



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE



CENTRE COLLABORATEUR DE L'OMS

**NEUVIEME COURS DE MAITRISE EN ADMINISTRATION SANITAIRE
ET SANTE PUBLIQUE
PROMOTION (2006-2008)**

**ROLES DES ASSOCIATIONS DANS LA
PRISE EN CHARGE DES PERSONNES
ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHIQUES**
(CAS DE LA WILAYA DE RABAT-SALE)

**MEMOIRE PRESENTE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE MAITRISE
EN ADMINISTRATION SANITAIRE ET SANTE PUBLIQUE**

OPTION : SANTE PUBLIQUE

ELABORE PAR : DR ADIL MOHAMMED

JUILLET 2008

RESUME

Depuis une dizaine d'années, le dynamisme de la société civile a pris un essor sans précédent dans notre pays. Son activité s'exerce dans le domaine du plaidoyer, du soutien à des catégories sociales à besoins spécifiques ou dans des actions de développement, de solidarité ou de bienfaisance, ce qui confère désormais aux associations un rôle particulier : celui de nouvelles institutions du service collectif à la nation.

Pour mettre en valeur leur rôle, suite à un échantillon aléatoire simple, dix associations ont été sélectionnées pour leur activité dans le domaine de la santé mentale. Le cadre d'analyse retenu est le modèle des contraintes (demandes contraintes choix). Les outils utilisés sont : le questionnaire et les entretiens semi directifs avec les présidents d'associations, complétés par des interviews avec les professionnels de santé et des familles de patients. L'analyse du contenu des entrevues a permis de ressortir les constats suivants :

- Les associations ont été à l'origine de la majorité des centres et institutions spécialisés.
- Quatre principaux rôles sont assurés par les associations dans la prise en charge des handicapés psychiques qui vont depuis l'accompagnement jusqu'au mission de développement inclusif.
- La nécessité d'un travail en commun du sanitaire, du social et du médico-social.
- Les bénéfices d'insertion socioprofessionnelle et d'intégration scolaire, s'ils sont bien réels et indéniables, sont cependant encore mal évalués objectivement.
- Des insuffisances sont notées en rapport avec des textes de lois qui traitent de l'emploi de l'éducation et de soutien financier.
- Les facteurs susceptibles d'affecter la pérennité des associations liés aux difficultés financières et à l'environnement institutionnel interne de celles-ci .

Les pouvoirs publics sont appelés incessamment à appuyer les associations et mettre en place un plan d'action priorisant d'avantage les approches communautaires intégratives au plan professionnel et scolaire en faveur des personnes handicapés psychiques conformément aux orientations de l'UNESCO et les recommandations du sommet de Salamanque 1994 définissant l'approche holistique de l'école, en vu

d'amener un changement de regard, de représentation et d'attitude de la société à tous les niveaux et sur le long terme.

Mots clés : Association – prise en charge – autonomie – intégration – handicap psychique.

SUMMARY

Since ten years, the dynamism of the civil society took a rise without precedent in our country. Its activity is exerted in the field of the plea, the support for social categories with specific needs or in development actions, of solidarity or benevolence what confers from now on associations a particular role: that of new institutions of the collective service to the nation. To emphasize their role, following a random sample simple ten associations were selected for their activity in the field of the mental health. The framework of analysis selected is the model constraints (forced requests choice). The tools used are: the questionnaire, directing semi discussions with the presidents of associations, supplemented by interviews with the health professionals and of the families.

The analysis of the contents of the interviews made it possible to arise the following reports: - Associations were at the origin of the majority of the centers and specialized agencies. - Four principal roles are ensured by associations in the assumption of responsibility of the psychic handicapped people who go since the accompaniment until the mission of inclusive development. - Need for a joint work of medical, the social one and the medico-social one. - The benefit of socio-professional insertion and school integration, if they are quite real and undeniable, however are still badly evaluated objectively. - Insufficiencies are noted in connection with legal texts which treat use of education and financial support. - The factors suitable for affect the potentiality of associations related on the financial problems and the institutional environment interns those. The public authorities have without delay to support associations and to set up an action plan priorisant of advantage the integrative community approaches at the school and professional plan in favors of the people handicapped psychic in accordance with the orientations of UNESCO and the recommendations of the top of Salamanque 1994 defining the holistic approach of the school in seen to bring a change of glance, representation and attitude of the company has all the levels and on the long run.

Key words: Association - catch of load - autonomy - integration - psychic handicap.

ملخص

مند عشر سنوات، أخذت وتيرة المجتمع المدني تزداد حيوية لم تشهد لها بلادنا من قبل. و يتجلى نشاطها في ميدان الدفاع و المساندة للأشخاص ذوي الحاجات الخاصة وكذا العمل التنموي والتضامن والإحسان لهم، الشيء الذي يخول للجمعيات دورا طلائعيا في خدمة المصالح العامة للأمة.

وحتى يتضح هذا الدور اختيرت عشر جمعيات نشيطة في مجال الصحة النفسية بولاية الرباط سلا في المدار الحضري بواسطة اقتراح عشوائي بسيط ويرتكز هذا البحث على المنهاج التحليلي الملقب بنموذج الاكراهات ويتضمن : المطالب، القيود، الاختيارات.

أما الآليات المعتمدة فهي :

- الاستمارة.
- الاستجواب.
- المعاينة الميدانية.

حصاد هذا البحث يتلخص فيما يلي :

كل المراكز والمؤسسات المتخصصة للأشخاص المعاقين ذهنيا جاءت غالبيتها من فعاليات المجتمع المدني.

- أربعة أدوار تؤمنها الجمعيات في التكفل بالأشخاص المعاقين ذهنيا ؛ وتشمل مرافقتهم و حتى مهمة التطور الاندماجي
- الإقرار بضرورة العمل الموحد يجمع القطاع الصحي والاجتماعي والطبي .
- مزايا الإدماج الاجتماعي، العملي و الدراسي أمر حقيقي ولا يستهان به لكن تشوبه نواقص في التقييم الموضوعي.
- يلاحظ نقصان في التشريعات التي تخص العمل والتربية والدعم المادي لفائدة الأشخاص المستهدفة في البحث.
- العوامل التي تحد من مداومة العمل الجماعي ذات الصلة بالمشاكل المادية و المؤسساتية.

لذلك فإن السلطات العمومية مدعوة أكثر من أي وقت مضى إلى دعم الجمعيات لوضع برنامج عمل يعطي المزيد من الأولوية لمقاربة الإدماج المدرسي يلتقي في التصور مع منظور اليونسكو و توصيات مؤتمر سلامنكا 1994 حول المدرسة الجامعة.

المفاهيم الأساسية : الجمعيات – التكفل – الاستقلالية – الإدماج – الإعاقة الذهنية

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n° 1 : Secteur d'activités principales des associations

Tableau n°2 : Quelques caractéristiques des associations

Tableau n°3 : Bénévolat selon le niveau d'étude

Tableau n°4 : Types de taches remplies par le bénévolat

Tableau n°5 : Attitudes des responsables associatifs

Tableau n°6 : Nature des problèmes évoqués

Tableau n°7 : Intégration scolaire

Liste des figures

Schéma du modèle conceptuel.

ABREVIATIONS

ARUP	: Association reconnue utilité public
CDHP	: Commission départementale des hôpitaux
CLIS	: Classe intégrée scolaire
EPT	: Education pour tous
IN DH	: Initiative National Développement Humain
INSERM	: Institut National Scientifique pour Etudes en Recherches Médicales
MS	: Ministère de la santé
MDSFS	: Ministère de Développement Social de la Famille et de la Solidarité
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONG	: Organisation non gouvernementale
RAMED	: Régime d'assistance Médicale aux Economiquement Démunis
SROS	: Schéma régional d'organisation de soin
TVA	: Taxes sur Valeur ajoutée
UNESCO	: Organisation des nations unis pour l'éducation science et culture

TABLE DES MATIERES

PREMIERE PARTIE

INTRODUCTION	1
<u>CHAPITRE : I</u>	

1- PROBLEMATIQUE	3
2-QUESTION DE RECHERCHE	3
3- OBJECTIF GENERAL DE LA RECHERCHE.....	4
4- UTILISATION DES RESULTATS.....	4

CHAPITRE : II

1 - ETAT DES CONNAISSANCES.....	5
1.1- définition des concepts.....	5
1.1.1- Rôle	5
1.1.2- Concept de handicap psychique	6
1.1.3- Intégration.....	7
1.2- Les associations : de quoi parle –t-on ?.....	7
1.3- Définition de la prise en charge.....	9
2- EVOLUTIONS DE LA PRISE EN CHARGE D’HIER A AUJOURD’HUI	9
2.1- La tendance actuelle dans le monde.....	11
2.2 La situation au Maroc	12
2.3- Principaux objectifs des associations	14
2.4- Place des associations	16

CHAPITRES : III

1- STRATEGIE DE RECHERCHE	21
2 -CADRE LOGIQUE.....	21
3- DEVIS DE LA RECHERCHE	24
4- POPULATION A L’ETUDE	24

CHAPITRE IV

1- MODALITES PRATIQUES DE LA RECHERCHE.....	26
2- METHODE DE COLECTE DES DONNEES	26
3- ANALYSE DES DONNEES.....	28
4- LIMITES DE L’ETUDE	28
5- CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	28

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS ET DISCUSSION

CHAPITRE I

1-ASSOCIATIONS RENCONTREE	30
2- MISSION ET OBJECTIFS DES ASSOCIATIONS	31
3- PROFIL DES ASSOCIATIONS	31
3-1 la répartition de l'échantillon.....	31
3-2 les secteurs d'activités	31
4- RESSOURCES DES ASSOCIATIONS.....	32
4.1-Ressources humaines	32
4.2- Ressources financières	35
4.2.1- stabilité et instabilité	35
4. 2.2- Evolution des ressources des associations	35
5-ORGANISATON ET FONCTIONNEMENT	36
5.1-Communucation vers l'extérieur.....	36
5.2-Cconstruction de réseaux.....	36
5.3-Analyse de l'environnement	37

CHAPITRE II

1-ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ET DES FAMILLES.....	40
2- LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION-EGALITE DES CHANCES	44
3- MISSION DE DEVELOPPEMENT INCLUSIF	48
4- DEFENSE DES DROITS	52
RECOMMANDATION.....	56
CONCLUSION.....	66
ANNEXES	

PREMIERE PARTIE

L'handicap psychique

Hier, ces personnes étaient désignées sous les vocables d'idiots, de débiles, de déficients mentaux.

Aujourd'hui, on dit : « il s'agit de personnes qui présentent une déficience intellectuelle ».

Demain, on les appellera simplement Monsieur, Madame.

Hier, on les cachait : c'était une maladie honteuse.

Aujourd'hui, ces personnes vivent parmi nous, elles ont leur spécificité.

Demain, nous les considérerons pour ce qu'elles sont.

Hier, on ne leur donnait pas l'occasion d'apprendre.

Aujourd'hui, on leur enseigne.

Demain, elles auront des connaissances, elles sauront et nous apprendrons d'elles.

Hier, c'était l'absence de loisirs organisés.

Demain, les loisirs seront choisis et intégrés.

Hier, c'était l'oisiveté.

Aujourd'hui, l'atelier est protégé.

Demain, le travail adapté se fera en milieu régulier.

Hier, les .parents étaient isolés.

Aujourd'hui, ils sont informés, regroupés en association.

Demain, ils n'auront plus à se battre pour les droits de leur enfant.

Jean_charles juhel

INTRODUCTION

Plus d'un demi-milliard de personnes dans le monde présentent des déficiences d'ordre mental, physique ou sensoriel.

Elles se heurtent souvent à des obstacles tant physiques que sociaux qui les excluent de la société et les empêchent de participer activement au développement de leur pays. Environ 80% de ces personnes vivent dans les pays en voie de développement [21].

Le gouvernement marocain a affirmé sa volonté d'engager le pays dans une dynamique profonde de changement et de progrès social. Sa majesté le Roi Mohammed VI, dans le cadre notamment de l'initiative Nationale de Développement Humain (INDH), a clairement exprimé la nécessité d'orienter les politiques du gouvernement vers la prise en compte des franges défavorisées et marginalisées de la population, notamment les personnes en situation d'handicap.

La problématique du handicap est particulièrement complexe. Le handicap est multiple dans plusieurs de ses aspects : dans ses définitions, dans les formes qu'il prend, dans les limitations et les souffrances qu'il inflige aux personnes concernées, dans les acteurs qu'il réunit et dans la perception qu'en ont le grand public et les personnes en situation de handicap elles-mêmes. C'est une thématique touchant des secteurs aussi variés que la santé, l'éducation, la formation professionnelle, les transports, les bâtiments publics, le droit et l'intégration sociale.

S'il est relativement facile d'accepter la survenue d'une maladie physique et de l'accompagner dans son évolution, il est difficile, voire impossible, d'accepter la situation entraînée par la maladie psychique. Ces maladies s'inscrivent dans la durée et sont le plus souvent des psychoses, des troubles graves de la personnalité. Ces pathologies perturbent les activités de cognition, perturbent la perception de soi-même et la relation avec les autres. Ces personnes ont du mal à élaborer des projets, à les faire évoluer et tout simplement à vivre au quotidien

dans une société où l'autonomie doit répondre à des dispositions convenues et où le moindre écart place la personne en danger de marginalisation.

Ces malades sont donc souvent incapables de faire face de manière adaptée aux obligations les plus courantes et vivent fréquemment isolées, la demande d'aide ne se manifestant pas.

Les personnes en situation d'handicap psychique rencontrent des difficultés non négligeables dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sont extrêmement pénalisées pour les activités en lien avec l'intégration sociale (éducation, emploi, relations sociales, participation sociale).

La vie associative dans notre pays a vu émerger une nouvelle génération d'acteurs non gouvernementaux capables de contribuer de façon concrète à la démocratisation, au développement humain et au développement durable.

Une prise de conscience croissante des enjeux et des impératifs du développement solidaire a vu le jour au sein de notre société, favorisant un processus participatif et partenarial dans la prise de décision et d'initiative.

Cette prise de conscience a favorisé l'émergence d'un sentiment profond et authentique de coresponsabilité sociale face aux déficits sociaux et aux nouveaux risques sociaux.

Dans le domaine de la santé mentale, les associations constituent une source d'influence potentielle dans la trajectoire des soins, en tant que structure de relais, et également une expertise additionnelle eu égard à l'ampleur des besoins spécifiques des personnes affligées de troubles psychiques graves, confrontés au déficit budgétaire qu'accuse le département de la santé.

Au cours de ce travail de mémoire, après avoir cerné la problématique, nous tenterons de présenter à travers une revue de la littérature quelques définitions et concepts, un bref historique de la prise en charge des personnes en détresse psychique ; ainsi que quelques points particuliers du travail associatif. La méthodologie de recherche sur le terrain est décrite de façon opérationnelle, avant de s'atteler à la collecte des données et à leur analyse dans un cadre conceptuel adapté pour déboucher sur des recommandations, et conclure cette étude.

2 - OBJECTIF GENERAL DE LA RECHERCHE:

La réflexion et l'analyse de la pratique associative est d'autant plus nécessaire que les associations sont appelées à jouer un rôle de premier plan dans un environnement complexe, notamment par le nombre de variables à maîtriser (la complexité des phénomènes sociaux de marginalisation et d'exclusion sociale, la raréfaction des moyens humains et financiers et l'instabilité des paramètres temporels économiques et environnementaux).

Dans cette étude, on se propose de faire une analyse du rôle des associations en tant que vecteur de l'intégration sociale des personnes en souffrance psychique.

3- UTILISATION DES RESULTATS :

Ce travail vise à apporter des éclairages et des expériences diversifiés susceptibles d'alimenter les réflexions. Il ne prétend nullement à l'exhaustivité mais son ambition est de :

- ✓ Mobiliser et aider les gestionnaires des politiques et programmes de santé mentale à prendre les meilleures décisions, dans l'exercice de leur fonctions et responsabilités quotidiennes, favorisant l'intégration des personnes handicapées psychiques.
- ✓ Sensibiliser tous les acteurs clés qui sont un atout dans tous les aspects du processus d'intégration des personnes en cause : les enseignants, les parents, les collectivités, les autorités scolaires, les planificateurs de programmes d'études, les établissements d'enseignement et les entreprises de formation professionnelle.
- ✓ Promouvoir un partenariat entre les associations et les professionnels de santé en matière de développement inclusif, ce qui permettrait de canaliser les efforts vers le changement souhaité qu'est l'autonomie des personnes en situation d'handicap psychique. Ce partenariat contribuerait à concevoir des solutions créatrices, maximiser l'impact des actions, apporter des réponses coordonnées et concertées, utiliser au mieux les

compétences et sensibiliser d'autres acteurs (élus, autres départements)
sur les enjeux de développement inclusif.

CHAPITRE II

1- ETATS DES CONNAISSANCES

Dans cette revue de littérature, nous avons synthétisé, dans les limites et pour les besoins de cette étude, des connaissances actuelles relatives aux différents concepts utilisés.

Etant donné que l'on s'intéresse à documenter le rôle des associations en tant que travailleurs sociaux occupant une place stratégique dans toutes les politiques sociales, on conçoit aisément que pour pouvoir approcher de façon correcte ce rôle dans la prise en charge des personnes en situation d'handicap psychique, une certaine connaissance plus ou moins approfondie s'avère nécessaire, aussi bien sur les particularités organisationnelles des associations que sur les spécificités de l'handicap psychique.

Voyons d'abord les définitions de quelques concepts clés utilisés dans cette étude.

1.1-Définitions des concepts

1.1.1-Le rôle

Le concept de rôle, est un terme qui fait son chemin du vocabulaire théâtral à la gestion, en passant par les sciences du comportement.

Rôle nom masculin (lat., rata, rouleau) dont la signification peut être:

- Type de personnage, ensemble du texte, des actions correspondant à un personnage donné au théâtre, au cinéma.
- Emploi, fonction, influences exercées par quelqu'un.
- Psychologie : ensemble des comportements associés à une place, à un statut social.

La notion de rôle présente dans le langage courant un double aspect :

Un aspect imaginaire qui indique une possibilité de s'identifier à un personnage idéal ou au contraire de dissimuler sa personnalité.

Un aspect fonctionnel, actif, en rapport avec une situation sociale : le rôle de père, celui de professeur. Cet aspect se réfère à des normes sociales et culturelles. En matière de gestion c'est cette seconde acception qui nous intéresse, c'est ainsi que «le rôle est constitué par l'ensemble des conduites et attitudes considérées comme normales par la société, ce qu'elle attend d'un sujet possédant tel statut, défini par l'âge, le sexe, la situation professionnelle, familiale, politique. C'est en quelque sorte l'aspect actif, dynamique du statut.» [10].

Grozier et Friedberg, dans l'acteur et le système, envisagent l'association en tant qu'organisation ayant un ensemble de rôles qui dispose d'une marge de manœuvre trouvant cependant des limites dans le cadre institutionnel ainsi que dans le jeu des autres acteurs des autres organisations.

1-1-2 Le concept d' handicap psychique

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

Maladie ou (trouble) → Déficience → Incapacité → Désavantage sociale

L'intérêt de la classification internationale des fonctionnalités est d'intégrer les deux modèles suivants :

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

On parle d'handicap psychique lorsqu'une personne souffre de maladie psychique grave (en général un trouble psychotique ou un trouble grave de la personnalité) entraînant des difficultés d'insertion sociale et nécessitent un accompagnement spécifique. [3]

1-1-3 L'intégration

La définition de l'intégration est essentielle car elle contient en elle-même la démarche qui sera mise en œuvre pour favoriser la resocialisation et l'autonomie des personnes atteintes de troubles psychiques.

Trois dimensions de l'intégration sont à préciser :

- L'intégration physique. C'est la forme élémentaire de l'intégration : Elle consiste à se trouver dans les mêmes lieux que ses concitoyens, mais pour y mener des activités différentes.
- Intégration fonctionnelle est une forme d'intégration plus élaborée, puisqu'elle va permettre au citoyen handicapé psychique d'assumer des activités quotidiennes comparables ou complémentaires de celles des autres citoyens, là où ils vivent et agissent, naturellement.
- L'intégration sociale est la forme d'intégration la plus aboutie. Elle consiste à permettre au citoyen handicapé psychique de nouer des relations sociales (liens de la vie courante, lien de collaboration, de sympathie, d'amitié, mariage) avec les personnes dont il partage les lieux et les activités. [1,2]

1.2- L'association : De quoi -parle-t-on ?

Selon le Robert, dictionnaire français, l'association est définie comme «Groupement de personnes qui s'unissent en vue d'un but déterminé ».

Le législateur en France dans la loi 1901 définit l'association par deux caractéristiques, l'engagement volontaire et la non lucrativité et ne lui impose que de ne pas être fondé sur un objet illicite. Pour acquérir une personnalité juridique, l'association doit simplement déclarer, sa création à la préfecture. Les premières règles d'une association sont donc celles qu'elle se donne dans ses statuts, notamment son but et ses modes de fonctionnement.

Au Maroc, l'article premier du dahir du 15 novembre 1958 réglementant le droit des associations tel qu'il a été modifié et complété stipule que :

L'association est la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leur connaissance ou leurs activités dans un but autre que de partager des bénéfices. [15].

Pour concéder certains avantages à certaines associations, l'Etat marocain a dû définir avant des caractères distinctifs :

- La reconnaissance d'utilité publique,
- L'agrément, le soutien des pouvoirs publics pour aider à accomplir des activités d'intérêt général.

❖ *A propos de l'utilité public*

Les associations reconnues d'utilité publique (ARUP) présentent une plus grande capacité patrimoniale que celles qui sont régulièrement déclarées. Outre la notoriété, elles peuvent percevoir des dons et legs, posséder des fonds et des biens meubles et immeubles (actions...), faire appel à la générosité publique.

Pour bénéficier d'une reconnaissance d'utilité publique, l'association doit [14].

“Exercer trois années d'activité (en pratique), pour suivre un but d'intérêt général et être apolitique”.

“Faire une demande écrite d'utilité publique auprès de l'autorité administrative locale. Cette dernière mène une enquête sur la mission et les

moyens de travail de l'association. Elle est tenue, dans un délai de 6 mois à compter du dépôt de la demande, de répondre :

- ✓ Soit favorablement à cette demande par un décret de reconnaissance ;
- ✓ Soit de refuser cette demande par une lettre motivée”.

❖ *La non lucrativité*

Cinq critères simultanés permettent de qualifier La non lucrativité : [20].

- ✓ L'objet doit être d'intérêt générale ;
- ✓ Le surplus ne doit pas être distribué aux dirigeants, fondateurs ou membres ;
- ✓ L'activité économique doit être liée à l'objet d'intérêt général ;
- ✓ Le profit ne doit pas être le but de l'organisation ;
- ✓ Le surplus, s'il existe, doit être réinvesti dans l'organisation.

1-3- Définition de la prise en charge

La notion de la prise en charge ici se réfère à une conception d'assistance à la personne handicapée psychique. Elle met en avant la dépendance du sujet. La personne en situation d'handicap psychique, dès lors qu'on lui reconnaît une citoyenneté, ne doit pas «être prise en charge» mais doit être accompagnée. Elle est au centre de sa prise en charge. C'est elle qui, avant tout, doit se prend en charge.

L'expression « être prise en charge » se réfère aussi à l'aspect financier qui rappelle que la branche assurance maladie qui assure les frais relatif au handicap psychique. Centré sur la relation du sujet au monde, l'accompagnement actuel se veut respectueux des personnes en même temps que plus opératoire en terme de développement d'une autonomie véritable. [16].

2- L'Evolution de prise charge d'hier à aujourd'hui

La représentation de la personne handicapée psychique a évolué. Cette dernière est aujourd'hui perçue différemment par les instances administratives et sociales comme par les professionnels des secteurs concernés, ou encore par les familles. Fort logiquement, les concepts de prise en charge ont suivi cette évolution.

Les revendications des personnes concernées (handicapés et familles) ont évolué de la revendication de soins en institutions autarcique loin des villes, à la volonté de vivre au milieu des autres citoyens...

L'évolution des sciences médicales, psychopédagogiques et sociales, associées à la transformation des systèmes de valeurs dans nos sociétés, fait que le traitement réservé à ces personnes a changé avec le temps.

Ainsi les peuples primitifs se débarrassaient volontiers des personnes handicapées en les mettant à mort. En effet, celles-ci exigeaient des soins et sacrifices à la famille et à la tribu. Leurs proches s'arrogeaient alors le droit de supprimer ces êtres considérés comme inutiles et embarrassants.

Par contre, depuis toujours dans la civilisation islamique, on a pitié des personnes ayant une déficience psychique, et on les « prend en charge », ce que des peuples très civilisés, comme la Grèce et Rome, n'ont pas fait : leurs dirigeants ordonnaient la mise à mort des personnes handicapées en recourant à un raisonnement très simpliste au nom de la science et de la charité : le droit de mettre un terme à la vie inutile, à la vie de souffrances de ces malheureux.

Avec l'avènement du christianisme, on cessa d'exploiter et de maltraiter les personnes qui souffraient de troubles psychiques. On les enfermait dans des « asiles ». On ne faisait alors rien pour comprendre et améliorer leur état, mais on se préoccupait cependant de leur procurer des conditions de vie plus ou moins acceptables, ce qui marque un certain progrès.

Le développement industriel du début du XIX siècle va ce pendant modifier l'organisation sociale. Il va forcer le déplacement des populations des villages

vers les villes. La famille traditionnelle se transforme alors, pour se restreindre aux parents et à leurs enfants.

Les conséquences sociales de cette transformation sont importantes. Les personnes affligées de troubles psychiques se retrouvent en effet subitement privées de l'appui de la communauté.

La société à cette époque prend conscience qu'elle négligeait son devoir en se contentant de permettre aux personnes handicapées de vivre. C'est d'abord auprès des enfants présentant des déficits de communication que les premiers services furent offerts. Ainsi, l'abbé de l'Épée (1755) invente une première communication gestuelle pour les enfants sourds et Valentin haüy (1780) le braille pour les jeunes aveugles. Un groupe de médecins et de pédagogues encouragés par ces résultats propose des méthodes d'éducation auprès des enfants ayant une déficience intellectuelle. C'est le cas du médecin Bourneville, qui ouvre le premier institut médico-pédagogique (1893). Il faut aussi souligner les travaux innovateurs de Binet en France (1911), de Montessori en Italie (1910) et de Decroly en Belgique (1920). Ces recherches, bien qu'elle ait été limitée, peuvent être considérées comme le point de départ du courant médico-pédagogique.

Dans la foulée de ce nouveau courant de pensée, les autorités politiques et l'opinion publique changent leur façon de percevoir les personnes handicapées. Ces « incurables », « idiots », « imbéciles », « arriérés », « demeurés », et « insensés », comme on les nommait à cette époque, vont devenir l'objet de soins curatifs, d'essais pédagogiques et d'éducation adaptée.[12].

2.1- La tendance actuelle dans le monde [18]

En Europe

Les orientations adoptées récemment par les services sociaux consistent à permettre l'implantation de la philosophie de la valorisation des travailleurs

sociaux et de l'intégration sociale de la personne ayant une déficience psychique. Deux objectifs d'action sont donc suggérés: le développement des compétences ou des habiletés sociales des personnes en souffrance psychique et l'amélioration de la perception de leur image sociale.

Il n'y a pas si longtemps, les personnes présentant des troubles psychiques vivaient pratiquement toutes en institution. Au fil des ans, des idéologies soutenues par des politiques sociales ont permis de trouver des réponses mieux adaptées à leurs besoins. Ainsi, ont été mises en place graduellement de nouvelles formules d'hébergement et de services.

En France

Les principaux types de services qui ont cours en France pour les personnes ayant une affection psychique sont : les instituts médico-éducatifs, les services d'éducation spéciale et de soins à domicile, les maisons d'accueil spécialisées, les foyers de vie et les centres d'aide par le travail. Ces établissements et services appartiennent soit au secteur public soit au secteur privé.

Au Québec

Les conditions de vie des personnes ayant une pathologie psychiatrique ont été modifiées en profondeur au cours des quinze dernières années. De la normalisation à la valorisation du travail social. On est arrivé à la «communautarisation» des services.

La communautarisation des services est une façon de définir l'organisation communautaire des réseaux d'entraide informelle et formelle ou professionnelle. Elle a pour objet le maintien ou l'intégration de la personne présentant une détresse psychique dans le milieu naturel qu'est sa famille ou sa communauté d'appartenance. La communautarisation signifie que la famille et la communauté sont concernées tant par l'intervention que par le soutien nécessaire à la personne pour qu'elle vive dans son milieu naturel. Ainsi, de plus en plus, le milieu de vie préconisé pour les personnes présentant une souffrance psychique est identique à celui des autres personnes, à savoir, pendant l'enfance, sa famille ou une famille d'accueil et à l'âge adulte, différents modes tels que l'appartement, la résidence d'accueil. [2, 22]

2.2- La situation au Maroc

➤ *Sur le plan médical:*

L'introduction de la psychiatrie moderne au Maroc, s'est faite avec la colonisation.

L'assistance psychiatrique s'est faite progressivement et par petites unités, de consultations externes, de services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux et enfin par des hôpitaux spécialisés en psychiatrie.

Avec l'instauration de l'assistance psychiatrique, les maristans tombent en désuétude et sont de moins en moins fréquentés.

Le premier hôpital psychiatrique fut implanté à berrechid en 1919, situé à 30 km de Casablanca érigé en pavillons avec 2000 lits. C'est un méga-Asile fonctionnant au départ sous la direction de médecins militaires, sur le modèle des asiles de la région Parisienne. A la fin de la période coloniale, il existait un hôpital dans des grandes villes du Maroc.[17]

La stratégie du MS vise l'humanisation et l'amélioration de la qualité de la prise en charge du malade mental en supprimant les hôpitaux psychiatriques au bénéfice de l'intégration de la psychiatrie dans les hôpitaux généraux, une formation initiale et continue des professionnels de santé mentale, la généralisation des bonnes pratiques : recommandation et référentiel, stratégies thérapeutiques, bon usage des psychotropes et la création d'unités d'hospitalisation et de consultation de manière à couvrir tout le territoire.[14bis]

Egalement, la création de réseaux de prise en charge d'enfants et d'adolescents en souffrance psychologique sous forme de :

- ☞ Structures de proximité, légères, intégrées au tissu social ;
- ☞ Structure spécifiques selon l'âge : 0-3 ans /3-12ans/12-18 ans.

➤ *Sur le plan social :*

Les personnes handicapées ont toujours été omniprésentes dans le temps et l'espace. L'islam s'est particulièrement penché sur cette catégorie pour lui reconnaître ses droits légitimes, tant au niveau matériel, éthique que moral. Ces droits, sont consignés de façon détaillée dans des versets coraniques (Sourate Alahzab), des hadiths et dans la biographie du prophète. A travers ces textes,

l'Islam fait appel à la protection de la personne handicapée et à la solidarité sociale afin de lui garantir une vie digne.

Si l'on procède à une analyse historique de l'attitude de la société marocaine et la manière dont elle traite les personnes handicapées, on distinguera trois niveaux de comportement :

- ✓ Exclusion de la personne handicapée psychique
- ✓ Marginalisation
- ✓ Participation et égalité dans la jouissance des mêmes droits que tous les citoyens. C'est la nouvelle approche de la question de l'handicap, développée à l'aire de l' I.N.D.H, depuis l'assistance jusqu'au développement social territorial participatif en passant par des réponses à des besoins spécifiques, mises en place de projets d'insertion et des programmes de lutte contre la pauvreté, l'exclusion et la précarité.[11]

2.3- Principaux objectifs des associations

Selon l'origine et les buts statutaires, les objectifs peuvent différer dans les détails, les points d'intérêt, la manière de se manifester et l'orientation des choix dans une situation donnée, mais leur convergence permet d'en évoquer les grandes lignes.

- *Entraide familiale, entraide entre les patients*

En France, elle se pratique dans les permanences locales ou par l'intermédiaire d'un service de téléphonie sanitaire et sociale, Les personnes qui reçoivent, ou qui répondent, doivent avoir bénéficié d'une formation spécifique. Cette activité permet de se rendre compte des attentes et des besoins des familles, de la charge imposée aux aidant familiaux et des situations où la déstructuration de la famille entraîne des effets négatifs pour celle-ci, mais aussi des effets négatifs pour la personne malade. [8]

- *Formation à l'accueil des familles et à l'accompagnement de leurs proches, malades*

La formation des membres d'association d'usagers patients ou ex-patients est de même nature et partage les mêmes ambitions.

Aider des personnes confrontées aux troubles psychiques graves au cours de la maladie psychique sous-entend une possibilité d'aide quasi professionnelle.

Il faut pouvoir écouter, répondre, conseiller, soutenir, dissuader, mettre en garde, reconforter, orienter, faire attendre, en un mot aider afin de pouvoir faire comprendre à la personne que sa demande a été entendue et acceptée et que la réponse donnée concerne la question posée.

Toute la différence est là, dans cette formation visant des non professionnels qui peuvent donner des réponses à des questions auxquelles les professionnels du soin n'ont pas la possibilité ou le désir de répondre et ce de manière itérative.

La tâche principale est, avant l'accueil et l'entraide des familles ou des personnes malades, d'apprendre à connaître l'association et d'en partager les valeurs.

Il faut connaître les modalités de représentation des usagers, savoir comment fonctionne l'organisation sanitaire, sociale et médicosociale. Il faut pouvoir anticiper l'avenir si possible, car l'évolution de la maladie est presque toujours imprévisible.

Une initiative originale est celle de la création de « Maison des usagers » comme il en existe déjà à l'hôpital Sainte-Anne à Paris. C'est un lieu de rencontre où les usagers et leur entourage peuvent être accueillis et où ils peuvent trouver information, aide et clarification.[5]

- *Défense des intérêts des personnes malades et de leurs familles*

En France, la défense des «droits», la représentation ne doivent pas s'envisager dans le sens d'un recours systématique à la judiciarisation mais comme un désir d'obtenir, pour les personnes malades et leur entourage, ce qui est prévu dans l'organisation des soins et de l'accompagnement et même un peu plus, en anticipant dans tous les domaines et en particulier être sensible au regard porté culturellement sur la maladie et ses conséquences.

Intervenir à tous les niveaux de décision est une ambition quotidienne qui évitera d'oublier que les personnes malades sont des citoyens. Par exemple leur participation aux conseils d'administration des hôpitaux ou à la commission des hospitalisations en psychiatrie est indispensable pour améliorer, au sein de ces structures, le service rendu et la formulation de projets. La participation au sein de la cité à l'organisation de la vie sociale évite la dérive de la stigmatisation.[6]

2.4- Place des associations

❖ Relations avec les professionnels de santé

Elles doivent évoluer vers un partenariat évident et de bonne qualité. Dans un grand nombre de cas, constatant l'ampleur de la tâche, aucune catégorie de professionnels ne peut envisager qu'elle est en mesure d'apporter une réponse globale et suffisante aux demandes des personnes malades et de leur entourage. La psychiatrie change et intègre dans la réalité quotidienne le travail avec les familles, l'entourage ou les groupes de personnes malades.

Certains professionnels ont encore des réticences et se sentent menacés de dépossession, si ce n'est de leur pouvoir, en tous les cas de leur savoir, ce qui est paradoxal dans un monde où l'information à propos de la maladie et des soins est disponible partout simultanément.

Au contraire l'alliance permet de mieux comprendre, d'apporter une aide qui va améliorer les conditions de l'écoute.

La peur d'un glissement sémantique vers un traitement uniquement social de la maladie et du handicap psychique entraînant une absence de soins réels n'a pas lieu d'être, les quelques expériences de travail en partenariat ou en réseau avec les membres des associations leur démontrent le contraire.

Par ailleurs, la complémentarité entre le sanitaire, le social et le médicosocial, bien que souvent évoquée dans les publications ou les réunions scientifiques, n'est pas encore vraiment intériorisée par les professionnels du soin [13].

Les associations ont besoin des professionnels, elles le disent quotidiennement, elles travaillent en permanence pour que leurs actions soient soutenues et valorisées. Les professionnels sont des partenaires, qu'ils travaillent dans le public ou dans le privé.

Mais comment améliorer durablement les relations afin d'éviter la rivalité, ou l'ignorance ? Probablement en prenant acte de la nouvelle réalité des soins et de l'accompagnement, en organisant des rencontres informatives, voire des modules d'enseignement intégrés, pour tous les professionnels, enseignement qui n'est pas envisagé à ce jour.

La reconnaissance du handicap psychique, malgré toutes les questions que peut poser ce concept, a montré à quel point le militantisme associatif peut jouer un rôle accélérateur et déterminant vis-à-vis de la décision politique et pour une meilleure prise en compte des besoins dans la définition des politiques de santé.

Les auteurs proposent une classification concrète des situations de relation avec les professionnels qui a le mérite de montrer l'évolution positive de ces dernières années :

- ⇒ Un premier groupe (qui est en voie de disparition) considère que le traitement du malade est préférentiellement hospitalier, les proches et les familles ne sont impliquées ni durant l'hospitalisation ni en ambulatoire.

- ⇒ Pour le second groupe, largement majoritaire mais en voie de fissuration, le monde extérieur et la famille existent, mais comme un mal nécessaire, les relations sont souvent la cause d'effets iatrogènes.
- ⇒ Le troisième groupe est minoritaire, il tend à se développer et des voies de passage existent avec le groupe précédent. La personne malade est prise en compte en fonction de son environnement et un partenariat existe à tous les niveaux.

Une formation spécifique en rapport avec cette question est même proposée, ce qui rejoint tout à fait les demandes des usagers patients et familles.

[23]

❖ *Présence d'usagers au sein des instances*

En France, la présence des usagers au sein des conseils d'administration des hôpitaux, Commission départementale des hôpitaux (CDHP), leur participation à l'établissement de propositions pour le Schéma régional de l'organisation des soins (SROS), entre autres, invite à accélérer le travail en commun. Il en est de même pour les structures de recherche comme l'Institut National Scientifique des Etudes de Recherches Médicales (INSERM) qui propose un programme d'information, de formation pour les projets de recherche clinique, spécifiquement dédiés aux associations.

La plupart des associations disposent d'un « comité recherche » capable de donner son avis sur l'organisation des dispositifs de soins et d'accompagnement et l'orientation des recherches thérapeutiques. Cette évolution est le résultat d'une expertise acquise auprès des personnes malades vivant dans la cité mais aussi du résultat de la formation et de l'information dispensée au sein des associations.

Il est même possible d'imaginer une participation au « comité recherche » de firmes pharmaceutiques comme cela existe dans certains pays anglo-saxons. Les représentants de personnes atteintes d'une maladie (virus du sida) ont déjà leur place, en France, au sein des « comités recherche ».

Enfin, la profusion de programmes psycho éducatifs proposés par les firmes industrielles en direction des professionnels, des personnes malades et des familles laisse à penser que le partenariat existe déjà et pas seulement dans un but de « marketing ».[19]

❖ *Projets de réseaux*

Sans entrer dans le détail, il est nécessaire de favoriser la réflexion à propos des projets de « réseaux » (évaluation, soins, accompagnement) dont l'utilité est évidente, en particulier pour la prévention et le suivi, mais ils ne doivent pas entraîner de difficultés d'organisation car il ne s'agit pas qu'une

catégorie d'intervenants ait plus de pouvoir qu'une autre. Le réseau n'est pas une structure mais un moyen d'aider à la continuité des soins et de l'accompagnement pour améliorer le service rendu tout au long de l'évolution. Les intervenants ne doivent pas s'accrocher à leur identité professionnelle, ce qui maintiendrait le cloisonnement ; l'ouverture sur le travail des autres est déjà un début de travail en réseau.

Le travail en réseau s'organise autour d'une personne malade et de son entourage, mais il ne faut pas oublier que la personne malade doit rester un acteur, au centre du soin, sans craindre le maillage du réseau quel qu'il soit.

Il existe des réseaux de proximité le plus souvent informels, des réseaux monothématiques centrés sur une pathologie, des réseaux de complémentarité inter établissements, intersectoriels. Plus récemment, ont été proposés des réseaux secondaires de soins centrés sur la complémentarité et l'évolution de la pratique des soins et de l'accompagnement au sein d'un territoire limité, donc permettant un fonctionnement aisé.

Une des raisons avancées en faveur de la généralisation des réseaux est d'ordre démographique, au constat des difficultés à venir, pour les professionnels de santé. Ce n'est probablement pas la bonne raison car la mutualisation des pratiques, des structures et des innovations relève surtout du changement dans la conception de l'aide apportée au malade et à son entourage sous la pression des réalités mais surtout sous la pression des usagers.[9]

❖ *Discrimination et stigmatisation*

Ce sont des fléaux pour les personnes malades, leur entourage mais aussi pour les professionnels de santé et les élus et décideurs. Les préjugés sont à l'oeuvre depuis des siècles, la maladie, son traitement, l'hérédité possible sont des obstacles aux soins et à la socialisation. Le rôle des médias doit évoluer vers une attitude plus réaliste et participative sans perdre la mission d'information sociale.

L'OMS se préoccupe de cette situation en favorisant la législation relative au droit des personnes handicapées et propose des actions en direction de programmes locaux qui sont les seules efficaces. La World Psychiatric Association (WPA), par son programme « *open the doors* », insiste sur la notion de différence en organisant des programmes nationaux après une étude de la situation au niveau local, avec les usagers.

Pour arriver à une atténuation, voire à la disparition de la stigmatisation, le développement de l'accueil et de l'accompagnement des personnes malades par tous les partenaires est probablement l'élément moteur de tous ces projets. Enfin la question rarement débattue, concernant la discrimination par les soignants ou par l'entourage après des années d'évolution de la maladie, doit aussi être posée.[15]

CHAPITRE III

1 - STRATEGIE DE RECHERCHE

S'agissant d'une étude qualitative, à visée descriptive, l'objectif étant d'identifier la présence d'une telle ou telle idée ou représentation et non pas de quantifier des idées, nous avons choisi une option méthodologique qui se caractérise par la référence à un processus inductif, à portée pragmatique qui puise sa légitimité dans la sociologie.

2-CADRE LOGIQUE

Le modèle des contraintes

Stewart (1982), cité par Ethier G. (1992) a expliqué le travail des acteurs des organisations en relevant trois éléments qui se retrouvent chez tous, dans toutes les situations et dans tous les secteurs d'activités. (7) : les demandes, les contraintes et les choix.

- ☞ Pour les demandes, les associations du secteur social ont une mission générale d'accueillir, d'éduquer et d'accompagner les populations cibles.

Actuellement, les associations sont de plus en plus sollicitées pour servir de support institutionnel à des activités socio-économiques, sanitaires, environnementales, etc. Elle inscrivent leurs actions dans l'effort de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, de l'intégration de la femme dans de développement dans les droits de l'homme, soutenir des population démunies (personnes handicapées, enfants abandonnés ou exploités) et renforcer les liens sociaux. Elles sont devenues un enjeu important pour la satisfaction des besoins sociaux et apparaissent comme l'un des outils permettant de construire une société civile autonome et responsable.

- ☞ Les contraintes : constituent les obstacles à l'accomplissement des missions pour les associations, fragilisant par la même occasion leur projet et affectant en définitive la pérennité des associations.

Elles sont souvent en rapport avec les ressources limitées, difficultés de fidélisation des donateurs, la formation et le recrutement des bénévoles.

- ☞ Pour les choix, il s'agit alors de prendre des décisions qui concordent avec les demandes et qui répondent aux besoins tout en tenant compte des contraintes.

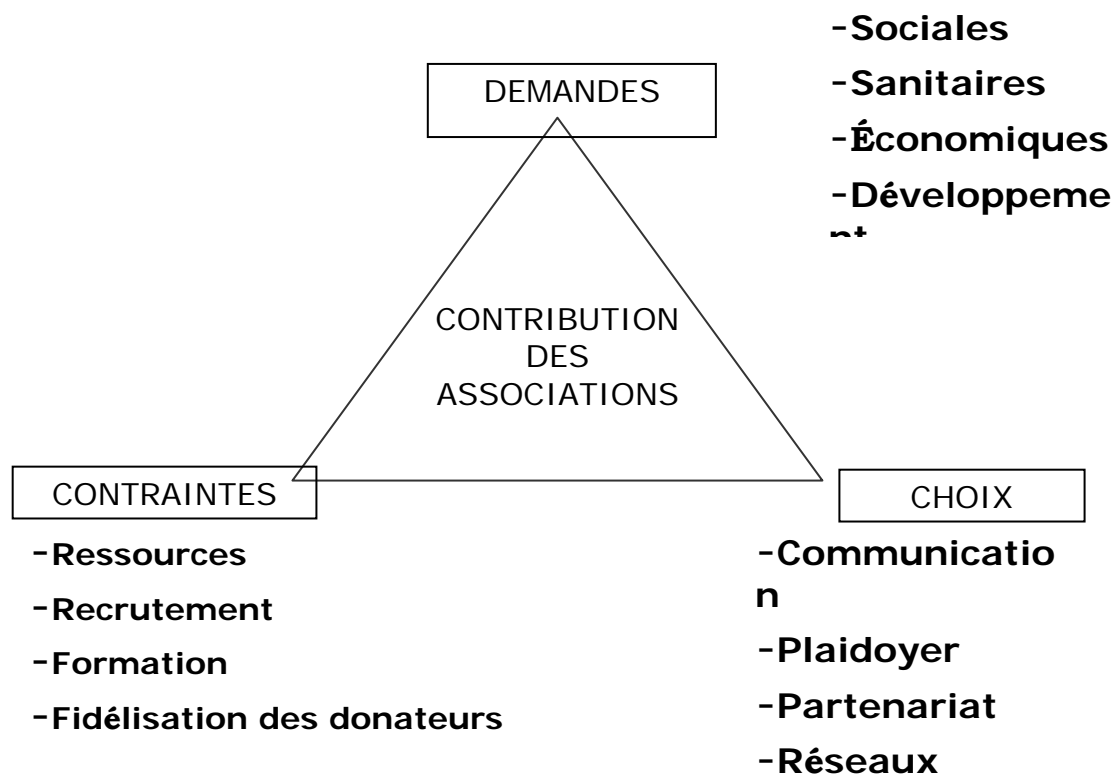
L'application de ce modèle, dans le cadre de gestion d'une association à but non lucratif nous permet de ressortir les éléments suivants :

- Le secteur associatif remplit un rôle de secteur public fonctionnel que les acteurs politiques ne peuvent ignorer. Tout en étant acteur de la démocratie, il participe au développement économique, il génère de l'emploi et il assure des services en réponse à des besoins non satisfaits par ailleurs.
- En plus, les associations, du fait de leurs liens de proximité avec les populations cibles, représentent le porte-parole des populations et leurs catalyseurs.
- Les contraintes : les associations ne peuvent à elles seules résoudre la complexité des problèmes des personnes accueillies et de leurs familles. En effet, l'action associative passe aujourd'hui par des exigences nouvelles, imposées par les réalités du contexte socio économique politique :
 - Décloisonner les pratiques institutionnelles au service d'un plus grand nombre d'usagers ;
 - Diversifier les modes de prise en charge, compte tenu de la complexité de plus en plus grande des problèmes des populations accueillies ;

- Réduire les clivages entre le social et le sanitaire ;
- Promouvoir les partenariats pour enrayer le morcellement du secteur social.

- Les choix : pour être opérationnelle, l'institution sociale doit aujourd'hui disposer, d'une large palette permettant de répondre aux besoins des populations et de réduire les listes d'attente.

Le pilotage de l'entreprise sociale doit tenir compte, dans une société susceptible de développer des services de plus en plus marchands, de la compétitivité globale en créant de nouvelles pratiques professionnelles et des réseaux associatifs.



Cadre logique adaptée sur le modèle d'analyse des contraintes

3- DEVIS DE LA RECHERCHE.

Nous nous sommes proposés de faire une étude exploratoire, synthétique, de type cas multiples avec trois niveaux d'analyse : Présidents d'associations, médecins psychiatres et familles de patients.

Pour atteindre les objectifs arrêtés par la présente étude, une triple démarche a été entreprise à travers :

- 1- Une enquête par porte à porte au moyen d'un questionnaire auprès d'un échantillon de dix associations sélectionnées selon un tirage aléatoire simple, complétée par une série d'entretiens avec leurs responsables.
- 2- l'observation participante des réalisations des associations sur le terrain et la documentation sur place.
- 3- Une série d'interviews auprès des familles de patients ainsi qu'avec des professionnels de santé de l'hôpital psychiatrique de référence d'AR-razi de salé chef lieu de mon 4ème stage.

Notre étude vise à produire des connaissances en examinant les rôles des associations oeuvrant dans le domaine de la santé mentale dans la wilaya de Rabat Salé. L'attention portera sur les acteurs clés impliqués directement dans des interventions auprès des personnes atteintes de troubles psychiatriques, dans le souci d'avoir des informations sur la base d'une pratique et non sur des convictions idéologiques.

Au terme de l'étude, nous serons en mesure d'apprécier la place des associations dans la réfection du tissu social en termes d'intégration et d'insertion des personnes en question.

4- POPULATIONS A L'ETUDE

Notre étude s'est intéressée aux :

- Présidents des 10 associations réparties dans le milieu urbain de la Wilaya Rabat Salé choisies au moyen d'un tirage aléatoire simple.
- Médecins psychiatres (au nombre de 15) de l'hôpital AR razi de salé où ils exercent dans des postes variées : urgence, consultation externe et

en milieu surveillé en hospitalier. Ces mêmes praticiens ont systématiquement des contacts avec les familles de patients.

- Familles de patients : Ce sont des proches engagés auprès des personnes atteintes de troubles psychiques diagnostiqués, suivies médicalement. Leur effectif s'élevé à vingt familles dont six réside sur la capitale et quatorze dans la ville de salé. Elles étaient rencontrées de façon accidentelle à la sortie de l'hôpital AR-razi.

➤ Facteurs d'inclusion :

- Les association qui oeuvrent dans le domaine de la promotion de la santé mentale, opérant strictement en milieu urbain au niveau de la Wilaya de Rabat- Salé et ayant au minimum une année d'activité.
- Les psychiatres de l'hôpital AR-razi présents au moment de l'enquête.

➤ Facteurs d'exclusion

Seront exclues de l'étude :

- Les associations qui n'ont pas à trait à la santé mentale, exerçant en dehors de la wilaya de Rabat- Salé et en milieu rural ;
- Patient seul non accompagné par sa famille ;
- Famille résidante hors wilaya de Rabat Salé ;
- Psychiatres exerçant dans le secteur privé.

CHAPITRE IV

1- MODALITE PRATIQUE DE LA RECHERCHE.

A partir d'un recensement des associations élaboré par le service des associations à la Wilaya de Rabat salé, nous avons colligé des associations œuvrant dans le champ de la santé mentale dans le milieu urbain. Nous avons procédé ensuite à la prise de contact avec les responsables sur rendez-vous. Lors de cette rencontre, nous avons :

- ☞ Décliné mon statut d'étudiant à L' I.N.A.S et mon appartenance à la profession de la psychiatrie ;
- ☞ Présenté l'intérêt et le cadre du travail de mémoire avant les débats ;
- ☞ Fixé la période prévue des entretiens à février- avril ;
- ☞ Insisté sur le respect de l'anonymat et de la confidentialité.

Nous avons élaboré des fiches de synthèse pour chaque association pour ressortir les informations pertinentes qui doivent faire l'objet d'une saisie informatique.

2- METHODE DE COLLECTE DES DONNES

Les entretiens semi- directifs, le questionnaire, les visites sur les lieux de travail, la consultation de documents, l'observation participante et la revue de la littérature constituent les principaux outils pour la réalisation de cette étude.

⇒ *Les entretiens semi –directif (annexe n°2).*

Les entretiens individuels semi directifs (durée approximative 1 heure chacun) ont été effectués auprès des personnes identifiées précédemment. Une dizaine de question a été utilisé lors de la conduite de chaque entretien, questions abordant successivement les soins, les activités, l'organisation du travail, la collaboration, les contraintes à l'intégration des usagers, les attentes et les perspectives souhaités pour l'amélioration de la prise en charge des patients en souffrance psychique.

Les entretiens avec les responsables d'associations ont été l'occasion de tester le projet de questionnaire et, au vu des réactions, de l'enrichir sur plusieurs points.

L'entretien avec les professionnels de santé avait pour but d'éclairer leur position par rapport au travail en commun avec les associations. (*Annexe n°3*).

L'interview avec les familles visait le rayonnement des associations dans leur quartier (*annexe n°4*).

⇒ *Le questionnaire (annexe n°1)*.

Fondé sur la connaissance du monde associatif et enrichi à l'issue de la phase d'entretiens, le questionnaire présente trois parties :

- ✓ La première récapitule le profil de l'association interrogée : date de création, modalités d'appartenance à des réseaux, formes de reconnaissance des pouvoirs publics, organisation interne, nombre et nature des adhérents, secteur d'activité, nature des partenaires.
- ✓ La seconde récapitule les ressources courantes de l'association en distinguant 5 types de ressources : cotisations, dons, recettes d'activité, subventions publiques, prestations en nature. Elle tente d'apprécier leur degré de stabilité ces dernières années.
- ✓ La troisième partie, avait trois buts :
 - Recenser leur contribution ;
 - Identifier leurs contraintes ;
 - Repérer les éléments susceptibles de renforcer la viabilité de l'association.

Les associations étaient aussi invitées à s'exprimer en clair à diverses reprises.

⇒ *La consultation de documents*.

Permet de conforter les objectifs inscrits sur les supports dédiés à la vie associative avec les réalisations sur le terrain.

3- ANALYSE DES DONNEES

L'une des étapes décisives pour la crédibilité de la recherche, elle s'appuie sur :

- ✓ Le recueil des données brutes
- ✓ L'établissement de fiches de synthèses des données.
- ✓ Le regroupement des données par thème
- ✓ La saisie de données
- ✓ L'élaboration de tableaux.

Elle fait appel essentiellement à l'analyse du contenu des différentes interviews réalisées avec les dirigeants des associations, les praticiens hospitaliers et les familles des patients.

4- LIMITES DE L'ETUDE

- ✓ La limite temporelle n'a pas permis des investigations approfondies, alors que la situation méritait une exploration du côté des responsables de service de santé mentale et du social pour avoir des regards croisés.
- ✓ La limite spatiale (Wilaya de Rabat -Salé) ne renseigne pas sur la situation en milieu rural où le besoin d'évaluation du travail associatif est très édifiant.
- ✓ La limite en rapport avec la subjectivité qui peut entacher le recueil des données, basé essentiellement sur la perception des différentes personnes interviewées.

5- CONSIDERATIONS ETHIQUES

Le recueil des données est fait après consentement préalable de tous les acteurs.

La confidentialité des noms, des structures et des données est assurée, l'anonymat des personnes est respecté.

DEUXIEME PARTIE

RESULTATS & DISCUSSION

CHAPITRE I

1- LES ASSOCIATIONS RENCONTREES

Le questionnaire (annexe I) a été adressé à un échantillon d'associations qui a privilégié les associations moyennes ou petites suite au tirage aléatoire simple.

10 associations ont participé à l'enquête, qui nous ont retourné toutes le questionnaire rempli.

La représentativité des associations est tout à fait correcte compte tenu de la population à charge ciblée par leur domaine d'activité relatif aussi bien à l'enfant qu'à l'adulte, et leur répartition sur les deux provinces.

Le profil des associations rencontrées étaient de taille petite ou moyenne en termes d'effectifs et diverses quant à leur genèse, leur appartenance à des réseaux, leurs liens avec la puissance publique, leur secteur d'activité, leur mode d'organisation ou leurs ressources. Ces associations sont toutes à but non lucratifs, constituées sur le modèle associatif réglementé par le dahir n° 376-58-1 du trois jouradh I 1378/15 novembre 1958.

□ La moyenne d'âge est de 9 ans.

Toutes ces associations constituent un vaste réseau polymorphe de sensibilisation, d'information, de gestion d'actions de soins et de réadaptation qui concourent à la lutte contre les maladies mentales et les handicaps psychiques.

□ La genèse de l'association

Huit associations devaient leur existence à la volonté de parents et familles de malade, deux associations pouvaient être considérées comme des initiatives propres de leurs fondateurs.

□ Les réseaux

Les associations sont présentes au sein des regroupements suivants :

- Collectif autisme Maroc qui regroupe huit associations.

- Collectif pour la promotion des droits des personnes handicapées dont le nombre s'élève à 21.

- Réseaux Egalité « takafoue » pour la promotion des droits des enfants à besoins spécifiques comprenant 4 associations.

2- MISSION ET OBJECTIFS DES ASSOCIATIONS

Le recueil des formulations auprès des responsables nous amène à constater qu'il est difficile, aux multiples intervenants sociaux, de formuler des objectifs d'équipe mesurables, tenant compte des moyens disponibles, de leur suivi et des attentes exprimées par les bénéficiaires.

Par ailleurs, la confusion persiste au sujet de ce qu'il est convenu d'appeler intégration des handicapés psychiques. Par exemple, il m'est souvent arrivé d'entendre dire que les prestations relatives aux soins de réadaptation étaient une forme d'intégration, cela montre justement une absence claire quant à la nature et à la portée du fonctionnement de la stratégie de l'intégration des personnes affligées de troubles psychiques.

Nous constatons d'un autre côté, parmi les promesses de certaines associations : "le droit à la reconnaissance aux allocations financières de compensation de l'handicapé psychique". Ne serait il pas peut être plus pertinent de faire reconnaître d'abord, la « citoyenneté » de ces handicapés psychiques et leur dignité en tant qu'être humain à part entière ?

3-PROFIL DES ASSOCIATIONS DE L'ECHANTILLON

3-1 La répartition de l'échantillon se présente ainsi :

- Associations ordinaires : 8
- Associations reconnues d'utilité publique : 2

3-2 Les secteurs d'activités :

Parmi les associations à l'étude, on distingue :

- Associations visant à l'information et à la sensibilisation du grand public, elles utilisent tous les moyens médiatiques modernes mis à leur disposition, par l'organisation de séminaires, de congrès ou journées d'études ;
- Associations visant à l'éducation, la formation professionnelle et l'insertion ;

- Associations thématiques pour la défense des droits humains des handicapés psychiques ;
- Associations de groupement de parents, familles ; sont dirigées par des militants, motivés par une dynamique réactionnelle aux nombreux problèmes soulevés par la maladie mentale en particulier chez les enfants aux besoins spécifiques.

Tableau I : Secteur d'activités principales des associations de l'échantillon

	Effectif
Action sociale, Santé	2
défense des droits, des causes	1
Éducation, formation professionnelle, insertion	7

4- RESSOURCES DES ASSOCIATIONS

4.1- ressources humaines

Tableau II Quelques caractéristiques des associations enquêtées.

Selon le statut :

Profil \ Sexe	Président	Vice-président	Trésorier
Masculin	80%	60%	80%
Féminin	20%	40%	20%
Diplôme			
Secondaire	40%	30%	60%
Supérieur	60%	70%	40%

Si l'on se rattache à la description du profil des membres des différentes associations couvertes par l'enquête, on constate une prédominance de la junte masculine et ce quelque soit le poste considéré. Ceci peut suggérer que la femme n'est donc pas encore suffisamment impliquée dans l'action associative du moins au niveau de la sphère décisionnelle.

Est-ce que sa faible représentativité est légitimement expliquée par sa seule préoccupation des problèmes exclusivement liés à la condition féminine ?

Mais ce type de raisonnement reste discutable dans la mesure où quel que soit le problème considéré, l'attitude ou le profil individuels sont moins déterminants dans sa résolution que la qualification ou la réelle propension à le traiter.

En ce qui concerne le poste occupé au sein du bureau de l'association relativement au diplôme, on constate que la distribution de ce dernier est assez significative pour l'ensemble. Sur ce plan, il faut signaler, que comme pour n'importe quel emploi, le fait d'avoir un diplôme, même de haut niveau ne signifie pas de facto l'aptitude à exécuter n'importe quelle tâche ou à remplir n'importe quelle fonction d'une manière adéquate et satisfaisante pour mener à terme les objectifs que l'on s'est assignés. En effet, et concernant le domaine associatif, la qualification devient synonyme de professionnalisme et d'aptitude à opérer dans plusieurs domaines à la fois. Cette aptitude peut être ramenée à deux éléments essentiels qui sont la capacité de mobilisation autour et pour le projet associatif d'une part, d'autre part, la capacité d'organisation des différents niveaux d'intervention de l'action associative. En effet, et dans la mesure où la bonne gestion d'une association exige l'efficacité, ses instances dirigeantes doivent être aptes à prendre les décisions qu'il faut dans des temps suffisamment rapides afin d'exécuter leurs décisions. On comprend dès lors la nécessité d'une administration stricte et rigoureuse dont les membres sont qualifiés pour assumer leur fonction respective.

Tableau III : Bénévolat selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	% de bénévoles
Secondaire	20
Supérieur	80

L'engagement bénévole croît avec le niveau d'instruction : les personnes ayant fait des études supérieures sont quatre fois plus nombreuses à travailler bénévolement que les personnes n'ayant pas dépassé le niveau secondaire.

Quelles sont exactement les motivations de ces volontaires de niveau d'instruction élevé dans les milieux du handicap et de la maladie mentale ?

Tableau IV : Types de tâches remplies par les bénévoles

Travail de bureau, administratif, gestion, comptabilité
Accueil, écoute téléphonique, conseils, renseignements
Organisation et supervision de manifestations, d'événements
Collecte, distribution, Participation à la recherche de fonds
Enseignement, formation, Animation

Une partie de ces tâches commence à être professionnalisée en particulier les actes de gestion et de comptabilité.

La variété du travail bénévole ne constitue-t-elle pas une de ses attractions ?

⇒ Autres éléments de typologie :

- Les associations de notre étude comptent majoritairement entre 80 et 250 adhérents ;
- Prés de 80% des associations emploient moins de 3 salariés ;
- Les deux tiers des postes créés sont des postes à temps plein ;
- La parité homme femmes est respectée ;

⇒ Les Ressources Humaines en 2007, c'est aussi

☞ La formation :

Le nombre de séances de formation en 2007 à été estimé dans l'ensemble en nette progression par rapport à 2006.

4.2- Les ressources financières

L'analyse des ressources des associations montre une grande diversité dans l'accès aux ressources : certaines associations ont une source de financement parfois unique, d'autres peuvent avoir accès à deux ou trois types de sources; d'autres encore peuvent s'appuyer sur des montages de sources parfois complexes.

4.2.1- Stabilité et instabilité des ressources des associations

Les associations interrogées étaient invitées à donner une opinion sur la stabilité des principales ressources ; Les cotisations des membres apparaissent comme la ressource la plus stable pour la plupart des associations, quelle que soit leur taille. La stabilité des ressources en dons est jugée variable pour les associations qui en bénéficient. L'instabilité est plus souvent citée pour les recettes d'activité.

Les subventions publiques apparaissent comme la ressource la plus instable.

4.2.2- L'évolution des ressources et des subventions publiques selon les associations

Les associations étaient invitées à indiquer quelle avait été l'évolution, au cours des cinq dernières années, de chacune de leurs principales ressources. Selon les associations, les évolutions sont bien sûr contrastées. De façon générale, les évolutions positives l'emportent en nombre de citations sur les évolutions négatives. Les cotisations et les recettes d'activité affichent la meilleure tendance. Les évolutions concernant les subventions publiques sont plus partagées.

Les éléments, recueillis à l'occasion de l'enquête, ne visaient pas à donner des indications sur l'évolution du volume global des subventions publiques, mais ils permettent d'apporter un éclairage sur la question de l'évolution de celle-ci.

5- ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

Les associations poursuivent des objectifs et fonctionnent selon une stratégie qui s'appuie sur :

5.1- La communication des associations avec l'extérieur

Elle est multiforme :

- Auprès du grand public en vue de s'atteler à la stigmatisation et à la discrimination (campagne de sensibilisation d'éducation, et d'information grâce à la mobilisation médiatique).
- Le plaidoyer pour les personnes en souffrance psychique et leurs familles.
- Interpellation de l'état, des collectivités locales et des organismes de prévoyance sociale en les responsabilisant face à leurs devoirs envers les malades et leurs familles, en particulier les plus pauvres.
- Sensibilisation des responsables politiques, et des médias sur la situation des besoins à propos de cette frange de la population.

5.2- La construction de réseaux

Le travail des associations en réseau permet de partager compétences et aptitudes, de mutualiser les savoirs, d'élaborer une vision commune en vue d'agir ensemble. et de se poser en interlocuteurs des pouvoirs publics et d'influer sur les politiques sociales.

5.3- Analyse de l'environnement

Constitué par les familles, amis, bénévoles, milieux de vie et d'activité, services socio sanitaires, environnement sociopolitique et économique.

Pour une intégration sociale effective des personnes en cause et vu l'importance de l'interaction de ces derniers avec les éléments de son environnement, le défi pour ces associations est de saisir les opportunités de l'environnement pour favoriser les alliances, marges de manœuvres et pour innover.

Tableau V : Attitudes des responsables associatifs

Satisfaction du résultat	pourcentage
Oui	70
Non	30
Total	100
Avis sur le nombre d'associations existantes :	
nombreuses sans réelle efficacité	50
Suffisantes	20
Insuffisantes	30
Total	100

Etre totalement satisfait des résultats réalisés par sa propre association ne semble pas constituer l'unanimité au sein des associations. En effet, 30% des répondants nous ont déclaré qu'ils ne sont pas satisfaits des réalisations de leurs associations. Cette attitude est compréhensible étant donné qu'en termes quantitatifs, certaines associations n'ont pu réaliser totalement leurs objectifs au titre des années 2004,2005 et 2006. Par contre, 70% d'autres associations ont déclaré être satisfaites même en l'absence de résultats concrets, justifiant cela par la création récente de leur association.

En ce qui concerne l'avis des enquêtés sur le nombre des associations existantes à la Wilaya Rabat Salé, on constate que la moitié d'entre eux

considèrent qu'il y'en a assez et qu'elles ne sont pas efficaces. Par contre 20% n'ont pas vraiment d'opinion sur la quantité de ces associations, tandis que 30% considèrent que leur nombre est insuffisant. Le constat qui semble ressortir ici est que les associations sont considérées comme concurrentielles et non comme complémentaires. Cela est du au manque de coordination entre les différentes associations quant aux actions entreprises et aux domaines d'interventions et surtout, semblerait-il, à l'augmentation des besoins non satisfaits, ce qui explique, peut être, cette impression d'inefficacité.

Tableau VI : Nature des problèmes évoqués

Nature des problèmes	% des associations ayant ce problème
Financière	70
Gestion	10
Qualification	30
Communication	20
Coordination	40

L'un des axes d'investigation consiste en la délimitation des problèmes de fonctionnement des associations. A cet égard, on s'est aperçu que certains répondants avaient du mal à distinguer entre les problèmes qu'ils rencontrent sur le terrain et ceux relatifs au fonctionnement associatif. Mais nous avons grosso modo réussi à cerner ces problèmes, que nous avons regroupés en cinq catégorie : les problèmes de nature financière, de gestion, de qualification, de communication (information), et de coordination (réseaux).

De prime abord, force est de constater la prépondérance des problèmes financiers quoique cet aspect ne soit pas étonnant. En effet la question de financement semble constituer le tracas majeur de la plupart des associations (70% d'entre elles nous l'ont signalé). Cependant nous devons signaler qu'à la question directe de savoir si les enquêtés avaient des problèmes de gestion, ils se sont presque tous empressés (à hauteur de 90%) de nous répondre qu'ils

n'avaient aucun souci à se faire de ce côté, le fait qu'ils se sont sentis comme si on allait leur reprocher leur gestion financière (on suppose que c'est cela que le terme de gestion connote pour eux). Seuls 10% ont déclaré être confrontés à ce type de désagrément.

Une proportion assez notable d'interviewés (30%) nous ont annoncé que l'absence de qualification ou son inadéquation sont des entraves au bon fonctionnement de l'action associative.

La communication dans son acception étendue semble constituer un handicap sérieux à la bonne marche des associations pour 20% des répondants. Dans 80% pour les autres, l'aptitude communicative permet de faciliter le fonctionnement au sein de l'association. Cette capacité ne doit pas se limiter au niveau intra associatif au sein duquel elle est nécessaire, mais doit s'étendre à la dimension inter associative, et surtout favoriser le développement de la concertation avec tous les acteurs susceptibles de contribuer, de promouvoir et, éventuellement, aider à l'aboutissement du projet associatif. Ces acteurs pouvant être la population qui est à mobiliser dans l'élan solidaire, les pouvoirs publics, les élus, le secteur privé, les médias, les centres de recherche, car tous peuvent stimuler d'une façon ou une autre l'œuvre entreprise par l'association. De surcroît, un partenariat multilatéral est nécessaire pour une meilleure gestion de l'association.

Pour 40% des répondants, le problème de coordination se pose comme entrave au bon déroulement de l'action associative, pour certain, celle-ci est jugée comme étant « non structurée » ou qu'elle manque de coordination au niveau des actions ou encore qu'elle est caractérisée par le manque de dynamisme.

A certains égards, le manque patent de coordination sur plusieurs niveaux peut renforcer le comportement opportuniste mais surtout, engendrer des dysfonctionnements au niveau des actions entreprises qui auront tendance à se

chevaucher ou à empiéter les une sur les autres, augmentant par la même, les risques de conflit et de blocages dans la mise en œuvre des projets.

CHAPITRE II

ANALYSE DES DONNEES QUALITATIVES

Pour des raisons de commodité, étant donné la nature du matériel à exploiter, nous avons jugé utile de procéder à l'analyse de l'essentiel du contenu des différents entretiens réalisés avec les responsables des associations, les professionnels praticiens à l'hôpital AR-razi de salé et les familles des patients, tout en s'appuyant chaque fois que c'est nécessaire sur les réalisations sur le terrain. Après avoir recueillis l'ensemble des interviews, on a procédé à une identification des différentes demandes, contraintes et choix auxquels ont été confrontées ces associations pour mener à bien leurs rôles.

Pour donner du sens à ces différents entretiens, nous les avons regroupés en plusieurs axes pour pouvoir constituer une meilleure idée des contributions des associations tout en tenant compte des avis des soignants et ceux des proches.

La justification de cette façon de faire s'explique par la logique d'approche globale des personnes en situation d'handicap psychique.

Les actions couronnées de succès par les associations dans le champ de la santé mentale, comme toute organisation, s'exerce plus spécialement à travers des domaines tels que : la communication, la planification stratégique, le lobbying, la construction de réseaux, l'analyse de l'environnement etc....

Ces domaines sont interdépendants : pas de communication sans stratégie, pas de projet qui ne s'inscrive dans une stratégie.

1- L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET DE LEUR FAMILLE

De l'avis de tous les acteurs des associations, l'accompagnement est le moyen essentiel de compensation permettant aux personnes affligées de

troubles psychiques d'interagir avec le reste de la société. La première finalité de l'accompagnement correspond donc à un souci de justice sociale, et doit donner accès à l'individu et à sa famille à tous les dispositifs de droit commun.

Les associations visent l'objectif de la resocialisation et l'intégration sociale des personnes en cause à travers les missions d'écoute, d'information, d'orientation, de guidance parentale et de soutien dans la vie au quotidien.

Les principaux appuis obtenus auprès des associations par les personnes en situation d'handicap psychique et leur famille :

- Fourniture de médicaments ;
- Soutien psychologique ;
- Informations ;
- Accès à l'éducation ;
- Référence vers d'autres services sociaux ;
- Activités de loisirs, culturelles, sportives, artistiques ;
- Soins médicaux ;
- Aide sociale ;
- Formation professionnelle ;

Les principaux programmes d'aide restent très centrés sur l'assistanat, la charité et l'humanitaire sans pour autant que l'Etat ne puisse jouer le rôle d'Etat Providence.

L'approche «droit » est négligée chez les faiseurs de politique. Il ne peut suffire de compter sur les initiatives et la bonne volonté de tels ou tels.

Les acteurs associatifs affirment des limites dans leurs actions d'accompagnements qui sont relatives aux outils qu'il faudra employer demain pour favoriser l'insertion socioprofessionnelle. En effet, la demande d'accompagnement est de plus en plus forte d'autant plus que notre société

engendre des pathologies liées au stress et les partenaires manquent pour parvenir à des résultats concrets. Un défi de taille reste à relever pour ces associations concernant un autre volet non moins important, à savoir l'accompagnement juridique, surtout qu'un nombre considérable de malade psychique se trouvent encore dans des maisons d'arrêts. «Les actions ont besoin également de financement pérenne, un cadre juridique adéquat pour les interventions à domicile, pour les plus démunis, à l'école ou sur les lieux de travail » a déclaré un responsable d'association.

Les acteurs sociaux souhaitent pouvoir œuvrer en collaboration avec tous les professionnels de santé, juristes, assistantes sociales, éducateurs, amenés à intervenir dans l'accompagnement demandé. La quasi-totalité des associations approuve cette orientation. « C'est à ce niveau que la nécessité d'harmonisation des cartes sanitaires, sociales, scolaires et judiciaires est la plus importante dans une perspective qui vise à créer un dispositif à "guichet unique" », m'a signalé un président d'association.

Les professionnels médicaux soulignent pour leur part que le mot « accompagnement » est un terme un peu trop « fourre-tout » selon un psychiatre. Pour reprendre une image, «l'accompagnant a le rôle d'un passeur, il aide à passer le cap, guide la personne. »

Pour les praticiens hospitaliers, les associations manquent de professionnalisme, car de tels projets d'accompagnements doivent se formaliser dans un contrat personnalisé qui liste une série de gestes de la vie quotidienne concernant des domaines variées : l'hygiène de vie, la santé, la gestion du budget, la recherche de logement, les déplacements, l'insertion professionnelle, les relations sociales, les loisirs et les divertissements. Pour ces professionnels de santé, il serait nécessaire, dans ce domaine, de créer des fonctions, de type « thérapeutes en réhabilitation psychosociale », intervenant en santé mentale communautaire, la mise à disposition d'ergothérapeutes et d'éducateurs

techniques dans les structures sociales qui accueillent les patients pour la remise à l'emploi.

« Il s'agit en effet de disposer d'une palette variée, graduée, individualisable de réponses soignantes. A chacun d'en faire l'usage qu'il pensera le meilleur. Loin de nous l'idée de proposer un carcan. Nous affirmons au contraire que la psychiatrie "curative" n'est pas en contradiction avec l'ouverture et l'intégration sociale », a ajouté un des psychiatres interrogé.

Les familles quant à elles expriment fortement le souhait d'une meilleure protection sociale de la part de l'Etat sous forme d'exonérations de paiements de consultations, d'hospitalisation, des médicaments. Deux familles seulement ont reconnues avoir reçu des dotations de médicaments auprès d'association caritatives.

L'accueil, l'amélioration des attitudes des personnels, une information claire sur le devenir de leurs malades tels sont les préoccupations recueillies à partir de leur discours, mais c'est le mot médicament qui est cité le plus souvent.

En fait, la disponibilité des médicaments dans les services publics, outre qu'elle est faible, est caractérisée par des fréquentes ruptures de stocks, ce qui se traduit par les rechutes des patients suivis. D'autre part, les prix des médicaments psychiatriques sur le marché est alourdi par des taxes étatiques (droits de douanes, TVA) ce qui les rend pratiquement inaccessibles surtout pour les plus pauvres. A noter que l'Etat a exonéré de droits de douanes et de TVA les médicaments anticancéreux et antisida mais pas les psychotropes.

Cette politique a été décriée par les familles qui s'interrogent si la santé mentale ne constitue t-elle pas une priorité de santé public aux yeux de l'Etat, qui n'a aucun gêne à renchérir les prix des psychotropes ? Ou s'agit il tout simplement d'une situation discriminatoire ?

L'importance des prévalences des troubles psychique en population générale telles qu'elles étaient affichées par les résultats de l'enquête nationale

en 2003, la charge socio-économique qui en découle fait que la santé mentale est un véritable problème de santé publique. Si dans notre pays, ce statut est déjà acquis comme en témoigne le plan d'action de la stratégie nationale de la santé 2008-2012, une réflexion sur la révision des prix des médicaments dits essentiels en psychiatrie doit être entamée en toute urgence.

Un certain nombre de questionnements ont été soulevés par les enquêtés du secteur associatif et des professionnels de santé :

- ☞ Peut-on véritablement espérer travailler au soin et à l'accompagnement des usagers de la santé mentale sans le concours effectif de l'Etat, des municipalités ... ?
- ☞ Peut-on véritablement espérer travailler au soin et à l'accompagnement des usagers de la santé mentale sans une mise en application du régime d'assistance médicale des économiquement démunis ?
- ☞ Peut-on véritablement espérer travailler au soin et à l'accompagnement des usagers de la santé mentale sans une représentativité réelle des usagers à tous les niveaux du système de soins ?
- ☞ Peut-on véritablement espérer travailler au soin et à l'accompagnement des usagers de la santé mentale sans une mise en synergie des actions sanitaires et sociales ?

2- LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DES PERSONNES EN SITUATION D'HANDICAP PSYCHIQUE ET LA RECHERCHE DE L'EGALITE DES CHANCES

Pour les associations, l'organisation de campagnes soutenues contre la discrimination est l'un des éléments clés de leur mandat. Elles affirment investir énormément de temps et d'énergie auprès des familles pour améliorer l'alphabétisation, comme intervention d'anti-stigmatisation, afin de les amener à

se rendre compte que tout leur système de croyance, était injustifié et les convaincre que les bénéficiaires sont des citoyens à part entière.

La reconnaissance de l'handicap psychique par la communauté, est en soi un moyen de lutte contre la stigmatisation. Le statut de « personne handicapé psychique » est un moyen de faire exister la population en cause et à faire valoir leurs droits.

Un large éventail de programmes a été élaboré afin de dissiper les mythes et les incompréhensions entourant la maladie mentale.

Les associations comptent à leurs actifs les réalisations suivantes :

- Activités d'information scientifique : chaque année à l'occasion de la journée mondiale de la santé mentale, sous forme de conférence-débat animée par des professeurs et spécialistes portant sur des thèmes en rapport avec les moyens pour vaincre les discriminations en santé mentale.
- Mobilisation médiatique : campagne radio (passage sur les trois radios en arabe, en amazigh, en français) de sensibilisation à la problématique du handicap psychique en vue de gommer la peur et changer le regard des futurs citoyens sur les personnes en souffrance psychique.
- Réalisations de reportages (passage au cours des journaux télévisés en arabe et en français) concernant l'organisation du système de santé mentale, les métiers concernés et le rôle de chacun dans le dispositif (psychiatre, psychologue, travailleurs sociaux, infirmiers, médecins généralistes, pharmaciens...)
- Organisations de festivals à l'occasion de la journée nationale du handicapé, certains slogans pour lever le tabou, la honte et l'exclusion ont été à l'ordre du jour, exemples :

" Tous ensemble changeons notre regard sur le handicap "

" Vivons ensemble avec nos différences "

" Etre différent, qu'est ce que cela veut dire réellement " ?

" Changeons les opinions "

Outre l'organisation d'exposés et la création de possibilités de dialogue, le festival été également le théâtre de campagne qui a donné lieu à diverses publications (livres, brochures, rapports, articles) ainsi qu'à la production de cd-rom, d'un film, de document vidéo, de sites web).

- Réalisation de séminaires sur l'approche globale et les notions du handicap psychique.

Les différentes catégories d'acteurs (élus, professionnels de l'insertion économique, professionnels de l'éducation, personnels de santé, juristes, associations d'animation socioculturelle et de développement) ont été informées et sensibilisées sur l'handicap, les droits des personnes en cause et le développement inclusif.

- Organisation d'une manifestation sportive et culturelle de sensibilisation sous le slogan " tous ensemble changeons notre regard sur le handicap !" ayant comme objectif d'améliorer l'image de la personne en situation d'handicap psychique auprès de la population et promouvoir son insertion sociale.
- Exposition de stands de partenaires associatifs œuvrant dans le domaine de l'handicap de l'enfant pour valoriser l'image et les compétences des ces personnes.

De leur côté, les psychiatres affirment que la santé mentale restera dans sa boîte noire si elle ne dispose pas de processus de déstigmatisation auprès du grand public, des élus, des corps constitués, de la presse. C'est un énorme chantier, en jachère, car la lutte contre la stigmatisation passe par la professionnalisation de la communication sur la santé mentale vers le grand public. Les difficultés pour la mettre en œuvre sont connues : absence de

« discours commun unitaire de base » entre les professionnels et perception, par le grand public, d'une cacophonie inaudible, paresse, pour ne pas parler d'insuffisance qui nécessiterait peut-être une formation particulière sur la santé publique, chez de nombreux journalistes qui associent, systématiquement et sans réflexion, violence et « suivi en psychiatrie » ; incapacité des professionnels à positiver les informations sur les soins laissant ainsi la place vacante pour les messages publicitaires de l'industrie pharmaceutique ; image floue des évolutions en cours et déficit de débat sur les concepts de réseaux et les articulations sanitaire et social ; absence de discours politique sur la santé mentale depuis de longues années qui n'est pas nécessairement porteur médiatiquement, pourtant il s'agit bien de défendre les droits des personnes en grande difficultés psychiques.

Le travail des soignants avec les familles comme le premier partenaire peut aider à faire de celles-ci un vrai acteur pour gérer l'interface avec l'environnement considéré encore hostile et non suffisamment informé à la question de la maladie mentale. Pour les psychiatres interrogés, les familles ne doivent pas rester à l'écart et traitées comme de simple consommateurs de prestations. Leur implication permet d'éviter le rejet du patient, réduire les rechutes d'hospitalisation et améliorer la tolérance vis-à-vis de celui-ci.

« Un malade mentale ne peut se réduire à ses troubles psychiques, de même une personne diabétique ne peut se réduire à ses troubles insuliniques, ou Beethoven à sa surdité », a déclaré un psychiatre.

Concernant les familles, dans leur esprit, le problème réside dans l'environnement de leurs enfants qui ne leur permet pas d'accéder aux services de droit commun :

- Au respect, à ne pas être maltraités ou victime de discrimination ;
- A la vie sociale et communautaire ;
- A l'éducation ;
- A l'emploi ;
- A accéder aux espaces de loisirs, de sports.

« Tout changement profond en santé mentale passe par un changement d'attitude de la société vis-à-vis de ces citoyens » : citation d'un parent interviewé.

« Il faut projeter sur mon enfant une image de citoyen avec une place adaptée et une vraie solidarité », selon les dires d'une maman.

Cependant, les personnes souffrant de troubles psychiques sont aussi pénalisées pour les activités en rapport avec l'intégration sociale de part les croyances culturelles de leur entourage qui les empêchent de tisser des liens en dehors du cercle familial. Des citations qualifiant leurs enfants de dangereux, ignorants, incapables, limités restent majoritaires dans l'esprit de ces familles.

Il est d'une grande pertinence, d'entreprendre dans le futur une étude sur les représentations sociales de la maladie mentale, en population générale et sur l'utilisation des services publics, vue la relative fréquence des troubles psychiques dans notre pays.

3 - MISSION DE DEVELOPPEMENT INCLUSIF SCOLAIRE, FORMATION PROFESSIONNELLE ET LE TRAVAIL

L'intégration scolaire des enfants à besoins spécifiques est au cœur des préoccupations des associations. En effet un premier pas a été franchi sur la wilaya de Rabat Salé, les données statistiques sont à priori encourageantes.

Tableau VII : intégration scolaire

Délégation	Nombre d'établissements spécialisés	Nombre de classes	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'instituteurs	Nombre d'éducateurs	Nombre d'associations
Salé	15	16	180	14	7	5
Rabat	14	20	159	10	24	8

Source : MEN service santé scolaire.

Une lecture analytique rapide à la lumière de ce qui a été observé sur le terrain permet de relever que la scolarité des enfants à besoins spécifiques est

un fait réel de l'espace scolaire, et d'enregistrer les progrès dans le domaine de l'éducation des enfants en situation d'handicap psychique. Il permet aussi de souligner également la volonté du travail collectif traduit, entre autre, dans les termes de la convention quadripartite signée par la fondation Mohammed V pour la solidarité, le Ministère de l'éducation Nationale, de l'Enseignement supérieur, de la formation des cadres et de la recherche scientifique, le Ministère de la Santé et le Ministère de développement social de la famille et de la solidarité.

Dans son rapport mondial de suivi de l'éducation pour tous, réalisé cette année par l'UNESCO, le Maroc est classé parmi les 20 pays qui possèdent de bonnes chances d'atteindre l'objectif de l'enseignement primaire universel. Mais qu'en est-il alors de l'éducation de ces enfants handicapés psychiques ? Sont-ils réellement intégrés sur le plan scolaire ?

Les efforts consentis dans le domaine des Classes Intégrées (CLIS) souffrent encore d'insuffisances selon les responsables associatifs :

- Structures d'accueil en nombre très limité alors que les listes d'attente sont importantes ;
- Lacunes législatives et réglementaires des structures existantes (classes intégrées et centres spécialisés) ;
- Manque de personnels formés dans les écoles de l'Education Nationale comme dans les structures spécialisées : enseignants en charge d'enfants en situation d'handicap psychique, éducateurs spécialisés, auxiliaires de vie scolaire ;
- Dispositif pédagogique, didactique, formatif et technique très peu développé.

Ils considèrent que les classes CLIS relèvent d'un projet éducatif et procèdent d'une vision stratégique de développement humain. De ce fait, l'école a pour rôle de préparer l'enfant à devenir l'adulte actif de demain par

l'optimisation de ses capacités et de ses potentialités, d'où les implications logiques suivantes :

- Cet enfant a droit à une formation spécifique,
- Plus tard, cet enfant a le droit de travailler comme tout autre citoyen.

Les associations travaillant en faveur des ces personnes à besoin spécifique, apportent des appuis prenant diverses formes : référence vers des employeurs potentiels, conseil / formation / appui technique, appui administratif pour trouver un emploi, organisation de coopératives et d'ateliers protégés, des formations dispensées qui relèvent de la confection (coupe et couture, tricot, broderie).

Il existe un large débat au sein des acteurs associatifs sur le sens à donner au concept d'intégration professionnelle des personnes en situation de handicap psychique :

- ⇒ Pour certains d'entre eux, les démarches à entreprendre dans ce domaine relèvent essentiellement d'un développement des mécanismes de formation professionnelle et d'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap psychique : emplois protégés ; coopératives, activités génératrices de revenus, etc.
- ⇒ Pour d'autres, il faut différencier les personnes en situation d'handicap psychique qui présentent toutes les conditions requises pour un vrai accès à l'autonomie et qui passe par l'intégration professionnelle, de celles dont les capacités fonctionnelles sont sévèrement atteintes et pour lesquelles on recherchera essentiellement un développement des capacités d'autonomie et d'intégration sociale, qui peut passer, entre autres mesures éducatives, par des apprentissages et des occupations professionnelles.

⇒ Pour une minorité enfin, quels que soient les niveaux d'atteintes fonctionnelles des personnes concernées, l'intégration professionnelle est une étape d'un projet de vie de la personne, qui doit être élaboré avec elle, et si nécessaire son entourage. Il définit les actions à mettre en œuvre pour assurer l'épanouissement et l'intégration sociale de cette personne.

Les présidents des associations enquêtées s'accordent pour dire que :

- ✓ Face à un marché du travail déjà difficilement accessible pour les personnes sans handicap, celles qui sont en situation psychique difficile sont nombreuses à ne pas croire en leur chance de pouvoir l'intégrer.
- ✓ Le moment est venu pour appréhender la problématique de l'intégration des personnes à besoins spécifiques sous une optique différente de ce qui se pratique au quotidien, les acteurs de l'école doivent impérativement s'ouvrir sur des questions incontournables telles que la formation professionnelle, le marché de l'emploi.
- ✓ L'école n'est pas une fin en soi : telle est la règle de conduite que les concepteurs et les décideurs doivent constamment avoir à l'esprit. Cependant, elle demeure tout de même une phase essentielle et décisive dans le processus préparatoire de l'enfant à son intégration future dans la société.
- ✓ La préparation dont il est question n'apparaît vraiment opérationnelle que si l'école inverse son rapport à l'environnement formationnel et professionnel.

Ces mêmes responsables d'associations constatent :

- ✓ Qu'il s'agit d'un grave clivage entre l'éducationnel et l'économique faisant en sorte que les apprentis de l'école trouvent un emploi avec

beaucoup de difficultés, sachant que parmi les chômeurs, il y a des personnes avec de hauts diplômes.

Pour ce qui est des personnes à besoins spécifiques, le problème est encore plus grave.

Un responsable me fait savoir que les pays qui ont mené des expériences concluantes dans ce domaine comme l'Allemagne par exemple, ont fondé un rapport de concertation et de négociation basé sur le principe de la «co-entreprise», principe qui fait du partenariat tripartite (gouvernement, syndicats et employeurs) la pierre angulaire du processus d'insertion professionnelle et qui repose sur « le partage des responsabilités et des investissements, ainsi que d'une répartition égale des avantages obtenus ».

Sans ce lien fondamental, à même de créer un maillon fonctionnel dans la chaîne d'intégration globale, il est illusoire de vouloir garantir les droits des personnes à besoins spécifiques dans le monde du travail.

Les spécialistes du secteur de psychiatrie interrogés, concernant cette question de l'intégration scolaire, ont une position plutôt inverse : certains d'entre eux sont dans la toute puissance, se sentent en mesure de sortir seuls l'enfant de son handicap, n'hésitant pas à dénigrer les actions éducatives et à proposer des indications alternatives (psychothérapies, orthophonie, psychomotricité), affirmant leurs craintes d'une « démedicalisation au profil de l'éducatif ».

D'autres praticiens psychiatres par contre, soulignent l'importance d'une véritable stratégie de dialogue entre l'équipe pédagogique et éducative et les services de soin et expriment leurs regrets quant à l'absence du médecin psychiatre au sein des réunions de synthèse et d'évaluation à l'école.

« L'accompagnement à l'intégration conduit à sortir des pratiques institutionnelles « autocentré » et impose de véritables « échanges de contenus » concernant l'enfant en souffrance psychique » a conclu un des psychiatres interviewés.

4- DEFENSE DES DROITS DES PERSONNES EN SITUATION D'HANDICAP PSYCHIQUE

La défense des droits des usagers de la santé mentale s'est traduite par :

- Convention quadripartite sur l'éducation des enfants handicapés (2006)
- Création du réseau Egalité (takafoue) pour la promotion des droits des enfants aux besoins spécifiques.
- Création en 2004 du collectif pour la promotion des droits des personnes handicapées psychiques à Rabat qui vise :
 - ⇒ La formation des responsables associatifs locaux aux principes de la convention internationale des droits des personnes handicapées psychiques et aux techniques de plaidoyer pour la ratification de cette convention signée par le Maroc.
 - ⇒ La sensibilisation des responsables et élus locaux sur la convention internationale et sur les droits qu'elle garantit.
- La concrétisation de la charte du « collectif autisme Maroc » oeuvrant dans le domaine de l'autisme dont l'objectif est de :
 - ⇒ Défendre les droits et les intérêts des personnes autistes
 - ⇒ Sensibiliser le législateur, les acteurs politiques et l'opinion publique à certains droits dont notamment :
 - ✓ Le droit à une éducation qui prend en compte leurs besoins et leurs capacités ;
 - ✓ Le droit à la formation et à l'emploi adaptés à leurs attentes, leurs choix et leurs capacités sans discrimination, ni préjugé ;
 - ✓ Le droit au soutien juridique et à la préservation totale de ses biens ;

- ✓ Le droit à une allocation qui couvre leurs besoins pour leur garantir une vie digne notamment en cas d'incapacité ou de disparition de leurs parents ;
- Les textes législatifs et réglementaires qui encadrent la scolarisation et l'intégration professionnelle des personnes aux besoins spécifiques :
 - ⇒ La loi relative à l'enseignement privé, parue le 5 octobre 1991, organise, entre autres, toutes les institutions spéciales pour personnes handicapées ;
 - ⇒ La loi n°07/92 relative à la protection sociale des personnes handicapées, va contribuer, par ses règles et les décrets d'applications à la promotion des services, des structures et des programmes visant cette catégorie sociale, et ce notamment dans les domaines de la prévention, la santé, l'éducation, la formation, l'emploi, les accessibilités, le transport, la culture, les sports.
- Arrêté du Premier Ministre n°3-130.00 du 07 Rabia 2 (10 juillet 2000), relatif à la liste des emplois et fonctions pouvant être attribués en priorité aux handicapés ainsi que le pourcentage à leur réserver de l'ensemble des postes budgétaires inscrits au budget de l'Etat.

Les principes et les exceptions posés par ces textes sont acceptés par la majorité des acteurs associatifs, cependant, ces derniers qualifient également "d'abîme", le fossé existant aujourd'hui entre les textes de lois et la réalité. De nombreux acteurs leur reprochant notamment leur manque d'objectifs précis, de mécanismes de financements et de mesures de suivi pour en contrôler l'application et la progression.

Ils expriment leur inquiétude quant au système des classes intégrées qui s'arrêtent en fin de primaire, fonctionnant actuellement de manière dissociée par rapport au système d'enseignement général, même constat au sujet de

l'intégration professionnelle de personnes handicapées psychiques : les textes de lois consacrent les droits au travail pour ces derniers, sous condition. Elles doivent avoir les aptitudes nécessaires et leur embauche ne doit pas être une entrave au fonctionnement normal des services employeurs. Mais rien n'explique ces notions d'aptitudes et d'entraves, ni précise comment les évaluer. Ce droit au travail est garanti notamment par un quota de 7% d'embauche dans les secteurs publics, semi-publics et privé.

Le décret d'application définissant ce quota pour le secteur public a effectivement été émis, mais il est très loin d'être appliqué. La liste des métiers à affecter en priorité aux personnes en situation d'handicap psychique apparaît également très restrictive.

Ces textes mettent également en avant les coopératives et les ateliers protégés comme deux voies privilégiées pour favoriser l'intégration professionnelle des personnes en situation d'handicap psychique. Les travailleurs sociaux indiquent que l'Etat est censé appuyer la création et le développement et en être un client privilégié. Mais rien ne précise comment, par qui et avec quels moyens, cette démarche doit être mise en œuvre. Dans ce contexte, l'auto emploi reste le principal débouché pour ces personnes en situation d'handicap psychique et les associations se plaignent de trouver de moins en moins d'entreprises prêtes à les soutenir dans cette démarche. Enfin les associations ne sont pas suffisamment nombreuses et ne disposent pas de moyens pour développer réellement les emplois protégés au sein de leurs structures directement ou via des centres d'aide par le travail.

Les professionnels de psychiatrie recommandent l'application des lois en relation avec les droits de l'homme dans les lieux de séjour traditionnels pour les personnes en situation de souffrance psychique en proposant de :

- ✓ Recenser ces lieux et leur capacité d'accueil ;
- ✓ Deux avis distincts :
 1. Humaniser et apporter le savoir médical et les possibilités thérapeutiques pour les patients séjournant dans ces lieux en attendant de mettre en place les structures adaptées.

2. Œuvrer à l'éradication de ces lieux et mettre en place des structures en extrême urgence pour prendre en charge les patients séjournant dans ces lieux.

Les familles quant à elles, ont exprimé leur satisfaction de voir le sujet d'handicap beaucoup plus traité qu'auparavant dans les médias depuis ces derniers temps et leur regret de constater que le fond du discours n'a guère changé et reste emprunt de visions réductrices à leur égard.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes sont une synthèse des propositions qui découlent :

- Des attentes exprimées par les familles des personnes en situation d'handicap psychique.
- Des suggestions des acteurs du secteur sanitaire et social pour améliorer l'impact et la qualité des actions et d'appuis à l'intégration de ces personnes.
- Des constats sur les barrières sociales et culturelles qui freinent l'insertion de cette population dans la communauté.

Ces propositions peuvent se résumer en dix grands axes :

1. l'étude des besoins en matière de prise en charge :

Par la création d'une banque de données précises en mettant en place un système d'information simple, unifié pour le recueil des données, leur analyse et l'évaluation des programmes et des prestations. Ceci permettra de développer et d'assurer la mise à jour régulière d'une carte sanitaire de l'handicap psychique.

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

2. La sectorisation :

En s'engageant dans une politique de proximité, seule garante de l'égalité des chances pour l'accès aux infrastructures de base. C'est pourquoi toutes les actions sociales (santé, éducation) doivent être déployées dans l'esprit de la proximité. Pour l'handicap psychique en particulier, cette option est incontournable : on se doit d'aller vers les personnes handicapées psychique, et non le contraire, d'où la nécessité de sectoriser les prestations sous formes de lieux d'accueil de proximité plutôt que de

grandes unités coûteuses que nous ne sommes pas en mesure ni d'encadrer ni de gérer.

La sectorisation n'exclut pas l'existence de centres de référence, ou de services spécifiques dans les centres hospitaliers qui assureraient une vocation de formation. L'opérativité de cette approche sectorielle et interinstitutionnelle dépend essentiellement de la clarification préalable des points suivants :

- les formules de collaboration et de coordination entre les différents organismes concernés : écoles et centres d'éducation de formation publics, services de santé et de sécurité sociale, entreprises, syndicats ... ;
- La mise en place d'une banque de données sur les handicaps psychiques et les postes d'emploi ;
- les systèmes référentiels concernant les critères d'évaluation, d'orientation et d'admission ;
- Les mesures nécessaires devant être prises pour garantir la cohérence et la continuité des objectifs à atteindre.

3. La sensibilisation :

Pour changer les regards, les représentations et les attitudes, à tous les niveaux de la société, et permettre de résorber le phénomène de la stigmatisation envers ces personnes. Afin de relever les défis posés par celle-ci, l'engagement des différents secteurs est plus que nécessaire :

➤ Radio, télévision marocaine :

En élaborant des émissions spéciales pour les personnes handicapées psychiques dans le cadre des programmes fixes.

Les autorités gouvernementale sont interpellées à encourager les médias, Radio et Télévision marocain à présenter au grand public les personnes en cause sous un jour favorable en leur permettant de faire valoir leurs talents artistiques, culturels et littéraires à travers des clubs et des émissions.

➤ **Ministère des affaires sociales :**

Par l'organisation des campagnes de sensibilisation dans les structures d'accueil relevant de Ministère (dans les centres d'éducation et d'emploi et les centres de l'éducation sociale) au profil des mères.

➤ **Ministère de l'Education Nationale :**

Organisation des activités de sensibilisation en faveur de parents d'élèves à besoins spécifiques, des instituteurs, des éducateurs et personnel administratif, en vue d'encourager l'intégration de ces élèves dans le milieu scolaire ordinaire.

➤ **Ministère des Habous et des Affaires Islamique :**

Sensibilisation aux questions d'handicap psychique par les sermons du vendredi et l'organisation des prênes au sein des écoles.

➤ **Ministère de la santé**

Son apport est capital pour rehausser l'image des personnes affligées de troubles psychiques. Elle peut parvenir par son programme d'IEC en direction du grand public, en soutenant les services de l'assistance sociale de santé et de mettre en place un système de référence susceptible d'orienter les personnes handicapées psychiques vers les services appropriés les plus proches.

➤ **Les autres secteurs concernés :**

Les secteurs gouvernementaux ou privés ayant des structures d'accueil s'engagent à réaliser au sein de leurs institutions, des programmes de sensibilisation dans les domaines de la prévention et de l'intégration des personnes handicapées psychiques.

4. Renforcer l'accès à l'éducation :

Des enfants en situation d'handicap psychique Comme l'affirment la déclaration de Salamanque (article 2) et son cadre d'Action pour l'éducation et les besoins éducatifs spéciaux (1994): «les écoles ordinaires ayant cette orientation intégrative constituent le moyen le plus efficace de combattre les attitudes discriminatoires en créant des communautés accueillantes, en édifiant une société intégrative et en atteignant l'objectif de l'éducation pour tous ». En :

- ☞ Renforçant les capacités des systèmes de santé scolaire, pour dépister et prendre en charge précocement les troubles de santé et maladies à l'origine des situations d'handicap psychique et plus généralement les retards de développement, troubles du comportement ;
- ☞ Renforçant les systèmes de formation initiale et continue de tous les enseignants : ceux des classes ordinaires comme ceux des classes intégrées ;
- ☞ Développant le réseau des classes intégrées au sein de l'Education Nationale ;
- ☞ Etendant la scolarisation au sein de ces classes intégrées jusqu'à la fin du secondaire ;
- ☞ Appuyant financièrement et encadrant administrativement et techniquement le développement d'un réseau de scolarisation spécialisée pour les enfants ne pouvant être intégrés dans des écoles ordinaires ;
- ☞ Renforçant les mécanismes de sensibilisation et d'accompagnement des familles pour assurer et suivre la scolarisation de leurs enfants.

L'école est invitée plus que jamais à jouer un rôle, à portée multilatérale, et réagir rapidement par rapport aux aléas du marché de travail dus à la mouvance du secteur économique si le Maroc veut éviter de produire une armée de jeunes chômeurs diplômés. Tel est le premier moteur de l'intégration professionnelle des apprentis d'aujourd'hui, notamment les handicapées psychiques qui peuvent espérer devenir les travailleurs de demain.

5. Renforcer l'intégration professionnelle des personnes en situation d'handicap psychique en :

- ☞ Renforçant l'accessibilité globale des systèmes ordinaires de formation supérieure et professionnelle ;
- ☞ Diversifiant les filières de formation professionnelles ouvertes aux personnes handicapées psychiques ;
- ☞ Favorisant l'auto emploi : crédits, subventions à la création d'entreprises, d'activités génératrices de revenus, formations, appuis technique ;

- ☞ Appliquant et étendant à l'ensemble des secteurs professionnels les quotas d'emplois réservés ;
- ☞ Développant les centres de travail protégés ;
- ☞ Soutenant financièrement et techniquement les associations travaillant en faveur de l'intégration professionnelle de personnes en situation d'handicap psychique ;
- ☞ Développant les mécanismes d'orientation des personnes en situation d'handicap vers les différentes modalités d'appui à leur intégration sociale et professionnelle.

D'autre part, il est vain de demander à une entreprise d'intégrer professionnellement des handicapés psychiques si des facilités diverses ne lui sont pas accordées. C'est grâce à des mesures compensatoires exemple (subventions salariales, exonération d'un pourcentage d'impôts) que certains pays occidentaux ont pu inciter l'entreprise à insérer les personnes à besoins spécifiques. C'est le principe du contrat gagnant - gagnant.

6. Approche communautaire :

L'intégration des personnes handicapées psychiques relève d'une dynamique de cohérence nécessitant l'adoption d'une stratégie coopérative pluridisciplinaire et multisectorielle qui a plus de chance de réussir dans le cadre d'une approche à base communautaire. L'intégration en question est d'ordre éducationnel, culturel, économique et politique. Politique dans le sens où le pôle social constitue une préoccupation sérieuse chez les hauts décideurs de l'Etat. Les hautes recommandations royales, les différentes mesures contenues dans la déclaration gouvernementale affichent l'intérêt grandissant qui est accordé aux personnes aux besoins spécifiques, faisant appel de plus en plus à des valeurs de la solidarité et de la dynamisation de la société civile. Tout cela renforce l'approche communautaire.

La réadaptation à base communautaire (R.B.C) est un excellent outil comme véhicule d'une politique de proximité objet de décision politique. Celle-ci est tributaire de la coordination avec l'ensemble des partenaires institutionnels impliqués en matière d'éducation, de santé, de formation professionnelle et d'emploi.

La R.B.C vise tout particulièrement le volet égalité des droits des personnes en situation d'handicap psychique et la lutte contre la pauvreté dont elles sont victimes. La principale recommandation est donc de recentrer la R.B.C sur des questions telle que la satisfaction des besoins essentiels (alimentation, logement, santé, éducation et moyen de subsistance) et la lutte contre la pauvreté dans la communauté. La clé d'une R.B.C efficace, réside dans la possibilité pour les handicapés psychiques eux-mêmes, leurs familles et la communauté dans son ensemble d'en assurer le leadership.

7. Renforcement massif des financements :

C'est une évidence, mais qui doit être rappelée. Une telle approche ne pourra se concrétiser que par un renforcement très significatif des budgets alloués aux services de prévention, de prise en charge et d'appui à l'intégration des personnes en situation d'handicap psychique.

Ce financement devrait être garanti par la loi et assuré par un développement des sources de contribution locales, cotisations sociales, entreprises, assurances, taxes sur divers produits. Il peut prendre la forme, comme le recommandent les Nations Unies, d'un fonds Spécial, servant à financer les activités prioritaires pour l'intégration des personnes handicapées psychiques. Aucune politique d'intégration sociale ne se réalise par la parole et encore moins par des discours à n'en pas finir. Il n'existe pas de pays qui ait fait du social avec des déclarations de bonnes intentions et encore moins avec des discours dont la seule dimension se résume en une simple charge affective.

8. Mesures et Mécanismes d'accompagnement :

Pour qu'une stratégie de renforcement de l'intégration et de la participation sociale des personnes en situation d'handicap psychique soit pérenne et complète, des mesures transversales sont utiles pour accompagner les actions précédentes.

- **La législation :**

Personne ne peut contester aujourd'hui l'importance du rôle que joue la législation dans la garantie des droits des couches et /ou des fractions sociales vulnérables, sans laquelle, il est difficile d'instaurer une véritable égalisation des chances. Tous les pays avancés ont dû commencer par renforcer les droits des handicapés psychiques par des «obligations légales».Or, dans notre pays, non seulement les lois sont incomplètes et se résument en une déclaration de principes dont le contenu est d'ailleurs en deçà des espérances, mais en plus, elles ne sont pas toujours appliquées.

Nous sommes donc confrontés à un triple problème :

- à l'insuffisance de la matière législative.
- à son applicabilité très relative.
- à l'harmonisation des textes.

Par conséquent, la matière législative nécessite une intervention rapide en termes de qualité et quantité. Quant aux modalités de son application, des mesures claires, simples et efficaces doivent être mises en place pour veiller au bon respect des lois

Il est nécessaire en effet de repenser le dispositif législatif à connotation négative qui développe chez les personnes handicapées psychiques ainsi que chez leurs familles l'esprit de la « surprotection »et de la « culture de l'assisté (e) » et de penser à l'élaboration d'une loi-cadre devant, prévoir des dispositions légales liées aux différents problèmes que vivent actuellement les personnes handicapées psychiques. Il est tout aussi urgent de procéder à la révision des textes de lois et de les harmoniser avec les chartes, conventions et déclarations internationales.

La législation qu'il faudra mettre en place doit avoir d'une part une portée globale, en ce sens qu'elle tiendra compte de tous les aspects afférents à l'intégration en milieu

ordinaire ou spécialisé, d'autre part, elle devra faire partie intégrante de la législation générale concernant l'éducation.

Des dispositions législatives plus audacieuses doivent être mises en place si l'on est vraiment convaincu d'instaurer sur le plan de la réalité le principe de l'égalisation des chances.

En effet, il est important de disposer de lois claires, accompagnées de mesures d'application et de notes d'orientation. Mais la dynamique communicative et informative visant la vulgarisation de l'arsenal législatif est tout aussi important. A quoi servent les lois relatives à l'intégration personnelle des personnes à besoins spécifiques quand les acteurs économiques devant les appliquer ne les connaissent même pas ou les connaissent très mal ?

9. Renforcement de l'administration de tutelle :

Pour que ce département accomplisse convenablement son rôle, il est impératif.

- d'élargir ses attributions : la fonction de coordination horizontale indispensable à l'accomplissement de l'action sociale doit être complétée par une fonction plus active dans le cadre de la stratégie d'intégration globale, afin de lui garantir une certaine autonomie par rapport aux autres départements qui, par la force des choses et sous le poids des problèmes qu'ils gèrent quotidiennement, accordent une importance somme toute relative aux questions des personnes à besoins spécifiques.

Dans l'état actuel des choses, il sera difficile au département de tutelle d'aller plus loin si l'élargissement de ses attributions n'a pas lieu. En d'autres termes, le Ministère de Développement Social de la Famille et de la Solidarité (M.D.S.F.S) ne doit pas continuer à rester à la merci des autres départements ministériels pour mettre en œuvre sa stratégie intégrative.

- de créer des délégations régionales : ces représentations locales de l'administration centrale vont permettre d'accueillir la population cible au niveau des régions pour consolider les principes de décentralisation et de la déconcentration et soulager la dite population des problèmes des longs et fatigants déplacements auxquels elle est très souvent, astreinte et partant

répondre à ses besoins sur place ou au niveau de la région tout au moins. Ces délégations serviront ainsi de relais à l'administration centrale, pour informer, conseiller et orienter les personnes concernées vers les services de réadaptation locaux ou régionaux se situant à proximité de leur lieu d'habitation.

10. les mécanismes d'accompagnement :

Il est difficile de réussir dans le domaine de l'action sociale, notamment dans la perspective de l'intégration globale des personnes handicapées psychiques et d'assurer le suivi nécessaire à toutes les opérations de révision des textes législatifs, de structuration...ainsi que les activités de réadaptation, dans l'absence de mécanismes d'accompagnement adéquats. Deux importantes conditions sont à satisfaire : le partenariat et le suivi/évaluation.

□ L'approche partenariale :

De par la nature de la dynamique d'intégration globale des personnes handicapées psychiques et de par le souci d'éviter l'enchevêtrement des activités diverses et multisectorielles, l'approche partenariale s'impose à tous les niveaux, tels que l'harmonisation des domaines d'intervention prioritaires, la conception des programmes, le montage des opérations, et des activités diverses de réhabilitation et de réadaptation, les prises de décision, la refonte des textes législatifs... En dehors de cette démarche, il est vain d'espérer améliorer la situation des personnes handicapées psychiques.

□ Suivi / Evaluation :

Bien entendu, toute mise en œuvre de programme repose sur la connaissance et la compréhension des questions relatives au handicap psychique et s'accompagne de deux opérations toutes deux nécessaires à la viabilité de la dynamique d'intégration : le suivi et l'évaluation

En effet, pour renforcer la dynamique de cohérence globale et soutenir l'appui nécessaire aux différentes activités dont la pertinence se mesure à l'aune de l'impact réalisé au niveau des bénéficiaires, il est l'important de créer des mécanismes d'information et de capitalisation d'indicateurs socio-économiques, de faciliter la

collecte périodique de données devant être analysées et diffusées, afin que les acteurs concernés puissent accéder à une base de données qualitatives et quantitatives fiables, suivre les réalisations des projets mis en place et en évaluer les retombées sociales et économiques.

CONCLUSION

Les rôles des associations dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques sont multiples et variés, et leur complexité découle des aléas de leur environnement socioéconomique et politique.

Les réalisations physiques des associations sur le terrain et l'analyse documentaire permettent de distinguer quatre principaux rôles à savoir : l'accompagnement des patients et de leurs familles, la lutte contre la stigmatisation, le développement inclusif et la défense des droits.

La percée réalisée par les associations pour renforcer la place des personnes aux besoins spécifiques dans la communauté est, sans conteste, un acquis fondamental pour rehausser la valeur sociale et économique de cette population.

Le processus d'intégration des personnes en situation d'handicap psychique a nécessité la réalisation de plusieurs actions indispensables comme la sensibilisation de la société aux besoins fondamentaux tels la protection médicale, l'éducation, la formation professionnelle, l'emploi et les autres services de base.

Dans cette optique, le discours caritatif devrait être, désormais, remplacé par la notion de respect des droits comme fondement du développement personnel. Le droit à la santé et à l'insertion devrait être effectif. C'est de là que commence à prendre effet « l'égalité des chances ».

Le développement inclusif des personnes atteintes de troubles psychiques nécessite un long travail de communication pour signer la fin de l'exclusion et des discriminations et l'acquisition progressive d'une culture des différences sans

indifférence, c'est alors que nous pourrions prétendre à l'exercice de la pleine citoyenneté pour cette population.

Les associations ont patiemment organisé une révolution visant à modifier la situation de ces personnes en situation d'handicap psychique et de leur entourage. Il est indispensable de tenir compte de leurs propositions et de réaliser le développement du partenariat déjà en place.

Cependant, dans la limite de notre échantillon d'associations à l'étude, l'action associative à la WILAYA de RABAT-SALE en santé mentale n'a pas trouvé son chemin dans le champ de la lutte contre le fléau de la toxicomanie et l'alcoolisme véritable porte d'entrée à la maladie mentale.

N'y aurait il pas alors de place pour des associations à des créneaux d'activités de prévention, en rapport avec la consommation abusive des drogues dures et d'alcool qui grèvent lourdement les ressources du secteur de la santé ?

BIBLIOGRAPHIE

1. **BOISVERT DANIEL, OUELLET PAUL-ANTOINE** : «Désinstitutionalisation et intégration sociale : l'expérience québécoise» P333, 1998.
2. **BOUTET M et HURTEAU**, «Vers une intégration dans la communauté, cahier 1, fondements théoriques», Québec, 1993.
3. **CHAPIREAU F.** : «Handicap psychique : confirmation ou mutation du handicap ? » EMC (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37-910-A-10 , 2006.
4. **CINER H.** : «Reconversion des établissements du secteur social et médicosocial ». Paris, Diffusion PUF; 1994.
5. **CHARLIER M.** : « L'accompagnement de la personne adulte handicapée mentale : une recherche de sens ». Sauvegarde Enf 2000 ;55 ; 137-140.
6. **C AIHOL D.** : «La réforme du droit de la protection en France ». Information Psychiatrique 2005 ;81 ;43-8.
7. **ETH3ER.GERARD**: «Que font les gestionnaires publics ? in: Management public: Comprendre et gérer les institutions de l'état » Presses de l'université du Québec 1992.
8. **FINKELSTEINCCANNEVAJ., VAN AMERONGENP.** « Associations d'usagers en santé mentales et en psychiatrie. Troubles psychotiques et troubles de la personnalité », EMC, Psychiatrie, 37-957-A-60, 2006.
9. **FLEURY MJ.** « Emergence des réseaux intégrés des services comme modèle d'organisation et de transformation du système socio sanitaire ». Santé mentale Québec 2002, 27(2): 7-15.
10. **GRAWITZ MADELINE** : « Méthode des sciences sociales » Edition Dalloz-Paris 2001.
11. **GHAZALI AHMED**, « Contribution à l'analyse du phénomène associatif au Maroc», in annuaire de l'Afrique du nord tome XXVIII 2005 édition CNRS p 244.
12. **JEAN CHARLES JUHEL**:«La déficience intellectuelle Connaître, comprendre, intervenir ». Collection les presses du l'université de Laval, 2000.

13. **MASSE G. : « Complémentarité entre le sanitaire et le médico-social en psychiatre général », EMC (éditions scientifiques et médicales, Elsevier sas, Paris), psychiatrie, 37-917-A-10-2002.**
14. **MINISTERE DE DEVELOPPEMENT SOCIAL DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE : guide de l'associatif 2005.**
14. bis – **Ministère de la santé : Direction de l'épidémiologie et de la lutte contre les maladies – service de la santé mentale et des maladies dégénératives.**
15. **OMS : « Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale », Relever les défis, trouver des solutions Helsinki, 12-15 janvier 2005.**
16. **PHILIPPE JEANNE - JEAN - PAUL LAURENT : « Enfant et adolescents handicapés : pour une prise en charge qualitative du handicap », collection Action Sociale / Société , 1998.**
17. **PIERSON, POITROT ET ROLANDS : « L'assistance psychiatrique au Maroc », l'information psychiatrique n°1 1955.**
18. **18-POSTICANNE : « La place et le rôle du secteur associatif dans le développement de la politique d'action éducative, sanitaire, social et médicosociale », Management Sanitaire et Social, n°7, juin 2003**
19. **POTHIERFREDERIQUE, DELCEY MICHEL: « Guide CISS du représentant des usagers du système de santé», Le collectif Inter associatif sur la santé , Edition 2006.**
20. **THERY H : «Construire une association, visions croisées des spécificités associatives», cahier de l'UNIOPSS, n°9, Février 1999.**
21. **UNESCO : « Principes directeurs pour l'inclusion », Assurer l'accès à l'Education Pour Tous, 2006.**
22. **Ministère de la santé et des services sociaux : «De l'intégration sociale à la participation sociale ». Québec, 2000.**
23. **ZRIBI GERARD, JEAN-ROBERT REBMEISTER, JEAN-FRANCOIS KIEKEN : « Le rôle dirigeant des familles dans les associations Son impact sur celui des professionnels ». Edition ENSP, 1997.**

AUTRES REFERENCES CONSULTEES

- **MAZZINE MALIKA** : « L'action associative dans le domaine de la santé » (cas de la région de Rabat- Zemmour Zaër), Mémoire de fin d'étude, présentée à l'INAS, option Santé Publique : 2001.
- **BENYAHYA MOHAMMED** : « Le nouveau Droit des Associations », Collection textes et Documents, Première édition, 2002
- **UNESCO** : « Vers l'éducation pour tous », Policy Briefs Publication n°1. Printemps – été 2002
- **UNESCO** : « La convention sur le handicap » tous à bord Policy Briefs Publication n°2, Automne- Hiver, 2006.

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire d'étude.

Annexe 2 : Grille d'entretien association.

Annexe 3 : Grille d'entretien famille.

Annexe 4 : Grille d'entretien personnel médical.

Annexe 5 : Répertoire des associations à la Wilaya de Rabat-Salé.

Annexe 6 : Circulaire n° 7 /2003, Partenariat entre l'Etat et les associations.

Annexe 7 : Charte du collectif des associations oeuvrant dans le domaine de l'autisme au Maroc.

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

1- Identité

Nom de l'Association	
Localisation	
Adresse	
Téléphone	
Fax	
Email	
Site Web	

2- Origine de l'association

- **Date de création (quand est ce que l'association a été créée et quand ce qu'elle a commencé ses activités ?):**.....
.....
- **Contexte lié à cette création (problèmes auxquels l'association a voulu répondre ?) :**
.....
.....
- **Existe-t-il une forme de reconnaissance d'utilité public?**
Si oui, en quelle année a eu lieu ?

3- Mission

- **Raison d'être et objectifs :**.....
....
.....
...
- **Public cible :**
.....
.....
...
- **Territoire d'intervention :**

Urbain Rural
Local Régional

National

4- Activités

- **Principales activités**

actuelles :

.....

.....

.....

Quelle démarche de travail vous entretenez avec les bénéficiaires ? (Aides directes, recherche d'autonomie, prestations de services prédéfinis,etc.)

.....

.....

.....

5- Organisation interne

- **Nombre d'administrateurs (membres du bureau**

) :

Nom & Prénom	Profession	Fonction	Années au sein du bureau
		Président	
		Vice président	
		Secrétaire général	
		Trésorier	

6- Capacités institutionnelles

- **L'association est-elle membre d'un réseau ou d'un collectif ?**

OUI

NON

Si oui , indiquez de quel réseau il s'agit :

.....
.....
.....

- **L'association a-t-elle des antennes ou des sections ?**

OUI

NON

Si oui, précisez leur nombre :

.....
.....

- **Etes-vous en relations de partenariat avec d'autres organismes ?**

OUI

NON

De quel partenariat s'agit-il ? (à détailler dans le tableau ci-dessous)

Nom du partenaire	Bref description du partenariat	Durée de partenariat

7- Ressources de l'association

• Moyens matériels

Budget annuel (en dirhams)	Subventions/ financements privés	Cotisation / Recettes d'activités	Prestation en nature

• Ressources humaines

Personnels	Nombre/ sexe

8- Planification stratégique

- L'association développe-t-elle une stratégie (à court et moyen termes) pour planifier ses activités et atteindre ses objectifs ?**

OUI

NON

Si oui, quels sont les termes clés de cette stratégie ?

.....

- Quelles sont vos réalisations (contributions) ?.....**

.....

- **Quels sont vos besoins et attentes pour améliorer votre action auprès de votre public cible ?**.....

.....
.....
.....

9- Evaluation, contraintes et suggestions

- **Les actions que vous menez sont-elles évaluées ?**

OUI

NON

Si OUI, par quel moyen ?

Enquête des PV Rapports

Autres à préciser.....

- **Les conclusions de ces évaluations montrent ; la réalisation de vos objectifs**

Facilement Avec difficultés

Si vous avez des difficultés pour réaliser vos objectifs, citez les plus importantes

.....
.....
.....

- **Suggestions générales pour améliorer la participation de l'association dans le domaine de la santé mentale**

.....
.....
.....
.....
.....

ANNEXE 2 :

GRILLE D'ENTRETIEN ASSOCIATION

THEME N° 1 IDENTIFICATION DE L'ASSOCIATION

- **Nombre de bénéficiaire (population cible)**
- **Organisation de la prise en charge (répartition par section)**
- **Durée moyenne de prise en charge.**

THEME N° 2 PROJET DE L'ASSOCIATION

- **Indication sur la prise en charge (nature des équipes, intervenants)**
- **Activités (Stratégies anti-stigma, réalisations, soutiens logistique, matériel, méthodologique de l'association)**
- **L'association et droit des malades : quels bilans ?**

THEME N° 3 PLACE DE LA FAMILLE DANS L'ASSOCIATION

- **Par quels moyens concrets la famille est-elle impliquée dans la vie associative ?**
- **Place de la famille dans le projet de l'association (Physique ou symbolique).**

THEME N°4 CHAMP D'ACTION , FORMES ET MODALITES DE LA COLLABORATION

- **Avez-vous une représentation dans des commissions ?**
- **(Hôpital, _M.S, secrétariat d'état chargé des handicapés).**
- **Existe _il un problème de représentativité ?**
- **(Associations concurrentes).**
- **politique d'encouragement ou non de part ces instances ?**

- **Comment se déroule l'articulation du travail entre les personnels associatifs et leurs interlocuteurs ?.**

THEME N° 5 PLAIDOYER DE L'ASSOCIATION

- **les instances sont-elles une tribune pour se faire entendre ?**
- **y a t il pour vous des motifs de plainte?**
- **Avez-vous le sentiment que vos plaintes sont entendues ?**
- **quelles sont les implications bénéfiques de votre action, vos apports ?**

THEME N°6: PERSPECTIVES

- **Evolution de la coopération et bénéfices escomptés par l'utilisateur patient et sa famille ?**
- **Comment en arriver à un mode de gestion plus partenarial. Intégré ?**
- **Que faire pour lever les blocages et difficultés ?**
- **Quels types de relations assurez-vous dans le cadre de partenariat avec les autres associations dans le domaine de santé mentale, ministères et les bailleurs de fond ?**

ANNEXE 3

GRILLE ENTRETIEN FAMILLES

- **Informations sur l'histoire de la maladie du patient et sur les éléments du parcours institutionnel à l'hôpital Ar Razi .**
- **Comment est assurée la transmission de l'information médicale ?**
- **Etes vous au courant de l'existence d'associations actives en santé mentale sur (Rabat Salé) ?**
- **Avez-vous eu des contacts avec ces institutions sociales ?**
- **Si oui, nature des relations ?**
- **Pourriez-vous vous passer de ces associations ?**
- **Principales difficultés rencontrées en lien avec la maladie de votre proche dans l'environnement ?**
- **Propos libres à partir de ces réflexions ?**

ANNEXE 4

GRILLE ENTRETIEN PERSONNEL MEDICAL

- **Du fait de votre culture de médecin soignant, avez-vous eu une appréhension à collaborer avec une association ?**
- **Quelle est votre perception ?**
- **Existe-il des alternatives à ce travail en commun ?**
- **Politique d'encouragement ou non de la direction de l'établissement ?**
- **Comment se déroule l'articulation du travail entre les personnels associatifs et médicaux ?**
- **La coopération est elle formalisée dans un document ?**
- **Quelles sont les implications bénéfiques de l'existence d'associations ?**
- **Comment assure-t-on le partage de l'information avec les familles à propos des associations ?**

ANNEXE 5 :

REPERTOIRE DES ASSOCIATIONS A LA WILAYA DE RABAT - SALE

Dénomination	Date de création	Objectifs	Adresse/tel/courriel
Collectif autisme	2006	Défendre des droits et intérêts des personnes autistes dans leur globalité Sensibiliser le législateur, les acteurs politiques et l'opinion public à ces droits	061078003 maad.maad@gmail.com Rabat
<u>Association AL youssra*</u>	2007	Soutien et insertion des autistes. Intégration scolaire	Etablissement Iben Al mouquaffâa Hay karima, Salé.
Collectif pour la Promotion des droits des personnes handicapées	2004	Militer pour assurer aux personnes handicapées la jouissance réelle et équitable de tous les droits de l'homme	5 ; Rue Figuig , app n° 2 Hassan , Rabat
Association Pinocchio*	1999	Favoriser l'inclusion scolaire, sociale, des enfants / adolescents autistes Changer le regard sur le handicapé	College Immam Al BOUKHARI Rabat-Agdal 067996442
Association Al BALSAM *	2005	Accompagnement des personnes en situation de handicap psychique et des familles Plaidoyer pour la prise en charge, le partenariat pour le progrès de la santé mentale	24, Rue Saadiyine App3 , Hassan Rabat 071551512
Centre La passerelle *	1994	Prise en charge des enfants psychotiques Contribuer à leur	Centre national Mohammed VI des handicapés Sala al

		épanouissement par des activités éducatives, ludiques et d'intégration	Jadida
--	--	---	--------

Ass des parents et amis des personnes handicapées mentales HADAF*	1997	Œuvrer pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées mentales Accompagner des familles Sensibiliser les partenaires publics et privés	Hay Nahda II, Rue Warfel ² Rabat 037652138
Ass des parents et amis d'enfants psychotiques APAEP*	1994	Offrir aux enfants psychotique et autistes un cadre d'accueil pour s'autonomiser (club Equestre, club Poney, piscine, école du cirque)	15, Av Abdelwahed AL marrakchi , les orangers Rabat , 037262341
Ass de soutien des malades des établissements de santé public ASMESP	1995	Apporter une aide et un soutien aux établissements sanitaires Organiser des manifestations culturels et sociales au profil des malades Contribuer aux programmes de prévention, de soin et de sensibilisation à travers des compagnes, séminaires	Rue Bni Ourigaghel , Av Imam malik ,Rabat
Ass. SAFA	2005	Prendre en charge les enfants handicapés mentaux Contribuer à l'insertion Intégrer les enfants handicapés dans les classes scolaires	Maison de la jeunesse de C.Y.M 101 Amal 4 Rabat
Programme de rééducation à base communautaire urbain	1995	Permettre l'égalité des chances en matière d'éducation, de formation et d'insertion professionnelle	Rue Dakhla , Av Abo baker Sidik , Sec C Ecole Haj Mohammed Iakbir Hay Arahma SALE

Ass. IKHALASS Pour enfant et personne handicapés*	2003	Ecouter, orienter et achats de médicament gratuitement Appui et accompagnement de ces personnes	Av Mohammed V imm 38 App 17 Sala al jadida
Ass.Regionale pour l'intégration scolaire pour enfants en situation de handicap*	2006	Intégration et défense des droits Encourager et appui aux activités sportives culturelles Lutter contre toutes les formes d'exploitations des enfants en situation de handicap	1218, sec 2, lot Boulaknadel, salé
Handicap International	1993	Accès des populations à des services de proximité et de qualité Manifestation et événement de sensibilisation pour changer les représentations du handicap	5, Rue FIGUIG , App 3 Rabat

Ass. Al Mostakbal *	2003	Education, insertion des enfants aux besoins spécifiques	Av J5 C.Y.M Amal 4 n°26 Rabat
Ass. Al youssr pour enfants à besoins spécifiques *	2005	Auto éducation Animation artistique	Sec 7 , n° 289, hay ASSALAM Ibn tofail, salé
Spécial Olympique Maroc	1991	Organisation de jeux olympique et compétition nationale et à l'étranger	Rue Millouza , Av Wad Akrach, hay nahda 2 , rabat
Fédération royale marocaine des sports	1984	Représenter le Maroc dans les manifestations sportives Encourager les sportifs handicapés Vulgariser le sport auprès des handicapés	Bellevue, siège du sport , Boulevard Ibn Sina Agdal Rabat
Centre Amal	1972	Rééducation médico psycho pédagogique	Hay Ryad sec 7 , n° 12 Rabat

		Initiation à l'insertion professionnelle	
Centre Al manar	1968	Prise en charge éducative , assistance à la formation professionnelle	Rue Zair km 8 , Rabat
AMSAHM Marocaine de soutien et d'aide aux handicapés mentaux	1983	Soutien des familles des personnes en souffrance psychique Activité médico psychopédagogique en faveur des enfants aux besoins spécifiques	25 bis, Rue Patrice lumumba, Rabat
Centre Basma	1988	Insertion scolaire social Apprentissage de base et travail cognitif	20, Zankat Shoul , Rabat
Forum du Maroc Handi-Droit	2001	Promotion des droits des malades en situation de handicap Développement inclusif	2 , Rue Belaid Soussi , App 10 Rabat

CLIO Centre local d'information et d'orientation pour personnes en situation de handicap	2006	Accueil de proximité , l'écoute , l'information et orientation , référence vers les services adaptés	N° 779 Rue ghafssa hay ASSALAM Slé
Amour pour personnes aux besoins spécifiques	2006	Intégration scolaire (cliss) Divertissement Ateliers éducatifs	Passage jbel ankour, résidence 9 App3 Sala al jadida
Centre National Mohammed VI des Handicapés	2006	Formation, rééducation, éducation , activités, sportives, Culturelles et artistiques	Sala AL Jadida Tél. : 037 83 13 13.

N.B :seules les associations sélectionnées en gras avec un (*) ont été retenues par l'étude ,suite a un tirage aléatoire simple.

Circulaire n° 7/2003

ANNEXE 6

A

MONSIEUR LE MINISTRE D'ETAT
MESDAMES ET MESSIEURS LES MINISTRES
ET SECRETAIRES D'ETAT

Objet : Partenariat entre l'Etat et les Associations

Champ d'application

La présente circulaire a pour objet de baliser la voie vers la définition d'une nouvelle politique du partenariat, entendu comme l'ensemble des relations d'association/ de participation et de mise en commun de ressources humaines, matérielles ou financières, en vue de l'exécution de prestations sociales, de la réalisation de projets de développement ou de la prise en charge de services d'intérêt collectif.

Cette circulaire traduit la volonté du Gouvernement de faire du partenariat avec les associations l'un des instruments privilégiés permettant de concrétiser la nouvelle politique de proximité, qui vise à lutter contre la pauvreté et à améliorer les conditions de vie des citoyens en situation de précarité ou de difficulté, à travers la satisfaction de leurs besoins prioritaires/ moyennant un ciblage pertinent des projets et des bénéficiaires.

- Les expériences menées avec les associations se sont révélées encourageantes et ont montré que le mouvement associatif fait preuve d'une vitalité et d'un dynamisme avérés et couvre efficacement un large spectre dans le champ social, voire économique.