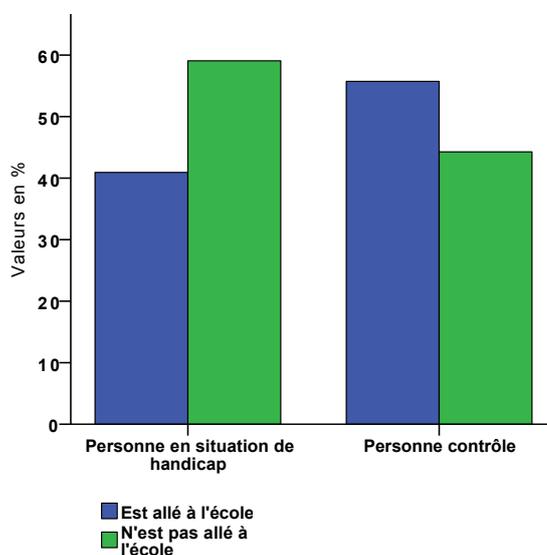


Figure 19 : Scolarisation, personnes handicapées ou contrôles (en %)



L'Enquête Nationale sur le Handicap a trouvé que 32% des enfants handicapés entre 4 et 15 ans sont scolarisés, soit un taux de scolarisation pratiquement trois fois inférieur à celui des enfants non atteints par un handicap. Dans notre enquête, 74% des personnes handicapées qui ont entre 5 à 15 ans vont ou sont allées à l'école, et 98,2% des enfants du groupe de contrôle. En ce qui concerne les personnes qui n'ont pas été scolarisées, les raisons invoquées sont

principalement le fait que les parents n'ont pas voulu (38,5%) ou que la famille était trop pauvre (29,4%) (Tableau 19). Pour 22% des personnes handicapées, la raison de leur non-scolarisation est leur handicap, mais elle ne constitue cependant que la 3ème raison la plus invoquée à la suite de la décision des parents et de la pauvreté. Chez les personnes du groupe de contrôles, les raisons principales sont : la décision des parents (46%), la pauvreté (31,1%) et le manque d'école à proximité (18,7%). Des disparités sont également constatées en fonction de la région d'habitation et du sexe. La pauvreté est moins un problème à Rabat qu'à Chaouia-Ouardigha, par contre les parents ont un poids plus fort dans la région rurale. La décision des parents a un impact de même beaucoup plus important chez les femmes non handicapées.

l'école publique reste l'établissement majeur de scolarisation.

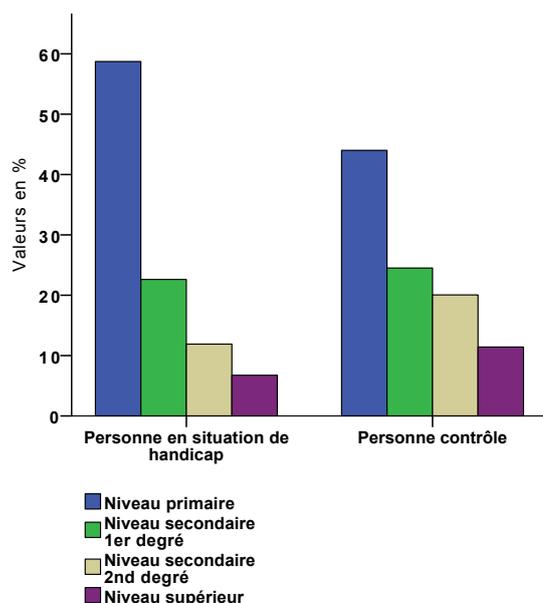
Le niveau de scolarisation atteint est plus élevé parmi les personnes du groupe de contrôle que parmi les personnes handicapées, ces différences étant fortement significatives (Figure 20). Les personnes handicapées, dans le cas où elles sont scolarisées, atteignent le niveau primaire et éventuellement le collégiale, mais guère plus.

Tableau 19 : Raisons de non scolarisation, personnes handicapées ou contrôles (en %)

Région	Raison invoquée	Personnes handicapées ou contrôle		Total
		Personne handicapée	Personne contrôle	
Rabat	Trop pauvre	39.4%	37.0%	38.3%
	Maladie ou handicap	18.1%	0.8%	10.6%
	Parents n'ont pas voulu	27.1%	42.9%	33.9%
	Pas d'école à proximité	12.3%	17.6%	14.6%
	Autre raison	3.2%	1.7%	2.6%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
Chaouia	Trop pauvre	20.4%	26.8%	23.1%
	Maladie ou handicap	24.4%	0.6%	14.3%
	Parents n'ont pas voulu	37.1%	48.2%	41.8%
	Pas d'école à proximité	14.5%	19.5%	16.6%
	Autre raison	3.6%	4.9%	4.2%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
Total	Trop pauvre	28.2%	31.1%	29.4%
	Maladie ou handicap	21.8%	0.7%	12.7%
	Parents n'ont pas voulu	33.0%	45.9%	38.5%
	Pas d'école à proximité	13.6%	18.7%	15.8%
	Autre raison	3.5%	3.5%	3.5%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

La quasi-totalité des enfants scolarisés fréquentent l'école publique au Maroc. Très peu ont fréquenté les écoles privées (2,4%) ou uniquement les écoles coraniques (1,8%). Il n'existe pas de différence entre les personnes handicapées et le groupe de contrôle scolarisés, quant à leur lieu de scolarisation :

Figure 20 : Niveau de scolarisation, personnes handicapées ou contrôles (en %)



Pour les personnes qui ne sont plus scolarisées, les motifs de cessation de la scolarité ont été demandés : les trois raisons les plus souvent données sont le manque de moyens financiers, l'échec scolaire ou encore que le niveau souhaité a déjà atteint (Tableau 20). En comparant les personnes handicapées et les personnes du groupe de contrôle, des disparités apparaissent, et il apparaît que le poids de la maladie ou du handicap est clairement un frein à la scolarité pour les personnes handicapées (20% des personnes handicapées les déclarent comme principal motif d'arrêt de l'école), plaçant cette raison au 3ème rang chez les personnes handicapées. Pour les personnes du groupe de contrôle, les motifs les plus fréquemment cités sont par ordre de grandeur : manque de

moyens financiers, échec scolaire, niveau scolaire souhaité déjà atteint.

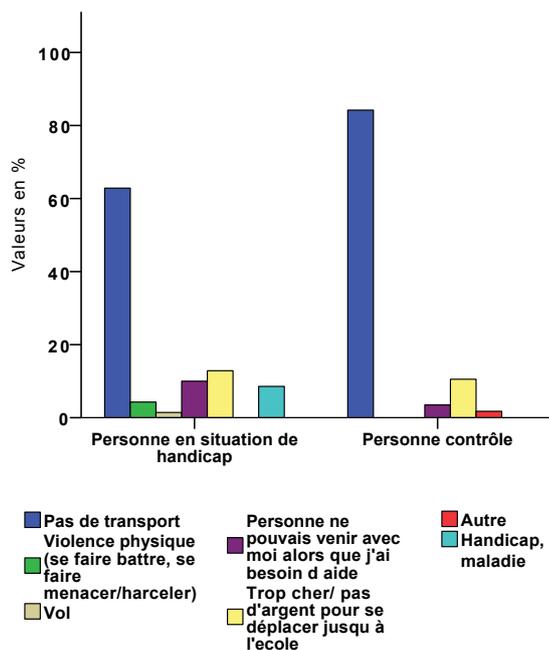
Les personnes handicapées sont sans surprise plus nombreuses à déclarer avoir eu des problèmes pour se rendre à l'école (28% contre 16% pour les personnes handicapées). Parmi les motifs donnés pour expliquer ces difficultés, les deux principales raisons, que cela soit pour les personnes handicapées ou les personnes du groupe de contrôle, sont le fait qu'il n'y avait pas de transport disponible ou que cela était trop cher de se déplacer jusqu'à l'école (Figure 21). Contrairement aux personnes contrôles, des personnes handicapées déclarent avoir subi des violences physiques ou un vol, ainsi qu'un manque de solidarité pour les aider à se rendre à l'école, ou encore que leur handicap constitue un obstacle pour se déplacer jusqu'à l'école.

Il est à noter que l'utilité de l'école pose rarement question : 6,8% des personnes handicapées et seulement 2,4% des personnes contrôles mettent en doute son utilité. L'école est à la fois utile pour une participation active à la vie en société (54,9% et 56,7% respectivement), pour trouver un emploi (26,5% et 33,1% respectivement), pour soi-même et la construction de sa propre identité (3,7% et 3,5% des personnes handicapées et des personnes contrôles respectivement), et, plus rarement, pour acquérir un meilleur statut social.

Tableau 20 : Motif de cessation de la scolarité, personnes handicapées ou contrôles (en %)

Raison invoquée	Personnes handicapées ou contrôles		Total
	Personne handicapée	Personne contrôlée	
Niveau souhaité atteint	8.5%	12.3%	10.7%
Emploi ou apprentissage	6.5%	8.2%	7.5%
Problème lié à l'école (fermée...)	7.0%	11.2%	9.4%
Manque de moyens financiers	28.4%	33.6%	31.3%
En échec scolaire	24.4%	25.4%	24.9%
Maladie ou handicap	19.9%	1.1%	9.2%
Décision des parents	3.5%	6.3%	5.1%
Autre motif	2.0%	1.9%	1.9%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Figure 21 : Types de problèmes rencontrés pour se déplacer jusqu'à l'école, personnes handicapées ou contrôles (en %)



Situation de l'emploi et accès aux services liés à l'emploi

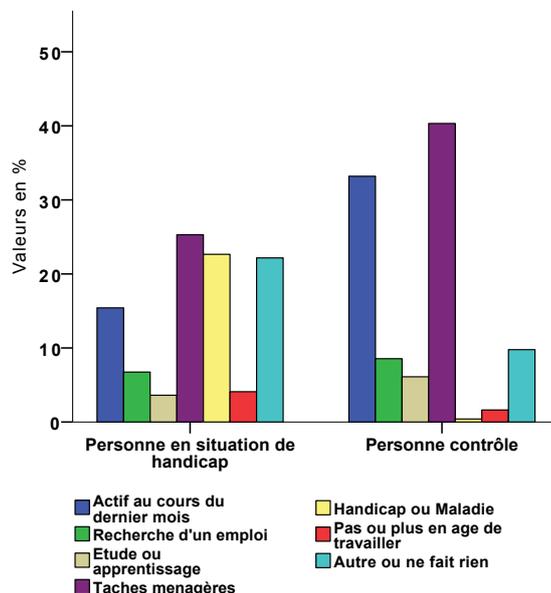
Parmi les personnes handicapées et les personnes contrôles âgées de plus de 15 ans, peu déclarent actuellement travailler : seulement 22% de la totalité des individus. La proportion d'actifs est sensiblement plus élevée en intégrant les personnes qui ont travaillé au cours du dernier mois (25%).

La différence de situation entre les personnes handicapées et le reste de la population est plus marquante encore sur le marché du travail. Le niveau d'activité est particulièrement faible parmi les personnes en âge de travailler: 15,2% seulement des personnes handicapées de 15 à 65 ans ont une activité au cours du dernier mois contre 32,1% des personnes contrôles (Figure 22). Seulement 6,7% des personnes handicapées cherchent activement un emploi. 23% ont renoncé à chercher un emploi du fait de leur handicap et 4% se déclarent trop âgées (ou trop jeunes, mais sont déscolarisées) (Figure 24).

Alors que 57% des hommes du groupe de contrôles se déclarent actifs, ils ne sont que 24% du groupe des personnes handicapées. D'une manière générale les femmes sont très peu actives (6,2% de l'échantillon) et

participent plutôt aux tâches ménagères, même si les femmes handicapées le font sensiblement moins que les femmes du groupe de contrôle (50,8% des personnes handicapées contre 77,3% des contrôles).

Figure 22 : Proportion de personnes actives (15-65 ans), personnes handicapées ou contrôles (en %)



Il est intéressant de noter que les hommes, qu'ils soient handicapés ou du groupe de contrôles, ne participent pas aux tâches ménagères même s'ils ne travaillent pas (moins de 2% d'entre eux dans les deux cas), alors que la moitié des femmes handicapées y prennent part (Tableau 21).

Parmi les adultes âgés de 15 à 65 ans, une proportion assez faible a déjà eu une activité ou un emploi au cours de sa vie qui lui ait permis de disposer d'un salaire. Et la division par région montre que les actifs sont sensiblement plus élevés à Chaouia-Quardigha qu'à Rabat. Un résultat intéressant est le fait qu'il n'y ait pas de différence à ce propos entre les femmes handicapées et les femmes du groupe de contrôle, contrairement aux hommes : 12% des femmes handicapées déclarent avoir déjà eu une activité ou un emploi, et ceci est le cas pour 13,8% des femmes contrôles.

Tableau 21 : Répartition des actifs en fonction du sexe, personnes handicapées ou contrôles (en %)

Sexe	Activité au cours du dernier mois	Personnes handicapées ou contrôle		Total
		Personne handicapée	Personne contrôle	
Homme	Actif au cours du dernier mois	24.3%	57.0%	41.8%
	Rechercher un emploi	11.3%	12.5%	11.9%
	Etude ou apprentissage	4.1%	10.2%	7.3%
	Tâches ménagères	1.8%	1.2%	1.5%
	Handicap ou maladie	28.4%	0.8%	13.6%
	Pas ou plus l'âge de travailler	1.8%	2.0%	1.9%
	Autre ou ne fait rien	28.4%	16.4%	22.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
Femme	Actif au cours du dernier mois	5.0%	7.1%	6.2%
	Rechercher un emploi	1.5%	5.1%	3.5%
	Etude ou apprentissage	4.5%	6.3%	5.5%
	Tâches ménagères	50.8%	77.3%	65.6%
	Handicap ou maladie	17.1%		7.5%
	Pas ou plus l'âge de travailler	6.5%	1.2%	3.5%
	Autre ou ne fait rien	14.6%	3.1%	8.1%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
Total	Actif au cours du dernier mois	15.2%	32.1%	24.5%
	Rechercher un emploi	6.7%	8.8%	7.8%
	Etude ou apprentissage	4.3%	8.2%	6.4%
	Tâches ménagères	24.9%	39.1%	32.7%
	Handicap ou maladie	23.0%	0.4%	10.6%
	Pas ou plus l'âge de travailler	4.0%	1.6%	2.7%
	Autre ou ne fait rien	21.9%	9.8%	15.2%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fait assez surprenant, on observe une égalité en termes de stabilité dans l'emploi. Il n'existe en effet aucune différence significative entre personnes handicapées et contrôles en ce qui concerne la nature de l'emploi (emploi stable, occasionnel ou petits boulots divers). En ce qui concerne le statut de l'emploi, les personnes handicapées sont clairement moins qualifiées que les personnes du groupe de contrôle lorsqu'elles sont employées ou ouvriers. Les personnes handicapées sont par contre sensiblement plus nombreuses à se déclarer « entrepreneur individuel » sans que cette différence avec le groupe de contrôle soit significative (Figure 23).

Les personnes handicapées actives touchent cependant des salaires moins élevés que les actifs du groupe de contrôle (Tableau 22). Les

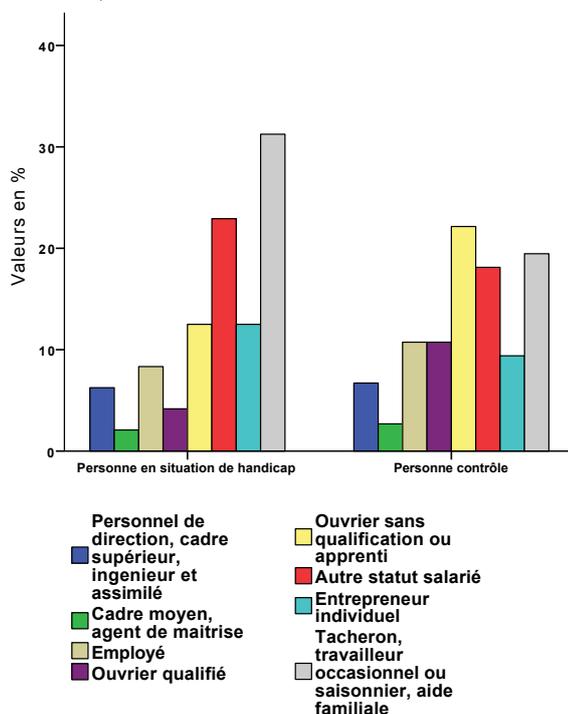
contrôles gagnent en moyenne 2 158 dirhams par mois, avec un maximum déclaré de 14 000 et une médiane à 1 500 dirhams par mois¹⁴. Les personnes handicapées qui travaillent, gagnent elles en moyenne 1760 dirhams par mois, avec un maximum déclaré de 11 000 dirhams et une médiane à 1 200 dirhams par mois¹⁵. En découpant les revenus en 5 catégories, les personnes handicapées sont plus nombreuses à toucher des salaires en dessous de 2 500 dirhams (soit environ 223 EUR) que les personnes du groupe de contrôle¹⁶.

14 Soit environ 193 EUR en moyenne, maximum 1252 EUR et médiane 134 EUR.

15 Soit environ 157 EUR en moyenne, maximum 984 EUR et médiane 107 EUR.

16 Au Maroc, le salaire minimum local est appelé SMIG, « Salaire minimum interprofes-

Figure 23 : Statut dans l'emploi, personnes handicapées ou contrôles (en %)



Le différentiel de sous-emploi entre personnes handicapées et personnes contrôles s'observe dans le nombre d'heures de travail journalières : presque 20% des personnes handicapées travaillent moins de huit heures par jour contre 15,9% des personnes contrôles. Alors que 35% des personnes handicapées travaillent de 8 à 9 heures, c'est le cas de 42% des personnes contrôles (Figure 24).

Si les personnes handicapées sont plus nombreuses à travailler moins de 10 jours par mois, elles le sont aussi à travailler plus de 25 jours par mois, soit sans pratiquement de repos hebdomadaire. 71% des personnes handicapées sont dans ce cas (contre 58,9 % des personnes contrôles) (Tableau 23).

Tableau 22 : Niveau de salaire, personnes handicapées ou contrôles (en %)

Catégories de salaire	Personnes handicapées ou contrôles		Total
	Personne handicapée	Personne contrôlée	
Moins de 500 dirhams	8.3%	6.6%	7.1%
500 à 999 dirhams	26.7%	19.1%	21.2%
1000 à 1499 dirhams	18.3%	15.8%	16.5%
1500 à 2499 dirhams	28.3%	32.9%	31.6%
Plus de 2500 dirhams	18.3%	25.7%	23.6%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

sionnel garanti ».
 Depuis le mois de Juillet 2012, le Smig horaire marocain est passé à 12,24 Dirhams (DH), ce qui équivaut à environ 1,09 euros de l'heure. À noter que contrairement à la France, l'heure supplémentaire au Maroc n'est indemnisée qu'au-delà de 10 heures par jour, et quarante-quatre heures par semaine. Entre 2008 et 2012 le SMIG est passé de 9,66 DH/h à 12,24 DH/h soit une augmentation de 26,7 %. En 2014, Le gouvernement marocain a annoncé l'augmentation du SMIG de 5 % en juillet 2014, et de 5 % en juillet 2015, pour passer de 12,85DH/h à 13,46DH/h en été 2015. La durée légale de travail au Maroc est de 44h par semaine. D'ici l'été 2015 le SMIG marocain pour un emploi à temps plein sera de 30.796,48 DH/an, en moyenne 2566,37 DH/mois (228,51€/mois selon le taux de change au 29/04/2014).

Figure 24 : Nombre d'heures travaillées par jour, personnes handicapées ou contrôles (en %)

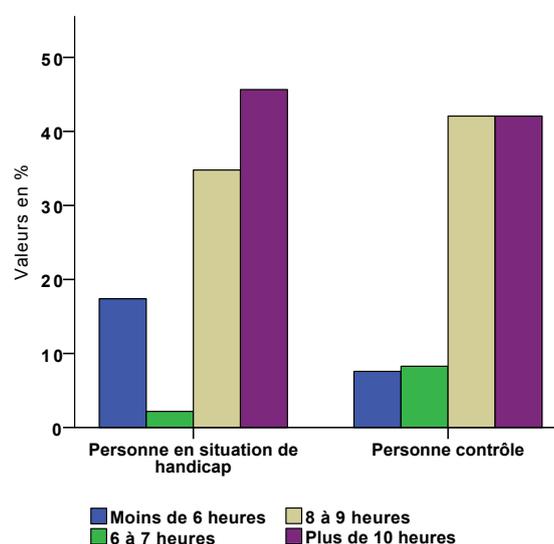


Tableau 23 : Nombre de jours travaillés par an, personnes handicapées ou contrôles (en %)

	Personnes handicapées ou contrôle		Total
	Personne handicapée	Personne contrôle	
Moins de 10 jours	11.1%	4.1%	5.8%
10 à 19 jours	8.9%	11.6%	11.0%
25 à 25 jours	8.9%	26.0%	22.0%
Plus de 25 jours	71.1%	58.2%	61.3%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Les personnes handicapées de 15-65 ans semblent en revanche davantage touchées que les autres par le sous-emploi, celui-ci étant mesuré en nombre de mois travaillés par an. Elles sont plus nombreuses à travailler moins de 6 mois par an comparé aux personnes contrôles (25% contre 14,6% respectivement), moins nombreuses à travailler 7 à 10 mois (6,8% contre 16,7% respectivement) et 11 mois par an (9,1% contre 13,9% respectivement), et de manière presque similaire à travailler toute l'année sans pause (59,1% contre 57,9% respectivement).

Les personnes handicapées sont plus nombreuses à rencontrer des difficultés sur leur lieu de travail (Tableau 24). C'est le cas de plus d'un tiers des personnes handicapées. Elles sont plus nombreuses à avoir des difficultés à se rendre sur leur lieu de travail (19,1% contre 10,4% des personnes contrôles) et à se plaindre de l'insuffisance de rémunération (23,4% contre 13,9% des personnes contrôles).

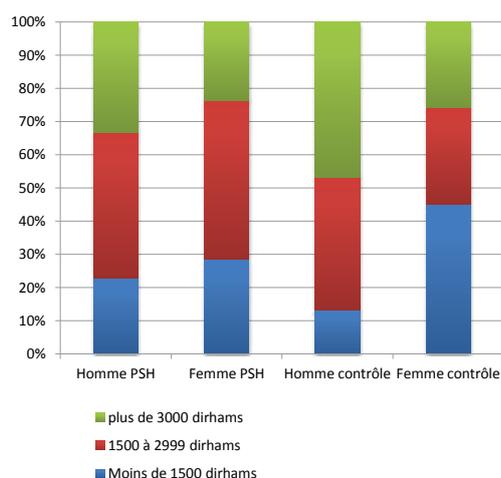
Tableau 24 : Difficultés rencontrées sur le lieu de travail, personnes handicapées ou contrôles (en %)

	Personnes handicapées ou contrôle		Total
	Personne handicapée	Personne contrôle	
Je n'ai aucune difficulté	31.9%	44.4%	41.4%
J'ai des difficultés à me rendre à mon lieu de travail	19.1%	10.4%	12.6%
C'est un travail fatigant	12.8%	19.4%	17.8%
C'est un travail trop difficile	6.4%	6.9%	6.8%
C'est un travail dangereux	4.3%	3.5%	3.7%
Je ne m'entends pas avec mes collègues		1.4%	1.0%
Le salaire est insuffisant	23.4%	13.9%	16.2%
Autre	2.1%		0.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Une faible proportion de personnes handicapées et de personnes contrôles d'âge actif sont effectivement à la recherche d'un emploi (18,7%). Ce chiffre est encore plus faible parmi les femmes (12% des femmes handicapées et 12,7% des femmes du groupe de contrôle) que les hommes (23,9% des hommes handicapés et 25,4% des hommes du groupe de contrôle). Mais il n'existe pas de différence significative entre les deux populations et quel que soit le genre.

Les personnes handicapées ont moins d'exigence salariale que les personnes contrôles et les femmes moins que les hommes (Figure 25). Les femmes handicapées comme les femmes contrôles sont prêtes dans 74% des cas à accepter de travailler pour un salaire inférieur à 3 000 dirhams par mois. Ce n'est le cas que de 62% des hommes handicapés et de 53% des hommes du groupe de contrôle.

Figure 25 : Salaire minimum souhaité par sexe (en % pour les modalités en fonction du statut personnes handicapées et contrôle et par sexe)



Les demandeurs d'emploi multiplient les démarches pour trouver un travail. Les personnes handicapées recourent relativement peu aux petites annonces (5,8%), mais comptent davantage que les personnes contrôle sur le soutien de leurs proches (15,1%) (Tableau 25). Elles effectuent également de nombreuses démarches dans leur quartier afin d'identifier si des besoins si des besoins existants pourraient être comblés en offrant leurs services mais pas autant que les personnes contrôles (22,1% contre 35,5% pour les contrôles).

Tableau 25 : Démarches effectuées pendant la recherche d'un emploi, personnes handicapées ou contrôles (en %)

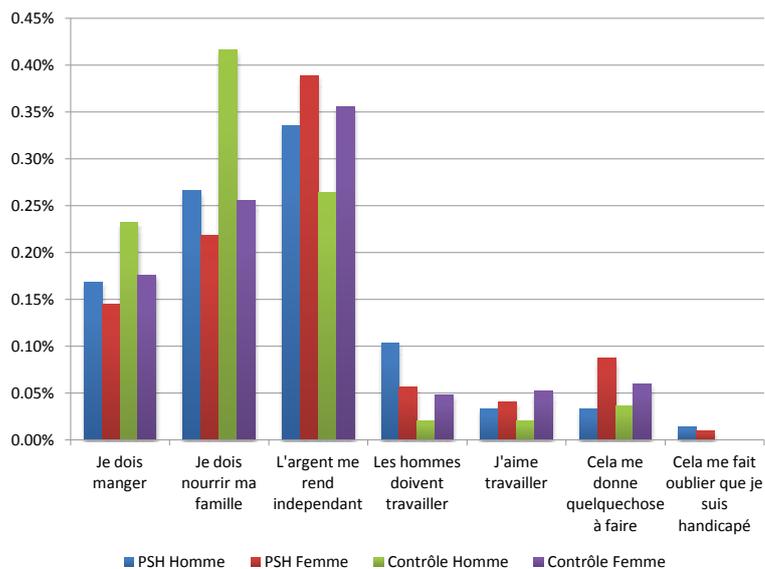
Démarches de recherche d'emploi en 6 catégories	Personnes handicapées ou contrôle		Total
	Personne handicapée	Personne contrôle	
Je demande à un membre de ma famille	15.1%	7.5%	10.9%
Je demande à mon ami/voisin/ collègue	29.1%	28.0%	28.5%
Je fais du porte à porte	22.1%	35.5%	29.5%
Je regarde les offres d'emploi	5.8%	14.0%	10.4%
J'attends qu'on me fasse une proposition	19.8%	13.1%	16.1%
Autre	8.1%	1.9%	4.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

La plupart des personnes interrogées ne possède aucune source alternative de revenu que celle fournie par un éventuel emploi. Quelques familles louent une pièce de leur habitation ou un terrain. De nombreuses personnes sans emploi profitent de la retraite d'un proche ou d'autres types de dons.

Parmi les personnes actives et adultes, la plupart déclarent que le travail est important car il rend indépendant mais permet aussi de nourrir sa famille. Parmi les personnes handicapées qui travaillent, seules 1,3% déclarent que le travail est important car cela leur permet d'oublier le fait qu'elles sont handicapées.

Il est à noter que les femmes sont plus nombreuses à considérer que travailler accroît leur indépendance, et plus particulièrement les femmes handicapées, alors que les hommes et plus encore les hommes du groupe de contrôle considèrent que c'est une obligation et non un choix, pour pouvoir se nourrir et subvenir aux besoins de la famille (Figure 26).

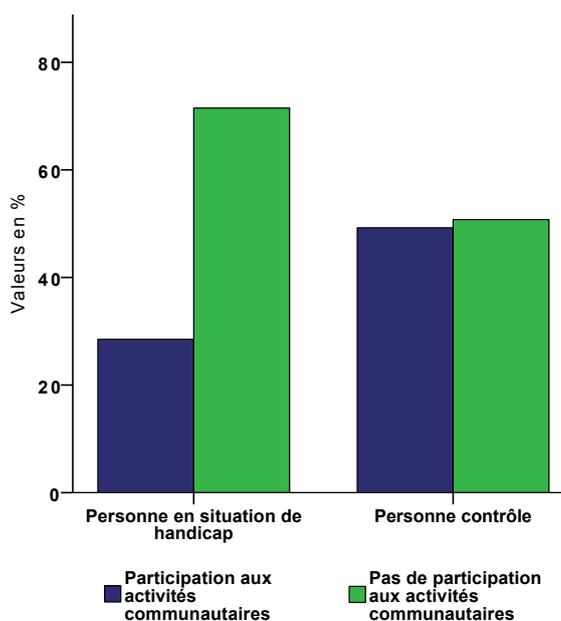
Figure 26 : Raisons liées à l'importance d'avoir un emploi, personnes handicapées ou contrôles (en %)



Inclusion sociale et participation à la vie de la famille et de la communauté

Le sentiment d'appartenance à la collectivité, à la famille, à la communauté villageoise ou de quartier peut être mesuré par la participation aux activités collectives aussi appelées activités communautaires. Tout le monde n'est pas nécessairement un citoyen actif, membre d'associations à but non lucratif, allant par exemple d'organisations de parents d'élèves, aux clubs de sport en passant par des clubs d'art, des associations religieuses, des organisations de quartier, un parti politique, un syndicat ou tout simplement le café où se rendre avec les amis pour une discussion ou une partie d'échec. Or il s'avère que cette participation est significativement moins fréquente parmi les personnes handicapées (28,5% déclarent participer à une telle activité) que parmi les personnes du groupe de contrôle (49,2%, Figure 27).

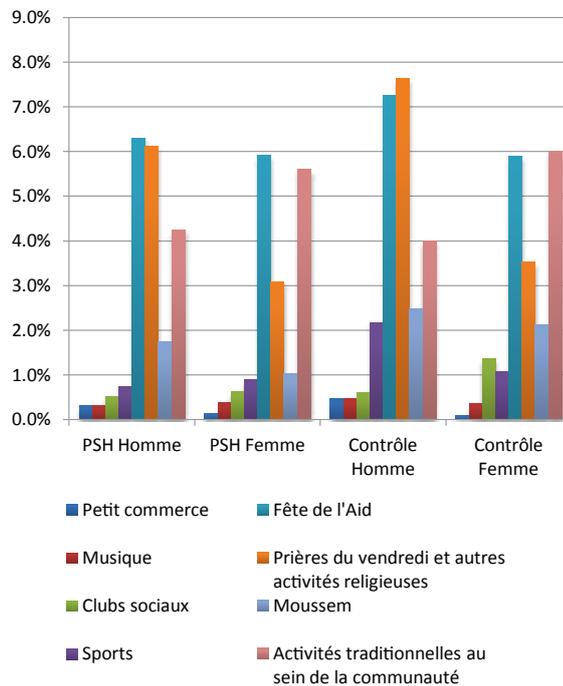
Figure 27 : Participation aux activités communautaires, personnes handicapées ou contrôles (en %)



La fréquentation des clubs sociaux est plus importante parmi les femmes et en particulier les femmes du groupe de contrôle (Figure 28), contrairement à la prière du vendredi et autres activités religieuses ou encore la fête de l'Aïd ou au sport qui sont elles des activités masculines. Les personnes handicapées qui participent aux activités communautaires sont plus nombreuses à participer à des activités traditionnelles au sein de la communauté, en particulier les cérémonies religieuses. En revanche, elles sont moins nombreuses à participer à la fête de l'Aïd, aux traditions du Moussem ou même à la prière du vendredi. Les femmes, en particulier les femmes

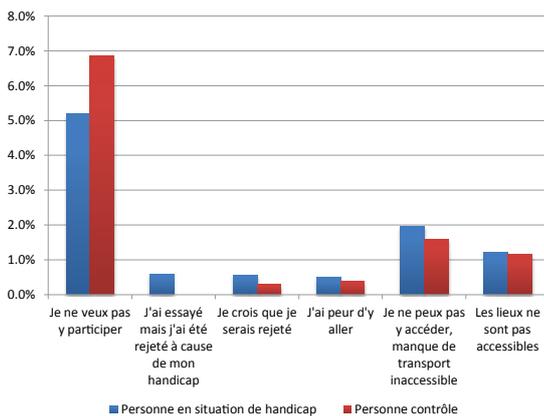
handicapées, sont plus nombreuses à participer aux activités traditionnelles. De nombreuses personnes ne souhaitent pas participer aux activités de la communauté. Le sens donné à ce refus est sans doute différent pour les personnes handicapées que pour les personnes du groupe contrôle. Alors que ces dernières invoquent le manque d'intérêt et de temps le plus fréquemment, les personnes handicapées font également référence à leur handicap comme étant un obstacle, réel ou supposé, à cette participation (Figure 29).

Figure 28 : Participation aux types activités communautaires par sexe, personnes handicapées ou contrôles (en %)



Note : Le total peut être supérieur à 100% car plusieurs réponses sont possibles.

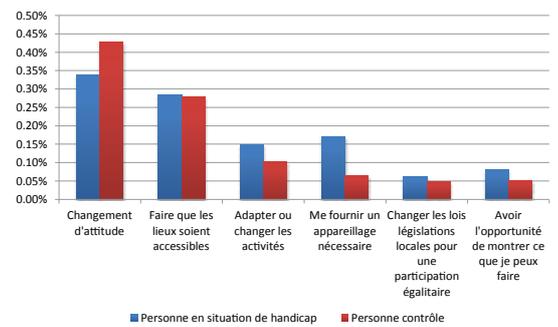
Figure 29 : Raison invoquée pour justifier de la non-participation aux activités communautaires, personnes handicapées ou contrôles (en %)



Note: Le total peut être supérieur à 100% car plusieurs réponses sont possibles.

La question de comment favoriser la participation aux activités communautaires demeure une des grandes interrogations des organisations agissant en faveur de l'inclusion des personnes handicapées. Les personnes enquêtées fournissent des premiers éléments de réponse. Les principales barrières à la participation sociale sont bien souvent invisibles : ce sont d'abord les attitudes préjudiciables à l'encontre des personnes handicapées qui la rende impossible, davantage même que l'inaccessibilité des lieux (Figure 30).

Figure 30 : Comment accroître la participation aux activités communautaires, personnes handicapées ou contrôles (en %)



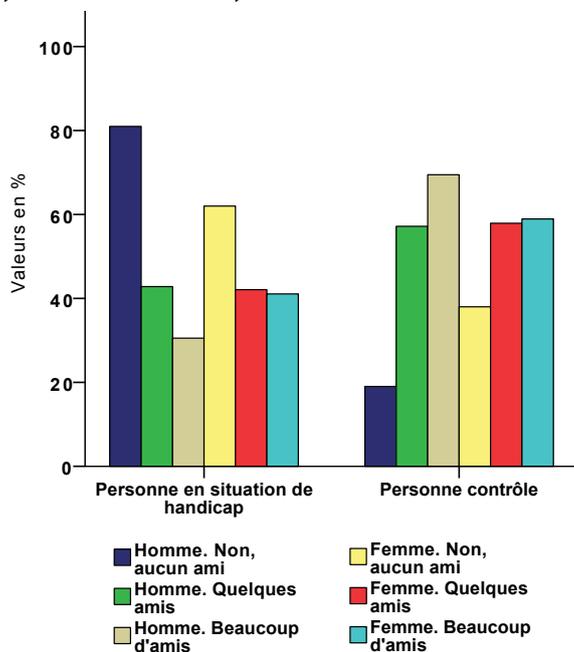
Note : Le total peut être supérieur à 100% car plusieurs réponses sont possibles.

Un autre indicateur significatif du manque d'inclusion sociale est le fait de ne pas avoir d'amis. Avoir des amis constitue un moyen privilégié d'avoir des interactions avec autrui. Certains auteurs ont démontré que la participation à la vie sociale, au travers de relations romantiques, familiales ou amicales, était liée à un sentiment global de satisfaction par rapport à sa propre vie (Biswas-Diener and Diener 2001). Les hommes et les femmes handicapés s'inscrivent clairement dans un isolement amical, la plupart déclarant ne pas avoir d'amis (44,2%) ou quelques-uns (46,1%) alors que les personnes du groupe de contrôle ont des réponses clairement différentes (19,2% et 61,8% respectivement). Parmi les hommes qui se déclarent sans amis, 80% sont des personnes handicapées, et parmi les femmes, 62% sont des personnes handicapées (Figure 31).

Ne pas avoir d'amis est plus rare parmi les

enfants handicapés (17%) que parmi les adultes (plus de 44%). Mais la plupart ont quelques amis. Ils sont beaucoup moins nombreux que les enfants du groupe de contrôle à avoir beaucoup d'amis (18,4% et 41,5% respectivement, Tableau 26).

Figure 31 : Nombre d'amis par sexe, personnes handicapées ou contrôles (en %)



La principale raison invoquée pour expliquer l'absence d'amis est le fait de préférer rester seul (Figure 32). Cette raison est donnée par 82,9% des personnes du groupe de contrôle et 53% des personnes handicapées. Il est à noter que ce sont principalement les personnes adultes et particulièrement âgées du groupe de contrôle qui affirment préférer rester seules. Les hommes handicapés sont plus nombreux que les femmes à invoquer leur handicap comme une cause de rejet (« Je suis rejeté car je suis handicapé », « les autres ne veulent pas être amis avec moi » ou encore « Je ne peux pas participer aux activités des autres du fait de mon handicap »). Et inversement, les femmes handicapées évoquent plus fréquemment l'accessibilité comme un obstacle à leur socialisation (7,8% des femmes handicapées contre 1,5% des hommes handicapés déclarent « Je ne peux pas participer aux activités des autres par faute d'accessibilité »).

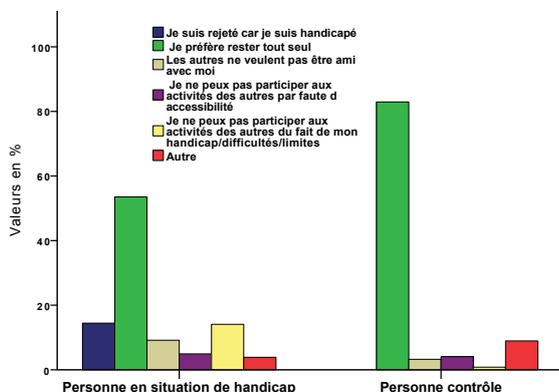
Presque la moitié des enfants handicapés affirment qu'ils sont rejetés du fait de leur handicap (46,2% des enfants handicapés) ou qu'ils préfèrent rester seuls (30,8%). Parmi les adultes handicapés, le rejet du fait du handicap et le fait de préférer rester seuls sont les deux principales raisons invoquées

Tableau 26 : Nombre d'amis par catégorie d'âge, personnes handicapées ou contrôles (en %)

Catégorie d'âge	Nombre d'amis	Personnes handicapées ou contrôles		Total
		Personne handicapée	Personne contrôlé	
Enfants (1 à 18 ans)	Non, aucun	17.1%	7.3%	12.0%
	Quelques-uns	64.5%	51.2%	57.6%
	Beaucoup	18.4%	41.5%	30.4%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
Adultes (19 à 65 ans)	Non, aucun	44.3%	19.3%	30.5%
	Quelques-uns	46.4%	63.9%	56.0%
	Beaucoup	9.4%	16.8%	13.5%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
Senior (66 ans et plus)	Non, aucun	55.0%	28.9%	46.2%
	Quelques-uns	38.1%	60.8%	45.8%
	Beaucoup	6.9%	10.3%	8.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
Total	Non, aucun	44.2%	19.2%	31.7%
	Quelques-uns	46.1%	61.8%	54.0%
	Beaucoup	9.7%	18.9%	14.3%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%

alors que parmi les seniors, on retrouve surtout le fait de rester seul et la capacité limitée de participation aux activités du fait du handicap.

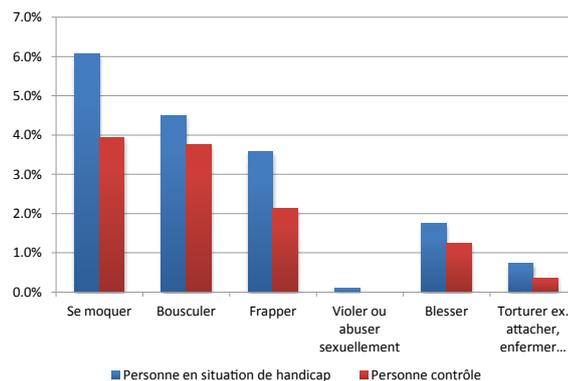
Figure 32 : Raisons invoquées pour justifier de l'absence d'amis, personnes handicapées ou contrôles (en %)



Maltraitance

Les personnes handicapées déclarent plus souvent que les personnes du groupe de contrôle avoir été maltraitées (16,8% des personnes handicapées contre 8,2% des contrôles). Ces maltraitements peuvent prendre différentes formes, de la violence verbale à la violence physique. Mais parmi les violences les plus fréquentes, les personnes déclarent des violences verbales, des moqueries et des formes de violences physique (se faire bousculer, se faire frapper). Quelle que soit la forme de violence, les personnes handicapées y sont plus fréquemment exposées que les personnes du groupe de contrôle (Figure 33).

Figure 33 : Type de maltraitance déclarée par les victimes, personnes handicapées ou contrôles (en %)



À la question quelle est la personne qui vous a maltraité, les réponses sont diverses et toutes sortes de personnes sont mentionnées. Les membres de la communauté (habitants du village ou du quartier) sont les plus fréquemment invoqués par les victimes de maltraitance (Tableau 27), suivis par les amis. 32% des enfants handicapés déclarent avoir été victimes de violences et 20% des adultes handicapés. Les personnes handicapées sont plus souvent victimes de mauvais traitements au sein même du cercle familial. Les femmes sont sans surprise plus largement victimes de maltraitance de la part de leur conjoint que les hommes, mais également de la part d'autres membres de la famille. Une des grandes difficultés pour agir contre la maltraitance est d'en être informé. Or bien souvent la victime ne sachant que faire ou par peur d'amplifier les problèmes, préfère ne pas chercher de l'aide ou ne pas vouloir dénoncer

Tableau 27 : Personne responsable de la maltraitance, personnes handicapées ou contrôles (en %)

	Personnes handicapées ou contrôles		Total
	Personne handicapée	Personne contrôlée	
Parents	5.6%		3.5%
Conjoint	4.5%	5.7%	4.9%
Enfants	1.1%		0.7%
Autre membre de la famille	10.1%	5.7%	8.5%
Membre de la communauté	38.2%	52.8%	43.7%
Ami	25.8%	18.9%	23.2%
Collègue ou employeur	14.6%	17.0%	15.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

les actes. C'est le cas dans un peu moins de la moitié des cas, que ce soit parmi les personnes handicapées ou bien les personnes contrôles (Tableau 28). Ce n'est que dans 12% des cas que la victime s'est plainte auprès d'un membre de la famille ou de la communauté ou bien s'est défendue contre son agresseur. Une minorité (7,7% des personnes handicapées et 14,0% des membres du groupe de contrôle) s'est rendue à la police.

Figure 34 : Exercice du droit de vote (plus de 18 ans) par sexe, personnes handicapées ou contrôles (en %)

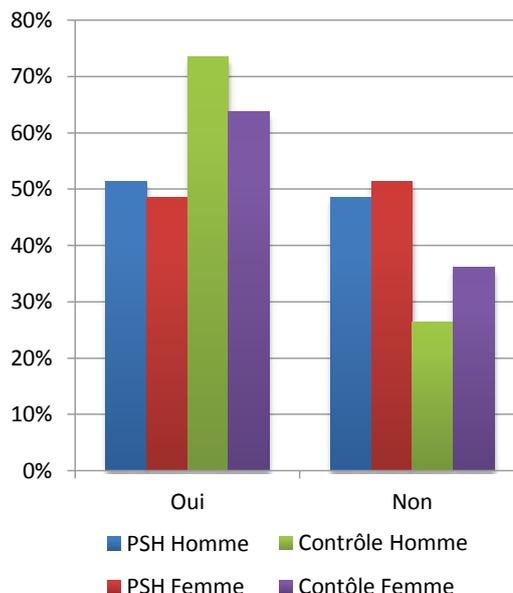


Tableau 28 : Actions prises suite à la maltraitance, personnes handicapées ou contrôles (en %)

Action	personnes handicapées ou contrôle		Total
	Personne handicapée	Personne contrôle	
Rien, je ne sais pas quoi faire	25.6%	18.0%	22.7%
Rien, j'ai eu peur d'avoir des problèmes	15.4%	26.0%	19.5%
Je les ai insultés, je me suis battu	20.5%	18.0%	19.5%
Je me tais tout le temps	11.5%	4.0%	8.6%
Je me tiens à l'écart de cette personne	3.8%	8.0%	5.5%
Je me suis plaints à un autre membre de la famille	15.4%	8.0%	12.5%
Je suis allé chercher de l'aide auprès d'un membre de la communauté		2.0%	0.8%
Je suis allé voir la police	7.7%	14.0%	10.2%
Autre		2.0%	0.8%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

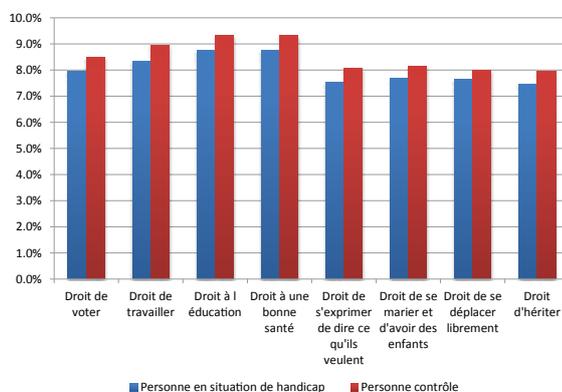
Exercice des droits

Avoir des droits, pouvoir les exercer, est un moyen important d'être inclu dans la communauté. Les personnes handicapées sont moins nombreuses à exercer leur droit de vote, et particulièrement les femmes (Figure 34).

Il semble exister un consensus, au moins formel, quant aux droits des personnes handicapées. Rares sont les personnes qui remettent en question l'égalité des droits. Le droit à la santé et à l'éducation ne sont clairement pas remis en question. Seule une minorité, de l'ordre 10 % du groupe de contrôle notamment, conteste cette égalité de droit, plus particulièrement sur le droit d'hériter (Figure 35). Il est à noter que les personnes handicapées interrogées sont elles-mêmes moins convaincues que les personnes contrôle de leurs propres droits. Elles sont en effet systématiquement moins nombreuses que les contrôles à revendiquer

une égalité des droits. Environ 20% des personnes handicapées conteste l'égalité des droits pour les personnes handicapées, en particulier le droit de travailler, de s'exprimer ou de se déplacer librement, de se marier et d'avoir des enfants, et enfin d'hériter. De nombreuses raisons peuvent expliquer ces réserves. Les personnes handicapées sont sensibles aux aspects tels que la faisabilité de la mise en œuvre de ces droits : peut-on par exemple assurer des moyens de transport leur permettant en pratique d'être libres de leurs mouvements ? Par ailleurs, certains s'interrogent de savoir s'ils « méritent » ces droits compte tenu de leur handicap.

Figure 35 : Égalité des droits ? Personnes handicapées ou contrôles (en %)



des personnes handicapées. Les conditions de vie des ménages peuvent être mesurées par l'intermédiaire de différents indicateurs : nourriture, confort et équipement de l'habitation, biens détenus par le ménage.

Ainsi, grâce à certaines questions du questionnaire individuel, il est possible de définir si les personnes handicapées sont moins bien loties que le reste de la population en termes d'accès aux biens de base : nourriture suffisante, logement, eau potable, éclairage, énergie pour cuisiner, sanitaires et biens de consommation courante.

Il ressort de ces analyses que les personnes handicapées sont moins bien nourries et ont moins à manger au quotidien que les personnes du groupe de contrôle : elles sont plus nombreuses à déclarer ne pas avoir assez à manger, faire moins de 3 repas par jours, ou manquer de nourriture (Tableau 29). Ces différences se retrouvent également au niveau régional : les personnes vivant dans la région de Chaouia-Ouadigha déclarent plus souvent ne pas avoir assez à manger ou manquer de nourriture, et la différence est encore plus marquée pour les personnes handicapées habitant à Chaouia-Ouadigha. Il n'y a, par contre, pas de différence par sexe.

Conditions de vie des ménages avec personnes handicapées et sans personnes handicapées

Assurer des conditions de vie décentes aux personnes handicapées constitue un objectif important d'une politique publique en faveur

Tableau 29 : Nutrition et nourriture, personnes handicapées ou contrôles (en %)

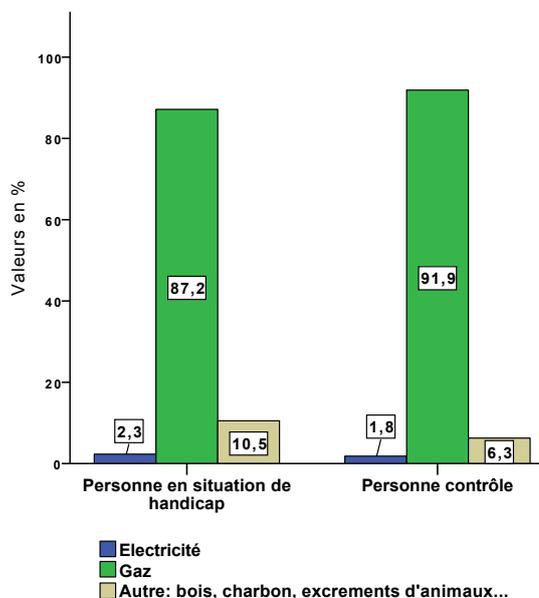
	Personne handicapée	Personne contrôlée
Avoir assez à manger		
Toujours assez	51.2%	65.5%
Parfois, fréquemment ou jamais assez	48.8%	34.5%
Total	100.0%	100.0%
Nombre de repas par jour		
Moins de trois	14.4%	5.6%
Trois ou plus	85.6%	94.4%
Total	100.0%	100.0%
Manquer de nourriture		
Ne manque pas de nourriture	49.1%	64.3%
Manque de nourriture	50.9%	35.7%
Total	100.0%	100.0%

Il n'existe pas de différence entre personnes handicapées et groupe de contrôle en ce qui concerne le statut d'occupation du logement : 78% sont propriétaires, 8% logés à titre gratuit et 13% sont locataires. De même pour la taille des logements, les personnes handicapées ou contrôles sont logés dans des logements de taille assez similaires. Par conséquent, ni le type de logement, ni le statut d'occupation ne sont des indicateurs pertinents pour différencier les personnes handicapées du reste de la population en termes de qualité de l'habitat occupé. L'accès à l'eau potable est généralisé au Maroc. Toutes les familles à quelques exceptions près y ont accès : 87% de l'échantillon à accès à l'eau potable (Tableau 30).

De même l'accès à l'électricité est également généralisé au Maroc, ce qui explique que 96% des familles déclarent l'électricité comme source d'éclairage. Comme pour d'autres indicateurs d'équipement du logement, il n'existe pas de différence entre personnes handicapées et personnes du groupe de contrôle quant à la source d'énergie pour l'éclairage.

La source d'énergie utilisée pour cuisiner est par contre un facteur discriminatoire dans les ménages avec une personne handicapée. Les personnes handicapées ont en effet plus souvent recours à l'électricité ou à d'autres sources que le gaz pour cuisiner (bois, charbon, etc.) (Figure 36).

Figure 36 : Source d'énergie pour cuisiner, personnes handicapées ou contrôles (en %)



À la question relative à l'équipement sanitaire du logement, les personnes handicapées et les personnes du groupe de contrôles sont dans une situation similaire. 80% des ménages sont équipés avec des toilettes privées à l'intérieur du logement, 6% avec des toilettes privées à l'extérieur et le reste de l'échantillon se partage entre fosse et plein air. Le type d'équipement sanitaire est également dépendant du lieu d'habitation (urbain/rural) et de la région d'habitation. Ainsi les toilettes privées à l'intérieur sont plus fréquemment rencontrées en milieu urbain et à Rabat alors que les équipements plus rudimentaires sont plutôt l'apanage du milieu rural et de la région de Chaouia-Ouardigha.

Tableau 30 : Accès et source d'eau potable dans le ménage, personnes handicapées ou contrôles (en %)

	Personnes handicapées ou contrôles	
	Personne handicapée	Personne contrôle
Accès à l'eau potable		
Oui	88.7%	87.0%
Non	11.3%	13.0%
Total	100.0%	100.0%
Source d'eau potable		
Courante dans la maison/ résidence/ terrain	67.6%	64.7%
Robinet public/fontaine publique	4.5%	3.5%
Puits dans la maison/ résidence/ terrain	3.3%	3.7%
Puits	19.4%	22.2%
Sources	5.1%	6.0%
Eau stagnante : réservoir/barrage	0.2%	
Total	100.0%	100.0%

On constate également un niveau d'équipement équivalent des ménages avec des personnes handicapées comparé à celui des ménages sans personne handicapées. En particulier, il est à noter un très haut niveau d'équipement en télévision (de plus de 93% des ménages avec une télévision ou plus),

réfrigérateur et téléphone portable (Tableau 31). Les biens plus coûteux, en particulier la voiture, ne sont présents que dans une minorité de ménages (11,1% des ménages avec personnes handicapées et 15,8% des ménages du groupe de contrôle).

Tableau 31 : Types de biens de consommation courante possédés par les ménages, personnes handicapées ou contrôles (en %)

Type de bien	Quantité	Personnes handicapées ou contrôle		Total
		Personne handicapée	Personne contrôle	
Radio	Pas de radio	52.0%	47.2%	49.5%
	1 radio	45.1%	49.3%	47.2%
	2 radios ou +	3.0%	3.5%	3.2%
Télévision	Pas de télévision	7.3%	5.5%	6.4%
	1 télévision	82.8%	77.9%	80.3%
	2 télévisions ou +	9.9%	16.5%	13.3%
Ordinateur	Pas d'ordinateur	81.6%	74.3%	77.9%
	1 ordinateur	16.0%	21.1%	18.6%
	2 ordinateurs ou +	2.3%	4.6%	3.5%
Parabole	Pas de parabole	32.0%	22.8%	27.3%
	1 parabole	64.7%	71.4%	68.1%
	2 paraboles ou +	3.3%	5.8%	4.6%
Téléphone fixe	Pas de téléphone fixe	86.4%	85.0%	85.7%
	1 téléphone fixe	13.6%	14.3%	13.9%
	2 téléphones fixes ou +		0.8%	0.4%
Téléphone portable	Pas de téléphone portable	11.4%	5.0%	8.2%
	1 téléphone portable	41.7%	36.7%	39.2%
	2 téléphones portables ou +	46.9%	58.3%	52.6%
Réfrigérateur	Pas de réfrigérateur	11.7%	13.0%	12.4%
	1 réfrigérateur	87.1%	83.7%	85.4%
	2 réfrigérateurs ou +	1.3%	3.2%	2.3%
Ventilateur	Pas de ventilateur	88.2%	86.7%	87.5%
	1 ventilateur	11.4%	12.3%	11.9%
	2 ventilateurs ou +	0.3%	0.9%	0.6%
Bicyclette	Pas de bicyclette	76.3%	70.1%	73.2%
	1 Bicyclette	21.7%	26.5%	24.1%
	2 Bicyclettes ou +	2.0%	3.4%	2.7%
Moto	Pas de moto	84.7%	79.8%	82.2%
	1 moto	14.4%	19.3%	16.9%
	2 motos ou +	0.9%	0.9%	0.9%
Voiture	Pas de voiture	88.6%	82.6%	85.6%
	1 voiture	11.1%	15.8%	13.5%
	2 voitures ou +	0.3%	1.5%	0.9%
Tracteur	Pas de tracteur	95.6%	95.5%	95.5%
	1 tracteur	3.3%	3.1%	3.2%
	2 tracteurs ou +	1.1%	1.4%	1.3%

Peu de ménages possèdent des animaux en ville, en dehors des usuels chats et chiens. Par contre, dans la zone rurale de Chaouia-Ouardigha, 33% des ménages environ possèdent des vaches, des ânes, des poules, des oies ou des canards et tous possèdent des

chiens. Il n'existe pas de différence notable entre ménages avec personnes handicapées et ménages de personnes du groupe de contrôle (Tableau 32).

Tableau 32 : Types d'animaux domestiques possédés par les ménages habitant à Chaouia, personnes handicapées ou contrôles (en %)

Type d'animal	Quantité	Personnes handicapées ou contrôles		Total
		Personne handicapée	Personne contrôle	
Mouton	Pas de mouton	79.0%	85.2%	82.1%
	1 ou 2 moutons	4.3%	3.1%	3.7%
	3 à 9 moutons	6.9%	6.2%	6.5%
	10 moutons ou +	9.8%	5.6%	7.7%
Vache	Pas de vache	63.9%	66.6%	65.2%
	1 ou 2 vaches	24.4%	21.3%	22.8%
	3 à 9 vaches	11.5%	10.4%	10.9%
	10 vaches ou +	0.3%	1.7%	1.0%
Chèvre	Pas de chèvre	92.5%	94.6%	93.6%
	1 ou 2 chèvres	2.3%	2.5%	2.4%
	3 à 9 chèvres	3.4%	1.4%	2.4%
	10 chèvres ou +	1.7%	1.4%	1.6%
Cheval	Pas de cheval	92.5%	93.0%	92.7%
	1 cheval ou +	7.5%	7.0%	7.3%
Âne	Pas d'âne	64.7%	69.6%	67.1%
	1 âne ou +	35.3%	30.4%	32.9%
Mulet	Pas de mulet	88.6%	88.2%	88.4%
	1 mulet ou +	11.4%	11.8%	11.6%
Poules, canards, oies	Pas de poule, canard, oie	60.7%	63.2%	62.0%
	1 ou 2 poules, canards, oies	5.4%	2.8%	4.1%
	3 à 9 poules, canards, oies	19.5%	21.6%	20.6%
	10 poules, canards, oies ou +	14.3%	12.4%	13.3%
Pintades	Pas de pintade	89.4%	87.9%	88.6%
	1 ou 2 pintades	2.3%	3.9%	3.1%
	3 à 9 pintades	6.0%	5.1%	5.5%
	10 pintades ou +	2.3%	3.1%	2.7%
Chiens	1 chien	28.2%	34.2%	31.3%
	2 chiens ou +	71.8%	65.8%	68.7%

Conclusion

L'objectif de cette section était de poser les bases descriptives de la population d'étude en préalable à des analyses statistiques plus élaborées. L'ensemble des analyses descriptives réalisées dans ce chapitre permettent de dresser un premier aperçu de la situation des personnes handicapées dans les deux régions enquêtées ainsi que d'identifier les domaines dans lesquels les différences entre personnes handicapées et personnes du groupe de contrôle sont les plus criantes.

Les chiffres issus du questionnaire ménage de notre enquête sont en accord avec les données de l'Enquête Nationale Démographique de 2009-2010 : taille du ménage, structure de la population et autres indicateurs démographiques. On trouve des niveaux de scolarisation assez bas, essentiellement dûs au fait que les générations les plus âgées n'ont pas eu accès à l'école. Seulement 30% des plus de 18 ans déclarent avoir travaillé le mois précédent, la plupart des actifs étant des hommes. Sur les 14 473 individus sur lesquels un test de détection du handicap a été possible, 683 personnes ont été identifiées comme handicapées. Ainsi la prévalence du handicap au Maroc au sein des deux régions enquêtées s'élève à 4,7%. Ces chiffres sont plus bas que la prévalence annoncée par l'Enquête Nationale sur le Handicap de 2004. Les raisons de cette différence sont diverses : différence de définition du handicap, en particulier la sévérité des limitations dans les activités de la vie quotidienne retenues comme significatives d'une situation de handicap, de couverture géographique, ou temporelle, etc.

Les niveaux de prévalence du handicap sont équivalents chez les hommes et chez les femmes et dans les deux régions d'enquête. Par contre c'est chez les seniors que l'on trouve une plus grande proportion de personnes handicapées. Parmi les personnes handicapées, le handicap le plus souvent rencontré est le handicap physique (53% des personnes handicapées de notre échantillon).

10% des personnes handicapées ont un handicap modéré, 49% un handicap sévère et 41% ont plus de 2 handicaps sévères simultanément. Les hommes et les enfants ont plus souvent un polyhandicap que les femmes.

Une des principales forces de l'enquête quantitative est d'avoir un groupe de contrôle ajusté sur l'âge et le sexe qui permet de comparer la situation des personnes handicapées à des personnes non handicapées habitant le même endroit. Les personnes handicapées vivent généralement dans des familles plus grandes et se marient moins que les personnes non handicapées. En ce qui concerne l'accès aux soins, les personnes handicapées sont moins couvertes mais reçoivent des soins médicaux lorsque cela est nécessaire, bien qu'elles se considèrent généralement moins satisfaites des soins prodigués. Toutes régions confondues et sans surprise, les personnes handicapées dépensent plus pour leur santé que les personnes contrôles. L'état de santé général des personnes handicapées est plus dégradé : plus de dépressions, tristesse ou encore de fatigue.

L'accès à l'éducation est un des droits fondamentaux pour les enfants handicapés, mais l'on constate que ce droit n'est pas encore acquis au Maroc : 39% des personnes handicapées de plus de 10 ans savent lire et écrire l'arabe (contre 56% des personnes contrôles du même âge) ; 41% des personnes handicapées ont été scolarisées contre 56% des personnes du groupe de contrôle. Les écarts sont encore plus grands dans la région de Chaouia-Ouardigha.

La différence de situation entre personnes handicapées et contrôles est encore plus marquée sur le marché du travail où 2 fois moins de personnes handicapées travaillent : 15% des personnes handicapées de 15 à 65 ans ont une activité au cours du dernier mois contre 32% des personnes du groupe de contrôle. Presque 7% des personnes handicapées inactives cherchent un emploi alors que 23% y ont renoncé du fait de leur

handicap. Il existe d'énormes écarts entre les hommes et les femmes sur le marché du travail qu'il faut également prendre en considération. D'une manière générale les femmes sont très peu professionnellement actives et s'attèlent principalement aux tâches ménagères et ce, qu'elles soient handicapées ou issues du groupe de contrôle. Les personnes handicapées qui arrivent à s'insérer sur le marché du travail doivent faire face à de nombreuses inégalités : salaires inférieurs, stigmatisation sur le lieu du travail, difficultés de locomotion, etc.

Les indicateurs d'inclusion sociale retenus dans l'enquête montrent que les personnes handicapées sont moins bien intégrées à la société et aux activités communautaires. Les principales barrières à la participation sont bien souvent invisibles (attitudes préjudiciables) ou liées aux infrastructures (inaccessibilité). Les personnes handicapées ont par ailleurs moins d'amis et sont plus souvent maltraitées que les personnes du groupe de contrôle. Il semble exister un consensus au Maroc quant aux droits des personnes handicapées et rares sont ceux qui remettent en question l'égalité des droits.

En termes de conditions de vie, les ménages avec personnes handicapées semblent avoir le même confort que les ménages où ne vivent pas de personnes handicapées en ce qui concerne le logement, l'accès à l'eau potable, l'électricité, le type d'équipement sanitaire ou les biens de consommation courante possédés. C'est sur la nourriture que des différences ont été observées (les personnes handicapées ont un moindre accès à l'alimentation) ainsi qu'au niveau de la source d'énergie pour cuisiner.

L'ensemble de ces résultats corrobore certaines des hypothèses de travail initiales, comme les coûts de santé élevés, les barrières à l'éducation, au marché du travail et à l'insertion sociale auxquelles les personnes handicapées doivent faire face. Mais les analyses réalisées ci-dessus ne permettent pas encore de conclure si les ménages dans lesquels vivent des personnes handicapées font face à des processus d'appauvrissement plus fréquents et plus rapides que les ménages sans personnes handicapées. Les analyses suivantes, statistiquement plus élaborées, devraient permettre de répondre à cette dernière question.



INEGALITES SOCIO-ECONOMIQUES, COÛT DU HANDICAP ET PAUVRETE MULTIDIMENSIONNELLE

INTRODUCTION

HANDICAP ET ACCÈS À L'ÉDUCATION ET À L'EMPLOI

Accès à l'éducation

Accès à l'emploi

COÛT DU HANDICAP ET QUALITÉ DE LA VIE

Méthode

Résultats de l'utilité d'état de la santé et des années de vie ajustées sur la qualité (QALYS)

PAUVRETÉ MULTIDIMENSIONNELLE

Identification des personnes pauvres

Mesures de la pauvreté multidimensionnelle

Description des dimensions de pauvreté et détermination des niveaux limites

Résultats: un écart de pauvreté non négligeable

CONCLUSION

Introduction

Les recherches récentes en sciences sociales ont démontré un lien entre handicap et inégalités socio-économiques (Beresford 1996; Elwan 1999; Filmer 2008; Groce 2011; Yeo and Moore 2003) (Beresford, 1996 ; Elwan, 1999 ; Yeo and Moore, 2003 ; Filmer, 2008). Ces différents auteurs montrent que les inégalités socio-économiques et en particulier la pauvreté mesurée notamment en termes monétaires constituent un facteur de nature à accroître la prévalence du handicap. A contrario, la présence d'une déficience a pu être considérée comme un facteur de coût de nature à appauvrir une personne handicapée et sa famille (Lwanga-Ntale and McClean 2004; Zaidi and Burchardt 2005). La récente convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées a réitéré l'importance de l'accès pour les personnes handicapées aux droits économiques et sociaux essentiels dans une perspective de développement humain : santé, éducation, emploi, conditions de vie décentes (United Nations 2006).

Traditionnellement, les économistes mesurent la pauvreté en se fondant sur des indicateurs de revenu ou de consommation. Sont considérées comme pauvres, les personnes vivant en dessous d'un revenu de référence appelé la ligne ou seuil de pauvreté. Les études sur la pauvreté mettent l'accent en général sur l'identification du segment de la population qui vit en deçà de ce seuil. La pauvreté des ménages est mesurée par un niveau de revenu ou par la capacité ou pas d'acheter un panier de biens de consommation courante. Dans cette perspective, revenu et consommation donnent une bonne approximation du bien-être des ménages. Le fait d'exprimer le revenu, ou la consommation, en unités monétaires implique une évaluation unidimensionnelle du développement humain. Cette approche a également été appliquée dans le cas des personnes handicapées et de leurs familles (Haveman and Wolfe 2000; Haveman and Wolfe 1990) (Moon and Shin 2006).

L'approche par les capacités offre une

perspective différente. Cette approche déplace l'objet d'étude de la pauvreté des moyens - tels que le revenu - vers les buts que les individus se fixent en termes de choix de bien-être et de la satisfaction des choix que ces moyens permettent (Sen 1999). Dans les pays en développement, le manque de revenu constitue incontestablement une cause majeure de pauvreté. L'approche fondée sur les capacités d'Amartya Sen et Martha Nussbaum propose d'élargir cette vision à une conception de la pauvreté considérée comme la privation de fait de capacités de base. Cette vision est davantage une vision multidimensionnelle du bien-être fondée sur les « fonctionnements » définis comme des états et des activités réalisés : par exemple, être en bonne santé, avoir un logement décent, être bien nourri, avoir un emploi ou une activité, avoir la possibilité de se déplacer, être respecté par la communauté... (Sen 1985; Sen 1999). Cette approche a l'avantage de prendre en compte les éléments cités ci-dessus, absents dans l'approche par les revenus. Elle permet également de mesurer les différences d'opportunités réelles existant entre personnes handicapées et personnes non handicapées : en d'autres termes, quelle liberté individuelle existe de choisir, de faire et d'être ce à quoi la personne donne de la valeur en fonction des opportunités réelles de choix disponibles (Sen 1999). Dans une perspective de capacités, le handicap peut-être conçu aussi comme la privation de capacités pour les personnes ayant une déficience (Mittra 2006). En accroissant l'accès aux capacités de base, l'objectif visé est de réduire les situations de handicap par une meilleure insertion socio-économique des personnes ayant une déficience.

Handicap et accès à l'éducation et à l'emploi

Nous avons procédé à différentes analyses pour évaluer le lien entre handicap et pauvreté, en particulier la privation de capacités de base. En premier lieu, nous avons exécuté un certain nombre d'analyses de régression logistique visant à montrer le lien éventuel entre certains indicateurs importants de privation de capacités de base et le handicap. La régression logistique a l'avantage d'identifier les effets propres de certaines variables considérées comme explicatives du phénomène étudié, par exemple l'accès ou non à un service de base (éducation, santé) considéré comme la variable dépendante. Il est possible de mesurer un « effet brut » d'un facteur ou variable explicative donnée, dans notre cas la situation de handicap, sur la variable dépendante, toute chose étant égale par ailleurs. Nous souhaitons cependant s'assurer que cet effet persiste une fois que nous avons introduits d'autres facteurs susceptibles d'influencer la variable dépendante : cet « effet ajusté » mesure l'influence d'un facteur explicatif du phénomène, conditionné par l'effet sur ce phénomène des autres facteurs ou variables explicatives introduites dans le modèle.

Accès à l'éducation

Comme l'ont montré les analyses descriptives, il existe une grande différence dans la scolarisation : le taux de scolarisation des personnes handicapées est plus faible que pour les personnes contrôles, dans notre échantillon, 55,7% des contrôles ont été scolarisés contre 41% des personnes handicapées et les différences entre les deux groupes sont encore plus importantes entre les deux régions d'enquête (47,4% des personnes handicapées sont ou ont été scolarisés à Rabat contre 35,2% des personnes handicapées détectés à Chaouia-Ouardigha). Il est également à noter que le niveau global de scolarisation des personnes interrogées reste relativement faible. Seulement 50% de l'ensemble des personnes

interrogées individuellement (personnes handicapées et contrôles) déclarent avoir été à l'école, et 66% de l'ensemble des 12 200 personnes interrogées par l'intermédiaire du questionnaire ménage déclarent avoir été à l'école.

Ainsi, une première analyse de régression logistique explore le lien entre l'accès à l'école et le handicap. Nous avons cherché à identifier quels sont les facteurs qui influencent habituellement l'accès à l'éducation. L'accès à l'éducation est un droit humain fondamental. Cependant, en pratique, au Maroc comme dans d'autres pays en développement, ce droit n'est pas mis en œuvre pour tous. Quand ce droit existe de fait, il se limite à rendre l'école accessible aux enfants, mais ne prend pas nécessairement en considération les facteurs qui peuvent limiter l'apprentissage réel pour certains enfants (Unterhalter 2009). L'éducation est également un investissement dans la productivité future des travailleurs selon la théorie économique du capital humain (Becker 1993). Dans l'approche des capacités, la valeur de l'éducation est conçue comme une capacité de base, dont l'absence est caractéristique de la pauvreté extrême (Sen 1982). L'éducation est en outre un facteur nécessaire pour faire des choix parmi les opportunités existantes de vivre une vie à laquelle on donne de la valeur (Sen 1992b). Fournir ne serait-ce que l'accès à l'école pour les enfants handicapés requiert que l'approche par les capacités nomme des « facteurs de conversion » supplémentaires dont les enfants qui ne sont pas handicapés n'ont pas nécessairement besoin. Les facteurs de conversion permettent d'une façon générale d'accéder à des capacités (Robeyns 2005), par exemple celle de l'éducation dans notre cas présent. Il peut s'agir de facteurs individuels, tel que le genre, la situation de handicap, l'âge, des dons individuels etc. Notre modèle inclut ainsi les variables de genre, d'âge (en trois catégories) et de handicap. Le handicap est mesuré en fonction de l'âge d'acquisition de la situation de

handicap : en effet, seul le handicap de naissance ou bien intervenu avant (ou en début) de scolarité est susceptible d'empêcher l'accès à l'école.

Le principe de la régression logique est d'étudier l'influence de chacun de ces facteurs sur la fréquentation de l'école. Les facteurs de conversion sont également des ressources diverses présentes dans l'environnement politique, économique et social, tels que des moyens financiers, une législation adaptée, des infrastructures adéquates etc. (Terzi 2007; Trani, et al. 2011a). Parmi ces facteurs de conversion qui vont rendre possible l'accès à l'école pour les enfants handicapés, l'existence d'une législation et la présence d'école sont nécessaires. Le Maroc a mis en place un enseignement primaire de base obligatoire depuis 1963 pour tous les enfants âgés de 6 à 13 ans¹⁷. Notre modèle inclut une variable comparant trois groupes d'âge différents, les enfants de moins de 18 ans, les adultes de 19 à 65 ans et ceux de plus de 65 ans afin de refléter l'expansion progressive du système éducatif dans le pays. Un facteur de conversion important est au niveau des croyances individuelles des parents quant à l'utilité de l'éducation : elles constituent également un facteur important d'accès à l'éducation. Ces croyances vont déterminer s'il est utile d'envoyer les filles à l'école par exemple. Ces croyances elles-mêmes sont influencées par le niveau d'éducation du chef de famille, facteur qui a également été introduit dans le modèle. Enfin la dernière variable considérée dans le modèle est la région d'habitation.

Les Tableaux 33 ,34 et 35 montrent les résultats de trois modèles complémentaires : un pour l'ensemble de l'échantillon, un autre pour les hommes, et enfin un dernier pour les femmes.

En s'intéressant à l'ensemble de l'échantillon, les résultats montrent que les personnes ayant acquis un handicap avant 9 ans ont moins de chance d'accéder à l'école ($p < 0,001$).

¹⁷ Le Royaume souffre cependant d'un taux très fort de déscolarisation. Le taux d'abandon scolaire au niveau primaire est passé de 26,7 % en 2000 à 11,8 % en 2011 selon l'UNESCO. Le taux d'abandon des filles est en outre plus élevé que celui des garçons, avec respectivement 22 et 21 %.Le taux d'abandon scolaire reste un problème majeur, surtout en milieu rural,

Ce qu'il est particulièrement intéressant de noter est que lorsque le handicap est acquis après 9 ans, et toutes choses égales par ailleurs, il n'existe pas de différence statistiquement significative de scolarisation avec les personnes non handicapées. La régression indique qu'il existe un effet de sexe, d'âge, de région d'habitation et du niveau d'éducation du chef de ménage, contrairement aux moyens financiers mesuré par l'index de pauvreté (). Ainsi les chances de scolarisation d'une personne handicapée seront plus grandes si il est un garçon âgé de moins de 18 ans ayant acquis un handicap après 9 ans, vivant à Rabat, dans une famille riche où le chef de ménage a atteint un niveau de scolarisation supérieur au niveau secondaire. Les filles sont d'une façon générale 5,4 fois moins susceptibles d'avoir accès à l'école. La nouvelle génération (moins de 18 ans) a 126 fois plus de chance de fréquenter l'école que la génération de leurs grands-parents et 11 fois plus de chances que leurs parents. La région d'habitation a aussi un effet sur la scolarisation, les personnes habitants Rabat étant toutes choses égales par ailleurs 2 fois plus susceptibles d'avoir accès à l'école que les personnes habitant à Chaouia-Ouardigha ($p < 0,001$).

Tableau 33 : Modèle d'accès à l'école, résultats de régression logistique

Variable	Modalité	Effet marginal (A)	Ecart type (E.S.)	Wald (B)	Sig.	Odd ratio (Exp(B))	Intervalle de confiance pour Exp(B) 95%	
							Inférieur	Supérieur
Sexe	Homme	1	-	-	-	-	-	-
	Femme	-1.681	.168	100.685	.000	.186	.134	.258
Age	Plus de 65 ans			164.738	.000			
	Moins de 18 ans	4.843	.387	156.368	.000	126.803	59.359	270.876
	18-64 ans	2.465	.244	102.238	.000	11.768	7.297	18.979
Age d'acquisition du handicap	Personnes non handicapées			30.800	.000			
	Handicap acquis après 9 ans	-.040	.178	.051	.822	.961	.678	1.361
	Handicap acquis avant 9 ans	-1.308	.240	29.821	.000	.270	.169	.432
Index de pauvreté	20% les plus riches			2.340	.310			
	60% dans la moyenne	-.379	.250	2.301	.129	.685	.420	1.117
	20% les plus pauvres	-.159	.202	.625	.429	.853	.574	1.266
Région d'habitation	Chaouia							
	Rabat	.640	.159	16.087	.000	1.896	1.387	2.592
Niveau d'éducation du chef de famille	Pas d'école			155.451	.000			
	Niveau primaire ou secondaire 1er cycle	2.005	.176	129.810	.000	7.427	5.261	10.487
	Niveau secondaire 2nd cycle ou supérieur	2.288	.266	74.093	.000	9.857	5.854	16.596
	Constante	-2.410	.321	56.479	.000	.090		

En appliquant les mêmes hypothèses aux hommes seulement (), on constate que la situation financière du ménage n'influence pas sur la scolarisation, et que l'effet d'âge est moindre. Les garçons qui ont acquis un handicap avant 9 ans ont 5 fois moins de chances toutes choses égales par ailleurs d'être scolarisés que les garçons non handicapés ($p < 0,001$).

La région d'habitation et le niveau de scolarisation du chef de ménage restent très significatifs avec des chances de scolarisation plus le niveau d'étude du chef de ménage est élevé et si le ménage habite Rabat plutôt que Chaouia-Ouardigha.

Tableau 34 : Modèle d'accès à l'école, résultats de régression logistique, hommes

Variable	Modalité	Effet marginal (A)	Ecart type (E.S.)	Wald (B)	Sig.	Odd ratio (Exp(B))	Intervalle de confiance pour Exp(B) 95%	
							Inférieur	Supérieur
Age	Plus de 65 ans			81.074	.000			
	Moins de 18 ans	4.209	.500	70.969	.000	67.317	25.281	179.246
	18-64 ans	2.757	.344	64.143	.000	15.746	8.020	30.913
Age d'acquisition du handicap	Personnes non handicapées			27.998	.000			
	Handicap acquis	.096	.267	.128	.720	1.100	.652	1.857
	Handicap acquis	-1.606	.318	25.488	.000	.201	.108	.374
Index de pauvreté	20% les plus riches			.041	.980			
	60% dans la moyenne	-.036	.361	.010	.920	.964	.475	1.957
	20% les plus pauvres	.023	.291	.006	.937	1.023	.579	1.810
Région d'habitation	Chaouia							
	Rabat	1.137	.245	21.509	.000	3.118	1.928	5.042
Niveau à différencier de région d'habitation	Pas d'école			111.335	.000			
	Niveau primaire ou secondaire 1er cycle	2.942	.298	97.574	.000	18.953	10.572	33.978
	Niveau secondaire 2nd cycle ou supérieur	2.911	.487	35.682	.000	18.384	7.072	47.787
	Constante	-3.197	.458	48.686	.000	.041		

En s'intéressant uniquement aux femmes (), les résultats sont encore différents. L'effet générationnel est très fort parmi les femmes, beaucoup plus que chez les hommes, au point où l'effet de l'âge éclipse l'influence éventuelle de l'ensemble des autres facteurs dans le modèle en dehors du niveau d'éducation du chef de famille. Les filles de 18 ans ont presque 400 fois plus de chances d'avoir été scolarisées que les femmes de plus de 65 ans (et 14 fois plus que les 18-64 ans), ce qui traduit les progrès énormes effectués en termes de scolarisation des enfants par le Maroc depuis l'indépendance. Comme chez les hommes, lorsque les handicaps sont acquis avant 9 ans, les chances de scolarisation sont réduites par rapport aux personnes non handicapées et aux personnes handicapées

ayant développés leur handicap après cet âge ($p=0,005$). Contrairement aux hommes, le lieu d'habitation a peu d'influence sur la scolarisation des filles. Par contre le niveau de pauvreté du ménage est un facteur influent alors qu'il ne l'était pas dans le modèle global ou chez les garçons : la scolarisation des filles est avantagée chez les ménages les 20% plus riches et réduite dans les autres ($p<0,05$ dans les ménages dont l'index de pauvreté est de 60% dans la moyenne et $p<0,1$ dans les ménages dont l'index de pauvreté est de 20% les plus pauvres).

Tableau 35 : Modèle d'accès à l'école, résultats de régression logistique, femmes

Variable	Modalité	Effet marginal (A)	Ecart type (E.S.)	Wald (B)	Sig.	Odd ratio (Exp(B))	Intervalle de confiance pour Exp(B) 95%	
							Inférieur	Supérieur
Age	Plus de 65 ans			76.595	.000			
	Moins de 18 ans	5.963	.681	76.585	.000	388.608	102.225	1477.289
	18-64 ans	2.646	.452	34.239	.000	14.099	5.811	34.207
Age d'acquisition de la dépendance	Non personnes handicapées			7.717	.021			
	Déficiência acquise après 9 ans	-.120	.252	.227	.634	.887	.541	1.453
	Déficiência acquise avant 9 ans	-1.209	.435	7.714	.005	.299	.127	.701
Index de pauvreté	20% les plus riches			5.672	.059			
	60% dans la moyenne	-.867	.365	5.624	.018	.420	.205	.860
	20% les plus pauvres	-.482	.290	2.776	.096	.617	.350	1.089
Région d'habitation	Chaouia							
	Rabat	.244	.223	1.194	.274	1.277	.824	1.978
Niveau d'éducation du chef de famille	Pas d'école			41.758	.000			
	Niveau primaire ou secondaire 1er cycle	1.284	.244	27.737	.000	3.610	2.239	5.821
	Niveau secondaire 2nd cycle ou supérieur	1.835	.333	30.420	.000	6.263	3.263	12.022
	Constante	-3.450	.552	39.009	.000	.032		

Enfin, une régression a été réalisée avec un modèle en ne considérant que les personnes handicapées (Tableau 36). Ce modèle montre que, toutes choses égales par ailleurs, les jeunes personnes handicapées ont plus de chances d'être scolarisées ($p < 0,001$) et les hommes handicapés plus que les femmes ($p < 0,001$). Si le handicap est acquis avant 9 ans ($p < 0,001$), la probabilité d'être scolarisé est 2,5 fois moindre. Habiter la région de Rabat plutôt que Chaouia-Ouardigha a aussi également tendance à favoriser la

scolarisation ($p = 0,001$). Ce que ce modèle nous dit est qu'un garçon âgé de moins de 18 ans qui habite la région de Rabat, ayant acquis son handicap après l'âge de 9 ans, qui vit dans un ménage où le chef de ménage a atteint un niveau d'étude supérieur, a sans accent à 4 fois plus de chances d'être scolarisé qu'une fille rassemblant les mêmes conditions.

Tableau 36 : Modèle d'accès à l'école, résultats de régression logistique, personnes handicapées uniquement

Variable	Modalité	Effet marginal (A)	Ecart type (E.S.)	Wald (B)	Sig.	Odd ratio (Exp(B))	Intervalle de confiance pour Exp(B) 95%	
							Inférieur	Supérieur
Sexe	Homme	1	-	-	-	-	-	-
	Femme	-1.472	.235	39.377	.000	.229	.145	.363
Age	Plus de 65 ans			76.483	.000			
	Moins de 18 ans	3.998	.490	66.684	.000	54.466	20.866	142.173
	18-64 ans	2.676	.340	62.082	.000	14.524	7.465	28.258
Age d'acquisition de la dépendance	Déficiences acquises après 9 ans	1						
	Déficiences acquises avant 9 ans	-.921	.267	11.916	.001	.398	.236	.672
Index de pauvreté	20% les plus riches			1.514	.469			
	60% dans la moyenne	-.305	.363	.705	.401	.737	.362	1.503
	20% les plus pauvres	.022	.311	.005	.943	1.022	.556	1.880
Région d'habitation	Chaouia							
	Rabat	.749	.225	11.057	.001	2.115	1.360	3.289
Niveau d'éducation du chef de famille	Pas d'école			41.676	.000			
	Niveau primaire ou secondaire 1er cycle	1.437	.242	35.361	.000	4.208	2.620	6.756
	Niveau secondaire ou supérieur	1.631	.391	17.380	.000	5.109	2.373	10.998
	Constante	-2.615	.449	33.974	.000	.073		

Accès à l'emploi

Une seconde analyse explore le lien entre l'accès à l'emploi et le handicap.

Selon les chiffres du Haut-Commissariat au Plan¹⁸, le taux de chômage dans la région de Rabat atteint 10,3% et 5,9% dans la région de Chaouia parmi les plus de 15 ans. Ces chiffres sont bien inférieurs à ceux trouvés dans notre enquête où 20% de l'ensemble des personnes interrogées grâce au questionnaire ménage déclarait avoir travaillé le mois précédent l'enquête, 30% en ne retenant que les personnes de plus de 18 ans.

Comme montré précédemment dans l'analyse descriptive simple, les personnes handicapées sont moins présentes sur le marché du travail que les personnes du groupe de contrôle. Parmi les personnes handicapées et les personnes contrôles âgées de plus de 15 ans, peu déclarent actuellement travailler : seulement 22% de la totalité des individus. Et la proportion d'actifs est sensiblement plus élevée en intégrant les personnes qui ont travaillé au cours du dernier mois (25%). Le niveau d'activité est particulièrement faible parmi les personnes en âge de travailler : 15,2% seulement des personnes handicapées de 15 à 65 ans ont eu une activité au cours du dernier mois contre 32,1% des personnes contrôles.

L'accès à un emploi correctement rémunéré et qui ne met pas en danger la santé du travailleur constitue également une capacité de base (Sen 1992b). L'emploi constitue un domaine important d'exercice de la liberté de choix d'exercer une activité professionnelle à laquelle l'individu donne de la valeur (Bonvin 2012). Qu'en est-il au Maroc de l'accès à cette capacité de base pour les adultes handicapés et en âge de travailler ? Le modèle mesure le lien entre handicap et accès à l'emploi en tenant compte des facteurs suivants : le genre, l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'éducation et le niveau de richesse du ménage ainsi que la région d'habitation. Pour les besoins de l'analyse nous ne considérons que les personnes de 18 à 65 ans.

Le Tableau 37 montre que pour l'ensemble

18 http://www.hcp.ma/Rabat-Sale-Zemmour-Zaer_a275.html

des personnes handicapées et contrôles entre 18 et 65 ans, que les femmes ont 14,7 fois moins de chances de travailler que les hommes ($p < 0,001$) et que les personnes handicapées toutes choses égales par ailleurs ont 3,1 fois moins de chances de travailler que les contrôles ($p < 0,001$). Le fait d'avoir plus de 30 ans augmente les chances de travailler, tout comme le fait d'être marié ($p < 0,001$) ou d'avoir fait des études supérieures ($p = 0,005$). Le fait d'habiter à Rabat ou à Chaouia ou le niveau de pauvreté du ménage ne sont donc pas, par contre, des critères influençant l'activité professionnelle.

Ce même modèle a été appliqué uniquement aux hommes. Les résultats sont consignés dans le Tableau 38. L'âge et le niveau d'éducation ne sont plus des facteurs influents, contrairement au modèle global, et n'apparaissent plus comme des facteurs discriminants sur le marché du travail chez les hommes marocains. Le fait d'être marié a encore un plus grand poids dans les chances de travailler, ce qui permet de dire que la pression économique doit jouer fortement sur les hommes pour subvenir aux besoins de la famille une fois installés ($p < 0,001$). Le fait d'être un homme handicapé décroît les chances de travailler de 3,9 fois ($p < 0,001$) mais sans qu'une grande différence s'affirme par rapport aux résultats du modèle global.

Tableau 37 : Modèle d'accès à l'emploi, résultats de régression logistique, personnes handicapées et contrôles âgés de 18 à 65 ans

Variable	Modalité	Effet marginal (A)	Ecart type (E.S.)	Wald (B)	Sig.	Odd ratio (Exp(B))	Intervalle de confiance pour Exp(B) 95%	
							Inférieur	Supérieur
Sexe	Homme	1	-	-	-	-	-	-
	Femme	-2.693	.263	104.693	.000	.068	.040	.113
Catégorie d'âge	Plus de 30 ans	1						
	18-29 ans	-.684	.297	5.299	.021	.504	.282	.903
personnes handicapées	Personnes non handicapées	1						
	Personnes handicapées	-1.146	.211	29.578	.000	.318	.210	.480
Statut marital	Jamais marié(e)			15.327	.000			
	Marié	1.084	.278	15.193	.000	2.958	1.714	5.102
	Divorcé(e), séparé(e), veuf(ve)	.787	.493	2.552	.110	2.196	.837	5.767
Niveau d'éducation	Pas d'école	1		8.987	.011			
	Niveau primaire ou secondaire 1er cycle	.528	.227	5.431	.020	1.696	1.088	2.645
	Niveau secondaire 2nd cycle ou supérieur	.855	.308	7.720	.005	2.352	1.286	4.299
Région d'habitation	Chaouia	1						
	Rabat	.141	.200	.497	.481	1.151	.778	1.703
Index de pauvreté	20% les plus riches	1		2.127	.345			
	60% dans la moyenne	.448	.314	2.028	.154	1.565	.845	2.897
	20% les plus pauvres	.278	.250	1.241	.265	1.320	.810	2.154
	Constante	-1.064	.395	7.250	.007	.345		

Tableau 38 : Modèle d'accès à l'emploi, résultats de régression logistique, hommes personnes handicapées et contrôles âgés de 18 à 65 ans

Variable	Modalité	Effet marginal (A)	Ecart type (E.S.)	Wald (B)	Sig.	Odd ratio (Exp(B))	Intervalle de confiance pour Exp(B) 95%	
							Inférieur	Supérieur
Catégorie d'âge	Plus de 30 ans	1						
	18-29 ans	-.320	.352	.827	.363	.726	.364	1.448
Personnes handicapées	Personnes non handicapées	1						
	Personnes handicapées	-1.350	.235	33.117	.000	.259	.164	.411
Statut marital	Jamais marié(e)	1		25.504	.000			
	Marié	1.513	.324	21.837	.000	4.542	2.407	8.568
	Divorcé(e), séparé(e), veuf(ve)	-1.032	1.110	.865	.352	.356	.040	3.135
Niveau d'éducation	Pas d'école	1		2.076	.354			
	Niveau primaire ou secondaire 1er cycle	.301	.265	1.298	.255	1.352	.805	2.270
	Niveau secondaire 2nd cycle ou supérieur	.470	.351	1.798	.180	1.600	.805	3.181
Région d'habitation	Chaouia	1						
	Rabat	.083	.233	.128	.721	1.087	.688	1.717
Index de pauvreté	20% les plus riches	1		1.593	.451			
	60% dans la moyenne	.453	.361	1.578	.209	1.573	.776	3.189
	20% les plus pauvres	.235	.283	.691	.406	1.265	.726	2.205
	Constante	-1.072	.456	5.515	.019	.342		

Inégalités
Socio-économiques

Très peu de femmes parmi les contrôles et les personnes handicapées ont déclaré travailler, ce qui rend l'analyse de régression logistique non viable sur un échantillon aussi restreint. En effet, parmi les femmes en âge de travailler (n=434), seulement 28 déclarent avoir travaillé au cours du mois précédent, et parmi elles, 10 personnes handicapées et 18 contrôles.

Enfin, le modèle de régression avec les variables sélectionnées a été appliqué aux personnes handicapées de 18 à 65 ans. Les résultats sont présentés dans le Tableau 39. Le sexe et le statut marital sont les seuls facteurs qui restent significatifs.

Du fait du peu de travailleurs parmi les personnes handicapées et les contrôles, il n'a pas été possible de faire une analyse plus poussée sur l'accès au marché du travail en fonction des types de handicap.

Tableau 39 : Modèle d'accès à l'emploi, résultats de régression logistique, personnes handicapées âgés de 18 à 65 ans

Variable	Modalité	Effet marginal (A)	Ecart type (E.S.)	Wald (B)	Sig.	Odd ratio (Exp(B))	Intervalle de confiance pour Exp(B) 95%	
							Inférieur	Supérieur
Sexe	Homme	1	-	-	-	-	-	-
	Femme	-1.988	.430	21.416	.000	.137	.059	.318
Catégorie d'âge	Plus de 30 ans	1						
	18-29 ans	.393	.481	.668	.414	1.481	.577	3.801
Statut marital	Jamais marié(e)	1		21.419	.000			
	Marié	2.157	.466	21.385	.000	8.641	3.464	21.554
	Divorcé(e), séparé(e), veuf(ve)	1.895	.752	6.347	.012	6.650	1.523	29.041
Niveau d'éducation	Pas d'école	1		6.001	.050			
	Niveau primaire ou secondaire 1er cycle	.126	.359	.123	.726	1.134	.562	2.290
	niveau secondaire 2nd cycle ou supérieur	1.231	.520	5.607	.018	3.425	1.236	9.489
Région d'habitation	Chaouia	1						
	Rabat	-.089	.329	.073	.786	.915	.480	1.744
Index de pauvreté	20% les plus riches			.046	.977			
	60% dans la moyenne	.103	.513	.040	.841	1.109	.406	3.030
	20% les plus pauvres	.081	.431	.035	.851	1.084	.466	2.521
	Constante	-2.829	.635	19.829	.000	.059		

Coût du handicap et qualité de la vie

La modélisation du coût du handicap se fait au travers d'une analyse des différences de revenu, des coûts d'accès à la santé, à l'éducation et à l'emploi. La présente section explore le poids du handicap en termes de qualité de la vie perdue. Pour évaluer l'impact du handicap sur la qualité de la vie, et pour pouvoir comparer la perte de qualité de vie pour les personnes handicapées par rapport au reste de la population, il existe des mesures d'impact de la déficience, à la fois sur la durée et sur la qualité de vie.

Méthode

Le poids lié au coût de la maladie est souvent considéré comme réparti en deux catégories, celle des coûts directs, et celle des coûts indirects. Les coûts directs incluent les conséquences immédiates liées à la maladie. Les coûts indirects incluent les effets à plus long terme de la maladie, qui peuvent en outre aller en augmentant avec le temps, tel que l'impact sur l'accès et le maintien dans l'emploi, la qualité de la vie, et le poids du handicap pour les aidants. La présente section se concentre plus particulièrement sur le concept de QALY « Quality Adjusted Life Years » ou Années de vie ajustées sur la qualité. Le QALY est le produit arithmétique de l'espérance de vie et d'une mesure de la qualité des années de vie restantes.

Qualité de la vie liée à la santé et Années de vie ajustées sur la qualité (QALYs)

La notion de qualité de la vie liée à la santé est une « un concept large, à plusieurs dimensions qui inclut en général des évaluations auto-déclarées de santé physique et mentale » (Center for Disease Control 2014). Ce concept est spécifique aux aspects liés à la santé et aux répercussions que peuvent avoir des problèmes de santé sur l'existence. Il est donc plus limité que le concept général de qualité de la vie. Des centaines d'instruments de mesure de la qualité de la vie liée à la santé ont été élaborés, chacun d'entre eux

ayant des propriétés psychométriques différentes, présentant certains avantages mais aussi des limites, comme par exemple le fait de cibler un groupe particulier de maladies.

Les économistes de la santé ont opérationnalisé le concept de qualité de la vie liée à la santé pour des analyses de coût-utilité ou bien des analyses de coût-efficacité ou encore en vue de mesurer l'impact négatif de la maladie ou d'une déficience dans une population considérée. La mesure de la qualité de la vie liée à la santé s'apparente à une échelle de mesure de 0 à 1 appelée « l'utilité d'état de la santé » ou "health state utility" (HSU) en anglais (Brown, et al. 2013). La durée qu'une personne est susceptible de vivre dans un état de santé donné est pondérée par un coefficient d'utilité dérivé d'évaluations standard. Il est attribué la valeur de 1 à une année de vie en pleine santé, alors que la mort se voit attribuer une valeur de 0. Toute diminution au sein de cet intervalle 1-0 reflète une perte de qualité due à la maladie, une déficience ou une blessure. Bien que cette méthode présente de nombreuses limites¹⁹, l'utilisation d'une telle mesure de la santé d'une population considérée est utile en ce qu'elle permet d'effectuer des comparaisons entre l'impact négatif respectif de différentes maladies et pour l'aide à la décision médicale.

¹⁹ Les critiques des mesures de qualité de la vie sont de plusieurs natures : elles ne prennent pas en compte les éléments non directement liés à la maladie, la déficience ou la blessure tels que la perte d'emploi, les troubles psychiques induits, les conséquences subies par les membres de la famille. Ces mesures manquent de sensibilité et ne s'avèrent pas adaptées aux maladies chroniques ou encore aux traitements préventifs. Enfin, le système de pondération des différents états de santé utilise est sujet à caution : les personnes handicapées et leurs organisations critiquent une mesure qui invariablement attribue à la déficience un impact négatif sur la qualité de la vie alors que certaines personnes bien intégrées et bénéficiant d'équipements éventuellement nécessaires considèrent être en bonne santé et avoir une haute qualité de vie.

Dans le cadre de la présente étude, nous avons utilisé l'EQ-5D-3L pour interroger les participants à l'étude. L'EQ-5D-3L est un instrument de mesure testé et validé par des tests psychométriques dans de nombreux pays, y compris au Maroc. Pour pouvoir convertir les réponses au questionnaire EQ-5D-3L en une mesure d'« utilité d'état de la santé », il est nécessaire de se référer à une valeur de référence de cette mesure. Il n'existe pas à ce jour de telle valeur de référence pour le Maroc selon la documentation disponible sur l'EurQoL. Nous avons donc utilisé les pondérations validées aux Etats-Unis (Shaw, et al. 2005). Etant donné que notre étude est une enquête transversale, l'utilité de l'état de la santé est mesurée à un point unique dans le temps. Par ailleurs, le questionnaire EQ-5D-3L a été posé aux personnes handicapées et aux contrôles ainsi qu'à leur aidants. Nous avons calculé la différence des moyennes des valeurs d'utilité d'état de la santé pour les personnes handicapées et les contrôles, et pour les aidants des personnes handicapées et les contrôles.

Résultats de l'utilité d'état de la santé et des années de vie ajustées sur la qualité (QALYS)

Utilité d'état de la santé (Health Utility State HSU)

La moyenne de l'utilité d'état de la santé des personnes handicapées est de 0,495 (95% IC: 0,471-0,520). Cette moyenne est de 0,885 (95%IC 0,874-0,897) pour les contrôles. L'écart moyen de 0,390 (95%IC : 0,363-0,417) est tout à fait important. Par comparaison, aux Etats-Unis, l'écart moyen d'utilité d'état de la santé entre un échantillon de femmes atteintes du cancer du sein et le reste de la population était inférieur à 0,1 (Brown, et al. revision). La mesure de l'utilité d'état de la santé pour les aidants est de 0,643 (95%IC 0,618-0,675) et donc significativement inférieure à celle de la population générale représentée par les contrôles. Cette mesure était de 0,729 parmi 2 aidants de contrôles, ce qui correspond un niveau plus faible que celui des contrôles eux-mêmes, mais supérieur à celui des aidants de personnes handicapées. Les aidants de personnes handicapées subissent très distinctement une réduction de

qualité de vie liée à leur rôle de prise en charge des personnes handicapées, même si cette réduction est moindre que celle subie par les personnes handicapées elles-mêmes.

Années de vie ajustées sur la qualité (QALYS)

Pour convertir l'utilité d'état de la santé (HSU) en QALYS, il convient de considérer la relation entre déficience et qualité de la vie liée à la santé HRQOL (en termes d'HSU) sur l'ensemble de la durée de la vie.²⁰ Une personne considérée subir un impact négatif sur sa qualité de vie liée à la santé sur l'ensemble de son cycle de vie en fonction du temps passé dans une situation de handicap. Pour simplifier, nous considérons ici que l'impact est constant sur l'ensemble de la durée de la vie car notre étude en coupe transversale n'offre pas de mesures répétées dans le temps. Afin d'obtenir une évaluation de l'impact sur le cycle de vie complet à partir des données disponibles dans notre enquête, nous procédons en deux étapes. En premier lieu, nous calculons une estimation de la perte de HRQOL liée à une perte de QALYS en multipliant la durée moyenne de la déficience par la moyenne de perte de HSU au sein de notre échantillon (c'est à dire le score obtenu sur l'échelle EQ-5D en termes de HSUs). Ensuite, nous formulons l'hypothèse que le handicap va se perpétuer dans le futur et que par conséquent les pertes de HRQOL sont constantes, en moyenne, jusqu'à la fin de la vie. Le niveau de perte de HRQOL dans le futur est donc la différence de HSU entre personnes handicapées et contrôles. L'importance de cette perte s'exprime en termes d'espérance de vie future pour les personnes handicapées et les contrôles c'est à dire la durée de vie moins la moyenne d'âge courante. Nous utilisons les espérances de vie des tables de vie de l'OMS et nous émettons l'hypothèse qu'il n'existe pas de différence d'espérance de vie entre personnes

²⁰ Il est possible de calculer la perte d'années de vie ajustées sur la qualité (QALYS) en multipliant la durée de vie (Q) par le niveau (X) dans un état de santé donné. Par exemple, une personne qui vivra 20 ans supplémentaires en pleine santé et puis va mourir aura connu 20 QALYS (20*1,0). En revanche, une personne qui vivra 16 ans avec une HSU (utilité d'état de la santé) de 0,5 ne connaîtra que 8 QALYS (16*0,5). Davantage de QALYS reflète une plus haute qualité de vie ou un plus grand bien-être.

handicapées et contrôles (WHO 2014). Ceci constitue une hypothèse forte car nous savons que l'espérance de vie entre personnes handicapées et personnes sans handicap varie mais il n'existe pas, à notre connaissance, de tables spécifiques fournissant cette information.

Perte de QALYs -Années de vie ajustées sur la qualité - passées

En application de ce qui précède, nous avons calculé que la durée moyenne de vie passée dans une situation de handicap au moment de l'enquête est de 17,6 ans. En considérant la réduction de HSU de 0,390 (0,363-0,417) QALYs par an, les personnes handicapées ont subi une perte moyenne de 6,9 QALYs comparée à la qualité de vie des contrôles.

Perte de QALYs -Années de vie ajustées sur la qualité - futures

L'âge moyen des personnes handicapées en maroc est de 49,2 ans et de 43,8 ans pour les contrôles. L'espérance de vie des deux sexes est de 26 ans à 50 ans et de 29 ans à 45 ans en 2012 (WHO 2014). En combinant ces deux informations, nous estimons que la personne contrôle expérimentera en moyenne 25,7 QALYs ($29 \times 0,885$) alors que la personne handicapée expérimentera en moyenne 12,9 QALYs ($26 \times 0,495$). Par conséquent, la perte attendue de QALY liée à la déficience sera de 12,8 QALYs par personne handicapée au Maroc.

Perte de QALYs -Années de vie ajustées sur la qualité - totales

Au total nous estimons que les personnes handicapées auront en moyenne 19,7 (12,8+6,9) QALYs de moins au cours de leur vie que les personnes du groupe de contrôle. En d'autres termes, l'impact de la déficience en termes d'économie de la santé est équivalent à une réduction de 19,7 ans de l'espérance de vie moyenne des personnes en bonne santé et sans handicap. Cet effet du handicap est considérable. Même s'il n'existe pas un seuil unique pour la valeur du QALY, une revue récente de la littérature indique une moyenne et une médiane du consentement à payer pour un QALY de 74.159 et 24.226 euros (au prix de 2010), soit approximativement 98.879 et 32.301 dollars respectivement (Ryen and Svensson 2014). En se fondant sur ces estimations, il est possible d'évaluer la perte de HRQOL liée à la

déficience entre 636.330 et 1.947.916 dollars par personne au Maroc. En considérant que les seuils les plus courants pour déterminer si une intervention médicale est « rentable » se situent entre 50.000 et 100.000 dollars par QALY, il apparaît que des interventions qui retardent ou préviennent la déficience s'avèrent aisément rentables même si elles sont coûteuses à mettre en œuvre. Il n'en reste pas moins que ces résultats doivent être interprétés avec précaution dans la mesure ou le consentement à payer pour un QALY et le seuil de rentabilité pour prendre une décision médicale ou de santé publique devraient être spécifiques à un pays donné et ajustées en fonction de la parité des pouvoirs d'achat. En définitive, nous pouvons conclure que l'impact total de la déficience au Maroc est de 19,7 QALYs multiplié par la population estimée totale de personnes handicapées.

Pauvreté multidimensionnelle

L'économie du bien-être a tenté de mesurer le bien-être individuel au travers du revenu ou bien des dépenses du ménage si ce dernier n'est pas disponible ou mal mesuré. Cette mesure a l'avantage de la simplicité et de la clarté. En particulier, les chercheurs ont appliqué cette méthode dans le cas des personnes handicapées et de la mesure de leur pauvreté (Haveman and Wolfe 1990). La méthode consiste à déterminer quel segment de la population se situe en dessous d'un revenu de subsistance (connu comme étant la ligne de pauvreté). Elle établit un indicateur global de pauvreté qui satisfait certaines propriétés (Foster, et al. 1984; Pyatt 1987; Sen 1976; Sen 1997; Zheng 1997).

L'adoption d'une approche multidimensionnelle de la pauvreté résulte en grande partie du besoin de répondre à l'idée que le revenu seul ne permet pas d'identifier totalement les pauvres et que d'autres dimensions du développement humain sont déterminantes pour le bien-être des individus. Depuis les premiers travaux de Sen (Sen 1976), la question de la pauvreté tourne autour de deux notions centrales : l'identification des pauvres et leur agrégation. Alkire (2002) indique plusieurs raisons pour identifier plusieurs dimensions : accroître rigueur et objectivité dans l'évaluation des politiques de développement humain ; faciliter la détermination de priorités de politique de développement fondée sur un arbitrage par les intéressés eux-mêmes entre les différentes dimensions ; identifier les effets pervers des politiques de développement à partir d'une meilleure connaissance des dimensions ; enfin, favoriser des échanges d'idées productifs entre décideurs politiques, acteurs du développement et chercheurs (Alkire 2002). Il n'en reste pas moins qu'il convient de caractériser ces différentes dimensions du développement humain. Alkire (2002) propose de se fonder sur quatre éléments pour ce faire. Dans une perspective des capacités, les dimensions importantes du développement humain doivent avoir à la fois une valeur instrumentale, c'est-à-dire qu'elles

peuvent servir de facteur de conversion ou de moyen pour atteindre un autre objectif, ou bien avoir une valeur intrinsèque, c'est-à-dire constituer un objectif en soi pour un individu et son bien-être (Sen 1999). Rappelons que la valeur instrumentale est une valeur qui permet d'atteindre autre chose (Sen, 1999a). Tandis que la valeur intrinsèque est une valeur en soi (Sen, 1999a). Les dimensions doivent être définies précisément mais en même temps l'être de façon suffisamment large pour être interprétable dans différents contextes culturels. Ces dimensions doivent avoir une portée universelle incluant les valeurs humaines importantes, sans être valables uniquement pour certains groupes.

Dans une perspective multidimensionnelle du développement humain et de la pauvreté, Alkire et Foster ont élaboré une série de mesures de la pauvreté multidimensionnelle (Alkire and Foster 2011). La pauvreté multidimensionnelle est mesurée au moyen d'un indicateur dit de « double section ». La première section partage les individus pauvres et les individus non pauvres au sein de chaque dimension en deux groupes. La seconde sépare les mêmes individus en deux catégories (pauvres et non pauvres) mais cette fois en tenant compte du nombre total de dimensions sur lesquelles ces personnes ont été classées comme pauvres. Cette méthode a deux avantages. Le premier est d'autoriser l'analyse de la pauvreté au sein de chaque dimension (y compris les revenus et les dépenses), le second d'autoriser à établir un niveau de pauvreté multidimensionnelle différent en fonction des priorités de politique publique. Le niveau le plus pertinent se situe entre deux approches extrêmes de pauvreté multidimensionnelle : l'approche la plus fréquente, dite de l'union, qui considère comme pauvres les personnes démunies dans toutes les dimensions et l'approche dite de l'intersection qui considère comme pauvres celles démunies dans une seule dimension (Bourguignon and Chakravarty 2003; Deutsch and Silber 2005; Tsui 2002).

Au sein de cette famille de mesures, nous avons élaboré trois indicateurs de pauvreté multidimensionnelle : (i) le taux d'incidence de la pauvreté (H) qui indique combien d'individus se retrouvent en dessous de la ligne de pauvreté ; (ii) l'écart de pauvreté moyen (A) qui indique le nombre moyen de dimensions de pauvreté qu'endure chaque personne ; (iii) le taux ajusté d'incidence de la pauvreté Mo qui représente le produit du taux de pauvreté (H) et de l'écart de pauvreté moyen (A) et indique l'étendue ou l'intensité de la pauvreté.

Considérons n le nombre d'individus dans la population de référence, et k le nombre de dimensions sous considération. Nous formulons l'hypothèse que les données sont contenues dans une matrice nxk où l'entrée ij représente la valeur de la variable j pour l'individu i. Les valeurs limites sont représentées par un vecteur C de longueur k+1, avec les valeurs pour $C_j=1,2,\dots,k$ indiquant la ligne de pauvreté pour la dimension j et $C_{k+1} \in (1,2,\dots,k)$ indiquant le nombre minimum de dimensions dans lesquelles un individu doit être considéré comme étant pauvre afin d'être considéré comme étant multi-dimensionnellement pauvre. La mesure de la pauvreté, Mo, dérivée des mesures de Foster et al. (1984), est introduite pour agréger les données dans un index unidimensionnel. Alkire et Foster (2011) rendent compte d'un ensemble de propriétés intuitives utiles que cette méthode remplit. Tout d'abord une propriété de décomposabilité qui permet de comparer différents sous-groupes de la population d'étude. Ensuite une propriété de monotonie selon laquelle la mesure, prend en compte le nombre de dimensions de pauvreté correspondant à la condition de ceux identifiés comme pauvres.

Identification des personnes pauvres

Considérons la matrice Y a nxk dimensions contenant les données ainsi que le vecteur des valeurs limites C, on peut définir la matrice GO comme suit :

$$g_{ij}^0 = \begin{cases} 1 & \text{if } y_{ij} < c_j \\ 0 & \text{otherwise.} \end{cases}$$

Où l'élément générique g_{ij}^0 de G^0 représente un indicateur selon lequel l'individu i est pauvre sur la dimension j. Plus formellement, $g_{ij}^0 = Y(y_{ij}, C_j)$ où $Y: \mathbb{R} \times \mathbb{R} \rightarrow (0,1)$ est une fonction d'identification pour une dimension unique qui indique si l'individu i peut être considéré pauvre dans la j dimension.

Considérant la matrice nous déterminons, $k_j = \sum_{(i=1)}^k g_{ij}^0$ comme étant le vecteur générique d'entrée k représentant le nombre de dimensions sur lequel l'individu i est pauvre. Par conséquent, cet individu est considéré comme pauvre si $k_j > C_{k+1}$. Cette méthode incorpore deux éléments clefs. Premièrement, elle permet de conserver l'information disponible au niveau de chaque dimension. Ensuite, elle offre une certaine flexibilité dans la détermination de la deuxième valeur limite C_{k+1} . Elle permet en particulier de généraliser le raisonnement relatif à la détermination de la catégorie des pauvres à partir des approches traditionnelles de la pauvreté définies soit par la notion d'union ($C_{k+1}=1$) selon laquelle ne sont pauvres que les individus pauvres dans chacune des dimensions soit la notion d'intersection ($C_{k+1}=k$) qui définit comme pauvres des individus pauvres dans au moins une dimension. Il en résulte que l'analyse de la pauvreté peut être adaptée en vue de viser des objectifs ou des priorités déterminées (Alkire and Foster 2011). En augmentant la valeur limite, il est possible d'étudier un plus petit groupe pauvre sur un plus grand nombre de dimensions. À l'inverse, il est possible de prendre en considération une proportion plus large de la population en diminuant la valeur limite.

Mesures de la pauvreté multidimensionnelle

Une fois les personnes pauvres identifiées pour un niveau donné de la valeur limite du vecteur C , nous pouvons définir une série de mesures de pauvreté multidimensionnelle. La première de ces mesures dérive facilement du nombre de privations expérimentées par chaque individu. Appelons Q un vecteur à n -dimensions avec une entrée générique définie par,

$$q_i = \begin{cases} 1 & \text{if } d_i \geq c_0 \\ 0 & \text{otherwise.} \end{cases}$$

représente la proportion de la population identifiée comme pauvre dans notre échantillon. H fournit un indicateur facile à appréhender de la pauvreté, qui cependant ne satisfait pas la propriété de monotonie. En d'autres termes, H reste inchangé pour une personne i , quand k_i change, à moins que cet individu i sorte du groupe des pauvres. Pour déterminer l'étendue de la pauvreté expérimentée par les pauvres, Alkire et Foster (2011) définissent une nouvelle matrice définie par l'entrée générique :

$$g_{ij}^0 = \begin{cases} g_{ij}^{\bullet} & \text{if } q_i = 1 \\ 0 & \text{otherwise.} \end{cases}$$

Et nous pouvons calculer ensuite,

$$A = \frac{\frac{1}{d} \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^d g_{ij}^{0\star}}{\sum_{i=1}^n q_i}$$

la répartition moyenne de la pauvreté parmi les pauvres. En d'autres termes le nombre moyen de dimensions k dans lesquelles les pauvres sont identifiés comme pauvres. Finalement, l'indice ajusté du nombre de pauvres, :

$$M_0 = \frac{1}{nd} \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^d g_{ij}^{0\star} = H \times A$$

est introduit. On peut considérer que $M_0 \in [1,0]$ est le nombre total de toutes les dimensions dans lesquelles les pauvres sont démunis, divisé par sa valeur maximale. Comme noté ci-dessus, M_0 satisfait la propriété de monotonie dimensionnelle dans la mesure où sa valeur augmente en fonction du nombre de dimensions sur lesquelles une personne pauvre est démunie. M_0 est également concentré sur les pauvres dans la mesure où elle ne change pas en

fonction des variations de pour K_j une personne qui n'est pas pauvre tant qu'elle reste dans cette catégorie. En d'autres termes, si un individu considéré comme n'étant pas pauvre devient plus (ou moins) pauvre sur une dimension considérée tout en demeurant dans le groupe des non démunis, dans ce cas l'indice M_0 demeure inchangé.

Il existe néanmoins des limites à la méthode, tout d'abord dans le choix des dimensions à prendre en considération et par conséquent dans le choix du niveau limite pour chaque dimension. Bien que le choix de C_{k+1} permette une certaine flexibilité dans l'analyse, le choix de la première valeur limite du niveau k de pauvreté sur une dimension donnée doit être effectué avec précaution. En effet, il n'y a pas de critère universel pour ces choix, et toute décision quant à ces valeurs limites doit être prise en connaissance de cause et après débat prenant en compte l'avis d'experts et des personnes concernées (Alkire 2008).

Description des dimensions de pauvreté et détermination des niveaux limites

Nous avons identifiés 17 indicateurs de pauvreté qui reflètent autant d'aspects de bien-être (Tableau 40). Ces indicateurs furent identifiés au moyen d'une revue extensive de la littérature sur le sujet puis validés au travers de tests des questions auprès de personnes handicapées et d'experts au Maroc. Les groupes de discussion avec des personnes handicapées ont montré l'importance des facteurs d'inégalité et d'exclusion sociale tels que les problèmes d'accès à la santé, à l'éducation, à l'emploi, mais également les comportements stigmatisant de la part des membres de la communauté (voir ci-dessous analyses qualitatives). La discussion autour des choix des dimensions reflète ce que plusieurs auteurs conseillent, à savoir, que le choix des dimensions soit effectué au travers d'un débat participatif (Alkire 2008; Mitra, et al. 2013a). Certaines dimensions utilisées typiquement dans la littérature sur la pauvreté multidimensionnelle n'ont pas été incluses dans cette étude parce qu'elles ne se sont pas avérées pertinentes dans le contexte urbain marocain. En particulier, le fait de posséder des animaux n'est pas pertinent dans le contexte de notre étude. Nous proposons de classer par soucis de

clarté nos indicateurs en fonction des dimensions de développement humain auxquelles ils se réfèrent :

- santé (2 indicateurs)
- éducation (2 indicateurs)
- emploi (2 indicateurs)
- conditions de vie (5 indicateurs)
- bien être matériel (1 indicateur), bien être psychologique (2 indicateurs)
- et sécurité physique (2 indicateurs).

L'accès aux services de santé ne constitue pas un indicateur significatif au Maroc. Il s'avère que très peu de gens n'ont pas accès aux services de santé dans le pays : la plupart des personnes handicapées ou des personnes contrôles interrogées reçoivent des soins médicaux lorsque cela est nécessaire (92,5% des personnes handicapées et des contrôles contre 7,5% qui ne reçoivent pas de soins médicaux), sans qu'il y ait de différence entre le fait d'être une personne handicapée ou une personne contrôlé.

En revanche, la qualité des soins reçus fait nettement moins l'unanimité. En effet, un peu plus de 50% des personnes interrogées se déclarent satisfaites et parmi les totalement insatisfaits, 57% sont des personnes handicapées et 43% des contrôles (soit 16% de l'ensemble des personnes handicapées et 11,7% des contrôles).

Tableau 40 : Indicateurs de pauvreté et leur importance dans le contexte marocain

Dimensions	Indicateurs	Importance de l'indicateur dans le contexte Marocain	Questions	Valeur limite
Santé	Qualité du service de santé	3	Etes-vous satisfait des soins médicaux que vous recevez?	Non totalement insatisfait
	Sécurité alimentaire	5	Avez-vous assez à manger ?	Parfois fréquemment ou jamais assez
Education	Accès à l'école	4	Avez-vous été à l'école?	N'a pas été scolarisé
	Lire et écrire	2	Savez-vous lire et écrire?	Ne sait pas lire et écrire
Emploi	Accès à l'emploi	1	Avez-vous une activité rémunérée ?	Ne travaille pas (seulement 18-65 ans)
Conditions de vie	Accès à l'eau potable	6	Quelle est la source principale d'eau potable dans votre ménage ?	Robinet public, puit, source, réservoir.
	Pollution par les combustibles ménagers	15	Quelle source d'énergie est utilisée dans votre maison pour la cuisine?	Bois, kérosène, charbon
	Type de toilette	9	Quel genre d'installation sanitaire (toilette) est utilisé par votre ménage ?	Toilettes publiques, fosse/trou sans aération, défécation en plein air.
	Type d'éclairage	14	Quelle est la principale source d'éclairage dans votre ménage ?	Générateur, bougie, lampe à huile, aucune.
	Surpopulation de l'habitat	12	Combien de personnes vivent ensemble dans votre ménage?	Plus de trois personnes par pièce
Richesse matérielle	Possession de biens	10	Est-ce que vous possédez les biens suivants ? Téléphone mobile, ligne de téléphone, réfrigérateur, radio, ventilateur électrique, télévision, parabole, vélo, ordinateur, moto, voiture?	20% des plus démunis de ces biens.
Participation à la vie sociale	Activités collectives	17	Participez-vous aux activités communautaires?	Ne participent pas
	Amitié	16	Avez-vous des amis ?	Aucun
Bien-être psychologique	Etat dépressif ou angoisse	11	Avez-vous des angoisses ou vous sentez vous déprimé ?	Extrêmement angoissé ou déprimé
	Sentiment de bonheur	13	Vous sentez vous heureux ?	Jamais, presque jamais ou rarement
Sécurité physique	Maltraitance	7	Avez-vous déjà été maltraité ?	Déjà maltraité
	Sentiment de sécurité	8	Est-ce que vous vous sentez en sécurité ?	Jamais, presque jamais ou rarement

La sécurité alimentaire représente en quelque sorte l'état de santé également. Elle est mesurée par le sentiment de ne pas manger suffisamment et ne pas avoir parfois, fréquemment ou jamais à manger constitue la valeur limite. Cette dimension a été trouvée significativement différente entre les personnes handicapées et les personnes du groupe de contrôle dans l'analyse descriptive. Avoir accès à l'école et savoir lire et écrire constituent la valeur limite respectivement pour le premier et le second indicateurs de la dimension éducation et ne pas avoir été à l'école ainsi que ne pas avoir acquis la maîtrise de la lecture et de l'écriture signifient être démunis dans cette dimension. Ces seuils correspondent à l'objectif II du millénaire pour le développement qui vise à assurer à tous l'accès au cycle complet de l'école primaire. L'objectif II du millénaire mesure non seulement l'accomplissement du cycle d'enseignement primaire mais également l'acquis standard correspondant au niveau d'école primaire.

Le chômage constitue une source majeure de vulnérabilité selon les groupes de discussion avec les personnes handicapées et leur famille, mais aussi selon les experts. Par conséquent, le fait de ne pas travailler contre rémunération constitue la valeur limite pour cette dimension. Cependant, le problème du chômage concerne uniquement les personnes d'âge actif, de ce fait, les enfants et les personnes âgées qui ne sont plus en âge de travailler ont été considérés comme n'étant pas pauvres dans cette dimension pour les calculs de la mesure de la pauvreté multidimensionnelle.

Notre étude retient 5 indicateurs de la dimension du standard de vie. Les individus qui ne subissent pas de pollution de l'air chez eux parce qu'ils utilisent le gaz pour cuisiner sont considérés comme non démunis dans cette dimension. De même, les individus qui bénéficient de l'accès à une conduite d'eau potable dans leur habitation sont également considérés comme n'étant pas privé de l'accès à l'eau potable. Il existe une faible proportion de ménages n'ayant pas accès à l'eau potable au Maroc. Cet accès est considéré comme une condition indispensable pour atteindre l'objectif du millénaire pour le développement IV qui vise à réduire des deux tiers entre 1990 et 2015 le taux de mortalité infantile. Or la littérature récente démontre que la mortalité

liée à la diarrhée, provoquée par l'absence d'accès à une eau potable, demeure très élevée parmi les enfants de moins de cinq ans dans le monde. Enfin, réduire de moitié le pourcentage de la population dans le monde qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau de boisson salubre et à des services d'assainissement de base constitue la deuxième cible de l'objectif VII du millénaire pour le développement. Pour ces trois indicateurs, nous faisons référence à la définition officielle de l'UNICEF qui détermine ainsi un seuil d'hygiène acceptable.

Enfin notre étude inclut une mesure du taux d'occupation du ménage dans la dimension du standard de vie. Un nombre élevé de personnes vivant dans un habitat de petite taille à des conséquences négatives importantes en termes de bien-être en raison de la promiscuité forcée qui en résulte.

Le bien-être matériel du ménage est mesuré au moyen d'un indicateur d'actifs qui inclut une liste de biens usuels possédés par un ménage²¹. Deux indicateurs de participation à la vie sociale ont été inclus. La participation dans des activités de la collectivité telles que l'adhésion à une organisation religieuse, culturelle, sociale ou sportive. La faculté de se faire des amis est un autre indicateur important de l'inclusion sociale.

Deux indicateurs du bien-être psychosocial ont également été sélectionnés.

Enfin deux indicateurs de sécurité et de bien-être physique sont inclus dans l'analyse. La maltraitance constitue un fléau dont sont trop souvent victimes les personnes handicapées. Le sentiment de sécurité dans le quartier de résidence est considéré comme un élément important de vulnérabilité dans la littérature. Il constitue une mesure du niveau de danger de l'environnement. Le seuil fut déterminé par les chercheurs et testé ensuite dans des groupes de discussion thématiques par le sentiment de vivre dans un environnement très ou plutôt dangereux. En tenant ainsi compte d'une grande variété d'indicateurs de bien être, notre étude vise à identifier les écarts de bien être existant entre personnes handicapées et le reste de la population.

²¹ Les actifs incluent: ligne téléphonique, téléphones portables, réfrigérateur, radio, ventilateur électrique, télévision, bicyclette, ordinateur, scooter ou mobylette ou moto, voiture.

Résultats : un écart de pauvreté non négligeable

Les résultats de l'étude comparant les personnes handicapées et les contrôles sont présentés ici en trois parties complémentaires : tout d'abord nous présentons les résultats du taux d'incidence de la pauvreté (H) pour chacune des 17 dimensions ou indicateurs de pauvreté ; ensuite nous présentons les mesures de pauvreté (A) et multidimensionnelle ajusté (MO) pour l'ensemble de l'échantillon ; nous présentons les résultats par sous-groupe pour un seuil de pauvreté de 10% environ qui correspond aux dernières estimations de la Banque mondiale pour 2010²²; troisièmement nous introduisons le taux de contribution de chaque dimension au taux de pauvreté ajusté.

Incidence de la pauvreté parmi les personnes handicapées et le groupe de contrôle

La Figure 37 rapporte les résultats du taux de pauvreté (H) qui représente l'incidence de la pauvreté dans chacun des 17 indicateurs pris en considération et comparant les personnes handicapées et le groupe de contrôle. Nos résultats montrent que le nombre de personnes pauvres parmi les personnes handicapées est significativement plus haut que celui parmi le groupe de contrôle pour 11 indicateurs sur 17. Cette différence s'avère particulièrement prononcée pour les dimensions de la participation à la vie sociale, le bien-être psychologique et la sécurité physique:

- En termes de participation à la vie sociale, il existe un écart important entre personnes handicapées et contrôles en termes d'absence de participation aux activités de la communauté (71,5% sont démunis contre 50,8%) et dans le fait de n'avoir aucun ami (44,2% sont démunis contre 19,2%).
- Le mal-être psychologique est plus grand chez les personnes handicapées que chez les contrôles : état dépressif ou anxieux (32,8% contre 2,9%) ou malheureux (26,5% contre 7,5%).
- Enfin, l'absence de sécurité physique est également plus marquée parmi les

personnes handicapées en termes de maltraitance (16,8% contre 8,2%) et de sentiment d'insécurité (15,8% contre 6,3%).

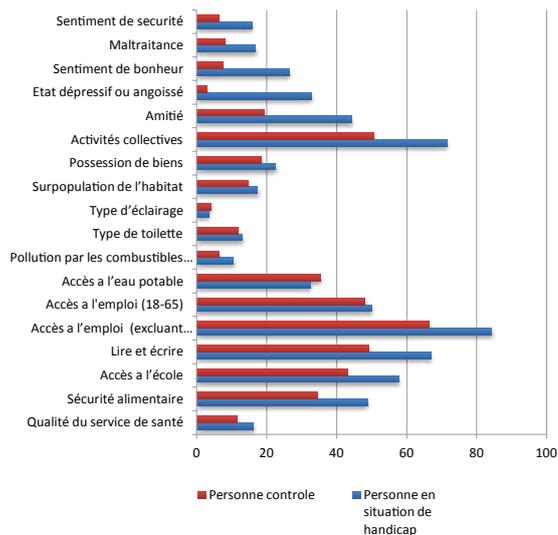
Les dimensions suivantes révèlent une différence significative mais moins prononcée que les précédentes entre personnes handicapées et contrôles :

- En termes de dimension de la santé ; 16,2% des personnes handicapées contre 11,7% des contrôles se considèrent insatisfaits des soins reçus et 48,8% des personnes handicapées contre 34,5% des contrôles considèrent ne pas toujours manger à leur faim.
- En termes d'éducation, le niveau d'analphabétisme (67,0% contre 49,2%) et l'absence d'accès à l'école (57,8% contre 43,1%).
- En termes d'accès à l'emploi des adultes (18-65 ans), 84,4% des personnes handicapées contre 66,4% des contrôles n'ont pas accès à l'emploi.
- En termes de conditions de vie, seule la pollution par les combustibles ménagers s'avère significativement plus importante pour les personnes handicapées (10,5%) que pour les contrôles (6,3%).

Les autres dimensions montrent des taux plus élevés pour les personnes handicapées que pour les personnes du groupe de contrôle, mais la différence n'est pas significative. Deux indicateurs des conditions de vie - type d'éclairage et accès à l'eau potable - se caractérisent par un nombre de personnes pauvres dans le groupe de contrôle supérieur aux nombres de pauvres parmi les personnes handicapées ; cette différence n'est cependant pas significative.

22 Voir les données statistiques du Maroc de la Banque mondiale <http://data.worldbank.org/country/morocco> (consulté le 20 septembre 2014).

Figure 37 : Taux de pauvreté par dimension comparant personnes handicapées et contrôles



Pauvreté multidimensionnelle

Le Tableau 41 rapporte les résultats du taux de pauvreté multidimensionnelle (H), de l'écart de pauvreté moyen parmi les pauvres (A) et du taux de pauvreté multidimensionnelle ajusté (Mo) pour tous les seuils possibles et pour l'ensemble de l'échantillon. Le Tableau 42 présente les résultats par sous-groupe pour une valeur limite de k=50%. Cette valeur limite indique qu'un individu doit être pauvre dans 50% des dimensions pour être considéré comme étant « multidimensionnellement » pauvre. Ce seuil correspond à la ligne de pauvreté déterminée par la Banque Mondiale qui considère que 10.0% de la population marocaine était pauvre en 2007 (contre 16,3% en 1999).

Tableau 41 : Mesures de pauvreté multidimensionnelle pour l'ensemble de l'échantillon

Valeur limite k (%)	H	A	MO
10	88,55	0,329	0,291
20	67,82	0,381	0,258
30	49,06	0,432	0,212
40	26,15	0,513	0,134
50	13,26	0,587	0,078
60	4,67	0,666	0,031
70	1,21	0,753	0,009
80	0,23	0,854	0,002

Note : Pour la valeur limite k=10%, et pour toutes les personnes de l'échantillon, le taux de pauvreté multidimensionnelle (H) est de

88,55% ; l'écart de pauvreté moyen parmi les pauvres (A) est 0.329. Le taux ajusté d'incidence de la pauvreté MO est donné par le produit de (H) et (A) :

$MO=0.886*0.329=0.291$. Le tableau ne comprend que des valeurs limite à hauteur de 80% car personne n'est pauvre dans plus de 80% des dimensions en Maroc.

Les résultats du Tableau 42 sont obtenus pour les deux sous-groupes qui nous intéressent les personnes handicapées, et les personnes dans le groupe de comparaison, ci-après les contrôles, ainsi qu'en fonction du genre et du lieu de résidence Rabat ou Chaouia-Ouardigha. On observe un taux de pauvreté considérablement supérieur parmi les personnes handicapées. La proportion de personnes handicapées pauvres multi dimensionnellement est de 21,3% contre 5,0% pour les contrôles. On observe un taux de pauvreté considérablement supérieur parmi les personnes handicapées. Le différentiel de pauvreté est valable pour différents seuils. Si l'on considère qu'il est nécessaire d'être démuné sur 20%, 30% ou 40% des indicateurs simultanément pour être pauvre, la proportion de personnes handicapées qui s'avère pauvre est respectivement de 77,9%, 61,0% et 36,7%. Ces mêmes proportions sont de 57,5%, 36,8% et 15,4% pour les contrôles. Si l'on considère l'approche de l'union, qui correspond à la pauvreté sur un indicateur ou plus, on observe une pauvreté quasi-universelle, du moins parmi les personnes handicapées. Ainsi, pour une valeur limite de 10% des indicateurs (soit 17 indicateur), 93,9% des personnes handicapées et 83,1% des contrôles sont démunés sur une dimension. À l'inverse, si l'on considère l'approche de l'intersection, définie par la nécessité d'être démuné sur la totalité des 17 indicateurs pour être pauvre, aucun individu dans notre échantillon ne remplit la condition. Personne n'est démuné sur 100% (ou 17) indicateurs ou plus et seulement 0.2% de l'échantillon s'avère démuné sur 80% (ou environ 14) indicateurs.

Le taux de pauvreté ajusté (Mo) montre que les personnes handicapées sont plus démunées que les contrôles pour une valeur limite k=50%. Cette différence est significative au seuil de 1%. Cet écart de pauvreté multidimensionnelle entre personnes handicapées et contrôles est plus important

parmi les femmes. La pauvreté multidimensionnelle est plus élevée parmi les femmes handicapées (23,55%) que parmi les femmes du groupe de contrôle (8,33%) et que parmi les hommes handicapés (19,24%). Ce résultat est valable pour une valeur limite de k comprise entre 10 et 50%. Le taux de pauvreté ajusté (Mo) est plus élevé dans la région de Chaouia que dans celle de Rabat, et considérablement plus pour les personnes handicapées. Cet écart s'explique autant par l'incidence de la pauvreté (mesurée par H) parmi les personnes handicapées à Chaouia (24,65% contre 17,48% à Rabat) que par l'intensité de la pauvreté mesurée par le différentiel d'écart de pauvreté (A) plus élevé pour les personnes handicapées à Chaouia (0,592) que pour les personnes handicapées à Rabat (0,585). L'écart de pauvreté moyen (A) est également plus élevé parmi les personnes handicapées que parmi les contrôles particulièrement pour les femmes.

Tableau 42 : Mesures de pauvreté multidimensionnelle pour personnes handicapées et contrôles par sexe et par lieu de résidence pour k=50%

		H	A	MO
Ensemble		13,26	0,587	0,078
Situation de handicap Genre	Personnes handicapées	21,34	0,589	0,126
	Contrôles	5,02	0,581	0,029
	Hommes handicapés	19,24	0,577	0,111
	Femmes handicapées	23,55	0,599	0,141
	Hommes contrôles	1,80	0,542	0,010
	Femmes contrôles	8,33	0,589	0,049
	Residence	Rabat personnes handicapées	17,48	0,585
Chaouia personnes handicapées		24,65	0,592	0,146
Rabat Contrôles		4,35	0,588	0,026
Chaouia Contrôles		5,59	0,576	0,032

Note : Pour la valeur limite k=50%, et pour les femmes handicapées, le taux de pauvreté multidimensionnelle (H) est de 23,88%; l'écart de pauvreté moyen parmi les femmes handicapées pauvres (A) est 0,492. Le taux ajusté d'incidence de la pauvreté (MO) est donné par le produit de (H) et (A).

Le Tableau 43 rapporte les résultats du taux de pauvreté (H) par dimension pour k=50% en fonction de la situation de handicap, du genre et de la région de résidence, Rabat ou Chaouia. L'incidence de la pauvreté (H) est plus importante pour les personnes handicapées que pour les contrôles, quelle que soit l'indicateur considéré. L'écart de pauvreté est particulièrement marqué dans les dimensions suivantes : santé, éducation, emploi, bien-être matériel, participation à la vie sociale, bien-être psychologique et sentiment de sécurité. Les résultats montrent un écart similaire de pauvreté entre les femmes et les hommes handicapés dans 7 indicateurs sur 17. Dans 8 indicateurs sur 17, les femmes handicapées sont significativement plus pauvres. L'écart est particulièrement significatif dans le domaine de l'éducation et de l'emploi. Les personnes handicapées dans la province de Chaouia ont également une incidence de la pauvreté plus importante dans 16 indicateurs sur 17 que les personnes handicapées de la province de Rabat. L'écart est considérable dans les domaines de la sécurité alimentaire, l'éducation, l'accès à l'emploi, l'accès à l'eau et aux toilettes, la surpopulation de l'habitat, et la participation sociale et dans les deux régions, les personnes handicapées sont significativement plus pauvres que les contrôles.

Tableau 43 : Taux de pauvreté H par dimension pour une valeur limite k=50%

Note : Pour la valeur limite k=40%, le taux de pauvreté multidimensionnelle (H) est de 2.47% pour la qualité du service de santé pour l'ensemble de l'échantillon ; ce taux est de 3.49% pour les personnes handicapées et 1.56% pour les contrôles.

Sentiment de sécurité	5.13	9.27	0.91	9.65	8.87	0.30	1.54	9.06	9.44	1.34	0.56
Maltraitance	3.62	6.72	0.46	7.58	5.81	0.60	0.31	5.50	7.76	0.33	0.56
Sentiment de bonheur	7.62	13.28	1.83	13.99	12.54	0.30	3.41	11.33	14.96	2.68	1.12
Etat dépressif ou angoisse	7.54	14.33	0.61	13.12	15.60	0.00	1.24	11.97	16.34	0.67	0.56
Amitié	9.72	15.82	3.50	14.87	16.82	1.20	5.86	11.97	19.11	3.34	3.63
Activités collectives	11.08	18.21	3.81	16.91	19.57	1.20	6.48	15.53	20.50	3.34	4.19
Possession de biens	7.79	11.26	4.26	8.77	13.89	1.50	7.10	10.16	12.19	3.68	4.75
Surpopulation de l'habitat	3.47	5.67	1.22	6.71	4.59	0.90	1.54	2.91	8.03	0.33	1.96
Type d'éclairage	1.51	1.94	1.07	1.75	2.14	0.30	1.85	0.97	2.77	0.67	1.40
Type de toilette	3.92	5.68	2.13	4.39	7.03	1.20	3.09	1.30	9.42	0.33	3.63
Pollution par les combustibles ménagers	3.09	4.93	1.22	4.66	5.20	0.00	2.47	6.80	3.32	2.01	0.56
Accès à l'eau potable	6.33	10.01	2.59	10.53	9.48	0.60	4.63	3.56	15.56	1.00	3.91
Accès à l'emploi	10.63	16.87	4.26	13.70	20.18	1.20	7.41	13.92	19.39	3.68	4.75
Lire et écrire	11.30	17.61	4.87	13.70	21.71	1.80	8.02	13.59	21.05	4.35	5.31
Accès à l'école	9.80	15.07	4.41	11.08	19.27	1.50	7.41	11.00	18.56	3.68	5.03
Sécurité alimentaire	10.48	16.74	4.11	14.91	18.65	1.20	7.10	12.94	20.00	3.34	4.75
Qualité du service de santé	4.40	7.01	1.84	6.10	7.96	0.90	2.81	6.67	7.31	1.34	2.25
Ensemble											
personnes handicapées											
Controles											
Hommes handicapés											
Femmes handicapées											
Hommes controles											
Femmes controles											
Rabat personnes handicapées											
Chaouia personnes handicapées											
Rabat Controles											
Chaouia Controles											

Tableau 44 : Contribution de chaque indicateur au taux ajusté de pauvreté (MO) pour une valeur limite (k=50%)

	Qualité du service de sante	Sécurité alimentaire	Accès à l'école	Lire et écrire	Accès à l'emploi	Accès à l'eau potable	Pollution par les combustibles ménagers	Type de toilette	Type d'éclairage	Surpopulation de l'habitat	Possession de biens	Activités collectives	Amitié	Etat dépressif ou angoisse	Sentiment de bonheur	Maltraitance	Sentiment de sécurité
Ensemble	3,53	8,41	7,86	9,07	17,05	2,03	0,99	1,26	0,48	1,11	12,49	8,89	7,80	6,05	6,11	2,90	4,11
personnes handicapées	3,48	8,32	7,49	8,76	16,77	1,99	0,98	1,13	0,39	1,13	11,20	9,05	7,87	7,12	6,60	3,34	4,61
Contrôles	3,94	8,81	9,46	10,44	18,26	2,22	1,04	1,83	0,91	1,04	18,26	8,15	7,50	1,31	3,92	0,98	1,96
Hommes handicapés	3,43	8,39	6,24	7,71	15,43	2,37	1,05	0,99	0,39	1,51	9,87	9,52	8,37	7,38	7,88	4,27	5,43
Femmes handicapées	3,53	8,26	8,53	9,62	17,88	1,68	0,92	1,25	0,38	0,81	12,30	8,67	7,45	6,91	5,55	2,57	3,93
Hommes contrôles	5,77	7,69	9,62	11,54	15,38	1,54	0,00	3,08	0,77	2,31	19,23	7,69	7,69	0,00	1,92	3,85	1,92
Femmes contrôles	3,58	9,03	9,43	10,21	18,85	2,36	1,26	1,57	0,94	0,79	18,07	8,25	7,46	1,58	4,33	0,39	1,96
Rabat personnes handicapées	4,08	7,92	6,73	8,31	17,02	0,87	1,66	0,32	0,24	0,71	12,43	9,50	7,32	7,32	6,93	3,37	5,54
Chaouia personnes handicapées	3,13	8,57	7,95	9,02	16,62	2,67	0,57	1,61	0,47	1,38	10,45	8,78	8,19	7,00	6,41	3,32	4,05
Rabat Contrôles	3,28	8,18	9,00	10,64	18,00	0,98	1,96	0,33	0,65	0,33	18,00	8,18	8,18	1,64	6,57	0,82	3,27
Chaouia Contrôles	4,38	9,22	9,76	10,30	18,44	3,04	0,43	2,82	1,08	1,52	18,44	8,13	7,05	1,08	2,17	1,08	1,08

Le Tableau 44 présente la contribution en pourcentage de chaque dimension au taux d'incidence ajusté de pauvreté (Mo). Ce calcul montre que le chômage mais aussi la pauvreté matérielle, la faible participation aux activités collectives, devant l'absence d'éducation (analphabétisme et non scolarisation) et l'absence de sécurité alimentaire sont les principaux contributeurs du taux de pauvreté ajusté pour les personnes handicapées comme pour les contrôles pour un seuil de pauvreté (k=50%). La contribution au taux de pauvreté multidimensionnelle ajusté Mo de l'absence d'emploi est encore plus importante dans le cas des contrôles, et pour les femmes handicapées comme contrôles. Ceci s'explique

par le poids plus important d'autres dimensions de pauvreté pour les personnes handicapées, en particulier celles liées à la participation sociale, au bien être psychologique, et à la sécurité physique.

Test de robustesse et changement de la pondération des indicateurs

Afin de s'assurer de la robustesse de nos résultats, nous avons procédé aux mêmes calculs mais en modifiant la pondération relative des indicateurs. En effet, la valeur relative des différentes dimensions de pauvreté peut être définie de différentes manières, notamment au travers d'un processus de discussion avec les personnes

concernées par le phénomène, mais également en suivant l'avis d'experts, ou encore en fonction des données disponibles, ou bien au travers d'une analyse statistique ou encore d'une décision subjective. Sen (1996) suggère que le choix effectué doit être transparent et explicite afin d'être ouvert au débat (Sen 1996). Par ailleurs, les comparaisons les plus importantes, en particulier entre sous-groupes de population, doivent demeurer inchangées quand les pondérations relatives des dimensions sont modifiées dans la limite du raisonnable. Nous avons calculé de quatre façons différentes le taux d'incidence ajusté de la pauvreté M_0 .

- La mesure 1 considère que chaque indicateur de pauvreté constitue une dimension en soi. La pondération de chacun indicateur est donc fixée à 1. Cette mesure correspond au taux d'incidence ajusté (M_0) le plus élevé.

individu et calcule ensuite la moyenne des pondérations individuelles²³ (Alfares and Duffuaa 2008; Alfares and Duffuaa 2009). La seconde méthode (mesure 4) consiste à calculer en premier un classement de groupe en tant que moyenne des classements individuels²⁴.

Les résultats de ces tests de robustesse sont présentés dans le Tableau ci-dessous (Tableau 45). Ils démontrent que les personnes handicapées sont plus pauvres que les contrôles, indépendamment de la pondération considérée. Le calcul de la mesure (M_0) de pauvreté multidimensionnelle est donc bien robuste au changement raisonnable de pondération.

Tableau 45 : Résultats des tests de robustesse, calculs de la pauvreté multidimensionnelle pour les personnes handicapées et contrôles

Note : Seule M_0 , l'incidence ajustée de la pauvreté est représentée dans ce tableau.

Valeur limite k(n)	Mesure 1				Mesure 2				Mesure 3				Mesure 4	
	Tous	personnes handicapées	Cont.	Valeur limite k (%)	Tous	personnes handicapées	Cont.	Tous	personnes handicapées	Cont.	Tous	personnes handicapées	Cont.	
1	0,293	0,354	0,231	10	0,291	0,344	0,237	0,286	0,329	0,242	0,290	0,332	0,248	
2	0,289	0,353	0,223	20	0,258	0,318	0,197	0,256	0,303	0,209	0,265	0,311	0,217	
3	0,277	0,345	0,208	30	0,212	0,276	0,146	0,203	0,246	0,159	0,214	0,256	0,171	
4	0,255	0,326	0,183	40	0,134	0,193	0,074	0,127	0,172	0,081	0,133	0,176	0,133	
5	0,218	0,293	0,141	50	0,078	0,126	0,029	0,067	0,101	0,032	0,072	0,106	0,037	
6	0,173	0,248	0,097	60	0,031	0,052	0,010	0,023	0,034	0,011	0,027	0,040	0,014	
7	0,134	0,201	0,065	70	0,009	0,015	0,003	0,007	0,012	0,002	0,008	0,012	0,003	
8	0,100	0,162	0,037	80	0,002	0,004	0,000	0,001	0,001	0,000	0,001	0,001	0,000	

- La mesure 2, celle retenue dans le présent rapport, est calculée en considérant que chacune des 8 dimensions reçoit un même poids relatif et chacun des indicateurs au sein de chaque dimension reçoit également un poids identique.

- Les mesures 3 et 4 attribuent un poids à chaque indicateur de pauvreté en fonction de leur classement par ordre d'importance. Ce classement a été effectué au moyen de discussions de focus groups avec des experts et des personnes handicapées au Maroc. Deux méthodes de pondération ont ensuite été appliquées respectivement pour les mesures 3 et 4. La première méthode transforme le classement de chaque indicateur en une pondération pour chaque

23 La conversion des classements individuels en pondérations individuelles est donnée par la formule suivante:

$w_{ij} = 100 \frac{s_x}{v_{ij} - 1}$ avec w_{ij} la pondération de la dimension j pour i l'individu, v_{ij} représente le rang de la dimension j rapporté individu i , n est le nombre d'individus. s_x est un paramètre donné par la formule suivante: $s_x = 3.195 / 37.758$

24 La pondération de la dimension j est alors déterminée par la formule suivante :

$w_j = \frac{1}{d} \frac{v_j}{\sum_{j=1}^d v_j}$ avec d le nombre de dimensions et v_j le classement de la dimension j ayant la valeur 1 si c'est la dimensions la plus importante, puis 2 s'il s'agit de la seconde plus importante dimension et ainsi de suite.

Conclusion

Les régressions logistiques effectuées ont pour objectif de montrer un lien éventuel entre certains indicateurs importants de privation des capacités de base et le handicap. La scolarisation et l'accès à l'emploi ont été retenus comme ces indicateurs. L'analyse sur l'accès à l'éducation montre que les enfants ayant acquis un handicap avant l'âge de 9 ans ont moins de chances d'accéder à l'école que les enfants non handicapés ou les enfants qui sont devenus handicapés après 9 ans. Il existe également un effet de sexe, d'âge, de région d'habitation et du niveau d'éducation du chef de ménage qu'il faut prendre en compte. Le même modèle appliqué aux hommes et aux femmes séparément fournit des éléments supplémentaires d'interprétation. Chez les femmes, l'influence de l'âge est encore plus marquée que chez les hommes, et le niveau de pauvreté à son importance. En considérant le même modèle uniquement pour les personnes handicapées, le point positif par rapport à l'accès à l'éducation des personnes handicapées est que les jeunes personnes handicapées ont 4 fois plus de chances d'être scolarisés que les personnes handicapées seniors. Ce meilleur accès à l'école s'explique sans aucun doute par un meilleur accès généralisé à l'éducation. Cet accès s'est amélioré pour l'ensemble des marocains au cours des 2 à 3 dernières générations. Habiter Rabat a tendance à favoriser la scolarisation. De même, le sexe importe : les garçons handicapés ont plus de chances, toutes choses égales par ailleurs, d'être scolarisés que les filles handicapées. Ces résultats démontrent clairement les progrès importants effectués en matière d'accès universel à l'école, en particulier chez les femmes. Mais ils révèlent aussi qu'il reste beaucoup à faire pour l'insertion scolaire des enfants handicapés, et encore plus des filles et dans les régions plus rurales. Ces analyses confirment aussi nos hypothèses de travail comme quoi le niveau d'éducation du chef de ménage est un facteur favorisant fortement la scolarisation des enfants et plus particulièrement les personnes handicapées.

Seulement même si le désir de scolarisation est grand, les obstacles ne manquent pas, comme l'analyse qualitative le montre (voir ci-dessous). Il est également important de noter que ces analyses ne permettent cependant pas de déterminer si la scolarisation s'arrête ou pas dès l'acquisition du handicap dans le cas où le handicap est acquis après 9 ans et lorsque l'enfant est déjà scolarisé. Ce point précis nécessite davantage de recherche.

L'accès à l'emploi a également été modélisé et montre que le sexe, l'âge et le fait d'être handicapé ou non sont des facteurs influençant la présence sur le marché du travail : être âgé de moins de 30 ans, femme et handicapé sont clairement des freins à l'emploi. Il est cependant à noter que dans notre échantillon, très peu de femmes travaillent. En appliquant le même modèle uniquement aux hommes, le statut marital et le fait d'être handicapé ou non ont le plus d'influence. Du fait du nombre réduit d'observation pour les femmes, il n'a pas été possible d'analyser l'accès à l'emploi en fonction des types de handicap.

L'analyse des années de vie ajustées sur la qualité ou QALYs montrent que les personnes handicapées auront en moyenne 19,7 QALYs de moins au cours de leur vie que les personnes du groupe de contrôle. En d'autres termes, l'impact du handicap en termes d'économie de la santé est équivalent à une réduction de 19,7 ans de l'espérance de vie moyenne des personnes en bonne santé et sans handicap. Les aidants des personnes handicapées perdent également des QALYs. En considérant l'espérance moyenne de vie des personnes handicapées, les aidants eux-mêmes perdent 13,2 ans par rapport aux individus de la population générale représentée par les contrôles. Cet effet du handicap est considérable pour les personnes handicapées et pour leurs aidants en termes de perte de qualité de vie. En se fondant sur des estimations du consentement à payer pour le handicap, il est possible d'évaluer la

perte de HRQOL liée au handicap entre 636.330 et 1.947.916 dollars par personne au Maroc. Ces montants sont à comparer au revenu par tête moyen par an de 3030 dollars en 2013...

L'approche multidimensionnelle de la pauvreté permet de prendre en considération le fait que le revenu seul ne permet pas d'identifier totalement les personnes pauvres et que d'autres dimensions de développement humain doivent être prises en considération. Notre analyse repose sur les travaux d'Alkire et Foster (2011) et 3 indicateurs (taux d'incidence de la pauvreté, écart de pauvreté moyen et taux ajusté d'incidence de la pauvreté). Les dimensions de la pauvreté ont

été déterminées au moyen de 17 indicateurs appartenant à différents domaines : santé, éducation, emploi, condition de vie, bien être matériel et sécurité physique. Les résultats montrent que les personnes handicapées sont plus pauvres que les contrôles quelle que soit le nombre de dimensions considéré. En outre, les femmes handicapées sont plus pauvres que les hommes handicapés. De même, les personnes handicapées en zone rurale sont plus pauvres que ceux en zone urbaine où davantage de services sont accessibles.



ENQUETE SUR LES CONDITIONS DE VIE DES PERSONNES HANDICAPÉES, VOLET QUALITATIF

MÉTHODOLOGIE

FOCUS GROUPS

Guide d'entretien

Échantillonnage

Difficultés

Analyse des Focus Group

ENTRETIENS INDIVIDUELS

Échantillonnage

Grille d'entretien et d'analyse

Analyse des entretiens individuels

CONCLUSION

Méthodologie

Des entretiens qualitatifs et des focus groups avec les personnes handicapées ont été effectués afin de mieux comprendre le processus d'exclusion sociale et notamment de pauvreté.

Ce volet qualitatif a été abordé par le biais d'outils complémentaires différents :

- Entretiens semi-directifs avec quelques personnes handicapées: les personnes handicapées ont été choisies sur la base des entretiens quantitatifs. Ce sont des représentants de situations difficiles en termes d'accès aux services, de pauvreté et de vulnérabilité ainsi que des cas représentatifs de la moyenne de l'échantillon pour chacune des variables de référence (genre, groupe d'âge, type de déficience, surcoût du handicap, revenus, emploi ou activité, niveau d'éducation...).
- Interviews des informateurs privilégiés : L'analyse du discours des partenaires du LEAD, des organisations de la société civile et de représentants des ministères concernés va permettre d'évaluer la vision, les ressources et les compétences des principaux intervenants identifiés dans les termes de référence. Cette analyse permettra, en faisant le lien entre ces éléments et les priorités d'intervention identifiées dans l'enquête quantitative et les interviews semi-directives, de définir des recommandations de politique publique et de donner une base d'argumentation scientifique au plaidoyer des OPH.
- Focus Group : Les entretiens avec des focus groups, composés de personnes identifiées en situation de pauvreté, personnes handicapées, personnes non handicapées et groupes mixtes se sont focalisés sur la compréhension des dynamiques de groupes et des comportements individuels pour évaluer les connaissances du lien entre handicap et pauvreté et mieux comprendre les mécanismes associés aux deux situations. Ces entretiens de groupe aident également à identifier les stratégies d'adaptation et de réaction, les réseaux de soutien qui permettent de diminuer la vulnérabilité face aux mécanismes d'exclusion sociale et économique.

Focus groups

Un focus group est une forme de recherche qualitative qui prend forme au sein d'un groupe spécifique, afin de déterminer les perceptions et les représentations sur un sujet donné. Les focus groups (FG) ont pour but de recueillir les impressions des personnes handicapées et leur famille sur un ensemble d'interrogations et plus particulièrement la situation sociale, économique et sanitaire des personnes handicapées. L'objectif principal étant de mettre en avant les préoccupations principales des personnes handicapées et les difficultés rencontrées. Ces échanges permettent d'approfondir les remarques, les revendications, les contestations et les insuffisances mais également des réflexions pertinentes générées par les interactions. Les focus group ont recueillis pléthore d'informations et d'appréciations qualitatives de la part de plusieurs personnes handicapées, de personnes n'étant pas handicapés ou encore d'enfants handicapés

La méthodologie employée a consisté tout d'abord en un appel ouvert aux associations afin de faire participer les personnes handicapées à la collecte de données. Par la suite, six focus groups ont été organisés selon le sexe, la catégorie d'âge et le statut personnes handicapées/non-handicapées.

La méthodologie active et participative a été privilégiée pour la réalisation des focus groups.

L'étude a permis d'impliquer différentes personnes handicapées, leur famille ainsi que des personnes non handicapées quant à la perception qu'ils peuvent avoir des personnes handicapées et de leurs difficultés. En effet, les interactions entre les différents membres du groupe conduisent à des réflexions.

La recherche associée aux FG s'est organisée en cinq phases :

- Elaboration du guide d'entretien (annexé à ce rapport²⁵) ;

25 Disponible sur le site internet <http://www.maghrebhandicap.com/index.php/component/content/article/9-uncategorised/133-la-recherche>

- Identification et sélection des participants aux focus groups ;
- Les rencontres de focus groups (enregistrées) ;
- La retranscription des échanges de l'arabe dialectal (darija) vers le français ;
- L'analyse à partir des retranscriptions françaises.

Guide d'entretien

Il s'agit d'un guide destiné à recueillir des informations auprès des personnes identifiées. Une demi-douzaine de questions constituaient le guide d'échange et ont pu être complétées en cours de séance, selon le fil de la discussion ou pour insister sur un point spécifique.

Le guide abordait plusieurs thématiques : vie sociale, familiale et environnementale ; l'accès à la scolarité et/ou à l'emploi ; la perception de la personne handicapée relative aux attitudes d'autrui ; la situation économique et financière ; l'aide pour faire face aux différentes difficultés.

Les focus groups ont été animés par un facilitateur qui dirigeait la séance et un(e) assistant(e). Chacun des focus groups fut réalisé durant une période de deux heures. Les prises de note ont été complétées par des enregistrements audio effectués au cours des séances. Les enregistrements audio ont ensuite été la base de travail pour la retranscription des échanges. En effet, les échanges s'étant déroulés en arabe dialectal (darija), une traduction a été nécessaire afin que l'équipe de recherche puisse faire une analyse des échanges.

Échantillonnage

L'objet de l'étude étant de recueillir la perception et les impressions de la population sur la situation des personnes handicapées, il a été jugé plus opportun de s'intéresser aux personnes handicapées, aux non personnes handicapées, aux enfants et à leur famille.

L'étude devrait porter sur un échantillon de participants sélectionnés en ce qu'ils sont

capables d'apporter au sujet. Les participants furent identifiés avec l'aide des représentants du projet LEAD.

Les focus group ont été menés au cours du mois de novembre 2013, le premier par Ibtissame LACHGAR, psychologue clinicienne et psychothérapeute, les suivants en co-animation par Ibtissame LACHGAR et Abdellah JAMAA, chercheur. L'équipe ayant souhaité privilégier la diversité et l'échange, cinq focus-group ont été conduits au cours de ce mois de novembre 2013 :

- Un groupe d'hommes handicapés avec 7 participants (handicap moteur et handicap mental)
- Un groupe mixte de 8 femmes avec 5 personnes handicapées (handicap moteur, IMC, handicap sensoriel) et 3 personnes non handicapées myopathie et os de verre, IMC, sourdes-muettes
- Un groupe de 8 enfants handicapés de 7 à 14 ans (handicap mental, handicap moteur). Ces enfants étaient accompagnés de leurs parents qui ont participé aux échanges.
- Un groupe de 7 femmes handicapées, âgées de 28 à 49 ans (handicap moteur et handicap mental)
- Un groupe de 6 hommes handicapés de 22 à 53 ans (handicap moteur et handicap mental).

Difficultés

Les difficultés liées au caractère particulier de l'exercice et au caractère du sujet ont exigé un certain temps de mise en place des focus-group d'une part. D'autre part, les participants n'étaient pas en mesure, pour des raisons personnelles ou logistiques, de nous accorder beaucoup de temps, ce qui nous a conduit à écourter parfois les séances. Néanmoins, ces difficultés n'ont pas empêché d'atteindre les objectifs et d'obtenir les résultats attendus. Les échanges ont permis de recueillir les besoins et les recommandations des personnes handicapées.

Analyse des focus group

Les résultats issus des travaux des focus groups ont fait l'objet d'analyse de contenu et de synthèse. Ces résultats s'articulent autour de cinq grandes thématiques issues du guide d'entretien.

Vie sociale, familiale et environnementale

Les participants se sont prononcés en premier lieu sur leur vie au sein de la communauté. S'agissant des points négatifs, ils ont fait part de l'exclusion dont ils sont très souvent victimes. Ils ont ainsi déclaré : « La société nous exclue. Je refuse d'aller à des célébrations, à des événements. » « Je ne suis pas invitée aux mariages. ». Les larmes aux yeux, une mère nous confie « J'ai été invitée à un mariage, et la personne m'a dit : tu peux venir avec ton fils, mais tu ne ramènes surtout pas ta fille. Je suis la seule du voisinage à avoir subi cela (...) Un voisin a même dit à son fils ne joue pas avec elle, elle est folle. ». « Nous avons du mal à accepter le handicap » nous dira une personne qui n'est pas handicapée.

Les enfants sont également victimes et de rejet, notamment à l'âge des premières socialisations. Les enfants et adolescents rencontrés souffrent beaucoup de leur situation de handicap, ils ne trouvent pas leur place et rencontrent des problèmes pour se faire des amis, rapportent les parents. « Dans notre résidence, les enfants n'acceptent pas S. (atteint du syndrome d'Asperger), il faut sensibiliser les enfants à l'école à la problématique du handicap. » Et le père de S. de continuer « Nous voulions qu'il fréquente des garçons de son âge, nous l'avons inscrit dans une salle de sport, mais il a été frappé et a uriné dans son pantalon. Il a alors arrêté. »

La vie familiale semble semée d'embûches, d'intolérance, de rejet et de manque de soutien. « Il y a également une exclusion familiale, nous l'avons subie au départ avec notre fils, mais j'ai réussi à faire changer les choses. S'il y en a qui ont du mal à accepter le handicap de notre fils, je ne me rends pas chez eux. Mais le plus important c'est aux parents d'accepter l'enfant. »

La gorge serrée, la maman d'une enfant handicapée affirme avec beaucoup de regrets

et de colère « La famille a les moyens de nous aider financièrement mais ne le fait pas, c'est une âme charitable qui nous a payé par exemple son appareil auditif. »

Le handicap moteur présenterait plus de difficultés et d'obstacles selon les dires des participants non handicapés : « Les déplacements en chaise roulante imposent un accompagnant, pas d'accès pour personnes handicapées, d'accès aux transports par exemple. ». Les personnes handicapées ayant un handicap moteur quant à elles estiment que le handicap mental est plus problématique.

Cependant, l'accessibilité aux transports est un problème majeur dans la vie quotidienne des personnes handicapées. Les taxis ou les bus refusent de transporter les personnes handicapées : « C'est un grand problème les transports. Les bus et les taxis ne veulent pas s'arrêter. Ils refusent de prendre les personnes handicapées. ». Cela est peut-être dû au handicap visible ou au fait que le fauteuil roulant soit encombrant, mais également en raison de la gratuité du bus par exemple pour les personnes handicapées. Beaucoup d'intervenants déclarent que les bus ne s'arrêtent pas : « moi, le bus ne s'arrête jamais pour moi », « le problème ce sont les bus, qui humilient les handicapés. Ils ne s'arrêtent pas. » ou encore « tu interpellés le bus et rien, il ne s'arrête pas. Il passe. Une fois je m'apprêtais à monter, les gens étaient montés avant moi, il a attendu que les autres montent et il a démarré ». Et à la question pourquoi les bus agissent comme cela, la réponse est sans équivoque : « Parce qu'ils savent que le handicapé monte dans le bus gratuitement. Il te voit, il s'en va...Tu restes debout à attendre mais il s'en va. »

Comme l'a fait constater un participant : « L'Etat est responsable. » L'Etat est jugé responsable de prendre les mesures permettant l'accessibilité des personnes handicapées aux différents services publics, dont les transports.

Le constat est que l'ensemble des personnes handicapées sont malheureuses parce que la société ne les accepte pas et les rejette par ignorance ou préjugés. La stigmatisation est indéniable. Malgré une note d'espoir selon laquelle il y aurait une légère amélioration

dans les rapports qu'entretient la société civile avec les personnes handicapées et une relative acceptation. « Mais il est vrai qu'il y a plus d'acceptation de handicap ces dernières années » a révélé une intervenante. « Maintenant le handicapé sort et on voit ses capacités, il fait des courses etc. Ça fait changer le regard des gens. Mais avant, le handicapé tu le voyais assis, du coup ça donnait une image négative qui renvoyait à un regard négatif chez les autres ».

L'accès à la scolarité et ou à l'emploi

L'éducation est un problème majeur rencontré chez les participants et ce quel que soit le type de handicap. Selon le père de S. atteint de syndrome d'Asperger (forme particulière d'autisme) : « Il existe différents handicaps et il faut le prendre en compte ». S. est scolarisé dans une école ordinaire avec des classes intégrées. « Depuis le C.P ce sont les mêmes élèves, c'est comme une famille, ce qui a amélioré ses relations avec ses camarades. »

L'accès à l'éducation est une chance pour les personnes handicapées, elle permet également l'épanouissement personnel et une meilleure intégration professionnelle et sociale. L'éducation doit être organisée de manière à faciliter l'intégration des personnes handicapées. « Je n'ai jamais été scolarisé car je n'avais pas de fauteuil roulant, cela ne fait que quelques années que j'en ai un. Qui m'aurait amené et ramené à l'école ? » déclare un participant, aujourd'hui âgé de 29 ans.

Les personnes handicapées et les familles réclament dans certains cas et pour certains types de handicap des écoles spécialisées pour leurs enfants (par exemple pour le handicap auditif ou l'autisme) et surtout une intégration mieux menée dans les écoles de ordinaires : mise à disposition de personnel de soutien, sensibilisation des enseignants, des parents et des autres élèves, adaptation des bâtiments et de l'enseignement, etc.

L'accès à l'emploi est le second point posant problème aux personnes handicapées après celui des finances. Ces deux points sont fortement liés. Les raisons évoquées par les participants sont diverses: le regard de jugement porté sur le handicap en général est

la cause première de cette discrimination. Une personne handicapée est vue comme forcément « limitée » et incapable. Le désespoir submerge une grande partie des interrogés. Le marché de l'emploi leur semble complètement fermé. Le taux de chômage est élevé. Un jeune homme sourd et muet, ayant une formation en menuiserie évoque une incompréhension « Un emploi de menuisier m'a été refusé alors que mon handicap n'a aucun rapport avec la profession. » « Les personnes valides ne trouvent pas d'emploi, il ne manque plus que vous. » aurait rétorqué un employeur. Le chemin de l'accessibilité à l'emploi est encore long. « Pour ma part, j'ai complètement abandonné [de chercher un emploi]. Je suis désespéré à ce niveau-là. ». Aider les personnes handicapées à s'intégrer et à s'épanouir sur le marché du travail, telles sont les demandes de l'ensemble des répondants dans le respect d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi des personnes handicapées. « Il existe la loi des 7%, mais elle n'est pas appliquée. » « Il y avait une porte ouverte, on donnait des agréments aux personnes handicapées, mais c'est plus une éducation qu'il nous faut et non nous « offrir » des emplois. » déclare un intervenant.

La perception de la personne handicapée et du handicap

Les personnes handicapées et/ou leurs familles sont conscientes du handicap, de ses conséquences et de ses limites. La question était la suivante : par rapport au regard des autres, quelles sont les réactions qui vous affectent le plus ?

Les participants ont tous déclarés, et cela quel que soit le handicap, sentir des regards insistants. « On l'appelle la folle dans la rue, même les adultes la traite différemment (...) Il faut l'appeler par son prénom, elle a un prénom. » nous dit la mère d'une enfant handicapée.

D'autres participants ont abondé dans le même sens : les termes liés à la folie reviennent souvent dans le discours des participants, termes souvent utilisés dans l'espace public en présence des personnes avec un handicap psychique : « On m'appelle le fou. Tous les jours on m'appelle le fou. » déclare un intervenant atteint d'un handicap intellectuel.

Les personnes avec un handicap intellectuel sont particulièrement des victimes, victimes de moqueries et que la société les rejette. En effet, si les personnes handicapées assument leur condition, elles n'en sont pas moins victimes des attitudes négatives de la part de leurs concitoyens. Un des parents a déclaré au sujet de son enfant autiste : « Les gens pensent que c'est un manque d'éducation ». La même idée a été exprimée par un autre parent : « J'ai donc dû aller expliquer ce qu'était la différence aux commerçants du quartier. Faire de la sensibilisation de moi-même ».

Les participants sentent souvent un regard de pitié, parfois accompagné de termes tels « meskine/meskina » (le pauvre, la pauvre). La particularité des sourds-muets, en raison du langage des signes, en font des cibles de regards curieux : « On nous regarde d'ailleurs étrangement dans l'espace public, parce qu'on parle avec les mains. » « Quand elle marche dans la rue avec sa copine, ou avec quelqu'un d'autre et qu'elle est en train de parler en langage des signes, elle sent que tout le monde est en train de la regarder. Pourquoi ? Parce qu'elle utilise des signes. Et ça l'attriste ».

La situation économique et financière liée à l'accès aux soins

Les difficultés économiques sont les principales difficultés rencontrées par les personnes handicapées et/ou leur famille. Ils pointent ainsi l'absence de prise en charge, ou encore les coûts très élevés de soins et des appareillages par exemple. « Ce sont les âmes charitables qui payent. L'opération de la cataracte de ma fille a coûté 5000 dirhams (environ 447 EUR). Il fallait également acheter la blouse. »

L'appauvrissement des familles est relatif au salaire. Plus un salaire est conséquent, plus les dépenses sont importantes en matière de rééducation et d'accompagnement par exemple. « Je gagne 8000 dirhams, ce qui est raisonnable, mais l'éducatrice nous coûte 2000 dirhams par mois, nous avons des séances d'orthophonie ou de psychothérapie qui peuvent s'élever à 2500 dirhams²⁶ (...) et

j'ai 3 crédits à la consommation en raison de l'état de santé de S. ».

Selon les participants, la pauvreté est un fléau au Maroc, mais elle touche d'autant plus les personnes handicapées qui vivent dans une situation de misère et d'extrême pauvreté. Elles sont donc aux prises de difficultés diverses entravant leurs droits humains. « Le plus grand handicap est la pauvreté » nous confie un répondant, « nous avons un meilleur emploi quand nous ne sommes pas handicapés, la situation financière en est forcément que meilleure ». Sans oublier que bien souvent, une seule personne travaille dans ces familles et parfois deux ou plusieurs personnes handicapées se trouvent au sein du même ménage. La situation socio-économique est dans tous les cas déplorable.

Les participants déplorent le système de santé et la discrimination particulière subie par les personnes handicapées. « Ma famille avait des problèmes de calculs rénaux, elle était en danger. On m'a tout d'abord refusé les soins. J'ai pu finalement payer la moitié des frais, on a gardé ma pièce d'identité jusqu'à ce que je puisse payer la moitié restante. ». « S. avait des problèmes de dents, mais au vue de son handicap et de sa forte agitation cela relève du cas particulier. Il a fallu une anesthésie générale. La mutuelle a refusé de rembourser estimant que ces soins ne nécessitent pas d'anesthésie générale. Mais sans celle-ci, les soins n'auraient pas été possibles ». « S. doit changer de prothèse au niveau de la jambe chaque année en raison de sa croissance, la prothèse à elle seule coûte 15 à 20 000 dirhams (environ 1343 à 1791 EUR) ».

Selon les intervenants, le plus grand problème est l'absence de prise en charge pour les handicaps et/ou pathologies associées, ce qui ne permet pas l'accès aux soins médicaux et paramédicaux. Beaucoup en appellent à la responsabilité de l'Etat et à la mobilisation des différents ministères : éducation, santé, justice et affaires sociales. « Tous les ministères doivent se préoccuper de la situation des personnes handicapées. »

26 Soit 715 EUR de salaire, éducatrice 179 EUR par mois, séances orthopédie ou psychothérapie 223 EUR.

L'aide pour faire face aux différentes difficultés

« Ce qui me semble le plus important c'est de ne pas ignorer les sentiments de l'enfant » nous confie une mère. En effet le soutien familial apparaît comme fondamental et permettrait aux répondants de ne pas sombrer dans la dépression.

De meilleures garanties des droits politiques, sociaux et économiques doivent être mises en place pour certains. « Où sont nos droits ? L'Etat mène des enquêtes et va mendier de l'argent avec les résultats. Nous avons besoin d'accès à l'éducation ».

Il est à noter que d'après les dires des participants, lorsqu'il y a une personne handicapée dans une famille, c'est toute la famille qui est concernée et affectée par ce handicap. Les conséquences s'en ressentent surtout au sein de la fratrie. Les propos suivants ont été exprimés avec beaucoup d'émotion : « Son frère n'a que 7 ans et il est responsable de son frère. Ce n'est pas son rôle. » nous raconte la mère de Salah (14 ans).

Entretiens individuels

Échantillonnage

La taille de l'échantillon a été définie par un compromis entre la nécessité d'obtenir suffisamment d'informations pour comprendre le phénomène et les contraintes budgétaires et de temps.

L'objectif était de réaliser le maximum d'études de cas dans le temps imparti mais au minimum 6 entretiens.

Les choix des personnes interrogées étaient dépendant de la stratégie de recherche qui avait été choisie (Bernard 2002).

Les cas extrêmes ou déviants peuvent s'avérer les plus intéressants si la logique est d'obtenir une information riche du fait de leur distance par rapport à la moyenne. Ce choix est basé sur le principe qu'il est possible d'apprendre beaucoup des cas inhabituels pour comprendre un phénomène, ses limites notamment. Cette approche est particulièrement intéressante quand le temps et les ressources sont limités mais, à contrario, elle rend difficile la généralisation.

Les cas « intenses » s'approchent des cas extrêmes mais sans le côté inhabituel qui serait trop éloigné de la norme pour être utilisables. Dans une évaluation de programme par exemple, des réussites trop exceptionnelles ou des échecs excessifs ne permettraient pas d'en tirer des moyens d'améliorer ce programme. On serait un peu plus proche du centre dans une courbe de distribution normale. Ces cas restent encore assez riches en termes d'informations. À l'autre extrémité, les cas typiques et les échantillons homogènes tendent à privilégier l'analyse approfondie d'un aspect du phénomène ou la définition d'un profil type.

Nous avons dans le cadre de cette recherche privilégié une voie médiane par l'échantillon de variance maximum. Les petits échantillons créent le risque d'une grande hétérogénéité, chaque cas individuel étant un cas particulier. Cette approche procède de la logique suivante : chaque aspect commun qui émerge d'une grande variété de cas hétérogènes sera particulièrement intéressant au regard des problématiques centrales du phénomène

observé. Cette diversité dans l'échantillon reposant sur un ciblage effectué lors de l'enquête quantitative.

Le passage de l'enquête quantitative à Rabat n'a pas permis, ni facilité, le déroulement d'entretiens individuels. Ainsi il a fallu trouver un autre moyen d'interroger des personnes handicapées.

Le Collectif pour la promotion des droits des personnes en situation de handicap a facilité l'organisation d'une journée d'entretiens au Centre pour le développement inclusif et la promotion de la recherche sur le handicap (CDIPRH) de Casablanca. Lors de ces entrevues, il a donc été possible de collecter des histoires de vie auprès de 3 enfants et 2 adultes. Les trois enfants étaient systématiquement accompagnés d'un adulte qui répondait aux questions. Un autre entretien a aussi été réalisé à Rabat.

Ainsi des entretiens ont été réalisés à :

- Casablanca : Garçon handicapé, syndrome de Down, 7 ans, accompagné de sa tante
- Casablanca : Garçons handicapés, handicap physique et intellectuel, 7 et 4 ans, accompagnés de leur mère
- Casablanca : Homme handicapé, paraplégique, en fauteuil roulant, 21 ans accompagné de sa mère
- Casablanca : Homme handicapés, paraplégique en fauteuil roulant, 60 ans, accompagné de sa femme
- Rabat : Homme handicapé, non voyant, 32 ans.

Les entretiens ont été réalisés en arabe dialectal (darija) par Ibtissame LACHGAR avec l'appui d'un membre de l'équipe de recherche encadrant. Ils ont tous été enregistrés mais seul l'entretien avec l'adulte de 32 ans non voyant a pu être retranscrit. Les enregistrements des entretiens réalisés à Casablanca ont été perdus par le partenaire chargé du travail et n'ont donc pas pu être retranscrits. Les témoignages et histoires de vie présentés ici reposent donc sur les notes prises par le membre de l'équipe qui a assisté aux entretiens. Lors du second passage de l'enquête quantitative, il aurait également été possible d'essayer de réaliser des entretiens individuels supplémentaires mais aucun des enquêteurs n'a pu assister l'équipe dans cette tâche.

Grille d'entretien et d'analyse

Le guide d'entretien développé pour les entretiens individuels a comme objectif de guider la discussion et de s'assurer d'avoir les informations importantes. Cinq thèmes importants doivent donc être abordés :

- 1. Difficultés dans l'enfance / évolution de ces difficultés en grandissant.
 - Difficultés rencontrées dans l'accès à l'école dans l'accès à l'école et à l'emploi.
 - Difficultés dans la vie sociale (mariage, enfant(s), amours, amis).
- 2. Stratégies mises en œuvre pour surmonter le handicap.
 - Aide rencontrée au sein de la famille, auprès des autres personnes handicapées, d'associations.
- 3. Aides financières (État, famille, associations...) / Dépenses supplémentaires liées au fait d'être une personne handicapée.
 - Dépenses en soins, en matériel, en travaux d'aménagement.
 - Dépenses engagées pour être remplacé(e) dans certaines tâches.
 - Dépenses en plus mais également gains en moins (moins bon salaire, travail inégal, à temps partiel, etc...).
- 4. Regard des autres (famille, amis, autres).
 - Paroles, attitudes, comportements.
- 5. Projets d'avenir.
 - Projets que la personne handicapée peut réaliser seule, avec de l'aide. Petits projets, grands projets.
 - Leur situation peut-elle s'améliorer. En faisant quoi ?

L'analyse des entretiens individuels conduits au Maroc examine successivement ces 5 thèmes importants des conditions de vie des personnes handicapées mais avec les limites d'information et le manque de détails générés par la perte des enregistrements. Ces thèmes sont également des facteurs d'inégalité entre personnes handicapées et personnes non-handicapées et reflètent les difficultés auxquelles font face les personnes handicapées en matière d'insertion sociale.

Analyse des entretiens individuels

Difficultés dans l'enfance et évolution de ces difficultés en grandissant

Ecole

Sur les six personnes interviewées, trois seulement ont reçu une éducation, et l'une d'entre elles est allée jusqu'à l'université. La qualité de l'éducation et les services proposés n'ont pas toujours été adaptés aux besoins des enfants handicapés. L'un raconte ses années de scolarité sans pouvoir lire faute de manuels en braille :

« J'ai été à l'école, nous étions des non-voyants, nous n'avions pas d'activités parascolaires, juste les cours, mais alors dans quelles conditions. Nous n'avions pas les manuels en braille, nous n'avions pas de technologie adaptée, nous n'avions pas d'alternatives, donc on étudiait oralement ». Cette personne a quand même obtenu son baccalauréat et poursuivi ses études à l'Université malgré l'absence d'équipements adaptés. Il est parvenu à décrocher son diplôme grâce à l'aide et au soutien de ses camarades et de certains enseignants :

« Donc les 4 premières années de fac se sont passées avec ces difficultés. Chercher quelqu'un pour t'inscrire, avoir des enregistreurs, ce n'était pas comme les dictaphones d'aujourd'hui. Tu dois apprendre, tu dois chercher toi-même un « secrétaire » pour passer les examens ».

Un autre participant étudiait dans une école publique : « Il est dans une classe 'inclusive' avec des enfants de différents âges. Il n'a pas été accepté dans un centre pour trisomiques parce qu'à l'époque il ne se tenait pas debout » (tante d'un garçon handicapé).

Un autre garçon a été refusé à l'école par le directeur du fait de son handicap : « Il est paralysé des deux jambes et utilise un fauteuil roulant. Il a arrêté d'aller à l'école. Il avait un certificat médical qui disait qu'il est 'apte' pour aller à l'école, mais l'école ne l'a pas accepté. Le directeur de l'école ne le veut pas. L'école a dit qu'il devrait aller dans une école privée » (mère d'un garçon personnes handicapées, 21 ans).

Emploi

Les personnes handicapées au Maroc ont des difficultés à trouver un emploi, même lorsqu'elles sont qualifiées. Lorsque l'une d'entre elles trouve un travail, elle doit alors faire face à toutes sortes de discriminations : « J'ai continué à chercher du travail. On a commencé à embaucher les gens dès 2008, surtout les aveugles... Moi, j'ai été titularisé en 2010 au Ministère de l'équipement, qui est très technique, alors que j'ai une formation de littérature. Il n'y a pas les conditions pour me faire travailler, pas de PC adapté, pas de structure adaptée pour recevoir une personne aveugle, on ne te donne pas de travail à faire, pour des raisons objectives ou subjectives. (...) On se dit : le gouvernement lui a trouvé un emploi, mettez-le à l'écart » (homme handicapé).

Un autre intervenant gérait un business familial avant son accident. Ce fut donc plus facile pour lui de continuer à travailler : « j'ai une papeterie dans la maison, ma femme et ma fille m'aident. Mon frère habite en dessous » (homme handicapé).

Social

La personne handicapée se repose beaucoup sur sa famille, souvent prête à se sacrifier pour l'aider. Un des répondants, non-voyant, dit : « J'ai perdu la vue à l'âge de 11 ans, en premier lieu, nous ne l'avons pas accepté au sein de l'entourage, parce que c'était le premier cas au sein de la famille. On a commencé à courir voir tous les médecins pour savoir s'il y a des chances de récupérer la vision. »

La mère de deux garçons avec des handicaps multiples a été très active dans ses recherches pour les aider : « Quand mon deuxième fils est né, j'ai suivi le même chemin, je visitais des associations pour chercher de l'aide pour mon enfant, de l'argent pour suivre des traitements et de l'argent pour acheter des couches ».

Une autre mère qui accompagne son fils en fauteuil roulant régulièrement au centre de Casablanca : « Nous venons au centre de rééducation deux fois par semaine. Je pense que c'est très important. Nous prenons deux bus différents pour venir de chez nous ». Mais il y a des familles où la personne handicapée n'est pas aussi bien acceptée : « La famille propose très peu d'aide, je pense qu'ils considèrent que mes

enfants ne sont pas des hommes, mais des animaux » (mère de deux enfants handicapés). Les associations représentent un soutien et peuvent permettre un certain accès à la vie sociale hors des liens familiaux. Un garçon handicapé allait à la piscine régulièrement grâce à une association qui malheureusement a arrêté : « Avant il allait nager, il y avait une association qui donnait des cours gratuits, mais maintenant l'association a arrêté » (mère d'une jeune personne handicapée). Souvent ce sont des activités sociales très simples qui sont appréciées par les personnes handicapées, comme aller boire un café avec des amis, ou se rendre au hammam : « La chose qui me manque le plus depuis que je suis devenu faible (utilise un fauteuil roulant) c'est d'aller au hammam » (homme handicapé).

Un autre intervenant qui est non-voyant est parvenu à s'intégrer dans la vie économique et sociale. Il va au hammam, il utilise les transports publics pour se rendre sur son lieu de travail et il est père de famille. « En grandissant je me disais si je me marie je ne verrai pas ma femme, je ne verrai pas mes enfants, je ne verrai pas ci et ça. Mais c'est lors de moments de faiblesse. Après, tu te dis, c'est une réalité, il faut vivre et faire avec » (homme handicapé).

Santé

Des aides financières existent en principe au Maroc pour la santé. Il y a en premier lieu l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) qui rembourse les frais médicaux depuis mars 2006. Puis il y a en second lieu le Régime d'Assistance MEDicale de même personnes économiquement faibles (RAMED) qui constitue l'autre volet de la couverture médicale de base, fondé sur les principes de l'assistance sociale et de la solidarité nationale au profit des populations démunies qui ne sont pas éligibles au régime de l'Assurance Maladie Obligatoire. « Ainsi, le RAMED et l'AMO devraient bénéficier à 10 millions de personnes environ d'ici 2008, c'est-à-dire le tiers de la population marocaine » (Mission Économique de Rabat, Ambassade de France, 2007)

Malgré cela, les coûts de santé et autres traitements ou équipements nécessaires sont sources de grandes préoccupations pour toutes les personnes handicapées interrogées. Deux intervenants sur six sont couverts par la

mutuelle liée à l'emploi du chef de famille : « J'ai été pris en charge par la mutuelle de mon père. L'opération que j'ai subie, c'est également la mutuelle qui a payé » (homme handicapé).

Un autre dit, « Si nous n'avions pas eu la "mutuelle" de son père, les choses auraient été très différentes. Les gens ne comprennent pas comment nous arrivons à tant dépenser » (tante d'un garçon handicapé).

Lorsqu'ils n'ont pas une assurance ou une aide de l'État, les personnes handicapées doivent faire face à de grandes difficultés. « Son père n'a que des boulots temporaires, ce n'est pas suffisant pour payer la rééducation au centre » (mère d'un jeune homme handicapé).

La mère des deux garçons handicapés explique que pour la naissance de ses garçons elle n'avait pas l'argent nécessaire pour payer l'accouchement à l'hôpital : « Je suis allée à l'hôpital public mais même là-bas il faut payer 1 200 dirhams (environ 107 EUR) pour une césarienne. Le médecin m'a dit de revenir plus tard pour l'opération mais je n'avais pas assez d'argent pour payer - même pas pour payer le bus pour retourner à l'hôpital ». C'est finalement son frère qui l'a aidée à payer ces frais.

Stratégies mises en œuvre pour surmonter le handicap

Les intervenants dépendent d'abord de leurs familles pour les aider : « J'ai demandé à mes frères de m'aider avec de l'argent » mais un membre de la famille qui est handicapé n'est pas toujours bien accepté, « ma famille n'a pas voulu m'aider et m'a dit de me faire avorter » (mère de deux garçons handicapés). A défaut de la famille, il existe des réseaux informels et temporaires : « j'emprunte de l'argent à des amis et également auprès des magasins locaux. Nous n'avons pas l'argent pour payer le traitement médical. Après avoir payé le loyer, il ne reste rien » (mère d'un jeune homme handicapé).

Il existe aussi des associations qui peuvent donner des aides ponctuelles : « j'ai trouvé une association qui a payé les frais des examens médicaux - le scan cérébral coûte 2 400 à 2 888 dirhams (214 à 256 EUR), plus que le SMIC » (mère de deux garçons handicapés).

Un autre intervenant explique comment il a

mis en place un système d'aide informel qui lui permet d'emprunter les trains pour aller au travail : « d'une façon informelle, j'ai trouvé de l'aide de ces gens à la gare, dès que j'arrive, quelqu'un vient me chercher, dès que l'on me voit, on vient vers moi, ils commencent à tous me connaître. On m'accompagne au train ou pour prendre mon billet ». Pour résoudre les difficultés qu'il rencontre dans la vie quotidienne, il explique qu'il les résout : « Soit à travers le dialogue, soit à travers l'usage de la violence. C'est la vérité » (homme handicapé).

Le même intervenant trouve que les personnes handicapées ne sont pas suffisamment efficaces en termes de plaidoyer : « Au niveau de la sensibilisation, notre rôle est limité. Nous n'avons pas de locaux ou de professionnels dans ce domaine ».

Aides financières

Comme mentionné précédemment, les aides financières ne sont pas toujours disponibles ou ne couvrent pas tous les frais : « Il y a la RAMED qui aide avec certains frais mais nous avons dû payer pour toutes mes opérations. La famille m'aide avec beaucoup de choses, mon frère a payé 90% de mes factures » (homme handicapé).

Un intervenant qui travaille pour l'État doit payer lui-même beaucoup de ses équipements adaptés à défaut d'aide financière : « Parfois c'est 2 000 dirhams de moins sur le salaire. Si, par exemple, j'ai besoin d'un logiciel officiel, j'ai besoin au départ de 10 000 dirhams sans compter les mises à jour. C'est 5 000 dirhams pour chaque mise à jour²⁷. Toutes ces dépenses sortent de ma poche. L'État ne s'occupe de rien » (personne non voyante).

Regard des autres (famille, amis, autres)

La discrimination dans la société est bien décrite par un intervenant : « La première chose que tu entends c'est « le pauvre ». Tu travailles « le pauvre », tu ne fais rien « le pauvre », tu étudies « le pauvre », tu n'étudies pas « le pauvre ». Dans tous les cas, au niveau de la société, tu es « le pauvre ». Et cette

expression de « pauvre » te colle à la peau pour toujours » (personne handicapée adulte). La mère de 2 garçons handicapés dit qu'elle entend souvent des remarques dans la rue : « Regarde elle a deux enfants handicapés ! ». Par contre « les voisins sont très patients parce que mon fils pleure beaucoup la nuit et je dois le bercer dans mes bras pour qu'il s'endorme ». En fait, c'est par sa propre famille qu'elle sent le plus marginalisée « c'est la chose la plus dure à vivre ».

Un homme handicapé semble plus serein : « je ne m'énerve pas. J'ai ma propre voiture alors je n'ai pas de problèmes avec le transport public. Mais quand je prends des taxis de temps en temps, ils ne sont pas toujours serviables ». Il pense que : « si toi tu donnes le respect, les autres vous le rendent ».

Projets d'avenir

La famille d'un jeune garçon est inquiète pour son avenir : « Est ce qu'il sera capable d'apprendre un métier et travailler ? » (tante d'un garçon handicapé). Une mère est plus pragmatique sur ses ambitions pour le futur : « je voudrais qu'un de mes fils ait un implant cochléaire - ça va coûter environ 20 500 dirhams (environ 1836 EUR). Et pour l'autre je voudrais bien qu'il apprenne à parler. » (mère de 2 garçons handicapés).

Un autre est très concret dans ce qu'il veut : « Je dois trouver un logement accessible. Dans tous les sens. Qu'il n'y ait pas trop de marches. L'ascenseur. De préférence un ascenseur avec voix », (personnes non-voyant). Il enchaîne sur le manque de bâtiments accessibles pour les personnes handicapées : « Quand on monte un projet de construction, on doit penser à la personne handicapée. Ça coûte de l'argent ou pas, ce n'est pas notre problème. Mais nous sommes des citoyens comme les autres, l'État est responsable. »

²⁷ Soit environ 179 EUR de moins sur le salaire. 895 EUR pour un logiciel officiel, 447 EUR pour la mise à jour.

Conclusion

Les participants des focus groups et des entretiens individuels ont voulu rendre compte d'un ensemble d'inquiétudes mais également de questionnements, de besoins, de problématiques, d'impressions et de suggestions. Les focus-groups ont pu permettre aux participants d'exprimer leurs difficultés ainsi que leurs attentes. Ils ont également permis de confronter les points de vue entre personnes handicapées et personnes non handicapées quant aux difficultés quotidiennes, aux rapport à l'emploi, à la situation économique et sociale ou encore sur le regard porté par la population marocaine sur les personnes handicapées. Les entretiens individuels quant à eux rapportent des histoires de vie et des angles de vue très personnels sur les situations rencontrées par les personnes handicapées.

Grâce à ces deux outils qualitatifs de collecte d'information, il a été possible de rassembler des indications qui complètent les investigations quantitatives. Ils donnent ainsi un point de vue beaucoup plus personnalisé des problématiques rencontrées par les personnes handicapées au Maroc et de la perception du handicap dans la société. L'exclusion sociale est un point sur lequel les personnes handicapées ont beaucoup insisté pendant les entretiens celle-ci est présente: de la part des voisins, voire même de la famille ou alors du reste de la société. Elle est bien sûr source de tristesse, de frustration et d'exaspération. Cependant, certains ont aussi déclaré que la situation s'améliorait du fait notamment de la visibilité accrue des personnes handicapées dans la société. Mais le quotidien des personnes handicapées reste empreint d'un sentiment général de stigmatisation de la part des personnes non handicapées, et de discriminations, que cela soit par les regards, les réactions, des moqueries ou encore les termes employés pour les désigner. Certains pour éviter ces discriminations systématiques font le choix de vivre en vase clos.

Les personnes handicapées ont également souligné le problème de l'accessibilité et plus particulièrement le comportement discriminatoire dans les transports publics et plus et surtout dans les bus.

L'enfant handicapé est d'abord un enfant, à ce titre il doit bénéficier des mêmes conditions qui permettent son développement : maintien des liens affectifs, éducation et socialisation visant à son intégration (Coates and Vickerman 2010). Le focus-group organisé avec des enfants handicapés et leurs parents a permis de mettre en lumière une relativement bonne scolarisation, mais ceci ne peut se faire que dans des écoles avec l'ensemble du personnel enseignant déjà sensibilisé au handicap. A l'inverse, les personnes handicapées adultes déclarent avoir dû faire face à de sérieux obstacles pour accéder à l'école, voire avoir été privées de toute éducation. Ces dires corroborent les résultats trouvés dans les analyses précédentes. L'intégration des non-voyants au système scolaire est particulièrement préoccupante car aucun matériel en braille n'est disponible.

Le marché de l'emploi est lui complètement fermé aux personnes handicapées et ce malgré la loi des 7% d'emploi dans les services publics. Et même lorsqu'une embauche est réalisée dans ce cadre légal, aucun ou très peu de moyens sont mis à disposition par le service public pour permettre aux personnes handicapées de pouvoir travailler dans de bonnes conditions. Pour améliorer et harmoniser la situation des personnes handicapées, la demande de mise en place d'une stratégie nationale sur l'égalité des chances demeure une priorité.

La pauvreté est une autre grande difficulté que les familles de personnes handicapées doivent affronter. Certaines ont accès à l'AMO et au RAMED mais malgré ces aides, les dépenses de santé (directes ou indirectes) sont une préoccupation constante. Une prise en charge des handicaps et de leurs pathologies associées par l'État améliorerait considérablement la situation économique et

sanitaire des familles et des personnes handicapées. Sans mobilisation de l'État, les familles de personnes handicapées ne peuvent compter que sur elles-mêmes.

Ainsi, le droit des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et professionnelle et à la participation à la vie de la communauté est une urgence aux yeux des participants. Les causes majeures sont les préjugés dont sont victimes les personnes handicapées et/ou le refus de tenir compte de leurs spécificités.

Il semble essentiel de prendre en compte les besoins des personnes handicapées et de leurs familles dans l'élaboration des politiques en matière sociale, politique et économique afin d'améliorer et de manière durable au plus vite leurs conditions de vie.

ETAPES DE LA CONCERTATION AVEC LES PARTENAIRES

Concertation avec les partenaires et diffusion des résultats

La concertation avec les partenaires a été menée en permanence, dès l'élaboration des appels à projets et tout au long de la construction et la validation des outils de l'enquête. De même, les propositions de ce projet de recherche ainsi que tous les outils ont été soumis à l'ensemble des partenaires du projet LEAD. Le soutien et l'appui de ces organisations a été précieux pour la formation des enquêteurs et sur la connaissance des politiques nationales.

De nombreux entretiens informels, réunions avec les représentants de ces organisations, rencontres avec des personnes handicapées ou encore ateliers participatifs de restitution ont eu lieu pour mieux comprendre le cadre de travail et contexte dans lequel le plaidoyer interviendra.



CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette recherche a mobilisé une équipe de 4 chercheurs pendant presque 1 an entre 2013 et 2014 et a exigé près de 2 mois de phase de collecte de données. Ce projet a été le fruit d'une intense collaboration avec le projet LEAD (le Collectif pour la promotion des droits des personnes en situation de handicap et Handicap International) et a également donné lieu à des contributions scientifiques de nombreuses personnes (voir section remerciements en début de document).

Le premier volet de la recherche, la revue de littérature sur le coût du handicap, a permis d'identifier quelques publications non médicales sur le handicap dans les trois pays considérés (Tunisie, Maroc et Algérie) et a mis en lumière la difficulté de trouver des analyses pertinentes sur le coût du handicap dans les pays en voie de développement. Il s'avère en effet que la grande majorité des recherches académiques sur le coût du handicap ont été menées dans les pays dit « développés » (États-Unis, Royaume-Uni, Australie). De ce fait, les informations disponibles dans les pays de la région du Maghreb sont extrêmement limitées. Des éléments d'information, issus de la littérature grise, portant sur le coût du handicap dans les pays en voie de développement ont néanmoins été trouvés et devraient être utiles pour constituer un plaidoyer en faveur des personnes handicapées et de leurs familles : perte de revenu liée à l'incapacité, coût élevé du traitement par rapport aux revenus, perte de revenu indirecte pour la famille, inégalités dans les revenus. D'autres études, toujours dans la littérature grise, présentent également des arguments plus complexes : sur l'impact conjoint du handicap et du genre sur la pauvreté et la qualité de vie, ou encore sur des analyses descriptives des programmes sociaux de compensation pour certaines catégories de personnes handicapées. Il est cependant regrettable que ces informations soient présentées le plus souvent de manière disparate et ne présentent pas d'analyses globales. Ainsi

peut-on en conclure que des analyses sur le coût du handicap, cohérentes et complètes, manquent cruellement dans les pays en voie de développement, et dans les pays du Maghreb en particulier.

Le second volet de la recherche, l'enquête quantitative auprès des ménages, avait pour objectif de pouvoir mener différents types d'analyses statistiques, sur la base des informations collectées : (a) dresser un aperçu descriptif de la situation des personnes handicapées dans les deux régions enquêtées et identifier les domaines dans lesquels les différences entre personnes handicapées et personnes du groupe de contrôle sont les plus marquées ; (b) établir les obstacles de l'accès à l'éducation et à l'emploi pour les personnes handicapées ; (c) effectuer des analyses du coût du handicap ; (d) déterminer si les ménages avec personnes handicapées sont plus pauvres que les ménages sans personnes handicapées et si oui pour quels indicateurs de développement humains les ménages avec personnes handicapées sont plus démunis que les autres.

Sur les 14 473 individus sur lesquels un test de détection du handicap a été possible, 683 personnes ont été identifiées handicapées. Ainsi la prévalence du handicap au Maroc au sein des deux régions enquêtées s'élève à 4,7%. Ces chiffres sont plus bas que la prévalence annoncée par l'Enquête Nationale sur le Handicap en 2004. Les raisons de cette différence sont diverses : différence de définition du handicap, en particulier la sévérité des limitations dans les activités de la vie quotidienne retenues comme significatives d'une situation de handicap, de couverture géographique, ou temporelle, etc. Les niveaux de prévalence du handicap sont équivalents chez les hommes et chez les femmes et dans les deux régions d'enquête. Par contre c'est chez les seniors que l'on trouve une plus grande proportion de personnes handicapées. Parmi les personnes

handicapées, le handicap le plus souvent rencontré est le handicap physique (53% des personnes handicapées de notre échantillon). 10% des personnes handicapées ont un handicap modéré, 49% un handicap sévère et 41% sont affectés par plus de 2 handicaps sévères simultanément. Les hommes et les enfants ont plus souvent un polyhandicap que les femmes.

Une des principales forces de l'enquête quantitative est d'avoir un groupe de contrôle ajusté sur l'âge et le sexe qui permet de comparer la situation des personnes handicapées à des personnes non handicapées habitant le même endroit. En ce qui concerne l'accès aux soins, les personnes handicapées sont moins couvertes mais reçoivent des soins médicaux lorsque cela est nécessaire bien qu'elles s'affirment généralement moins satisfaites des soins prodigués. Toutes régions confondues, les personnes handicapées dépensent plus pour leur santé que les contrôles et l'état de santé général des personnes handicapées est plus dégradé : plus de dépressions, tristesse ou encore de fatigue.

L'accès à l'éducation est un des droits fondamentaux pour les enfants handicapés, mais l'on constate que ce droit n'est pas acquis au Maroc : 39% des personnes handicapées de plus de 10 ans savent lire et écrire l'arabe (contre 56% des contrôles du même âge) ; 41% des personnes handicapées ont été scolarisés contre 56% des personnes du groupe de contrôle. Les écarts sont encore plus grands dans la région de Chaouia-Ouardigha. Ces éléments sont confirmés par les résultats des analyses de régression logistique qui avaient pour objectif de montrer un lien éventuel entre certains indicateurs importants de privation des capacités de base - dans ce cas la scolarisation - et le handicap. L'analyse sur l'accès à l'éducation montre que les enfants ayant acquis un handicap avant l'âge de 9 ans ont moins de chances d'accéder à l'école que les enfants personnes non handicapés ou les enfants qui le sont devenu après 9 ans. Il existe également un effet de sexe, d'âge, de région d'habitation et du niveau d'éducation du chef de ménage qu'il faut prendre en compte. Le même modèle appliqué aux hommes et aux femmes séparément fournit des éléments supplémentaires

d'interprétation. Chez les femmes, l'influence de l'âge est encore plus marquée que chez les hommes, et le niveau de pauvreté a son importance. En considérant le même modèle uniquement pour les personnes handicapées, le point positif par rapport à l'accès à l'éducation des personnes handicapées est que les jeunes personnes handicapées ont 4 fois plus de chances d'être scolarisées que les personnes handicapées seniors. Habiter Rabat a tendance à favoriser la scolarisation. De même, le sexe importe : les garçons handicapés ayant plus de chances, toutes choses égales par ailleurs, d'être scolarisés que les filles handicapées. Le meilleur accès à l'école s'explique par un accès généralisé à l'éducation qui s'est amélioré pour l'ensemble des marocains au cours des 2 à 3 dernières générations. Il reste cependant beaucoup à faire pour l'insertion scolaire des enfants handicapés et encore plus des filles. Ces analyses confirment aussi les hypothèses de travail selon lesquelles le niveau d'éducation du chef de ménage est un facteur favorisant fortement la scolarisation des enfants, et plus particulièrement des garçons. Pourtant, même si le désir de scolarisation est grand, les obstacles ne manquent pas, comme les témoignages de personnes handicapées recueillis lors d'entretiens qualitatifs le montrent. Le focus group organisé avec des enfants handicapés et leurs parents a permis de mettre en lumière une relativement bonne scolarisation des enfants mais ceci ne peut se faire que dans des écoles avec l'ensemble du personnel enseignant déjà sensibilisé au handicap. Par contre, les personnes handicapées adultes déclarent avoir dû faire face à de sérieux obstacles pour accéder à l'école, voire avoir été privées de toute éducation. Une des limites de cette analyse sur les obstacles à la scolarisation est de ne pas pouvoir déterminer si la scolarisation s'arrête ou pas dès l'acquisition du handicap dans le cas où le handicap est acquis après 9 ans et lorsque l'enfant est déjà scolarisé. Une autre limite est l'impossibilité de déterminer quels sont les acquis réels de la scolarisation en dehors de l'alphabétisation. La qualité des acquis scolaires constitue une recherche en soi qui ne fait pas l'objet de la présente étude. On peut conclure de ces résultats qu'une politique de lutte contre l'abandon scolaire devrait ainsi viser à la fois le maintien à l'école en cas d'acquisition d'un handicap, mais aussi

la lutte contre l'échec scolaire et la pauvreté. Il est en particulier nécessaire d'assurer la sensibilisation des enseignants, des enfants et de leurs parents au handicap afin de rendre l'école plus inclusive pour rendre l'école plus inclusive. Enfin, il convient de procurer le matériel adéquat pour adapter l'enseignement aux besoins des enfants handicapés. Par exemple, les enfants ayant un handicap visuel ont besoin de matériel en braille (livres, machine pour prendre des notes, etc.).

La différence de situation entre personnes handicapées et du groupe contrôle est encore plus marquée sur le marché du travail où 2 fois moins de personnes handicapées travaillent : 15% des personnes handicapées de 15 à 65 ans ont une activité au cours du dernier mois contre 32% des personnes du groupe de contrôle. Presque 7% des personnes handicapées inactives cherchent un emploi alors que 23% y ont renoncé du fait de leur handicap. Il existe d'énormes écarts entre les hommes et les femmes sur le marché du travail qu'il faut également prendre en considération. D'une manière générale, les femmes sont très peu actives professionnellement et s'attèlent principalement aux tâches ménagères, qu'elles soient handicapées ou issues du groupe de contrôle. L'accès à l'emploi, autre indicateur de privation des capacités de base, a également été modélisé et montre que le sexe, l'âge et le fait d'être handicapé ou non sont des facteurs influençant la présence sur le marché du travail : être âgé de moins de 30 ans, femme et handicapée sont clairement des freins à l'emploi. En appliquant le même modèle uniquement aux hommes, le statut marital et le fait d'être handicapé ou non ont le plus d'influence.

L'analyse quantitative, tout comme les récits qualitatifs récoltés, montrent que le marché de l'emploi est fermé aux personnes handicapées et ce malgré la loi des 7% d'emplois dans les services publics. Même lorsqu'une embauche est réalisée dans ce cadre légal, aucun ou très peu de moyens sont mis à disposition par le service public pour permettre aux personnes handicapées de pouvoir travailler dans de bonnes conditions. Dans les rares cas où les personnes handicapées arrivent à s'insérer sur le marché du travail, elles doivent faire face à de nombreuses inégalités : salaires inférieurs,

stigmatisation sur le lieu du travail, difficultés de locomotion, absence de tâches ou tâches sans intérêt, etc.

Pour améliorer la situation des personnes handicapées, la demande de mise en place d'une stratégie sur l'égalité des chances semble être une priorité. S'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination sur le lieu de travail requiert des efforts considérables et coordonnés en termes de politiques publiques. Tout d'abord, la mise en place d'une nouvelle loi protégeant les personnes handicapées contre les mesures discriminatoires et sanctionnant les employeurs mais aussi les autres salariés qui les pratiquent est nécessaire afin de donner des outils légaux aux personnes handicapées et aux organisations qui les défendent pour ester en justice. Ensuite, des campagnes de sensibilisation, via les médias (TV, radio, journaux, réseaux sociaux...) remettant en cause les stéréotypes habituels au sujet des personnes handicapées (incapacité de travailler, pas assez intelligent pour apprendre etc.) sur le modèle de la campagne « creatures discomforts²⁸ » effectuée en Grande Bretagne il y a peu, mais à adapter au contexte culturel, ont démontré par le passé leur utilité.

Les indicateurs d'inclusion sociale retenus dans l'enquête montrent que les personnes handicapées sont moins bien intégrées à la société et aux activités communautaires. Les principales barrières à la participation sont bien souvent invisibles (attitudes préjudiciables) ou liées aux infrastructures (inaccessibilité). Les personnes handicapées ont par ailleurs moins d'amis et sont plus souvent maltraitées que les personnes du groupe de contrôle. Il semble exister un consensus au Maroc quant aux droits des personnes handicapées et rares sont ceux qui remettent en question l'égalité des droits. Cependant les personnes handicapées lors des entretiens qualitatifs ont mis en avant l'attitude négative face à leur situation, et l'exclusion ou stigmatisation qu'elles subissent au quotidien : de la part des voisins, voire même de la famille ou alors du reste de la société. Certains pour éviter ces

28 Voir creaturesdiscomforts.org. Et voir également l'article de Mark Sweney dans le Guardian : <http://www.theguardian.com/media/2007/nov/12/advertising.disability> .

discriminations systématiques font le choix de vivre en vase clos. Ceci est bien sûr source de tristesse, de frustration et d'exaspération, même si d'aucunes ont déclaré que la situation s'améliorait du fait notamment de la visibilité accrue des personnes handicapées dans la société. Le quotidien des personnes handicapées reste empreint d'un sentiment général de stigmatisation de la part des personnes non handicapées, et de discriminations, que cela soit de par les regards, les réactions, des moqueries ou encore les termes employés pour les désigner. Pour lutter contre les discriminations, des interventions ciblées au niveau local et dans la communauté même de la personne seraient plus efficaces et dans tous les cas complémentaires des campagnes nationales généralisées (Corrigan and Fong 2014).

L'analyse sur le coût du handicap a montré que les personnes handicapées utilisent davantage les services de santé et ont des dépenses significativement plus élevées que celles des personnes du groupe de contrôle. A ce jour, il n'existe aucun dispositif pour réduire cet écart et permettre aux personnes handicapées d'accéder aux soins à un coût moindre. Par ailleurs, les personnes handicapées, ainsi que leurs aidants, subissent une perte d'années de vie ajustées sur la qualité. L'analyse des années de vie ajustées sur la qualité ou QALYs montre que les personnes handicapées auront en moyenne 19,7 QALYs de moins au cours de leur vie que les personnes du groupe de contrôle. En d'autres termes, l'impact du handicap en termes d'économie de la santé est équivalent à une réduction de 19,7 ans de l'espérance de vie moyenne des personnes en bonne santé et sans handicap. Les aidants des personnes handicapées perdent également 13,2 ans de QALYs en comparaison des individus de la population générale représentée par les contrôles. Cet effet du handicap est considérable et devrait être compensé par des politiques publiques actives qui favorisent la prévention du handicap, une meilleure prise en charge médicale, un revenu de remplacement pour les aidants au sein de la famille et une allocation aux personnes handicapées au chômage pour leur permettre de vivre décemment. A cela s'ajoute le besoin d'une politique active d'inclusion sociale et de lutte contre les discriminations déjà évoquée

précédemment.

L'analyse de la pauvreté multidimensionnelle confirme ces résultats et va au-delà en montrant que l'intensité de la pauvreté est plus importante parmi les personnes handicapées que les contrôles, quel que soit le nombre considéré de dimensions. Cette approche permet une prise en compte multidimensionnelle de la pauvreté reposant sur le fait que le revenu seul ne permet pas d'identifier totalement les personnes pauvres et que d'autres dimensions de développement humain doivent être prises en considération. Les dimensions de la pauvreté ont été déterminées au moyen de 17 indicateurs appartenant à différents domaines : santé, éducation, emploi, conditions de vie, bien être matériel, bien-être psychologique, insertion sociale et sécurité physique. Les résultats montrent que les personnes handicapées sont plus pauvres que les contrôles quel que soit le nombre de dimensions considérées. En outre, les femmes handicapées sont plus pauvres que les hommes handicapés. De même, les personnes handicapées en zone rurale sont plus pauvres que ceux en zone urbaine où davantage de services sont accessibles. Les dires récoltés pendant les entretiens qualitatifs vont dans le même sens, les personnes handicapées et leurs familles ayant fait part de leurs problèmes et stratégies mises en place pour affronter la pauvreté. Certaines ont accès à l'AMO et au RAMED, mais malgré ces aides, les dépenses de santé (directes ou indirectes) demeurent une préoccupation constante. Seule une prise en charge des handicaps et de leurs pathologies associées par la collectivité serait de nature à améliorer significativement la situation économique et sanitaire des familles et des personnes handicapées. Sans mobilisation de l'État, les familles de personnes handicapées ne peuvent compter que sur elles-mêmes.

Le troisième et dernier volet de cette recherche a consisté en la tenue d'entretiens qualitatifs sous la forme de focus groups et d'entretiens individuels afin de rendre compte d'un ensemble d'inquiétudes mais également de questionnements, de besoins, de problématiques, d'impressions et de suggestions. Les focus groups ont pu permettre aux participants d'exprimer leurs difficultés ainsi que leurs attentes. Ils ont également permis de confronter les points de

vue entre personnes handicapées et personnes non handicapées quant aux difficultés quotidiennes, au rapport à l'emploi, à la situation économique et sociale ou encore au regard porté par la population marocaine sur les personnes handicapées. Les entretiens individuels, eux, ont rapporté des histoires de vie et des angles de vue très personnels sur les situations rencontrées par les personnes handicapées. Grâce à ces deux outils qualitatifs de collecte d'information, il a été possible de rassembler indications qui viennent compléter les investigations quantitatives.

En dehors des propos sur les thèmes de la santé, des coûts, de l'accès à l'éducation et à l'emploi qui ont été déjà repris dans cette conclusion, l'accessibilité a été un sujet récurrent des récits et débats et plus particulièrement le comportement discriminatoire dans les bus et transports publics. Le droit des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et professionnelle et à la participation à la vie de la communauté est une urgence aux yeux des participants. Les causes majeures sont les préjugés dont sont victimes les personnes handicapées et/ou le refus de tenir compte de leurs spécificités.

L'ensemble de ces résultats corrobore certaines des hypothèses de travail initiales, comme les coûts de santé élevés, les barrières à l'éducation et au marché du travail, et à l'insertion sociale auxquelles les personnes handicapées doivent faire face.

Ces obstacles ne pourront être surmontés qu'au travers d'une politique du handicap cohérente, participative et inclusive de l'Etat qui prend en considération l'ensemble des dimensions de privation des capacités et d'exclusion sociale mais s'attache également à offrir aux personnes handicapées la place qui leur revient dans la société marocaine par l'application et la mise en œuvre des lois et droits déjà existants. Il semble essentiel de prendre en compte les besoins des personnes handicapées et de leurs familles dans l'élaboration des politiques en matière sociale, politique et économique afin d'améliorer au plus vite leurs conditions de vie. Pour cela, l'État doit être un acteur plus actif et mieux investi dans les politiques de lutte contre les discriminations liées au handicap et dans les actions d'aide aux personnes handicapées.

Bibliographie

Alfares, H. K., and S. O. Duffuaa

2008 Determining aggregate criteria weights from criteria rankings by a group of decision makers. *International Journal of Information Technology and Decision Making* 7(4):769-781.

2009 Assigning cardinal weights in multi-criteria decision making based on ordinal ranking. *Journal of Multi-Criteria Decision Analysis*, 15(5-6):125-133.

Alkire, S.

2002 Dimensions of human development. *World Development* 30(2):181-205.

2008 Choosing Dimensions: The Capability Approach and Multidimensional Poverty. In *Many Dimensions of Poverty*. N. Kakwani and J. Silber, eds. Pp. 89-119.

Alkire, Sabina, and James Foster

2011 Counting and multidimensional poverty measurement. *Journal of Public Economics* 95(7-8):476.

Bakhshi, P., and J. F. Trani

2007 Household Survey: A Relevant Tool for Gathering Information on Disability? *Journal for Disability and International Development* 2:13-23.

Bakhshi, P., et al.

2006 Conducting Surveys on Disability: A Comprehensive Toolkit. Lyon: Handicap International Afghanistan Programme.

Becker, G.S.

1993 Human capital. Chicago: The University of Chicago Press.

Beresford, P.

1996 Poverty and disabled people: challenging dominant debates and policies. *Disability & Society* 11(4):553-568.

Bernard, H. R.

2002 Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches.

Biswas-Diener, R., and E. Diener

2001 Making the best of a bad situation: Satisfaction in the slums of Calcutta. *Social Indicators Research* 55(3):329-352.

Bonvin, J. M.

2012 Individual working lives and collective action. an introduction to capability for work and capability for voice. *Transfer*

18(1):9-18.

Bourguignon, F., and S. Chakravarty

2003 The measurement of multidimensional poverty. *Journal of Economic Inequality* 1:25.

Brown, D. S., et al.

2013 Using health-related quality of life and quality-adjusted life expectancy for effective public health surveillance and prevention. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* 13(4):425-427.

Brown, D.S., et al.

Health-state utility impact of breast cancer in U.S. women aged 18-44. *American Journal of Preventive Medicine*.

Center for Disease Control

2014 Health-related quality of life (HRQOL), Vol. 2014.

Coates, J., and P. Vickerman

2010 Empowering children with special educational needs to speak up: experiences of inclusive physical education. *Disability and Rehabilitation* 32(18):1517-1526.

Collectif pour la promotion des droits des personnes handicapées

2011a Etude du cadre juridique relatif au handicap au Maroc. Collectif pour la promotion des droits des personnes handicapées.

2011b Etude sur le coût économique de l'exclusion du marché du travail des personnes handicapées au Maroc. Collectif pour la promotion des droits des personnes handicapées.

Comite directeur

2003 50 ans de développement humain au Maroc et perspectives pour 2025.

Conseil économique et social

2012 Respect des droits et inclusion des personnes handicapées. Conseil économique et social.

Corrigan, P. W., and M. W. M. Fong

2014 Competing perspectives on erasing the stigma of illness: What says the dodo bird? *Social Science and Medicine* 103:110-117.

Deutsch, J., and J.G. Silber

2005 Measuring multidimensional

poverty: An empirical comparison of various approaches. *Review of Income and Wealth* 51:145-174.

Elwan, A.

1999 Poverty and disability: A survey of the literature. Social Protection Advisory Service.

Erb, S., and B. Harris-White

2001 The economic impact and developmental implications of disability and incapacity in adulthood in a village study from S. India. In *Welfare, demography and development Workshop*. Downing College, Cambridge.

Filmer, D.

2008 Disability, poverty and schooling in developing countries: results from 14 household surveys. *The World Bank Economic Review* 22:141-163.

Foster, J., J. Greer, and E. Thorbecke

1984 A class of decomposable poverty measures. *Econometrica* 52:761-766.

Goffman, E.

1963 *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Gray, Kylie M., et al.

2011 The longitudinal relationship between behavior and emotional disturbance in young people with intellectual disability and maternal mental health. *Research In Developmental Disabilities* 32(3):1194-1204.

Greenhalgh, T, et al.

2005 Storylines of research in diffusion of innovation: a meta-narrative approach to systematic review. *Social Science & Medicine* 61(2):417-30.

Groce, N., Kett, M., Lang, R., Trani, JF.

2011 Disability and poverty: the need for a more nuanced understanding of implications for development policy and practice. *Third World Quarterly* 32(8):1493-1513.

Grut, L., and B. Ingstad

2006 This is my life: living with a disability in Yemen—a qualitative study. SINTEF Health Research.

Haveman, R., and B. Wolfe

2000 Chapter 18 The economics of

disability and disability policy. In *Handbook of Health Economics*. Pp. 995-1051, Vol. 1.

Haveman, R., and B. Wolfe

1990 The Economic Well-Being of the Disabled: 1962-84. *Journal of Human Resources* 25(1):32-54.

Ingstad, B., and L. Grut

2007 See me and do not forget me: people with disabilities in Kenya. SINTEF Health Research.

Kuklys, W.

2005 Amartya Sen's Capability Approach. *Theoretical Insights and Empirical Applications (Studies in Choice and Welfare)*.

Lwanga-Ntale, C., and K. McClean

2004 The face of chronic poverty in Uganda from the poor's perspective: constraints and opportunities. *Journal of Human Development* 5(2):177-194.

Mitra, S.

2006 The capability approach and disability. *Journal of Disability Policy Studies* 16(4):236-247.

Mitra, S., et al.

2013a Implementing a Multidimensional Poverty Measure Using Mixed Methods and a Participatory Framework. *Social Indicators Research* 110(3):1061-1081.

Mitra, S., A. Posarac, and B. Vick

2013b Disability and Poverty in Developing Countries: A Multidimensional Study. *World Development* 41(1):1-18.

Mont, D., and Viet Cuong

2011 Disability and poverty in Vietnam. *World Bank Economic Review* 25(2):323-359.

Moon, S., and J. Shin

2006 The effect of the Americans with Disabilities Act on economic well-being of men with disabilities. *Health Policy* 76:266-276.

Pruchno, R. A., and W. F. McMullen

2004 Patterns of service utilization by adults with a developmental disability: Type of service makes a difference. *American Journal on Mental Retardation* 109(5):362-378.

Pyatt, G.

1987 Measuring Welfare, Poverty and Inequality. *The Economic Journal* 97:459-467.

Robeyns, I.

2005 The capability approach: a theoretical survey. *Journal of Human Development* 6(1):93-114.

Ryen, L., and M. Svensson

2014 The willingness to pay for a quality adjusted life year: A review of the empirical literature. *Health Economics* (United Kingdom).

Sen, A.

1976 Poverty: an ordinal approach to measurement. *Econometrica* 44(2):219.

1992a Inequality Reexamined.

1996 On The Foundations of Welfare Economics: Utility, Capability and Practical Reason. In *Ethics, Rationality, and Economic Behaviour* 1edition. F. Farina, F. Hahn, and S. Vannucci, eds. Pp. 50-65. Oxford: Clarendon Press.

1997 Human Rights and Asian Values; Sixteenth Morgenthau Memorial Lecture on Ethics & Foreign Policy.

2009 *The Idea of Justice*. Cambridge Massachussets: The Belknap Press of Harvard University Press.

Sen, A. K.

1982 Equality of What? In *Choice, Welfare and Measurement*. Oxford: Blackwell.

1985 *Commodities and Capabilities*.

1992b Inequality Reexamined.

Sen, A.K.

1999 *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press.

Shaw, J. W., J. A. Johnson, and S. J. Coons

2005 US valuation of the EQ-5D health states: Development and testing of the D1 valuation model. *Medical Care* 43(3):203-220.

Terzi, Lorella

2007 Capability and Educational Equality: The Just Distribution of Resources to Students with Disabilities and Special Educational Needs. *Journal of Philosophy of Education* 41(4):757-773.

Trani, J. F., et al.

2011a Disabilities through the Capability Approach lens: Implications for public policies. *Alter* 5(3):143-157.

Trani, J. F., and C. Barbou-des-Courieres

2012 Measuring equity in disability and healthcare utilization in Afghanistan. *Medicine, Conflict and Survival* 28(3):219-246.

Trani, J. F., and T. Cannings

2013 Child poverty in an emergency and conflict context: a multidimensional profile and an identification of the poorest children in Western Darfur. *World Development* 48:48-70.

Trani, Jean-Francois, et al.

2010 Poverty, vulnerability, and provision of healthcare in Afghanistan. *Social Science & Medicine* 70(11):1745-1755.

Trani, Jean-Francois, et al.

2011b Access to health care, reproductive health and disability: A large scale survey in Sierra Leone. *Social Science & Medicine* 73(10):1477-1489.

Trani, Jean-Francois, and Mitchell Loeb

2012 Poverty and disability: A vicious circle? Evidence from Afghanistan and Zambia. *Journal of International Development* 24:S19-S52.

Tsui, K.

2002 Multidimensional poverty indices. *Social Choice and Welfare* 19:69-93.

UNESCO

2002 *Education for All: An international strategy to put the Dakar Framework for Action on Education for All into Operation*.

2003 *The Flagship on Education for All and the Right to Education for Persons with Disabilities: Towards Inclusion*. .

United Nations

2006 *Convention on the rights of persons with disabilities: United Nations*.

Unterhalter, Elaine

2009 What Is Equity in Education? Reflections from the Capability Approach. *Studies in Philosophy and Education* 28(5):415-424.

WHO

2001 *International Classification of Functioning, Disability and Health*. World Health Organization.

2014 *Life tables by country*.

WHO, and UNFPA

2009 *Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities: WHO/ UNFPA guidance note*. WHO.

Yeo, R., and K. Moore

2003 Including disabled people in poverty reduction work: nothing about us, without us. *World Development* 31(3):571-590.

Zaidi, A., and T. Burchardt

2005 Comparing incomes when needs differ: Equivalization for the extra costs of disability in the U.K. *Review of Income and Wealth* 51(1):89-114.

Zheng, B.

1997 Aggregate Poverty Measures. *Journal of Economic Surveys* 11(2):123-162.

Liste des tableaux

Tableau 1 : Informations collectées au Maroc lors de la première phase de collecte (chiffres arrêtés au 10 février 2014)	23
Tableau 2 : Informations collectées au Maroc, première et seconde phase de collecte (chiffres arrêtés au 12 juin 2014)	25
Tableau 3 : Taux de scolarisation en fonction du sexe et de la région	30
Tableau 4 : Raison de non scolarisation parmi les personnes de plus de 6 ans, par sexe (%)	30
Tableau 5 : Répartition de la population active de plus de 18 ans par secteur d'activité et région	32
Tableau 6 : Occupation des inactifs pendant la journée par sexe (%)	32
Tableau 7 : Extrait du module 2 de détection du handicap, section de détection du handicap lié à l'humeur et aux émotions	34
Tableau 8 : Personnes handicapées détectées par catégorie d'âge et sexe (%)	35
Tableau 9 : Répartition des personnes handicapées et contrôles interrogées dans les deux régions d'enquête	36
Tableau 10 : Répartition de la détection du handicap sévère liée aux humeurs et émotions par catégorie d'âge	38
Tableau 11 : Répartition des personnes handicapées avec handicap modéré et sévère	38
Tableau 12 : Répartition des handicaps sévères et polyhandicaps par sexe et catégorie d'âge	40
Tableau 13 : Relation au chef de ménage, personnes handicapées ou contrôles (en %)	42
Tableau 14 : Raisons invoquées pour justifier l'absence de soins médicaux, personnes handicapées ou contrôles (en %)	45
Tableau 15 : Nombre de visites dans un centre de santé au cours de l'année précédant l'enquête, personnes handicapées ou contrôles (en %)	47
Tableau 16 : Où vous rendez-vous en cas d'accident ou blessure, personnes handicapées ou contrôles (en %)	47
Tableau 17 : Temps de transport pour se rendre dans le centre de santé le plus proche par région, personnes handicapées ou contrôles (en %)	48
Tableau 18 : Différence de niveau d'utilisation des services de santé et de dépenses entre personnes handicapées et contrôles	49
Tableau 19 : Raisons de non scolarisation, personnes handicapées ou contrôles (en %)	
Tableau 20 : Motif de cessation de la scolarité, personnes handicapées ou contrôles (en %)	
Tableau 21 : Répartition des actifs en fonction du sexe, personnes handicapées ou contrôles (en %)	55
Tableau 22 : Niveau de salaire, personnes handicapées ou contrôles (en %)	56
Tableau 23 : Nombre de jours travaillés par an, personnes handicapées ou contrôles (en %)	57
Tableau 24 : Difficultés rencontrées sur le lieu de travail, personnes handicapées ou contrôles (en %)	57
Tableau 25 : Démarches effectuées pendant la recherche d'un emploi, personnes handicapées ou contrôles (en %)	58
Tableau 26 : Nombre d'amis par catégorie d'âge, personnes handicapées ou contrôles (en %)	61
Tableau 27 : Personne responsable de la maltraitance, personnes handicapées ou contrôles (en %)	62

Tableau 28 : Actions prises suite à la maltraitance, personnes handicapées ou contrôles (en %)	63
Tableau 29 : Nutrition et nourriture, personnes handicapées ou contrôles (en %)	64
Tableau 30 : Accès et source d'eau potable dans le ménage, personnes handicapées ou contrôles (en %)	65
Tableau 31 : Types de biens de consommation courante possédés par les ménages, personnes handicapées ou contrôles (en %)	66
Tableau 32 : Types d'animaux domestiques possédés par les ménages habitant à Chaouia, personnes handicapées ou contrôles (en %)	67
Tableau 33 : Modèle d'accès à l'école, résultats de régression logistique	75
Tableau 34 : Modèle d'accès à l'école, résultats de régression logistique, hommes	76
Tableau 35 : Modèle d'accès à l'école, résultats de régression logistique, femmes	77
Tableau 36 : Modèle d'accès à l'école, résultats de régression logistique, personnes handicapées uniquement	78
Tableau 37 : Modèle d'accès à l'emploi, résultats de régression logistique, personnes handicapées et contrôles âgés de 18 à 65 ans	80
Tableau 38 : Modèle d'accès à l'emploi, résultats de régression logistique, hommes personnes handicapées et contrôles âgés de 18 à 65 ans	81
Tableau 39 : Modèle d'accès à l'emploi, résultats de régression logistique, personnes handicapées âgés de 18 à 65 ans	82
Tableau 40 : Indicateurs de pauvreté et leur importance dans le contexte marocain	90
Tableau 41 : Mesures de pauvreté multidimensionnelle pour l'ensemble de l'échantillon	93
Tableau 42 : Mesures de pauvreté multidimensionnelle pour personnes handicapées et contrôles par sexe et par lieu de résidence pour k=50%	94
Tableau 43 : Taux de pauvreté H par dimension pour une valeur limite k=50%	95
Tableau 44 : Contribution de chaque indicateur au taux ajusté de pauvreté (MO) pour une valeur limite (k=50%)	96
Tableau 45 : Résultats des tests de robustesse, calculs de la pauvreté multidimensionnelle pour les personnes handicapées et contrôles	97

Liste des figures

Figure 1 : Répartition de la taille du ménage en fonction de la zone d'habitation	28
Figure 2 : Répartition de l'échantillon par âge et sexe	29
Figure 3 : Répartition de l'échantillon par sexe et statut marital (%)	29
Figure 4 : Actifs de 19 à 65 ans par sexe et région (%)	31
Figure 5 : Prévalence des handicaps sévères chez les personnes handicapées de plus de 5 ans (en % pour l'ensemble des personnes handicapées détectés)	37
Figure 6 : Répartition du handicap intellectuel sévère par sexe et par âge	37
Figure 7 : Répartition du handicap comportemental	37
Figure 8 : Handicap modéré, sévère ou polyhandicap parmi les personnes handicapées	39
Figure 9 : Handicap modéré, sévère ou polyhandicap parmi les personnes handicapées par catégorie d'âge	39
Figure 10 : Statut matrimonial, personnes handicapées ou contrôles (en %)	42
Figure 11 : Aide financière pour frais médicaux, personnes handicapées	44
Figure 12: Origine de l'aide financière, personnes handicapées ou contrôles (en %)	44
Figure 13 : Coût de transport pour se rendre dans le centre de santé le plus proche par région d'habitation, personnes handicapées ou contrôle (répartition en % pour chaque modalité)	45
Figure 14 : Coût total en dépenses de santé sur l'année écoulée, personnes handicapées ou contrôles (en %)	46
Figure 15 : Mode de déplacement au centre de santé le plus proche par région, personnes handicapées ou contrôles (en % par modalité de réponse)	48
Figure 16 : Anxiété et dépression, personnes handicapées ou contrôles (en %)	50
Figure 17 : État de santé déclaré, personnes handicapées ou contrôles (en %)	50
Figure 18 : Alphabétisation en arabe, personnes handicapées ou contrôles (en %)	51
Figure 19 : Scolarisation, personnes handicapées ou contrôles (en %)	51
Figure 20 : Niveau de scolarisation, personnes handicapées ou contrôles (en %)	53
Figure 21 : Types de problèmes rencontrés pour se déplacer jusqu'à l'école, personnes handicapées ou contrôles (en %)	54
Figure 22 : Proportion de personnes actives (15-65 ans), personnes handicapées ou contrôles (en %)	54
Figure 23 : Statut dans l'emploi, personnes handicapées ou contrôles (en %)	56
Figure 24 : Nombre d'heures travaillées par jour, personnes handicapées ou contrôles (en %)	56
Figure 25 : Salaire minimum souhaité par sexe (en % pour les modalités en fonction du statut personnes handicapées et contrôle et par sexe)	58
Figure 26 : Raisons liées à l'importance d'avoir un emploi, personnes handicapées ou contrôles (en %)	59
Figure 27 : Participation aux activités communautaires, personnes handicapées ou contrôles (en %)	59
Figure 28 : Participation aux types activités communautaires par sexe, personnes handicapées ou contrôles (en %)	60
Figure 29 : Raison invoquée pour justifier de la non-participation aux activités communautaires, personnes handicapées ou contrôles (en %)	60
Figure 30 : Comment accroître la participation aux activités communautaires, personnes handicapées ou contrôles (en %)	60
Figure 31 : Nombre d'amis par sexe, personnes handicapées ou contrôles (en %)	61
Figure 32 : Raisons invoquées pour justifier de l'absence d'amis, personnes handicapées ou contrôles (en %)	62
Figure 33 : Type de maltraitance déclarée par les victimes, personnes handicapées ou contrôles (en %)	62

Figure 34 : Exercice du droit de vote (plus de 18 ans) par sexe, personnes handicapées ou contrôles (en %)	63
Figure 35 : Égalité des droits ? Personnes handicapées ou contrôles (en %)	64
Figure 36 : Source d'énergie pour cuisiner, personnes handicapées ou contrôles (en %)	65
Figure 37 : Taux de pauvreté par dimension comparant personnes handicapées et contrôles	93

Liste des acronymes

AMO	Assurance Maladie Obligatoire
CES	Conseil Economique et Social
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé
END	Enquête Nationale Démographique
ENH	Enquête Nationale sur le Handicap
HCP	Haut-Commissariat au Plan
FG	Focus Group
FNUAP	Fond des Nations Unies pour la Population
LEAD	Leadership and Empowerment for Action on Disability
MEPI	Middle-East Partnership Initiative
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDH/ONU	Observatoire National du développement Humain / Organisation des Nations-Unies
ONG	Organisation non gouvernementale
OPH	Organisation de Personnes Handicapées
RAMED	Régime d'assistance médicale aux personnes économiquement faibles
CRDPH	Convention des Nations Unies Relative aux Droits des Personnes Handicapées

Annexes

Questionnaire de l'enquête quantitative (arabe et français)

Manuel d'enquête (français)

Guide d'entretien des Focus groups et entretiens individuels (français)

L'ensemble des annexes est disponible sur le site internet du projet LEAD : <http://www.maghrebhandicap.com/index.php/component/content/article/9-uncategorised/133-la-recherche>



Le handicap dans les politiques publiques marocaines face au creusement des inégalités et à l'appauvrissement des familles avec des ayants droit handicapés

Ce rapport présente les résultats d'une recherche sur « Le handicap dans les politiques publiques marocaines face au creusement des inégalités et à l'appauvrissement des familles avec des ayants droit handicapés » réalisée au Maroc de septembre 2013 à septembre 2014 par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs internationaux dans le cadre du projet Leadership and Empowerment for Action on Disability (LEAD). Il vise à fournir des informations concrètes et scientifiquement prouvées à l'ensemble des pouvoirs publics et acteurs du développement marocains sur la situation des ménages où vivent des personnes handicapées, la qualité de vie et les obstacles quotidiens que ces derniers rencontrent à travers trois outils complémentaires :

- une **revue de littérature** portant sur le surcoût du handicap, les mesures de participation financière, de pauvreté et d'inégalités relatives aux personnes handicapées et à leur famille
- une **enquête quantitative** auprès de 3000 ménages tirés aléatoirement dans 2 régions différentes (Rabat-Salé-Zemmour-Zaër et Chaouia-Ouardigha) et comprenant un groupe contrôle afin d'effectuer des analyses comparatives de la situation des personnes handicapées et non handicapées dans les domaines de l'éducation, de l'insertion professionnelle, de l'accès aux services de santé ou en termes d'inclusion et d'exclusion sociale
- des **entretiens et focus-group qualitatifs** auprès de personnes handicapées et non handicapées afin de comprendre les dynamiques de groupes, comportement individuels et les attitudes face au handicap.

Handicap International
Programme Maghreb
66, av Omar Ibn Khattab
Agdal - RABAT
Tel. +212 (0)5.37.68.12.56/57
Fax. +212 (0)5.37.68.12.59
himarocsec@mtds.com

Collectif pour la promotion
des droits des personnes en
situation de handicap
54, rue Oukaïmeden, app n°1
Agdal-RABAT
Tel/Fax. 05.37.33.50
handirights@gmail.com

