



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



Année 2017

Thèse N° 147/17

Connaissances, Attitudes et Pratiques des médecins généralistes sur le handicap au Maroc

THESE
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29/06/2017

PAR
Mme. CHAYMAE RAHMOUNI
Née le 27/06/1991 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Handicap – Médecins généraliste – Médecine physique et de réadaptation – Formation

JURY :

M. IBRAHIMI SIDI ADIL PRESIDENT
Professeur de Gastro-entérologie

M. ABDERRAZAK HAJJIOUI RAPPORTEUR
Professeur agrégé de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle

M. KANJAA NABIL
Professeur d'Anesthésie réanimation

M. MELLAS NAWFEL
Professeur agrégé d'Oncologie médicale

Mme. MARYAM FOURTASSI
Professeur agrégé de Médecine Physique et de Réadaptation Fonctionnelle

JUGES



**Université Sidi Mohamed Ben Abdellah
Faculté de médecine et de pharmacie de Fès**

DOYEN HONORAIRE :

**Pr. MAAOUNI ABDELAZIZ
Pr. MY HASSAN FARIH**

ADMINISTRATION

Doyen

Pr. IBRAHIMI SIDI ADIL

Vice doyen chargé des affaires pédagogiques

Pr. SQALLI HOUSSAINI TARIQ

Vice doyen chargé de la recherche

Pr. EL AZAMI EL IDRISI MOHAMMED

Secrétaire général

M. SBAI ABDENABI

Liste des enseignants

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

EL ALAMI EL AMINE	MOHAMED NOUR-DINE	ORL
FARIH	MOULAY HASSAN	Urologie
HIDA	MOUSTAPHA	Pédiatrie
KANJAA	NABIL	Anesthésie réanimation
MELHOUF	MOULAY ABDELILAH	Gynécologie Obstétrique
BANANI	ABDELAZIZ	Gynécologie Obstétrique
CHAOUI EL FAIZ	MOHAMMED	Neurochirurgie
IBRAHIMI	SIDI ADIL	Gastro-entérologie
BOUHARROU	ABDELHAK	Pédiatrie
CHAKOUR	KHALID	Anatomie
BENJELLOUN	MOHAMED CHAKIB	Pneumo-phtisiologie
EL BIAZE	MOHAMMED	Pneumo-phtisiologie
KHATOUF	MOHAMMED	Anesthésie réanimation
AKOUDAD	HAFID	Cardiologie
EL FASSI	MOHAMMED JAMAL	Urologie
HARANDOU	MUSTAPHA	Anesthésie réanimation
CHAARA	HEKMAT	Gynécologie Obstétrique
ATMANI	SAMIR	Pédiatrie
MERNISSI	FATIMA ZAHRA	Dermatologie
OUDDI	ABDELLATIF	ORL
BOUABDILLAH	YOUSSEF	Chirurgie pédiatrique
EL ABKARI	MOHAMMED	Gastro-entérologie
CHAOUKI	SANA	Pédiatrie
BELAHSEN	MOHAMMED FAOUZI	Neurologie
MAZAZ	KHALID	Chirurgie Générale
EL MRINI	ABDELMAJID	Traumatologie - orthopédie
BOUCHIKHI	CHAHRAZED	Gynécologie Obstétrique
BOUTAYEB	FAWZI	Traumatologie - orthopédie
AMARA	BOUCHRA	Pneumo-phtisiologie
HOMMADI	ABDELAZIZ	Radiologie
AFIFI	MY ABDERRAHMANE	Chirurgie pédiatrique
HASSOUNI	KHALID	Radiothérapie
EL BAAJ	MOHAMED	Médecine interne
BENAJAH	DAFR-ALLAH	Gastro-entérologie
BOUARHROUM	ABDELLATIF	Chirurgie Vasculaire Périphérique
HARZY	TAOUFIK	Rhumatologie
RAMMOUZ	ISMAIL	Psychiatrie
MAHMOUD	MUSTAPHA	Microbiologie – Virologie

OUSADDEN
AMRANI HASSANI
SQALLI HOUSSAINI
MESSOUAK

ABDELMALEK
MONCEF
TARIK
MOHAMMED

Chirurgie Générale
Hématologie
Néphrologie
Chirurgie cardio-vasculaire

PROFESSEURS AGREGES

ALAMI	MOHAMMED	Urologie
LAKTAOUI	ABDELKADER	Ophtalmologie
LAHLOU	IKRAM	Cardiologie
HARMOUCH	TAOUFIQ	Histologie Embryologie Cyto Génétique
EL KARTOUTI	ABDESLAM	Pharmacie clinique
MOUDDEN	MOHAMMED KARIM	Médecine interne
LAKHDAR IDRISSE	MOUNIA	Pédiatrie
MAAROUFI	MUSTAPHA	Radiologie
BENZAGMOUT	MOHAMMED	Neurochirurgie
BENATIYA ANDALOUSSI	IDRISS	Ophtalmologie
RABHI	SAMIRA	Médecine interne
SBAI	HICHAM	Anesthésie réanimation
OULDIM	KARIM	Génétique
SMAHI	MOHAMED	Chirurgie thoracique
AQODAD	NOURDIN	Gastro-entérologie
KHALLOUK	ABDELHAK	Urologie
ER-RAMI	MOHAMMED	Parasitologie – Mycologie
BADIDI	MOULAY EL MEHDI	Cardiologie
RAFIK	REDDA	Neurologie
ABOURAZZAK	SANA	Pédiatrie
BEN MANSOUR	NAJIB	ORL
AALOUANE	RACHID	Psychiatrie
MOUSSAOUI	ABDENACER	Chirurgie réparatrice et plastique
ZAINOUN	BRAHIM	Radiologie
EL MALKI BERRADA	NABIL	Cardiologie
BENJELLOUN	EL BACHIR	Chirurgie Générale
LABIB	SMAEL	Anesthésie réanimation
CHBANI	LAILA	Anatomie pathologique
EL YOUSFI	MOUNIA	Gastro-entérologie
EL FATEMI	HINDE	Anatomie pathologique
MELLOUKI	IHSANE	Gastro-entérologie
EL IBRAHIMI	ABDELHALIM	Traumatologie – orthopédie
TAZI	MOHAMMED FADL	Urologie
FDILI ALAOUI	FATIMA ZOHRA	Gynécologie Obstétrique
KHATTALA	KHALID	Chirurgie pédiatrique
OUAHA	LATIFA	Cardiologie
ACHOUR	SANAE	Toxicologie
ZAKI	ZOUHEIR	ORL

ERRARHAY	SANAA	Gynécologie Obstétrique
RIDAL	MOHAMMED	ORL
MARZOUKI ZEROUALI	AMINE	Traumatologie – orthopédie
TOUGHRAI	IMANE	Chirurgie Générale
ISMAILI ALAOUI	NADIA	Médecine interne
SOUILMI	FATIMA ZOHRA	Pédiatrie
OUFKIR	AYAT ALLAH	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KOUACHE	MUSTAPHA	Anatomie
ARROUD	MOUNIR	Chirurgie pédiatrique
SERRAJ	MOUNIA	Pneumo-phtisiologie
AIT LAALIM	SAID	Chirurgie Générale
EL AMMARI	JALAL EDDINE	Urologie
ARRAYHANI	MOHAMED	Néphrologie
BERRAHO	MOHAMED	Epidémiologie clinique
EL FAKIR	SAMIRA	Epidémiologie clinique
OULMAATI	ABDELLAH	Pédiatrie
SOUIRTI	ZOUHAYR	Neurologie
BOUBBOU	MERYEM	Radiologie
AGGOURI	MOHAMED	Neurochirurgie
BOUKATTA	BRAHIM	Anesthésie réanimation
EL MIDAOUI	AOUATEF	Physiologie
KAMAL	DOUNIA	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
IBN MAJDOUB HASSANI	KARIM	Chirurgie Générale
CHATER	LAMIAE	Chirurgie pédiatrique
BERRADY	RHIZLANE	Médecine interne
JAYI	SOFIA	Gynécologie Obstétrique
BENMILOUD	SARRA	Pédiatrie
TACHFOUTI	NABIL	Epidémiologie clinique
MOUAQIT	OUADII	Chirurgie Générale
QARRO	ABDELMOUNAIM	Urologie
OUARSSANI	AZIZ	Pneumo-phtisiologie
HACHIMI	MOULAY AHMED	Anesthésie réanimation
GALLOUJ	SALIM	Dermatologie
EL MADI	AZIZ	Chirurgie pédiatrique
LAHRACH	KAMAL	Traumatologie – orthopédie
SHIMI	MOHAMMED	Traumatologie – orthopédie
MELLAS	NAWFEL	Oncologie Médicale
ABDELLAOUI	MERIEM	Ophtalmologie
ABOURAZZAK	FATIMA EZZAHRA	Rhumatologie
ATARRAF	KARIMA	Chirurgie Pédiatrique
BOUHAFI	TOURIA	Radiothérapie
OUADNOUNI	YASSINE	Chirurgie Thoracique

EL BOUHADDOUTI
MOUMINE
HAJJIOUI
MELLAS
ARIFI
ET BOUAZZAOU
HMAMI
SHIMI
ET MAZGHI

HICHAM
MOHAMMED
ABDERRAZAK
SOUFIANE
SAMIA
ABDERRAHIM
FOUZIA
ABDELKARIM
SI ABDERRAHMAN

Chirurgie Générale
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle
Anatomie
Biologie Cellulaire
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiothérapie

PROFESSEURS ASSISTANTS

CHABIR	RACHIDA	Physiologie
MENFAA	MOHAMMED	Chirurgie Générale
KASMAOUI	EL HOUSSINE	Traumatologie-orthopédie
SOUHAIL	HASSANE	Ophtalmologie
DERKAOUI	ALI	Anesthésie Réanimation
AARAB	CHADYA	Psychiatrie
BERDAI	MOHAMED ADNANE	Anesthésie Réanimation
SBITI	MOHAMMED	Microbiologie – Virologie
FETOHI	MOHAMED	Oncologie Médicale
AMMANI	ABDELGHANI	Urologie
ZIADI	TARIK	Radiologie
LOUASTE	JAMAL	Traumatologie-orthopédie
HASBI	SAMIR	Chirurgie Générale
BOUKAIDI LAGHZAOU	OMAR	Gynécologie Obstétrique
EL BOUKHRISSI	FATIMA	Biochimie
LAMSAH	TAOUFIK	Gastro-entérologie
HAMMAS	NAWAL	Anatomie Pathologique
ALAOUI LAMRANI	MOULAY YOUSSEF	Radiologie
KABBALI	NADIA	Néphrologie
MAMOUNI	NISRINE	Gynécologie Obstétrique
YAHYAOU	GHITA	Microbiologie – Virologie
EL IDRISSE	MOHAMMED	Traumatologie-orthopédie
HOUARI	NAWFAL	Anesthésie Réanimation
TLAMCANI	ZINEB	Parasitologie – Mycologie
EL OUAHABI	HANAN	Endocrinologie et Maladies métaboliques
ATOINI	FOUAD	Chirurgie Thoracique
OULEGHZAL	HASSAN	Endocrinologie et maladies métaboliques
LAOUTID	JAOUAD	Anesthésie Réanimation
ZINEBI	ALI	Médecine Interne
AJJA	ASSOU	Neurochirurgie
HASSANI	MOHAMED	Néphrologie
KECHNA	HICHAM	Anesthésie Réanimation
EL BOUKHARI	ALI	ORL
OTHEMANE	YASSINE	Psychiatrie
JIBER	HAMID	Chirurgie Vasculaire Périphérique
EL M'RABET	FATIMA ZAHRA	Oncologie Médicale
KHAMMAR	ZINEB	Médecine Interne
TRAIBI	AKRAM	Chirurgie Thoracique
ENNOUHI	MOHAMMED AMINE	Chirurgie Réparatrice et Plastique
EL KAOU	HAKIM	Chirurgie Générale

BAZINEB	AZIZ	Oncologie Médicale
CHAFIKI	JAOUAD	Urologie
SBITTI	YASSIR	Oncologie Médicale
SINAA	MOHAMED	Anatomie Pathologique
EDDOU	HICHAM	Hématologie Clinique
BOULAHROUD	OMAR	Neurochirurgie
CHOUMI	FAIÇAL	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
EN-NAFAA	ISSAM	Radiologie
AATIF	TAOUFIQ	Néphrologie
ATTIFI	HICHAM	ORL
IFERKHASS	SAID	Ophtalmologie
ZEJJARI	HASSANE	Traumatologie-orthopédie
EL HASSANI	MOULAY ET MEHDI	Gynécologie Obstétrique
BABA HABIB	MOULAY ABDELLAH	Gynécologie Obstétrique
EL BENAYE	JALAL	Dermatologie

PROFESSEURS HABILITES

LAHRICHI	ANISSA	Chimie
BENNANI	BAHIA	Microbiologie – Virologie
CHIKRI	MOHAMED	Biochimie
BOUJRAF	SAID	Biophysique
ER-RASFA	MOURAD	Pharmacologie
BENNIS	SANAE	Biologie cellulaire
OUMOKHTAR	BOUCHRA	Microbiologie – Virologie
EL AZAMI EL IDRISSE	MOHAMMED	Immunologie

Enseignants missionnaires

F. FERNET	Médecine de travail
L. DUBOURG	Physiologie
M. LHERITIER	Histologie
P. BRINGUIER	Biologie cellulaire
Y. ROSSETTI	Physiologie
F. TARGE	Embryologie
F. DE MONBRISON	Parasitologie
G. BRICCA	Pharmacologie
J. GAUTHEY	Français Médical
L. BENALI	Médecine légale
M. MARIE-CARDINE	Psychologie Médicale
R. ITTI	Biophysique
S. TIGAUD	Microbiologie Bactériologie
J. TROUILLAS	Embryologie
Y. MOREL	Biochimie

DEDICACES

الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه،
أحمده تبارك وتعالى كما يحب ويرضى،
وأثني عليه الخير كله،
أشكره سبحانه وتعالى أن ساعدني وأعانني على إنجاز هذه الدراسة.

إلى معلمي الأول،
الذي رباني على حب العلم منذ الصغر،
الذي أعطاني ولا يزال يعطيني بلا حدود،
والذي أحمل اسمه بكل فخر..
إليك أبي الحبيب، لولاك بعد الله عز وجل ما كنت اليوم هنا..
ذكرى فرحتك باختياري للطب كانت دوما وقودي في اللحظات الصعبة..
حفظك الله.

إلى أغلى الحبايب،
التي رأيت قلبها قبل عينيها،
وحضنتني أحشاؤها قبل يديها ..
إلى من أجهدت نفسها بلا ضجر، فكان دعاؤها سر نجاحي، وحنانها بلسم جراحي..
إليك أُمي الغالية، لا حرمني الله منك ..

إلى رفيق دربي،
الذي ينافس الغيث في العطايا،
الذي شاركني هموم الحياة وساعدني على تحمل أعبائها، وملاها فرحة
وسرورا..
إلى زوجي الحنون "عبد الصمد"،
كنت لي منذ اليوم الأول خير زوج وخير معين،
حماك ربُّ أعطاني إياك..

إلى ثمرة فؤادي وزينة حياتي،
صغيرتي "شامة"،
أسأل الله أن يجعلك أفضل نجاحاتي في الحياة
وأن يبارك فيك ويكتب لك الصلاح والفلاح..

إلى أختي الكبرى "إيمان"،
رفيقة الطفولة وصديقة العمر،
كم تمنيت وجودك اليوم إلى جنبي،
لكنك حاضرة دوما في القلب رغم المسافات ..
وإلى الحبيبة أريج، فرحة عائلتنا الأولى، حفظها الله.

إلى الغالي "إلياس"، أخي وصديقي،
الذي لم يرفض لي يوما طلبا وكان دوما إلى جنبي..
وجودك بالقرب مني نعمة لا حرمني الله منها..

إلى أختي المبدعة "نسبية"،
رمز التميز في عائلتنا،
التي لم تبخل علي يوما بمساعدة أو توضيح ..
أنت كنز لا يقدر بثمن ..

إلى آخر العنقود، أختي الصغيرة "سلمى"،
التي عشت معها مشاعر الأمومة وأنا في سن صغيرة،
والتي أرى فيها نفسي ..
دمت صغيرتنا المحبوبة دوما..

إلى أختي التي لم تُلدها أمي، "لكبيرة"،
من تحمل هممي، وتبذل الكثير لي وإخوتي..
لا كلمات تكفي لشكرك..

إلى عائلتي "الرحموني" و"شعباني" صغيرهم وكبيرهم ..
أحبكم وأحمد الله على نعمة العائلة المحبة المتماسكة ..

إلى "آل الجرجيني" الكرام ..
الذين احتضنوني وجعلوني ابنتهم حتى صرت واحدة منهم ..
حفظكم الله ..

إلى أستاذتي الدكتورة مريم فرطاسي،
شكرا على كل ما تقدمينه لنا ..
ممتنة لك جدا ..
نفعا الله بك ووفقنا للسير على خطاك ..

إلى صديقتي "إيمان"،
التي شاركتني أحلى وأقسى لحظات حياتي وكانت دوما نعم السند ..

إلى صديقات مشوار الطب الطويل،
"وداد" الخدومة،
"هدى" الصادقة،
"زينب" المبتسمة،
"خولة" الخلوقة،
"سلمى" النشيطة،
"نسرین"، "أميمة"، "حسنا"، "شامة"، "آسية"، "وفاء"، و"حفصة" ..
معكن سرت الدرب خطوة بخطوة .. أنتن الأمل ..

إلى صديقاتي الرائعات،
"نسيبة" الودودة، "كنزة ب." الغالية، "إيمان ش." الصغيرة،
"حليمة" الحكيمة، "شيماء" الهادئة، "إصلاح" الطيبة،
"كنزة ج." البشوشة، "سارة" الحنونة، "سنا" المخلصة،
"حورية" الكريمة، "إيمان د." المبدعة، "مروة" الصدوقة،
"سهام" المرححة، "فاطمة" اللطيفة، "شادية" القنوعة ...
الحياة أجمل بوجودكن ..
شكرا على دعمكن لي ودمتن صديقات محبات غاليات ..

إلى عائلة "آجي نسا فرو" الكبيرة .. أنتم الأفضل ..

إلى كل الأطباء الشرفاء المخلصين الساهرين على راحة مرضاهم ..

إلى كل طالب علم ..

إلى كل من علمني حرفاً أضاء لي به طريق الحياة ..

إليكم جميعاً أهدي هذا الجهد المتواضع، سائلة الله عز وجل أن ينفعنا بما علمنا، وأن يعلمنا ما ينفعنا، وأن يصلح لنا الأعمال ويحقق لنا الآمال ..
إنه سميع مجيب، وعلى كل شيء قدير ..

REMERCIEMENTS

Au Professeur IBRAHIMI SIDI ADIL,

Président de thèse,

Professeur de Gastro-entérologie

au

CHU HASSAN II de Fès

*Nous vous sommes très reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en
acceptant de présider ce jury de thèse.*

*Je suis fière d'avoir pu bénéficier de la richesse de votre enseignement et tiens
à vous exprimer ma reconnaissance et mon profond respect.*

Au Professeur ABDERRAZAK HAJJIOUI,

Rapporteur de thèse,

Professeur agrégé de Médecine Physique

Et de Réadaptation

au

CHU HASSAN II de Fès

Je vous suis reconnaissante de votre accueil, vos conseils et votre disponibilité. Vous m'avez toujours impressionnée par votre modestie et vos qualités humaines. Je souhaite vivement que ma pratique reste imprégnée de votre humanité, et de votre engagement. Veuillez trouver ici, l'expression de ma plus profonde gratitude.

*Au Professeur KANJAA NABIL,
Juge de thèse,
Professeur d'anesthésie réanimation
au
CHU HASSAN II de Fès*

*Pour l'attention que vous nous portez en participant à ce jury et l'honneur
que vous nous faites de juger notre travail, veuillez accepter, cher Maître,
l'expression de notre sincère reconnaissance.*

Au Professeur MELLAS NAWFEL,

Juge de thèse,

Professeur d'Oncologie médicale

au

CHU HASSAN II de Fès

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse.

*Veillez trouver ici le témoignage de notre sincère gratitude et de notre
haute considération.*

*Au Professeur MARYAM FOURIASSI,
Juge de thèse,
Professeur Agrégé de Médecine Physique et de Réadaptation
au
CHU MOHAMMED VI de Oujda.*

De l'initiation de ce projet, jusqu'à sa finalisation, vous avez sans cesse été présente. Je me souviendrai toujours de votre soutien indéfectible et de votre patience inaltérable.

Je vous suis reconnaissante pour votre gentillesse et votre spontanéité qui m'ont rendu le travail plus facile.

Veillez recevoir l'expression de ma profonde gratitude et de mes sincères remerciements.

A tous les médecins qui m'ont formé, et qui m'ont transmis leur savoir et leur amour de la médecine.

A tous les médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude en remplissant le questionnaire.

A Nour El Houda pour son aide précieuse pour remplir les questionnaires dans la région de l'Oriental et Rif.

Un grand merci à toutes celles et ceux qui m'ont encouragée, soutenue, aidée et conseillée, que ce soit pendant les études ou lors de la rédaction de la thèse.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	28
LISTE DES FIGURES.....	29
INTRODUCTION	30
1 – Le Handicap : Évolution du Concept.....	31
1-1-Définition :	31
1-2 – Etymologie :.....	31
1-3 – Aperçu historique:.....	32
1-4 – Place du Handicap dans le système de santé:.....	34
2 – Le Handicap au Maroc :.....	40
2-1 – Données épidémiologiques.....	40
2-2 – Besoins en soins médicaux des personnes en situation de handicap (PSH).....	41
2-3 – Plan d’Action National « Santé et Handicap 2015-2021 »	44
3 - Le Médecin Généraliste face au patient Handicapé:.....	45
4 – Les Objectifs de cette étude :	47
MATERIEL & METHODES	48
1 – Type de l’étude :.....	49
2 – Population :	49
3 – Outils :.....	49
4– Procédure :.....	50
5- Analyse statistique :	50
6- Considérations éthiques :	51
RESULTATS.....	52
1 – Caractéristiques sociodémographiques de la population	53
1.1 – Age :	53
1.2 – Sexe :.....	53
1.3 – Profil et Secteur d’exercice :.....	54
1.4 – Lieu d’exercice :.....	54
1.5 – Durée de l’exercice :	55
1.6 – Expérience du handicap :.....	55
2 – Connaissances des médecins généralistes sur le Handicap.....	56
2.1 – La prévalence du Handicap :.....	56
2.2 – Réalité de la prise en charge des personnes en situation de handicap :	56
2.3- Formation des médecins généraliste sur le handicap :.....	56
2.4 – Connaissances sur la Médecine Physique et de Réadaptation :	57

3 – Attitudes des médecins généralistes sur le Handicap	58
3.1 – Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du Handicap :	58
3.2 – Les tâches du médecin généraliste face au handicap :	58
3.3 – Contact avec les patients en situation de Handicap :	59
3.4 – Sentiment devant les PSH :	60
3.5 – Contribution actuelle dans la prise en charge du handicap au Maroc :	60
4 – Pratique des médecins généralistes sur le Handicap.....	61
4.1- Fréquence des patients en situation de Handicap en médecine générale :.....	61
4.2- Accessibilité du lieu de travail :	61
4.3 – Difficultés rencontrées dans la prise en charge du handicap en médecine générale :	61
4.4- Fréquence des profils de personnes en situation de handicap en consultation de médecine générale :	62
4.5 – Prise en charge spécialisée des patients handicapés :	63
5 – Besoins en formation des médecins généralistes sur le Handicap.....	63
5.1 – Dans la formation initiale :	63
5.2 – Dans la formation continue :	63
DISCUSSION	65
1 - Particularités de la population interrogée :	66
2 – Connaissances des médecins généralistes sur le handicap :	67
3 – Attitudes des médecins généralistes envers les PSH :	68
4 – Pratique des médecins généralistes dans le domaine du Handicap:	70
5 – Besoins en formation sur le handicap :	71
CONCLUSION & PERSPECTIVES.....	73
BIBLIOGRAPHIE	75
RÉSUMÉS	80
Résumé.....	81
Abstrat.....	82
ملخص.....	83

LISTE DES ABREVIATIONS

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement

CIH : Classification Internationale du Handicap

MG : Médecin généraliste

MPR : Médecine physique et de réadaptation

PEC : Prise en charge

PSH : Personne en situation de handicap

LISTE DES FIGURES

Figure1. Représentation de la classification internationale du fonctionnement, du Handicap et de la santé (CIF)

Figure2. Taux de prévalence du handicap au Maroc selon la région[16]

Figure 3. Répartition de la population selon le sexe

Figure 4. Répartition de la population selon le profil et le secteur d'exercice

Figure 5. Répartition de la population selon la région

Figure 6. Fréquence des PSH dans l'entourage proche des médecins

Figure 7. Rôle du médecin généraliste dans la PEC du handicap

Figure 8. Les tâches du médecin généraliste face au handicap

Figure 9. Contact avec les patients en situation de Handicap

Figure 10. Sentiment devant les patients en situation de Handicap

Figure 11. Fréquence des Patients en situation de Handicap en consultation de médecine générale

Figure 12. Difficultés dans la prise en charge du handicap en médecine générale

Figure 13. Fréquence des profils de personnes en situation de handicap en consultation de médecine générale

Figure 14. Fréquence de référence des PSH vers les spécialistes

INTRODUCTION

1 – Le Handicap : Évolution du Concept

1-1-Définition :

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « ***Est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises*** » [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. Il exprime une déficience vis-à-vis d'un environnement, que ce soit en termes d'accessibilité, d'expression, de compréhension ou d'appréhension.

1-2 – Etymologie :

Le terme « ***Handicap*** » vient très probablement d'une formule anglaise '***hand in cap***', signifiant littéralement « ***la main dans le chapeau*** ». A l'origine ce mot anglais désignait un jeu de troc où l'on se disputait des objets personnels : les prix des objets étaient proposés par un arbitre, et les mises étaient déposées dans une coiffure (cap), d'où le nom du jeu : "hand in cap" [2].

Pour chaque troc, trois personnes étaient mises en rapport : un médiateur et les deux personnes souhaitant chacune échanger un objet. Cette médiation permettait de rétablir une égalité de valeur entre ce qui était donné et ce qui était reçu : en imposant à celui qui recevait un objet d'une valeur supérieure de compléter l'échange des objets par une somme d'argent pour rétablir l'équité, sans quoi l'échange ne se faisait pas. Les trois personnes déposaient une somme forfaitaire dans un chapeau. Le médiateur estimait les objets et indiquait la somme supplémentaire qu'un des troqueurs devait payer pour que le troc soit équitable. Si l'échange se faisait, ou ne se faisait pas à cause du refus des deux troqueurs, la somme forfaitaire allait au médiateur (car l'équité avait été atteinte). Si le

refus venait d'un seul des troqueurs, la somme forfaitaire était partagée entre les deux troqueurs (car l'équité n'avait pas été atteinte) [3].

Progressivement, le terme "Hand in Cap" s'est raccourci à Handicap et sa signification s'est étendue 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 [4].

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. C'est seulement à partir de 1980, que le terme Handicap est associé aux individus qui se trouvaient l'incapacité d'assurer un rôle et une vie sociale normaux du fait de leurs déficiences. L'OMS y a ensuite rajouté l'aspect social que cela implique, afin de mieux prendre en compte les facteurs environnementaux. Car ce qui crée la situation de handicap au final, c'est bien un environnement inadapté et non plus la déficience elle-même. C'est pourquoi aujourd'hui nous parlons de « **personne en situation de handicap** ».

1-3 – Aperçu historique:

Depuis l'antiquité, les personnes handicapées, et particulièrement les enfants, étaient totalement exclus de la société. Considérés comme impurs ou victimes d'une malédiction divine, certains étaient tués dès la naissance, ou utilisés par des mendiants qui accentuaient le handicap pour mieux attirer la compassion [4].

Ce n'est qu'au début du Moyen-âge que des hospices comme les « Hôtels-Dieu » étaient mis en place pour accueillir les infirmes, les pauvres et les miséreux de la société. Le handicap et la situation de cette catégorie de la population suscitaient plutôt la peur et

le dégoût, mais aussi de la pitié, ce qui explique le choix de la société de l'époque qui répondait au besoin de s'occuper de la différence par l'enfermement. En effet, Louis XIV est un des pionniers de cette démarche en ordonnant la création de l'Hôpital de la Salpêtrière pour l'enfermement des mendiants, et de l'Institution des Invalides pour l'accueil des soldats invalides ou âgés [5]. A la mort de Louis XIV, ce système d'enfermement et d'exclusion des infirmes s'affaiblit au profit de la médecine et de nouveaux courants de pensées.

Au XVIIIème siècle ; « **siècle des Lumières** », prônait la raison, la science et le respect de l'humanité. Plusieurs auteurs et personnalités de l'époque étaient précurseurs de ces nouvelles idées sur le handicap. Parmi eux l'on peut citer [6-7]:

Diderot (1713-1784), un des plus grands philosophes de ce siècle qui publia des essais cherchant à démontrer l'égalité des esprits pourvu qu'on leur consacre suffisamment d'instruction et d'éducation.

L'Abbé de l'Épée (1712-1789) qui fonda une école pour les sourds-muets et inventa des signes méthodiques pour leur permettre de communiquer.

Valentin Haüy (1745-1822), qui fonda l'institution des jeunes aveugles et inventa des caractères en relief pour leur ouvrir l'accès à la lecture.

Philippe Pinel (1745-1826), qui inventa la psychiatrie et des traitements doux pour remédier aux violences dont les personnes déséquilibrées étaient victimes.

A partir du XIXème siècle, les lois concernant le handicap bougent, et la dimension sociale et politique du handicap évolue de façon significative, avec l'avènement de la « **Déclaration des droits des personnes handicapées** », adoptée par l'Organisation des Nations Unies (ONU) en 1975 [7]. En 1989, « **la Charte sociale européenne du Conseil de l'Europe** » engage les Etats membres à prendre les mesures nécessaires en vue de garantir aux personnes handicapées l'exercice du droit à l'autonomie, à

l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté (art. 15). Enfin, l'adoption de la nouvelle « Convention sur les droits des personnes handicapées » par l'ONU en 2006, ratifiée par 147 pays dont le Maroc en 2009, ouvrira une dimension internationale permettant une unification des lois et un développement des mesures pour le handicap [8].

1-4 – Place du Handicap dans le système de santé:

1-4-1 – Le modèle Bio-médical :

La médecine s'est longtemps appuyée sur un modèle purement biomédical qui considérait « **la maladie** » comme la conséquence d'une étiologie ou cause (agent infectieux, toxique...etc.) entraînant un phénomène pathologique (maladie, intoxication...etc.) qui s'exprime par des manifestations (fièvre, diarrhée, paralysies...etc.). Cette maladie implique un traitement, basé sur la recherche de sa cause et des moyens de les faire disparaître (suppression de l'agent infectieux, du toxique...etc.), permettant ainsi une guérison avec ou sans séquelles [9].

Ce modèle s'est avéré insuffisant à rendre compte des conséquences des maladies chroniques, et de traumatismes, à distance d'une éventuelle phase aiguë, puisqu'il n'offrait pas de solution concrète à la gestion de ces séquelles. Ainsi la personne était soit « **malade** » et donc inhérente du système de santé, ou « **handicapée** » et donc mise à la charge de la société car inguérissable [9].

Dans les années 60, aux États-Unis, un premier modèle établit la distinction entre la pathologie, la déficience, la limitation fonctionnelle et les incapacités clarifiant la terminologie et les définitions liées au handicap. En mai 1976, la 22e Assemblée mondiale de la Santé décide la publication, à titre d'essai et sous forme de supplément à la Classification Internationale des Maladies (CIM-9), d'une classification des incapacités et handicaps [10]. Ainsi, la « **Classification internationale des handicaps (CIH): déficiences, incapacités et désavantages : Un manuel de classification des**

conséquences des maladies » est publié à la suite des travaux de Philip Wood en 1980 [11].

Cette Classification internationale des handicaps (CIH) propose une description des éléments « constitutifs » du handicap, en terme de conséquences des maladies, fissurant la vision du handicap homogène et stable. Elle introduit la notion de désavantage, c'est-à-dire les conséquences sociales des déficiences et des incapacités [11]. La CIH est ainsi construite sur un modèle tridimensionnel où la « **déficience** » engendre une « **incapacité** », elle même conduisant à un « **désavantage** » avec :

- **Déficience** : Toute perte de substance ou altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique ou mentale [11]. Elle peut être provisoire ou définitive, et peut se situer au niveau cognitif (intelligence, mémoire, pensée, langage), psychique (conscience, perception, émotion, comportement), sensoriel (auditif, visuel), organes internes (digestif, cardiovasculaire...etc.), squelette et appareil de soutien, ou esthétique.
- **Incapacité** : Toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain [11]. Elles sont classées sous différentes rubriques : comportement, communication, soins corporels, locomotion, tâches domestiques, adresse dans les activités de la vie quotidienne, adresse face à certaines situations, aptitude à la vie professionnelle et occupation, autres.
- **Désavantage social** (initialement désigné par le mot « handicap »), Résultat d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal dans la société (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) [11].

Cette nouvelle classification (CIH) a réintégré la notion du « Handicap » au centre des préoccupations du système de santé, en distinguant trois plans de conséquences des

maladies permettant d'identifier les différents types de moyens mis en œuvre pour assurer les soins ; les déficiences relevant principalement des services médicaux, les incapacités des services de réadaptation, et les désavantages sociaux des services d'action sociale. Ainsi, l'information sur les conséquences des maladies, au travers de la CIH, facilitait la formulation d'orientations appropriées et permettait de mieux planifier les services et d'évaluer l'efficacité des moyens mis en œuvre [12]. Compte tenu de sa nouveauté, cette classification a été publiée à titre expérimental et provisoire afin d'être révisée à la lumière de son utilisation pratique dans des contextes variés.

1-4-2 – Le modèle Bio-psycho-social :

Dans les années 1990, un modèle « social » du handicap, fortement soutenu par les mouvements internationaux de personnes handicapées, explique le handicap, non plus du fait des caractéristiques individuelles, mais par l'ensemble des obstacles physiques et socioculturels limitant la participation sociale et la pleine citoyenneté des personnes « différentes ». Ce modèle présente deux grandes tendances : - Défense du droit à la différence, à une identité de groupe minoritaire, -Défense d'un environnement accessible à tous, arguant que nous sommes tous temporairement valides [13].

Sous la pression de la société civile, un processus de révision extensive de la CIH, est entamé en 1990 et relancé en 1995. Il aboutit en mai 2001 à l'adoption de la « **Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé** » (CIF) par l'Assemblée mondiale de la Santé [14]. La CIF est une classification des «composantes de la santé » et non plus comme la CIH une classification des conséquences de la maladie. Son but est de proposer un langage commun normalisé et un cadre pour la description des états de la santé. Elle s'appuie sur une approche «**Biopsychosociale**» du fonctionnement humain intégrant le modèle médical du handicap, conséquence individuelle d'un problème de santé, et le modèle social qui considère le handicap comme un problème créé par la société ; l'état de fonctionnement et de handicap d'une personne étant le résultat de l'interaction dynamique entre son

problème de santé (maladies, troubles, lésions, traumatismes, etc.) et les facteurs contextuels [14].

La CIF repose sur 5 concepts fondamentaux (Cf. Figure 1) 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 quelconque, d'un traumatisme, du stress, du vieillissement, d'une anomalie génétique...etc.
- **Les structures anatomiques et les fonctions organiques** : 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 (selon la CIH), l'AVC est responsable d'une déficience motrice, d'une déficience sensorielle et d'une déficience langagière ou aphasie [15].
- **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 [15].

➤ **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.) [15]. C'est l'équivalent "moins péjoratif" du désavantage dans la CIH.

➤ **Les facteurs contextuels** : Représentent la véritable originalité de la CIF et se divisent en deux groupes :

- **Les facteurs environnementaux (externes)** : englobent tous les facteurs matériels (adaptations architecturales, moyens d'accessibilité, ressources financières, condition 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. Avec exactement le même problème de santé, les mêmes lésions anatomiques et dysfonctionnements organiques, ces deux personnes se trouvent dans deux situations extrêmes et complètement opposées en matière de handicap à cause seulement des facteurs

environnementaux. Alors que la première personne n'est pratiquement plus en situation de handicap, grâce à son environnement favorable, la deuxième se trouve très handicapée par son environnement mal adapté. Ainsi, même si les lésions sont irréversibles, tout n'est pas perdu car on peut diminuer considérablement le handicap de la personne en agissant sur l'environnement [15].

- **Les facteurs personnels (internes)** : 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...), le niveau d'éducation et la profession [15].

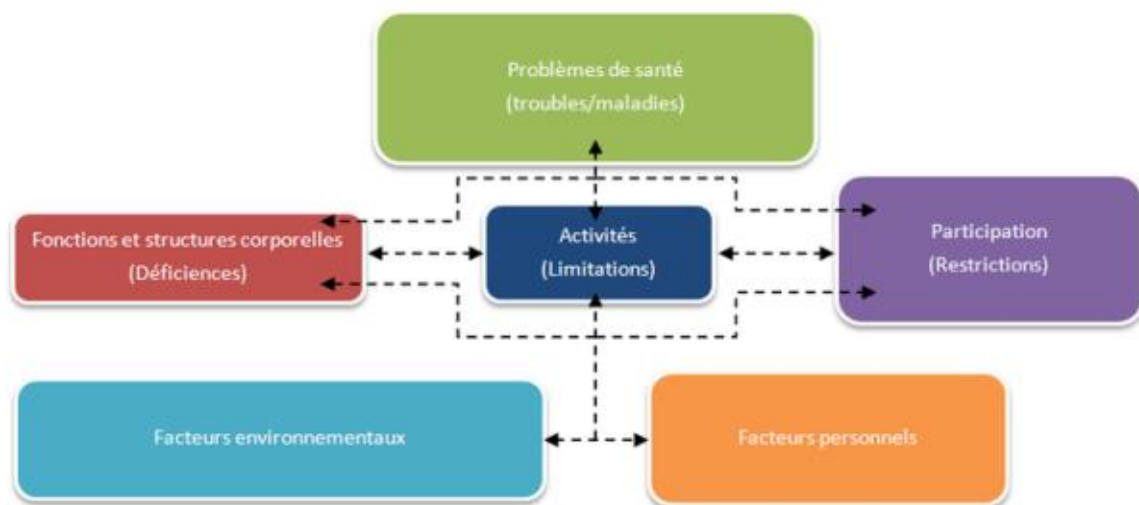


Figure1. Représentation de la classification internationale du fonctionnement, du Handicap et de la santé (CIF)

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. 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).

2 – Le Handicap au Maroc :

2-1 – Données épidémiologiques

L’enquête nationale sur le handicap, réalisée en 2014 par le Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social, a révélé un taux national de prévalence du Handicap à 6,8%, représentant 2,2 millions de personnes [16]. D’autre part, cette enquête a révélé qu’un ménage sur quatre (24,5 %) compte en son sein au moins une personne en situation de handicap [16].

Ce chiffre, pourtant énorme, reste en dessous des estimations internationales. 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 %, toutes causes confondues [17].

Le taux de prévalence du handicap au Maroc n’est pas significativement différent selon le sexe (masculin, féminin), ni selon le lieu de résidence (urbain, rural). Par contre, il existe des différences assez marquées d’une région administrative à une autre (Cf. Figure 2)

Région	De léger à très sévère		De léger à modéré		Très sévère	
	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Oued Ed-Dahab-Lagouira	2,9%	2351	2,2%	1837	1,6%	1348
Laâyoune-Boujdour-Sakia el Hamra	13,4%	42574	12,3%	38916	0,2%	689
Guelmim-Es Smara	6,8%	32617	5,4%	25944	0,7%	3553
Souss-Massa-Drâa	8,8%	235237	7,3%	194751	1,1%	28613
Gharb-Chrarda-Beni Hssen	4,8%	85654	3,6%	65059	0,3%	4899
Chaouia-Ouardigha	6,3%	124905	3,1%	61277	0,8%	16385
Marrakech-Tensift-Al Haouz	3,9%	135235	2,5%	84194	0,8%	26744
Oriental	7%	142624	5,6%	113732	0,2%	3381
Grand Casablanca	4%	178326	1,4%	62804	0,5%	20399
Rabat-Salé-Zemmour-Zaïr	4,7%	133550	2,1%	60941	0,8%	23554
Doukkala-Abda	5,3%	119058	3%	67573	1%	23299
Tadla-Azilal	9,8%	153412	8,2%	127576	0,2%	2981
Meknès-Tafilalet	9,6%	243985	7,2%	183694	0,6%	15037
Fès-Boulemane	7,7%	143967	4%	75000	0,4%	7690
Taza-Al Hoceima-Taounate	7,5%	135448	3,6%	65289	0,3%	5887
Tanger-Tétouan	11,4%	353952	9,3%	288397	0,3%	7772

Figure2. Taux de prévalence du handicap au Maroc selon la région [16]

2-2 – Besoins en soins médicaux des personnes en situation de handicap (PSH)

Les personnes handicapées présentent davantage de problèmes de santé que celles ne souffrant pas d'un handicap en raison de leurs besoins spécifiques et des pathologies associées à leur handicap. En particulier, chez les personnes handicapées physiques, les prévalences des troubles sensoriels, des troubles cardiovasculaires, des maladies respiratoires, des troubles alimentaires et digestifs, de l'épilepsie et de certains troubles psychiatriques sont plus importantes que dans la population générale [18]. La morbidité est aussi plus importante chez les personnes handicapées mentales qui souffrent plus fréquemment de troubles sensoriels et de troubles psychiatriques que le reste de la population [19]. Cependant, l'accès aux soins n'est pas toujours facile pour les PSH même au niveau international, et notamment dans les pays à faible revenu. En effet,

les handicapés rencontrent toute une série d'obstacles lorsqu'ils essaient d'accéder aux soins de santé, à savoir :

2-2-1 – Des coûts prohibitifs

L'accessibilité économique des services de santé et celle du transport sont les deux principales raisons qui font que les handicapés ne reçoivent pas les soins de santé nécessaires dans les pays à revenu faible ; 32% à 33% des non-handicapés n'ont pas les moyens de s'offrir des soins de santé, contre 51% à 53% des handicapés [19]. Au Maroc, et selon l'enquête nationale sur le Handicap 2014, les soins offerts par le système de santé sont inaccessibles pour 60,8% des PSH, dont 62,9% pour des raisons financières [16]. Il est aussi important de souligner que la principale attente des personnes en situation de Handicap au Maroc à l'égard du système de santé réside dans la gratuité des soins, des médicaments et des aides techniques [16].

2-2-2 – Offre limitée des services spécialisés :

Le manque de services appropriés pour les handicapés est un obstacle important aux soins qui les concernent. Par exemple, une recherche menée dans les États de l'Uttar Pradesh et du Tamil Nadu en Inde a permis de constater qu'après le coût, le manque de services dans ces zones était le deuxième obstacle le plus important à l'accès aux soins par les personnes en situation de handicap [17]. Au Maroc, 62,9% des PSH ont accusé l'insuffisance des services de santé dédiés au niveau local [16].

2-2-3 – Obstacles physiques:

L'inaccessibilité des bâtiments (hôpitaux, centres de santé), du matériel médical, une mauvaise signalisation, l'étroitesse des encadrements de portes, la présence de marches à l'intérieur du bâtiment, des installations sanitaires inadaptées et l'inaccessibilité des parkings créent des obstacles pour se rendre dans les centres de soins de santé. Par exemple, les femmes à mobilité réduite ne sont souvent pas en mesure d'avoir accès au dépistage du cancer du sein et du cancer du col utérin parce que la hauteur des tables d'examen n'est pas adaptable et que le matériel de mammographie n'est prévu que pour les femmes qui peuvent se tenir debout [17].

2-2-4 – Compétences et connaissances insuffisantes des agents de santé :

Les PSH sont deux fois plus nombreux à signaler qu'ils ont trouvé insuffisantes les compétences des prestataires de soins de santé pour répondre à leurs besoins, quatre fois plus nombreux à signaler avoir été maltraités et presque trois fois plus nombreux à signaler s'être vu refuser des soins, et ce au niveau international [17]. Au Maroc, une étude récente réalisée dans la région de l'Oriental, avait mis en évidence des attitudes plutôt négatives des prestataires des soins (médecins, infirmiers, rééducateurs, aide soignants...etc.) vis à vis des patients en situation de Handicap qui fréquentaient leurs institutions de travail [20], ce qui souligne le manque de formation et de sensibilisation du personnel de santé au Maroc quant aux problématiques spécifiques aux patients souffrant de handicap.

2-3 – Plan d’Action National « Santé et Handicap 2015-2021 »

Suite aux réflexions et recommandations engendrées par l’enquête nationale sur le Handicap au Maroc [16], ainsi que par le rapport mondial de l’OMS sur le handicap [17], un plan d’action national visant à promouvoir l’état de santé des personnes en situation de handicap est enfin mis en place pour la première fois au Maroc en Octobre 2015, par le ministère de la santé en collaboration avec les différents autres acteurs impliqués dans ce domaine [21]. Ce plan dispose de 6 axes, 20 mesures et 73 actions, ayant pour principal objectif d’assurer l’accès des personnes en situation de handicap à des services de santé promotionnels, préventifs, de prise en charge et de réadaptation, de proximité et de qualité, basés sur une approche de droit.

Etant donné le manque très important en médecins spécialisés et en structures dédiées à une prise en charge médicale spécifique des personnes en situation de Handicap, ce plan d’Action repose essentiellement sur la contribution de tous les acteurs de santé mis à la disposition de la population et exerçant leurs fonctions aussi bien dans le secteur public que privé avec comme plaque tournante « **le médecin généraliste** », qui représente le premier relais en contact avec la population au niveau local.

3 - Le Médecin Généraliste face au patient Handicapé:

Partout dans le monde, le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié dans la prise en charge au long cours des maladies chroniques et des personnes en situation de Handicap [22]. Il va assurer le suivi régulier de ces patients, veiller à la bonne gestion du traitement, et détecter les différentes complications ou événements nécessitant une prise en charge spécialisée [23].

Cependant, malgré le rôle important des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en situation de handicap sur le plan médical mais également social, ils n'identifient pas toujours correctement leurs besoins et ne sont pas suffisamment formés dans ce domaine [24-26].

Au Maroc, peu de données existent, à notre connaissance, sur la prise en charge des PSH en médecine générale. Mais dans l'état actuel des choses, le médecin généraliste constitue la pierre angulaire dans la prise en charge médicale des PSH et ce, pour plusieurs raisons.

D'une part, le secteur de santé publique dispose de très peu de médecins spécialisés dans la prise en charge du handicap. En effet, les spécialistes en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) n'excèdent pas une vingtaine dans le secteur publique et ne couvrent que quelques grandes villes du royaume (Casablanca, Fès, Marrakech, Oujda, El Houcima, Laayoune, Beni-mellal, Tanger et Tétouan) [27]. En plus, la plupart de ces médecins travaillent dans des structures ambulatoires et ne peuvent prendre en charge que des patients provenant du milieu urbain et capables de se déplacer vers ces structures ce qui n'est pas le cas de la majorité des PSH. En effet, la situation est plus problématique dans le monde rural où l'accessibilité aux structures de soins est encore plus difficile et où le médecin généraliste représente le seul recours en cas de problème de santé.

D'autre part, du fait de la quasi-absence de structures hospitalières publiques assurant la prise en charge des personnes souffrant de handicaps lourds [28], afin

d'améliorer leur autonomie et de faciliter leur réintégration socio-familiale, ces patients sont souvent confiés directement à leurs familles, qui au moindre souci ne peuvent se tourner que vers le médecin du quartier.

Les missions des médecins généralistes sont très variées [29] et répondent parfaitement aussi aux besoins spécifiques des personnes en situation de Handicap, à savoir :

- ✓ Contribuer à l'offre de soins ambulatoire de proximité, en assurant pour ses patients une prise en charge globale (la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé).
- ✓ Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médicosocial.
- ✓ S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients.
- ✓ Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient.
- ✓ S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.
- ✓ Contribuer aux actions de prévention et de dépistage.

L'implication des médecins généralistes dans la prise en charge du Handicap est nécessaire pour pouvoir améliorer l'offre de soins aux personnes en situation de Handicap. Cependant, plusieurs problématiques se posent pour le médecin généraliste au quotidien, chose qui ne peut être surmontée que grâce à une formation initiale basique autour des notions relatives au Handicap, ainsi qu'une formation médicale continue régulière taclant les différents besoins relevés par les défis de la pratique quotidienne [30-

31]. Au Maroc, peu de données existent sur la prise en charge des PSH en médecine générale. Or, la forte augmentation du nombre de personnes en situation de Handicap, associée au nombre limité des médecins spécialistes en MPR, prouvent la confrontation réelle des médecins généralistes aux patients handicapés. La particularité des médecins généralistes Marocains, c'est qu'ils n'ont reçu dans le cursus de base de leur formation initiale, pour la plupart, aucune formation théorique ou pratique, concernant les problématiques spécifiques au Handicap. Ceci prédit des difficultés majeures quant à la gestion au quotidien des patients en situation de Handicap.

4 – Les Objectifs de cette étude :

Le présent travail de thèse s'inscrit dans le cadre des études CAP (Connaissances, Attitudes et Pratiques), visant à objectiver ce qui suit :

- 1- Le niveau de connaissances générales des médecins généralistes Marocains en terme de Handicap.
- 2- Les attitudes générales des médecins généralistes Marocains face aux PSH.
- 3- Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes en pratique quotidienne face aux PSH.
- 4- Les besoins en formation des médecins généralistes Marocains en exercice, sur les problématiques spécifiques au Handicap

*MATERIEL &
METHODES*

1 – Type de l'étude :

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive, ayant duré une année, entre Avril 2016 et Mars 2017.

2 – Population :

Notre étude avait pour cible les médecins généralistes exerçant dans le secteur public et privé, ainsi que les étudiants en médecine en 7^{ème} année exerçant en tant qu'internes dans les hôpitaux de périphérie.

Tous les médecins généralistes appartenant à un des trois profils suscités, exerçant au niveau des 12 Régions du Royaume, et qui pouvaient être atteints par les moyens de communication utilisés ont été appelés à participer dans notre enquête.

3 – Outils :

Pour évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des Médecins Généralistes au Maroc vis à vis des patients en situation de Handicap, nous avons élaboré un questionnaire contenant 26 questions fermées ou semi-ouvertes.

Les 7 premières questions visaient à collecter les données personnelles des participants (âge, sexe, années d'expériences, ville et secteur d'exercice), ainsi que l'expérience personnelle avec le Handicap soit en sa propre personne ou dans son entourage propre (famille, amis, collègues...etc).

Six questions concernaient les connaissances générales des médecins généralistes sur le Handicap et les disciplines de rééducation et réadaptation.

Cinq questions concernaient l'attitude du médecin généraliste en général face à un patient en situation de Handicap.

Six questions intéressaient la description des différents aspects de la pratique quotidienne des médecins généraliste dans la gestion des patients en situation de Handicap avec les difficultés rencontrées.

Enfin deux questions permettaient d'évaluer les besoins formulés par les médecins généralistes questionnés en terme de formation spécifique sur le handicap de manière générale, et l'intérêt qu'ils porteraient à une éventuelle offre de formation dans ce domaine.

4- Procédure :

Le Questionnaire a été diffusé de deux manières différentes. D'une part, environ 200 questionnaires ont été distribués directement aux médecins généralistes qui étaient visités dans leurs lieux de travail par les investigateurs de l'étude, notamment au niveau de la Région de l'Oriental, la région de Fès-Meknès et la Région de Rabat-Salé-Kenitra.

Mais pour avoir une plus large représentativité et pour cibler un plus grand nombre de médecins dans tout le royaume, le questionnaire dans son format électronique, a été diffusé via les réseaux sociaux dans les groupes dédiés aux médecins généralistes au Maroc, avec un message expliquant l'intérêt de l'étude et demandant aux médecins de le remplir.

5- Analyse statistique :

L'analyse des résultats a été réalisée en utilisant le logiciel SPSS. Pour les variables quantitatives sont précisés les moyennes et les écart types, et pour les variables qualitatives sont précisés les pourcentages.

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

Sur 500 questionnaires récupérés, 457 ont été exploités. 34 questionnaires n'ont pas pu être exploités car ils étaient soit mal ou partiellement remplis.

1 – Caractéristiques sociodémographiques de la population

1.1 – Age :

L'âge moyen de la population concernée était de 34,6 +/- 11 ans, avec un âge minimal à 23 ans, et un âge maximal à 65 ans.

1.2 – Sexe :

Dans notre étude, le nombre de participants de sexe masculin était 157, soit 34.4%, alors que les participants de sexe féminin totalisaient le chiffre de 300, soit 65.6%.

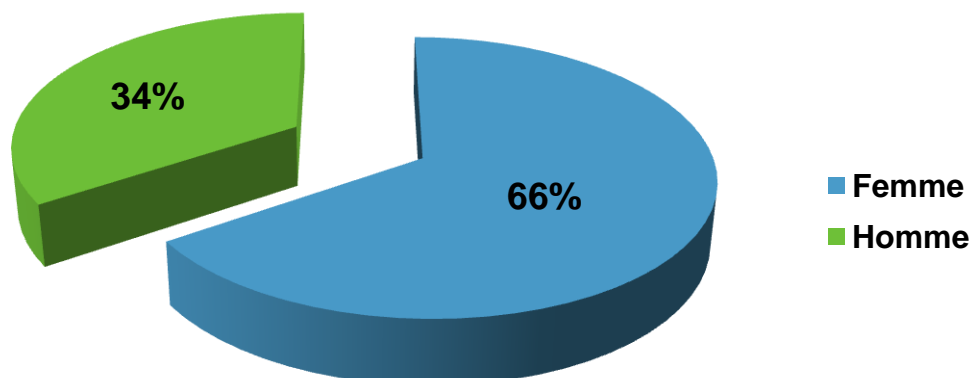


Figure 3. Répartition de la population selon le sexe

1.3 – Profil et Secteur d'exercice :

189 des médecins généraliste ayant participé à notre étude, pratiquaient dans le secteur public, soit 41,4% ; 119 dans le secteur privé, soit 26%. Par contre, 149 étaient des étudiants en fin de formation (7^{ème} Année de médecine exerçant comme internes de périphérie), soit 32,6%.

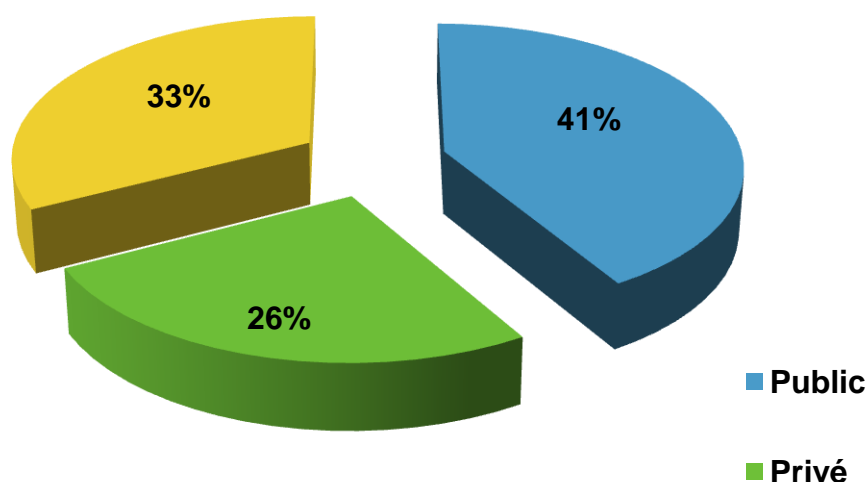


Figure 4. Répartition de la population selon le profil et le secteur d'exercice

1.4 – Lieu d'exercice :

Les différentes régions du Maroc étaient représentées dans notre population mais de façon très variable avec en tête de liste la région de l'Oriental et Rif (26%), suivie de la région de Casablanca – Settat (19%), puis Fès – Meknès (16%) comme représenté dans la figure 7.

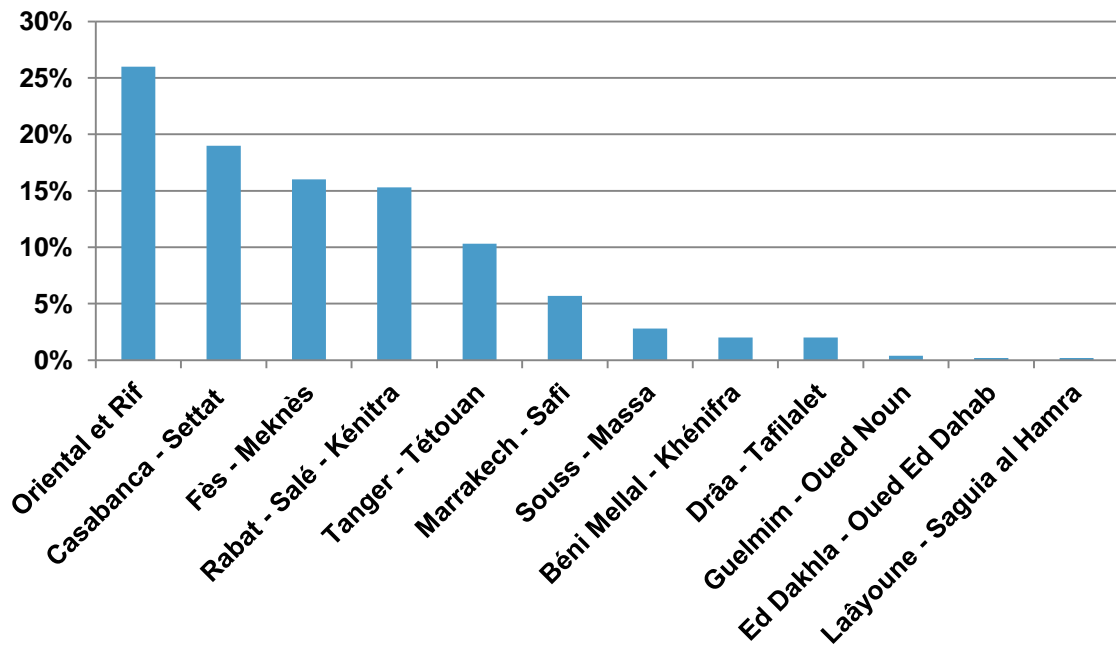


Figure 5. Répartition de la population selon la région

1.5 – Durée de l'exercice :

La durée moyenne de l'exercice médical des médecins exerçant au secteur public et privé était de 11,4 +/-9 ans, avec un minimum de 1 an et un maximum de 35 ans.

Les étudiants en fin de formation avaient un recul dans leur stage pratique de 7^{ème} année allant de quelques mois à 1 an.

1.6 – Expérience du handicap :

16 médecins se sont identifiés comme étant en situation de handicap, représentant 3.5% de l'ensemble de la population investiguée. 41,2% des médecins interrogés ont affirmé avoir des personnes en situation de handicap dans leur entourage proche, que ce soit dans leurs familles (27,1%), leurs amis (9,8%), leurs voisins (8,6%) ou leurs collègues de travail (6,2%).

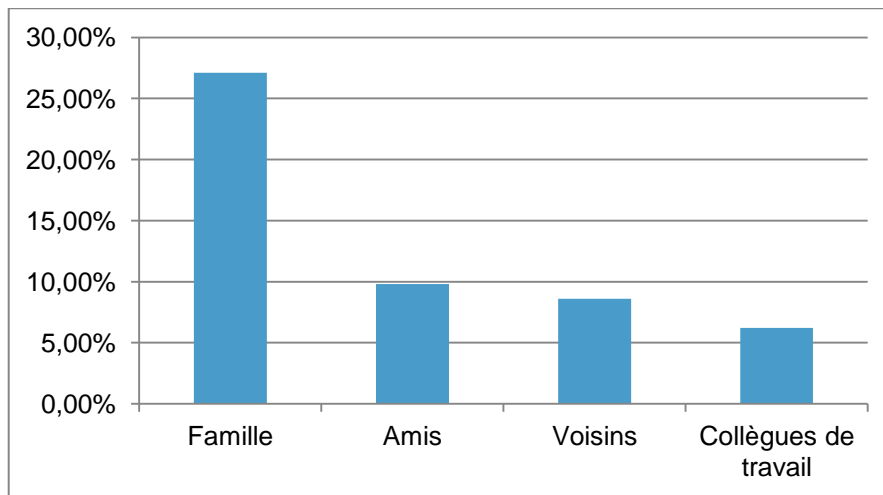


Figure 6. Fréquence des PSH dans l'entourage proche des médecins

2 – Connaissances des médecins généralistes sur le Handicap

2.1 – La prévalence du Handicap :

422 des médecins interrogés (92,3%) n'avaient aucune idée sur la prévalence des personnes en situation de handicap au Maroc. Alors que seulement 20 médecins (4,3%) ont donné des estimations proches de la réalité (entre 5 et 7%).

2.2 – Réalité de la prise en charge des personnes en situation de handicap :

346 des médecins interrogés (75,7%) sont conscients du fait que les patients en situation de handicap ne bénéficient pas de la même offre de soin que le reste des patients au Maroc.

2.3- Formation des médecins généraliste sur le handicap :

91% des médecins interrogés ont affirmé n'avoir reçu aucune formation relative au handicap au cours de leur formation initiale (7 années d'études). Et seulement 9% ont affirmé avoir reçu une formation relative au handicap notamment dans le cadre des séminaires organisés au profit des étudiants de 3eme cycle dans certaines facultés (Oujda, Fès, Marrakech).

Par ailleurs, seulement 3,5% ont déclaré avoir reçu une formation sur le handicap après l'obtention de leur diplôme, dans le cadre d'une formation médicale continue.

2.4 – Connaissances sur la Médecine Physique et de Réadaptation :

82,1% des médecins généralistes interrogés ont affirmé connaître la spécialité médicale « Médecine Physique et de Réadaptation », alors que seulement 43,3% avaient la connaissance d'un spécialiste en MPR dans leur entourage professionnel.

3 – Attitudes des médecins généralistes sur le Handicap

3.1 – Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du Handicap :

Dans la présente enquête, 302 médecins interrogés (66.1%) ont estimé que le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du handicap était « *important* », voire « *majeur* » pour 20.4%. Cependant, 62 médecins (13.6%) avaient jugé ce rôle « *peu important* ».

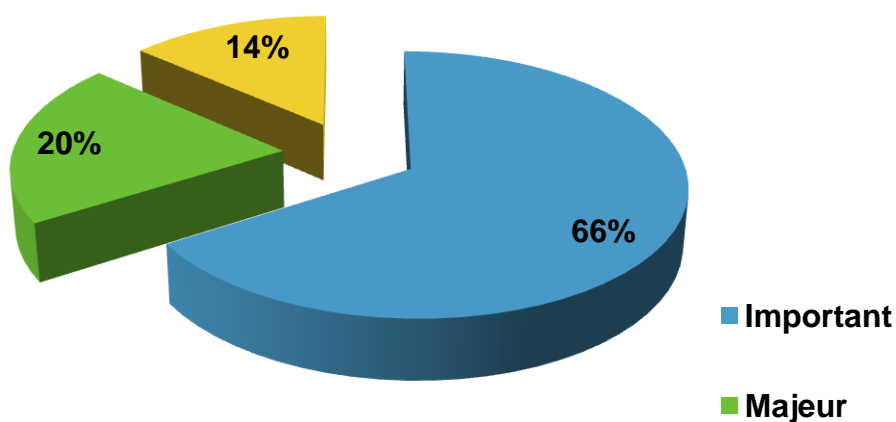


Figure 7. Rôle du médecin généraliste dans la PEC du handicap

3.2 – Les tâches du médecin généraliste face au handicap :

Selon les médecins interrogés, le rôle principal du médecin généraliste face au handicap serait de présenter un soutien psychologique (82.5%), et d'assurer la coordination des soins avec les différents intervenants (80.5%). Ensuite, on retrouve le traitement des maladies communes surajoutées (79.2%), ainsi que le dépistage et traitement des complications (72.1%), alors que le diagnostic du handicap vient en dernier, comme une tâche inhérente au médecin généraliste (70.1%).

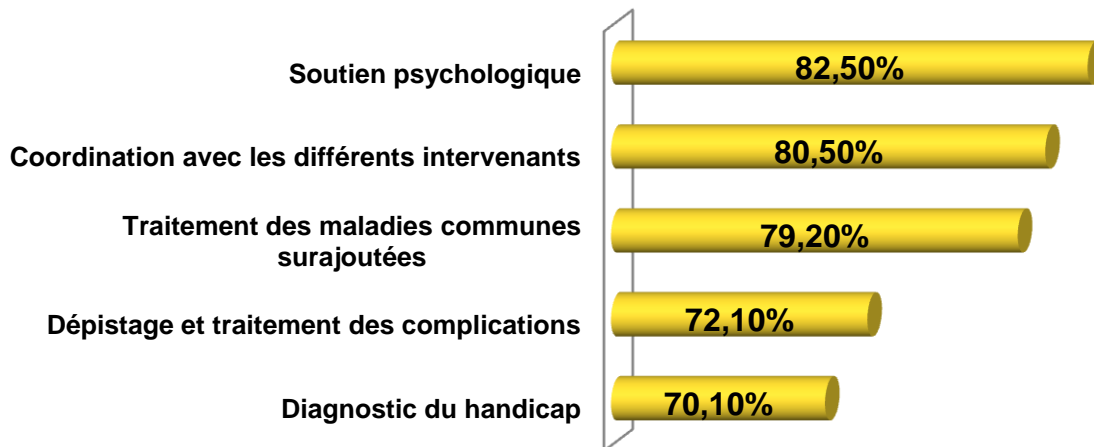


Figure 8. Les tâches du médecin généraliste face au handicap

3.3 – Contact avec les patients en situation de Handicap :

249 des médecins interrogés (54.5%) ont jugé leur contact avec les patients en situation de handicap plutôt « **difficile** », alors que 194 médecins (42.4%) ont considéré ce contact plutôt « **normal** » comparable aux autres patients. Alors que seulement 14 médecins (3%) ont affirmé que le contact avec les patients en situation de handicap était plutôt « **facile** ».

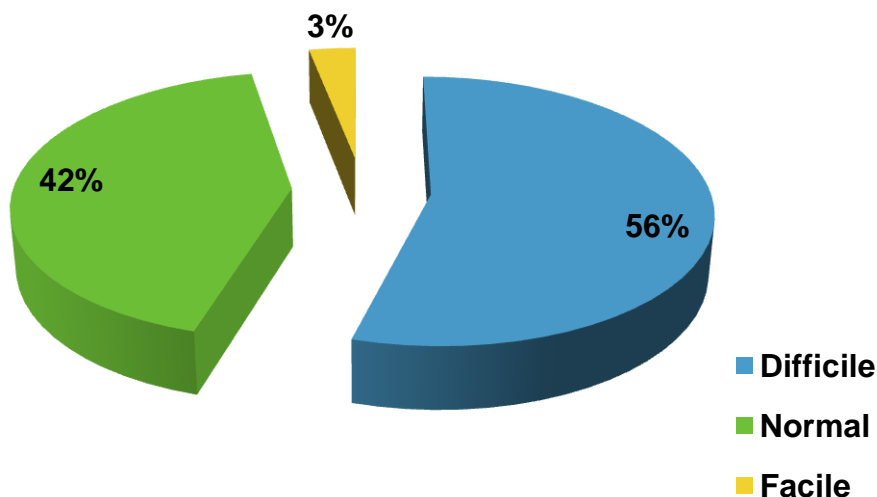


Figure 9. Contact avec les patients en situation de Handicap

3.4 – Sentiment devant les PSH :

Dans notre étude, 149 médecins interrogés (32.6%) se sentent mal à l'aise devant un patient handicapé, alors que 302 médecins (66.1%) disent se sentir normal devant un patient handicapé. Seulement 6 médecins (1.3%) affirment se sentir plus à l'aise avec les patients handicapés.

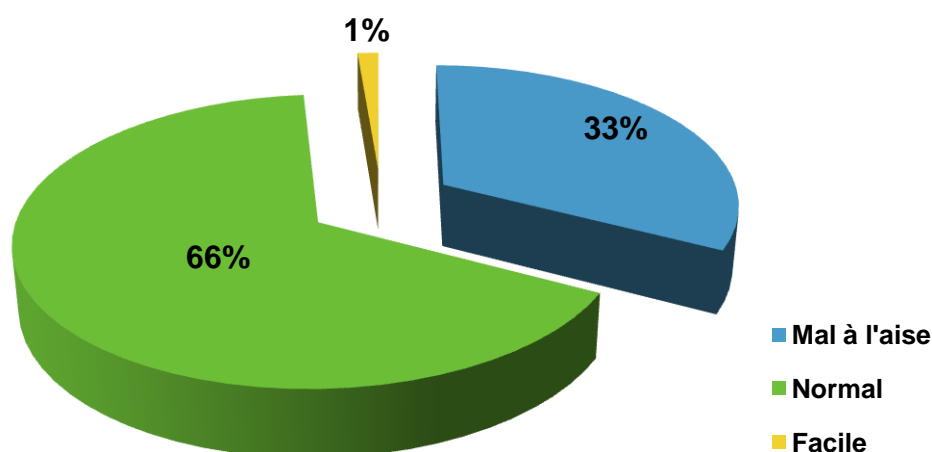


Figure 10. Sentiment devant les patients en situation de Handicap

3.5 – Contribution actuelle dans la prise en charge du handicap au Maroc :

245 médecins (46.4%) ont estimé, que dans l'état actuel des choses, le médecin généraliste apporte une réelle contribution dans la prise en charge du handicap, alors que 212 médecins (53.6%) ont affirmé le contraire.

4 – Pratique des médecins généralistes sur le Handicap

4.1- Fréquence des patients en situation de Handicap en médecine générale :

Dans leur exercice médical actuel, 133 médecins (29.1%) ont affirmé recevoir des patients en situation de handicap de façon fréquente (plusieurs/semaine), voire régulière (1/jour ou plus), pour 56 médecins (12.3%). Cependant, 254 médecins (55.6%) ont affirmé en recevoir rarement (1/semaines), voire jamais pour 14 médecins (3%).

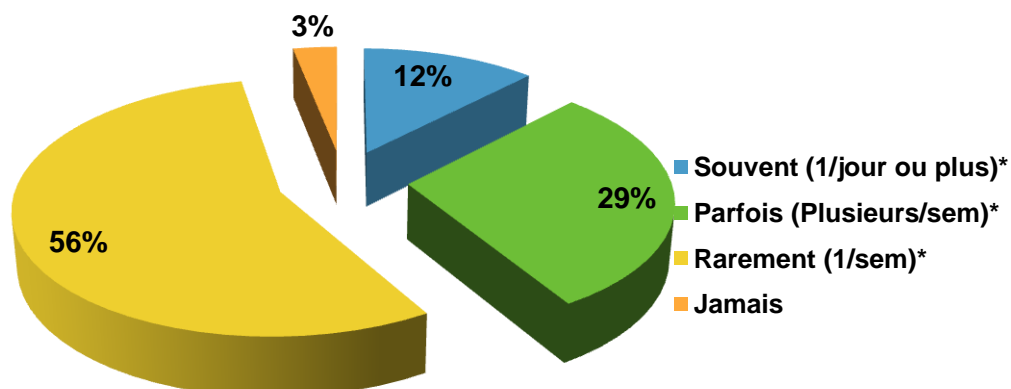


Figure 11. Fréquence des Patients en situation de Handicap en consultation de médecine générale

4.2- Accessibilité du lieu de travail :

253 médecins, soit 55.4%, ont affirmé que leur lieu de travail était accessible à une personne en situation de handicap (avec fauteuil roulant), alors que 204 médecins, soit 44.6%, travaillaient dans des lieux inaccessibles pour les patients en fauteuil roulant.

4.3 – Difficultés rencontrées dans la prise en charge du handicap en médecine générale :

Parmi les difficultés pointées par les médecins généralistes dans leur gestion des patients en situation de handicap, le « **manque de formation** » vient en tête, cité par 72,9% des médecins interrogés, suivie par le « **manque de moyens** » pointé par 72,5%, les « **problèmes de communication** » soulignés par 51%. Par ailleurs, il convient de

noter que 2,7% des médecins interrogés ont affirmé ne rencontrer aucune difficulté dans leur gestion des patients en situation de Handicap.

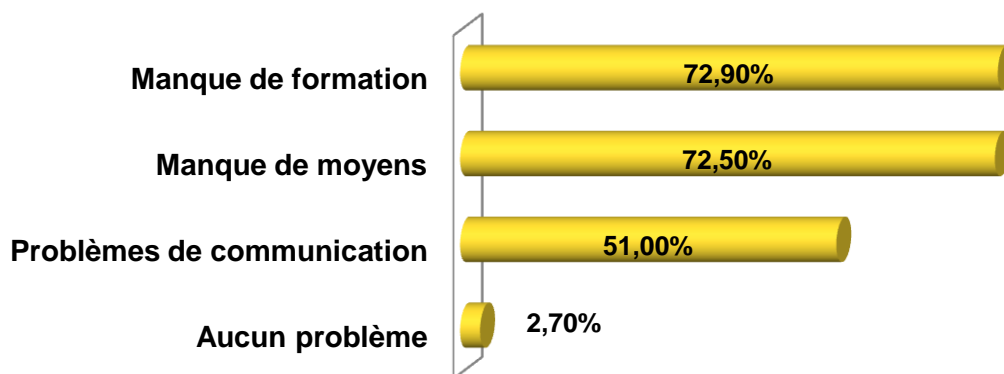


Figure 12. Difficultés dans la prise en charge du handicap en médecine générale

4.4- Fréquence des profils de personnes en situation de handicap en consultation de médecine générale :

En consultation de médecine générale, les Accidents vasculaires cérébraux représentaient le profil du handicap le plus fréquemment rencontré par 39,6% des médecins interrogés, suivis par le handicap mental (trisomie, autisme, maladies génétiques) représentant le profil majoritaire pour 29,5% des médecins. Viennent ensuite les paralysies cérébrales (16,8%), les amputés (9%) et les blessés médullaires (5%).

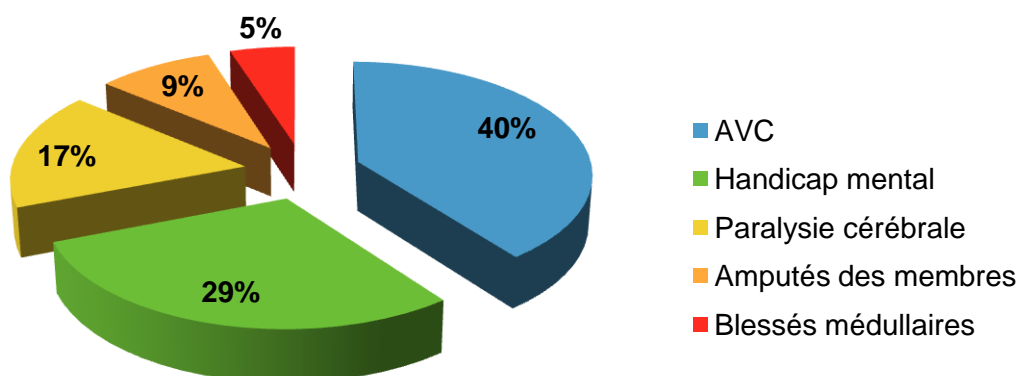


Figure 13. Fréquence des profils de personnes en situation de handicap en consultation de médecine générale

4.5 – Prise en charge spécialisée des patients handicapés :

58,9% des médecins généralistes interrogés ont affirmé adresser les patients handicapés pour une prise en charge spécialisée, dont essentiellement la kinésithérapie dans 66,3% des cas, alors que seulement 24,2% des médecins ont dit avoir recours au spécialiste de Médecine Physique et de Réadaptation pour leurs patients en situation de Handicap.

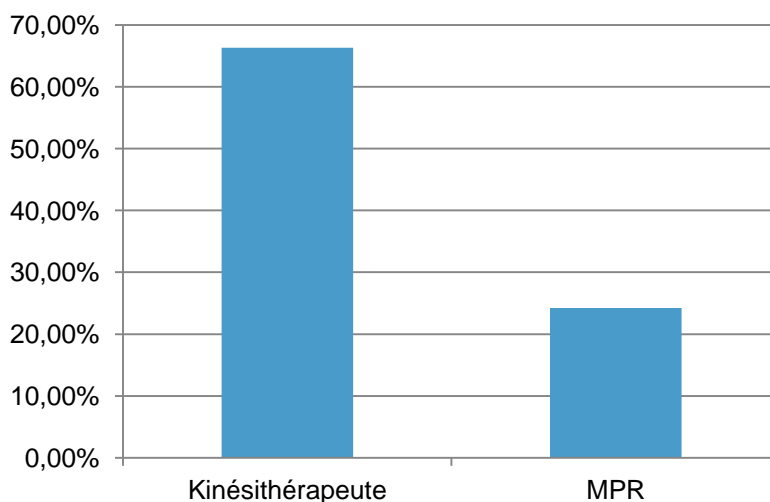


Figure 14. Fréquence de référence des PSH vers les spécialistes

5 – Besoins en formation des médecins généralistes sur le Handicap

5.1 – Dans la formation initiale :

96,1% des médecins interrogés ont jugé important le fait d'introduire une formation sur la prise en charge du handicap lors du cursus de base des études médicales, alors que 3,9% ont estimé qu'une telle formation n'est pas utile car trop spécialisée.

5.2 – Dans la formation continue :

95,6% des médecins ont exprimé leur intérêt pour une éventuelle formation sur la prise en charge du handicap même après plusieurs années d'exercice médical.

DISCUSSION

1 - Particularités de la population interrogée :

Notre étude avait une portée Nationale, cependant on remarque une disparité dans le niveau de représentativité de chaque région avec en tête de liste la région de l'Oriental et Rif (26%), suivie de la région de Casablanca-Settat (19%), Fès-Meknès (16%) et la région de Rabat-Salé-Kénitra (15.3%). Ceci s'explique d'une part, par la plus grande concentration des médecins dans ces 4 grandes régions, et d'autre part par une meilleure disponibilité et implication des collaborateurs dans ces villes qui allaient directement à la rencontre des médecins généralistes dans leurs lieu de travail (cabinet médical, centre de santé, hôpital), alors que dans les autres régions, le mode de collecte était essentiellement électronique. De plus ces 4 grandes régions abritent des Centre Hospitaliers Universitaires, d'où une plus grande participation des étudiants en médecine en fin de cursus (7^{ème} année) qui représentaient pratiquement le tiers de la population investiguée (32.6%).

Parmi les 457 participants, seulement 16 médecins se sont identifiés comme souffrant d'un Handicap, correspondant à un taux de 3.5%, ce qui reste assez faible par rapport à la population générale, soulevant des questions quant à l'accès des PSH aux études supérieures et à l'emploi conséquent. Il est à noter qu'au Maroc comme en France, il existe des lois imposant un quota minimum pour les travailleurs handicapés dans les différents établissements publics. Notamment en France, 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 [32].

27,1% des participants à notre étude ont déclaré avoir une PSH dans leur entourage familial ce qui correspond au taux de ménages touchés par le handicap déclaré dans l'Enquête Nationale sur le Handicap de 2014, et qui est de 24,5% [16].

2 – Connaissances des médecins généralistes sur le handicap :

Les connaissances théoriques représentent un des moyens indispensables au médecin pour remplir son devoir de soins envers ses patients. Ces connaissances sont généralement acquises lors de la formation initiale sur les bancs de la faculté de médecine, et ensuite consolidées par la formation continue régulière devenue incontournable pour assurer une certaine qualité de soins aux patients, et donc rendue obligatoire dans plusieurs pays pour permettre aux médecins praticiens de rester en exercice [33].

Dans la présente étude, nous avons évalué le niveau de connaissances spécifiques des médecins généralistes sur le handicap au Maroc par des questions indirectes qui devraient figurer dans tout curriculum de formation spécifique sur le sujet, à savoir la prévalence Nationale du Handicap, et l'existence d'un circuit de référence où la Médecine Physique et de Réadaptation occuperait une pierre angulaire dans la coordination des soins destinés à cette population spécifique de patients.

Les connaissances générales des médecins généralistes interrogés sur le handicap étaient très limitées, en fait parmi les 457 participants, seulement 35 médecins (7,7%) pensaient connaître la prévalence du handicap au Maroc, dont seulement 20 ont donné des valeurs proches de la réalité. De plus, le tiers de la population interrogée n'était pas conscient des difficultés rencontrées par les PSH pour accéder aux soins médicaux par rapport au reste de la population et 18% d'entre eux n'avaient jamais entendu parlé de la MPR comme spécialité médicale destinée à la prise en charge spécifique des patients handicapés. Ce manque d'information est dû au manque de sensibilisation de la population et des médecins généralistes en particulier sur la réalité du handicap dans le monde médical. En effet, la grande majorité des médecins interrogés ont confirmé ne jamais avoir eu aucune formation spécifique dans le domaine aussi bien dans leur cursus initial que pendant la formation médicale continue.

Aujourd'hui, dans le cadre de la nouvelle réforme des études médicales au Maroc, un élément de module spécifique de MPR a été introduit dans la formation initiale des médecins généralistes en 4^{ème} année des études médicales, ainsi qu'un élément de module spécifique au Handicap en 7^{ème} année, ce qui permettrait une meilleure préparation des futurs médecins au rôle qui leur incombe vis à vis des patients en situation de Handicap, dans leur exercice ultérieur [34]. Par contre, beaucoup d'efforts doivent encore être fournis afin de sensibiliser les médecins déjà en exercices en leur offrant les moyens de faire face à leurs responsabilités et devoirs envers les PSH et ceci par la planification d'un programme de formation continue qui soit dédié à cette problématique.

3 – Attitudes des médecins généralistes envers les PSH :

L'attitude des personnes non handicapées envers le Handicap est généralement souvent négative [35-38]. Une attitude négative est définie comme celle qui regroupe les personnes en situation de Handicap dans un groupe à part où elles sont identifiées comme différentes des autres, sous-entendant leur déficience et leur infériorité [35].

Dans le monde de la santé, les médecins 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 (médecins, infirmiers, rééducateurs...etc.) envers le Handicap et les PSH, 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 [39]. 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 [39-42]. Un médecin, 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 [43-44], pensant qu'il serait peut-être mieux pour cette personne et pour son entourage de ne pas trop s'accrocher à la vie.

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 [45].

Dans la présente étude, plus de la moitié des médecins interrogés (54.5%) a jugé avoir un contact plutôt « **difficile** » avec les patients en situation de Handicap, et le tiers (32,6%) a affirmé que la prise en charge de patients en situation de handicap était génératrice d'un « **malaise** ». Cette perception des PSH par nos médecins, quoi que compréhensible reste très alarmante, sous-entendant des attitudes négatives qui influenceraient potentiellement la qualité des soins et services réservés à cette catégorie de patients.

Cette perception est largement expliquée par le manque de connaissances sur le sujet, et le sentiment d'être désarmé face à une situation inhabituelle, ce qui génère un état de malaise et une envie de fuite ou d'évitement [46]. Cette méconnaissance du Handicap auprès des médecins généralistes est aussi bien médicale ou scientifique que sociale. En effet, la majorité des personnes handicapées au Maroc vivent encore à l'heure actuelle de manière confinée, nouant peu de contacts avec le monde extérieur. Ainsi, le reste de la population (dont les médecins) reste généralement peu confronté aux personnes porteuses de handicap sauf dans des sphères familiales étroites, ce qui nous empêche de les identifier comme faisant partie de notre monde quotidien, d'où un malaise lorsqu'on est confronté à eux dans un contexte social ou professionnel.

Cette composante sociale dans notre perception du Handicap reste très importante, car même dans les populations de médecins ayant reçu un minimum de formation théorique sur la prise en charge du Handicap, on retrouve toujours ce sentiment de malaise face au patient handicapé, exprimé par 25% des médecins interrogés dans une étude Française menée dans la région Provence Alpes Côte d'Azur sur 600 médecins généralistes [47].

Cependant, malgré ce sentiment plutôt négatif, la plupart des médecins interrogés sont conscients de leur responsabilité vis à vis des patients en situation de Handicap, définissant le rôle du médecin généraliste dans cette prise en charge comme étant important voire majeur pour 86% d'entre eux. De plus, la plupart des médecins interrogés (deux tiers) ont identifié les missions du médecin généraliste vis à vis des patients handicapés en phase avec leurs missions universelles (coordination des soins, dépistage et traitement des complications, traitement des maladies surajoutées...etc.), sans distinction avec les autres patients ne souffrant pas de Handicap, mais avec en plus une offre de soutien psychologique témoignant d'une certaine empathie qu'il réservent au patient handicapé, en considérant que leur rôle n'est pas cloisonné aux soins médicaux, mais s'étend également aux aspects psychologiques et sociaux.

Par ailleurs, et d'un point de vue pratique, seulement la moitié des médecins questionnés avaient la conviction que le médecin généraliste apportait une réelle contribution dans la prise en charge des patients souffrant de Handicap au Maroc dans l'état actuel des choses. Cette contribution effective émanerait des efforts personnels de certains médecins plutôt que d'une stratégie structurée, réfléchie et mise en place de façon à permettre au médecin généraliste d'assurer son rôle comme il se doit. Une telle stratégie serait en cours d'élaboration dans le cadre du plan d'action national « Santé et Handicap : 2015-2021 » [21].

4 – Pratique des médecins généralistes dans le domaine du Handicap:

Malgré toutes les difficultés et le manque de préparation et de formation, les médecins généralistes au Maroc se retrouvent souvent face aux patients en situation de Handicap qu'ils sont appelés à prendre en charge comme les autres patients, à une fréquence d'au moins une fois par semaine pour 97% des médecins. Les difficultés entravant cette prise en charge sont variables et assez importantes, que ce soit en terme de connaissances, qu'en terme de moyens alloués pour faciliter cette prise en charge. En effet, ce manque de moyens commence déjà par l'inaccessibilité du lieu de travail du

médecin au patient à mobilité réduite (au fauteuil roulant) qui concerne pratiquement la moitié des médecins interrogés (44,6%).

Se rajoutent à cela les difficultés de communication aussi bien avec le patient lui-même, dont l'histoire clinique se révèle souvent longue et complexe, qu'avec les autres collègues médecins ayant intervenu à un stade ou un autre de l'évolution du patient. Ces difficultés de communication limitant l'accès aux informations fiables et logiques qui aideraient le médecin à avoir une bonne compréhension de l'état de son patient [30], compliquent la démarche diagnostique ou thérapeutique pour le médecin et peut expliquer, en partie, le malaise exprimé face à ces patients réputés difficiles.

Même si plus de 80% de notre population estime que la coordination avec les différents intervenants fait partie des principaux rôles du médecin généraliste, plus de 40% des médecins interrogés affirment n'avoir jamais adressé un patient pour une prise en charge spécialisée. Ceci pourrait s'expliquer d'une part, par un manque d'information quant aux réseaux de prise en charge et d'orientation de ce type de patients, et d'autre part, par une attitude négative des médecins vis à vis de ces patients estimant qu'il ne serait pas utile pour ces patients de s'accrocher à la vie.

Les deux tiers des médecins adressent le plus souvent les patients vers des kinésithérapeutes, alors que seulement 24% les adressent vers un spécialiste en MPR. Ceci prouve un réel manque de sensibilisation des médecins généralistes sur l'existence et les champs de compétence des MPR, ce qui explique le fait qu'ils n'adressent pas leurs patients vers eux pour une prise en charge spécialisée.

Une bonne coordination entre ces deux spécialités permettrait aux médecins généralistes d'être mieux informés mais également de mieux déterminer avec ces spécialistes les responsabilités de chacun dans la prise en charge de ces patients.

5 – Besoins en formation sur le handicap :

La présente étude a prouvé un réel manque dans la formation des médecins généralistes sur le handicap : 91% n'ont jamais reçu de formation sur le sujet durant leur

cursus médical, et 96.5% n'ont jamais bénéficié de formation continue sur le handicap et les maladies handicapantes après obtention de leur diplôme. Ces chiffres montrent un réel manque de formation sur le handicap dans notre pays et expliquent clairement les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge du handicap, et le manque d'information et de sensibilisation dans ce domaine.

Parmi les médecins généralistes interrogés, 96% jugent important de recevoir une formation sur le handicap durant le cursus médical, et disent être intéressés de recevoir une formation sur la prise en charge du handicap même après plusieurs années d'exercice médical. Ceci prouve que les médecins généralistes sont conscients de leur rôle vis-à-vis du handicap, et seraient prêt à contribuer efficacement dans la prise en charge s'ils reçoivent une formation adéquate sur le sujet.

*CONCLUSION &
PERSPECTIVES*

Les médecins généralistes constituent le premier interlocuteur médical pour tous les patients y compris ceux se retrouvant en situation de Handicap. Notre étude a mis en évidence chez les médecins généralistes interrogés, des connaissances insuffisantes sur le handicap, des attitudes plutôt négatives vis à vis des patients en situation de Handicap, et une pratique médicale quotidienne entravée par de nombreuses difficultés. En effet, plusieurs obstacles sont susceptibles de nuire à la qualité de la prise en charge des patients présentant un handicap en médecine générale, dont le manque important de formation spécifique des médecins généralistes vis à vis du Handicap et des maladies handicapantes et leur manque de sensibilisation quant aux circuits de soins spécialisés qui pourraient être offerts à ces patients avec comme chef d'orchestre le médecin spécialiste en Médecine physique et de réadaptation, le manque pressant de moyens physiques d'accueil et de prise en charge de ces patients, ainsi que le manque de communication avec les patients, et de coordination entre les divers intervenants.

Ces difficultés ne peuvent être surmontées que par la mise en place d'actions concrètes de formation et coordination d'abord au niveau de la formation initiale des médecins sur le Handicap par l'introduction, en plus des modules spécifiques prévus dans le cadre de la réforme des études médicales, d'une formation pratique au niveau des stages hospitaliers dans des services de soin de suite et de réadaptation au profit de tous les étudiants en médecine du Royaume. Mais aussi par la multiplication des offres de formation médicale continue sur le Handicap au profit des médecins généralistes qui en sont demandeurs, que ce soit dans un cadre institutionnel (multiplication des Diplômes universitaires et masters spécialisés) ou dans un cadre sporadique occasionnel, comme les formations nationales et/ou régionales qui peuvent s'entreprendre dans le cadre de l'Axe « Formation » au sein du plan d'action Santé et Handicap.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] OMS, thème de santé ; 2001 [Http://www.who.int/fr](http://www.who.int/fr), consulté le 19 Juin 2017.
- [2] LE ROBERT, "Dictionnaire historique de la langue française", sous la direction d'Alain Rey. Ed. 2006. Page 1682
- [3] Histoire du mot « Handicap » par Thierry Duirat / Étymologie Poétique.
- [4] Handicap. [n.d.]. Etymology Dictionary, © 2010 Douglas Harper .Online Etymology Dictionary. From Dictionary.com website: <http://dictionary.reference.com/browse/handicap,Online>, consulté le 19 Juin 2017.
- [5] 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
- [6] Denis Diderot, *Lettre sur les aveugles à l'usage de ceux qui voient*, 1749.
- [7] Origines et histoire du handicap, *Fondshs.fr*. <http://www.fondshs.fr/vie-quotidienne/accessibilite/origines-et-histoire-du-handicap-partie-2>, consulté le 19 Juin 2017.
- [8] ONU. Convention relative aux droits des personnes handicapées et protocole facultatif. <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>, consulté le 19 Juin 2017.
- [9] Sheridan, C. L., & Radmacher, S. A. (1992). *Health psychology: Challenging the biomedical model*. John Wiley & Sons.
- [10] History of the development of the ICD. WHO publications 1990.
- [11] Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies, Inserm, 1990.
- [12] De Carlo-Bonvin, M. (2003). Nouvelle classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. *Pédagogie spécialisée*, 2, 6-13.
- [13] Barral, C., & Roussel, P. (2002). De la CIH à la CIF. Le processus de révision. In *Handicap* (No. 94-95, pp. 1-23). CTNERHI.
- [14] Classification Internationale du Fonctionnement du Handicap et de la Santé (CIF), OMS, 2001.
- [15] Hajjioui A, Fourtassi M. La Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé : de la maladie à l'handicap. *Espérance Médicale*, Septembre 2014, Tome 21 N° 203, 246-248
- [16] Royaume du Maroc. Enquête nationale sur le Handicap 2014. Synthèse des résultats, Février 2015. http://www.social.gov.ma/sites/default/files/EngNatHand2_Ar-Fr.pdf, consulté le 19 Juin 2017.
- [17] OMS. Rapport Mondial sur le Handicap 2011. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/fr/, consulté le 19 Juin 2017.
- [18] Ehde D, Jensen MP, Engel JM, Turner JA, Hoffn AJ, Cardenas DD. Chronic pain secondary to disability: a review. *Clin J Pain* 2003;19:3–17.
- [19] Beange HP. Caring for a vulnerable population. Who will take responsibility for those getting a raw deal from the health care system? *Med J Aust* 1996;164:159–60.
- [20] Haimami Rim. Attitudes des prestataires de soin envers les personnes en situation de handicap dans la ville d'Oujda. Thèse de Médecine. 2015. Faculté de médecine et de Pharmacie de Fès. <http://www.chu-fes.ma/uploads/publications/Theses/2015/027-15.pdf>, consulté le 19 Juin 2017.
- [21] Royaume du Maroc. Ministère de la Santé. Plan d'Action National Santé et Handicap 2015-2021. <http://www.sante.gov.ma/Documents/2015/مخطط%20العمل%20الوطني%20للصحة%20و%20الإعاقة%202015-2021.pdf>, consulté le 19 Juin 2017.

- [22] Bourdillon, F., Mosnier, A., & Godard, J. (2008). Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. *Santé publique*, 20(5), 489-500.
- [23] Fourtassi M, Hajjioui A. Abord du patient en situation de handicap en médecine générale. *Espérance Médicale*, Mai 2014, Tome 21, N° 201; 160-161
- [24] Chesson R, Sutherland AM. General practice and the provision of information and services for physically disabled people aged 16 to 65 years. *Br J Gen Pract* 1992;42:473–6.
- [25] Kersten P, George S, McLellan L, Smith JAE, Mulle MA. Disabled people and professionals differ in their perceptions of rehabilitation needs. *Journal of Public Health Medicine* 2000;22:393–9.
- [26] Kerr M, Dunstan F, Thapar A. Attitudes of general practitioners to caring for people with learning disability. *Br J Gen Pract* 1996;46:92–4 1996.
- [27] Fourtassi M, Hajjioui A, Arfaoui FZ, Arabi H, El Anbari Y, Benmassaoud H, Elfatimi A, Hajjaj-Hassouni N. La médecine physique et de réadaptation au Maroc : enquête auprès des médecins en formation dans les CHU marocains. 2011 *Journal de réadaptation médicale*. 31 (2) ; 89-93
- [28] Hajjioui A, Fourtassi M, Nejari N. Le handicap au Maroc : Etude d'adéquation entre l'offre de soins et le besoin en rééducation. 2014 *Journal de réadaptation médicale*: 1-5.
- [29] Code de la Santé Publique. Loi HPST - L'Art. L. 4130-1. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020885673&dateTexte=&categorieLien=cid>, consulté le 19 Juin 2017.
- [30] Lennox, N. G., Diggins, J. N., & Ugoni, A. M. (1997). The general practice care of people with intellectual disability: barriers and solutions. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41(5), 380-390.
- [31] Aulagnier, M., Verger, P., Ravaud, J. F., Souville, M., Lussault, P. Y., Garnier, J. P., & Paraponaris, A. (2005). General practitioners' attitudes towards patients with disabilities: The need for training and support. *Disability and rehabilitation*, 27(22), 1343-1352.
- [32] Code du travail Français. Loi d'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. Loi n°87-515 du 10 juillet 1987.
- [33] Roland, J. (2000). Formation des médecins. *Actualités et Dossiers en Santé Publique*, 32, 24-25.
- [34] Projet de Réforme des Etudes Médicales, Pharmaceutiques et Odontologiques. Note de synthèse des 3 filières 17 mai 2015. http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/pedag_eva/reforme/projet_reforme.pdf, consulté le 19 Juin 2017.
- [35] Gething L: Attitudes toward people with disabilities of physiotherapists and members of the general population *Aust Physiother* 1993; 39:291Y6.

- [36] Kawama, K. (1996) [Attitudes toward people who have disabilities: Current studies and problems]. The Japanese Journal of Special Education, 34(2), 59-68
- [37] Misawa, G. (1971). [Attitudes toward physical disabilities and its cross-cultural discussion]. The Japanese Journal of Special Education, 9(1), 27-33
- [38] 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.
- [39] 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
- [40] Byron M, Dieppe P: Educating health professionals about disability: attitudes, attitudes, attitudes. J R Soc Med 2000.
- [41] 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.
- [42] Martin HL, Rowell MM, Reid SM, et al: Cerebral palsy: What do students know and believe? J Pediatric Child Health 2005.
- [43] U.S. Department of Health and Human Services: Healthy People 2010. Washington, DC, U.S. Dept. of Health and Human Services, 2010
- [44] 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.
- [45] Royaume du Maroc. Secrétariat général du gouvernement. La constitution. 2011. http://www.amb-maroc.fr/constitution/Nouvelle_Constitution_%20Maroc2011.pdf, consulté le 19 Juin 2017.
- [46] Pierron, J. P. (2007). Une nouvelle figure du patient? Les transformations contemporaines de la relation de soins. Sciences sociales et santé, 25(2), 43-66.
- [47] Obadia Y. La prise en charge en médecine générale de ville des patients handicapés. Regards Santé N°6. ORS PACA, INSERM U 397. Mars 2005.

RÉSUMÉS

Résumé

Introduction : Le médecin généraliste est l'interlocuteur de première intention des patients en situation de handicap, et son implication dans le parcours de soins est nécessaire pour optimiser la prise en charge des patients en situation de handicap. Ce travail avait pour objectif d'évaluer les connaissances des médecins généralistes sur le handicap au Maroc. Il visait également à étudier les attitudes et pratiques des médecins généralistes et mesurer leur degré d'implication dans la prise en charge du handicap.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive, qui s'est déroulée dans tout le Maroc, et a ciblé les médecins généralistes exerçant dans le secteur public et privé, ainsi que les étudiants en médecine en 7^{ème} année. L'évaluation des connaissances, attitudes et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis du handicap a été réalisée à l'aide d'un questionnaire de 26 questions fermées et semi-ouvertes.

Résultats : 457 médecins ont été inclus dans l'étude, dont 41.4% pratiquaient dans le secteur public, 26% dans le secteur privé, et 32.6% étaient des étudiants en fin de formation. L'âge moyen des participants était de 34,6 +/- 11 ans. 65.6% étaient de sexe féminin. Ils avaient une moyenne d'années d'expériences de 11,4 +/- 9 ans, et 41.2% avaient des personnes handicapées dans l'entourage. 92.3% des médecins n'avaient aucune idée sur la prévalence des personnes en situation de handicap au Maroc, et plus de 91% affirment n'avoir jamais reçu de formation sur le handicap ni durant le cursus des études médicales, ni dans le cadre de la formation continue. 17.9% des médecins n'ont jamais entendu parler de spécialité de médecine physique et de réadaptation, et 56.7% ne connaissent aucun MPR dans leur entourage professionnel. 86.5% de notre échantillon estiment que le médecin généraliste a un rôle important dans la PEC du handicap, surtout dans le soutien psychologique des PSH (82.5%), la coordination avec les différents intervenants (80.5%), le traitement des maladies communes surajoutées (79.2%), dépistage et traitement des complications (72.1%) et enfin le diagnostic du handicap (70.1%). Mais 54.5% des médecins jugent le contact avec les PSH plutôt difficile, et la majorité d'entre eux se plaint de plusieurs difficultés dont le manque de moyens et de formation pour 72% des médecins, et des problèmes de communication pour 51%. Toutes ces données font que la majorité des médecins (66.3%) adresse les PSH vers des kinésithérapeutes pour une PEC spécialisée, alors que seulement 24.2% les adressent vers les MPR.

Conclusion : Les résultats observés dans notre étude soulignent clairement la nécessité d'intégrer des modules spécifiques sur le handicap dans les cursus des études médicales, et former davantage de médecins généralistes sur la PEC du handicap, et les sensibiliser sur l'existence et le champ de compétences des MPR.

Abstrat

Introduction: The general practitioner is the first-line interlocutor of patients with disabilities, and his involvement in the care process is necessary to optimize the care of patients with disabilities. The aim of this work was to assess the knowledge of general practitioners on disability in Morocco. It also aimed to study the attitudes and practices of general practitioners and to measure their degree of involvement in the management of disability.

MATERIALS AND METHODS: This is a cross-sectional study with a descriptive aim, which was carried out throughout Morocco and has targeted general practitioners both in the public and private sectors, as well as medical students in their 7th year . The assessment of the knowledge, attitudes and practices of general practitioners concerning disability was carried out using a questionnaire of 26 closed and semi-open questions.

RESULTS: 457 physicians were included in the study, 41.4% of whom were in the public sector, 26% in the private sector, and 32.6% were medical students reaching the end of their training. The average age of participants was 34.6 +/- 11 years. 65.6% were female. They had an average of 11.4 +/- 9 years in years of experience. 41.2% had people with disabilities in their entourage. 92.3% of doctors had no idea about the prevalence of people with disabilities in Morocco, and more than 91% stated that they had never received training on disability neither during their medical studies curriculum nor as practicing doctor. 17.9% of physicians have never heard of a specialty in physical medicine and rehabilitation, and 56.7% do not know of any PRM in their professional environment. 86.5% of our sample believed that the general practitioner had an important role in the medical care of people with disabilities, especially in the psychological support of the patients (82.5%), the coordination with the various contributors (80.5%), the treatment of superimposed common diseases 79.2%), screening and treatment of complications (72.1%) and diagnosis of disability (70.1%). But 54.5% of physicians find contact with patients with disabilities rather difficult, and 32.6% feel discomfort with them. The majority of them complained about several difficulties, 72% of doctors complained about the lack of means and training. 51% had issues with communication. All these data mean that the majority of physicians (precisely 66.3%) refer HHPs to physiotherapists for a specialized medical care, while only 24.2% refer them to RPMs.

Conclusion: The results observed in our study clearly highlight the need to integrate specific modules on disability into the curriculum of medical studies. It is crucial to train more general practitioners to be able to attend to people with disabilities and to make them aware of the existence of MPRs and knowledge in the field.

ملخص

العنوان: معارف، معاملات وممارسات الأطباء العامين في مجال الإعاقة بالمغرب

مقدمة: يعتبر الطبيب العام الواجهة الأولى للمرضى في وضعية إعاقة عند طلبهم للتطبيب، ويعتبر دمجهم في المسار الطبي أساسيا لتحسين جودة الخدمات الصحية للمرضى في وضعية إعاقة. يهدف هذا البحث إلى تقييم معارف الأطباء العامين عن الإعاقة بالمغرب، إضافة إلى دراسة معاملاتهم وممارساتهم تجاه المرضى في وضعية إعاقة ومدى اندماجهم في رعاية هاته الفئة.

استهدفت الدراسة جميع الأطباء العامين في المغرب، سواء العاملين في القطاع العام أو الخاص. إضافة إلى طلبة السنة السابعة الذين يجرون تداريبهم في المستشفيات الجهوية للمملكة. اعتمدنا في تقييمنا لمعارف، معاملات وممارسة الأطباء العامين تجاه الإعاقة على استبيان يضم 26 سؤالاً مغلقاً ونصف مفتوح.

النتائج: استهدفت الدراسة 457 طبيباً عاماً، 41.4% يعملون في القطاع العام، و26% في القطاع الخاص. بينما 32.6% من طلبة السنة السابعة. معدل سن الأطباء المشاركين هو 36.6 +/- 11 سنة. و 65.6% من المشاركين إناث. معدل سنوات التجربة في الميدان الطبي هو 11.4 +/- 9 سنوات، و 41.2% من الأطباء المشاركين في الدراسة لديهم شخص في وضعية إعاقة في محيطهم القريب. 92.3% من الأطباء ليس لديهم أدنى فكرة عن نسبة الأشخاص في وضعية إعاقة بالمغرب، وأكثر من 91% لم يستفيدوا من أي تكوين حول الإعاقة سواء خلال دراستهم الطبية أو بعد التخرج في إطار التكوين المستمر. 17.9% من الأطباء المشاركين في الدراسة لم يسمعوا من قبل عن تخصص الطب الفيزيائي والتأهيل الوظيفي من قبل، و 56.7% لا يعرفون أي اختصاصي في الطب الفيزيائي في محيطهم المهني. 86.5% من عينة الدراسة تعتبر أن الطبيب العام يملك دوراً أساسياً في مواجهة الإعاقة، ويتمثل هذا الدور أساساً في الدعم النفسي للمرضى في وضعية إعاقة (82.5%)، وفي التنسيق مع مختلف الفاعلين في المجال (80.5%)، وفي علاج الأمراض الشائعة المضافة (79.2%)، كشف وعلاج المضاعفات (72.1%)، وأخيراً تشخيص الإعاقة (70.1%). ولكن رغم هذا الاهتمام بالمرضى في وضعية إعاقة، فإن 54.5% من الأطباء يعتبرون التعامل معهم صعباً، و 32.6% يشعرون بالحرج أمامهم، كما تعاني أغليبتهم من مشاكل أهمها نقص الإمكانيات والتكوين بالنسبة لـ 72% من الأطباء، ومشاكل في التواصل بالنسبة لـ 51% منهم. كل هذه المعطيات تؤدي إلى كون 66.3% من الأطباء يوجهون المرضى في وضعية إعاقة لأخصائيي الترويض الطبي من أجل العلاج، بينما 24.2% منهم فقط يوجهونهم إلى اختصاصيي الطب الفيزيائي والتأهيل الوظيفي.

الخاتمة: نتائج هذه الدراسة تبين بشكل واضح ضرورة إدماج وحدات عن الإعاقة في مسار تكوين الأطباء العامين، وإعدادهم للتعامل مع الإعاقة، وتوعيتهم بوجود اختصاصيي الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل.



المملكة المغربية
جامعة سيدي محمد بن عبد الله
كلية الطب والصيدلة بفاس



أطروحة رقم: 17/147

سنة 2017

معارف، معاملات وممارسات الأطباء العاميين
في مجال الإعاقة بالمغرب

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2017/06/29

من طرف

السيدة: شيماء الرحموني

المزادة في 27-06-1991 بفاس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الإعاقة - الأطباء العاميين - الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل - التكوين

اللجنة:

الرئيس السيد ابراهيمي سيدي عادل

أستاذ في علم أمراض الجهاز الهضمي

المشرف السيد عبد الرزاق حجيوي

أستاذ مبرز في الطب الفيزيائي والتأهيل الوظيفي

أعضاء { السيد نبيل قنجاج

أستاذ في علم التخدير والإنعاش

..... السيد ملاس نوفل

أستاذ مبرز في علم الأنكولوجيا الطبية

..... السيدة مريم فرطاسي

أستاذة مبرزة في الطب الفيزيائي والتأهيل الوظيفي