

UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

FES



Année 2015

Thèse N° 027/15

ATTITUDES DES PRESTATAIRES DE SOINS ENVERS LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LA VILLE D'OUJDA

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 04/02/2015

PAR

Mme. RIM HAIMAMI

Née le 01 Mars 1989 à OUJDA

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Attitudes - Hadicap - prestataires de soins - Score ATDP

JURY

M. FARIH MOULAY HASSAN.....	PRESIDENT
Professeur d'Urologie	
M. NEJJARI CHAKIB.....	RAPPORTEUR
Professeur d'Epidémiologie clinique	
M. CHAOUI EL FAIZ MOHAMMED.....	} JUGES
Professeur de Neurochirurgie	
M. HAJJIOUI ABDERRAZAK.....	} MEMBRES ASSOCIES
Professeur agrégé de Médecine physique	
Mme. MERYAM FOURTASSI	
Professeur assistant de Medecine physique	
M. RACHID EL GUENOUNI.....	
Docteur en Sociologie	

PLAN

INTRODUCTION :	3
1. Définition du handicap :.....	4
2. Origines du mot « Handicap » :	4
3. L'évolution du concept « Handicap » dans l'histoire :.....	5
4. Réalité du Handicap au Maroc :	12
5. Attitudes envers les personnes souffrant de Handicap :.....	14
6. Objectifs :.....	15
MATERIEL ET METHODES.....	16
1 Type de l'étude :.....	17
2 Participants :.....	17
3 Outils :	17
4 Procédure	20
5 Analyse statistique.....	21
6 Considérations éthiques :	21
RESULTATS :	22
1. Taux de participation :.....	23
2. Caractéristiques sociodémographiques de la population :.....	24
3. Les attitudes envers les personnes en situation de handicap (PSH) :.....	27
3 1 .Les résultats du Questionnaire ATDP :.....	27
3 1 1 Score ATDP	27
3 1 2 Facteurs associés à une attitude négative ou positive :	28
3 2 Les réponses aux questions supplémentaires	30
DISCUSSION	37
1. Particularités de la population interrogée :	38
2. Les attitudes des prestataires de soins de santé envers les personnes en situation de handicap :.....	39
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	49
RESUMES.....	51
BIBLIOGRAPHIE.....	56
ANNEXES	62

ABREVIATIONS :

- ATDP : Attitude towards disabled persons ,attitudes envers les personnes en situation de handicap.
- OMS : Organisation mondiale de la santé.
- ONU : Organisation des nations unies.
- PSH : Personnes en situation de handicap.

INTRODUCTION

1. Définition du handicap :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la personne *handicapée* comme "un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi, s'en trouve compromise"[1]

Selon cette définition, le terme "Handicap" renvoie à la limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement, causée par une déficience provoquant une incapacité, permanente ou non, menant à des difficultés sociales et/ou professionnelles.

2. Origines du mot « Handicap » :

Sur le plan étymologique, le mot Handicap est dérivé d'une expression en Anglais "Hand in Cap" qui signifie la main dans le chapeau. Cette expression fait référence à un jeu de loterie qui était répandu en Angleterre au début du 17ème siècle. Pendant ce jeu, deux personnes (joueurs) voulant faire un échange de deux produits de valeurs différentes (une vache contre un sac de blé par exemple) font appel à une 3ème personne neutre (le juge) pour estimer la valeur d'argent que le propriétaire du produit de valeur inférieure (le sac de blé) doit donner au propriétaire du produit de valeur supérieure (la vache) afin d'établir une équité de cet échange. Avant de procéder au jugement, les 3 personnes mettent dans un chapeau un montant d'argent identique chacun, et les deux joueurs gardent la main dans le chapeau. Quand le juge prononce son jugement, trois situations se présentent : soit les joueurs sortent les mains pleines du chapeau, ce qui signifie qu'ils acceptent le jugement. Dans ce cas, l'échange est fait selon les termes du juge et ce dernier reçoit l'argent forfaitaire (qui

était dans le chapeau) en guise de paiement. Soit les joueurs sortent les mains vides témoignant du refus du jugement et dans ce cas l'échange n'est pas fait mais le juge reçoit toujours l'argent forfaitaire. Soit un des joueur accepte (sort la main pleine) et l'autre n'accepte pas (sort la main vide), et dans ce cas, l'échange n'est pas fait mais l'argent forfaitaire est perçu par celui qui a accepté l'échange [2].

Progressivement, le terme "Hand in Cap" s'est raccourci à Handicap et sa signification s'est étendu à toute action ayant pour objectif de rendre une situation ou une compétition plus équitable. En effet, au 17ème siècle, la notion de Handicap est introduite dans la course de chevaux, où *handicaper* un cheval puissant consistait à lui infliger un poids supplémentaire pour établir le principe d'équité dans la course avec les chevaux moins jeunes et moins forts. De la même façon, on *handicapait* le coureur le plus rapide en lui imposant un retard dans le départ par rapport aux autres coureurs dans une course à pied [2].

Avec le temps, le terme "handicap" qui était synonyme de "désavantage imposé" par souci d'équité dans les épreuves sportives, a vu son utilisation s'élargir pour aussi désigner tout désavantage physique. En 1915, le terme "Handicapé" apparaît pour la première fois désignant les enfants souffrant d'infirmités motrices, puis cette utilisation s'est élargie aux adultes et aux déficients mentaux vers les années 50 [3].

3. L'évolution du concept « Handicap » dans l'histoire :

Encore aujourd'hui, le terme « Handicap » est une notion complexe à la limite entre le monde médical et social. Faut-il considérer cette catégorie de personnes comme des patients nécessitant des soins médicaux, une minorité marginale nécessitant une protection sociale, ou encore des citoyens exigeant des droits et assurant des devoirs envers la société ?

Depuis l'antiquité, les personnes handicapées étaient souvent exclues de la société, et considérées comme victimes d'une malédiction ou d'un châtement divin et certains étaient même tués pour enterrer la malédiction avec eux. Le moyen âge, a vu apparaître dans les sociétés européennes et notamment en France, des bâtisses qui servaient à accueillir les infirmes, les fous et les misérables, considérés comme des « *pauvres d'esprits* » et à les y enfermer, pour les mettre à l'écart de la société, comme « La Salpêtrière » qui a été construite à la fin du XVIIème siècle par Louis XIV à cet effet [4].

Le siècle des lumières (XVIIIème) a connu une montée d'influence de nouveaux courants de pensée philosophique et humanitariste en plus d'une avancée considérable des connaissances scientifiques ayant remis sur scène la problématique de prise en charge médicale et éducative des personnes handicapées, et notamment celles touchées par des déficiences sensorielles. Denis Diderot –un grand philosophe Français– défend publiquement à travers plusieurs essais que les esprits sont égaux, si on arrive à leur prodiguer une éducation et une instruction adaptée [5]. En 1749, il publie "*Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient*", qui lui causera quelques mois d'emprisonnement. En 1785, Valentin Haüy (1745–1822) fonda, à ses frais, la première école gratuite pour de jeunes aveugles à Paris [5].

Dans la même époque, l'Abbé de l'Épée (1712–1789), transforma une partie de sa propre maison en école pour les sourds–muets, où ils apprenaient à communiquer avec la langue des signes. [5]

Le début du XXème siècle a été marqué par une prise de conscience de la nécessité d'améliorer les conditions de vie des personnes handicapées, avec la création des associations de plus en plus nombreuses, comme la Fédération des mutilés de travail créée en 1921 et l'association des paralysés de France en 1933. Ces associations ont largement contribué à l'amélioration de la conception du handicap

et des personnes handicapées, qui ont retrouvé une place dans la société. Progressivement, plusieurs lois donnant accès au travail, à la scolarité et aux aides financières aux personnes handicapées ont vu le jour dans le monde occidental, notamment en France où « *la loi d'assistance aux vieillards, infirmes et incurables* » a été votée dès 1905 [5]. Le mouvement international des activistes dans ce domaine a abouti à l'adoption en 1975 de la première déclaration des droits des personnes handicapées par l'ONU [6].

Cette amélioration dans la perception des personnes handicapées et de leurs droits a été moins rapide dans le monde médical. En effet, jusqu'au milieu du XXème siècle, le monde médical avait un très faible intérêt pour les conséquences psychologiques, fonctionnelles et sociales des maladies. La personne était soit malade et dans ce cas nécessitait une prise en charge médicale, ou bien infirme, invalide, handicapée et dans ce cas la médecine ne pouvait rien pour elle.

Cependant, le développement considérable de la médecine, et des soins d'urgence et de réanimation a contribué à l'augmentation de la prévalence des patients survivants à leurs maladies mais gardant des séquelles plus ou moins invalidantes. De plus, le nombre important de mutilés de guerre ayant survécu à la 2ème guerre mondiale – et qui étaient considérés comme des héros exigeant une vie dans la dignité et une réparation de la part de la société–, et la pression des associations dans les pays développés, ont poussé les gouvernements à réfléchir à des solutions pour permettre à ces personnes dites « handicapées » d'être plus fonctionnelles, et mieux intégrées dans la société [3]. Cet effort de réflexion a été confronté par la quasi-absence de toute définition ou consensus universel autour du handicap chez les instances médicales de références, et notamment à l'OMS.

En effet, la Classification internationale des maladies dans sa neuvième version CIM-9, publiée en 1977 ne tenait pas compte des conséquences de la maladie sur la

vie de l'individu [7]. Ce n'est qu'en 1980 que l'OMS a adopté la première classification internationale du Handicap (CIH), proposée par Philippe Wood (1928–2008), médecin rhumatologue et épidémiologiste Anglais [8]. Il s'agit d'un modèle tridimensionnel (Figure 1), dans lequel la maladie (ou trouble issu de la CIM) est responsable de déficiences, provoquant des incapacités, elles-mêmes générant des situations de désavantage.

- **Déficiences** : Toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique (aspect biomédical) ;
- **Incapacités** : Toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain (aspect fonctionnel) ;
- **Désavantages** : Résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels (aspect social).



Figure 1. Le modèle tridimensionnel du Handicap selon Wood 1980 [9]

Cette définition, pourtant simple et pragmatique, a été largement critiquée notamment pour son caractère péjoratif se focalisant sur les aspects négatifs (plus axée sur les incapacités que sur les capacités résiduelles ou potentielles), et limitant

le handicap à la personne elle-même sans prise en considération de son environnement. Ces critiques ont mené à une réflexion plus profonde autour de la question aboutissant à l'adoption en 2001 d'une nouvelle classification par l'OMS ; La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) [10] qui a rattrapé les principales failles de la précédente, et qui en introduisant la dimension environnementale dans la détermination du handicap, a transformé la "Personne handicapée" en "Personne en situation de handicap".

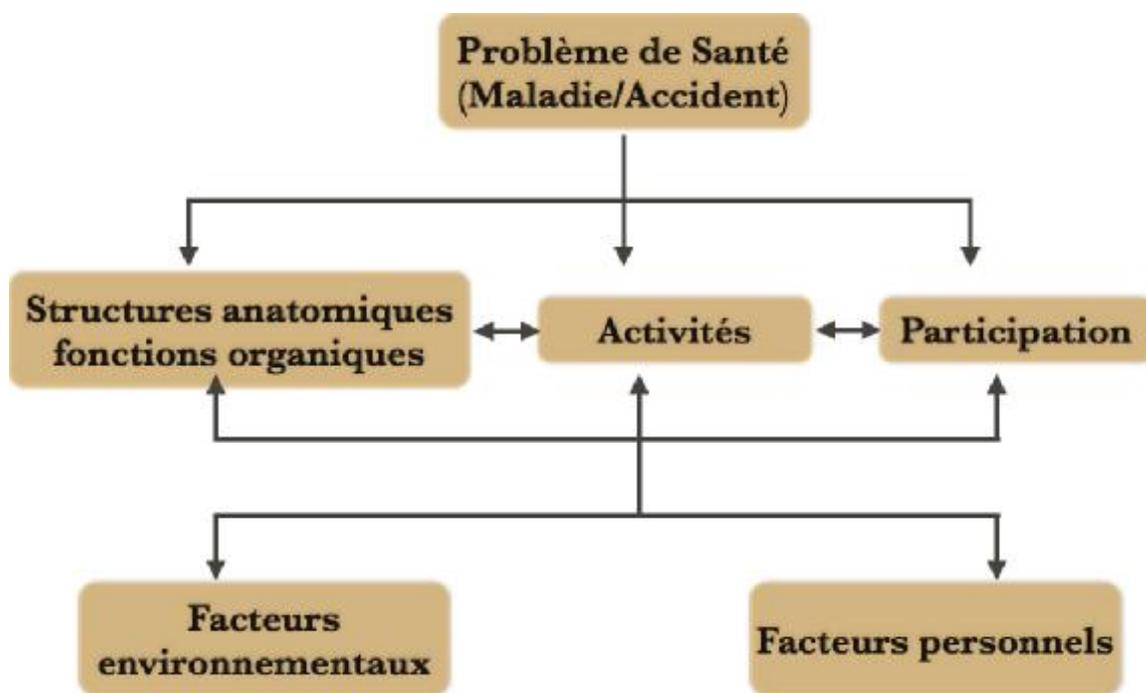


Figure 2. La Classification internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé [10]

L'originalité de la CIF réside dans le fait qu'elle a pu unifier les différents modèles du handicap, le modèle biomédical (à la base de la première classification (CIH)), et le modèle psychosocial prenant en compte les facteurs personnels (dont la dimension psychologique) et les facteurs environnementaux (dont les déterminants

de société), offrant ainsi un modèle tridimensionnel assez complet du handicap dit "Modèle bio-psycho-social".

La CIF repose sur 5 concepts fondamentaux (Figure 2) qui doivent tous être pris en considération dans toute évaluation du Handicap :

- **Le problème de santé** : c'est le point de départ et correspond à tout événement anormal ou pathologique à l'origine d'une souffrance quelconque. Il peut s'agir d'une maladie, d'un traumatisme, du stress, du vieillissement, d'une anomalie génétique...etc. Ce problème de santé va se traduire par des symptômes et/ou des syndromes.
- **les structures anatomiques et les fonctions organiques** : elles désignent toute structure anatomique et toute fonction organique, physiologique ou psychologique se trouvant altérées suite au problème de santé. C'est l'équivalent de la déficience dans la CIH. Par exemple, l'accident vasculaire cérébral (AVC) constitue un problème de santé qui va être à l'origine d'une lésion cérébrale (structure anatomique) et d'une altération de la fonction motrice, sensitive et langagière chez le patient. En d'autres termes, l'AVC est responsable d'une déficience motrice, d'une déficience sensorielle et d'une aphasie.
- **La limitation d'activité** : une activité désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne. Ainsi toute activité se trouvant limitée par l'altération des structures anatomiques ou des fonctions organiques est à rapporter. Si l'on revient à notre exemple, une altération de la fonction motrice serait responsable d'une limitation dans l'activité de marche ou de déambulation quand elle touche le membre inférieur, et d'une limitation dans l'activité de préhension et de manipulation d'objets quand elle touche le membre supérieur. C'est l'équivalent "moins péjoratif" de l'incapacité dans la CIH. En effet, quand on

parle de limitation d'activité on sous-entend une certaine activité résiduelle conservée selon le degré de la limitation, ce qui permet de focaliser son attention sur ce que le patient peut encore faire plutôt que sur ce qu'il ne peut plus faire.

- **La restriction de participation** : une participation désigne l'implication dans une situation de vie réelle. C'est le résultat de l'interaction entre la personne et la société. Ainsi, une limitation dans l'activité de déambulation serait à l'origine d'une restriction de participation sociale. En effet, un patient ne pouvant marcher de façon efficace et autonome serait limité dans ses déplacements en extérieur et par conséquent aurait moins d'interaction avec la société (cafés, marchés, rassemblements de famille...etc.). C'est l'équivalent "moins péjoratif" du désavantage dans la CIH.
- **Les facteurs environnementaux (externes)** : qui englobent tous les facteurs matériels (adaptations architecturales, moyens d'accessibilité, ressources financières, conditions climatiques...etc.), humains (la famille, les aidants et leurs rapports à la personne concernée), et moraux (attitudes sociales, us et coutumes, caractéristiques culturelles, dispositions légales...etc.), pouvant faciliter (facilitateurs) ou compliquer (obstacles) la vie de la personne en question. En effet, un paraplégique avec un fauteuil roulant bien adapté, vivant au rez-de-chaussée dans une ville très accessible aux fauteuils roulants, et disposant d'un véhicule adapté, d'une place de parking réservée, d'un poste de travail aménagé et d'une famille aidante, ne peut en aucun cas être assimilé à un paraplégique vivant au 4ème étage sans ascenseur dans un milieu social défavorable, sans aucune aide matérielle et sans couverture sociale.
- **Les facteurs personnels (internes)** : qui regroupent les différentes caractéristiques inhérentes à la personne pouvant influencer son handicap. On

distingue les facteurs non modifiables tels que l'âge, le sexe, l'ethnie, le patrimoine génétique, la personnalité, la fragilité psychique...etc. et les facteurs modifiables sur lesquels on peut agir pour influencer la réhabilitation de la personne, notamment le mode de vie (sédentarité, tabac, alcool, alimentation, obésité...etc.), le niveau d'éducation et la profession.

Ainsi, la CIF apporte une vision complète du Handicap avec une analyse systématique des différentes problématiques causales et associées au Handicap, tant sur le plan biologique, que psychologique et social. En tenant compte des facteurs environnementaux impliqués dans le Handicap, cette classification a permis de transformer le terme « personne handicapée », en « Personne en situation de Handicap », puisqu'une modification de l'environnement, pourrait influencer le degré du Handicap. [10]

Cependant, après plus d'une décennie de son adoption par l'OMS, la CIF reste d'un usage limité et non encore généralisé. Cette sous-utilisation est essentiellement liée à la complexité de ses codages et de sa terminologie, nécessitant une formation spécifique pour les maîtriser, en plus de la non stabilité des règles d'application d'un domaine de santé à un autre et le chevauchement inévitable entre certaines catégories (activité et participation) [10].

4. Réalité du Handicap au Maroc :

Selon l'enquête nationale sur le handicap, réalisée en 2004 par le Secrétariat d'état chargé de la protection sociale, de la famille et de l'enfant, le Maroc compte quelques 1,5 millions de personnes en situation de Handicap (PSH), représentant 5,12 % de la population et dont 55,7% sont âgées entre 16 et 59 ans [11]. Au Maroc, un foyer sur 4 compte au moins une personne handicapée, soit 1,3 million ménages concernés. Ces chiffres, pourtant alarmants, sont certainement sous-estimés du fait

des critères utilisés dans la définition du handicap [12] qui sont assez restreints, éliminant un grand nombre de personnes souffrant d'incapacités plus ou moins sévères et handicapantes. En effet, le dernier rapport de l'OMS sur le Handicap (2011) estime une prévalence internationale des personnes en situation de handicap entre 10 et 15 %, ce qui est largement applicable aussi à notre pays. Une enquête plus récente, réalisée par le ministère de la santé en 2011 a mis en évidence que 18,2% de la population Marocaine souffrait d'au moins une maladie chronique [13]. Cette prévalence atteint 57,5% chez les plus de 60 ans, suggérant une plus grande prévalence du handicap, dans la mesure où la plupart des maladies chroniques sont responsables d'une certaine limitation d'activité et de participation.

Les PSH souffrent de problèmes de santé divers et variés qui sont à l'origine de leur handicap –ou surajoutés–, et pour lesquels une prise en charge médicale adaptée à leurs besoins et à leur situation précaire est nécessaire. Selon l'Enquête nationale sur le handicap de 2004, l'accès aux soins apparaît comme la première priorité des personnes en situation de handicap, formulée par 55,3% des PSH questionnées, et pourtant plus d'une personne sur cinq affirme n'avoir jamais fréquenté une institution sanitaire [11].

Pour expliquer les difficultés d'accès aux soins, les PSH ou leurs tuteurs ont évoqué le manque de moyens financiers (80%), l'éloignement géographique (25%), l'image négative des services de santé (21%) et le manque de moyens de ces services de santé (18%) [11]. Ces dernières données suggèrent que même si la PSH trouve les moyens financiers pour accéder à l'institution sanitaire, une personne sur 5 reste persuadée qu'elle ne pourra pas bénéficier d'une prise en charge médicale optimale, du fait de l'image négative que véhiculent les services de santé Marocains auprès des PSH et qui n'est pas toujours en relation avec le manque de moyens matériels mis à leur disposition. Une des hypothèses pouvant expliquer cette image négative serait

en rapport avec la perception et les attitudes envers les PSH des prestataires de soins dans ces structures, à savoir le personnel médical et paramédical.

5. Attitudes envers les personnes souffrant de Handicap :

L'attitude des personnes non handicapées envers le Handicap est généralement souvent négative [14–17]. Une attitude négative est définie comme celle qui regroupe les PSH dans un groupe à part où elles sont identifiées comme différentes des autres, sous-entendant leur déficience et leur infériorité [14]. Cette attitude négative de la population générale participerait ainsi, à la stigmatisation des PSH et à leur l'exclusion de la vie sociale.

Dans le monde de la santé, les PSH ont affaire à des prestataires de soins (médecins, infirmiers, thérapeutes...etc.) qui font aussi partie de la population, partageant son bagage culturel, ses valeurs morales, et aussi ses attitudes et croyances. Il a été démontré que la perception subjective et les attitudes des prestataires de soins de santé envers le Handicap et les handicapés, influencent non seulement la capacité de ces patients à accéder aux soins mais peuvent également avoir une incidence considérable sur la qualité des soins prodigués [18]. Une attitude péjorative, souvent inconsciente de la part du soignant envers la PSH, avec une focalisation sur le Handicap plutôt que sur la personne malade, peut aboutir à l'administration de soins de moindre qualité, voire à un déni de soins, en plus de la négligence totale des soins préventifs et de l'éducation thérapeutique [18–21]. Un soignant, qui pense que la PSH a de toute façon une mauvaise qualité de vie à cause de son « Handicap » sera moins enclin à s'engager dans des thérapies agressives pour gérer un problème de santé aigu [22–23], pensant qu'il serait peut-être mieux pour cette personne et pour son entourage de ne pas trop s'accrocher à la vie. En effet, le taux de mortalité par cancer a été 10 fois plus élevé dans une institution pour adultes

handicapés que dans la population générale, très probablement en rapport avec un manque d'intérêt et d'acharnement de la part du personnel soignant, pour diagnostiquer et traiter cette maladie fatale chez cette population particulière [24].

Ainsi, il semble évident que les attitudes et les croyances des prestataires de soins de santé envers les PSH peuvent représenter une barrière à l'accès équitable aux soins, qui est un droit constitutionnel à tous les citoyens [25].

6. Objectifs :

- Objectif général : Ce travail de thèse vise à caractériser les attitudes des prestataires de soins de santé, envers les PSH notamment les médecins et le personnel paramédical travaillant dans le secteur public de la ville d'Oujda.
- Les objectifs spécifiques sont :
 - Décrire les attitudes des prestataires de soins de santé envers le Handicap et les PSH, à travers un questionnaire validé.
 - Rechercher les facteurs associés à une attitude négative envers les PSH.
 - Proposer, à la lumière des résultats précédents, des interventions permettant d'améliorer la perception et les attitudes envers les PSH chez les prestataires de soins de santé au Maroc.

MATERIEL ET METHODES

1. Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive, ayant duré 03 mois entre Aout et Octobre 2014.

2. Participants :

Notre étude avait pour cible l'ensemble du personnel médical et paramédical du CHU MOHAMMED IV d'Oujda, et du CHR EL FARABI d'Oujda dont le Centre de Rééducation Orthopédique d'Oujda. Les différentes structures hospitalières affiliées au CHU ont été incluses dans l'étude, à savoir l'hôpital des spécialités, l'hôpital mère-enfant et l'hôpital psychiatrique Er-Razi, à l'exception de l'hôpital Oncologique qui n'a pas été inclus du fait de son éloignement géographique. Ainsi l'étude s'est déroulée au niveau de 5 sites différents.

L'étude a inclus les différentes catégories de prestataires de soins de santé, et précisément les médecins, les médecins en formation, les infirmiers, les rééducateurs (kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens et appareilleurs) et les auxiliaires (aides-soignants, brancardiers, agents de sécurité).

3. Outils :

3.1 Le recueil des données sociodémographiques :

Les caractéristiques sociodémographiques de notre population ont été recueillies à travers un premier questionnaire structuré et anonyme. Ainsi, chaque participant a été questionné sur son âge, son sexe, sa profession, ses années d'expériences, sa situation familiale, s'il souffrant ou non d'un handicap, s'il a une ou plusieurs personnes de son entourage en situation de handicap, et à quel fréquence il se trouve impliqué dans la prise en charge de PSH.

3.2 Le Score ATDP « Attitudes Towards Disabled Persons » :

Le score ATDP a été initialement développé par Yuker, Block & Campbell en 1960 pour mesurer les attitudes envers les personnes handicapées en général, mais principalement les personnes souffrant de Handicap physique [26]. L'ATDP est une échelle générique qui considère le Handicap de manière très générale sans faire appel à des connaissances concernant une quelconque pathologie sous-jacente. De ce fait les sujets interviewés répondent en fonction de leur propre expérience du Handicap, quand ils en ont une, ou selon leur conception très générale du phénomène, reflétant ainsi les attitudes et croyances imprégnées dans la culture populaire. Cette caractéristique très généraliste nous permettrait d'établir un cliché des représentations actuelles du handicap pour la population que nous souhaitons interroger, d'où le choix de cette échelle. (voir annexe C)

Le score ADTP comporte 20 items, avec pour chaque item 6 possibilités de réponse, sur l'échelle de Likert : « complètement d'accord », « d'accord », « un peu d'accord », « un peu en désaccord », « en désaccord », ou « complètement en désaccord ». Il n'y a pas de possibilité de réponse neutre. Il s'agit d'un choix forcé, orienté vers une appréciation positive ou négative de l'attitude choisie par rapport à la question posée.

Le calcul du score se fait de la façon suivante : pour chaque réponse on accorde une valeur allant de +3 pour « complètement d'accord » à -3 pour « complètement en désaccord », puis on inverse le signe de certains items spécifiques (2, 5, 6, 11 et 12), puis on fait la somme algébrique des valeurs des 20 items, on inverse le signe de la somme et on ajoute 60. Le score total est compris entre 0 et 120, avec les scores plus élevés témoignant d'une attitude plus positive envers les personnes handicapées de la part des répondants au questionnaire [26].

Le score ADTP a été validé dans différentes études sur différentes populations (générale, prestataires de soins, étudiants de médecine et des professions paramédicales...etc.), il a également été traduit et adapté à plusieurs langues [26]. Tous ces résultats empiriques ont démontré que l'ATDP est une échelle valide et fiable pour la mesure des attitudes envers les personnes handicapées [27].

Avant de l'utiliser pour notre étude, Le score ATDP a subi une traduction avec adaptation culturelle à notre contexte Marocain, puis une validation psychométrique.

3.2.1 Traduction :

La traduction a été réalisée selon la méthode « traduction/ contre-traduction». L'échelle ADTP a d'abord été traduite de l'anglais vers l'arabe dialectal de la région de l'oriental par un panel de 8 personnes originaires de l'oriental et maîtrisant l'anglais, qui ont fourni une traduction individuelle chacun, puis les différentes versions ont été discutées en détails pour sortir avec une seule version finale et collégiale. Cette version arabe dialectale a ensuite été confiée à deux experts bilingues qui ont assuré la contre traduction en Anglais. Chaque expert a fourni une traduction individuelle, puis les deux experts se sont réunis pour discuter leurs versions et sortir avec une seule version finale. Cette nouvelle traduction en Anglais a ensuite été confiée au panel de 8 personnes qui l'ont comparée à la version originale en anglais. Certaines discordances ont été soulevées et des alternatives ont été proposées pour maintenir le sens des mots (exemple de l'item 5 le terme " مدارس خاصة " a été remplacé par le terme " مدارس مختصة ", pour que le mot « خاصة » ne renvoie pas au terme « privée » (Voir Annexe A)

3.2.2 Validation psychométrique :

La validation de construit de la version traduite et adaptée a été vérifiée par un test de Cronbach sur l'ensemble des 349 questionnaires remplis, avec un alpha de Cronbach a 0,73, témoignant d'une bonne validité de construit. Le test re-test a été réalisé sur une population de 80 personnes qui ont rempli le questionnaire une deuxième fois après une semaine. Ce test a mis en évidence une bonne reproductibilité intra observateur avec un ICC de 0,88. Comme il s'agit d'un questionnaire auto-administré, nous n'avons pas évalué la reproductibilité inter observateur.

3.2.3 Le Questionnaire Supplémentaire :

Pour mieux approcher l'attitude envers les personnes en situation de handicap dans notre contexte, nous avons développé un deuxième questionnaire comportant 13 items proches des priorités socio-culturelles de notre population, comme les relations conjugales, le droit au travail, les relations sociales et l'accès aux soins médicaux. Ce nouveau questionnaire a été construit sur le même modèle de cotation que l'ATDP avec pour chaque item 6 choix de réponse sur la même échelle de Likert à 6 points (Voir Annexe B).

4. Procédure :

Toutes les institutions sanitaires cibles ont été visitées par l'investigateur principal (thésard) pour rencontrer le personnel, expliquer l'objectif de l'étude et distribuer les questionnaires. Chaque site a été sujet à des visites répétées pour cibler le maximum du personnel médical et paramédical, non disponible lors du premier passage. Au minimum, deux visites ont été programmées à des horaires différents pour chaque service hospitalier. La durée d'administration du questionnaire était en moyenne de 10 minutes par personne.

L'investigateur principal allait à la rencontre des prestataires de soins dans chaque service. Cette rencontre consistait à informer ces personnes sur l'objectif de l'étude, les convaincre à y participer, répondre à leurs interrogations s'ils en avaient, leur demander de compléter les questionnaires avant de les récupérer.

5. Analyse statistique

Ce travail a été réalisé en collaboration avec le laboratoire d'épidémiologie et de bio-statistiques de la faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda, avec utilisation du logiciel gratuit Epi-info.

Pour les variables numériques continues sont précisés la moyenne et l'écart type. Pour les variables qualitatives sont précisés les pourcentages. La comparaison des scores ADTP moyens a été réalisée par des tests t de Student en cas de variables indépendantes, par des tests d'ANOVA en cas de variables multiples homogènes ou par des tests de Kruskal-Wallis en cas de variables inhomogènes.

6. Considérations éthiques :

Cette étude a été entreprise avec respect des lois Marocaines et de la déclaration d'Helsinki pour la protection des personnes. Les participants ont été informés des objectifs de l'enquête, et leur consentement a été obtenu avant l'administration du questionnaire. Tout au long de l'étude, l'anonymat et le respect de la confidentialité des données ont été assurés.

RESULTATS

1. Taux de participation :

Le taux de couverture de l'ensemble du personnel médical et paramédical recensé au niveau des établissements cibles a atteint 57% dans les structures CHU et 20% dans les structures CHR, toutes catégories confondues.

Sur les 350 personnes qui ont été effectivement ciblées, 340 ont accepté de participer à notre étude réalisant ainsi un taux de réponse de (97,1%), ce qui est représenté par la figure ci-dessous.

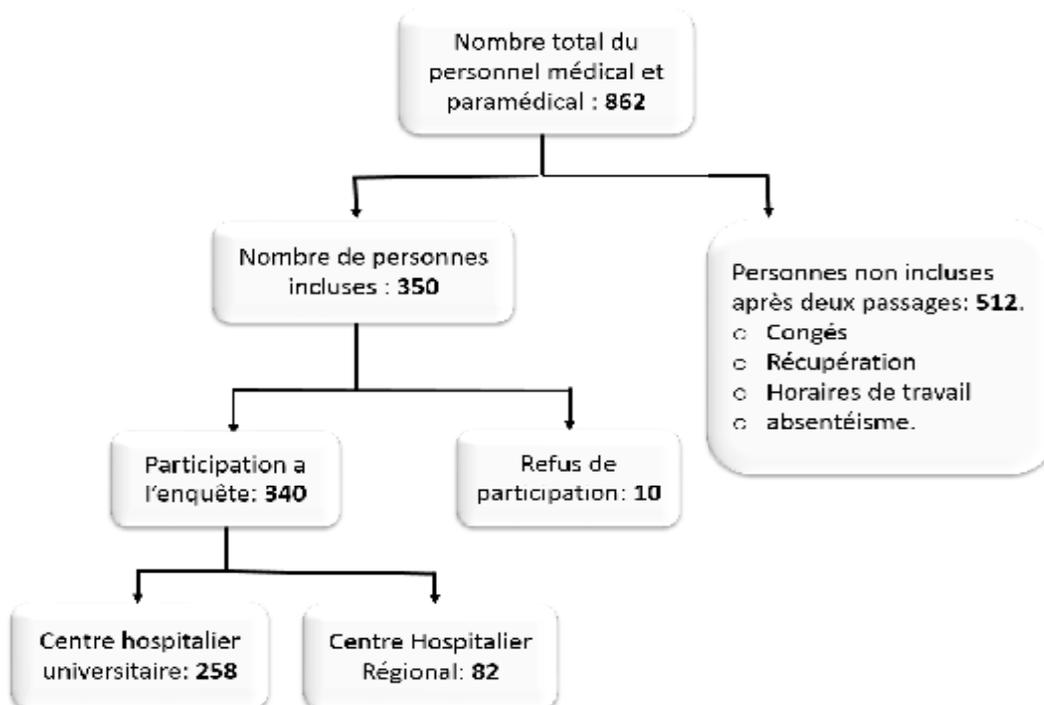


Figure 3 : Répartition des participants et non participants à l'étude

2. Caractéristiques sociodémographiques de la population :

2.1. Age :

Notre étude a porté sur une population jeune avec une moyenne d'âge de 29,9+/- 8,4 ans, une médiane de 26 ans, et des extrêmes d'âge allant de 20 ans à 59 ans.

2.2 Sexe :

Dans notre étude, le nombre de participants de sexe masculin était 184, soit 54% alors que les participants de sexe féminin totalisaient le chiffre de 156, soit 46%.



Figure 4 : Répartition selon le sexe

2.3 Situation familiale :

Seulement 88 des participants à notre étude vivaient en couple dans le cadre du mariage comme le montre la figure 5.

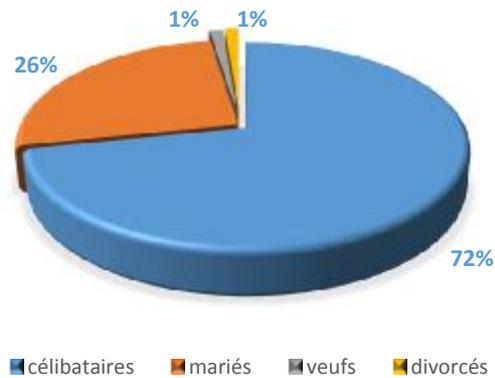


Figure 5 : Répartition selon la situation familiale

2.4 Fonction :

Dans notre population, on compte 41 médecins spécialistes, 76 médecins en formation (internes, résidents), 166 infirmiers diplômés, 36 rééducateurs et 21 auxiliaires.

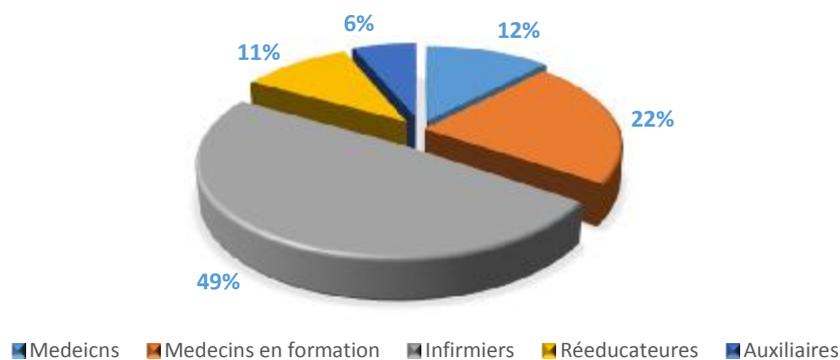


Figure 6 : Répartition selon la fonction

2.5 Expérience professionnelle :

Les participants dans notre étude avaient une moyenne d'année d'expérience de 5,42 + /-8,2 avec un minimum de 1 an et un maximum de 38 ans.

2.6 Expérience du handicap :

- Expérience personnelle :

Une seule personne s'est identifiée comme souffrant de handicap

- Handicap dans l'entourage personnel :

Parmi les participants 16,1% avaient des personnes handicapées dans leurs familles et 57,9% avaient des personnes handicapées dans leur entourage extra-familial (amis, voisins, collègues).

- Handicap dans l'entourage professionnel :

52 personnes disent ne jamais avoir eu contact avec des patients en situation de handicap dans leur pratique professionnelle, 106 disent avoir un contact rare avec les PSH dans le milieu professionnel, alors que seulement 64 personnes ont un contact fréquent avec les PSH.

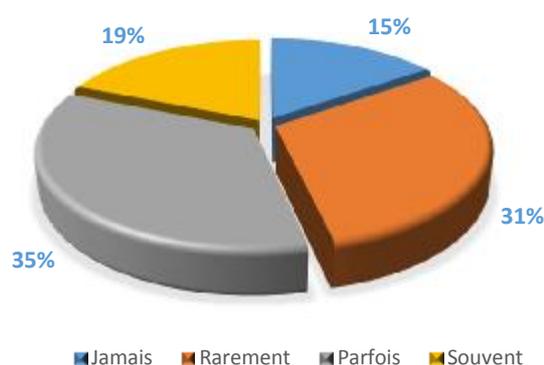


Figure 7 : Fréquence du contact avec les PSH dans le milieu professionn

3. Les attitudes envers les PSH :

3.1 Les résultats du Questionnaire ATDP :

3.1.1 Score ATDP :

La moyenne des scores obtenus sur l'échelle ATDP était de 64,96 +/-12,8 avec un score minimal à 24 et un score maximale à 99. La figure 8 représente la répartition des réponses sur l'échelle de Likert (1 à 6) pour chacune des 20 questions du score ATDP. Sur cette figure, la couleur est de plus en plus sombre que la cotation est élevée, et que l'attitude est plutôt positive sauf pour les questions 2, 5, 6, 11 et 12, dont les cotations sont inversées pour le calcul du score.

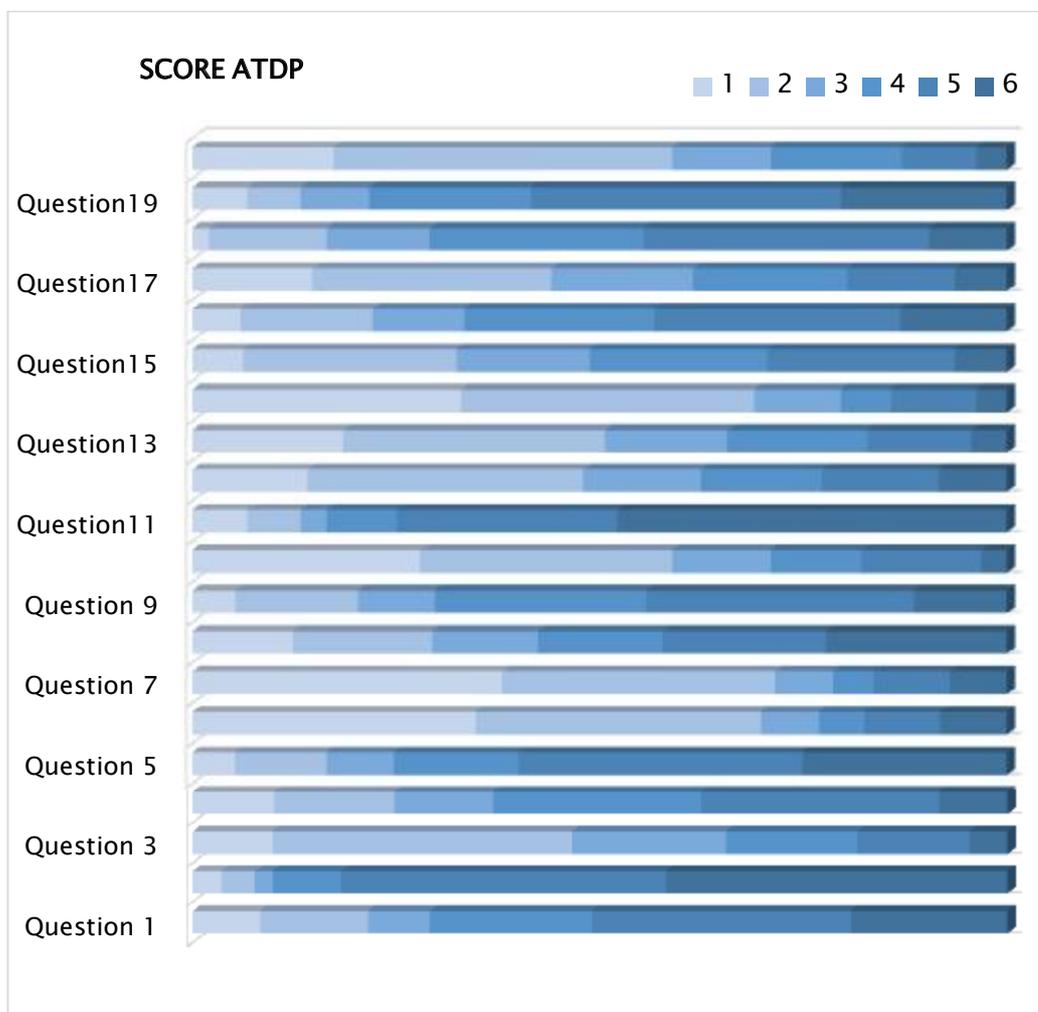


Figure 8 : Répartition des réponses à chacune des 20 questions du score ATDP

3.1.2 Facteurs associés à une attitude négative ou positive envers les PSH :

a) Age :

L'étude de corrélation n'a pas trouvé de relation significative entre l'âge du participant et le score ATDP ($p=0,09$).

b) Sexe :

Le score ATDP moyen était plus élevé chez les hommes (66,11 +/- 13) que chez les femmes (63,6 +/-12), sans atteindre le degré de significativité statistique ($p=0,07$).

c) Statut marital :

Aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre le score ATDP moyen et le statut marital des participants ($p=0,53$).

d) Fonction

Le score ATDP moyen le plus élevé était observé chez les médecins (69,3 +/- 13), suivi des rééducateurs (67 +/- 12), puis des infirmiers (64,3 +/-12), ensuite les médecins en formation (63,8 +/-13) et enfin les auxiliaires (61,6 +/- 13).

Le score ATDP moyen des infirmiers, des internes et des auxiliaires était significativement plus faible que celui des médecins avec une p-value respectivement à 0,02 ; 0,02 ; et 0,03.

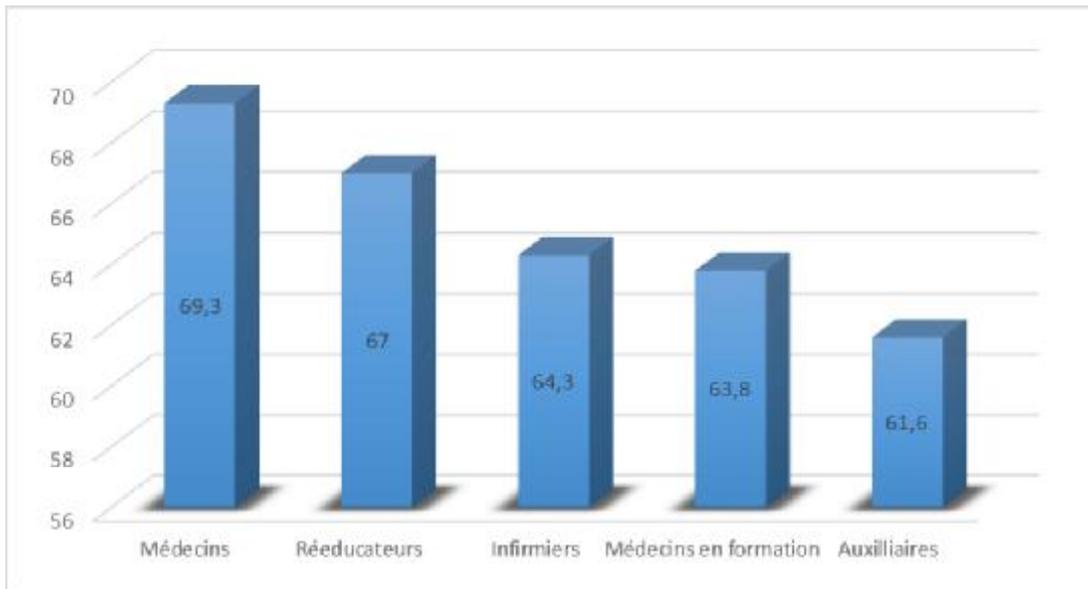


Figure 9 : Score ATDP moyen selon la fonction

e) Expérience professionnelle :

L'étude de corrélation n'a pas trouvé de relation significative entre les années d'expériences des participants et le score ATDP ($p=0,06$)

f) Expérience du handicap :

La fréquence du contact avec les PSH dans le milieu professionnel (PSH comme patients), ne semblait pas influencer le score ADTP chez notre population interrogée, avec un score moyen de $64,7 \pm 12,8$ si contact fréquent et $65 \pm 12,7$ si contact rare.

Par contre la présence d'au moins deux PSH dans l'entourage personnel du participant (famille, amis, voisins, collègues) était associée à une augmentation significative du score ATDP moyen : $70,8$ (ET : $14,8$), contre $64,7$ (ET : $12,9$) en cas d'absence de PSH dans l'entourage personnel, $p= 0,03$.

3.2 Les réponses aux questions supplémentaires :

Les graphiques, ci-dessous, représentent la répartition des réponses des participants aux 13 questions supplémentaires, ne faisant pas partie du score ATDP.

Pour chaque item 6 possibilités de réponse de 1 à 6 :

1 : complètement en désaccord, 2 : en désaccord, 3 : un peu en désaccord, 4 : un peu d'accord, 5 : d'accord, 6 : complètement d'accord.

3.2.1 Item N°1 :

- Comme le montre la figure 10, 141 personnes (41,5%) étaient d'accord avec la proposition suivante : « Je n'accepterai jamais de me marier avec une PSH, quoi qu'il arrive. »

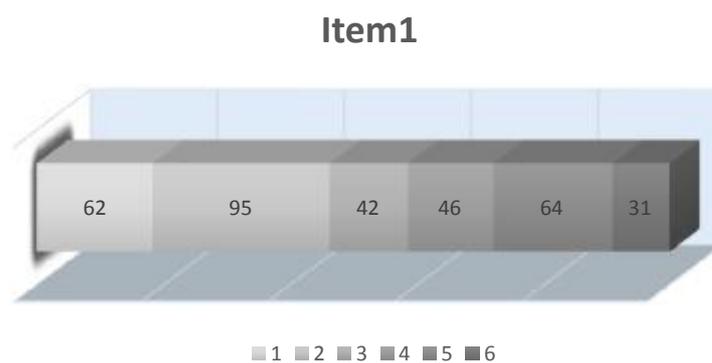


Figure 10 : répartition des réponses à l'item1

3.2.2 Item N° 2 :

Comme le montre la figure 11, 72 (21,17%) personnes étaient d'accord avec la proposition suivante : « Il est possible de se séparer de son conjoint s'il devient handicapé »

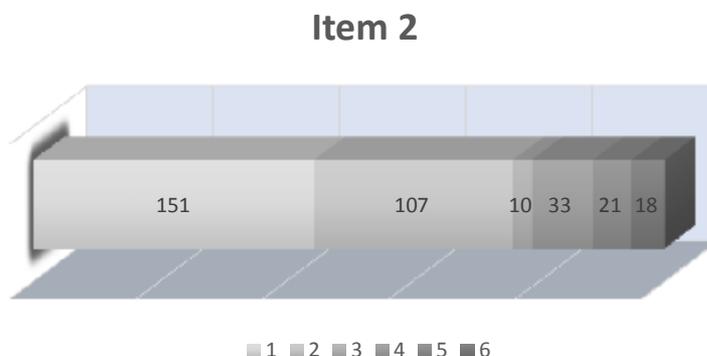


Figure 11 : répartition des réponses à l'item2

3.2.3 Item N°3 :

Comme le montre la figure 12, 253 personnes (74,4%) étaient d'accord avec la proposition suivante : « Je pense qu'il est tout à fait normal qu'une PSH se marie avec une personne non handicapée »

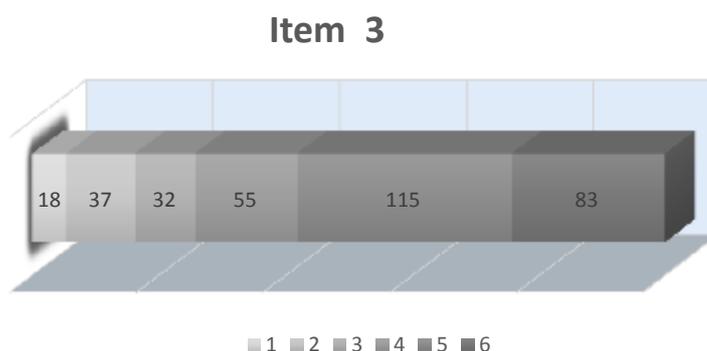


Figure 12 : répartition des réponses à l'item3

3.2.4 Item N°4 :

Comme le montre la figure 13, 55 personnes (16%) étaient d'accord avec la proposition suivante : «L'aspect physique particulier des PSH me gêne, je n'aime pas le voir»

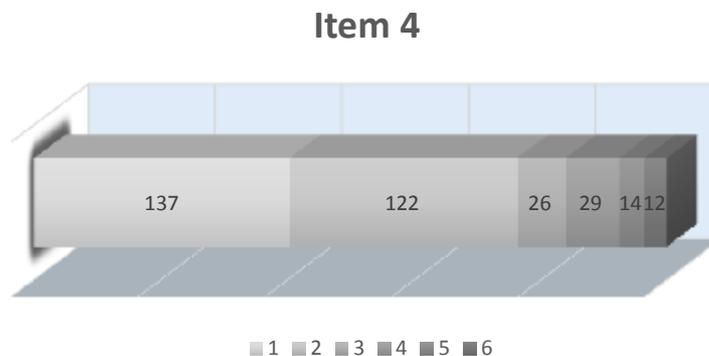


Figure 13 : répartition des réponses à l'item 4

3.2.5 Item N°5 :

Comme le montre la figure 14, 57 personnes (16,8 %) étaient d'accord avec la proposition suivante : « Si les PSH n'étaient pas nées ça serai mieux pour eux et pour tout le monde. »

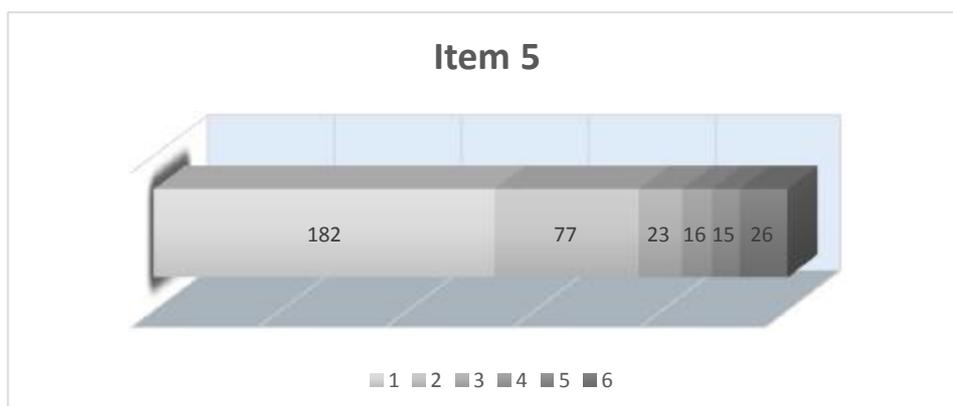


Figure 14 : répartition des réponses à la l'item 5

3.2.6 Item N°6 :

Comme le montre la figure 15, 24 personnes (7%) étaient d'accord avec la proposition suivante : « Si je rencontre une PSH dans la rue ou dans une administration, je m'éloigne et je ne me sens pas bien si elle reste à côté de moi »

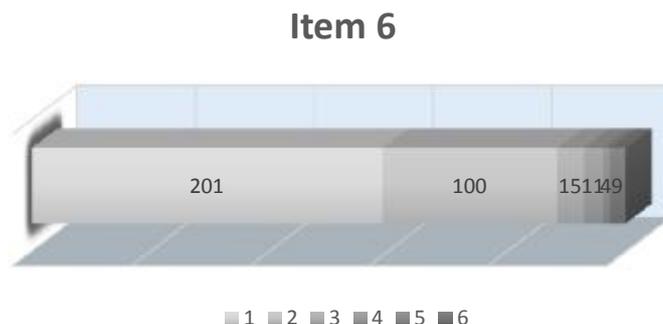


Figure 15 : répartition des réponses à l'item 6

3.2.7 Item N°7 :

Comme le montre la figure16, 318 personnes (93%) étaient d'accord avec la proposition suivante : « Même les personnes handicapées peuvent réussir dans leur vie. »

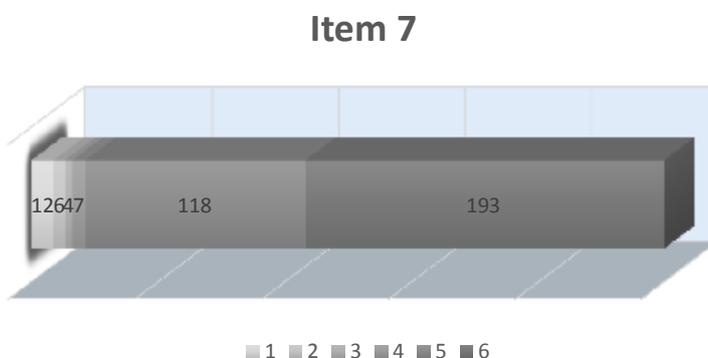


Figure 16 : répartition des réponses à la Item 7

3.2.8 Item N° 8 :

Comme le montre la figure 17, 55 personnes (16%) étaient d'accord avec la proposition suivante : « Il n'est pas raisonnable que l'administration marocaine emploie les personnes handicapées, alors que les personnes sans handicap ne trouvent pas de travail »



Figure 17 : répartition des réponses à l'item 8

3.2.9 Item N°9 :

Comme le montre la figure 18, 49 personnes (14,4%) étaient d'accord avec la proposition suivante : «Le Gouvernement doit d'abord s'occuper des personnes sans handicap avant de résoudre les problèmes des personnes handicapées »

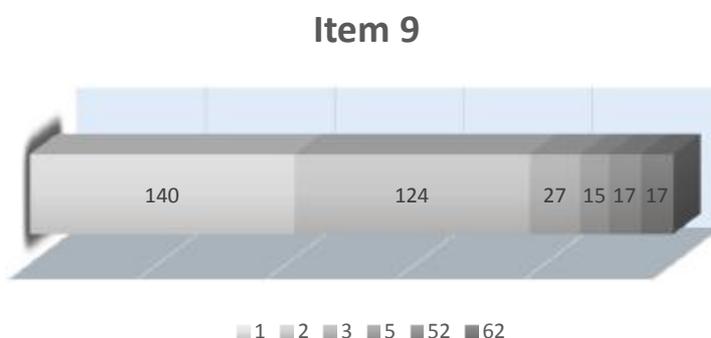


Figure 18 : répartition des réponses à l'item 9

3.2.10 Item N°10 :

Comme le montre la figure 19, 201 personnes 60 % étaient d'accord avec la proposition suivante : « Il est bien d'avoir un collègue handicapé dans le travail »

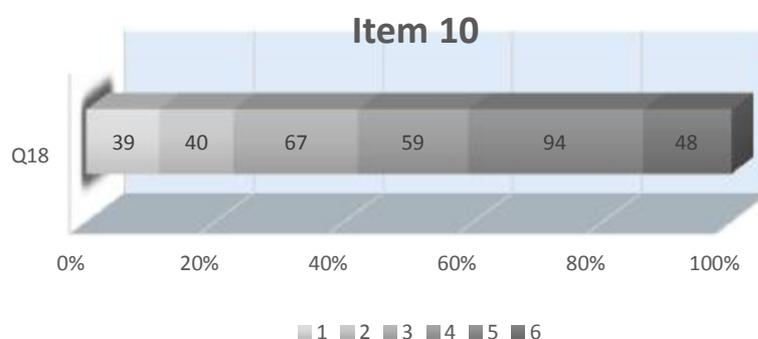


Figure 19 : répartition des réponses à l'item10

3.2.11 Item N°11 :

Comme le montre la figure 20, 194 personnes (57%) étaient d'accord avec la proposition suivante : « La personne handicapée bénéficie des mêmes services de santé tels que la personne sans handicap. »

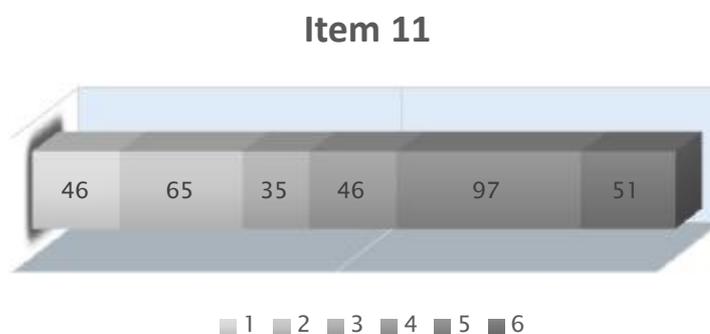


Figure 20 : répartition des réponses à l'item11

3.2.12 Item N° 12 :

Comme le montre la figure 21, 296 personnes (79,11%) étaient d'accord avec la proposition suivante : « Il est préférable pour les PSH d'avoir des établissements de santé qui leur soient dédiés. »



Figure 21 : répartition des réponses à la l'item12

3.2.13 Item N°13 :

Comme le montre la figure 22, 124 personnes (36,5%) étaient d'accord avec la proposition suivante : « La présence d'un patient handicapé dans le service ou je travaille présente un lourd fardeau pour le personnel. »

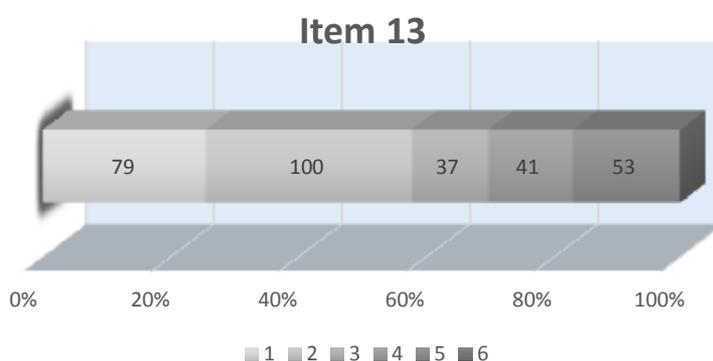


Figure 22 : répartition des réponses à l'Item13

DISCUSSION

1. Particularités de la population interrogée :

Notre étude avait pour principal objectif de mesurer les attitudes envers les PSH chez les prestataires de soins de santé dans le secteur public de la ville d'Oujda. Nous avons pu inclure, pendant les 3 mois de déroulement de l'étude, 340 personnes soit 39,4% de l'ensemble de la population cible. Ce taux de couverture relativement faible, malgré des passages répétitifs dans les différents services cibles pourrait s'expliquer essentiellement par le fait que la période d'inclusion a coïncidé avec la saison estivale où un grand nombre de personnes sont en congé. D'autre part, l'investigateur allait à la rencontre des prestataires de soins essentiellement pendant les horaires administratifs, ce qui excluait systématiquement le personnel de nuit.

Alors que 52 % des effectifs de la Fonction Publique au Maroc ont un âge supérieur à 45 ans [28], notre population était jeune avec une moyenne d'âge de 29,9 ans, car constituée, en grande partie de personnes nouvellement recrutées dans le cadre du démarrage du CHU Mohammed VI Oujda.

Seulement une personne parmi nos 340 participants s'est identifiée comme PSH, ce qui correspond à un taux de 0,3% alors que la « loi du 10 juillet 1987 impose à l'ensemble des employeurs, parmi lesquels les administrations de l'Etat ainsi que les établissements publics à caractère scientifique, technologique ou culturel, une obligation d'emploi égale à 6% de l'effectif salarié au bénéfice des travailleurs handicapés [29].

Seulement 16% des participants à notre étude ont déclaré avoir une PSH dans leur entourage familial ce qui est un taux plus faible par rapport aux 25% avancés dans l'Enquête Nationale sur le Handicap de 2004, comme taux de familles touchés par le handicap [11].

2. Les attitudes des prestataires de soins de santé envers les

PSH :

2.1. Le score ATDP :

L'attitude des prestataires de soins de santé, qu'il s'agisse de professionnels ou d'étudiants dans les domaines de la santé est globalement positive selon plusieurs études, dans différents pays et utilisant différents questionnaires [14, 30–34]. En effet, peu d'études [36–35] ont mis en évidence une attitude plutôt négative avec une certaine anxiété et malaise de certains étudiants et/ou professionnels de la santé quand ils sont confrontés à la situation de s'occuper d'un patient souffrant de handicap physique (voir tableau 1). Dans notre population, le score ATDP moyen de 64,96 sur une échelle allant de 0 à 120, ne reflète pas une attitude franchement positive. Parmi les études ayant utilisé le même questionnaire ATDP, notre score moyen se situe dans le groupe où les attitudes ont été jugés négatives, notamment l'étude de Matziou et al. Qui a trouvé un score ATDP moyen de 62,3 chez les infirmiers, étudiants ou diplômés [35], et l'étude de Trevo et al. Qui a trouvé un score ADTP moyen de 78,7 chez les professionnels de rééducation [36].

2.2. Les facteurs influençant les attitudes envers les PSH

Le tableau 1 résume les principaux résultats de 13 études ayant exploré les attitudes des professionnels de santé en formation ou en activité, dans différents établissements dans le monde, envers les personnes en situation de handicap. Dans certaines de ces études, plusieurs facteurs socio démographiques ou professionnels ont été identifiés comme influençant les attitudes des prestataires de soins envers les PSH.

AUTEUR(S)	Objectifs et Outil	Population de l'étude	Résultats
Bohlander [30] (1985)	Comparer les attitudes envers personnes handicapées entre les kinésithérapeutes et les enseignants ATDP score	physiothérapeutes (n = 31) et enseignants (n = 31) Caroline du sud, aux USA	physiothérapeutes avaient une attitude nettement plus favorable que les enseignants.
Brown et al. [32] (2009)	Comparaison des attitudes des étudiants en ergothérapie du premier et deuxième cycle Explorer l'impact possible de la formation professionnelle sur les attitudes des étudiants. IDP: Interaction with Disabled Persons Scale.	Premier cycle (n = 264) et deuxième cycle (n = 221), des étudiants en ergothérapie. USA	Les étudiants du 2ème cycle avaient des attitudes plus favorables envers les PSH par rapport aux étudiants de premier cycle.
Chadd and Pangillinan [34] (2011)	Développement d'un nouvel instrument pour mesurer les attitudes du personnel de la santé envers PSH. DAHC: Disability Attitudes in Health Care.	Etudiants en médecine du premier cycle (n = 63) et du deuxième cycle (n = 58). Michigan, aux USA	Les étudiants du 2ème cycle avaient des attitudes plus favorables que les étudiants du 1er cycle, sans différence significative. Les femmes avaient des attitudes plus favorables que les hommes. Le contact et le travail avec les PSH n'étaient pas significativement associés avec des attitudes positives.
Cooper et al. [46]	Évaluer les attitudes des professionnels de la	Psychothérapeutes (n= 121) Birmingham, Royaume uni	Les professionnels qui ont plus de contact avec les personnes sourdes ont plus d'attitudes favorables.

(2003)	psychothérapie envers les patients avec surdité ATDPS : Attitudes Toward Deaf People Scale.		Les professionnels avec formation préalable au handicap avaient des attitudes plus positives.
Duckworth (1987) [38]	Examiner les attitudes des étudiants en médecine envers les personnes avec un handicap	Les étudiants en médecine de première, quatrième et Septième année (n = 263) Hampshire, au Royaume uni	Aucune différence significative n'a �t�e trouvée entre les attitudes des étudiants depuis le début � la fin des études en médecine. Les femmes ont des attitudes plus favorables que les hommes.
Eberhardt and May Berry [31] (2003)	Mesurer la quantité et la qualité du contact du personnel de la santé avec les personnes handicapées DSDS : Disability Social Distance Scale.	Ergothérapeutes (n = 172) USA	Corrélation positive entre la fréquence du contact avec les PSH et les attitudes positives.
Gething [14] (1993)	�valuer les attitudes des physiothérapeutes envers les PSH IDP : Interaction with Disabled Persons Scale.	Physiothérapeutes (n = 109) Et population générale (n = 418). Australie	Les physiothérapeutes avaient significativement des attitudes plus favorables que la population générale. Les personnes ayant un contact quotidien ont nettement des attitudes plus positives que les personnes avec contacts hebdomadaire.

<p>Loiacono et al. (1996) [43]</p>	<p>Examiner les attitudes des étudiants en médecine dentaire envers les personnes handicapées. DSATHS : Dental Students' Attitudes Toward the Handicapped Scale</p>	<p>Étudiants en médecine dentaire (n= 18), lors d'un stage dans une clinique spécialisée, recevant des PSH. Texas, aux USA</p>	<p>La prise en charge des patients souffrant d'un handicap était sensiblement améliorée après la fin de la rotation clinique.</p>
<p>Matziou et al. (2009) [35]</p>	<p>Comparer les attitudes envers les enfants handicapés physiques ou mentaux selon le statut professionnel des infirmiers. ATDP score</p>	<p>Étudiants en soins infirmiers de première année (N = 228), les infirmiers diplômés (N = 90), et les infirmiers professionnels en pédiatrie (n = 123) Athènes, en Grèce</p>	<p>Attitudes de ces 3 populations étaient globalement négatives envers les enfants handicapés. Le score moyen d'ATDP était 61,2 pour les étudiantes en premières années de soins infirmiers, 69 pour les infirmiers diplômés et de 57,4 pour les infirmières professionnelles.</p>
<p>Molnar et Knasel (1987) [47]</p>	<p>Évaluer les attitudes des étudiants en médecine envers les enfants handicapés avant et après avoir subi un programme de sensibilisation sur le handicap. ATDP score</p>	<p>Les étudiants en troisième année de médecine (N = 42) lors du stage en pédiatrie Washington DC, aux USA</p>	<p>Changement positif dans l'attitude des étudiants en général, qui n'a pas été affectée par des facteurs tels que le sexe, l'expérience précédente dans un cadre médical, et de l'expérience précédente avec les enfants handicapés</p>

<p>O'Donnell 1993 [48]</p>	<p>Évaluer les attitudes des étudiants Chinois en médecine dentaire et les assistants de chirurgie envers les PSH</p> <p>SADP : Scale of Attitudes Toward Disabled Persons</p>	<p>Etudiants en 3ème et 4ème année dentaire, et les assistants en chirurgie (n = 157)</p> <p>Hong Kong, en Chine</p>	<p>Dans l'ensemble, les étudiants ont des bonnes attitudes à l'égard personnes handicapées.</p> <p>Aucune différence d'attitude n'était détectée entre étudiants de sexe masculin et féminin.</p>
<p>Paris [33] (1993)</p>	<p>Évaluer et décrire les attitudes des étudiants en médecine, et en médecine dentaire envers les handicapés physiques.</p> <p>ATDP score</p>	<p>Les étudiants en médecine et médecine dentaire (n = 310)</p> <p>San Francisco, aux USA</p>	<p>Le sexe féminin, la fréquence du contact avec les PSH et la race blanche étaient associés à des attitudes plus favorables.</p>
<p>Tervo et al. (2004) [36]</p>	<p>Comparer les attitudes des infirmières de réadaptation, des ergothérapeutes, et des physiothérapeutes envers les personnes handicapées.</p> <p>ATDP score</p>	<p>infirmières de réadaptation, ergothérapeutes, physiothérapeutes (n = 250),</p> <p>Texas, aux USA</p>	<p>Les ergothérapeutes avaient des scores significativement plus élevés que les infirmières et les physiothérapeutes.</p> <p>Le niveau d'éducation n'avait pas influencé les attitudes.</p>

Figure N°23 : Etudes réalisées pour évaluer les attitudes des prestataires de la santé envers les PSH (tableau 1)

2.2.1. Age :

Dans notre étude, il n'y avait pas de corrélation significative entre l'âge des participants et les attitudes envers les PSH, telles que reflétées par le score ATDP, ce qui rejoint les résultats de Paris et al. Qui n'ont pas trouvé de différence d'attitude fondée sur les groupes d'âge chez les étudiants de médecine et de médecine dentaire [33]. Par contre, Messmer et al. Avaient mis en évidence qu'un âge plus grand était associé à des attitudes plus négatives des étudiants infirmiers envers d'autres étudiants en situation de handicap [37].

2.2.2. Sexe :

Dans les études ayant trouvé une différence d'attitude envers les PSH selon le sexe du professionnel de santé, cette différence était en faveur des femmes, qui avaient une attitude plus positive envers les PSH que leurs collègues de sexe masculin [33, 38–39]. Le même constat a été identifié dans d'autres études ciblant la population générale, où les femmes avaient des attitudes significativement plus positives que les hommes envers les PSH [40–41]. Dans notre étude, il n'y avait pas de différence significative du score ATDP entre les deux sexes.

2.2.3. Nature de la profession, et expérience professionnelle :

Dans les 3 études ayant comparé l'attitude des professionnels ou étudiants dans le domaine de la santé, avec ceux de personnes ne relevant pas de ce domaine, il y avait une différence d'attitude en faveur des professionnels de la santé [14, 23, 30, 34]. En concordance avec ce constat dans notre étude, les auxiliaires (brancardiers, agents de sécurité, aide soignants) qui sont les professionnels travaillant dans les structures sanitaires, les moins impliqués dans le processus de soin, ont eu les scores ATDP les plus faibles reflétant ainsi une attitude plus négative envers les PSH.

De plus, les rééducateurs (kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens, appareilleurs) avaient des attitudes globalement plus positives que

les infirmiers ce qui rejoint aussi les résultats des études ayant comparé les attitudes entre ces deux catégories de professionnels de la santé [36].

La modification des attitudes envers les PSH avec l'acquisition de plus d'expérience a été notée dans certaines études, avec la constatation d'une amélioration des attitudes envers les PSH avec l'expérience notamment chez les professions de rééducation comme l'ergothérapie [32, 34], et la dégradation de ces attitudes dans d'autres catégories de professions avec l'expérience comme chez les infirmiers où les scores les plus bas ont été noté chez les professionnels les plus expérimentés [35].

Dans notre étude, même si les années d'expériences n'ont pas été significativement corrélées aux scores ATDP, les internes avaient un score significativement plus faible que les médecins, suggérant une amélioration des attitudes avec le statut et la pratique professionnelle dans cette catégorie, comme dans l'étude de Chad et al, ayant trouvé des attitudes plus positive chez les étudiants en deuxième cycle des études médicales, par rapport à ceux en premier cycle [34].

2.2.4. Expérience du handicap :

Le principal facteur associé à des attitudes plus positives envers les PSH chez les professionnels de santé, retrouvé dans la plupart des études, était le contact antérieur avec des PSH, aussi bien dans l'entourage personnel que professionnel [17]. En effet, la présence d'une ou plusieurs PSH dans la famille, ou la sphère proche (amis, voisins, collègues), était associée à des attitudes plus positive envers les PSH [31, 37, 42, 44, 45]. De plus, l'implication directe dans la prise en charge de patients souffrant de handicaps a aussi été associée à des attitudes positives des professionnels de santé envers les PSH [31, 33, 37, 42, 43]. Certaines études ont même mis en évidence que la fréquence de fréquentation des PSH était positivement corrélée au scores mesurant les attitudes envers eux, chez les professionnels de santé [14, 23, 32, 42, 46].

Dans notre étude, la présence d'au moins deux personnes handicapées dans l'entourage personnel des personnes interrogées était significativement associée à des attitudes plus positives envers les PSH ($p= 0,03$). Paradoxalement –et en dehors des rééducateurs, qui avaient un score ATDP globalement plus positif par rapport aux autres catégories professionnelles visées– le degré et la fréquence de contact professionnel avec des patients souffrant de handicap dans l'ensemble de notre population interrogée, n'avait pas d'influence sur les attitudes envers les PSH. Bien au contraire, le score ATDP moyen était plus négatif chez les professionnels disant avoir plus fréquemment à soigner des PSH.

Ce résultat prête à méditation par rapport à la nature et à la qualité des relations humaines que les professionnels de santé tissent avec leurs patients, comment ils les perçoivent, et comment ils les regardent. En effet, cette dissociation, entre l'influence qu'aurait la connaissance personnelle de personnes handicapées, mais pas la fréquentation professionnelle de patients handicapés, sur nos attitudes envers les PSH, suggère que nous (professionnels de santé) ne serions pas aussi sensibles dans notre relation humaine avec nos patients, que nous le sommes avec nos connaissances personnelles.

2.3. Les réponses aux questions socio-culturelles

Les 13 questions supplémentaires aux 20 items de l'ATDP ont été conçues afin de mieux approcher la perception personnelle envers les PSH à travers de véritables situations de la vie où l'on pourrait être confronté à des PSH. Ces questions sont en effet plus explicites et plus démonstratives dans l'acquisition des avis et jugements qu'auraient les professionnels de santé sur les PSH, rencontrés aussi bien dans l'entourage personnel que professionnel.

Les réponses à ces questions ont été très diversifiées pointant une grande divergence de point de vue envers les PSH dans la population étudiée.

2.3.1. Dans le domaine des relations conjugales :

Même si les réponses aux questions dans l'absolu, reflétaient une attitude globalement positive envers les PSH, les prises de position devenaient moins ouvertes quand il s'agissait d'une implication personnelle dans la situation. En effet, même si la majorité des participants ont affirmé trouver globalement normal qu'une PSH se marie avec une personne non handicapée (74,4%), et ont globalement désapprouvé la séparation d'un couple si l'un des partenaires devienne PSH, ils étaient nombreux (41,5%) à ne pas accepter l'idée de prendre pour conjoint une PSH.

2.3.2. Dans le domaine des relations sociales :

Seulement une minorité de notre population interrogée a éprouvé un sentiment de rejet et d'exclusion envers les PSH. En effet, 55 personnes (16%) ont affirmé être gênées à des degrés variables par l'aspect physique des PSH, et 57 personnes (17%) pensent qu'il aurait été souhaitable si les PSH n'étaient pas nées. D'autre part, 24 (7%) ont affirmé avoir un comportement d'évitement vis à vis des PSH dans l'espace public. Même si ces pourcentages semblent minoritaires, le nombre de personnes pensant de la sorte n'est pas négligeable et leur statut en tant que prestataire de soins de santé, suggère une possibilité, peut être minime mais réelle, de discrimination envers les PSH dans l'accès aux soins, comme cela a déjà été démontré dans d'autres études [17].

2.3.3. Dans le domaine du droit au travail :

Là encore, même si la quasi-majorité des personnes questionnées (93%), a estimé que les PSH sont aussi capables de réussir dans la vie, 16% estiment que le travail des PSH ne devrait pas être une priorité du gouvernement alors que les personnes non handicapées souffrent de chômage. De plus, 139 personnes (40%), ont exprimé leur désaccord par rapport au fait d'avoir un collègue handicapé dans leur milieu de travail. Certains justifiaient ce désaccord par le fait de devoir assurer aussi la part du travail de la PSH.

2.3.4. Dans le domaine du droit à la santé

Alors que le conseil économique, social et environnemental a souligné dans son rapport sur « le respect des droits et inclusion des PSH » publié en 2012, que l'accès des PSH aux soins de santé reste précaire, 194 (57%) des personnes interrogées ont estimé que les PSH bénéficient au Maroc d'un accès aux soins médicaux équivalent à celui des personnes non handicapées. Cependant, 38% ont affirmé que la présence de PSH dans leurs services était un lourd fardeau à supporter par l'équipe soignante du fait de la nécessité d'un nursing associé et la non disponibilité de moyens spécifiques pour permettre une prise en charge de ces patients dans les conditions optimales. Enfin, 41,8% ont affirmé qu'il était souhaitable que les PSH soient prise en charge dans des structures sanitaires qui leurs soient dédiées.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

A la lumière des résultats de notre étude, soulignant des attitudes plutôt négatives des prestataires de soins de santé dans nos structures de santé publique envers les PSH, il semble nécessaire voire urgent, de mettre en place des campagnes de sensibilisation massives du personnel soignant vis à vis de cette catégorie de patients, qui souvent nécessite une prise en charge médicale personnalisée et adaptée à leurs besoins spécifiques.

De plus, il nous semble aussi important d'introduire des modules spécifiques sur le handicap, dans le cursus de formation initiale des professionnels de santé et notamment pour les étudiants en médecine et en soins infirmiers, comme il est le cas dans plusieurs universités internationales. Ces modules aideraient au développement d'une conscience par rapport aux besoins spécifiques en santé des PSH selon leur statut fonctionnel et leurs pathologies causales.

RESUME

RESUME

Introduction : Les attitudes des professionnels de la santé envers les personnes en situation de handicap (PSH) conditionnent leur prise en charge d'où l'importance d'étudier ces attitudes chez les différentes catégories du personnel médical et paramédical. Notre travail avait pour objectif de mesurer par un score l'attitude des professionnels de la santé envers les PSH rencontrées aussi bien pendant la pratique médicale que dans la vie quotidienne, et d'étudier les facteurs qui Influenceraient ces attitudes.

Matériel et méthodes : l'étude s'est déroulée dans les principales structures hospitalières de la ville d'Oujda, et a ciblé les médecins, les médecins en formation, les infirmiers, les rééducateurs (kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens et appareilleurs) et les auxiliaires. L'évaluation des attitudes envers les PSH a été réalisée à l'aide du score ATDP, traduit et validé dans la population Marocaine.

Résultats : 340 professionnels de la santé ont été inclus dans l'étude, dont 12,1% étaient des médecins, 22,4% médecins en formation 48,8% des infirmiers, 10,6% des rééducateurs, et 6,2% des auxiliaires. L'âge moyen des participants était de 29,86 +/- 8,4 ans. 54,1% étaient de sexe masculin. Ils avaient une moyenne d'années d'expériences de 5,42 +/-8,24 ans. 58% avaient des personnes handicapées dans l'entourage. La moyenne du score ATDP était de 64,96 +/- 12,8. Ce score n'était pas corrélé aux paramètres socio-démographique tel que l'âge, le sexe, la situation familiale ou les années d'expériences. Les médecins avaient le score ATDP le plus élevé suivis des rééducateurs. Le score était significativement plus élevé chez les personnes ayant des PSH dans leur entourage propre.

Conclusion : les résultats observés dans notre étude soulignent clairement la nécessité de mettre en place des campagnes de sensibilisation par rapport aux PSH, au profit du personnel médical et paramédical.

ABSTRACT

Introduction: The attitudes of healthcare professionals towards people with disabilities (PWDs) condition their health management. Thus, it seems important to characterize these attitudes among different categories of medical and paramedical staff. Our study aimed to measure the attitudes of health professionals towards PWDs encountered both during medical practice and in daily life, and to study the factors that would influence these attitudes.

Materials and Methods: The study was conducted in the major hospitals of the city of Oujda, and targeted physicians, interns and residents, nurses, rehabilitation therapists and auxiliaries. The evaluation of attitudes towards PWDs was performed using the score ATDP, translated and validated in the Moroccan population.

Results: 340 health professionals were included in the study, 12.1% were physicians, 22.4% training physicians, 48.8% nurses, 10.6% therapists, and 6.2% auxiliaries. The average age of the participants was 29.86 +/- 8.4 years. 54.1% were male. They had an average of 5.42 +/- 8.24 years of experience. 58% had disabled people in their close environment. The average score was 64.96 ATDP +/- 12.8. This score was not the demographic parameters such as age, sex, family status or years of experience. Physicians had the highest ATDP score followed by therapists. The score was significantly higher among people with HSP in their own surroundings.

Conclusion: The results observed in our study clearly highlight the need to develop awareness campaigns about the specific needs of PWDs, towards medical and paramedical staff.

ملخص

العنوان: موقف موظفي الصحة تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة في منطقة وجدة.

ان مواقف عامة الناس نحو الإعاقة تختلف بين الثقافات، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للبلد والظروف المعيشية لهؤلاء الناس. مواقف العاملين الصحيين نحو الأشخاص في حالة عجز تقيد مستوى اعتنائهم بهؤلاء الأشخاص، ومن هنا تأتي أهمية دراسة هذه المواقف بين مختلف فئات الموظفين الطبيين وشبه الطبيين.

ان الأهداف الرئيسية لعملا هي: قياس وتحديد مواقف المهنيين الصحيين تجاه الأشخاص ذوي الإعاقة سواء أثناء الممارسة الطبية او في الحياة اليومية ودراسة تأثير العوامل (الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية) على مواقفهم. جرت الدراسة في المستشفيات الكبرى في مدينة وجدة: المركب الاستشفائي محمد السادس، مستشفى الفارابي وجدة ومركز الترويض الطبي وجدة. تم استهداف الفئات التالية على وجه التحديد بسبب اتصالهم مع الأشخاص ذوي الإعاقة في مرافق الرعاية الصحية، بما في ذلك الأطباء، والأطباء المبتدئين والمرضى والمعالجين. وقد أجريت الدراسة بواسطة:

- استبيان ATDP الذي انجز من قبل يوكر بلوك وكامبل 1960.

- الاستبيان الثقافي:

قمنا بتطوير الاستبيان الثاني مع الأولويات الاجتماعية والثقافية أكثر تخصيصا والبند أقرب من السكان لدينا، مثل العلاقات الزوجية، والحق في العمل والعلاقات الاجتماعية.

: استبيان سوسيوديموغرافي

قام المشاركون بمليء ورقة معلومات ديموغرافية غير معرفة مثل تاريخ الميلاد والجنس والحالة الاجتماعية، الوظيفة داخل المرفق الصحي، والخبرة في سنوات. يحتوي الاستبيان أيضا على معلومات شخصية أخرى مثل وجود حالة من العجز في الأسرة أو في المحيط،

من بين الموظفين 12.1% من الأطباء، 22.4% من الأطباء المتدربين 48.8% من المرضى و10.6% من

المعالجين 6.2% من المساعدين.

وكان متوسط عمر المشاركين 29.86 +/- 8.4 سنة، 54.1% منهم من الذكور، وكانت متوسط سنوات الخبرة

5.42 +/- 8.24 سنة، 88 متزوجة 244 أعزب، متزوج 4 الأرمال 4، وكان 55 شخصا من ذوي الاحتياجات الخاصة

في الأسرة، 52 شخصا في كثير من الأحيان يرضى الأشخاص المعوقين.

متوسط درجة الاستبيان ATDP كانت: 64,9618 +/- 12.8 يمكن ان نقول انها كانت ايجابية ولم تتأثر

بالعوامل الاجتماعية والديموغرافية مثل العمر والجنس الحالات الأسرية المختلفة، سنوات الخبرة.

وكان الأطباء على أعلى الدرجات ATDP متبعين بالمعالجين والمرضى، ولكن هذا الفرق ليس هاما.

الاتصال مع الاشخاص المعاقين لا يؤثر على النتيجة ATDP.

لم نجد فرقا كبيرا بين الناس الذين لديهم اشخاص معاقين و الذين ليس لديهم اشخاص معاقين في الاسرة او في المحيط،

ولكن هناك زيادة من النتيجة ATDP عند الاشخاص الذين لديهم اشخاص معاقون في الاسرة و المحيط معا.

ان النتائج الملاحظة في دراستنا تؤكد بوضوح الحاجة إلى القيام بحملات لفائدة العاملين في المجال الطبي وشبه

الطبي الحاصلين على النتائج المتدنة.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] OMS, thème de santé ; 2001 [Http://www.who.int/fr](http://www.who.int/fr)
- [2] Handicap. [n.d.]. Etymology Dictionary, © 2010 Douglas Harper .Online Etymology Dictionary. From Dictionary.com website:
<http://dictionary.reference.com/browse/handicap,Online>
- [3] Borsay, Anne. Disability and social policy in Britain since 1750: a history of exclusion. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005.
- [4] Micale, Mark S. "The salpetriere in the age of Charcot: An institutional perspective on medical history in the late nineteenth century." *Journal of contemporary history* (1985): 703–731.
- [5] Michelet, Jules. *Histoire de France*. Vol. 3. C. Marpon et E. Flammarion, 1879.
- [6] Droits ONU: Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York, United Nations, 2006.
- [7] Classification internationale des maladies, Genève : OMS ; 2001 CIM–9.
- [8] Classification internationale de le handicap, Genève : OMS ; 2001.
- [9] OMS classification de Wood ,1993.
- [10] CIF Classification international du fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève : OMS ; 2001.
- [11] Enquête national sur le handicap 2004.
- [12] OMS Rapport Mondial sur le handicap Mars 2011.
- [13] Ministère de la santé. Enquête Nationale sur la population, la famille et la santé. Maroc 2011.
- [14] Gething L: Attitudes toward people with disabilities of physiotherapists and members of the general population *Aust Physiother* 1993; 39:291Y6.
- [15] Kawama, K. (1996) [Attitudes toward people who have disabilities: Current studies and problems]. *The Japanese Journal of Special Education*, 34(2), 59–68

- [16] Misawa, G. (1971). [Attitudes toward physical disabilities and its cross-cultural discussion]. *The Japanese Journal of Special Education*, 9(1), 27–33
- [17] Satchidanand N, Gunukula SK, Lam WY, McGuigan D, New I, Symons AB, Withiam–Leitch M, Akl EA: Attitudes of healthcare students and professionals Toward patients with physical disability: a systematic review. *Am J Phys Med Rehabil* 2012.
- [18] Yamuchi, T. (1992). – [Perception of studies in terms of attitude change toward people with disabilities: Focusing on the effectiveness about contact with disabled people]. *Kyusyu Daigaku Kiyou*, 24,63–84
- [19] Byron M, Dieppe P: Educating health professionals about disability: attitudes, attitudes, attitudes. *J R Soc Med* 2000.
- [20] Drainoni M, Lee–Hood E, Tobias C, et al: Cross-disability experiences of barriers to health-care access: consumer perspectives. *J Disabil Polic Stud* 2006.
- [21] Martin HL, Rowell MM, Reid SM, et al: Cerebral palsy: What do students know and believe? *J Pediatric Child Health* 2005.
- [22] U.S. Department of Health and Human Services: *Healthy People 2010*. Washington, DC, U.S. Dept. of Health and Human Services, 2010
- [23] Chan L, Doctor JN, MacLehose RF, et al: Do Medicare patients with disabilities receive preventive services, a population-based study. *Arch Phys Med Rehabil* 1999.
- [24] P. Janicki, Arthur J. Dalton, C. Michael Henderson, Philip W. Davidson, Matthew. "Mortality and morbidity among older adults with intellectual disability: health services considerations." *Disability & Rehabilitation* 21.5–6 (1999) : 284–294

- [25] Royaume du Maroc. Secrétariat général du gouvernement. La constitution. 2011.
http://www.ambmaroc.fr/constitution/Nouvelle_Constitution_%20Maroc2011.pdf
- [26] Yuker, Harold E., J. R. Block, and William J. Campbell. A scale to measure attitudes toward disabled persons. Human Resources Foundation, Division of Abilities, 1960.
- [27] Yuker, Harold E., and J. R. Block. "Research with the Attitude Toward Disabled Persons scales (ATDP) 1960–1985." (1986).
- [28] Royaume du Maroc. Ministère de l'économie et des finances. Rapport des ressources humaines projet de loi des finances pour l'année budgétaire 2014.
- [29] loi d'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. Loi n°87–515 du 10 juillet 1987.
- [30] Bohlander DS: Attitude toward disabled persons: a comparison of school teachers and physical therapists. *Phys Occup Ther Pediatr* 1985.
- [31] Eberhardt K, Mayberry W: Factors influencing occupational therapists' attitudes toward persons with disabilities. *Am J Occup Ther* 2003
- [32] Brown T, Mu K, Peyton CG, et al: Occupational therapy students' attitudes toward individuals with disabilities: a comparison between Australia, Taiwan, the United Kingdom, and the United States. *Res Dev. Disabil* 2009;
- [33] Paris MJ: Attitudes of medical students and healthcare professionals toward people with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil* 1993
- [34] Chadd EH, Pangilinan PH: Disability attitudes in healthcare: a new scale instrument. *Am J Phys Med Rehabil* 2011.
- [35] Matziou V, Galanis P, Tsoumakas C, et al: Attitudes of nurse professionals and nursing students towards children with disabilities. Do nurses really overcome children's physical and mental handicaps? *Int Nurse Rev* 2009.

- [36] Tervo RC, Palmer G, Redinius P: Health professional student attitudes towards people with disability. *Clin Rehabil* 2004
- [37] Messmer PR: Nursing students' attitudes toward physically disabled college students, in Waltz CF, Strickland OL (eds): *Measurement of Nursing Outcomes*. New York, Springer, 1990.
- [38] Duckworth SC: The effect of medical education on the attitudes of Medical students towards disabled people. *Med Educ* 1988.
- [39] Tervo RC, Azuma S, Palmer G, et al: Medical students 'attitudes towards people with disability: a comparative study. *Arch Phys Med Rehabil* 2002
- [40] Miller, Sonya R. "Attitudes toward Individuals with Disabilities: Does Empathy Explain the Difference in Scores between Men and Women?" *Annals of Behavioral Science and Medical Education* 16.1 (2010): 3–6.
- [41] Nabors, Laura. "Adults' Attitudes toward Children with Medical Conditions." *International Journal of Applied* 2.6 (2012).
- [42] Stachura K: A national survey of occupational therapy students' and physiotherapy students' attitudes to disabled people. *Clin Rehabil* 2007;21:442Y9
- [43] Loiacono C, Muzzin KB, Guo IY: Dental hygiene students' attitudes toward treating individuals with disability. *Probe* 1996
- [44] Lyons M: Enabling or disabling? Students' attitudes toward persons with disabilities. *Am J Occup Ther* 1991
- [45] Sahin H, Akyol AD: Evaluation of nursing and medical students' attitudes towards people with disabilities. *J Clin Nurs* 2010
- [46] Cooper AE, Rose J, Mason O: Mental health professionals 'attitudes towards people who are deaf *Community Appl Soc Psychol* 2003
- [47] Molnar ET, Knasel AL: Evaluation of pediatric community field trips. *J Natl Med Assoc* 1987.

[48] O'Donnell D: Use of the SADP for measurement of attitudes of Chinese dental students and dental surgery assistants toward disabled persons. *Spec Care Dentist* 1993

ANNEXES

ANNEXE-A-

-Score ATDP traduit en arabe

خيار لكل اقتراح رقم من الأرقام واللي كيبر على درجة الاتفاق والاختلاف ديالك معاه

1: أنا متافق بزاف

2: أنا متافق

3: أنا متافق شوي

4: أنا ممتافقش شوي

5: أنا ممتافق

6: أنا ممتافقش بزاف

1-والدين ديال الأطفال المعاقين خاصهم يكونو أقل صرامة(زيار) مقارنة مع الوالدين الآخرين

1 2 3 4 5 6

2-الناس اللي عندهم إعاقة كيتمتعو بنفس القدر من الذكاء بحالهم بحال الناس اللي ما عندهومش إعاقة

1 2 3 4 5 6

3-في الغالب تيكون التفاهم مع المعاقين اهل من التفاهم مع الناس الاخرين

1 2 3 4 5 6

4-الاجلية ديال المعاقين تيبقا فيهم راسهم تيشفهم راسهم

1 2 3 4 5 6

5-المعاقين كيكونو غالبا بحالهم بحال أي إنسان آخر

1 2 3 4 5 6

6-بالأطفال المعاقين - ماخصش يكونو مدارس مختصة

1 2 3 4 5 6

ويخدمو في مجتمعات خاصة 7-يكون من الأفضل للمعاقين يعيشو

1 2 3 4 5 6

8-الحكومة هي لي خاصها تهتم بالمعاقين

1 2 3 4 5 6

9-أغلبية المعاقين كيعيشو في القلق بزاف

1 2 3 4 5 6

10- ما خصش نتوقعو من المعاقين أنهم يكونو في نفس المستوى ديال الناس لي ماشي معاقين

1 2 3 4 5 6

11- المعاقين كيحسو بالفرحة(السعادة)بحالهم بحال الناس اللي ماشي معاقين

1 2 3 4 5 6

12-التعامل مع الناس اللي عندهم إعاقة كبيرة ماشي اصعب من التعامل مع الناس اللي عندهم إعاقة صغيرة

1 2 3 4 5 6

13-تقريباً من المستحيل ان الشخص العادي يعيش حياة عادية

1 2 3 4 5 6

14-ماخصكش تستنى شي حاجة كبيرة من عند المعاقين

1 2 3 4 5 6

15- الأشخاص المعاقون كيميلاً للإنغلاق على راسهم (بيغيو يبقاو بوحدهم) في غالب الأحيان

1 2 3 4 5 6

16- المعاقين كيبقا فيهم الحال (كيتقلقو) اكثر من الناس اللي ماشي معاقين

1 2 3 4 5 6

17- المعاقين ميقدوش يعيشو حياة اجتماعية عادية

1 2 3 4 5 6

18- أغلب المعاقين كيحسو بالنقص بالمقارنة مع الناس الآخرين

1 2 3 4 5 6

19-خاصك ترد بالك مين تكون تهضر قدام شي ناش معاقين

1 2 3 4 5 6

20-المعاقين فلغالب تبيكون طالع ليه الدم

2 3 4 5 6

ANNEXE-B-

-Les 13 Questions supplémentaires .

- 1-الواحد يقدر تفارق مع مراتو ولا راجلو إلى ولي معاق
- 1 2 3 4 5 6
- 2- هذاك المنظر فشي شكل ديال المعوقين تيقلقني ماكنبعيش نشوفو
- 1 2 3 4 5 6
- 3- هاد المعوقين لوكان ماتولدوش لوكان حسن ليهم و للجميع
- 1 2 3 4 5 6
- 4-الحقيقة الى تلاقبت شي معوق في الشارع ولا فشي ادارة كنبعد و ما كترتأحش الى بقى حديا
- 1 2 3 4 5 6
- 5-حتى المعوقين يمكن ليهم يكونو ناجحين فحياته
- 1 2 3 4 5 6
- 6-ماشي معقول ان الادارة المغربية توظف المعاقين ولي صحاح مالاقيش الخدمة
- 1 2 3 4 5 6
- 7-كنظن بانه شئ عادي الراجل او المرأة الي عندهم اعاقه يتزوجوا شي واحد ماش
- 1 2 3 4 5 6
- 8-الدولة خاصها تهتم بعدا بالناس الي بصحتهم عاد تشوف المشاكل ديال المعاقين
- 1 2 3 4 5 6
- 9-مزيان يكون شي واحد معاق خدام معايا.
- 1 2 3 4 5 6
- 10-ما عمري ما نقبل نتزوج بشي واحد معاق واخا يصرا لي يصرا
- 1 2 3 4 5 6
- 11-الشخص المعاق كيستافد من نفس الخدمات الصحية بحالو بحال الشخص العادي
- 1 2 3 4 5 6
- 12-من الاحسن للمعاقين تكون عندهم مؤسسات صحية خاصة بهم
- 1 2 3 4 5 6
- 13-وجود مريض معاق في المصلحة اللي كتشغل بها كيشكل عبئ كبير على الا طقم الصحية

ANNEXE-C-

-Score ATDP :Version original

Attitudes Toward Disabled Persons (ATDP)

—Adapted from the Attitudes Toward Disabled Persons (ATDP) Scale, Form O, by Yuker, Block & Youngg, 1970

Mark each statement in the left margin according to how much you agree or disagree with it. Please mark every one. Use the following numbers to indicate how you feel in each case:

+3 = I agree very much -1 = I disagree a little

+2 = I agree pretty much -2 = I disagree pretty much

+1 = I agree a little -3 = I disagree very much

_____ 1. Parents of children with disabilities should be less strict than other parents.

_____ 2. Persons with physical disabilities are just as intelligent as non-disabled ones.

_____ 3. People with disabilities are usually easier to get along with than other people.

_____ 4. Most people with disabilities feel sorry for themselves.

_____ 5. People with disabilities are often the same as anyone else.

_____ 6. There should not be special schools for children with disabilities.

_____ 7. It would be best for persons with disabilities to live and work in special communities.

_____ 8. It is up to the government to take care of persons with disabilities.

_____ 9. Most people with disabilities worry a great deal.

_____ 10. People with disabilities should not be expected to meet the same standards as people without disabilities.

_____ 11. People with disabilities are as happy as people without disabilities.

- 12. People with severe disabilities are no harder to get along with than those with minor disabilities.
- 13. It is almost impossible for a person with a disability to lead a normal life.
- 14. You should not expect too much from people with disabilities.
- 15. People with disabilities tend to keep to themselves much of the time.
- 16. People with disabilities are more easily upset than people without disabilities.
- 17. People with disabilities cannot have a normal social life.
- 18. Most people with disabilities feel that they are not as good as other people.
- 19. You have to be careful what you say when you are with people with disabilities.
- 20. People with disabilities are often grouchy.