

|  |
| --- |
| Diagnostic du Genre et d’Inclusion Sociale **Analyse des inégalités et des obstacles à un développement inclusif au niveau de la Région Tanger-Tétouan-Al Hoceima**   |
|  |
| Ce document présente les résultats du diagnostic du genre et d’inclusion sociale au niveau de la RTTAH conduit auprès des acteurs régionaux et nationaux (acteurs publics, organismes de la société civile et la population concernées) autour de trois catégories cibles qui sont les migrants, les femmes en situation précaire et les personnes en situation de handicap. **Par Latifa CHABANT, consultante en genre et inclusion sociale** **Project IPNM - TESS****Septembre 2018** |
|  |

[Préambule 7](#_Toc526258378)

[Introduction 8](#_Toc526258379)

[Méthodologie adoptée 9](#_Toc526258380)

[Chapitre 1 : Personnes en situation de handicap 12](#_Toc526258381)

[Introduction 12](#_Toc526258382)

[1. Cadre légal et conventionnel relatif aux PSH 12](#_Toc526258383)

[2. Principaux concepts et définitions 13](#_Toc526258384)

[3. Situation des personnes en situation d’handicap 14](#_Toc526258385)

[3.1. Situation globale des PSH au niveau de la région TTAH 14](#_Toc526258386)

[3.1.1. Taux de Prévalence du Handicap 14](#_Toc526258387)

[3.1.2. Taux de prévalence du handicap selon le milieu, l’âge et le sexe 14](#_Toc526258388)

[3.1.3. Taux de prévalence selon le type du handicap 15](#_Toc526258389)

[3.2. Inégalités dans l’accès aux services 16](#_Toc526258390)

[3.2.1. Inégalités dans l’accès à l’éducation et à la formation : des constats alarmants 16](#_Toc526258391)

[3.2.2. Inégalités dans l’accès à la santé 19](#_Toc526258392)

[3.3. Inégalités dans l’accès aux opportunités économiques 23](#_Toc526258393)

[3.3.1. Situation global de l’emploi chez les PSH 23](#_Toc526258394)

[4. Programmes et initiatives existantes 23](#_Toc526258395)

[4.1. Les politiques nationales relatives au Handicap 23](#_Toc526258396)

[4.2. Les centres d’accueil au profit des PSH 25](#_Toc526258397)

[4.3. Les initiatives d’appui à l’accessibilité de l’espace public aux PSH 28](#_Toc526258398)

[4.4. La formation professionnelle et l’insertion à l’emploi et à l’auto-emploi 28](#_Toc526258399)

[Chapitre 2 : Femmes en situation précaire 32](#_Toc526258400)

[Introduction 32](#_Toc526258401)

[1. Contexte législatif et institutionnel national 32](#_Toc526258402)

[2. Principaux concepts et définitions 33](#_Toc526258403)

[3. Inégalités dans l’accès à l’éducation et à la formation 34](#_Toc526258404)

[3.1.1. Disparités entre le milieu urbain et le milieu rural 34](#_Toc526258405)

[3.1.2. Analphabétisme plus frappant chez les femmes 35](#_Toc526258406)

[3.1.3. Les disparités selon les niveaux de scolarisation 36](#_Toc526258407)

[3.1.4. Formation professionnelle 37](#_Toc526258408)

[4. Inégalités dans l’accès à la santé 38](#_Toc526258409)

[4.1.1. Situation générale 38](#_Toc526258410)

[4.1.2. Mortalité maternelle 38](#_Toc526258411)

[4.1.3. Situation au niveau de la région 39](#_Toc526258412)

[5. Mariage forcé des mineures 41](#_Toc526258413)

[6. Discrimination et Violence à l’égard des femmes 42](#_Toc526258414)

[7. Inégalités dans l’accès à la participation et aux opportunités économiques 43](#_Toc526258415)

[7.1. Marché régional du travail 43](#_Toc526258416)

[8. Focus sur les situations les plus précaires des femmes au niveau de la région 43](#_Toc526258417)

[9. Empowerment économique des femmes 45](#_Toc526258418)

[Chapitre 3 : les migrants et réfugiés 47](#_Toc526258419)

[Introduction 47](#_Toc526258420)

[1. Principaux concepts et définitions 47](#_Toc526258421)

[2. Contexte national 48](#_Toc526258422)

[3. Contexte régional 51](#_Toc526258423)

[4. Régularisation administrative des migrants 52](#_Toc526258424)

[5. Inégalités dans l’accès à la santé 52](#_Toc526258425)

[5.1. Les grandes avancées de la SNIA 52](#_Toc526258426)

[5.2. Les défis persistant pour l’accès des migrants aux soins 52](#_Toc526258427)

[5.3. Situation sanitaire des migrants 53](#_Toc526258428)

[5.4. Accès des femmes migrantes aux services de santé 54](#_Toc526258429)

[5.5. Accès aux services psycho-sociaux 54](#_Toc526258430)

[5.6. Lien entre conditions de santé et logement 54](#_Toc526258431)

[6. Inégalités dans l’accès à la formation professionnelle 55](#_Toc526258432)

[7. Accès à l’emploi aux migrants et réfugiés 57](#_Toc526258433)

[7.1. Services de recherche d’emploi 57](#_Toc526258434)

[7.2. Services d’appui à l’auto-emploi 58](#_Toc526258435)

[7.3. Insertion dans les entreprises et sensibilisation du secteur privé 58](#_Toc526258436)

[Conclusion 59](#_Toc526258437)

[liste des références 61](#_Toc526258438)

[Annexes 63](#_Toc526258439)

**Liste des tableaux et figures**

[Tableau 1: Taux de prévalencedu handicap selon le type de handicap et les tranches d'ages dans la rttah (source: direction de la sante). 13](#_Toc526258525)

[Tableau 2: Prévalence du handicap au niveau des provinces selon le milieu et le type du handicap. 14](#_Toc526258526)

[Tableau 3: Nombre des personnes en situation de handicap au niveau des province et selon le type de handicap. 15](#_Toc526258527)

[Tableau 4: SCOLARITE des enfants en situation de handicap ( de modéré à très sévère) de 5 à 17 ans. 16](#_Toc526258528)

[Tableau 5: scolarisation des Enfants en situation de handicap dans les classes intégrées. 16](#_Toc526258529)

[Tableau 6: répartition des structures de santé spécifiques aux soins des PSH dans la RTTAH. 20](#_Toc526258530)

[Tableau 7: Effectif des profesionnels de santé spécialises. 21](#_Toc526258531)

[Tableau 8: centre d'acceuil des PSH appuyés par le MSFFDS dans la RTTAH. 25](#_Toc526258532)

[Tableau 9: Tableau : données du cycle secondaire collégial par province et par sexe au niveau de la région TTAH. 35](#_Toc526258533)

[Tableau 10: infrastructures régionales pour la prise en charge des accouchements. 38](#_Toc526258534)

[Tableau 11: Effectifs des Femmes victimes de violence prises en charge au niveau des UNITES de prise en charge de la direction régionale de santé. 41](#_Toc526258535)

[Figure 1:carte representant les structures de soins aux PSH au niveau des provinces. 20](#_Toc526258500)

**Liste des acronymes**

|  |  |
| --- | --- |
| AREP | Agence d’Exécution de Projets |
| ACB | Association Colombe Blanche  |
| ADS | Agence de Développement Social |
| AECID | l'Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement |
| AGR | Activité Génératrice de Revenu  |
| ALCS | Association de Lutte Contre le Sida  |
| AMAPPE | Association Marocaine d'Appui à la Promotion de la Petite Entreprise  |
| AMSED | Association Marocaine de Solidarité Et De Développement |
| ANAM | Agence Nationale d’Assurance Maladie |
| ANAPEC | Agence nationale de promotion de l'emploi et des compétences |
| APALD | Autorité pour la Parité et la Lutte contre toutes les formes de Discrimination |
| AREF | Académie Régionale de l’Education et de la Formation |
| BRA | Bureau des Réfugiés et Apatrides  |
| CESE | Conseil Economique Social et Environnemental  |
| CGEM | La Confédération Générale des Entreprises du Maroc |
| CIDPH | Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées |
| CIRP | Centre Intégré Provincial de Rééducation  |
| CMRD | Centre Marocain pour la Recherche et le Développement  |
| CNDH | Conseil National des Droits de l’Homme |
| CNOPS | Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale |
| CNSS | Caisse Nationale de Sécurité Sociale |
| COAPH | Centres d’Orientation et d’Accueil des Personnes en Situation de Handicap |
| CRTTAH | Conseil Régional de Tanger-Tétouan-Al Hoceima  |
| CSEFRS | Conseil Supérieur de l'Éducation, de la Formation et de la Recherche Scientifique |
| DAES | Département des Affaires Economiques et Sociales  |
| DAI  | Development Alternatives, Inc |
| DFP | Département de la Formation Professionnelle |
| DRA | Direction Régionale de l’Agriculture |
| EN | Entraide Nationale |
| ENPH | Enquête Nationale sur le Handicap  |
| ENVF | Enquête Nationale sur la Violence à l’égard des Femmes |
| ESH | Enfants en Situation de Handicap |
| ESSP | Etablissements de Soins de Santé Primaire |
| GIS | Genre et Inclusion Sociale  |
| HCP | Haut-Commissariat au Plan  |
| ICRAM | Plan Gouvernemental pour l’Egalité (PGE) 2012-2016 «ICRAM» |
| INDH | Initiative Nationale de Développement Humain |
| IPNM-TESS | Integrated Programme for Northern Morocco-Tackling Economic, Social & Security Challenges |
| MA | maisons d’accouchement  |
| MCMREAM | Ministère Chargé des Marocains Résidant à l'Étranger et des Affaires de la Migration |
| MENFP | Ministère de l’Education Nationale et de la Formation Professionnelle |
| MFSEDS | Ministère de la Famille, de la Solidarité, de l’Egalité et du Développement Social |
| MH | maternités au niveau des hôpitaux  |
| MPR | Médecine Physique et Réadaptation |
| NTIC | Nouvelles Technologies de l’Information et de la Communication |
| ODD | Objectifs de Développement Durable |
| OFPPT | Office de la Formation Professionnelle et de la Promotion du Travail  |
| OIM | Organisation Internationale pour les Migrations  |
| OJA | Organisation des Jeunes Africains  |
| OMDH | Organisation Marocaine des Droits Humains  |
| OMS | l’Organisation Mondiale de la Santé  |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale  |
| ONU | Organisation des Nations Unies |
| OSC | Organismes de la Société Civile  |
| PCD | Plan Communal de Développement |
| PNPM | Plateforme Nationale Protection Migrants |
| PNUD | Programme des Nations Unies pour le Développement |
| PSH | Personnes en Situation de Handicap  |
| RAMED  | Régime d'Assistance Médicale |
| RGPH | Recensement Général de la Population et de l’Habitat |
| RSE  | Responsabilité Sociétale des Entreprises |
| RTTAH | Région Tanger-Tétouan-Al Hoceima |
| SAMU | Service d'Aide Médicale Urgente  |
| SF | Sage-Femme  |
| SNH | Stratégie Nationale du Handicap  |
| SNIA | Stratégie Nationale sur l’Immigration et l’Asile |
| UNICEF | Fonds des Nations unies pour l'enfance |
| UPECEFVV | Unités de prise en charge des femmes et enfants victimes de violence des hôpitaux |

Préambule

Le Diagnostic Genre et Inclusion Sociale a été conduit pour service de base à l’élaboration de la stratégie régionale du genre et d’inclusion sociale dans le cadre de la mise en œuvre du Plan de Développement Régional de Tanger-Tétouan-Al Hoceima piloté par le Conseil Régional. Ce travail est le fruit de la volonté du Conseil Régional et de son organe de présentation qui est l’Agence d’Exécution de Projets (AREP) et l’appui du Programme ” Integrated Programme for Northern Morocco-Tackling Economic, Social & Security Challenges (IPNM-TESS)” financé par the British Embassy à Rabat (2017-2020) et mis en œuvre par DAI Europe (Development Alternatives, Inc) qui offre son assistance technique pour le renforcement des capacités du Conseil Régional de Tanger-Tétouan-Al Hoceima et d’appuyer le processus de la régionalisation avancée.

L’AREP a donc émis le souhait de disposer d’un diagnostic détaillé sur la situation de groupes vulnérables prioritaires mettant l’accent sur les principales inégalités d’accès aux services et les discriminations dont ils souffrent au niveau de la Région. Cela dans l’objectif d’assoir une stratégie régionale pour un développement socio-économique régional inclusif.

Ce rapport de diagnostic tente de ce fait offrir une base d’analyse approfondie des inégalités et des facteurs d’exclusion sociale des groupes défavorisés pour ressortir les axes stratégiques et les actions à mettre en œuvre pour garantir l’égalité des chances et l’inclusion sociale des personnes les plus défavorisés.

***REMERCIEMENTS***

*Nous tenons à remercier toutes les personnes qui par leur disponibilité et excellente collaboration ont contribué au bon déroulement de la mission de diagnostic ainsi que aux nombreuses personnes qui ont partagé leur analyse et perceptions de la situation des trois groupes cibles ainsi que leurs expériences et leurs idées pour améliorer les conditions de vie de ces groupes extrêmement vulnérables.*

*Nos vifs remerciements aux militantes de l’Association Assaida Al Horra en particulier Mme Zohra Dghoughi et Mme Fatima Zohra RGHIOUI pour leur appui à l’organisation du focus group avec les femmes porteuses de marchandises à Bab Sebta.*

Introduction

Au cours des dernières décennies, la Région Tanger-Tétouan-Al Hoceima (RTTAH) s’est engagée dans une dynamique économique sans précédent faisant d’elle un des plus importants leviers de croissance économique du pays. Cependant, **les inégalités entre les différents groupes sociaux** existent d’une façon marquées au niveau de la région, tant dans le domaine de l’éducation, la santé ou encore l’accès à l’emploi, ou la participation à l’économie en comparaison avec les autres régions du Royaume. Ces inégalités sont aggravées par des disparités intra-régionales, entre milieux et selon le genre.

Ainsi, plusieurs **catégories socialement exclues** continuent non seulement de ne pas bénéficier pleinement des retombées positives des opportunités offertes par le nouveau contexte régional mais elles entravent le développement de la région qui est alourdis par des problématiques sociales qui accentuent la précarité, la pauvreté et le mal-sociétal.

Dans le cadre du processus de régionalisation, la stratégie de développement régionale mis en place par le Conseil Régional et son organe exécutif qui est l’Agence d’Exécution de Projets (AREP) devra être pro-pauvres et inclusive en ciblant plus particulièrement les groupes sociaux les plus vulnérables par un meilleur accès aux services et aux opportunités économiques de la région. De plus, la régionalisation représente une opportunité pour mieux appréhender les problèmes sociaux et d’adopter la **logique de territoire** au lieu de celle centralisée qui a démontré ses limites. D’où la pertinence de tracer une stratégie régionale du Genre et d’Inclusion Sociale basée sur un diagnostic spécifique et concerté autour des inégalités. En effet, les inégalités retardent le développement qui engendre des problèmes dans le domaine social (analphabétisme, sous-qualification, problèmes de santé, pauvreté, chômage, etc.) qui, en cas de non-intervention, se creusant d’avantage en cercle vicieux.

Dans ce sens, le présent diagnostic s’emploie à définir les obstacles qui entravent un développement régional inclusif à la RTTAH pour **trois catégories cibles prioritaires** qui sont : les migrants, les femmes en situation précaire et les personnes en situation de handicap. Il sert de base à l’élaboration d’une stratégie régionale pour un développement socio-économique régional inclusif présentée dans un second livrable.

Méthodologie adoptée

**Phases de réalisation**

La mission d’une durée de 35 jour s’est déroulée entre juillet et septembre 2018 en deux phases de réalisation : la phase étude-diagnostic et la phase d’élaboration de la stratégie.

**Délimitation du cadre d’analyse**

Le présent diagnostic s’est basé sur un processus participatif impliquant les acteurs du territoire de la Région (acteurs publiques, organismes de la société civile, élus et citoyen(ne)s). Sur la base des orientations proposées et validées par l’AREP, le cadre d’analyse adopté dans le cadre de ce travail est le suivant :

* + Analyser l’écart dans l’accès aux services
	+ Analyser l’écart dans l’accès aux ressources économiques
	+ Analyser les discriminations, stéréotypes et les violences

Le diagnostic n’est pas une fin en soi, il est une étape primordial pour assoir la stratégie genre et inclusion sociale du Conseil Régional. Il a été donc important d’éclairer la démarche du diagnostic sur la base d’une finalité opérationnelle qui est l’élaboration de la stratégie et la recherche de solutions aux problématiques sociales.

**Délimitation du périmètre du diagnostic**

Les groupes vulnérables prioritaires désignés par l’AREP pour conduire cette mission :

* + Les femmes en situation précaire
	+ Les migrants
	+ Les personnes en situation d’handicap

**Méthodes de collectes de données**

* + Analyse des données secondaires, études et publications
	+ Entretiens semi-directifs avec les parties prenantes pré-identifiés (cf. annexe n°1)
	+ focus groups avec les groupes cibles

**Liste des contributeurs au diagnostic**

Acteurs publics au niveau de la RTTAH

* + Agence de Développement Social – Coordination régionale à Tanger
	+ Entraide Nationale au niveau central à Rabat
	+ Délégation Régionale de l’Entraide Nationale
	+ Services de l'INDH à la Wilaya
	+ Académie Régionale de l’Education et de la Formation
	+ Direction Régionale de la Santé
	+ Agence nationale de promotion de l'emploi et des compétences (ANAPEC) - Agence Régionale à Tanger
	+ Office de la Formation Professionnelle et de la Promotion du Travail (OFFPPT)
	+ Direction Régionale de l’Agriculture à Tanger
	+ Office Régional du Conseil Agricole

Acteurs de la société civile

* + Fondation Orient Occident, Organisation Marocaine des Droits Humains (OMDH) et Association Marocaine d'Appui à la Promotion de la Petite Entreprise (AMAPPE) – bureau du collectif à Tanger
	+ Association de Lutte Contre le Sida (ALCS) – section Tanger
	+ Association Caritas – section Tanger
	+ Organisation des Jeunes Africains (OJA) - Tanger
	+ Centre Marocain pour la Recherche et le Développement (CMRD) - Tanger
	+ Association 100 pour 100 mamans – Tanger
	+ Association Assaida Al Horra pour la Citoyenneté et l’Egalité des Chances – M’diq
	+ Association Nour pour le développement et la culture – Commune rurale de Melloussa
	+ Association Karama pour le Développement de a Femme – Tanger
	+ Réseau Espace de Citoyenneté - Maison de la Femme – Tanger
	+ Association Colombe Blanche (ACB) – Tétouan
	+ Association gestionnaire du Complexe Social de Ziaten – Tanger
	+ CEI ?

Organismes de la Coopération Internationale

* + La coopération suisse
	+ La Coopération Technique Belge

Focus groupe

Avec l’appui de l’Association Assaida Al Horra, un focus group a été organisé avec 4 femmes porteuses de marchandises à Bab Sebta.

**Contraintes rencontrées**

La durée imparti réservé à la mission de diagnostic et l’élaboration de la stratégie GIS est insuffisante pour élargir le champ de concertation sur les trois catégories. Certaines parties importantes n’ont pas été donc intégrées. Il s’agit notamment du secteur privé, l’Université et les communes.

De plus, la mission a coïncidé avec la période estivale (début juillet à fin août) ce qui a entravé la réalisation des focus group initialement prévu dans le cadre de ce diagnostic à savoir :

* Focus group à Tétouan : discussion du modèle développé sur les accessibilités et l’appui aux personnes en situation d’handicap dans la commune de Tétouan
* Focus group à Tanger : discussion de la situation des migrants (accès aux services de santé, formation/insertion), discussion des solutions et des projets
* Focus group à la Commune de FIFI : discussion de la situation de la femme en milieu rural, discussion des solutions et projets à développer : déperdition scolaire, opportunités économiques, discrimination et violences
* Focus group dans la commune de Louamra : discussion de la situation des travailleuses agricoles, conditions de travail, etc.

Des visites ont été également prévues pour rencontrer des organismes de la société civile à Al-Hoceima et à Ouezzane mais qui n’ont pas pu être réalisé

L’indisponibilité de données régionales sur les trois catégories cibles était également un frein à la réalisation du diagnostic régional. En effet, l’information existe généralement au niveau central ou sont conduites des études et enquêtes spécifiques aux trois catégories cibles sans spécifications aux réalités régionales notamment dans la RTTAH.

Chapitre 1 : Personnes en situation de handicap

*Pour une politique régionale inclusive aux services des PSH*

**Introduction**

Depuis l’adoption de la constitution de 2011 et de la loi-cadre en 2013, les pouvoirs publics se sont intéressés à la question du Handicap au Maroc et à la situation des Personnes en Situation de Handicap (PSH) selon une approche droit jusqu’à alors nouvelle dans le traitement de cette question. Tandis que les organismes de la société civile œuvrant dans le domaine du handicap, dans ces différents types, ont été actifs depuis les années 90s.

Bien que la question du handicap ait connu une certaine évolution durant ces dernières années au Maroc, l’ensemble des acteurs, y compris publics[[1]](#footnote-1), admettent que les résultats obtenus ne sont pas à la hauteur des attentes. Le gouvernement essaye de palier à cette insuffisance via l’adoption d'une politique publique claire et d’un plan d'action gouvernemental qui garantissent les droits et l’inclusion sociale des PSH au niveau de l’ensemble du pays. De leur côté, les Organismes de la Société Civile (OSC) critiquent l’absence jusqu’à aujourd’hui des lois d’application qui devraient faire suite à la loi-cadre 97-13. Ainsi que la mise en place effective de la politique nationale relative au Handicap.

La déclinaison d’une stratégie territorialisée et un engagement régional pour la promotion des droits des PSH et leur inclusion sociale pourra accroitre l’atteinte des objectifs et assurer des résultats concrets et perceptibles sur l’inclusion des PSH tel que souhaité. C’est dans ce sens que ce présent diagnostic a été élaboré avec la participation d’un ensemble d’acteurs régionaux et les OSC opérant auprès des PSH et l’analyse de la documentation disponible.

1. **Cadre légal et conventionnel relatif aux PSH**

*La Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées (CIDPH)*

La Maroc a ratifié la Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées (CIDPH) et son Protocole facultatif en 2009. Cette convention engage le Maroc pour assurer une inclusion effective des personnes en situation de handicap. Cette convention a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l’homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque[[2]](#footnote-2).

*La Constitution du Maroc*

La Constitution de 2011 a explicitement bannie les discriminations basées sur le handicap et a garantie la constitutionnalisation des droits politiques, économiques, sociaux et culturels des personnes en situation de handicap. Ainsi la constitution a consacré dans son préambule les principes de l'égalité des chances, du respect de la dignité de tous et de la justice sociale et de combattre les discriminations. La constitution a également accordée la primauté aux conventions internationales dûment ratifiées par lui sur le droit interne (dans le cadre des dispositions de la Constitution et des lois du Royaume et dans le respect de son identité nationale immuable). En outre, l’Article 34 engage les pouvoirs publics à élaborer et mettre en œuvre des politiques destinées aux handicapés physiques sensorimoteurs et mentaux pour leur réhabilitation et intégration dans la vie sociale et civile et pour faciliter leur jouissance des droits et libertés reconnus à tous.

*La loi-cadre N°97-13*

Le projet de loi cadre comporte plusieurs mesures et actions  permettant aux personnes en situation de handicap d’accéder à leurs droits fondamentaux dans les domaines de l'éducation et l’enseignement, la prévention et les soins de santé, la formation et l'insertion professionnelle, les accessibilités et de participer à des activités sportives, culturelles et de loisirs. Le projet de loi a été voté à l’unanimité par la Chambre des représentants le 10 février 2016, après son adoption au conseil des ministres le 14 octobre 2014 et à la chambre des conseillers le 23 juin 2015.

1. **Principaux concepts et définitions**

*Personnes handicapées***[[3]](#footnote-3)**

Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l’interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l’égalité avec les autres.

Le handicap n’est pas toujours « visible » (ex. personne sur chaise roulante). Il existe des handicaps qualifiés de « invisibles ». Un handicap physique est dit invisible  (soit 80% des handicaps) par le simple fait qu’il n’est pas perçu par autrui au premier contact (Handi-Capable, 2018)[[4]](#footnote-4). Il en existe plusieurs types tels que : la dyslexique, la basse vision ou la ‘’malentendante’’ légère, les maladies internes, etc.

Egalement, le handicap peut être durable (handicap long-terme) ou réversible (handicap court-terme). Au cours de sa vie active, une personne sur deux pourra être confrontée à une situation de handicap, qu’elle soit durable ou réversible (Handi-Capable, 2018).

*Discrimination fondée sur le handicap[[5]](#footnote-5)*

On entend par « discrimination fondée sur le handicap » toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le handicap qui a pour objet ou pour effet de compromettre ou réduire à néant la reconnaissance, la jouissance ou l’exercice, sur la base de l’égalité avec les autres, de tous les droits de l’homme et de toutes les libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel, civil ou autres. La discrimination fondée sur le handicap comprend toutes les formes de discrimination, y compris le refus d’aménagement raisonnable.

*Déficience [[6]](#footnote-6)*

Une déficience est une « perte de substance ou altération définitive ou provisoire, d’une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique». Elle peut être la conséquence d’une maladie, mais n’est pas la maladie elle-même. Par exemple, une perte de l’audition peut être la conséquence d’une pathologie (otite, encéphalites, oreillons), d’un traumatisme, d’une anomalie génétique ou du vieillissement.

*Limitations d’activités (ou fonctionnelles)[[7]](#footnote-7)*

Les limitations fonctionnelles désignent les incapacités qu’une personne peut avoir pour mener une activité. Les catégories d’activités sont l’éducation, l’utilisation des informations, la communication, le déplacement, la responsabilité personnelle et familiale et la relation avec autrui.

*Niveau de sévérité*

Dans la démarche adoptée par l’enquête nationale sur le Handicap, l’ensemble des taux ont été calculé en fonction des sévérités déclarées ou constatées durant les enquêtes afin d’identifier les catégories nécessitant des interventions dans le cadre des politiques publiques, en fonction des niveaux de sévérité. Ainsi 4 niveaux de sévérités ont été définies : léger, modéré, sévère et très sévère.

1. **Situation des personnes en situation d’handicap**
	1. **Situation globale des PSH au niveau de la région TTAH**
		1. **Taux de Prévalence du Handicap**

D’après la deuxième enquête nationale sur le handicap (ENPH) réalisée par le Ministère de la Famille, de la Solidarité, de l’Egalité et du Développement Social (MFSEDS) en 2014, le Taux National de Prévalence du Handicap est estimé à 6,8%[[8]](#footnote-8) soit 2.264.672 personnes ayant déclaré avoir des incapacités à divers degrés de sévérité (léger, modéré, sévère, très sévère) par rapport à une population totale de 33.304.000 (Projection 2014). Ainsi, en termes de ménages, 1 ménage sur quatre (24,5 %) Compte en son sein au moins une Personne en Situation de Handicap (PSH).

Au niveau de la région TTAH, le Taux Régional de Prévalence du Handicap montre que la région se situent au-delà de la moyenne nationale avec un taux équivalent à 11,42%[[9]](#footnote-9) (deuxième au niveau national) soit **353 952 personnes** dont 0,3 % des situations de handicaps identifiées par l’enquête sont classées dans la catégorie du handicap dit « très sévère » soit **7 772 personnes.**

* + 1. **Taux de prévalence du handicap selon le milieu, l’âge et le sexe**

Au niveau régional, le taux de prévalence du handicap augmente de 11,10% en milieu urbain à 12,00% en milieu rural. Selon l’ENPH, le taux de prévalence du handicap ne montre pas, en général, de différence statistiquement significative entre les milieux de résidence urbain/rural ni selon la variable sexe.

Cependant, l’enquête révèle que la prévalence du handicap change significativement selon les tranches d’âges. Au niveau national, 47,8% des PSH sont âgées de 60 ans et plus et les personnes âgées entre 15 et 59 ans représentent 45,5% de l’ensemble des PSH et 6,7% des PSH sont âgées de moins de 15 ans.

Ces tendances se confirment au niveau régional, puisque 21% des PSH sont âgées de moins de 15 ans, 55% sont âgées de 15 à 59 ans et 34% sont âgées de plus de 60 ans (Cf. tableau ci-dessous).

Tableau 1: Taux de prévalencedu handicap selon le type de handicap et les tranches d'ages dans la rttah (source: direction de la sante).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Type de Handicap | Tranches d’âges | Total |
| ≤ 15 ans | 16-59 ans | > 60ans |
| Moteur | 8.455 | 23.182 | 8.785 | **40.140** |
| Mental | 4.847 | 14.717 | 5.165 | **24.742** |
| Auditif | 2.608 | 5.429 | 2.789 | **10.829** |
| Visuel | 4.140 | 8.475 | 5.457 | **18.081** |
| Total handicap | 20.050 | 51.803 | 22.196 | **93.792** |
|  | 21% | 55% | 34% |  |

D’après l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS)[[10]](#footnote-10), l’estimation mondiale de la prévalence du handicap est en hausse en raison du vieillissement de la population, de la propagation rapide des maladies chroniques et des améliorations dans les méthodologies utilisées pour mesurer le handicap. Le rapport mondial sur le Handicap estime également que l’augmentation du taux du handicap est dû au fait que les populations vieillissent (les personnes âgées ont un risque plus élevé de handicap) et à l’augmentation mondiale des problèmes de santé chroniques associés à un handicap, comme le diabète, les maladies cardiovasculaires ou les maladies mentales. L’OMS estime que partout où l’espérance de vie dépasse 70 ans, chaque individu passera en moyenne huit ans de sa vie (11,5% de son existence) avec un handicap[[11]](#footnote-11). A noter que l’espérance de vie au Maroc est estimée actuellement à 75 ans.

Même si le taux de prévalence ne diffère pas selon le sexe, cependant les femmes sont doublement discriminées. La situation du handicap aggrave les discriminations chez les femmes et filles surtout si elles sont issues de milieu défavorisé et pauvre. Ces discriminations peuvent également évoluer vers des formes variées de violences, maltraitance, de viol et d’abus sexuel. Selon un rapport[[12]](#footnote-12) présenté par des ONG marocaines à l'ONU sur la violence contre les femmes en situation de handicap au Maroc, à l'occasion de la 18e session du comité sur les droits des personnes handicapées (2017), plus de 80 % des femmes avec des troubles mentaux sont victimes de violence au Maroc. « La vulnérabilité de ces femmes vient de facteurs risques liés à leur handicap comme le manque d’indépendance financière et la dépendance physique envers d’autres personnes », en ajoutant que ce sont souvent les proches qui abusent de ces femmes, comme le père, le mari, le frère, le voisin, un collègue ou un ami.

* + 1. **Taux de prévalence selon le type du handicap**

Selon les données de la direction régionale de la santé, la prévalence du handicap moteur est la plus importante au niveau régional (1,1%), suivi de celle du handicap mental (0,7%). La prévalence du handicap visuel et auditif vient en dernier (0,5% et 0,3%).

La province d’Ouezzane représente la prévalence au handicap la plus élevé au niveau de la région (6,8%). Alors que la province d’Al Hoceima représente le nombre le plus élevé en termes de nombre de population atteint de handicap (31 300 personnes).

Tableau 2: Prévalence du handicap au niveau des provinces selon le milieu et le type du handicap.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | TangerAssilah | Tétouan | M’diqFnideq | FahsAnjra | AlHoceima | Chef-chaouen | Ouezzane | Larache | Région TTAH | National |
| *Prévalence Handicap\* tout type* | 4,6% | 5,5% | 4,6% | 5,6% | 5,7% | 4,4% | 6,8% | 5,2% | 5,1% | 5,1 % |
| *en milieu urbain* | 4,5% | 5,5% | 4,5% | --- | 5,4% | 4,8% | 5,9% | 5,4% | 4,9% | 4,8 % |
| *en milieu rural* | 5,9% | 5,3% | 5,7% | 5,6% | 5,8% | 4,3% | 7,0% | 5,1% | 5,4% | 5,5 % |
| *Prévalence Handicap\* Moteur* | 0,6% | 1,2% | 2,5% | 0,07% | 3,4% | 0,4% | 0,7% | 0,5% | 1,1% | 2,5 % |
| *Prévalence Handicap\* Mental* | 0,5% | 1,0% | 1,3% | 0,04% | 1,7% | 0,1% | 0,5% | 0,3% | 0,7% | 3,7% |
| *Prévalence Handicap\* Auditif* | 0,2% | 0,2% | 0,4% | 0,01% | 1,0% | 0,1% | 0,3% | 0,2% | 0,3% | 1,2 % |
| *Prévalence Handicap\* Visuel* | 0,3% | 0,5% | 0,2% | 0,02% | 1,6% | 0,4% | 0,3% | 0,2% | 0,5% | 2,0 % |

Source : *Plan Stratégique Régional Santé et Handicap 2017 – 2021*

\*Handicap modéré à sévère dans Population générale

Tableau 3: Nombre des personnes en situation de handicap au niveau des province et selon le type de handicap.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Type du handicap  | Moteur  | Mental | Auditif | Visuel |
| Tanger  | 7 439 | 5 688 | 2 237 | 4 473 |
| Tétouan | 6 738 | 5 771 | 1 043 | 2 619 |
| M'diq | 5 720 | 3 004 | 862 | 598 |
| Fahs-Anjra | 55 | 37 | 13 | 20 |
| Al Hoceima | 13 680 | 6 840 | 4 306 | 6 487 |
| Chefchaouen | 1 795 | 396 | 364 | 1 880 |
| Ouezzane  | 2 208 | 1 503 | 1 002 | 1 002 |
| Larache  | 2 505 | 1 503 | 1 002 | 1 002 |

Source : Plan Stratégique Régional Santé et Handicap 2017 – 2021

* 1. **Inégalités dans l’accès aux services**
		1. **Inégalités dans l’accès à l’éducation et à la formation : des constats alarmants**

*Enseignement*

La situation d’accès au service d’éducation et de formation est alarmante. L’enquête nationale sur le handicap en 2014, ainsi que le recensement général de la population (RGPH 2014) ont révélé que plus de 60% (62% selon le RGPH et 66% selon l’ENPH) des personnes en situation d’handicap n’ont aucun niveau scolaire (contre 36,9% chez l’ensemble de la population).

Paradoxalement, le Maroc a pu réaliser un accès quasi-général des enfants au cycle primaire puisque le taux net de scolarisation se situe à 99,5% pour l’année scolaire 2013-2014, alors qu’il y a un peu plus de vingt ans, il était de 52,4%. Cette généralisation témoigne des efforts entrepris jusqu’à présent pour l’élimination des inégalités entre les sexes, entre milieux et interrégionales. Cependant, le taux de scolarisation des enfants en situation de handicap ne suit pas les tendances observées au sein de la population scolaire générale. Selon l’enquête nationale du Handicap, ce taux n’excède pas 37,8 % chez les enfants âgés de 6 à 11 ans.

Tableau 4: SCOLARITE des enfants en situation de handicap ( de modéré à très sévère) de 5 à 17 ans.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tranche d’âge | Taux de scolarisation (modéré à très sévère) | taux de scolarisation national (Données MENFP)  |
| De 6 à 17 ans  | 41,8% - |
| De 6 à 11 ans | 37,8 % | 99,5% |
| De 12 à 14 ans | 50,1% | 87,6% |
| De 15 à 17 ans | 39,9% | 61,1% |

Source : enquête nationale sur le handicap, 2014

Les **taux de scolarisation sont plus bas** pour l’ensemble des tranches d’âges des enfants en situation de handicap comparativement avec la population scolaire générale.

Selon les données transmises par l’AREF de la région TTAH, seul 178 enfants en SH, dont 67 filles, sont scolarisés dans les 19 classes intégrées[[13]](#footnote-13) disponibles au niveau régional. Cela démontre la très faible scolarisation des enfants en SH dans la région dans les classes intégrées.

Tableau 5: scolarisation des Enfants en situation de handicap dans les classes intégrées.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Direction provinciale | Nombre des classes intégrées | enfants en SH scolarisés dans les classes intégrées | dont filles  | Nombre des élèves des classes normales | dont filles |
| Tétouan | 4 | 30 | 15 | 457 | 153 |
| Tanger | 2 | 35 | 14 | 207 | 66 |
| Chefchaouen | 1 | 15 | 4 | 169 | 105 |
| M’diq | 0 | 0 | 0 | 241 | 89 |
| Fahs-Anjra | 1 | 7 | 3 | 118 | 48 |
| Larache | 1 | 8 | 4 | 237 | 96 |
| AL Hoceima | 8 | 61 | 18 | 315 | 148 |
| Ouezzane | 2 | 22 | 9 | 340 | 113 |
| Total  | **19** | **178** | **67** | **2084** | **818** |

*Source : Académie Régionale de l’Education et de la Formation TTAH, 2017-2018*

Selon les entretiens réalisés, cette situation est due à l’absence des conditions favorables à l’éducation et/ou à la continuation du parcours scolaires de ces enfants telles l’accessibilité physique des bâtiments, l’incapacité des administrateurs et enseignants des établissements scolaires de prendre en charge les spécificités des enfants en SH, le manque de personnel qualifié, le manque de formations spécialisées au personnel des établissements et les attitudes négatives dans l’environnement scolaire qui peuvent aboutir à des violences verbales et/ou physiques entre les élèves. Le mondial sur le handicap publié par la Banque Mondiale en 2011, souligne également des disparités importantes selon le milieu de résidence et le sexe. L’accès à l’école en milieu rural et/ou pour la petite fille est plus difficile.

Le type du handicap est également un facteur déterminant pour la scolarisation des enfants. Par exemple, les enfants atteints de déficiences mentales ou de communication exigent un encadrement rapproché par un personnel qualifié. Selon l’AREF, les ressources sont insuffisantes et la quasi-totalité de l’aide est octroyé par les parents eux-mêmes, surtout les mères des enfants en SH.

*[ …nous avons un cas d’une maman qui a accompagné son enfant atteint d’un handicap dans son parcours scolaire depuis le primaire au niveau de l’école. Aujourd’hui, il a obtenu son certificat de sixième année primaire… pour nous c’est une héroïne qui a consacré toute sa vie pour son fils… nous ne pouvions pas faire plus que de l’encourager…] responsable à l’AREF de la région TTAH.*

Selon une étude qui a été réalisée dans la région Souss-Massa en 2014 sur l’état des lieux de la scolarisation des ESH par l’AREF, Handicap International et l’UNICEF, les obstacles à la scolarisation identifiés sont répartis en trois catégories[[14]](#footnote-14) :

* **Au niveau Usagers (PSH, organisations représentatives…)** : Les attitudes négatives au sein de la population et le manque de connaissances qui sont dus aux croyances et pratiques traditionnelles, la pauvreté, sous-estimation des capacités des ESH, les parents ne voient pas l’intérêt d’envoyer les ESF à l’école, etc.
* **Au niveau des services :** Les enfants handicapés n’ont pas accès à un enseignement primaire inclusif de qualité pour les raisons suivantes :
	+ Enseignement, suivi et soutien inadaptés (programmes éducatifs inaccessibles et inadaptés, formation insuffisante des enseignants sur des questions clés, ressources, matériel didactique et pratiques d’enseignement inaccessibles, sérieux manque de suivi et de soutien, les filles et les garçons handicapés n’ont pas la parole ni le choix quant à leurs besoins éducatifs et à leurs aspirations.
	+ Environnement éducatif inaccessible : bâtiments et infrastructures scolaires inaccessibles, manque d’infrastructures sanitaires accessibles et convenables pour l’intimité (le rapport note que c’est une cause essentielle des taux élevés d’abandon parmi les adolescentes), équipements spécifiques nécessaires au soutien des garçons et filles handicapés coûteux et restreints aux emplacements urbains, manque de moyens de transport appropriés, manque de lumière naturelle dans les classes.
* **Au niveau des décideurs :** Manque de politiques éducatives inclusives aux niveaux national et local marqués par un manque d’information et de sensibilisation des décideurs, un contexte pauvre en ressources, une base de connaissances sur le handicap et l’Éducation Inclusive insuffisante, manque de mécanismes d’analyse des informations et d’échange des bonnes pratiques sur les principales questions relatives à le handicap et à l’éducation, du modèle médical du handicap ancré dans la société, d’un sérieux manque de données.

Les obstacles identifiés dans cette étude reprennent les obstacles discutés lors des entretiens effectués.

Au niveau de la Région, plusieurs associations prennent en charge la scolarisation des enfants en SH (cf. annexe N°2), plus particulièrement les enfants atteints de déficience mentale et de communication (autisme, malvoyants, malentendants…). Ces associations sont appuyé par des organismes tel que l’Entraide Nationale qui octroi des subventions annuelles pour le fonctionnement (ex. l’Association Hanane pour la protection des enfants handicapés de Tétouan reçoit 3MDH/an) ou d’autres partenaires qui appui la construction et l’équipement de leurs centres (INDH, Fondation Med V, fondations étrangères…).

*Formation professionnelle*

L’offre régionale en formation professionnelle pour les PSH est principalement gérée dans des centres crées par la Fondation Mohammed V ou l’INDH en partenariat avec l’OFPPT. Généralement, ces centres sont situés au niveau des quartiers défavorisés et offrent des apprentissages métiers comme la couture, la pâtisserie, et les métiers de services… dans un objectif d’auto-emploi. Pour les associations qui gèrent ces structures, l’octroi de formations-métiers et l’orientation vers la création de coopératives ou d’activités génératrices de revenus restent la seule alternative d’intégration économique des PSH en **absence de mécanismes publics qui prennent en charge leur inclusion dans les circuits de formation professionnelle et des services d’insertion au marché de l’emploi en partenariat avec le secteur privé**.

Au niveau de la région, il existe deux centres mixtes de la Fondation Mohammed V qui prennent en charge la formation des PSH au niveau de la ville de Tanger et de Chefchaouen. Un troisième centre sera inauguré dans la préfecture de M’diq. L’INDH a construit un centre qui offre des formations aux PSH dans le quartier Souani à Tanger.

Il est à noter que quelques OSC œuvrant dans le domaine du handicap au niveau de la région ont développé des services de formation professionnelle au profit des PSH semblables avec celles développé dans ces centres offrant des attestations non reconnues par l’Etat. L’Association Colombe Blanche par exemple a accompagné les PSH ayant un niveau d’éducation bas pour bénéficier de plusieurs formations en langues (communication en français et espagnol), en Nouvelles Technologies de l’Information et de la Communication (NTIC), les formations métiers (ex. pâtisserie). L’association a également accompagné les bénéficiaires pour la création de coopératives avec un appui pour l’achat du matériel et l’octroi du local au siège de l’association. Certaines coopératives ont été cependant vouées à l’échec à cause de manque d’engagement de ses membres et les conditions économiques précaires qui les poussent à vouloir avoir des revenus immédiats.

Il n’existe pas un programme ou une stratégie régionale pour l’inclusion des PSH dans le domaine de la formation professionnelle. La sensibilisation des acteurs régionaux pour offrir des services inclusifs de formation professionnelle, l’accessibilité physique des bâtiments, le développement de formation spécifique et la qualification des PSH pour l’intégration au niveau du marché de l’emploi local sont les principaux déficits soulevés lors des entretiens. De plus, l’enquête nationale sur le handicap a révélé que 60,1% des enquêtés souhaitent que l’on développe les opportunités d’emploi et de formation professionnelle à l’OFPPT (60,1%).

* + 1. **Inégalités dans l’accès à la santé**

*Cadre international et national*

Selon l’OMS, les PSH ont besoins de deux types de soins : généraux semblables au reste de la population et spécialisés nécessitant un savoir et des compétences spécifiques. Les PSH ont les mêmes besoins de soins de santé généraux que toute autre personne. Mais dans la diversité du handicap, certaines affections associées au handicap entraînent une santé fragile et des besoins de soins de santé importants. L’article 25 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées renforce les droits de ces dernières afin qu’elles atteignent la qualité de soins la plus élevée sans discrimination.

*Obstacles aux soins de santé*

L’enquête nationale sur le handicap a révélé que 60,8% des PSH ont des difficultés d’accès aux services de santé, dont 62,9% par manque de moyens financiers alors que seuls 34,1% des PSH bénéficient d’un régime d’assurance maladie (ex. RAMED avec plus de 60%, CNSS, CNOPS…).

Le rapport du Conseil Economique Social et Environnemental (CESE) a dressé une situation critique de l’accès des PSH aux services de soins :

* L’offre de soins généraux du système marocain de santé est inaccessible pour 60,8% des personnes en situation de handicap,
* Les principales causes sont : pour des raisons financières, et en raison soit de l’absence soit de l’éloignement des établissements et des structures soins de santé.
* Plus du tiers (37,5%) des personnes en situation de handicap modéré à très sévère ont besoin d’aides techniques, or 38% d’entre elles vivent en milieu rural et 67.7% souffrent d’une déficience motrice (soit près de 170.000 personnes), ce qui limite leur accès aux soins.
* Une personne sur trois (31,4%) seulement accède à l’aide technique dont elle a besoin au quotidien.
* La majorité (53%) de ces personnes pourvoit à ses besoins d’aides techniques et d’appareillage par appel à des dispositifs de bienfaisance privés, notamment l’aide familiale (35%), l’aide d’une association ou d’un bienfaiteur (23,4%). L’aide accordée par les institutions publiques reste minime (4,4%).
* Le financement des aides techniques est marginalement couvert par les organismes de protection sociale, 10,2% des cas est financé par la CNSS, une assurance ou une mutuelle.

*Infrastructures régionales*

En termes d’infrastructures, la région dispose de 3 Centres Intégrés d’Appareillage Orthopédiques et de Rééducation et 49 salles de rééducation extra et intra hospitalières dont 11 ateliers d’appareillage, 23 salles de kinésithérapie, 7 salles d’orthophonie et 8 salles d’orthoptie. Il est à signaler l’absence de salles de psychomotricité et de salles au niveau des Etablissements de Soins de Santé Primaire, ce qui questionne la disponibilité de ces soins en milieu rural vu les difficultés d’accessibilité pour les PSH et les coûts financiers du déplacement.

Tableau 6: répartition des structures de santé spécifiques aux soins des PSH dans la RTTAH.

|  |  |
| --- | --- |
| Structures  | Consistance (Nombre de salles) |
| Atelier d’appareillage | Kinési thérapie | Ortho phonie | Orthoptie |
| Centre Intégré de Rééducation et d’Appareillage Régional | 1 | 2 | 0 | 0 |
| Centre Intégré de Rééducation Provincial | 7 | 7 | 3 | 3 |
| Salles de rééducation intra-hospitalières | 3 | 14 | 4 | 5 |
| [[15]](#footnote-15)Salles de rééducation au niveau des ESSP | 0 | 0 | 0 | 0 |

Source : Plan Stratégique Régional Santé et Handicap 2017 – 2021

Figure 1:CARTE REPRESENTANT LES STRUCTURES DE SOINS AUX PSH AU NIVEAU DES PROVINCES.

****

Source : Plan Stratégique Régional Santé et Handicap 2017 – 2021

En plus des centres de rééducation et d’accompagnement publics que se sont développé au niveau du territoire de la région avec l’adoption des politiques nationales pour la des promotions droits des PSH, plusieurs centres de réhabilitation sont gérés par des associations et d’autres en nombre plus importants qui relèvent du secteur privé.

En termes de ressources humaines, la région dispose de 131 professionnels relevant du secteur public dont 3 spécialistes en médecine physique et réadaptation uniquement. La Direction de santé déplore le manque de ressources humaines au niveau de la région entre autre les psychiatres (2,5 psychiatres affectés au service public dans l’ensemble de la région pour tout type de patients) et les médecins spécialisés en Médecine Physique et Réadaptation (MPR).

Tableau 7: Effectif des profesionnels de santé spécialises.

|  |  |
| --- | --- |
| Profil | Effectif de la région |
| *Spécialiste en médecine physique et réadaptation* | 3 |
| *Kinésithérapeutes* | 56 |
| *Orthophoniste* | 12 |
| *Orthoptiste* | 13 |
| *Psychomotricien* | 12 |
| *Orthoprothésiste* | 11 |
| *Assistant(e) social(e)* | 24 |
| *Aide-soignant* | 0 |

Pour combler au déficit entre les territoires au niveau de la région, la direction de santé prévoit à l’horizon 2021, la construction d’un Centre Intégré Provincial de Rééducation (CIRP) au niveau de chaque Chef-lieu de province équipé d’une unité mobile pour effectuer des déplacements au niveau rural.

*Besoins identifiés au niveau de la région*

Au niveau de la région, la direction de la santé a dressé un certain nombre de difficultés et d’insuffisantes faisant obstacles à l’accès aux soins de santé pour les PSH relatives aux moyens humains et matériels de la direction :

* Manque de disponibilité de ressources humaines spécialisées en réhabilitation et de lits d’hospitalisation (besoins de 18 médecins spécialistes en MPR à l’horizon 2021 et de 60 lits d’hospitalisation supplémentaire pour les malades nécessitant des soins de réhabilitation)
* Renforcement de la formation de base et la formation continue dans le domaine de Handicap
* Améliorer les accessibilités aux infrastructures de santé (accessibilité physique, pour les malvoyants...)
* La desserte du milieu rural en services de soins au profit des PSH
* Les discriminations et la stigmatisation à l’encontre des PSH
* Déficit régional en matière de prise en charge du handicap mental

Afin de pallier à ces déficits, la direction régionale de la Santé a tracé un plan stratégique régional santé et handicap (2017-2021). Ce plan comporte 6 axes stratégiques, 29 mesures et 56 actions à entreprendre. Certaines actions nécessitent la collaboration des collectivités territoriales et des élus.

* 1. **Inégalités dans l’accès aux opportunités économiques**
		1. **Situation global de l’emploi chez les PSH**

Selon l’enquête nationale, le taux d’emploi des PSH en âge d’activité est de 13,6%. Comparé au taux d’emploi national (50% en 2014 selon le HCP[[16]](#footnote-16)), le taux d’emploi des PSH est trois fois plus faible.

Alors que le taux de chômage des personnes en situation du handicap, de modéré à très sévère, est à 67.75%. Ce taux est 6 fois plus supérieur à celui du taux de chômage national (10,6% en 2014 selon le HCP).

L’enquête a mis également l’accent sur le taux de féminisation de l’emploi chez les PSH. Ainsi, les femmes en situation de handicap ont neuf fois moins de chance de trouver un emploi que les hommes en situation de handicap (Taux d’emploi des hommes en SH est de 22% contre un taux d’emploi des femmes de 2,7%). La femme en situation de handicap subit ainsi une double discrimination basée sur le genre et une deuxième basée sur le handicap (ENPH, 2014).

L’employabilité des PSH est fortement liée à la nature de la déficience. Selon l’enquête, le taux d’emploi des malvoyants est le plus élevé (26,5%) alors que celui des personnes souffrants de déficience du langage et de la parole est le plus faible (7,9%).

* **Obstacles entravant l’accès des PSH à l’emploi**

Selon l’ENPH, l’accès des PSH à l’emploi est entravé par plusieurs obstacles qui ont été identifiés comme suit :

1. Le faible niveau de formation des PSH soit par la non-scolarisation ou l’interruption du parcours scolaires dès l’enfance ou le faible niveau de qualification professionnelle qui entrave leur accès au marché de travail ;
2. Absence de conditions adaptées à l’exercice d’une activité pour une PSH active occupée (Accessibilité, aménagements de poste de travail, etc.)
3. Absence de mécanisme d’intermédiation efficace et adapté pour faciliter l’accès des PSH aux opportunités d’emploi adaptés (selon l’enquête, 30,8% déclarent avoir trouvé un emploi à travers des relations familiales et personnelles, 32% travaillent à leur compte, et 15% travaillent famille)
4. Absence de mécanisme de sensibilisation et de voix de partenariat avec le secteur privé pour l’intégration et le maintien des PSH
5. Forte discrimination lié à l’emploi des PSH (perceptions négatives d’incapacité d’accomplir le travail, sous-estimation du potentiel, perte d’emploi à cause du handicap…).

1. **Programmes et initiatives existantes**
	1. **Les politiques nationales relatives au Handicap**

*Enquête nationale sur le Handicap*

L’article 31 de la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées invite les états signataires à mener des recherches et des études dans le domaine de la promotion des droits des personnes en situation de handicap. Le Ministère de la Famille, de la Solidarité, de l’Egalité et du Développement Social (MFSEDS) a donc mené jusqu’à présent deux enquêtes nationales sur le handicap. Le Ministère a lancé, en 2014, la deuxième enquête nationale sur le handicap. Cette enquête a permis d’avoir des données quantitatives et qualitatives sur la situation du handicap et sur les personnes en situation de handicap au Maroc.

Au niveau de la région TTAH, la nécessité de mener des études spécifiques aux PSH est primordiale pour appuyer la politique régionale dans le domaine de la promotion des droits et l’inclusion des personnes en situation de handicap. Ces enquêtes devraient en plus de mieux connaître cette population mais également de l**’identifier** et de la **cibler** dans le cadre de ces projets et programmes

*La stratégie nationale : le pôle social 4+4[[17]](#footnote-17)*

Le Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social a lancé la stratégie du pôle social dans l’objectif d’accélérer la mise en œuvre du projet national  en ce qui concerne la promotion des droits de l’Homme pour un développement social durable et équitable.

Relativement aux PSH, la politique publique intégrée pour la promotion des Droits des Personnes en Situation de Handicap a été adopté en novembre 2015 dont l’objectif est de garantir l’accès aux Droits et renforcer la participation sociale des personnes en situation de Handicap conformément aux engagements internationaux et à la nouvelle constitution par la définition et la mise en œuvre d’une politique gouvernementale en la matière.

Cette politique est axée sur plusieurs aspects relatifs aux droits, au cadre légal, aux services au profit des PSH et à l’amélioration de la gouvernance de l’action publique.

Afin d’appuyer la mise en place et le suivi de la stratégie nationale du pôle sociale, le Conseil Régional devra mettre en place un comité régional de coordination avec le MSFFDS impliquant ses organismes de coordination à savoir l’EN et l’ADS. Ce comité devra s’assurer la mise en place des actions de la stratégie au niveau de la région, apporter ses recommandations, appuyer ses activités et assurer une meilleure coordination des acteurs territoriaux.

*Fonds d’appui à la cohésion sociale et prestations offertes aux PSH*

Depuis 2012 et en application du programme gouvernemental dans le domaine de la prise en charge des personnes en situation de handicap, un fonds d’appui à la cohésion sociale a été mis en place comme étant un nouveau mécanisme d’appui. Le montant total des recettes affectées au fonds, depuis sa création en 2012 jusqu'à fin 2016, s’élève à 15.257 MDH[[18]](#footnote-18). Au titre du budget de l’année 2016, le gouvernement Marocain a mobilisé 111 millions de dirhams pour le financement des prestations au profit des PSH dans le cadre du Fonds d’Appui à la Cohésion Sociale[[19]](#footnote-19).

Il porte sur 4 axes d’intervention :

* l’Amélioration des conditions de **scolarisation** des enfants en situation de handicap (prestations éducatives, de réhabilitation, de formation et de soins fonctionnels, offertes par les associations au sein des centres spécialisés ou dans les établissements scolaires inclusifs) ;
* l’Acquisition des **appareils spécifiques** et autres aides techniques (appareils et systèmes pour prévenir ou d’atténuer le degré de déficience) ;
* l’Encouragement à **l’insertion professionnelle** et des activités génératrices de revenus (production de biens ou services à but génératrice de revenus) ;
* la Contribution à la création et à la gestion des **centres d’accueil** des PSH (espaces relevant de l’Entraide Nationale, réaménagement et équipements en tant que centres d’accueil, d’orientation et d’offre de prestations du fonds d’appui à la cohésion sociale).

Ce fonds finance donc la création et la mise en fonction des Centres d’Orientation et d’Accueil des Personnes en Situation de Handicap (COAPH), l’appui aux associations gestionnaires des centres d’accueil des PSH, les établissements scolaires intégrants les ESH, les projets d’insertion économique des PSH, la dotation en appareillage et les aides techniques, etc.

la stratégie régionale devra donc prévoir la création d’un mécanisme de coordination à l’échelle régionale pour assurer un effet de levier autour des financements du fonds de cohésion sociale et permettre ainsi une meilleure synergie entre les acteurs.

* 1. **Les centres d’accueil au profit des PSH**

*Les centres relevant du Programme de l’éducation et de la formation des personnes en situation de handicap*

Le MFSEDS a lancé en 2016 le programme de l’éducation et de la formation des personnes en situation de handicap en coordination avec toutes les parties concernées par l'éducation et la formation des personnes en situation de handicap, en particulier le Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle.

Dans le cadre de ce programme, le MFSEDS encourage des initiatives des associations œuvrant dans le domaine de l'éducation et de la rééducation des enfants en situation de handicap pour  créer  des centres d’éducation qui leurs sont dédiés,  les équiper,  les appuyer ou les réglementer (Cf. annexe n°2). Il essaye également de créer des liens de coopération à l'intérieur et à l'extérieur du Maroc pour développer la qualité des prestations et les compétences du personnel de ces centres.

Compte tenu de la situation sociale des familles pauvres ayant des enfants en situation de handicap, et vu le coût élevé de l'éducation de ces enfants dans des centres d'enseignement spécialisé, le Ministère contribue  à la prise en charge de la scolarisation de ces enfants, en apportant son soutien aux associations qui gèrent les centres spécialisés.

Le programme prévoit également à offre aux  centres spécialisés des conditions favorables pour les aider à offrir aux enfants en situation de handicap profond des prestations éducatives, médicales, paramédicales, de formation et de réadaptation de qualité. Ainsi qu’à créer des passerelles entre le **centre spécialisé et l'école  normale**.

Or, les entretiens menés auprès des OSC a révélé que plusieurs associations font face aux manques de moyens matériels et des fonds de roulements assurant le recrutement du personnel qualifié et suffisant tout en lui assurant une formation continue. Les associations gestionnaires de ces centres peinent à offrir les services nécessaires aux bénéficiaires et à leurs familles, plus particulièrement les catégories les plus vulnérables telles que les enfants atteints de déficiences mentales.

*Centres d’Orientation et d’Accueil des Personnes en Situation de Handicap (COAPH)*

Le Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social a procédé  à la création de centres d’orientation et d’accueil des personnes en situation de handicap, en collaboration avec l’Entraide Nationale via les coordinations régionales et les délégations provinciales  dans la perspective d’une éventuelle généralisation dans les différentes régions et provinces du Maroc.

La région TTAH est dotée de quatre Centres d’Orientation et d’Appui aux PSH (COAPH) relevant des représentations de l’Entraide Nationale au niveau de la ville de Tanger, d’Al Hoceima, Larache et Chefchaouen. La desserte de la région en COAPH est très faible.

Les prestations offertes au sein des centres :

* Accueil des personnes en situation de handicap, enfants en SH, leurs familles et les associations qui œuvrent dans le domaine du handicap;
* Orientation de ces personnes aux services spécialisés, aux institutions et aux associations de la société civile, en fonction de la nature des demandes et besoins;
* Octroi des aides techniques ;
* Etude des demandes d’obtention des appareils orthopédiques ;
* Octroi des dossiers médicaux nécessaires pour la demande de la carte de de handicapé ;
* Mise en place d’une base de données relative aux demandes formulées et celles satisfaites;
* Archive des dossiers des bénéficiaires, selon la nature des demandes.

Or, il est à noter que les COAPH au niveau de la région TTAH sont sous-occupés et n’atteignent pas leur capacité maximale. Cela est probablement dû à leur mise en place récente de ces centres qui nécessite une stratégie de communication auprès des bénéficiaires cibles.

*Les centres d'accueil des personnes en situation de handicap appuyés par le MFSEDS*

Selon le guide des centres[[20]](#footnote-20) d’accueil des PSH élaboré par le MFSEDS, la région TTAH comprends 14 centres d’accueil des PSH appuyés par le Ministère et dont deux seulement sont autorisés.

Ils sont répartis géographiquement selon le tableau ci-dessous :

Tableau 8: centre d'acceuil des PSH appuyés par le MSFFDS dans la RTTAH.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Type Handicap | Non du centre | Ville | Organisme de gestion | Capacité |
|
|  Centres d'accueil des personnes personnes présentant un handicap mental |
| Autisme | Institut Princesse Lalla Meryem pour enfants autistes | Tanger | Association des parents et amis des enfants de l'institut Lalla Meryem pour les enfants autistes | 40 |
| Autisme | Centre Yahya pour les enfants autistes | Tetouan | Association Yahya pour les enfants autistes | 100 |
| Trisomie | Centre pour les enfants atteint de handicap mental | Tetouan | Association Ichrakat Qalb des parents et amis d'enfants trisomiques | 78 |
|  Centres d'accueil des personnes personnes présentant un handicap auditif |
| Auditif | Club d'unclusion des sourds et muets | Larache | ASSOCIATION UNION DES SOURDS ET MUETS | 91 |
| Auditif | Centre Sinwane d'Education, d'Enseignement et de Qualification des Malentendants | Tanger |  Association aide et secours | 32 |
|  Centres d'accueil des personnes personnes présentant un handicap visuel |
| Visuel | Institut Taha Hossein | Tetouan | اOrganisation Alaouite pour la Promotion des Aveugles au Maroc (O.A.P.A.M) | 73 |
| Visuel | Institut de l'O.A.P.A.M | Tanger | Organisation Alaouite pour la Promotion des Aveugles au Maroc (O.A.P.A.M) | 27 |
| Visuel | Centre de réhabilitation des non-voyants | Tetouan | Association Louis BRAILLE | 40 |
| Centres d'accueil des personnes souffrant de handicaps multiples |
| Multiple | Centre mixte de formation professionnelle | Chefchaouen | Association d'appui au Programme de Réadaptation à Base Communautaire | 200 |
| Multiple | Centre Basma | Tanger | Association Basma pour l'inclusion sociale de l'enfant handicapé mental | 50 |
| Multiple | Centre de l'association Atfal El Janna | Tanger | Association Atfal El Janna | 120 |
| Multiple | Centre de l'association d'appui au Programme de Réadaptation à Base Communautaire | Tanger | Association d'appui au Programme de Réadaptation à Base Communautaire en partenariat avec l'association Al Basma | 80 |
| Moteur - Multiple | Centre de l'association Dar El Hana pour les enfants handicapés | Tanger | ASSOCIATION DAR EL HANA POUR LES HANDICAPES | 34 |
| Multiple | Complexe d’éducation, de formation et de qualification | Tetouan | Association Hanane pour la protection des enfants handicapés | 621 |

Source : site du MSFFDS, 2018

*Centres d’accueil crées et gérés par des OSC*

Plusieurs associations œuvrant dans le domaine du handicap possèdent des centres pour l’accueil et l’offre de service au profit des PSH. Cependant, aucun listing des centres existants n’est disponible.

Le Conseil Régional pourra fournir un appui technique et financier auprès de ces centres très prioritaires pour l’inclusion des PSH dans la société. Un mapping et un diagnostic complet des besoins ainsi qu’une coordination des efforts en termes de formation, de dotation de matériel et des recherches de financement est nécessaire. Le CRTTAH pourra également réinvestir le savoir-faire accumulé par certaines associations pour créer des centres dans les zones non-desservies et mettre en place des dispositifs innovants pour servir les ESH du milieu rural et de favoriser le lien entre ces centres et les services publics tels que l’éducation, la formation professionnelle et les établissements de santé.

* 1. **Les initiatives d’appui à l’accessibilité de l’espace public aux PSH**

*Programme de coopération entre le MFSEDS et la banque mondiale sur les accessibilités*

Dans le cadre de la stratégie de l’amélioration des déplacements urbains, un programme d’action en matière d’accessibilité des PSH a été lancé suite à un don de la part de la Banque Mondiale au profit du MFSEDS pour l’amélioration des déplacements urbains en faveur des personnes à mobilité réduite (2.850 000, 00 dollar américain accordé le 2 mars 2012).

Les objectifs de ce programme :

* Mise en place des accessibilités urbanistiques et architecturales dans des artères principales, les établissements recevant le public et les espaces ouverts au public à la ville de Marrakech comme ville pilote
* Identifier les besoins en matière d’accessibilité pour certaines villes principales (Rabat, Casablanca, Oujda et **Tanger**)
* Renforcer les compétences des intervenants directs et acteurs dans la construction et l’urbanisme en matière d’accessibilité
* Renforcer les compétences de la société civile dans le domaine des accessibilités
* Diffuser la culture des accessibilités et sensibiliser à sa prise de conscience
* Mettre à la disposition des acteurs et intervenants en matière de construction, d’urbanisme et du transport des normes et des mesures réglementaires pour mieux appliquer l’accessibilité

Dans le cadre de ce programme, une étude a été élaborée dans la ville de Casablanca pour l’identification et l’inventaire des besoins en aménagement urbain pour l’amélioration des accessibilités de voiries, des espaces publics et accès aux établissements ouverts au public de la ville de Casablanca. Elle vise la sensibilisation des acteurs impliqués au niveau local,  régional et central et même les bailleurs de fonds pour s’encourager à la mise en œuvre de ces résultats. Il est prévu également de réaliser une étude semblable dans la ville de Tanger.

*Projet pilote pour l’accessibilité dans la ville de Tétouan*

La commune de Tétouan en partenariat avec l’Association Colombe Blanche (ACB) a mis en œuvre un projet pilote d’aménagement urbain sur un des carrefours de la ville prenant en compte les besoins des PSH. Pour l’ACB, le modèle développé sur ce site pilote répond aux normes internationales avec quelques ajustements additionnels encore nécessaires. Un modèle qui devrait être élargie à l’ensemble de la commune de Tétouan et à l’ensemble des centres urbains du Nord pour garantir un espace urbain accessible pour tous.

Le Conseil Régional pourra s’acquérir des résultats des travaux existants en coordination avec leurs initiateurs afin de mettre en place un programme régional pour l’accessibilité : diagnostic des espaces publics, adoption des aménagements de réadaptation, formation et sensibilisation des acteurs responsables de l’aménagement des espaces, création de mécanisme d’appui et de contrôle des futurs projets d’aménagement, etc.

* 1. **La formation professionnelle et l’insertion à l’emploi et à l’auto-emploi**

*Initiatives associatives*

Les associations œuvrant dans le domaine du handicap offre le service de formation professionnelle au profit des PSH dans des domaines traditionnellement choisis par l’ensemble des partenaires tels que : la couture, la pâtisserie, l’informatique, etc. A noter que les diplômes délivrés à l’issue de ces formations ne sont pas reconnues par l’Etat ce qui entrave l’intégration au marché de l’emploi.

Pour l’ACB[[21]](#footnote-21), la formation professionnelle est un volet important pour assurer l’inclusion des PSH dans l’emploi et ainsi leur assurer une autonomie financière pour une inclusion dans la société et mettre fin à l’approche caritative vis-à-vis de cette population de personnes. Ainsi, l’association a créé un « Centre de formation et de sensibilisation pour l’intégration socioprofessionnel des PSH » l’objectif est de donner aux PSH leur chance pour accéder à une formation professionnelle en attendant que les établissements publics en la matière s’ouvrent plus sur les PSH. L’association a également développé des cours d’alphabétisation au profit des autistes, avec le soutien de formateurs volontaires.

|  |
| --- |
| Exemple de projets d’insertion professionnelle de l’ACB  |
| Projet de création d’un Centre de formation et de sensibilisation et insertion professionnelle pour les handicapés de TétouanCréation d’unités productives autonomes des PSH Coopérative Naâma en 2004 et Coopérative Al Amal en 2003 Soutien de trois membres de la coopérative Al Amal ayant créé des unités productives privées en 2005 Projet « Formation pour l’intégration professionnelle des filles en situation d’handicap en 2006 » : Distribution de 14 piqueuses surgiteuses en faveur de 7 bénéficiaires ayant profité d’une formation en matière de couture |

L’auto-emploi individuel ou collectif est une des voies privilégiées des initiatives d’inclusion économique des PSH pour dépasser les obstacles de sous-qualification et la fermeture des voies d’insertion aux niveaux des entreprises. Cependant, cette voie d’insertion nécessite un appui financier, des formations continues, d’un accompagnement de proximité qui pourront s’inscrire dans un programme d’appui portée par la Maison de l’Economie Sociale et Solidaire. Il est également important d’apporter un appui à la commercialisation notamment par la création d’un centre commercial solidaire au niveau de la ville de Tanger.

*Entraide Nationale et ANAPEC*

L’Entraide Nationale (à travers les COAPH) en partenariat avec l’ANAPEC mettent au service des PSH un dispositif d’appui et d’accompagnement pour la création des projets entrepreneurials et d’AGR. Les COAPH sont chargé d’orienter les PSH vers les possibilités de financements et d’accompagnement offerts en matière d’insertion professionnelle et d’appui à la création d’AGR. Ce programme vise l’inclusion sociale des PSH par l’appui aux initiatives entrepreneuriales individuelles ou collectives (autoentrepreneurs, entreprises ou coopératives).

Le montant de la subvention est plafonné à hauteur de 60 000 DH pour les initiatives individuelles et 200 000 DH pour les initiatives collectives.

Au niveau national, le programme a pu financer plus de 1200 projets durant 2 ans. Le taux de réussite communiqué par l’EN est de l’ordre de 99%. Au niveau régional, le programme a pu financer 95% des projets déposés soit 20 projets durant l’année 2017. Le nombre faible des octrois des subventions est expliqué par la nouveauté du dispositif d’où la nécessité d’un plan de communication adéquat auprès des populations ciblées.

*Projet Kafaat Liljamia (2017-2020)*

En partenariat avec le Département de la Formation Professionnelle (DFP), ce projet est lancé par le British Council et l'Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement (AECID) dans deux régions pilotes dont la Région TTAH[[22]](#footnote-22). Son objectif est d'appuyer le développement d'un modèle de gouvernance du système de formation professionnelle régional axé sur le marché du travail. Le projet prévoit d’appuyer les acteurs locaux de la formation professionnelle du secteur public et du secteur privé et l'octroi d'un appui financier sous forme de subvention à des projets pilotes. Concrètement, le programme de subvention est destiné à soutenir des initiatives locales visant à assurer **l'inclusion des groupes éloignés de l'emploi**.

*Les Career-Centers*

En partenariat avec l’USAID, la ville de Tanger est dotée de deux Career-Centers (le centre de l’Université Adbelmalek Assaadi au niveau de l’Ecole Nationale des Sciences Appliquées et le centre situé à Institut Spécialisé dans les Métiers de l’Offshoring et les Nouvelles Technologies de l'information et de la Communication). Les centres offrent les services d’aide à l’insertion des jeunes : auto-diagnostic, orientation et informations sur les secteurs et les métiers, préparation à l’emploi, ainsi que des ateliers de formation, etc. A noter qu’il existe également un Career Center virtuel « [careercenter.ma](http://www.careercenter.ma/) » qui offre les principaux services des Career Centers physiques. Selon les responsables de l’Association Colombe Blanche, un séminaire régional sur l’emploi des PSH est en cours de préparation par le Carrer Center de Tanger.

*Place du secteur privé dans l’inclusion des PSH*

Plusieurs initiatives portées par la CGEM et plus spécialement par la Commission RSE & Label en partenariat avec des organisations œuvrant dans le domaine du handicap ont vu le jour à savoir : i) le programme INCORPORA, ii) la mise en place du Groupe de Travail « Handicap » constituant un espace d’échange, de partage et de coordination des actions entre le secteur privé, les associations et d’autres acteurs impliqués sur le sujet, iii) la publication du guide « Inclusion et employabilité des Personnes en Situation de Handicap », iv) le partenariat renouvelé et continu entre la CGEM, le Groupe AMH et HI pour l’accompagnement gratuit des entreprises pour la mise en place d’une politique globale « Handicap », v) l'accord de partenariat public-privé pour le développement" (APPPD) pour promouvoir la responsabilité sociétale des entreprises (RSE) au Maroc financé par l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID).

Ces initiatives viennent pour sensibiliser et appuyer les entreprises marocaines à intégrer le principe de la RSE et plus particulièrement à agir en faveur de l’insertion des PSH.

Dans ce sens, le CR pourra mettre en place un programme de partenariat Public-Privé impliquant la CGEM-Nord, les gestionnaires des zones industrielles, les entreprises de la région et les associations professionnelles, les ONG telles que Handicap International et Groupe AMH et les associations locales afin d’appuyer la formation et l’insertion des PSH de la Région dans les entreprises de la Région. Exemple d’activités à développer : journées d’étude et de formation au profit des entreprises, organisation d’un forum régional d’emploi dédié au PSH, création d’une plateforme d’appui à l’insertion des PSH dans les entreprises, octroi d’un label « entreprise engagé pour l’inclusion », etc.

Chapitre 2 : Femmes en situation précaire

*Une Politique Régionale pour la lutte contre la précarité féminine*

**Introduction**

Les inégalités entre femmes et hommes ont des répercussions négatifs soit économiques que sociales sur le processus de développement des pays. C’est un constat partagé au niveau mondial. En effet, les inégalités conduisent à une affectation inefficace des ressources et retardent, par conséquent, le développement en général et la croissance économique en particulier.

Pour le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), l’objectif 5 des Objectifs de Développement Durable (ODD) « Égalité entre les sexes » fait de l’autonomisation des femmes et de la promotion de l’égalité entre les sexes un déterminant pour accélérer le développement durable et considère que mettre fin à toutes les formes de discrimination envers les femmes et les filles est un droit humain fondamental, qui se reflète sur tous les autres domaines de développement.

Au niveau national, la problématique sociale est une contrainte majeure pour le développement du pays et la lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité restent les plus grand défis actuels surtout en milieu rural. Les inégalités entre les femmes et les hommes accentuent le problème social en créant un cercle vicieux de pauvreté et de vulnérabilité.

Dans le cadre de ce chapitre, le diagnostic portera sur l’analyse des inégalités d’accès aux services pour les femmes au niveau de la RTTAH, plus particulièrement l’éducation et la formation qui entravent leur réelle implication sociale et économique. Ainsi que l’accès aux services de santé maternelle et les services de prise en charge en cas de violence. L’ensemble de ces inégalités sont à l’origine des vulnérabilités des femmes. Egalement, le diagnostic mettra l’accent sur la situation des femmes considérées en situation précaire, à savoir les femmes victimes de violences, les mamans célibataires et les travailleuses dans des conditions précaires (porteuses de marchandises à Bab Sebta).

1. **Contexte législatif et institutionnel national**

Le Maroc jouit d’organisations de la société civile active dans le domaine de droits humains et de l’égalité entre hommes et femmes qui ont plaidé pendant des décennies pour la construction d’une société de droits et d’égalité. Ces mouvements ont été suivis par une volonté politique de faire de la question de l’égalité hommes-femmes une des priorités nationales et par le lancement de la part des pouvoirs publics d’importantes réformes et l’adoption de nouvelles lois et mesures. Parmi les principales réformes :

* La Constitution de 2011 a consacré le principe de l’égalité entre les femmes et les hommes dans son préambule qui affirme que « le Royaume du Maroc s’engage à combattre et bannir toute discrimination à l’égard de quiconque en raison du sexe ». L’article 19 de la Constitution stipule que « L’homme et la femme jouissent à égalité, des droits et libertés à caractère civil, politique, économique, social, culturel et environnemental » et que « l’Etat œuvre à la réalisation de la parité entre les hommes et les femmes» ;
* La prévention des discriminations et la promotion de l’égalité entre les femmes et les hommes a été définie comme un des objectifs identifiés fondamental et prioritaire par le Référentiel pour une nouvelle Charte sociale qui a été adopté par le CESE en 2011 ;
* la mise en place du Plan gouvernemental de l’égalité dans la perspective de la Parité, appelé « ICRAM[[23]](#footnote-23)» : le plan ambitionne notamment d'institutionnaliser les principes d'équité, d'égalité et d'intégration de l'approche genre en vue de l'amélioration de l'image de la femme, la lutte contre toutes les formes de discrimination et de violence à l'égard des femmes par le biais de l'élaboration de lois et l'institutionnalisation de la prise en charge des femmes et enfants victimes de violence ;
* la réforme du code de la nationalité en 2007 qui a permis l’octroi par les mères de la nationalité marocaine à leurs enfants nés d’un père étranger;
* Le nouveau code de la famille *(la Moudawana*) qui a apporté des changements tels que la tutelle matrimoniale, l’âge minimum légal de mariage élevé à 18ans, le consentement de la première épouse pour la polygamie, supprimer la répudiation, le divorce demandé par la femme, etc.
* La création du Centre d’excellence de la budgétisation sensible au genre (CE-BSG) au niveau du Ministère des Finances en 2013;
* L’élaboration de nouvelles lois des collectivités territoriales avec la création auprès du conseil communal d’une commission consultative dénommée « Commission de la parité et de l'égalité des chances», composée de personnalités appartenant à des associations locales et d'acteurs de la société civile;
* le MSFFDS a mis en place l’Observatoire National pour l’Amélioration de l’Image de la Femme dans les Médias en 2014, en tant qu’entité administrative au sein de la Direction de la Femme, qui assure le secrétariat permanent de l’Observatoire ;
* La mise en place en 2014 de l'Observatoire national de violence à l’égard des femmes qui est un mécanisme national de composition tripartite qui intègre à la fois des départements ministériels concernés par la question de la violence, de la société civile et de centres de recherche universitaires. L’observatoire a pour attributions d’observer, de documenter et de comprendre le phénomène de violence à l’égard des femmes et d’orienter les politiques publiques en matière de lutte contre la violence à l’égard des femmes ;
* La création en 2017 de l'Autorité pour la parité et la lutte contre toutes les formes de discrimination (APALD) dont les missions consistent à formuler des propositions concernant les projets et les prépositions de loi et les projets des lois organiques et veiller à l’instauration de la culture de l’égalité, de la parité et de la non-discrimination au niveau des programmes relatifs à l’éducation, la formation et l’enseignement, au contrôle et au suivi de toutes formes de discriminations dont les femmes sont victimes et à l’élaboration de toute recommandation et proposition de nature à permettre de corriger les situations résultant de tout comportement, pratique et coutume marqués par un caractère discriminatoire ou portant atteinte au principe de l’égalité entre les femmes et les hommes ;
* L’adoption en 2018 de la [Loi n° 103-13 de lutte contre les violences faites aux femmes](http://cc.parlement.ma/docs/%D9%86%D8%B5%D9%88%D8%B5%20%D8%AA%D8%B4%D8%B1%D9%8A%D8%B9%D9%8A%D8%A9/lois_approuv%C3%A9es/%D9%85%D8%B4%D8%B1%D9%88%D8%B9%20%D9%82%D8%A7%D9%86%D9%88%D9%86%20%D8%B1%D9%82%D9%85%20103.13%20%D9%8A%D8%AA%D8%B9%D9%84%D9%82%20%D8%A8%D9%85%D8%AD%D8%A7%D8%B1%D8%A8%D8%A9%20%D8%A7%D9%84%D8%B9%D9%86%D9%81%20%D8%B6%D8%AF%20%D8%A7%D9%84%D9%86%D8%B3%D8%A7%D8%A1%20%D9%83%D9%85%D8%A7%20%D9%88%D8%A7%D9%81%D9%82%20%D8%B9%D9%84%D9%8A%D9%87%20%D9%85%D8%AC%D9%84%D8%B3%20%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B3%D8%AA%D8%B4%D8%A7%D8%B1%D9%8A%D9%86.pdf).
1. **Principaux concepts et définitions**

*Sexe*

Se réfère aux caractéristiques biologiques avec lesquelles nous naissons et qui nous définissent en tant que mâle ou femelle. Le sexe appartient à l’ordre de la nature.

*Genre*

Désigne tous les aspects psychologiques, sociaux et culturels qui construisent le féminin et le masculin. Le genre est une construction sociale, un produit de la culture qui établit ce qui est le propre de l’homme et de la femme, et qui s’apprend lors du processus de socialisation. Processus de construction du “féminin” et du “masculin” qui produit des différences dans la valeur attribuée aux fonctions des hommes et des femmes dans la société.

*Discrimination de genre*

La discrimination de genre est un traitement inégal ou injuste d’hommes et de femmes, basé uniquement sur leur sexe au lieu de leurs compétences, talents et capacités individuelles.

Les éléments centraux de la discrimination se trouvent dans :

- Division sexuelle du travail

- Accès aux ressources et à leur contrôle

- Participation à la prise de décisions économiques et non économiques

- Valorisation inégale de la participation productive, reproductive, culturelle, communautaire et politique.

*Egalité entre les genres :*

Avoir les mêmes opportunités pour garantir la réalisation des droits. Elle se base sur une nouvelle définition des droits et des responsabilités des femmes et des hommes dans tous les domaines, y compris les domaines domestique, du travail et social.

|  |
| --- |
| **Encadré : notion de la violence faite aux femmes selon la loi marocaine**  |
| Avec l’adoption du projet de loi 103.13 pour la lutte contre la violence à l’égard des femmes lors du conseil du gouvernement tenu le 17 mars 2016, et son approbation par la Chambre des représentants le 20 Juillet 2016, ce dernier a défini la violence contre les femmes comme étant «tout acte physique ou moral ou abstention basé sur la discrimination en raison du sexe, qui entraînent, des dommages corporelles ou psychologiques, sexuelles ou économiques pour les femmes »;Il considère ainsi : * La violence physique : tout acte portant atteinte à l’intégrité physique de la femme, commis par quiconque, par tout moyen et n’importe où ;
* La violence sexuelle : tout acte ou exploitation à but sexuel ou commercial portant atteinte à la sainteté du corps de la femme, quel que soit la méthode utilisée.
* La violence psychologique : tout propos dénigrant, méprisant, contrainte ou menace ou négligence ou privation abusive, touchant la dignité de la femme, sa quiétude ou lui causant une peur ou une terreur.
* La violence économique : tout acte de nature économique ou financière qui touche aux droits sociaux ou économiques de la femme. Cette définition est conforme à la définition adoptée dans la Déclaration universelle des Nations Unies pour lutter contre la violence contre les femmes définition (1993).
 |

1. **Inégalités dans l’accès à l’éducation et à la formation**

Afin de comprendre la vulnérabilité vécues par les femmes au niveau de la Région, il est important de mettre l’accent sur l’ensemble des inégalités vécues par les femmes pour l’accès à l’éducation et à la formation ce qui crée un cercle vicieux de vulnérabilité difficile à rompre et qui entravent leur pleine participation sociale et économique.

* + 1. **Disparités entre le milieu urbain et le milieu rural**

Sur le plan régional, la population de la région TTAH passe en moyenne 5,18 années de scolarisation bien derrière les régions du Sud et du Centre (Laayoune Sakia El Hamra 7.08, Casablanca-Settat 6.71, Rabat-Salé-Kénitra 6.35 et Eddakhla Oued Eddahab 6.25).

Au niveau provincial, les disparités deviennent plus accentuées notamment pour les provinces de Fahs-Anjra (2.8) et Chefchaouen (3.23). Les provinces d’Al Hoceima, Ouezzane et Larache viennent en deuxième rang (entre 4.25 et 4.59). L’axe le plus urbanisé de la région notamment Tanger-Assilah, Tétouan et M’diq et Fnideq enregistrent les moyennes les plus élevés (respectivement 6.56, 5.80 et 5.65).



Source : Atlas territorial des disparités en éducation, CSEFRS, 2017

Au niveau des communes, les disparités sont plus frappantes. La moyenne la plus basse est enregistrée au niveau de la commune rurale de Oulad Ali Mansour avec une moyenne de 0.48 (province de Tétouan) et la plus élevé à l’arrondissement de Charf-Souani avec une moyenne de 7.98 (préfecture de Tanger).

Le milieu rural enregistre les moyennes les plus basses au niveau de la région, ce qui montre les disparités qui persistent encore entre l’urbain et le rural en matière d’accès à l’éducation.

Les disparités dans l’accès à l’éducation à une incidence négative aggravant les inégalités entre les deux sexes en milieu rural dans la RTTAH. En effet, dans les provinces à dominance rural la durée moyenne de scolarisation ne dépasse pas les 3,3 ans, ce qui témoigne de la faiblesse de l’offre de service en milieu rural en général.

* + 1. **Analphabétisme plus frappant chez les femmes**

Les derniers chiffres du HCP relatifs à l'année 2014, indiquent qu’au niveau de la région Tanger-Tétouan-Al Hoceima, le taux d’analphabétisme est de 31 %. Il est de 22% dans les villes et 45% dans les zones rurales. Selon le genre et par milieu de résidence, il est de 13% chez les hommes et 31% chez les femmes en ville, et 31% chez les hommes et 59% chez les femmes en milieu rural. Le taux le plus faible est enregistré chez les hommes de la province de Tétouan en milieu urbain (12,6%) alors que le taux le plus élevé est enregistré chez les femmes de la province de Larache en zones rurales (62,1%).

Les déficits en matière d’infrastructures scolaires dont l’éloignement des établissements en milieu rural, constituent un facteur important notamment pour la scolarisation des filles, en plus de la pauvreté des familles et les considérations socioculturelles qui pèsent encore dans le milieu rural (tel que le mariage précoce et le travail des enfants notamment la petite fille).

L’analyse des données d’analphabétisme au niveau des douars issues des enquêtes PCD[[24]](#footnote-24) (2010 et 2014) démontre des disparités encore plus fortes. En effet, dans certaines zones, le taux atteint plus de 90%, notamment dans les communes les plus enclavées des provinces de Chefchaouen (Douar Izrafeb, commune rurale de Talambote, 95,6%), Larache (Douar Mejmoula, commune rurale de Bni Arous, 85,3%), Tétouan (Douar Taghramt, commune rurale de Oulad Ali Mansour, 98%) et même dans la préfecture de Tanger (Douar Hmiouch, commune rurale de Al Manzla, 98%).

* + 1. **Les disparités selon les niveaux de scolarisation**

**Enseignement secondaire**

Si l’objectif de généralisation de la scolarisation primaire est aujourd’hui presque atteint, avec en plus de faibles écarts par milieu de résidence et selon les sexes, les défaillances du secteur éducatif marocain résident principalement dans la rétention et l’achèvement des cycles secondaires.

La situation éducative du secondaire au niveau des provinces de la région de Tanger-Tétouan-Al Hoceima peut être appréciée par trois indicateurs fondamentaux: le taux de scolarisation par cycle, le taux de réussite en fin du cycle, le taux de redoublement et le taux d’abandon. Les tableaux ci-dessous présentent ses indicateurs séparément pour le collégial et pour le qualifiant (année 2013/2014) :

*Secondaire collégial*

Tableau 9: Tableau : données du cycle secondaire collégial par province et par sexe au niveau de la région TTAH.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Provinces | Nombre d’élèves | Taux de scolarisation | Taux de réussite au 3éme année collégial | Taux de redoublement | Taux d’abandon |
| Total  | Dont filles | Total  | Dont filles | Total  | Dont filles | Total  | Dont filles | Total  | Dont filles |
| Chefchaouen | 15 179 | 5 930 | 63,72 | 57,13 | 65,30 | 74,65 | 15,54 | 9,48 | 4,53 | 4,65 |
| Fahs-Anjra | 2 579 | 1 183 | 74,26 | 71,55 | 68,04 | 80,52 | 15,85 | 8,10 | 4,30 | 2,79 |
| Larache | 20 337 | 8 984 | 79,41 | 73,61 | 52,90 | 61,88 | 19,50 | 14,22 | 4,04 | 3,52 |
| M'diq-Fnidaq | 10 351 | 5 135 | 109,86 | 105,97 | 51,40 | 58,23 | 19,52 | 15,44 | 3,46 | 2,98 |
| Ouezzane | 15 407 | 6 273 | 84,80 | 77,70 | 58,25 | 65,25 | 18,57 | 14,49 | 3,50 | 3,01 |
| Tanger-Assilah | 45 243 | 22 439 | 96,25 | 93,99 | 50,21 | 55,71 | 24,61 | 20,17 | 2,98 | 2,46 |
| Tétouan | 23 372 | 11 612 | 91,05 | 90,34 | 58,88 | 66,77 | 18,52 | 13,31 | 2,88 | 2,21 |
| Al Hoceima  | 15 227 | 6 275 | 65,8% | 59,5% | 51,1% | 61,2% | 15,0% | 8,5% | 10,8% | 10,4% |
| Total région | *147 695* | *67 831* | *80,2%* | *78,4%* | *57,5%* | *63,4%* | *15,6%* | *10,5%* | *11,1%* | *10,1%* |

Source: AREF de TT et MENFP, 2013/2014

*Secondaire qualifiant*

Tableau: données du cycle secondaire qualifiant par province et par sexe au niveau de la région TTAH.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Provinces  | Nombre d’élèves | Taux de scolarisation | Taux de réussite au Bac | Taux de redoublement (au 2 éme année Bac) | Taux d’abandon |
| Total  | Dont filles | Total  | Dont filles | Total  | Dont filles | Total  | Dont filles | Total  | Dont filles |
| Chefchaouen | 6 697 | 2 664 | 36 | 27 | 52,3% | 58,5% | 44,22 | 37,25 | 3,18 | 3,49 |
| Fahs-Anjra | 848 | 438 | 45 | 38 | 46,4% | 48,9% | 50,66 | 45,95 | 5,66 | 6,85 |
| Larache | 12 366 | 5 983 | 50 | 45 | 51,8% | 53,9% | 44,45 | 42,48 | 2,41 | 2,62 |
| M'diq-Fnidaq | 6 094 | 3 265 | 82 | 80 | 52,2% | 55,4% | 43,07 | 39,26 | 2,77 | 2,82 |
| Ouezzane | 9 052 | 3 343 | 55 | 44 | 50,0% | 54,3 | 46,61 | 42,33 | 3,44 | 2,72 |
| Tanger-Assilah | 26 742 | 14 301 | 71 | 70 | 50,4% | 53,7% | 49,60 | 46,05 | 2,77 | 2,92 |
| Tétouan | 14 597 | 7 897 | 66 | 66 | 50,0% | 52,4% | 45,86 | 43,47 | 1,90 | 1,60 |
| Al Hoceima  | 7 660 | 3 640 | 40,9% | 34,9% | 50,5% | 54,7% | 26,3% | 21,0% | 14,5% | 14,6% |
| Total région | *84 056* | *41 531* | *50,5%* | *47,2%* | *50,7%* | *54,0%* | *32,6%* | *29,4%* | *12,5%* | *12,5%* |

Source: AREF de TT et MENFP, 2013/2014

D’après ces chiffres, les taux de scolarisation sont encore plus faibles dans les provinces à caractère rural et chez les filles (27% à Chefchaouen) avec des taux d’abandon encore élevés (atteignant 10 à 14% à Al Hoceima).

La sous- scolarisation des filles et la faible rétention aux collèges et lycées dans le milieu rural, peut être expliqué par l’éloignement des établissements scolaires et l’insuffisance des infrastructures à proximité. Ainsi, les pouvoirs publics, y compris le Conseil Régional, ont pu développer plusieurs initiatives et programmes pour élargir l’offre éducative et fournir l’aide nécessaire à la continuation du parcours scolaire (structures d’hébergement, cantines, transport scolaire, aide financière via le programme « Tayssir », etc.). Or, les insuffisances persistes ce qui nécessite plus d’efforts et de synergie pour combler à l’ensemble des déficits du secteur éducatif pour une meilleure rétention des filles jusqu’au baccalauréat mais également celle des garçons.

* + 1. **Formation professionnelle**

La région TTAH compte environ 200 établissements de l’OFPPT qui accueillent 45 000 stagiaires par an[[25]](#footnote-25). La formation professionnelle est cruciale pour l’attractivité des investissements au niveau de la région et pour la préparation de la main d’œuvre accompagnant le développement industriel qu’elle connait durant cette dernière décennie. Les responsables régionaux de l’OFPPT affirment fournir un grand effort pour être très réactif aux besoins du marché de l’emploi régional. La direction n’accorde pas d’intention particulière à la part des femmes et de leur choix de filières. Pour les responsables, c’est un choix propre aux stagiaires et à leurs familles.

L’indisponibilité des données sur la part des femmes stagiaires dans les établissements de formation professionnelle de la région ainsi que leur niveau de spécialisation (technicien spécialisé, technicien et la qualification) et les choix des filières, ne permet pas une analyse des tendances et des orientations qui peuvent confirmer des discriminations ou des stéréotypes de genre.

Cependant, les responsables de l’OFPPT confirment une plus grande employabilité des femmes dans les secteurs de l’industrie en comparaison avec celle des hommes. En absence de chiffres concrets, cela peut être expliqué par une féminisation de quelques métiers industriels tels que le textile et la confection. Les femmes sont souvent employées dans des postes d’ouvrières acceptant des tâches répétitives, des conditions de travail pénibles et donc les moins rémunérés. Elles sont également considérées comme employés passifs n’adhérant pas souvent aux organisations syndicales et n’exprimant pas souvent des revendications.

1. **Inégalités dans l’accès à la santé**
	* 1. **Situation générale**

Les avancées du Maroc en matière de santé ont été assez importantes. Ainsi, l’espérance de vie est passée de 48,45 ans en 1960 à 75,52 ans en 2015[[26]](#footnote-26). L’écart dans l’espérance de vie reste en faveur des femmes qui possèdent une espérance de vie de 76,69 ans contre 74,41 ans pour les homes en 2015. L’amélioration des conditions de vie de la population et les investissements dans les structures sanitaires et le personnel médical et paramédical ont joué un rôle important dans cette évolution positive. Le gain est dû, en particulier, à la réduction de la mortalité infantile en milieu urbain et rural. Ces améliorations sont le résultat des campagnes de vaccination menées dans le pays, ciblant particulièrement la lutte contre les maladies qui touchent les enfants en bas âge, et qui résultent également de l’amélioration de la couverture sanitaire d’une manière générale.

Cependant, il faut noter que le niveau de mortalité maternelle reste élevé. An niveau national, le ratio de mortalité maternelle estimé par l’Organisation mondiale de la santé (OMS) était de 121 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes en 2015 avec une marge d’incertitude allant d’un minimum de 93 à un maximum de 142 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes[[27]](#footnote-27).

* + 1. **Mortalité maternelle**

Selon la 6ème enquête nationale sur la population et la santé familiale-2017, le taux de mortalité maternelle a nettement diminué depuis les années 80s de 360 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes vers 72,6 pour 100.000 naissances vivantes en 2017. Prenant la diminution de ce taux comme une priorité politique, le Maroc a mis en place une stratégie d’accélération de la réduction de la mortalité maternelle 2012-2016.

|  |
| --- |
| **Encadré N° : le taux de mortalité maternelle, une priorité politique**  |
| La mesure des niveaux de mortalité maternelle est cependant devenue une priorité politique. Le ratio de mortalité maternelle (exprimé en nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes) était l’indicateur de l’atteinte de l’Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) n°5, le seul objectif mondial – avec la promotion de l’égalité de genre, l’OMD n°3 - resté significativement en deçà de la cible définie en 2000 (UN 2015). La mortalité maternelle figure parmi les indicateurs des Objectifs de Développement Durable (ODD n°3.1.1) avec la cible de réduire les ratios des deux-tiers avant 2030. Les pays comparent chaque année leurs résultats parce qu’ils indiquent le niveau de développement des services de santé et dans une certaine mesure la place de la femme dans la société, ou, du moins, les efforts qu’une société peut consentir pour réduire ce problème.Extrait de l’Enquête confidentielle sur les décès maternels de 2015 dans les six régions prioritaires au Maroc, ministère de la santé.  |

Malgré tous ces progrès, le niveau actuel de la mortalité maternelle, qui constitue un des indicateurs clés de la qualité des soins obstétricaux dans un pays, reste alarmant et continue de donner une image négative sur la qualité de prise en charge de la grossesse et de l’accouchement par le système de santé marocain (Ministère de la santé, 2012).

L’analyse[[28]](#footnote-28) des circonstances des décès maternels par les Comités régionaux d’audit confidentiel (CRAC) conduite en 2015, révèle que **80% des décès étaient évitables**, 84% des décès sont survenus **dans les structures de santé ou durant le transfert** entre deux structures et que les facteurs les plus fréquents sont liés à **la qualité de la prise en charge**: délai dans les soins, sous-estimation de la gravité, surveillance insuffisante ou décision de traitement inappropriée. Ces facteurs cachent probablement des problèmes plus structurels comme la gestion des **ressources matérielles** (maintenance de l’équipement, approvisionnement en produits sanguins, etc.) et la problématique des **ressources humaines** (effectif mais aussi formation et motivation). Ces audits ont permis aussi d’attribuer une cause au décès dans 90% des cas et les causes principales restent les mêmes avancées par les enquêtes précédentes 2009 et 2010 : hémorragie, pré-éclampsie/ éclampsie, et infection.

Selon l’enquête, il serait difficile de réduire encore plus la mortalité maternelle s’il n’y a pas un effort considérable de la part des **professionnels de santé** pour améliorer la qualité de prise en charge des parturientes une fois ces dernières admises au niveau des structures de santé.

* + 1. **Situation au niveau de la région**

Selon les données transmises par la Direction Régionale de la santé, 28 cas de décès maternels ont été identifié durant l’année 2017.

Selon les données de l’enquête de 2017, dans la région Tanger-Tétouan (ancien découpage administratif) un total de **300 décès** a été identifié dans la région dont 181 à domicile.

En termes d’infrastructures, il existe deux structures pour la prise en charge des accouchements : les maisons d’accouchement (MA) et les maternités au niveau des hôpitaux (MH). La région compte 69 MA dont 90% en milieu rural. Il s’agit de structures communautaires gérées par des associations pour accueillir les femmes enceintes du milieu rural durant les jours qui précèdent l’accouchement (hébergement, alimentation et autres services d’hôtellerie) et au moins les 2 jours qui suivent un accouchement normal. Il s’agit de femmes ne présentant pas de risque majeur connu. L’accouchement a lieu dans le service de santé de proximité sous surveillance médicale. En cas de complication, la femme est transférée au niveau du centre hospitalier le plus proche pour recevoir les soins adéquats mais cela peut engendrer des complications et un retard dans la prise en charge provoquant le décès de la parturiente. Le taux de certification [[29]](#footnote-29)est très faible (11,5%) et 11 MA en milieu rural ne dispose pas d’astreinte (7 à Larache, 3 à Tétouan et 1 Tanger-Assilah). La région compte également 12 MH avec une capacité litière de 286 lits. Cette capacité est largement insuffisante puisque les MH reçoive 87% des accouchements de la région contre 13% seulement au niveau des MA. En termes de sensibilisation, seul 38% des Etablissement des Soins de Santé Primaire (ESSP) et des maternités au niveau des hôpitaux adoptant l’approche classe des mères au niveau de l’ensemble de la région**.**

Tableau 10: infrastructures régionales pour la prise en charge des accouchements.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Province | Nombre Maison d’Accouchement (MA) | Nombre Sage-Femme (SF) | Ratio SF/MA | MA certifiée | MA avec astreinte effective | Site Service d'Aide Médicale Urgente OR |
| U | R | T | Total | % | U | R | T | % |
| Tanger-Assilah  | 2 | 3 | 5 | 14 | 2,8 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 40 | 0 |
| Tétouan | 1 | 3 | 4 | 12 | 3 | 1 | 25 | 1 | 0 | 1 | 25 | 1 |
| Chefchaouen | 0 | 12 | 12 | 35 | 2,9 | 4 | 33 | 0 | 12 | 12 | 100 | 5 |
|  Al Hoceima | 3 | 20 | 23 | 59 | 2,5 | 1 | 0 | 2 | 20 | 22 | 96 | 1 |
| Larache | 0 | 9 | 9 | 27 | 3 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 22 | 2 |
| M’diq-Fnideq | 1 | 0 | 1 | 8 | 8 | 1 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ouezzane | 0 | 10 | 10 | 30 | 3 | 1 | 10 | 0 | 10 | 10 | 100 | 2 |
| Fahs-Anjra | 0 | 5 | 5 | 17 | 3,4 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 | 100 | 0 |
| Total Région | 7 | 62 | 69 | 202 | 2,9 | 8 | 11,5% | 3 | 51 | 54 | 78% | 11 |

Source : Direction régionale de la santé, 2018

La Direction régionale de la santé a établi son Plan d’action régional de la stratégie d’élimination des décès évitables maternels et néonatals 2018-2021, appelé « Toute mère et tout nouveau-né comptent ». Ce plan a identifié les principales contraintes et leurs causes, à savoir :

**Axe ressources humaines :**

* Insuffisance et instabilité du personnel de santé (Sage-Femme, spécialiste Gynéco-Obstétrique, Réanimateurs) à cause des mutations, l’attractivité du secteur privé, démotivation, charge et conditions de travail, pressions sociales face à la faiblesse des moyens, faibles indemnités.
* Manque de formations continues (en échographie obstétricale, manipulation des mini-analyseurs, etc.). Cette situation est due à l’absence d’un plan de formation continue annuel préétabli et mis en œuvre avec des ressources financières adéquates

**Axe Infrastructures, équipements et logistique :**

* Faible attractivité des structures de Santé (surtout les maisons d’accouchement en milieu urbain) à cause d’une faible implication du tissu associatif et des autres partenaires dans la promotion de la sante de la mère et du nouveau-né et l’absence d’un plan de communication et de plaidoyer
* Disparité de l’offre de soins entre les provinces, les établissements de soins et entre milieux à cause de l’insuffisance du budget alloué, non-conformité aux normes de fonctionnalité et le manque de maintenance et entretien ;
* Sous-utilisation de certains équipements acquis à cause d’un manque de de formation du personnel

**Axe Organisation des activités**

* Problèmes lors du transfert des parturientes vers la structure de prise en charge à cause d’un défaut de régulation, indisponibilité du carburant / véhicule équipé / technicien ambulancier / SF accompagnante
* Discontinuité des soins à cause de la garde résidentielle discontinue (non instaurées ou non assurées dans l’ensemble des MA et MH).

**Axe Performances du programme**

* Taux des transferts hors province reste élevé;
* Le dépistage VIH chez les femmes enceintes reste très faible à cause de la non-généralisation de la formation du personnel de santé en matière de dépistage VIH et Counseling, en plus de la rupture du stock des tests rapides VIH,
* Nombre de décès néonatals élevé au niveau des MH : Absence de service de néonatologie au niveau de 6 provinces, non implantation de l’audit des décès Néonatals ;
* Non généralisation de l’approche Classes des Mères : formation du personnel insuffisante et les locaux non adaptés à la classe des mères

**Axe déterminants Socio-Économiques**

* Persistance d’obstacles géographiques à l’accès aux soins et services de santé dans certaines localités à cause de la dispersion de la population et l’enclavement
* Persistance de barrières culturelles et financières à l’accès aux soins et services de santé dans certaines localités, Taux d'analphabétisme de pauvreté et de vulnérabilité encore élevés chez les femmes.

1. **Mariage forcé des mineures**

Le mariage précoce et les grossesses des adolescentes encourent aux femmes et à leurs enfants des risques sanitaires graves. Selon l’OMS, les adolescentes enceintes sont plus susceptibles que les adultes de subir des avortements à risque qui contribuent pour une grande part à des problèmes de santé durables et à des décès maternels, en particulier dans les régions où les systèmes de santé sont insuffisants. Il est de même pour les mortalités infantiles des enfants nés de mères adolescentes.

En absence de données régionales, il est difficile d’évaluer l’ampleur et la gravité du phénomène du mariage forcé des filles mineures dans la région. Au niveau national et selon l’association Insaf[[30]](#footnote-30), l’année 2013 a enregistré 43 508 « demandes » de mariage forcé de filles (contre 92 garçons seulement). Pour cette même association, le mariage précoce à des conséquences dramatiques pour les mineures et pour leurs enfants sur les plans physique, psychologique et social rapportées par les rapports des centres d’écoute des associations marocaines qui accompagnent les femmes victimes de violence: isolement et claustration, déscolarisation, divorces et veuvages plus fréquents, conséquences administratives du mariage traditionnels (sans acte de mariage), avortements non médicaux (décès, infections, stérilité), décès suite de couches (6 fois plus élevé), fistules vésico-vaginales et recto-vaginales, et mortalité néonatale.

1. **Discrimination et Violence à l’égard des femmes**

Au Maroc la violence faite aux femmes est considéré comme un problème de santé publique de plus en plus alarmant qui a des conséquences alarmantes sur la santé physique et mentale des femmes (CESE, 2013).

Selon la dernière enquête nationale sur la violence à l’égard des femmes[[31]](#footnote-31) (ENVF) réalisée en 2010, 63% des femmes ont subi un acte de violence. La violence physique connait une prévalence de 35,3%. Les victimes sont deux fois plus nombreuses en milieu urbain qu’en milieu rural. La prévalence de la violence sexuelle se situe à 8,7%. Sa forme la plus grave, qui est la sexualité forcée, fait annuellement 38 mille victimes (0,4%). Les violences psychologiques touchent 48,4% des femmes et l’atteinte aux libertés 31,3%(privation de sortie par exemple).

Les OSC sont les pionnières en matière d’intervention dans la lutte contre la violence fondée sur le genre en offrant également des services de prise en charge des femmes victimes de violence à travers des centres d’écoute et d’orientation juridique et/ou un service d’hébergement. C’est le cas de plusieurs associations au Nord qui ont été visité dans le cadre de ce diagnostic telle que Assaida Al Horra, la Maison de la femme du Réseau Espace de Citoyenneté.

Du côté des institutionnels, des cellules situées au niveau des tribunaux, des hôpitaux, des services de la police et de la gendarmerie royale, ont été installés pour fournir des services aux femmes victimes de violence, en terme d’accueil, d’écoute, d’orientation et de conseil ...

L’Entraide nationale dispose également de 2 espaces multifonctionnels en faveur des femmes victimes de violence au niveau de la région qui sont des structures sociales de proximité qui offrent plusieurs services au profit des femmes violentées (soutien, prise en charge et suivi avec l’hébergement temporaire).

L’INDH a également construit une maison d’accueil aux femmes victimes de violence avec une capacité de 10 femmes géré par l’Entraide Nationale au niveau de la ville de Tanger. Un espace aménagé avec des services d’accueil et d’activités (salle de sport, …) pour accueillir et accompagner les femmes victimes de violences. Le projet est en attente d’inauguration pour démarrer les services d’accueil.

Selon le bilan annuel de 2017 effectué par la direction de santé régionale de TTA, 1833 cas de violences ont été enregistrés dont 87% en milieu urbain (concentrées à Tanger et Tétouan), 10% de violences sexuelles et 4 cas de violences physiques envers des femmes migrantes.

Tableau 11: Effectifs des Femmes victimes de violence prises en charge au niveau des UNITES de prise en charge de la direction régionale de santé.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Violence Sexuelle** |  | **Violence Physique** |  | **Total** |
| **Nationaux** | **Migrants** | **Total** | **Nationaux** | **Migrants** | **Total** |
| **Urbain** | 131 | 0 | 131 | 1462 | 4 | 1466 | 1597 |
| **Rural** | 44 | 0 | 44 | 192 | 0 | 192 | 236 |
| **Ensemble** | 175 | 0 | 175 | 1654 | 4 | 1658 | 1833 |

Source : direction de la santé, 2018

1. **Inégalités dans l’accès à la participation et aux opportunités économiques**

En dépit des efforts déployés par le Maroc dans le but de réduire les inégalités dans les secteurs sociaux, les investissements humains ne se sont pas traduits par un plus grand accès de certaines catégories sociales, notamment les femmes et les jeunes femmes aux ressources et aux opportunités économiques.

* 1. **Marché régional du travail**

Selon le RGPH de 2014, le taux d’activité chez les hommes dépasse d’environ quatre fois celui mesuré chez les femmes au niveau national (75,5% chez les hommes contre 20,4% chez les femmes[[32]](#footnote-32)). Au niveau régional, l’inactivité des femmes est plus accentuée avec un **taux d’activités ne dépassant pas 17,3%.** Le taux de chômage est aussi plus accentué chez les femmes que chez les hommes avec une situation plus critique pour les femmes diplômées. Selon la direction régionale de l’ANAPEC, le taux des jeunes âgés de 15-24 ans qui ne sont ni à l’école, ni en formation, ni au travail (appelés les Neet’s) est trop élevé au niveau de la région (près de 200.000 représentant 29,9%). **Chez les jeunes filles il est de 50%** et plus grave **chez les jeunes filles en milieu rural (63,1%).** Néanmoins, il est important de signaler que les statistiques officielles ne prennent pas en considération le travail des femmes au foyer qui sont classées dans les personnes inactives en dépit du rôle économique et social qu’elles jouent. Egalement, la région a connu une hausse des emplois précaires et du sous-emploi (3,3% en 2016, à 13,6% en 2016).

Les femmes en situation difficile soufrant d’analphabétisme, d’une sous-qualification ou d’une vulnérabilité sociale et/ou psychique (mères célibataires, femmes violentées) se trouvent particulièrement dans l’incapacité à intégrer la marché du travail et à accéder à un emploi décent. Cette catégorie de femmes nécessite alors un accompagnement approprié et de proximité afin de les intégrer durablement dans un emploi décent.

Pour les mamans célibataires par exemple, les associations rencontrées offrent en plus d’un hébergement et un accompagnement psychologique, des formations métiers (pâtisserie, coiffure, artisanat, etc.), une garderie pour leurs enfants et un espace de vente de leurs produits.

1. **Focus sur les situations les plus précaires des femmes au niveau de la région**

***Cas des « Hammalas » porteuses de marchandises à Bab Sebta***

Dans le cadre de ce diagnostic, un focus group a été organisé avec 4 femmes porteuses de marchandises par les membres de l’Association Assaida Al Horra à Tétouan dont l’objectif de comprendre la précarité de leur emploi et leurs conditions socio-économiques. L’ensemble des femmes rencontrées exercent ce métier depuis plus de 10 ans et une d’entre elle depuis plus de 20 ans. Aussi, une des femmes a arrêté de l’exercer à cause des conditions de travail très précaire et les violences de traitement de la part des gardes de frontières des deux rives. Elle travaille actuellement comme aide-maison dans la ville de Sebta avec des conditions aussi précaires. Les femmes rencontrées sont âgées de 45 ans et plus.

En absence de données officielles, l’association Assaida Al Horra estime que environ 10 000 personnes, en majorité des femmes, travaillent à Bab Sebta. Les femmes interrogées affirment que le nombre de travailleurs s’est vu multiplier par 6 ou même par 10 durant les 20 dernières années. Les nouvelles recrues sont généralement des femmes ou des jeunes filles qui ont fui la pauvreté, une situation d’expulsion du mari ou de la famille, des situations de divorce ou de veuvage originaires de la région de Fnideq et Tétouan mais également d’autres régions du Maroc telles que Taza, Chefchaouen, Laksar Lakbir, Larache et autres. Ces femmes arrivent à avoir une attestation de résidence par les autorités locales et à exercer à Bab Sebta au même titre que les résidents locaux ou par la voie de corruption des agents de frontières. Les femmes affirment même que ces femmes généralement jeunes pratiquent la corruption sexuelle devenue de plus en plus répondue.

Le travail des porteuses consistent à transporter des marchandises à travers la frontière entre Sebta et Fnideq en portant des colis sur leurs dos pesant jusqu’à 70-80 Kg. Les femmes sont dans la majorité des cas intermédiaires entre les grossistes et commerçants propriétaires des hangars dans la zone franche de la ville de Sebta et les commerçants de la contrebande marocains à Fnideq ou à Tatouan. Durant cette dernière décennie, les femmes affirment que les réseaux de mafias de la contrebande s’est développé et renforcé entre les deux rives sans aucune assurance que les colis qu’elles transportent sur leur dos contiennent uniquement de la marchandise normale tout en admettant qu’elle peuvent contenir des produits illicite comme la drogue. En effet, les femmes n’ont pas le droit d’ouvrir les colis et elles se chargent uniquement de faire la correspondance quasi-quotidienne entre deux personnes une à Sebta et l’autre à Fnideq. La rémunération déclarée par les femmes est d’environ 200 à 300 dh par jour pour 3 à 4 transferts effectués (une moyenne de 60 dh par transfert). Les femmes sont généralement assistées par des jeunes garçons payés pour les aider à remonter les pentes et à se redresser en cas de chute et à garder la marchandise en attendant le retour de la porteuse. Ces femmes sont donc employées au compte d’un seul marchand de contrebande pour transporter ses colis (généralement marqué par un signe particulier).

Les conditions de travail sont très difficiles pour ces femmes. Elles sortent de leur maison à 4h du matin en risquant de ne pas retrouver leurs familles le soir saines et sauves. Durant ces dernières années plusieurs femmes ont retrouvés la mort dans les bousculades ou par des coups des autorités. Les femmes affirment que ces accidents se sont survenus à cause des incitations des policiers marocains aux nouveaux venus pour provoquer un passage de force sans respecter la queue déjà mise en place par ceux qui sont venu plutôt ainsi ils augmenteraient leur chance pour passer. En effet, les femmes affirment que durant des années de travail à Beb Sebta, aucun accident de ce genre n’a été enregistré avant.

Toutefois, les accidents provoquant des fractures, des blessures sont plus fréquents à cause de la violence des policiers et douaniers généralement du côté marocain (même si les femmes déplorent que les policiers espagnols commencent également à les violenter). Les femmes rencontrées ont eu vécus également des accidents de même genre (fracture d’épaule, coup de couteau à la main provoquant une coupure des veines, perte de dents…). Les violences verbales sont toutes autant fréquentes entre les porteuses et les autorités marocaines. Une des femmes présentes a été incarcérée une fois parce qu’elle a répondu aux insultes d’un douanier.

La présidente du Réseau Espace de Citoyenneté assimile de sa part que le travail de porteuses de marchandise est un acte relevant de la **traite des personnes** vue l’exploitation voir l’esclavagisme des grands trafiquants de la contrebande des milliers de porteurs et porteuses qui vivent dans la nécessité dans un contexte d’ambiguïté juridique totale.

*Solutions discutées*

Les femmes interrogées estiment que seule une **alternative économique** offrant un travail décent pourra les dissuader à arrêter ce travail. La nécessité et la prise en charge des enfants et des membres de la famille les forcent à travailler dans ces conditions.

***Cas des mamans célibataires***

Lors de ce diagnostic, deux associations travaillant au service des mamans célibataires ont été rencontrées dans la ville de Tanger, à savoir, l’association cent pour cent mamans et l’association Karama. Les deux associations disposent d’un centre d’accueil et d’un centre de formation et insertion munis d’une crèche pour la garde des enfants.

Situation des femmes

Les femmes bénéficiaires des centres sont généralement des jeunes femmes issues de milieu rural ou urbain très précaire de toutes les régions du Maroc (les mamans célibataires cherchent généralement des endroits où personne ne peut les reconnaitre et prennent le premier autocar allant vers Tanger). Elles sont abandonnées par leurs familles ou fuyant leur entourage quand elles découvrent leur grossesse. Celle-ci est souvent due à des promesses de mariages faites par les pères et qui y renoncent dès prise de connaissance de la grossesse ou soit issu d’un travail sexuel professionnel. Les associations interviennent donc pour offrir un refuge à ces femmes et les protégées des violences surtout sexuels et de la traite des personnes pour elles et leurs enfants et leurs offrir les soins de santé nécessaires. L’objectif est de les intégrer dans la société.

Services offerts

Les femmes accueillies dans ces centres bénéficient premièrement d’un appui psychologique, d’un hébergement d’une durée déterminé (allant de 8 à 12 mois) et d’une prise en charge complète durant la période de grossesse. La fragilité psychologique et les tensions vécues par ces femmes avec leurs familles, le père et l’entourage aggravent leur situation.

D’après les interviewés, ces femmes vivent également des discriminations au niveau des centres de santé et des hôpitaux, ce qui contraint les membres de l’association à prendre en charge l’accompagnement de ces femmes pour leur garantir l’accès équitable aux soins et leur offrir un appui durant l’accouchement.

Appui à la réinsertion professionnelle

Les associations offrent des formations-métier et des formations de qualification pour les préparer à la vie active afin qu’elles puissent subvenir à leurs besoins et ceux de leurs enfants. Le service de crèche leur permet de poursuivre leur formation et d’intégrer le travail soit au niveau de l’association soit en dehors de l’association. Les deux associations disposent également d’espace de vente (pâtisserie-boulangerie, centre d’exposition de bijoux…).

1. **Empowerment économique des femmes**

A l’issu des données présentées ci-dessus, on en conclue que les femmes au niveau de la Région souffrent d’analphabétisme, d’un faible niveau d’éducation et d’une sous-qualification professionnelle. Elles sont donc plus confronter au chômage ou à des situations d’exclusion comme c’est les cas des mamans célibataires. Les femmes acceptent donc un travail précaire et exploitant ou même illicite (professionnelles de sexe) dans un environnement très vulnérable voir dangereux pour leur santé mentale et physique.

L’accès des femmes à un emploi décent représente donc un important facteur pour la lutte contre leur vulnérabilité et l’amélioration de leur situation socio-économique et également un facteur d’affirmation de soi et une valorisation sociale. La littérature démontre également que l’autonomisation économique des femmes a un impact positif sur la santé de leurs enfants et leurs conditions en général[[33]](#footnote-33).

L’auto-emploi individuel (entreprise individuelle ou autoentrepreneur) ou collectif (entreprise ou coopérative) est donc une voie privilégiée pour garantir aux femmes un emploi décent et valorisant sur le plan économique, social mais également personnel.

Appui aux coopératives féminines

L’une des formes privilégiés par les institutionnels et les intervenants de développent est la coopérative féminine surtout en milieu rural. Plusieurs associations et ONG appuient les coopératives dont certains ont été rencontrées lors de ce diagnostic et ils affirment que la coopérative est un moyen puissant d’autonomisation mais qui nécessite un accompagnement de proximité pour garantir sa réussite. D’autant plus que l’engagement des personnes et la présence de l’esprit coopératif est un facteur déterminant. La nécessité d’un accompagnement à la définition du projet coopératif, la sensibilisation des adhérents et la gestion des conflits internes est nécessaire.

Sur le plan technique et de gestion, la coopérative nécessite un appui fort en formation :

* Les formations juridiques et de gestion administrative et financière
* La réglementation en lien avec le secteur de production
* La maintenance du matériel
* Les formations en techniques de production
* Les formations en informatique et en langues

En plus des problèmes d’ordre technique et de gestion, les coopératives sont souvent confrontées à la difficulté de commercialisation et d’adéquation de leurs produits avec les besoins et les exigences des consommateurs (la responsable du Centre Marocain pour la Recherche et le Développement a passé plus de trois ans de travail de proximité pour améliorer le design des produits artisanaux des femmes).

Chapitre 3 : les migrants et réfugiés

*Une politique régionale garantissant les droits aux migrants et réfugiés*

**Introduction**

Les mouvements migratoires internationaux et nationaux ont connu durant ces dernières décennies la plus grande mobilité humaine enregistrée jusqu’à présent. On estime qu’il y a 232 millions de migrants internationaux (département des affaires économiques et sociales DAES, 2013) et 740 millions de migrants internes (PNUD, 2009) dans le monde[[34]](#footnote-34).

Le Maroc n’est pas à l’abri de ces mouvements, au contraire, sa position géographique lui confère une position de transit des mouvements migratoires entre l’Afrique dont plusieurs pays souffrent de conflits, de troubles politiques et des conditions socio-économiques difficiles vers les pays industrialisés de l’Europe perçus comme « Eldorado » par les migrants. La région TTAH est particulièrement concernée par ce mouvement à cause de sa proximité de l’Espagne et ses limites frontalières avec l’enclave espagnole. Vu le durcissement continu des contrôles frontaliers, le Maroc et la région TTAH sont devenu, non seulement des terres de transit mais également de séjour de moyenne et longue durée des migrants en attendant de regagner leur destination finale. De plus, le Maroc est également un pays d’accueil d’immigration régulière de travail, d’étudiants étrangers, des demandeurs d’asile et des réfugiés.

La ville de Tanger (ainsi que les autres grandes villes comme Casablanca, Fès et Rabat) a été pour longtemps un centre de transit qui s’est transformé en une terre de séjour durable pour une grande partie de la population de migrants subsahariens qui n’arrivent plus à poursuivre leur voyage vers l’Espagne à cause du durcissement des mesures de sécurités adoptés par l’Europe. Ainsi, le territoire du Nord est confronté à de nouveaux enjeux jusqu’au là méconnus par les acteurs régionaux relatifs à l’accès aux services, l’enjeu sécuritaires et l’inclusion sociale de ces nouvelles populations.

Ce groupe présente une grande vulnérabilité, plus particulièrement chez les femmes, les enfants et les jeunes. Il existe également des groupes plus vulnérables au sein de la population de migrants qui sont les mineurs non accompagnés et les mères célibataires et les victimes de la traite des êtres humains et des actes de violence.

Les difficultés de communication en Darija et l’absence du soutien familial aggravent cette vulnérabilité et rendent difficile l’accès à l’information et aux opportunités qui leur sont offertes. D’autant plus que la région attire les migrants qui ne sont pas régularisés et qui n’ont donc pas accès à certains services.

1. **Principaux concepts et définitions**

D’après le glossaire[[35]](#footnote-35) de la migration publié par l’Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), ci-dessous les principales définitions autour de la thématique de la migration :

*Migrant*

Au niveau international, il n’existe pas de définition universellement acceptée du terme « migrant ». Ce terme s’applique habituellement lorsque la décision d’émigrer est prise librement par l’individu concerné, pour des raisons « de convenance personnelle » et sans intervention d’un facteur contraignant externe. Ce terme s’applique donc aux personnes se déplaçant vers un autre pays ou une autre région aux fi ns d’améliorer leurs conditions matérielles et sociales, leurs perspectives d’avenir ou celles de leur famille.

*Réfugié*

Personne qui, « craignant avec raison d’être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n’a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner » (Convention relative au statut des réfugiés, 1951, art. 1er a, § 2).

*Mineurs non accompagnés*

Mineurs se trouvant en dehors du territoire du pays dont ils possèdent la nationalité sans être accompagnés par leur représentant légal, un membre de leur famille, ou tout autre adulte ayant, en vertu de la loi ou de la coutume, la responsabilité desdits mineurs. Les mineurs non accompagnés présentent des difficultés spécifiques en matière de contrôle aux frontières dans la mesure où la détention et autres pratiques utilisées à l’égard des étrangers majeurs en situation irrégulière peuvent ne pas être appropriées à leur situation

*Demandeur d’asile*

Personne demandant à obtenir son admission sur le territoire d’un Etat en qualité de réfugié et attendant que les autorités compétentes statuent sur sa requête. En cas de décision de rejet, le demandeur débouté doit quitter le territoire de l’Etat considéré ; il est susceptible de faire l’objet d’une mesure d’expulsion au même titre que tout étranger en situation irrégulière, à moins qu’une autorisation de séjour lui soit accordée pour des raisons humanitaires ou sur un autre fondement.

*Discrimination raciale*

Traitement différentiel fondé sur un critère racial. « L’expression “discrimination raciale” vise toute distinction, exclusion, restriction ou préférence fondée sur la race, la couleur, l’ascendance ou l’origine nationale ou ethnique, qui a pour but ou pour effet de détruire ou de compromettre la reconnaissance, la jouissance ou l’exercice, dans des conditions d’égalité, des droits de l’homme et des libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social et culturel ou dans tout autre domaine de la vie publique » (Convention internationale sur l’élimination de toutes formes de discrimination raciale, 1965, art. 1er § 1).

*Racisme*

Doctrine fondée sur la croyance d’une hiérarchie des races et justifiant la haine et la discrimination raciale.

1. **Contexte national**

Le rapport du CNDH publié en 2013, a été un point de départ pour une nouvelle approche de traitement de la problématique migratoire. En effet, le rapport a dressé la situation migratoire du Pays et sa relation avec la protection des Droits de l’Homme. Le CNDH considère que le Maroc est devenu une terre d’asile et d’installation durable de migrants : immigration de travail régulière, étudiants étrangers, migrants en situation irrégulière en transit, des demandeurs d’asile et des réfugiés. Le CNDH rappelle qu’il existe également des groupes installés depuis longtemps d’Algériens, Syriens ou Européens, d’élites professionnelles et également des retraités européens. Le Maroc est également un pays d’émigration régulière et irrégulière vers d’autres pays plus particulièrement de l’Europe.

*[….C’est cette réalité complexe (de la migration au Maroc), qui constitue à la fois un défi et une richesse, que cache la figure, largement médiatisée mais réductrice, du subsaharien errant sur les routes, acculé à recourir à la charité publique ou s’attaquant régulièrement et en groupe, aux frontières des deux enclaves espagnoles…] Extrait du rapport du CNDH mettant l’accent sur la perception des migrants au Maroc.*

Le CNDH a mis en exergue également les campagnes régulières de contrôles d’identité et d’interpellations dans les divers centres urbains ou dans les forêts avoisinant les enclaves de Sebta et Mellilia conduite par les autorités marocaines qui les transportent vers la frontière algérienne ou mauritanienne à travers des opérations de refoulement. La situation des migrants durant ces campagnes est aggravée par des violences et des mauvais traitements. Alors que la situation des migrants irréguliers est déjà aggravée par les violences liées aux délinquants, aux trafiquants des êtres humains tout au long de leur voyage (CNDH, 2013).

Toutefois, Le CNDH ne conteste pas le droit des autorités marocaines à contrôler l’entrée et le séjour des étrangers et leur devoir de lutter contre les trafics des êtres humains. Or, il rappelle aux pouvoirs publics leurs engagements vis-à-vis :

* des dispositions constitutionnelles
* des engagements internationaux (les conventions relatives à la protection des droits de l’Homme, la Convention contre la torture, la Convention des droits de l’enfant, la Convention pour l’élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes, la Convention internationale pour la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leurs familles et la Convention de 1951 relative aux réfugiés, etc.).

Suite aux conclusions et recommandations de ce rapport, Le Roi Mohammed VI a ordonné d’élaborer une Stratégie Nationale sur l’Immigration et l’Asile (SNIA) fondée sur une approche humaniste et respectueuse des Droits de l’Homme.

Cette stratégie trace les nouveaux traits d’une politique migratoire nationale qui a abouti à entreprendre plusieurs actions en faveur des migrants depuis 2013. Ainsi, deux opérations de régularisation ont été lancées en 2014 (23.096 personnes régularisées) et en 2017 (28.400 de demandes déposées) pour régulariser le plus grand nombre de migrants. D’après nos entretiens, les autorités de la Wilaya de Tanger ont pu faciliter au maximum les procédures de régularisation pour permettre aux migrants au niveau de la région TTAH en situation irrégulière d’acquérir leurs cartes de séjours. Le Bureau des Réfugiés et Apatrides (BRA) a été également ouvert à Rabat durant la même année.

|  |
| --- |
| Encadré N°1 : Extrait du Discours Royal  |
| *«… Les relations privilégiées qui unissent le Maroc aux pays de l’Afrique subsaharienne ne sont pas que politiques et économiques. Ce sont, dans le fond, des liens humains et spirituels séculaires. Eu égard à la situation qui prévaut dans certains de ces pays, nombre de leurs citoyens immigrent au Maroc d’une façon légale ou illégale. Jadis point de passage vers l’Europe, notre pays s’est transformé en destination de résidence. Face à l’accroissement sensible du nombre des immigrés venus d’Afrique ou d’Europe, Nous avons invité le gouvernement à élaborer une nouvelle politique globale relative aux questions d’immigration et d’asile, suivant une approche humanitaire conforme aux engagements internationaux de notre pays et respectueuse des droits des immigrés. »*Extrait du Discours de Sa Majesté Le Roi adressé à la Nation à l’occasion du 38ème anniversaire de la Marche Verte, Rabat le 6 novembre 2013 |

Cette nouvelle stratégie est pilotée par le Ministère Chargé des Marocains Résidant à l’Étranger et des Affaires de la Migration et repose sur 6 principes directeurs, 4 objectifs stratégiques, 27 objectifs spécifiques, 11 programmes et 81 actions programmées.

|  |
| --- |
| Résumé de la Stratégie Nationale sur l’Immigration et l’Asile (SNIA)  |
| 6 principes directeursApproche humanisteApproche globaleApproche des droits de l’hommeConformité au droit internationalCoopération multilatérale rénovéeResponsabilité partagée4 objectifs stratégiquesFaciliter l’intégration des immigrés réguliersGérer les flux migratoires dans le respect des droits de l’hommeMettre à niveau le cadre réglementaireMettre en place un cadre institutionnel adapté11 programmes & 27 objectifs spécifiques

|  |  |
| --- | --- |
| **Programme**  | **Objectifs spécifiques** |
| **Éducation et Culture** | OSP 1 : Intégrer les immigrés et réfugiés dans le système scolaire formel et non formel OSP 2 : Promouvoir la diversité des formes d’expression culturelle OSP 3 : Former les immigrés et réfugiés aux langues et cultures marocaines  |
| **Jeunesse et Loisirs** | OSP 4 : Intégrer les immigrés réguliers et réfugiés dans les programmes sportifs et de loisirs destinés à la jeunesse |
| **Santé** | OSP 5 : Assurer aux immigrés et réfugiés l’accès aux soins dans les mêmes conditions que les MarocainsOSP 6 : Coordonner l’action des associations dans le domaine de la santé |
| **Logement** | OSP 7 : Promouvoir le droit au logement des immigrés réguliers et réfugiés dans les mêmes conditions que les Marocains |
| **Assistance sociale et humanitaire** | OSP 8 : Apporter une assistance juridique aux immigrés OSP 9 : Intégrer les migrants dans les programmes de solidarité et de développement social |
| **Formation professionnelle** | OSP 10 : Assurer l’accès des immigrés à la formation professionnelle OSP 11 : Faciliter l’intégration professionnelle des immigrés régularisés |
| **Emploi** | OSP 12 : Faciliter I ’accès des immigrés réguliers à l’emploi OSP 13 : Promouvoir la création d’entreprises par les immigrés réguliers OSP 14 : Couvrir les besoins spécifiques en main-d’œuvre Emploi |
| **Gestion des flux et lutte contre la traite** | OSP 15 : Maîtriser les flux d’immigration selon une approche humaniste et respectueuse des droits de l’Homme OSP 16 : Lutter contre la traite des êtres humains et les réseaux de trafic |
| **Coopération et partenariats internationaux** | OSP 17 : Développer la coopération internationale sur la base du principe de responsabilité partagée OSP 18 : Promouvoir le co-développement OSP 19 promouvoir la coopération scientifique |
| **Cadre règlementaire et conventionnel** | OSP 20 : Reconnaitre le statut des apatrides OSP 21 : Aligner le cadre conventionnel national sur les standards internationaux relatifs aux droits des travailleurs immigrés OSP 22 : Favoriser la mobilité et le retour volontaire des immigrés par la portabilité des droits de sécurité sociale OSP 23 : Mettre à niveau le cadre réglementaire national |
| **Gouvernance et communication** | OSP 24 : Mettre en place un dispositif de coordination de la Stratégie Nationale d’Immigration et d’Asile dans le cadre d’une gestion intégrée et d’une responsabilité partagée OSP 25 : Développer la veille sur les questions migratoires OSP 26 : Renforcer les capacités des acteurs en charge des questions d’immigration, d’asile et de traite des êtres humains OSP 27 : Informer et sensibiliser aux questions de l’immigration et de l’asile |

 |

Le Ministère Chargé des Marocains Résidents à l’Etranger et des Affaires de la Migration produit des bilans annuels faisant un point d’étape sur les réalisations de la SNIA.

Les OSC œuvrant dans le domaine de la migration qui se sont constituées en une plateforme nationale appelée « Plateforme Nationale Protection Migrants (PNPM)[[36]](#footnote-36) » produisent également un rapport faisant suite au rapport annuel présenté par le Ministère.

Les deux rapports présentent ainsi une évaluation d’étape sur les avancées de la SNIA d’un point de vue institutionnel rapporté par le Ministère et de terrain rapporté par les OSC. En général, l’ensemble des acteurs salue les avancées du Maroc vis-à-vis de la question de la migration et de l’asile, cependant plusieurs défis restent à relever.

Au long des parties suivantes, un recueil des deux visions sera rapporté pour l’ensemble des aspects qui intéressent ce rapport de diagnostic et qui ont été également discutés lors des entretiens réalisés, à savoir : l’accès aux services de santé, l’accès aux services d’éducation et de formation, et l’accès à la participation aux opportunités économiques.

1. **Contexte régional**

La Région TTAH est le territoire de transit le plus important au niveau du Maroc. Elle constitue le premier point de départ pour les migrants en destination de l'Europe. A titre illustratif durant le mois de juin 2018, il y a eu environ 7 000 traversées (plus de 80 bateaux durant le samedi et dimanche derniers du mois de juillet).

La situation des migrants au niveau de la RTTAH se caractérise par :

* une majorité non-régularisés et sont exclus des services ouverts aux étrangers
* plus d’attractivité des migrants non-régularisés visant le passage vers l’Europe (~ 90%) vue également la précarité socio-économique que vient les marocains (surtout chômage) donc peu d’opportunités pour rester
* des mouvements cycliques du Nord vers le Centre (la RTTAH attractive durant la période estivale)
* On estime que 1/3 à ½ des migrants du Maroc se trouvent dans la région du nord pendant l'été
* Les femmes ayant plusieurs enfants sont les plus susceptibles de séjourner plus longtemps (traversée trop dangereuse
1. **Régularisation administrative des migrants**

En absence de chiffres officiels sur le nombre de migrants et leur situation administrative dans la RTTAH, il est difficile d’évaluer le nombre des migrants et leur situation administrative, la durée de leur séjour et leurs activités sur le territoire de la région.

Cependant, les acteurs rencontrés ont confirmé que la plupart des migrants arrivent à rejoindre l’Europe en traversant le détroit, en entrant dans le territoire de l’enclave espagnole de Ceuta ou durant les attaques forcés. D’autant plus qu’ils estiment que seuls ceux qui sont irréguliers qui habitent temporairement le territoire régional en attendant de rejoindre l’Europe à l’heure tour.

1. **Inégalités dans l’accès à la santé**
	1. **Les grandes avancées de la SNIA**

Selon la SNIA, deux objectifs (OSP5 & OSP6) ont été fixés pour favoriser l’accès des migrants aux soins de santé à savoir :

* Assurer aux immigrés et réfugiés l’accès aux soins dans les mêmes conditions que les Marocains
* Coordonner l’action des associations dans le domaine de la santé

Suite donc aux dispositifs de la SNIA, plusieurs acquis importants ont été enregistrés dans le domaine de la santé. Ainsi, sur le plan réglementaire des hôpitaux, les migrants et les réfugiés doivent être admis quels que soient leurs statuts, dans les mêmes conditions que les marocains. Ils ont le droit de bénéficier également de la prise en charge gratuite sur quelques prestations au même titre que les marocains.

Une autre mesure importante dans le domaine de la santé consiste à inclure les migrants régularisés et les réfugiés dans le régime du RAMED afin de palier à l’absence d’une assurance médicale qui est considéré comme étant le principal obstacle à l’accès aux soins pour cette population (PNPM, 2017). Une convention entre le Ministère Chargé des Marocains Résidant à l'Étranger et des Affaires de la Migration (MCMREAM) et l’Agence Nationale d’Assurance Maladie (ANAM), a été signée en mars 2017. Cependant, cette mesure n’a pas encore été lancée effectivement sur le terrain.

* 1. **Les défis persistant pour l’accès des migrants aux soins**

En absence d’un système de veille régionale sur l’accès des migrants aux soins de santé, le rapport de la SNIA rapporte les chiffres suivants du bilan santé au niveau de la Région de Tanger-Tétouan-Al Hoceima (septembre 2016):

* 300 consultations par mois en moyenne au niveau des établissements de soins de santé primaire et plus particulièrement pour la préfecture de M’diq-Fnideq ;
* 100 consultations au service des urgences ;
* 10 femmes migrantes suivies en programmes de surveillance de la grossesse et de l’accouchement ;
* 60 femmes migrantes suivies régulièrement en planification familiale ;
* 11 enfants inscrits au programme national d’immunisation.

Au niveau régional, les associations qui accompagne les migrants tels que l’ALCS, CARITAS et OJA, déclarent avoir développé de bonnes relations avec les responsables de santé et les responsables des hôpitaux qui coordonnent leurs actions afin de prendre en charge les soins nécessaires des cas qui se présentent notamment les blessures après les attaques forcés, les tests VIH, le suivi des grossesses et les accouchements, etc. Néanmoins, des discriminations persistent pour l’accès aux soins surtout si les migrants ne sont pas accompagnés par un membre d’une ONG. Ce constat, a également été rapporté par la PNPM dans les autres régions du Maroc surtout au niveau de l’accueil (services de gardiennage, personnes en charge de la gestion des files d’attente) et quelquefois de la de la part du personnel soignant.

La PNPM rapporte également des refus d’accès aux soins notamment à Tanger. Ainsi sur 170 personnes migrantes dans les zones de Casablanca-Rabat-Salé, Tanger-Tétouan et
Nador-Oujda, 20 cas de refus d’admission ont été identifiés : 13 pour défaut de titre de séjour et 7 refus simple et injustifié.

D’après le même rapport, certains centres de santé du centre-ville de Tanger demandent un justificatif d’adresse pour limiter leur fréquentation, notamment lorsqu’ils sont sollicités par des personnes qui dépendent des centres de santé situés dans des quartiers très peuplés, eux-mêmes sur-fréquentés (en particulier le Centre de santé Mesnana). En général, les étrangers souffrent **d’un manque du personnel soignant ainsi qu’une mauvaise qualité des soins** au même titre que les marocains.

D’un autre côté, le rapport de la PNPM a soulevé l’insuffisance de la dotation des centres de santé en médicaments qui est calculée en fonction de la population marocaine. Les centres couvrant les quartiers à forte concentration d’étrangers sont sous-approvisionnés de médicaments.

Il en ressort qu’il y a un **manque de formation et de sensibilisation** du personnel des établissements de santé sur le droit d’accès des étrangers aux services de santé sans intermédiation des associations. **Les barrières linguistiques et culturelles** ont été également signalées comme frein à une bonne prise en charge des migrants. Pour le volet de la formation, il existe plusieurs initiatives qui ont été conduites par des ONG et des programmes de coopération internationale produisant des matériaux d’apprentissage pouvant être réutilisés.

* 1. **Situation sanitaire des migrants**

Du côté des migrants, des manques d’informations sur leurs droits et d’orientation sur le fonctionnement du système marocain de santé, les programmes de santé et les possibilités de gratuité des soins disponibles, ainsi que les personnel chargé des affaires de la migration au niveau des établissements de santé, limitent leur accès à ces services. Un appui aux associations est nécessaire pour mettre en place **des supports de communications et des guides** en langues appropriés (français et anglais) à mettre à disposition des migrants. Ceci pourra également aider les migrants à continuer d’accéder aux soins même en cas de mobilité et en absence d’une association accompagnatrice.

L’aspect financier est la principale barrière d’accès des migrants vulnérables aux services de soins. Notant que même si le RAMED soit effectivement accordés, il ne couvrira que les migrants régularisés ayant une carte de séjour. Les associations qui accompagnent les migrants dans la région, essaye de palier à ce problème par le règlement des factures des laboratoires d’analyse, des consultations et l’achat des médicaments. Cependant, l’ensemble des besoins ne peuvent être satisfaits vu leurs moyens financiers très limités.

La mobilité est une caractéristique de la population des migrants qui limite également l’accès aux soins. L’exigence des justificatifs de logement entravent par exemple l’accès aux soins dans les établissements de soins primaire. La mobilité interrompt également le suivi médical ou de traitement par exemple en cas de grossesse ou de tuberculose. Une grande flexibilité de prise en charge des migrants dans l’ensemble du territoire marocain par les établissements de santé garantira la continuité des services de santé pour cette population.

* 1. **Accès des femmes migrantes aux services de santé**

Au niveau de la région, plusieurs associations telles que Caritas et 100% mamans interviennent pour accompagner les femmes migrantes enceintes pour accéder aux soins médicaux nécessaires notamment le suivi de la grossesse, l’accouchement et les services d’urgence. Les mamans célibataires migrantes souffrent d’après les acteurs interrogés d’une double discrimination liée à l’absence du soutien et de sa situation de migrante.

Un projet a été lancé par Médecin du Monde Belgique, AMSED et l’ALCS nommé projet « Tamkine Migrants » afin d’améliorer la prise en charge intégrée (médico-psycho-sociale) de 1 500 femmes migrantes en situation de vulnérabilité au Maroc, en particulier des femmes enceintes, avec un bébé, ou victimes de violence. C’est une expérience pilote dans les régions de Oujda et Rabat. D’après le rapport de la PNPM, le projet a révélé des insuffisances en matière d’accès à la gratuité des services d’accouchement. Par exemple, dans la région de Rabat et sur 228 accouchements suivis depuis mai 2015 par le projet Tamkine Migrants, seules 14 femmes ont pu accoucher gratuitement dans une maison d’accouchement ou à l’hôpital. Dans l’incapacité de paiement de ces frais, les actes de naissances des nouveau-nés sont retenus par l’établissement ce qui entrave leur inscription à l’Etat civil.

* 1. **Accès aux services psycho-sociaux**

Les entretiens ont révélé également la nécessité d’un accompagnement psycho-social des migrants et réfugiés, notamment les victimes de la traite et/ou de la violence, les enfants de migrants, les mineurs non-accompagnés ou les femmes en situation vulnérables

Dans ce sens, la SNIA a prévu le recrutement et la formation d’éducateurs pairs, dans les centres de soins et les centres hospitaliers, assurant l’interface avec la population des migrants. Ces éducateurs devront également fournir l’accompagnement psychologique aux migrants. Seulement 359 immigrés au niveau national ont bénéficié de l’appui de ces éducateurs, ce qui est largement en deçà des besoins.

Le manque de personnel qualifié et des structures de prise en charge des services psychologiques rend difficile l’accès à ce type de soins pour les étrangers que pour les marocains.

Le projet Tamkine a développé un programme de formation continue au profit du personnel médical et psychosocial des Unités de prise en charge des femmes et enfants victimes de violence des hôpitaux (UPECEFVV) dans les régions d’Oujda et Rabat. Il serait intéressant de **capitaliser sur les acquis de ce programme** pour pouvoir renforcer les services de prise en charge des victimes de violence dans la région TTAH.

* 1. **Lien entre conditions de santé et logement**

Les conditions de logement ont un lien étroit avec les conditions de santé. Les acteurs associatifs qui travaillent avec les migrants sur le terrain confirment que plusieurs maladies apparaissent à cause des mauvaises conditions d’habitat. Les migrants souvent irréguliers se partage une seule pièce (parfois allant à 10 personnes dans la même pièce) dans les quartiers défavorisés de la ville de Tanger, telle Messnana et Boukhalef. Cette même pièce partagée sert de sanitaires, de cuisine, et de chambre à coucher. Plusieurs maladies notamment contagieuses se propagent dans ces milieux favorables tels que la tuberculose qui est une maladie grave à potentiel épidémique. Le non accès aux soins de santé constitue donc un facteur aggravant de cette situation.

L’amélioration des conditions de logement des migrants est liée à la régularisation administrative de leur situation, l’amélioration des revenus et l’accès à un emploi stable qui leur permettront d’acquérir un logement décent. Toutefois, les migrants eux-mêmes préfèrent économiser le loyer pour pouvoir payer les passeurs vers l’Espagne.

1. **Inégalités dans l’accès à la formation professionnelle**

Dans le cadre de la SNIA, un programme a été dédié à la formation professionnelle et qui vise l’ouverture de l’accès des migrants régularisés et des réfugiés aux programmes de formation professionnelle et de qualification et l’accompagnement des porteurs de projets au même titre que les nationaux.

Pour atteindre cet objectif, une convention cadre de partenariat a été signée entre le Ministère Chargé des Marocains Résidant à l'Etranger et des Affaires de la Migration et l’OFPPT pour permettre l’accès des migrants régularisés et des réfugiés aux établissements de la formation professionnelle.

Ce programme a également appuyé des formations professionnelles dispensées par des ONG (**hors région du Nord**) ainsi que des actions d’orientation et d’accompagnement pour l’insertion dans le marché de l’emploi dans les domaines suivants : hôtellerie, cuisine et pâtisserie informatique, bâtiment, éducation des enfants, entrepreneuriat, accompagnement et création de coopératives et d’activités génératrices de revenus. Au niveau régional, plusieurs associations œuvrent dans le domaine de la formation telle que l’AMAPPE, l’OJA et Caritas pour offrir aux étrangers un espace d’apprentissage et d’inclusion dans la société marocaine par les langues (surtout Darija et Français) et dans le marché de l’emploi. Or, nous avons constaté que **les domaines de formation sont choisis d’une manière classique** (couture, coiffure, cuisine etc.) sans prendre en considération les acquis préalables de ces personnes ni les besoins du marché d’emploi local, ce qui ne garantit pas une intégration économique.

Dans le même sens, une convention a été signée entre le MCMREAM et le MFSEDS pour faire bénéficier les femmes migrantes d’accéder aux **Centres de Formation et d’Éducation** relevant de l’Entraide Nationale pour suivre des formations et développer des activités génératrices de revenus. On ne dispose pas de données sur le nombre de femmes migrantes intégrés dans ces structures dans la région TTAH, mais il **est probablement très faible** puisque le total des bénéficiaires des services de l’EN -tout type confondu- ne dépasse pas 67 migrants (contre 792 pour la région Rabat-Salé-Kénitra, 355 pour la région Casablanca-Settat et 233 pour la région de l’Oriental).

Malgré les actions entreprises par les pouvoirs publics dans ce domaine, les OSC membres de la PNPM déplore le nombre très limité des bénéficiaires de ces actions à cause des conditions de niveau d’étude requises à l’entrée alors que la majorité des personnes étrangères arrivent au Maroc sans leur diplôme (et sans possibilité de le récupérer au pays d’origine), ou leurs diplômes ne sont pas reconnus au Maroc, ou dont les diplômes doivent être homologués par leur ambassade, une démarche qui peut s’avérer complexe. **La mise en place d’un système de validation des acquis** est une alternative adéquate pour ne pas pénaliser les étrangers dans l’accès aux formations qualifiantes.

La PNPM regrette également **l’exclusion des mineurs non-accompagnés** (seuls les enfants dont les parents détiennent un titre de séjour peuvent accéder aux formations) alors que pour les OSC, c’est cette catégorie qui devrait être une cible prioritaire de ce programme. Cependant, même si cette catégorie bénéficient des formations, le diplôme n’est leur délivré que si ils détiennent un titre de séjour créant par la suite un obstacle pour intégrer le marché de l’emploi.

Les associations ont constaté également que la vulnérabilité de ce public ( personnes étrangères démunies et sans soutien familial) et plus particulièrement les femmes ayant des enfants, ont des besoins de base qui doivent être assurés pour pouvoir suivre un cours de formation professionnelle ou de travailler à la création d’une AGR (logement, garde d’enfants, nourriture et santé…). Dans le cas contraire, l’ensemble de ces démarches seront abandonnées par les bénéficiaires. Pour les ONG, ces programmes de formation ou d’appui à la création des AGR doivent être accompagnés **d’un dispositif de prise en charge.**

Afin de mieux comprendre la sociologie et l’employabilité de la population des migrants, une étude pilote a été réalisé dans l’axe Rabat-Casablanca dont les principaux résultats sont présenté dans l’encadré N°3 En comparaison avec les données recueillies auprès des OSC dans la région TTAH, il est probable qu’il y ait une nette différence avec celle de l’axe Rabat-Casablanac. En effet, la majorité des migrants au niveau de la région ont l’intention de quitter le territoire national vers l’Europe. Egalement, ils sont très mobiles et font des mouvements entre l’hiver (recherche d’opportunité d’emploi) et l’été (tentatives de passage, mendicité lors de la période estivale au Nord etc.). **Une étude du même type** pourra nous renseigner plus exactement sur la sociologie et l’employabilité de cette population dans la région Nord.

|  |
| --- |
| Encadré N°3 : Etude pilote sur la sociologie et l’employabilité de la population des migrants se trouvant dans l’axe Rabat-Casablanca |
| Une étude pilote a été menée en 2015 par le Ministère Chargé des Marocains Résidant à l'Etranger et des Affaires de la Migration en partenariat avec l’Agence de Coopération Allemande (GIZ) dans le cadre d’un d’appui à la territorialisation de la Stratégie Nationale d’Immigration et d’Asile. L’objectif du projet est de renforcer les compétences des acteurs associatifs dans la conception et l’utilisation d’outils de validation des acquis professionnels et d’accompagnement des migrants dans l’intégration économique. Quelques éléments saillants de l’étude pilote :- 60% de la population a actuellement une activité professionnelle dont la majorité est dans le secteur informel ; - la population interrogée souhaite rester au Maroc pour retrouver la stabilité recherchée.- les 2/3 des migrants interrogés ont un niveau d’instruction inférieur au baccalauréat et la majorité possède un diplôme professionnel ;- le niveau de maîtrise des langues à l’oral se présente comme suit :32% Français seulement21% Français et Anglais22% Français, Anglais et dialecte marocain6% Français et langue étrangère (Espagnol, Italien, Portugais, Allemand)3% Anglais et dialecte marocain |

1. **Accès à l’emploi aux migrants et réfugiés**

Les migrants expriment un besoin pressant en termes d’emploi vu leur grande vulnérabilité et l’absence de soutien familial. Vu la faible disponibilité en emploi et la prédominance de l’emploi précaire au niveau du marché local, il est plus difficile pour un migrant de trouver un emploi décent. Les femmes ayant des enfants en bas-âge ou non scolarisés trouvent plus de difficultés pour accéder à un travail.

Dans le programme 7 de la SNIA qui vise à garantir aux migrants et réfugiés une intégration équitable dans le marché de l’emploi, 3 objectifs spécifiques ont été fixés :

* Faciliter I ’accès des immigrés réguliers à l’emploi
* Promouvoir la création d’entreprises par les immigrés réguliers
* Couvrir les besoins spécifiques en main-d’œuvre Emploi

Une des mesures phares de la SNIA est la suppression de la préférence nationale et l’octroi de permis de travail à tout migrant ayant bénéficié de de l’opération exceptionnelle de régularisation muni d’un contrat de travail. Entre 2015 et 2016, 27 contrats de travail ont ainsi été visés par le Ministère de l’Emploi et des Affaires Sociales. Cependant, les associations citent plusieurs obstacles pour assurer l’effectivité de cette procédure :

* L’absence de communication officielle sur cette dérogation auprès des employeurs et des candidats eux-mêmes ;
* La lenteur de la procédure d’obtention d’un visa d’autorisation de travail au niveau du Ministère de l’emploi (pouvant aller jusqu’à une année) ;
* La présence d’un seul bureau opérationnel à Rabat pour octroi du Visa ;
* La non-intégration des réfugiés dans cette procédure.

Il est a noté que le ministère de l’Emploi compte ouvrir 4 nouveaux bureaux sur le territoire marocain et a mis en ligne le service « TAECHIR »[[37]](#footnote-37) pour faciliter la constitution des dossiers de demande et ce à partir de juin 2017.

* 1. **Services de recherche d’emploi**

Dans le cadre de l’ouverture des services de recherche d’emploi de l’ANAPEC envers la population de migrants régularisés (ateliers de recherche d’emploi, entretiens personnalisés d’orientation et de positionnement, accès aux offres sur internet), le projet Sharaka a été mis en œuvre dans 5 agences pilotes, à savoir : Casablanca, Fès, Oujda, Rabat et **Tanger.**

Un rapport de capitalisation[[38]](#footnote-38) a été publié faisant état des résultats et des apprentissages de cette expérimentation pilote au niveau du Royaume. Ci-dessous les principaux résultats de l’expérience :

* Sur le plan quantitatif, l’agence de Tanger a accueillie 22 migrants sur un total de 281 migrants. Parmi les 22 migrants accompagnés seuls 3 ont pu décrocher un entretien de sélection avec un employeur et aucun n’a été inséré ;
* Sur le plan conceptuel de la démarche, il a été observé une bonne mobilisation des agences et des associations ;
* L’expérience a pu tester les services d’intermédiation aux chercheurs d’emploi mais pas ceux de la création d’entreprise (…..)
* Quelques difficultés persistent pour l’accès des migrants aux différents services à cause de difficultés de se rendre régulièrement aux agences ANAPEC, besoin d’accompagnement pour l’inscription dans le SIGEC etc. ;
* Absence de communication externe visant à informer ce nouveau public de l’ouverture des prestations ANAPEC dans des agences pilotes.

Les migrants régularisés ont accès aux deux programmes TAEHIL (formations qualifiantes de reconversion) et IDMAJ (contrats d’insertion subventionnés par l’Etat). Mais le rapport de la PNPM souligne les difficultés liées à la nécessité de présentation des copies légalisées des diplômes ce qui limite la population éligible pour ces programmes sauf pour les personnes qui ont pu décrocher un diplôme au niveau national comme celui délivré par l’EN. La validation des acquis trouve donc toute sa pertinence pour l’ouverture des programmes d’emploi aux migrants.

* 1. **Services d’appui à l’auto-emploi**

Les migrants régularisés et les réfugiés ont désormais le même droit d’accès au statut autoentrepreneur. Cependant une large communication est nécessaire pour informer Les migrants qui travaillent plus souvent dans l’informel de la possibilité d’entreprendre dans la formalité et avec des facilités procédurales et fiscales avantageuses.

De même, la nouvelle loi des coopératives n°12.112 a ouvert la possibilité aux étrangers de créer des coopératives dans les mêmes conditions que les Marocains.

La PNPM recommande de tirer avantage des potentialités d’auto-emploi pour formuler et mettre en œuvre des projets d’insertion économique portés par les associations et avec des véritables études de marché.

* 1. **Insertion dans les entreprises et sensibilisation du secteur privé**

Dans le cadre de la SNIA, des sessions de sensibilisation des entreprises sur l’équité dans l’emploi des immigrés ont été organisé au niveau du Royaume en partenariat avec la Confédération Générale des Entreprises du Maroc (CGEM).

La PNPM recommande cependant d’impliquer la société civile dans ces actions de sensibilisation pour contribuer aux actions de communication et de sensibilisation des opérateurs économiques et servir de relais entre ces derniers et les immigrés. Elle recommande également d’intégrer l’ANAPEC qui peut les informer des changements relatifs au cadre réglementaire du travail des étrangers et les sensibiliser aux avantages de la diversité dans le milieu du travail.

Conclusion

A l’issu de diagnostic, il s’avère que les trois groupes concernées représentent des caractéristiques communes, à savoir :

**Accès aux services et aux opportunités**

* Ils souffrent d’inégalités d’accès aux services sociaux plus particulièrement les services de santé et d’éducation ;
* Ils ont des difficultés à accéder à une formation professionnelle qualifiante ;
* Plusieurs contraintes les freinent pour accéder à un emploi formel et décent et profiter ainsi des opportunités économiques

**Exclusion et vulnérabilité**

* Ils souffrent de vulnérabilité sociale et économique (pauvreté, exploitation, conditions de vie précaires, etc.)
* Ils présentent une grande vulnérabilité psychologique
* Ils souffrent d’exclusion de la société (chômage, analphabétisme, faible niveau de qualification, discrimination et violence)
* Ils nécessitent un accompagnement de proximité

Néanmoins, plusieurs opportunités existent pour assoir une stratégie régionale pour l’inclusion de ces trois catégories, à savoir :

* Existence de **stratégies nationales** ciblant les mêmes groupes vulnérables témoignant d’une volonté nationale (SNIA, ICRAM, SNH)
* La Région regroupe un ensemble d’i**nstitutionnels** qui travaillent déjà sur l’ensemble de ces questions (EN, ADS, Direction Santé, Académie de l’Education)
* La Région est dotée d’une **société civile** organisée et expérimentée (Réseau du Nord Handicap, PNPM, associations féministes…)
* Des **actions** sont déjà entreprises pour améliorer les conditions de vie de ces groupes au niveau de la Région
* Existence des **bailleurs de fonds** qui travaillent sur l’autonomisation des femmes et l’inclusion des groupes défavorisés
* La Région est dotée d’un **secteur privé** dynamique regroupant des entreprises internationales soucieux de la responsabilité sociétale des entreprises (RSE)

Or, plusieurs déficits ont été soulevés lors de ce diagnostic:

* Manque de **moyens matériels et surtout humains** pour la mise en œuvre des actions sur le terrain
* Manque d’**expertise** pour l’accompagnement de proximité nécessaire au profit des personnes marginalisées et exclues
* Caractéristiques de vulnérabilité nécessitant des **appuis** pour l’intégration socio-économiques mais également **d’accompagnement** psychologique, ce dernier est l’élément déficient des actions développées par les acteurs régionaux
* Moyens très limités pour les **associations gestionnaires des centres** de services aux personnes vulnérables
* Déficits en **coordination territoriale** (initiatives centralisées)
* **Société civile** non impliquée dans la formulation et la mise en œuvre des politiques territoriales
* Manque de **synergie** et d’harmonisation des interventions publiques et de la Société Civile
* Déficits en **études et recherches** spécifiques sur ces groupes au niveau régional (l’ensemble des enquêtes et études se font au niveau national)

A l’issu de ce diagnostic, une stratégie régionale du genre et d’inclusion sociale a été donc élaborée présentant ainsi les axes stratégiques, les objectifs à atteindre et les actions à mener pour une meilleure inclusion des trois groupes.

**Liste des références**

*Références bibliographiques*

Politique Nationale d’Immigration et d’Asile, 2013-2016, Ministère Chargé des Marocains Résidant à l'Étranger et des Affaires de la Migration

Les entreprises sociales dans La région, Tanger-Tétouan-AL Hoceima, 2017, British Council

TAMKINE MIGRANTS « Améliorer la prise en charge intégrée (médico-psycho-sociale) des femmes migrantes en situation de vulnérabilité au Maroc, en particulier des femmes enceintes, avec un bébé, ou victimes de violences », Médecin du Monde Belgique

L'informel des frontières, Myriem Khrouz, Economia research center,

BILAN OIM MAROC 2016, Edition n°31 Janvier - Décembre 2016, OIM

La protection et à la promotion des droits des personnes en situation de handicap Mémorandum, 2015, CNDH

Handicap International - Information Fédérale – Fiche pays Maroc – 2016

Rapport mondial sur le handicap, 2011, OMS

Enquête nationale sur le Handicap 2014, Ministère de la Famille, de la Solidarité, de l’Egalité et du Développement Social

Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif, NATIONS UNIES

État des lieux de la scolarisation des enfants en situation de handicap dans la région Souss Massa Draa, 2014, Handicap International

Modèle d’éducation inclusive au Maroc Basé sur l’expérience pilote dans la région Souss Massa Drâa, 2015, Handicap International Programme Maghreb

Les personnes à besoins spécifiques au Maroc d’après les données du Recensement Général de la Population et de l’Habitat de 2014, HCP

Plan Stratégique Régional Santé et Handicap 2017 – 2021, Direction Régionale de la Santé Tanger-Tétouan-Al Hoceima

Communiqué de presse conjoint à l’occasion de la rentrée scolaire, 2018, HCR-UNICEF

Communique de Presse, Président du Centre d’Analyse des Données Mondiales sur la Migration au HCP à la veille de l’Enquête Nationale sur la Migration, 2018, HCP

Conclusions et recommandations du rapport « Etrangers et droits de l’Homme au Maroc: pour une politique d’asile et d’immigration radicalement nouvelle », 2013, CNDH

Etat des lieux de l’accès aux services pour les personnes migrantes au Maroc : Bilan, perspectives et recommandations de la société civile, 2017, Plateforme Nationale Protection Migrants

Diagnostic régional et consolidation des données de la planification communale, Région Tanger-Tétouan-Al Hoceima, 2017, Targa-AIDE

Proposition d’un modèle de santé communautaire au Maroc, rapport final, avril 2011, Marie-Pierre GAGNON et El Kebir GHANDOUR, Ministère de la Santé

Etat de la Migration dans le Monde, 2015, Organisation internationale pour les migrations (OIM)

Etrangers et Droits de l’Homme au Maroc pour une politique d’asile et d’immigration radicalement nouvelle, 2013, CNDH

Rapport sur l’établissement des faits relatifs aux évènements de l’immigration illégale, Evènements de Ceuta et Melilia durant l’automne 2005, Conseil Consultatif des Droits de l’Homme

Ouverture des prestations ANAPEC au profit des migrants régularisés, restitution et capitalisation d’une phase d’expérimentation, 2016, projet SHARAKA, « Promouvoir la Mobilité des compétences et des personnes »

Premier Rapport Annuel sur la Violence à l’Egard des Femmes, 2015, Ministère de la Famille, de la Solidarité, de l’Egalité et du Développement Social

Égalité de genre, politiques publiques et croissance économique au Maroc, 2017, OCP Policy Center

Enquête confidentielle sur les décès maternels de 2015 dans les six régions prioritaires au Maroc, Ministère de Santé

التوجهات الاستراتيجية للصحة والإعاقة من خلال السياسة العمومية المندمجة للنهوض بحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة بالمغرب, المنتدى الوطني حول الصحة والإعاقة, 2015 [وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية](http://www.social.gov.ma/)

مخطط العمل الوطني للصحة و الإعاقة 2021/2015, وزارة الصحة,

دليل المراكز الخاصة باستقبال الأشخاص في وضعية إعاقة, 2015 [وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية](http://www.social.gov.ma/)

Annexes

**Annexe N°1 : exemple de guide d’entretien utilisé**

# **GUIDE D’ENTRETIEN – MISSION GSI – IPNM**

**ORGANISMES DE LA SOCIETE CIVILE – Catégorie Femmes**

|  |  |
| --- | --- |
| **Entretien N° :****Nom de l’organisme :** | **Date :****Lieu :**  |

|  |
| --- |
| **Nom et fonction des personnes rencontrées**  |
|  |
|  **SECTION 1 / identification de l’OSC et activités**  |
| Date de création  |
| Nombre d’adhérents / nombre de femmes |
| Nombre de membres de BE/ nombre de femmes |
| Etes-vous membre d’un ou plusieurs réseaux ?  |
| Activités de l’association / Spécifiques aux femmes dans la RTTAH |

|  |
| --- |
| **SECTION 2 / caractérisation des femmes et de leurs besoins**  |
| Quel est le profil des femmes avec qui vous travaillez ? quelle est leur situation socio-économique ? travaillez-vous avec des femmes divorcées, mères célibataires, victimes de violence, femmes exerçant de la contrebande ? |
|  |
| Dans quelle zone géographique de la RTTAH |
|  |
| Quels sont les principaux besoins de ces femmes ? obstacles ? |
|  |

|  |
| --- |
| **SECTION 3 / Accès aux services sociaux**  |
| Ces femmes soufrent-elles de difficultés d’accès aux services sociaux dans la RTTH ? |
| Education (préscolaire, primaire, secondaire, universitaire, alphabétisation)**Particulièrement,** l’abandon scolaire chez les filles et l’analphabétisme chez les femmes |
|  |
| Santé (maternelle et enfantine), soins médicaux  |
|  |
| Assistance sociale, services juridiques, etc.  |
|  |
| Autres |
|  |

|  |
| --- |
| **SECTION 4 / Accès aux ressources économiques**  |
| Ces femmes soufrent-elles de difficultés d’accès aux ressources économiques dans la RTTH ? |
| **Particulièrement** : Emploi, formation professionnelle et insertion  |
|  |
|  **Particulièrement** : AGR, entreprenariat, coopératives et indépendance financière |
|  |
| Accès aux financements et à l’appui  |
|  |
| Autres  |
|  |

|  |
| --- |
| **SECTION 5 / Discriminations, stéréotypes et des violences** |
| Quels types de discriminations, de stéréotypes dont souffres ces femmes dans la RTTAH ?  |
|  |
| Qu’en est-il des violences ? y a-t-il des statistiques ? des mécanismes de luttes contre la violaces dans la RTTAH ?  |
|  |

|  |
| --- |
| **SECTION 6 / Solutions, projets et actions proposés** |
| Quelles sont les initiatives déjà existantes dans la région TTAH en faveur des femmes ? Quelles sont les forces (?) et faiblesses des solutions existantes?Quelles sont les barrières pour la groupe cible aux solutions existantes?  |
|  |
| Avez- vous des idées de projet ou des actions spécifiques à proposer ? Comment vous proposer qu'on conçoive et mettre en œuvre ces solutions proposées?Avec quelles exigences (ressources, durée, etc.) pour mettre en œuvre les solutions proposées? |
|  |
| Comment voyez-vous le rôle du CR dans le domaine du genre et d’inclusion sociale ? Quelle collaboration permettra de mieux desservir cette tranche de population ? |
|  |

|  |
| --- |
| **Documentations remises**  |
| Information sur les populations ciblesDonnées statistiquesRapports pertinents |
| **Autres Personnes et contacts pertinents à suggérer** |
|  |

**Annexe N°2 : liste des centres d’éducation et d’accueil des enfants et des personnes en situation de handicap**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type Handicap** | **Non du centre** | **Ville** | **Organisme fondateur** | **Organisme de gestion** | **Date de création** | **Capacité** | **Mode hébergement** | **Prestations offertes** |
| **services paramédicaux** | **Services sociaux** | **Services de formation** | **Autres services** |
|  **Centres d'accueil des personnes personnes présentant un handicap mental** |
| Autisme | Institut Princesse Lalla Meryem pour enfants autistes | Tanger | Ministère de la Famille de la Solidarité de l'Egalité et du Developpement Social et autres | Association des parents et amis des enfants de l'institut Lalla Meryem pour les enfants autistes |  2002 | 40 | Externe | - Rééducation motrice- Rééducation psychomotrice | - Accueil et orientation des familles | - Education et Enseignement | - Transport- Alimentation- Activités sportives et culturelles /sensibilisation |
| Autisme | Centre Yahya pour les enfants autistes | Tetouan | Association Yahya pour les enfants autistes | Association Yahya pour les enfants autistes | 2009 | 100 | Externe | - Rééducation motrice- Orthophonie- Rééducation psychomotrice | - Accueil et orientation des familles | - Education et Enseignement | - Activités sportives et culturelles /sensibilisation |
| Trisomie | Centre pour les enfants atteint de handicap mental | Tetouan | Association Ichrakat Qalb | Association Ichrakat Qalb des parents et amis d'enfants trisomiques | 2010 | 78 | Externe | - Rééducation motrice- Orthophonie- Rééducation psychomotrice | Accueil et orientation des familles | - Education et Enseignement | - Activités sportives et culturelles /sensibilisation |
|  **Centres d'accueil des personnes présentant un handicap auditif** |
| Auditif | Club d'unclusion des sourds et muets | Larache | ASSOCIATION UNION DES SOURDS ET MUETS | ASSOCIATION UNION DES SOURDS ET MUETS | 2002 | 91 | Externe |   | - Accueil et orientation des familles | - Formation Professionnelle | - Activités sportives et culturelles /sensibilisation |
| Auditif | Centre Sinwane d'Education, d'Enseignement et de Qualification des Malentendants | Tanger |  Association aide et secours |  Association aide et secours | 2005 | 32 | Externe |   | - Accueil et orientation des familles | - Education et Enseignement- Formation Professionnelle | - Transport- Activités sportives et culturelles /sensibilisation |
|  **Centres d'accueil des personnes présentant un handicap visuel** |
| Visuel | Institut Taha Hossein | Tetouan | اOrganisation Alaouite pour la Promotion des Aveugles au Maroc (O.A.P.A.M) | اOrganisation Alaouite pour la Promotion des Aveugles au Maroc (O.A.P.A.M) | 1968 | 73 | Interne |   | - Accueil et orientation des familles- Aides en nature: lunettes médicales et médicaments | - Education et Enseignement | - Alimentation- Activités sportives et culturelles /sensibilisation |
| Visuel | Institut de l'O.A.P.A.M | Tanger | اOrganisation Alaouite pour la Promotion des Aveugles au Maroc (O.A.P.A.M) | Organisation Alaouite pour la Promotion des Aveugles au Maroc (O.A.P.A.M) | - | 27 | Externe |   |   | - Education et Enseignement | - Activités sportives et culturelles /sensibilisation |
| Visuel | Centre de réhabilitation des non voyants | Tetouan | Association Louis BRAILLE | Association Louis BRAILLE | 2006 | 40 | Externe |   | - Accueil et orientation des familles | - Education et Enseignement- Formation Professionnelle | - Activités sportives et culturelles /sensibilisation |
| **Centres d'accueil des personnes souffrant de handicaps multiples** |
| Multiple | Centre mixte de formation professionnelle | Chefchaouen | Association d'appui au Programme de Réadaptation à Base Communautaire | Association d'appui au Programme de Réadaptation à Base Communautaire | 2004 | 200 | Interne |   | - Accueil et orientation des familles | - Formation Professionnelle |   |
| Multiple | Centre Basma | Tanger | Ministère de la Jeunesse et des Sports | Association Basma pour l'inclusion sociale de l'enfant handicapé mental | 2002 | 50 | Externe / Semi-interne | - Rééducation motrice- Orthophonie | - Accueil et orientation des familles- Aides en nature | - Education et Enseignement- Formation Professionnelle | - Transport- Activités sportives et culturelles /sensibilisation |
| Multiple | Centre de l'association Atfal El Janna | Tanger | Association Atfal El Janna | Association Atfal El Janna | 2007 | 120 | Semi-interne | - Rééducation motrice- Orthophonie- Rééducation psychomotrice | - Accueil et orientation des familles | - Education et Enseignement- Formation Professionnelle | - Transport- Activités sportives et culturelles /sensibilisation |
| Multiple | Centre de l'association d'appui au Programme de Réadaptation à Base Communautaire | Tanger | Association d'appui au Programme de Réadaptation à Base Communautaire | Association d'appui au Programme de Réadaptation à Base Communautaire en partenariat avec l'association Al Basma | 2001 | 80 | Externe | - Rééducation motrice- Orthophonie | - Accueil et orientation des familles- Aides en nature | - Education et Enseignement- Formation Professionnelle | - Transport- Activités sportives et culturelles /sensibilisation |
| Moteur - Multiple | Centre de l'association Dar El Hana pour les enfants handicapés | Tanger | ASSOCIATION DAR EL HANA POUR LES HANDICAPES | ASSOCIATION DAR EL HANA POUR LES HANDICAPES | 1961 | 34 | Interne | - Rééducation motrice- Prothèse | - Accueil et orientation des familles | - Education et Enseignement- Formation Professionnelle | - Transport- Alimentation- Activités sportives et culturelles /sensibilisation |
| Multiple | Complexe d’éducation, de formation et de qualification | Tetouan | Association Hanane pour la protection des enfants handicapés | Association Hanane pour la protection des enfants handicapés | 1969 | 621 | Externe | - Rééducation motrice- Orthophonie- Rééducation psychomotrice | - Accueil et orientation des familles- Aides en nature: Jouets et vêtements | - Education et Enseignement- Formation Professionnelle | - Transport- Alimentation- Activités sportives et culturelles /sensibilisation |

1. Source : site officiel du Ministère de la Famille, de la Solidarité, de l’Egalité et du Développement social. [↑](#footnote-ref-1)
2. Article premier de la Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif [↑](#footnote-ref-2)
3. Source convention CIDPH : <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413> [↑](#footnote-ref-3)
4. <http://www.handi-capable.net/handicaps-physiques-invisibles> [↑](#footnote-ref-4)
5. Idem [↑](#footnote-ref-5)
6. Source Enquête Nationale sur le Handicap 2014 <https://www.men.gov.ma/Ar/Documents/Rech-Nat2-FBilan-fr.pdf> [↑](#footnote-ref-6)
7. Source Enquête Nationale sur le Handicap 2014 <https://www.men.gov.ma/Ar/Documents/Rech-Nat2-FBilan-fr.pdf> [↑](#footnote-ref-7)
8. Le HCP situe ce taux à 5,1% selon les résultats du RGPH de 2014. [↑](#footnote-ref-8)
9. Taux calculé sur la base de l’ancien découpage administratif n’incluant pas la province d’Al Hoceima. [↑](#footnote-ref-9)
10. Source : RAPPORT MONDIAL SUR LE HANDICAP, OMS, 2011. [↑](#footnote-ref-10)
11. Source : rapport sur la protection sociale, Conseil Economique, Social et Environnemental, 2018. [↑](#footnote-ref-11)
12. <https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCRPD%2fCSS%2fMAR%2f28454&Lang=fr> [↑](#footnote-ref-12)
13. Des classes intégrées dans les établissements d’éducation dédiées aux enfants en situation de handicap. [↑](#footnote-ref-13)
14. Source : Rapport de synthèse, Etat des lieux de la scolarisation des enfants en situation de handicap dans la Région Souss-Massa-Draa [↑](#footnote-ref-14)
15. [↑](#footnote-ref-15)
16. Haut-Commissariat au Plan. [↑](#footnote-ref-16)
17. <http://www.social.gov.ma/fr/rubriquage/strat%C3%A9gie-du-p%C3%B4le-social> [↑](#footnote-ref-17)
18. Synthèse du rapport sur les établissements de protection sociale prenant en charge les personnes en situation difficile, Cour des Comptes, 2018. [↑](#footnote-ref-18)
19. Eléments de réponse au questionnaire de la Rapporteuse Spéciale sur les droits des personnes en situation de handicap (Services d’accompagnement aux PSH), Délégation Interministérielle des Droits de l’Homme. [↑](#footnote-ref-19)
20. Centres autorisés dans le cadre de la loi 14.05 ou ceux qui ne le sont pas. [↑](#footnote-ref-20)
21. Source : rapport de capitalisation 1993-2013 de l’Association Colombe Blanche. [↑](#footnote-ref-21)
22. La deuxième région étant la région de l’Oriental. [↑](#footnote-ref-22)
23. Initiative Concertée pour le Renforcement des Acquis des Marocaines. [↑](#footnote-ref-23)
24. Plans Communaux de Développement. [↑](#footnote-ref-24)
25. Source : Direction Régionale Nord Ouest II – Tanger. [↑](#footnote-ref-25)
26. Source : Banque mondiale, perspective monde 2018. [↑](#footnote-ref-26)
27. Source : Enquête confidentielle sur les décès maternels de 2015 dans les six régions prioritaires au Maroc, ministère de la santé. [↑](#footnote-ref-27)
28. Source : Enquête confidentielle sur les décès maternels de 2015 dans les six régions prioritaires au Maroc, ministère de la santé. [↑](#footnote-ref-28)
29. Selon le Ministère de la Santé, la certification a pour objectifs de mettre aux normes d’organisation et de fonctionnement les maisons d’accouchement; de promouvoir la conformité des Soins Obstétricaux et Néonatals d’Urgence de Base tels que recommandés par l’Organisation Mondiale de la Santé ; et d’améliorer la qualité de prise en charge de la parturiente et du nouveau-né. Quatre dimensions sont évaluées pour le processus de certification: l’accès aux soins, Les soins obstétricaux et néonatals d’urgence de base (SONUB), la qualité de la prise en charge et la qualité du management.  [↑](#footnote-ref-29)
30. <https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/MAR/INT_CRC_NGO_MAR_17891_F.pdf> [↑](#footnote-ref-30)
31. <https://www.hcp.ma/file/111460/> [↑](#footnote-ref-31)
32. Un des taux les plus faibles u niveau mondial. [↑](#footnote-ref-32)
33. <http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/strategybriefs/sb_gender_fr.pdf> [↑](#footnote-ref-33)
34. [file:///C:/Users/ASUS/Desktop/Doc%20migration/etat%20de%20la%20migration%20dans%20le%20monde%20-OIM.pdf](file:///C%3A/Users/ASUS/Desktop/Doc%20migration/etat%20de%20la%20migration%20dans%20le%20monde%20-OIM.pdf) [↑](#footnote-ref-34)
35. <http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_9_fr.pdf> [↑](#footnote-ref-35)
36. réseau d’associations formé depuis 2009 et composé de 13 membres qui travaillent pour la promotion et la protection des droits de la population migrante au Maroc, à savoir : Association de Lutte contre le Sida (ALCS), Association Meilleur venir pour Nos Enfants (AMANE), Alianza Por la Solidaridad (APS), Caritas, Comité Européen pour la Formation et l’Agriculture (CEFA), Délégations des Migrations Nador, Association Droit et justice (D&J), la Fondation Orient Occident (FOO), Médecins du Monde Belgique (MdM BE), l’Organisation Marocaine des droits de l’Homme (OMDH), Clinique Juridique Hijra (CJH), Maroc Solidarité Médico-sociale (MS2) et la Diaspora Congolaise au Maroc (DICOMA). [↑](#footnote-ref-36)
37. <http://www.emploi.gov.ma/index.php/fr/presse/actualites/21-services-en-ligne/79-services-au-profit-des-migrants.html> [↑](#footnote-ref-37)
38. <http://www.sharaka.ma/dmsdocument/60> [↑](#footnote-ref-38)