



ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ ⵏ ⵓⴽⴰⵏⵏ ⵏ ⵓⴽⴰⵏⵏ ⵏ ⵓⴽⴰⵏⵏ
Université Sidi Mohamed Ben Abdellah

Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة

ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ ⵏ ⵓⴽⴰⵏⵏ ⵏ ⵓⴽⴰⵏⵏ ⵏ ⵓⴽⴰⵏⵏ
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2019

Thèse N°167/19

CARTOGRAPHIE REGIONALE DE L'OFFRE DE SOINS EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION DANS LA REGION DE DRAA-TAFILALET

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 26/09/2019

PAR

Mme. MAGGOURI LOUBNA

Née le 27 JUILLET 1992 à ERRACHIDIA

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Rééducation-Réadaptation-Offre de soins- Personnes en situation de handicap - Cartographie- Région de Draa-Tafilalet

JURY

M. FARIH MY HASSAN		PRÉSIDENT
Professeur D'Urologie		
M. HAJJIOUI ABDERRAZAK.....		RAPPORTEUR
Professeur agrégé de Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle		
M. RIDAL MOHAMED.....	}	JUGES
Professeur agrégé d'Oto-Rhino-Laryngologie		
M. TACHFOUTI NABIL.....	}	MEMBRES ASSOCIÉS
Professeur agrégé d'Epidémiologie		
M. BENNANA Ahmed.....		
Professeur de Management Pharmaceutique		
M. SALMI KHALED.....		
Directeur Régional de la Santé de Draa-Tafilalet		

A decorative rectangular border with intricate black and white floral and scrollwork patterns, framing the central text.

SOMMAIRE

Plan

Abréviation	6
Liste des figures	8
Liste des tableaux	9
I. Introduction :.....	14
1.1 Contexte de l'étude :.....	14
1.2 Problématique de l'étude :	16
1.3 Objectifs de l'étude :.....	19
II. Généralités :.....	21
2.1 Système de santé au Maroc :.....	21
2.1.1 Organisation du système de santé (secteurs) :.....	21
2.2 Offre de soins :	23
2.2.1 Définition :.....	23
2.2.2 Les réseaux des établissements de soins de santé de base :	23
2.2.3 Le Réseau des établissements hospitaliers :	24
2.2.4 Le réseau intégré des soins d'urgence médicale (RISUM) :	27
2.2.5 Le réseau des établissements médico-sociaux (REMS) :.....	30
2.3 L'Offre de Soins de rééducation et réadaptation :.....	31
2.4 Handicap :.....	35
2.4.1 Définition :.....	36
2.4.2 Etymologie :.....	37

2.4.3	Classifications du Handicap :	38
2.4.4	L'offre de soins de handicap au Maroc :	43
2.5	Rééducation et réadaptation :	44
2.5.1	De la naissance du mot à la construction du concept :	44
2.5.2	Histoire de naissance de rééducation au Maroc :	48
2.5.3	Instauration du programme de réhabilitation au Maroc :	48
2.5.4	L'équipe de médecine physique et de réadaptation :	50
2.6	La région de Draa-Tafilalet :	57
2.6.1	Présentation de la région de Draa-Tafilalet :	57
2.6.2	Caractéristiques démographiques :	60
2.6.3	Démographie :	61
2.6.2	Offre de soins au niveau de la région de Draa - Tafilalet :	68
III.	Matériel et méthode :	74
3.1	Type d'étude :	74
3.2	Collecte de données :	74
3.3	Outil :	75
3.4	Procédure :	75
3.5	Présentation de l'étude:	75
IV.	Résultats :	77
4.1	Les infrastructures :	77
4.1.1	Répartition des structures de réadaptation dans la RDT par niveaux de soins :	77

4.1.2 Répartition des structures de réadaptation dans la RDT par province	79
4.1.3 Répartition des structures de réadaptation dans la RDT par réseaux de soins	80
4.1.4 La panoplie des services de réadaptation disponibles dans la RDT	81
4.2 Ressources humaines publiques	85
4.2.1 Répartition des ressources humaines en réadaptation par province dans la RDT.....	88
4.2.2 Répartition des ressources humaines en réadaptation par réseau de soins de santé.....	88
4.3 Equipement.....	90
4.4 Financement	100
V. DISCUSSION	102
VI. RECOMMANDATIONS.....	115
VII. CONCLUSION	118
VIII. RESUMES	120
IX. ANNEXES	127
X. BIBLIOGRAPHIE.....	139

Abréviation

RDT : Région de Draa – Tafilalet.

CIF : Classification Internationale de Fonctionnement.

CIPR : Centre Intègre Provinciale de Rééducation.

CIRAR : Centre Régional Intégré de Rééducation et d'Appareillage Orthopédique.

MPR : Médecine Physique et Réadaptation.

ODD : Objectives de Développement Durable.

OMS : Organisation Mondiale de Santé.

PSH : Personne en Situation d'Handicape.

REMS : Le Réseau des Etablissements Médico-Sociaux.

RESSP : Le Réseau des Etablissements de Soins de Santé Primaires.

RISUM : Le Réseau Intégré des Soins d'Urgence Médicale.

RH : Le Réseau Hospitalier.

SROS : Schémas Régional de l'Offre de Soins.

INDH : Initiative Nationale de Développement Humain.

ESSB : Etablissements de Soins de Santé de Base.

CRDPH : Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

HR : Hôpital Régional.

HP : Hôpital Provincial.

HPR : Hôpital de Proximité.

CS : Centre de Santé.

UMP : Urgences Médicales de Proximité.

UPU : Urgences Pré-Hospitalières.

UMH : Urgence Médico-Hospitalière.

UMHB : Urgence Médico-Hospitalières de Base.

UMHC : Urgence Médico-Hospitalière Complète.

UMHS : Urgence Médico-Hospitalière Spécialisée.

SMUR : Service Médicaux d'Urgence et de Réanimation.

HELISMUR : Services Médicaux Hélicoptés.

Liste des figures

FIGURE 1 : ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE AU MAROC	22
FIGURE 2 PYRAMIDE DE L'OFFRE DE SOINS AU MAROC	27
FIGURE 3 : SCHEMA DE LA FILIERE DE SOINS EN READAPTATION.....	34
FIGURE 4: LE MODELE TRIDIMENSIONNEL DU HANDICAP SELON WOOD 1980.....	39
FIGURE 5: LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT, DU HANDICAP ET DE LA SANTE.....	40
FIGURE 6 : PRESENTATION DU PROCESSUS DE PRODUCTION DES HANDICAPS	47
FIGURE 7: AFFICHE DE LANCEMENT DE FORMATION DE L'ERGOTHERAPIE EN SEPTEMBRE 2017	55
FIGURE 8: CARTE DE LA REGION DE DRAA-TAFILALET	59
FIGURE 9 : POPULATION EN SITUATION D'HANDICAPE PAR DEFICIT MOTEUR DANS LA REGION	61
FIGURE 10: POPULATION EN SITUATION DE HANDICAP PAR DEFICIT MENTAL DANS LA REGION	62
FIGURE 11 : POPULATION EN SITUATION DE HANDICAP POUR LE DEFICIT AUDITIF PAR PROVINCE	63
FIGURE 12: POPULATION EN SITUATION DE HANDICAP PAR DEFICIT VISUEL DANS LA REGION .	64
FIGURE 13: POPULATION EN SITUATION DE HANDICAP PAR SEXE, PAR TRANCHE D'AGES ET PAR MILIEU DE RESIDENCE.....	65
FIGURE 14 : NOMBRE DES ESSB PAR PROVINCE ET PREFECTURE DANS RDT	68

Liste des tableaux

TABLEAU 1: POPULATION GENERALE DANS LA REGION DE DRAA-TAFILALET	60
TABLEAU 2: PSH PAR MILIEU, SEXE ET PAR TRANCHE D'AGE ET TYPE DE HANDICAP DANS LA RDT	66
TABLEAU 3: EMSP DANS LA REGION DRAA-TAFILALT SELON LE MINESTERE DE LA SANTE	69
TABLEAU 4: CAPACITE LITIERE PAR DISCIPLINE AU NIVEAU DE CHAQUE PROVINCE	70
TABLEAU 5: REPARTITON DES RESSOURCES HUMAINES DANS LA REGION DE DRAA-TAFILALT .	72
TABLEAU 6: REPARTITION DES RH PAR RESEAU DANS LA REGION	72
TABLEAU 7: REPARTITION DES STRUCTURES DE READAPTATION DANS LA RDT PAR NIVEAUX DE SOINS.....	78
TABLEAU 8: REPARTITION DES HOPITAUX GENERAUX PAR PROVINCE PAR CAPACITE LITIERE ET PAR CAPACITE LITIERE EN READAPTATION	79
TABLEAU 9: REPARTITION DES STRUCTURES DE READAPTATION DANS LA RDT PAR RESEAUX DE SOINS.....	81
TABLEAU 10: PANOPLIE DES SERVICES DE READAPTATION DANS LA RDT PAR RESEAU DE SOINS DE SANTE	83
TABLEAU 11: PANOPLIE DES SERVICES DE READAPTATION DANS LA RDT PAR PREFECTURES ET PROVINCES	84
TABLEAU 12: RESSOURCES HUMAINES SPECIALISEES EN READAPTATION DANS LA RDT.....	86
TABLEAU 13:REPARTITION DES RESSOURCES HUMAINES EN READAPTATION PAR NIVEAU DE SOINS.....	87
TABLEAU 14: REPARTITION DES RESSOURCES HUMAINES EN READAPTATION PAR PROVINCE DANS LA RDT.....	88
TABLEAU 15: REPARTITION DES RESSOURCES HUMAINES EN READAPTATION PAR RESEAU DE SOINS DE SANTE	89

TABLEAU 16: EQUIPMENT AU NIVEAU DE LA PROVINCE D'ERRACHIDIA	90
TABLEAU 17: EQUIPMENT AU NIVEAU DE LA PROVINCE DE MIDELT.....	92
TABLEAU 18: EQUIPMENT AU NIVEAU DE LA PROVINCE D'OUARZAZATE.....	94
TABLEAU 19: EQUIPMENT AU NIVEAU DE LA PROVINCE DE TINGHIR.....	96
TABLEAU 20: EQUIPMENT AU NIVEAU DE LA PROVINCE DE ZAGORA.....	98
TABLEAU 21: ESTIMATION DU NOMBRE DE LITS EN MEDCINE PHYSIQUE ET EN REEDAPTATION DANS LA RDT	103
TABLEAU 22: ESTIMATION DE NOMBRE DE LITS EN MPR NECESSAIRE POUR LA RDT	104
TABLEAU 23: REPARTITION DES SPECIALISTES EN MPR AU NIVEAU NATIONAL	106
TABLEAU 24: RATIO DES EFFECTIFS PAR RAPPORT A LA POPULATION GENERALE ET LES PSH	108
TABLEAU 25: PARTICULARITES EN PSH, RESSOURCES HUMAINES EN READPTATION ET DES STRUCTURES AU NIVEAU DES PROVINCES DE LA RDT	111

Glossaire Français –Anglais - Arabe

Abréviation	Version française	Version anglaise	Version arabe
OMS	Organisation Mondiale de la Santé	World Health Organisation	منظمة الصحة العالمية
MPR	Médecine Physique et de Réadaptation	Physical Medicine and Rehabilitation	الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل
PSH	Personne en Situation de Handicap	Person With Disabilities	أشخاص في وضعية إعاقة
CIF	Classification Internationale de Fonctionnement du handicap et de la santé	International Classification of Functioning of Disability and Health	التصنيف العالمي لوظائف الإعاقة والصحة
CIH	Classification Internationale du Handicap	International Classification of Disability	التصنيف العالمي للإعاقة
CIRAR	Centre Régional Intégré de Rééducation et d'Appareillage Orthopédique	Regional Integrated Center for Orthopedic Rehabilitation and Equipment	المركز الجهوي لإعادة التأهيل ومعدات العظام
CIPR	Centre Intégré Provincial de Rééducation	Integrated Provincial Rehabilitation Center	المركز الإقليمي المندمج لإعادة التأهيل

“Les personnes handicapées doivent pouvoir participer à la société sur un pied d'égalité avec les autres”

OMS - Convention relative aux droits des personnes handicapées



A decorative rectangular border with intricate black and white floral and scrollwork patterns surrounds the central text.

INTRODUCTION

I. Introduction :

1.1 Contexte de l'étude :

La question du handicap a connu ces dernières années un intérêt particulier au Maroc, traduit par la Haute sollicitude dont le Roi Mohammed VI n'a eu de cesse d'entourer les PSH [55]. Pour cela on a des réflexions et recommandations engendrées par l'enquête nationale sur le Handicap au Maroc [1], ainsi que par le rapport mondial de l'OMS sur le handicap [3], 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 [2]. 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.

En revenant à l'historique on trouve que le Maroc a ratifié en 2009 la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH) des Nations Unies [4] par conséquent le droit à la santé des PSH est devenu un droit humain fondamental.

Puis Dans la nouvelle constitution de 2011[5], et en plus de son préambule et des articles 20, 21, 31 et 154 qui parlent du droit à la vie et à la santé garanti pour tout citoyen, l'article 34 fait obligation aux pouvoirs publics d'élaborer et de mettre en œuvre les politiques visant à réhabiliter les PSH et à garantir leurs droits. C'est désormais un principe constitutionnel.

Ce principe s'est vu se concrétiser par l'adoption de la loi cadre n° 97-13[6],(annexe 1) relative à la protection et promotion des droits des PSH, inspirée par des orientations et des standards internationaux,qui consacre une grande partie au droit des PSH d'accéder des soins de santé et de réadaptation et de réinsertion de qualité et de proximité.

En 2015, le Plan d'Action National Santé et Handicap 2015-2021 [7] a été élaboré par le Ministère de la Santé, ayant pour objectif principal l'amélioration de l'accès des personnes en situation de handicap aux soins de santé de qualité et de proximité, et ce, à travers le renforcement et la mise en œuvre d'actions promotionnelles, préventives et de réadaptation.

En 2018, le plan santé 2025 [8] a été élaboré, basé sur une vision claire où le citoyen est au centre du système national de santé qui doit être cohérent pour une offre de soins organisée, de qualité accessible pour tous. Ce plan a comme objectif spécifique de réduire d'ici 2025 la proportion des personnes en situation de handicap ayant des difficultés d'accès aux soins de 25% par rapport à 2014.

En outre le plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 propose à l'OMS, aux États membres et aux partenaires, des actions qui ont pour objectif de renforcer et de développer la réadaptation. Les ODD et leur accent sur l'équité et la couverture de santé universelle, offrent une opportunité unique de mobiliser la communauté de la réadaptation ainsi que la communauté plus large de la santé, vers la réalisation de cet objectif, comme une étape essentielle pour assurer une vie en pleine santé et promouvoir le bien-être d'ici 2030 [9].

1.2 Problématique de l'étude :

On estime que plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap, sous une forme ou une autre, soit environ 15 % de la population mondiale (sur la base des estimations démographiques pour 2010). Ce chiffre est plus élevé que l'estimation antérieure de l'Organisation mondiale de la Santé, qui date des années 1970 et évoquait une proportion aux alentours de 10% [3].

Ce chiffre va augmenter dans les années à venir en raison des progrès réalisés dans les traitements médicaux et les systèmes de soins qui ont entraîné un taux plus élevé de survie aux maladies et aux traumatismes, avec comme conséquence, de nombreuses personnes continuant à vivre avec une certaine forme de déficience[9,53] Ceci, conjugué à l'augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles et au vieillissement de la population, implique une demande croissante en services de réadaptation[53].

Les personnes handicapées sont particulièrement vulnérables aux carences de services tels que les soins de santé, la réadaptation, le soutien et l'assistance.

La réadaptation est un ensemble d'interventions conçues pour réduire l'incapacité et optimiser le fonctionnement des individus souffrant de problèmes de santé en interaction avec leur environnement [50]. Ainsi, elle maximise une capacité de la personne à vivre, travailler et apprendre dans un environnement où elle vit.

La disponibilité d'une réadaptation accessible et abordable joue donc un rôle fondamental pour assurer une vie saine et promouvoir le bien-être de toutes les personnes ayant des problèmes de santé qui connaissent ou risquent de rencontrer des limitations en fonctionnement. Il existe un besoin important et croissant de service de rééducation dans le monde entier, ce qui est particulièrement profond dans les pays à revenu intermédiaire [51,52].

La prévalence du handicap au Maroc est de 5.12 %. Cette dernière concerne essentiellement une population jeune et active. Les causes du handicap sont dominées par les maladies acquises (38,4 %), les accidents et blessures (24,4 %). L'accès aux services de soins médicaux était la principale demande exprimée par 55,3 % des PSH. Les services de médecine physique et de réadaptation (MPR), pratiquement inexistant dans le secteur de santé public au Maroc. Selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) concernant les besoins en lits hospitaliers réservés aux soins de suite et de réadaptation, le Maroc devrait assurer au minimum une offre de 2149 lits dédiés à la rééducation et réadaptation. En matière de ressources humaines, le Maroc compte quelques 70 médecins spécialistes, dont la plupart sont installés dans le secteur privé, et une vingtaine dans le secteur public qui travaillent dans des structures hospitalières ne disposant pas de lits d'hospitalisation relatifs aux activités de rééducation et de réadaptation. Ce manque en ressources humaines s'étend aussi aux professions paramédicales s'occupant de PSH[14].

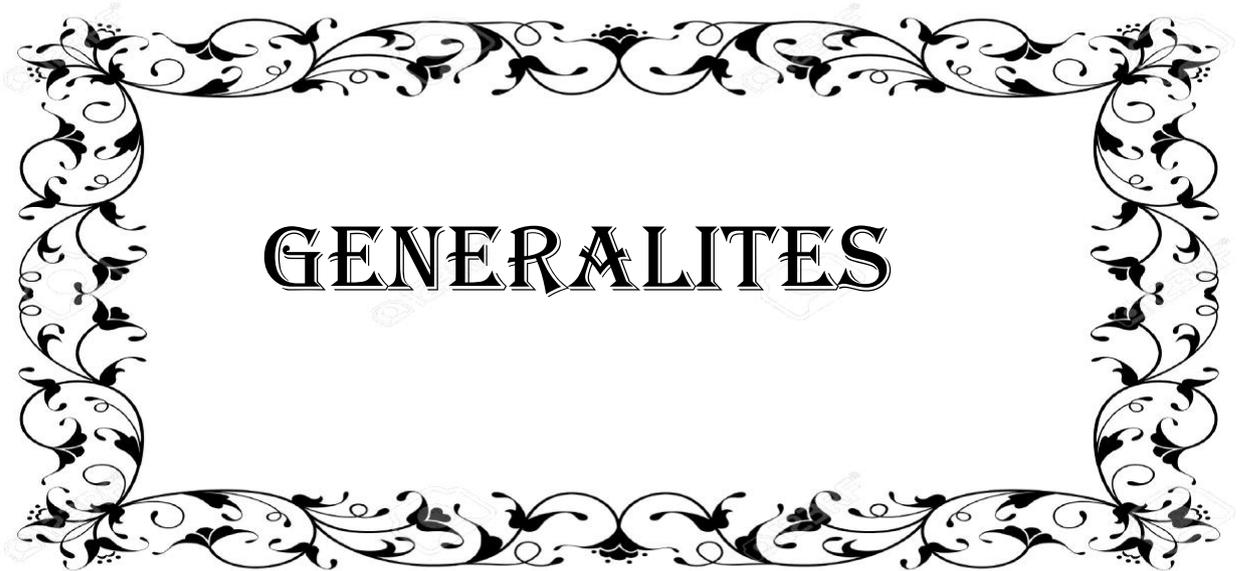
La recherche au niveau de la bibliographie montre le manque des études menées dans ce sens. Par conséquent, nous avons choisi de travailler sur cette thématique, notamment la cartographie de l'offre de soins en rééducation et réadaptation dans la région de Draa-Tafilalt dans le but de constituer une base de données et particulièrement montrer l'importance des infrastructures (les établissements, les lits...), des ressources humaines (médecin physique, kinésithérapeute...), du financement et des équipements existant au niveau de la région.

1.3 Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de l'étude est de décrire et montrer les données qui concernent l'offre de soins en rééducation et réadaptation dans la région de Draa-Tafilalet.

Les objectifs secondaires de notre étude sont les suivants :

- ✓ Mettre en valeur l'offre de soins en rééducation et réadaptation dans la région de Draa-Tafilalet.
- ✓ Aider le système de santé à corriger les déséquilibres régionaux et de maîtriser l'offre de soins en rééducation et réadaptation.
- ✓ Comparer les données entre les différentes régions du royaume en ce qui concerne l'offre de soins en rééducation et réadaptation, en outre combler les lacunes, actuelles, du système en matière de ressources humaines, matérielles et infrastructure.



II. Généralités :

2.1 Système de santé au Maroc :

« Le système de santé est constitué de l'ensemble des institutions, des ressources et des actions organisées pour la réalisation des objectifs fondamentaux de santé sur la base des principes suivants :

- L'égalité d'accès aux soins et services de santé ;
- La solidarité et la responsabilité de la population, dans la prévention la conservation et la restauration de la santé ;
- L'équité dans la répartition spatiale des ressources sanitaires ;
- La complémentarité intersectorielle ;
- L'adoption de l'approche genre en matière des services de santé.

La mise en œuvre de ces principes incombe principalement à l'Etat. » [54].

2.1.1 Organisation du système de santé (secteurs) :

Ce système est actuellement organisé autour de deux secteurs :

- **Le secteur public** : il comprend les ressources sanitaires du Ministère de la Santé, des Forces Armées Royales, des Collectivités Locales et d'autres départements ministériels.

- **Le secteur privé** : Le secteur privé englobe tous les cabinets de consultation, de diagnostic ou de soins exerçant sous un régime libéral. Ce secteur s'est bien développé au cours des vingt dernières années, mais reste davantage localisé dans les grandes agglomérations urbaines et très rarement dans le milieu rural.

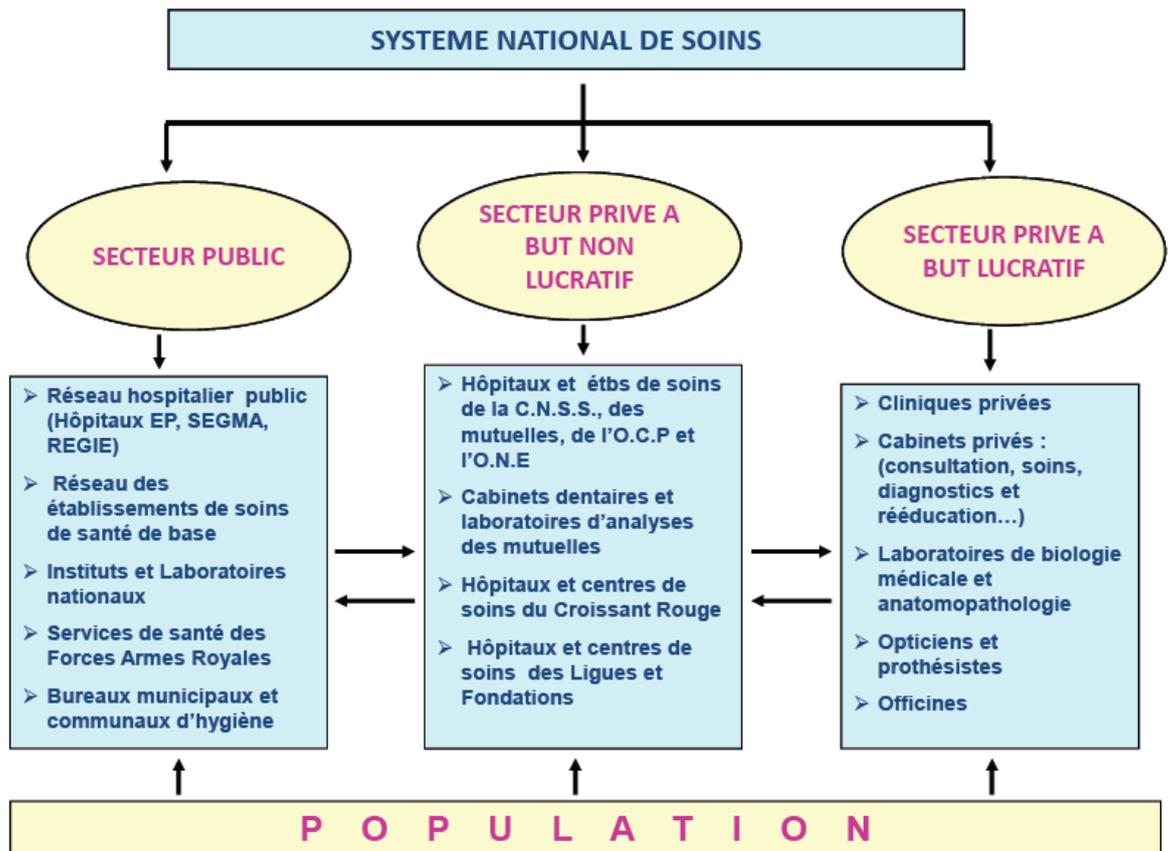


Figure 1: Organisation du système de santé au Maroc

Par ailleurs, les mutuelles sont des organismes à but non lucratif qui regroupent les ressources sanitaires de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), des Mutuelles (CNOPS) du Croissant Rouge Marocain (CRM), des ONG, etc.

Le système de santé au Maroc est composé du secteur public et secteur privé comme elle décrit la figure 1 ci-dessus[10].

2.2 Offre de soins :

2.2.1 Définition :

L'offre de soins est composée des infrastructures et des installations de santé fixes (correspondre à un établissement de santé)ou mobiles (comme les Unités Médicales Mobiles ou les moyens de transport sanitaire), relevant du secteur public et du secteur privé, des ressources humaines qui leurs sont affectées, ainsi que des moyens mis en œuvre pour produire des prestations de soins et de services en réponse aux besoins de santé des individus, des familles et des collectivités [11-54].

L'offre de soins de santé dans le secteur public est organisée en deux réseaux :

2.2.2 Les réseaux des établissements de soins de santé de base :

Le dispensaire rural : la plus petite structure de soins de base, connaît des problèmes d'efficacité. La question de son maintien est actuellement posée avec acuité en raison du faible paquet d'activités offert à ce niveau.

Le centre de santé : qui est une base nécessaire à la politique nationale des programmes sanitaires et aux actions de santé publique, est sous-utilisée par la population en raison de la qualité des services, aux problèmes d'accessibilité et la faible disponibilité des médicaments non liés aux programmes de santé publique.

L'hôpital local : quant à lui ne joue plus son rôle en tant que structure intermédiaire entre l'hôpital provincial et les ESSB en raison de la non fonctionnalité des plateaux techniques et l'absence d'équipes médicales et paramédicales conséquentes.

Ce type d'établissement reste le parent pauvre du développement de l'infrastructure. Il n'est pas ciblé dans les actions d'extension de la couverture du monde rural et ne bénéficie pas de la nouvelle réforme des hôpitaux vu son appartenance au ESSB.

Cependant, l'hôpital local doit rester surtout un élément clé pour le renforcement de l'infrastructure hospitalière en milieu rural.

Le Mode mobile : Ce moyen a été développé en raison des problèmes d'accessibilité aux structures fixes (configuration géographique, absence ou rareté des voies et des moyens de communication, régions enclavées...).

2.2.3 Le Réseau des établissements hospitaliers :

Au Maroc, les hôpitaux publics sont organisés selon une typologie qui repose sur trois critères: l'offre de soins, le mode de gestion et le niveau de recours.

Organisation des hôpitaux selon l'offre de soins : La nature de l'offre de soins permet de distinguer les hôpitaux généraux des hôpitaux spécialisés [10].

Niveaux d'offre de soins :

Au Maroc, l'offre de soins est organisée de façon pyramidale selon les niveaux de recours suivants :

- **Un niveau de premier recours** (ou de deuxième ligne) comprenant :

Hôpital local : qui constitue le premier niveau de référence dans la filière de soins hospitaliers. Il assure des soins hospitaliers de proximité.

Il dispense des prestations de soins et services dans les disciplines médicales essentielles qui sont : l'obstétrique, la pédiatrie, la médecine générale et la chirurgie générale et les prestations de soins d'urgences.

Centre hospitalier provincial ou préfectoral : qui comprend deux ou plusieurs hôpitaux généraux et/ou spécialisés. Il constitue, dans la limite territoriale de la province ou préfecture de son implantation, le deuxième niveau de référence dans la filière de soins hospitaliers.

Il assure les prestations portant sur les disciplines médicales essentielles précitées et dispense, en outre, des prestations de soins et services spécialisés dans les spécialités médicales suivantes : l'ophtalmologie, la psychiatrie, la pneumo-phtisiologie, la gastro-entérologie, la traumatologie orthopédique, l'oto-rhino-laryngologie, la stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, la cardiologie et la néphrologie.

- **Un niveau de deuxième recours** qui comprend :

Les hôpitaux régionaux : contenant un ou plusieurs hôpitaux généraux ou spécialisés de deuxième niveau dans la filière de soins hospitaliers et dessert la population de la région concernée.

Il assure les prestations rendues par le centre hospitalier provincial ou préfectoral et dispense des prestations de soins et services dans d'autres

spécialités médicales, notamment la chirurgie pédiatrique, la chirurgie réparatrice et plastique, l'urologie : la neurochirurgie, la rhumatologie, la neurologie et la médecine interne. [56]

- **Un niveau de troisième recours** qui est représenté par les centres hospitaliers universitaires (CHU).

Le CHU : offre des prestations médicales et chirurgicales courantes et spécialisées en urgence et ou en activités programmées. Il assume cette mission en partenariat avec la Faculté de Médecine et de Pharmacie et l'Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé. A ce titre, il concourt à l'enseignement clinique universitaire et postuniversitaire médical et pharmaceutique et participe à la formation pratique du personnel infirmier.

Les travaux de recherche médicale et des soins infirmiers sont menés en collaboration avec la Faculté de Médecine et de Pharmacie et les unités de formation et de recherche étrangères.

Le CHU concourt aussi à la réalisation des objectifs fixés en matière de politique de santé prônée par l'Etat [57].

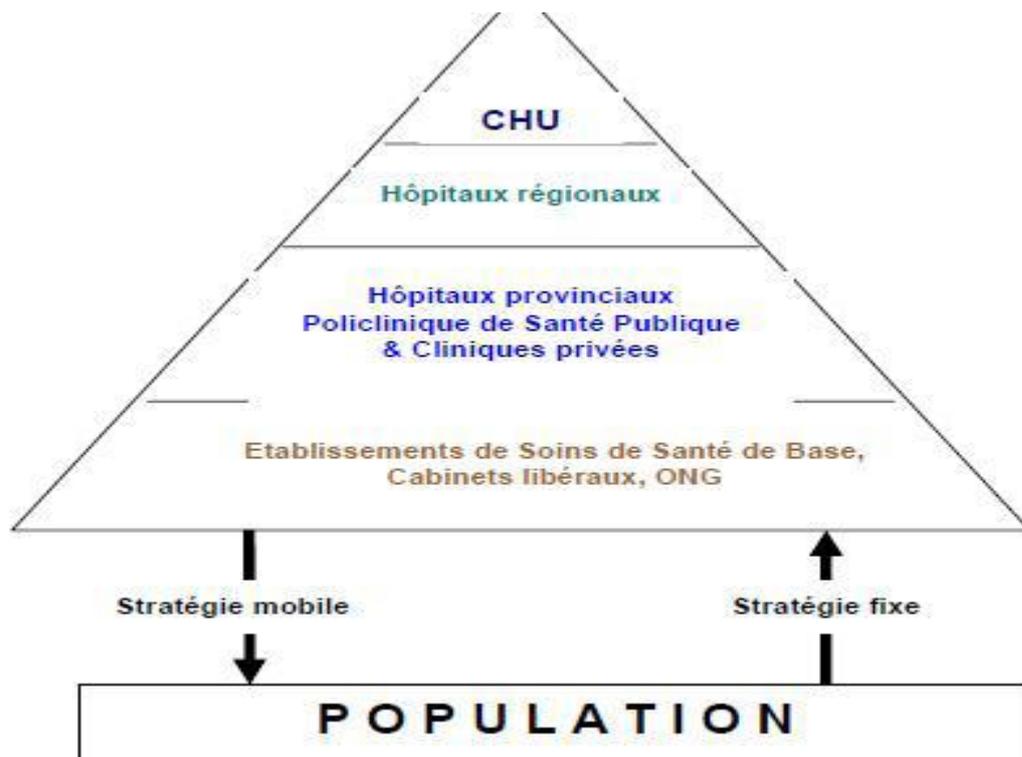


Figure 2: pyramide de l'offre de soins au Maroc

2.2.4 Le réseau intégré des soins d'urgence médicale (RISUM) :

Ce réseau permet aux malades, blessés, femmes enceintes et parturientes en état de détresse, une assistance médicale urgente, soit par le conseil, soit par l'orientation vers la structure sanitaire adaptée ou par la prise en charge médicale au moyen d'un vecteur adapté dans les meilleurs délais.

Le RISUM accomplit sa mission selon les trois modes suivants: UMP, UPH et UMH.

1. **Les Urgences Médicales de Proximité (U.M.P):** assurées par les centres de santé de deuxième niveau implantés dans les chefs-lieux de cercles.

Les fonctions de soins d'urgence sont préconisées à ce niveau (De F1 à F7) :

- F1: Permanence 24/24h (Garde ou Astreinte);
- F2 : Diagnostic clinique des détresses vitales ;
- F3 : Gestes et manœuvres de premier secours : massage cardiaque, aspiration/libération des voies aériennes supérieures, Oxygène, pose d'une perfusion, pose d'un garrot compressif, sonde vésicale, administration parentérale de médicaments vitaux (antalgique, sédatif, antispasmodique, antibiotique, etc.), suture de plaie simple, mise en condition de l'urgent pour son transfert à un niveau supérieur;
- F4 : Contention provisoire et immobilisation de fractures par attelles (minerves, attelles) ;
- F5 : Surveillance du patient (salle d'observation);
- F6 : Examen biologique de base : 3 paramètres (Automate): NFS, Glycémie, urée ; 3 paramètres (Bandelettes réactifs) albuminurie, glucosurie, acétonurie ;
- F7 : Transfert sanitaire simple 24/24H.

2. Les Urgences Pré-hospitalières (UPH): assurées par les moyens de transport de secours de base, les services médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR) et les services médicaux hélicoptérés (HELISMUR).

3. Les Urgences médico-hospitalière : qui comprennent les urgences médico-hospitalières de base assurées par les centres hospitaliers préfectoraux ou provinciaux, les urgences médico-hospitalières complètes assurées par les centres hospitaliers régionaux et les

urgences médico-hospitalières spécialisées assurées par les centres hospitaliers interrégionaux.

En plus des fonctions UMP on trouve 5 autres fonctions au niveau des urgences médico-hospitalières de base (De F8 à F12):

- F8 : Gestes de ressuscitation et de réanimation (F3 + Déchoquage cardio-vasculaire, sédation, intubation, ventilation, Sonde gastrique, monitoring) ;
- F9 : Examen complémentaire de Base : (F6 + Echographie, ionogramme, bactériologie, immunologie) ;
- F10 : Transfusion ;
- F11 : Hospitalisation ;
- F12 : Intervention chirurgicale (Bloc opératoire).

En plus des fonctions des UMHB on trouve les 4 autres fonctions suivantes au niveau des urgences médico-hospitalières complètes (De F13 à F16) :

- F13 : Fonction de réanimation hospitalière polyvalente (prise en charge complète des défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital) ;
- F14 : Examens complémentaires complets : (F11 + TDM/IRM, explorations fonctionnelles ou invasives, virologie...) ;
- F15 : Transfert SMUR en plus de F9 ;
- F16 : Régulation des appels médicaux [11].

2.2.5 Le réseau des établissements médico-sociaux (REMS) :

Le réseau des établissements de santé médico-sociaux est destiné à la prise en charge médicale avec un accompagnement social des personnes à besoins spécifiques.

Les prestations de soins fournies par ce réseau peuvent être rendues avec ou sans hébergement.

Les établissements médico-sociaux sont créés dans le cadre des schémas régionaux de l'offre de soins, soit par le ministère de la santé, soit en partenariat avec d'autres acteurs publics ou privés.

Il est composé des :

- ❖ Centres dits espaces « santé-jeunes » ;
- ❖ Centres de rééducation physique, d'orthoptie et d'orthophonie ;
- ❖ Centres d'appareillage orthopédique ;
- ❖ Centres d'addictologie ;
- ❖ Centres médico-universitaires ;
- ❖ Centres de soins palliatifs [59].

2.3L'Offre de Soins de rééducation et réadaptation :

a) Définitions:

La Médecine Physique et de Réadaptation : La Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) est une spécialité médicale indépendante, officialisée par l'OMS au plan international en 1968. C'est une discipline bio-psycho-sociale qui a pour rôle de coordonner et d'assurer la mise en application de toutes les mesures visant à prévenir ou à réduire, au minimum inévitable, les conséquences fonctionnelles, physiques, psychiques, sociales et économiques des déficiences et/ou des incapacités. Il s'agit donc, d'une discipline transversale, polyvalente, ayant pour vocation de prendre en charge le malade dans sa globalité et qui vise à préserver et/ou à restaurer son niveau fonctionnel et son autonomie [35].

b) Filière de soins de réadaptation :

La filière de soins décrit une trajectoire ou organisation de soins pour une pathologie ou un diagnostic donné pour un patient standard, trajet linéaire entre les soins aigus, la réadaptation, la prise en charge ambulatoire et le retour à domicile, identique pour tous les patients présentant une même pathologie.

Les établissements ou les services de réadaptation développent des modes de prise en charge pour le retour à l'autonomie des patients suite à une intervention chirurgicale ou d'un accident de santé. Ils interviennent dans l'accompagnement de personnes atteintes de maladies chroniques pour favoriser leur autonomie face à la maladie et améliorer leur qualité de vie.

Ils assurent des missions de prévention, de soins de suite, de rééducation/réadaptation et de réinsertion sociale.

Ces services sont positionnés entre l'hospitalisation de courte durée et le retour du patient au domicile ou dans le secteur médico-social et contribuent à la fluidification des filières de soins.

La filière ou parcours de soins en MPR consiste en différents modes de prise en charge selon l'état du patient :

- **EN PHASE AIGUE** : conséquence d'un traumatisme, d'une opération orthopédique, d'une complication d'une maladie chronique, d'accident cardio-vasculaire ou autre.
 - Le patient nécessite une hospitalisation, souvent aussi un passage en soins intensifs.
 - Le patient est ensuite dirigé vers un service de MPR, le plus souvent avec hospitalisation, ou à défaut, de type ambulatoire.
- **EN PHASE POST-AIGUE** : le patient est stabilisé et présente des incapacités ou des limitations fonctionnelles qui font l'objet du plan de réadaptation, le but étant de les réduire, de récupérer un maximum d'autonomie, de prévenir les complications liées à l'immobilisation et à l'affection causale, adapter l'environnement aux besoins du patient, aider la famille et les proches, assurer la restauration physique, sociale et psychique du patient pour son retour dans son milieu de vie.
- **EN PHASE CHRONIQUE** : le patient a surtout besoin d'un appui à la réinsertion familiale, sociale et professionnelle, avec un service de réadaptation minimum.

- Le patient est pris en charge généralement dans une structure de soins de base, équipée ou non d'un service de kinésithérapie de base.
- Les services généraux de la structure (médecin généraliste, infirmière) coordonnent avec d'autres entités disponibles (associations, services à domicile, institutions éducatives, etc) l'adaptation de l'environnement, la réinsertion sociale et les besoins de suivi médical spécialisé.

L'entrée dans la filière de soins peut se faire à n'importe quel niveau et dans n'importe quelle structure (CS, centre spécialisé, hôpital).

Le concept de «filière de soins» implique le passage d'une structure à l'autre sur un mode organisé et sur base de protocoles. Le rôle de coordination est assuré par un médecin MPR ou à défaut par un médecin généraliste à qui le médecin MPR a délégué certaines tâches.

Le concept de «filière de soins» suppose comme prérequis un système de communication efficace entre les structures. Le schéma suivant présente l'organisation de la filière de soins de réadaptation [12].

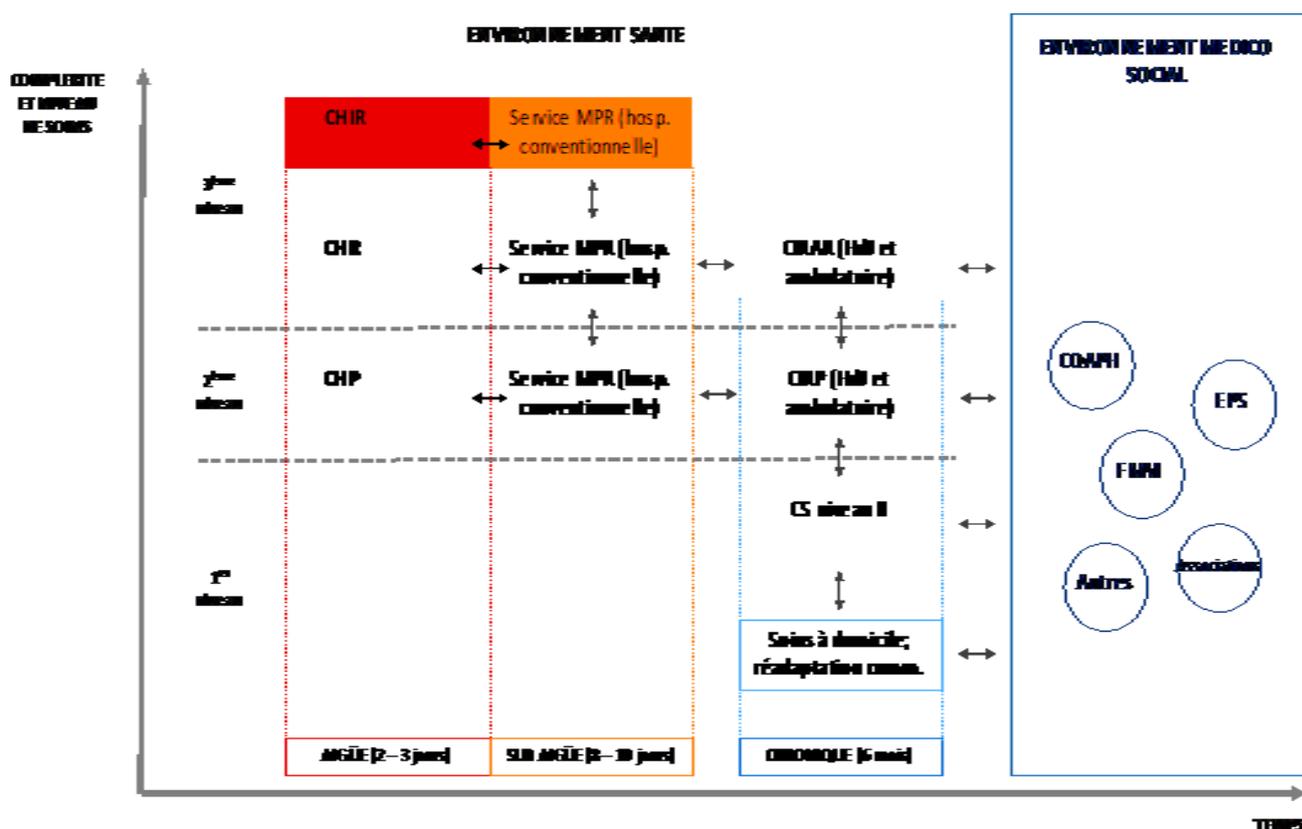


Figure 3:Schéma de la filière de soins en réadaptation

c) L'offre de soins en rééducation et réadaptation au Maroc :

L'accès aux services de soins médicaux était la principale demande exprimée par 55,3 % des PSH. Les services de médecine physique et de réadaptation (MPR), pratiquement inexistant dans le secteur de santé public au Maroc. Selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) concernant les besoins en lits hospitaliers réservés aux soins de suite et de réadaptation, le Maroc devrait assurer au minimum une offre de 2149 lits dédiés à la rééducation et réadaptation. En matière de ressources humaines, le Maroc compte quelques 70 médecins spécialistes, dont la plupart sont installés dans le secteur privé, et une vingtaine dans le secteur

public qui travaillent dans des structures hospitalières ne disposant pas de lits d'hospitalisation dédiés aux activités de rééducation et de réadaptation. Ce manque en ressources humaines s'étend aussi aux professions paramédicales s'occupant de PSH [13].

Au Maroc, la politique de santé actuelle est basée sur la prise en charge essentiellement ambulatoire des personnes en situation de handicap. En effet, l'offre en rééducation et réadaptation dans le secteur public est quasi limitée à des centres ambulatoires dits de «rééducation et d'appareillage», n'offrant pas de possibilité d'hébergement pour les patients. Cependant, les personnes en situation de handicap notamment moteur (majoritairement en milieu rural) sont dans l'incapacité de se déplacer, avec leurs propres moyens, tous les jours vers ces centres ambulatoires souvent éloignés de leur lieu de résidence, ce qui explique l'exclusion d'un grand nombre de patients de ce type de prise en charge [14].

2.4 Handicap :

Le handicap est universel. Tout le monde est susceptible d'être victime d'un handicap directement ou d'avoir un membre de sa famille qui éprouve des difficultés à fonctionner à un moment ou à un autre de sa vie, surtout lorsqu'elles vieillissent. Suivant la Classification internationale du fonctionnement, le « Handicap » est un terme vaste, qui recouvre les déficiences, les limitations fonctionnelles et les restrictions de participation, et se rapporte aux aspects négatifs de l'interaction entre un individu ayant un problème de santé et les facteurs contextuels (environnementaux et

personnels). Ainsi, le handicap n'est ni simplement un phénomène biologique ni simplement un phénomène social [15].

2.4.1 Définition :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la personne handicapée comme, «un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises» [16].

Au Maroc, la loi cadre n 97-13 relative à la protection et à la promotion des personnes en situation de handicap définit le handicapé comme «toute personne présentant, de façon permanente, une limitation ou une restriction, qu'elle soit stable ou évolutive, dans ses facultés physiques, mentales, psychiques ou sensorielles, dont l'interaction avec divers barrières peut faire obstacle à leur pleine et affective participation dans la société sur la base de l'égalité avec les autres» [17].

Selon ces définitions, le terme "Handicap" renvoie à la limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement, causée par une déficience provoquant une limitation d'activité, permanente ou non, menant à des difficultés sociales et/ou professionnelles et une restriction de participation. Il exprime une déficience vis-à-vis d'un environnement, que ce soit en termes d'accessibilité, d'expression, de compréhension ou d'appréhension.

2.4.2 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" [18].

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) [19].

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 [20].

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 créé 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**».

2.4.3 Classifications du Handicap :

En 1980, Philip WOOD (1928–2008), médecin rhumatologue et épidémiologiste Anglais, introduisit une calcification conceptuelle déterminante dans la définition du handicap qui a été adoptée par l'OMS [21–22]. Il définit en effet le handicap comme la conséquence des maladies sur la personne, en l'analysant selon trois plans :

Déficience : Toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique (aspect biomédical).

Incapacité : Toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain (aspect fonctionnel).

Désavantage : conséquence de la déficience ou de l'incapacité sur les conditions d'insertion sociale, scolaire ou professionnelle. Le désavantage est la résultante de l'interaction entre la personne porteuse de déficience ou d'incapacité et l'environnement. Son importance est étroitement liée à la qualité de l'environnement, qui peut soit le minimiser, soit l'amplifier.

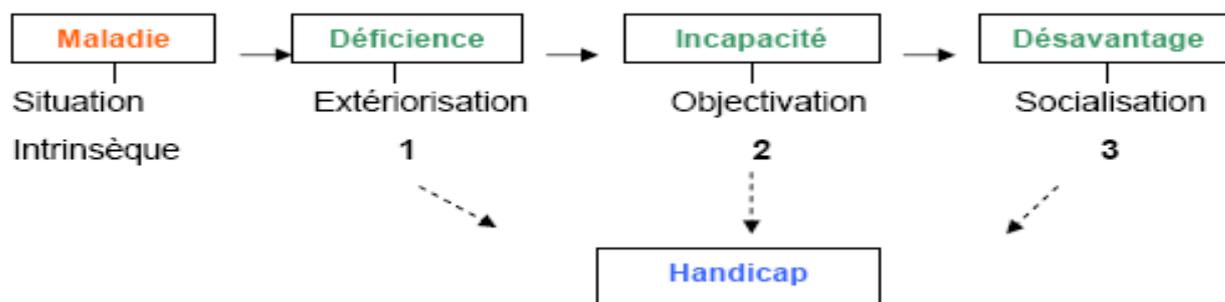


Figure 4: Le modèle tridimensionnel du Handicap selon Wood 1980

Cette définition, pourtant simple et pragmatique, a été largement critiquée notamment pour son caractère péjoratif se focalisant sur les aspects négatifs (plus axée sur les incapacités que sur les capacités résiduelles ou potentielles), et limitant le handicap à la personne elle-même sans prise en compte de son environnement.

Ces critiques ont mené en 2001 à une révision de la "Classification Internationale du Handicap (CIH)" afin de préciser le rôle des facteurs environnementaux dans la situation de handicap, et d'affirmer que l'invalidation est le résultat d'une interaction entre les possibilités d'un individu et son environnement. Ainsi, la CIH laisse la place à la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé)[23], qui a rattrapé les failles de la précédente, et fut adoptée par 200 pays.

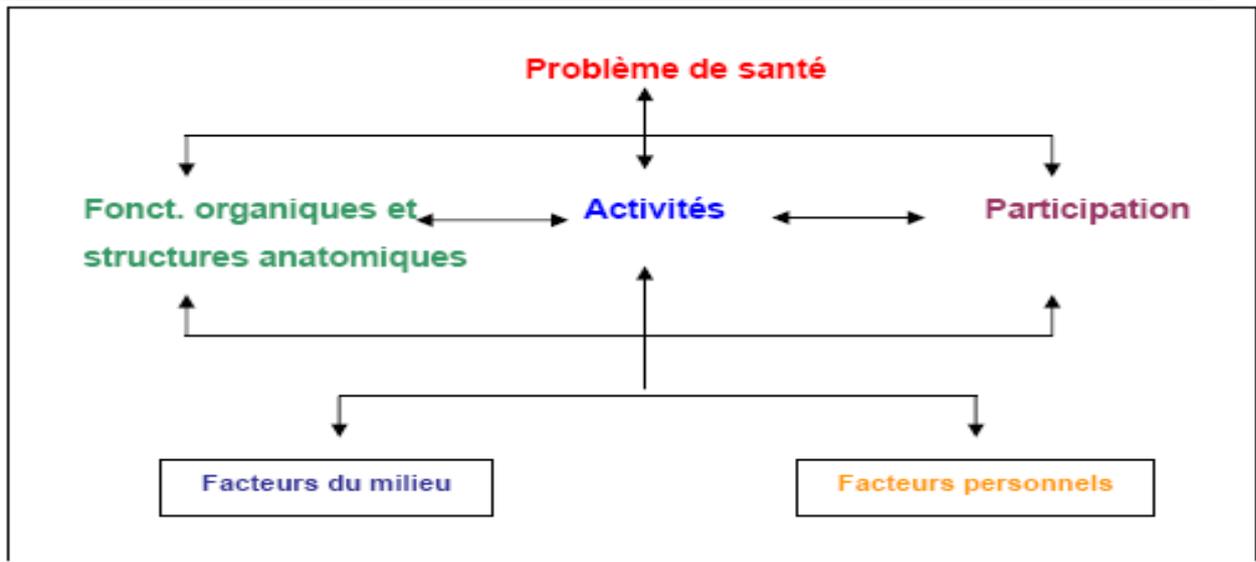


Figure 5:La Classification internationale du fonctionnement, dehandicap et de la santé

L'originalité de la CIF réside dans le fait qu'elle a pu unifier les différents modèles du handicap [24], le modèle biomédical (à la base de la première classification (CIH), et le modèle psychosocial prenant en compte les facteurs personnels (dont la dimension psychologique) et les facteurs environnementaux (dont les déterminants de société), offrant ainsi un modèle tridimensionnel assez complet du handicap dit "Modèle biopsychosocial".

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

- **Le problème de santé** : c'est le point de départ et correspond à tout événement anormal ou pathologique à l'origine d'une souffrance quelconque. Il peut s'agir d'une maladie, d'un traumatisme, du stress, du vieillissement, d'une anomalie génétique...etc. Ce problème de santé va se traduire par des symptômes et/ou des syndromes.
- **les structures anatomiques et les fonctions organiques** : elles désignent toute structure anatomique et toute fonction organique,

physiologique ou psychologique se trouvant altérées suite au problème de santé. C'est l'équivalent de la déficience dans la CIH. Par exemple, l'accident vasculaire cérébral (AVC) constitue un problème de santé qui va être à l'origine d'une lésion cérébrale (structure anatomique) et d'une altération de la fonction motrice, sensitive et langagière chez le patient. En d'autres termes, l'AVC est responsable d'une déficience motrice, d'une déficience sensorielle et d'une aphasie.

- **La limitation d'activité** : une activité désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne. Ainsi toute activité se trouvant limitée par l'altération des structures anatomiques ou des fonctions organiques est à rapporter. Si l'on revient à notre exemple, une altération de la fonction motrice serait responsable d'une limitation dans l'activité de marche ou de déambulation quand elle touche le membre inférieur, et d'une limitation dans l'activité de préhension et de manipulation d'objets quand elle touche le membre supérieur. C'est l'équivalent "moins péjoratif" de l'incapacité dans la CIH. En effet, quand on parle de limitation d'activité on sous-entend une certaine activité résiduelle conservée selon le degré de la limitation, ce qui permet de focaliser son attention sur ce que le patient peut encore faire plutôt que sur ce qu'il ne peut plus faire.

- **La restriction de participation** : une participation désigne l'implication dans une situation de vie réelle. C'est le résultat de l'interaction entre la personne et la société. Ainsi, une limitation dans l'activité de déambulation serait à l'origine d'une restriction de participation sociale. En effet, un patient ne pouvant marcher de façon efficace et autonome serait limité dans ses déplacements en extérieur et par conséquent aurait moins

d'interaction avec la société (cafés, marchés, rassemblements de famille...etc.). C'est l'équivalent "moins péjoratif" du désavantage dans la CIH.

- **Les facteurs environnementaux (externes)**: qui englobent tous les facteurs matériels (adaptations architecturales, moyens d'accessibilité, ressources financières, conditions climatiques...etc.), humains (la famille, les aidants et leurs rapports à la personne concernée), et moraux (attitudes sociales, us et coutumes, caractéristiques culturelles, dispositions légales...etc.), pouvant faciliter (facilitateurs) ou compliquer (obstacles) la vie de la personne en question. En effet, un paraplégique avec un fauteuil roulant bien adapté, vivant au rez-de-chaussée dans une ville très accessible aux fauteuils roulants, et disposant d'un véhicule adapté, d'une place de parking réservée, d'un poste de travail aménagé et d'une famille aidante, ne peut en aucun cas être assimilé à un paraplégique vivant au 4ème étage sans ascenseur dans un milieu social défavorable, sans aucune aide matérielle et sans couverture sociale.

- **Les facteurs personnels (internes)** : qui regroupent les différentes caractéristiques inhérentes à la personne pouvant influencer son handicap. On distingue les facteurs non modifiables tels que l'âge, le sexe, l'ethnie, le patrimoine génétique, la personnalité, la fragilité psychique...etc. et les facteurs modifiables sur lesquels on peut agir pour influencer la réhabilitation de la personne, notamment le mode de vie (sédentarité, tabac, alcool, alimentation, obésité...etc.), le niveau d'éducation et la profession.

Ainsi, la CIF apporte une vision complète du Handicap avec une analyse systématique des différentes problématiques causales et associées au handicap, tant sur le plan biologique, que psychologique et social. En tenant

compte des facteurs environnementaux impliqués dans le Handicap, cette classification a permis de transformer le terme «personne handicapée», en «personne en situation de Handicap», puisqu'une modification de l'environnement, pourrait influencer le degré du Handicap [24].

2.4.4L'offre de soins de handicap au Maroc :

Le système de santé marocain souffre énormément du manque des ressources humaines spécialisées dans la prise en charge de handicap et surtout des médecins spécialistes et des médecins généralistes capables de faire une prise en charge de qualité aux PSH. En effet, les spécialistes en Médecine Physique et en Réadaptation (MPR) n'excèdent pas une vingtaine dans le secteur public et une trentaine dans le secteur privé et sont malheureusement focalisés essentiellement dans quelques grandes villes du royaume (Casablanca, Fès, Marrackech, Oujda, El Houceima, Laayoune, Beni-Mellal, Tanger et Tétouan) [25].

En plus, la grande majorité 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, où le médecin généraliste représente le seul recours en cas de problème de santé et du fait de la quasi-absence de structures hospitalières publiques assurant la prise en charge des personnes souffrant de handicaps lourds et aboutissant à améliorer leur autonomie et à faciliter leur réintégration socio-familiale[26].

Par conséquent, ces patients sont souvent confiés directement à leurs familles, qui au moindre souci ne peuvent se tourner que vers le médecin du quartier dont le manque de compétences et de connaissances en matière de handicap lutte contre son pouvoir de les bien prendre en charge.

2.5 Rééducation et réadaptation :

2.5.1 De la naissance du mot à la construction du concept :

La «naissance de la réadaptation», selon l'expression d'Henri-Jacques Sticker [27], se situe après la première guerre mondiale, devant l'afflux des mutilés et autres victimes de la boucherie sanglante de 1914-1918. Ces nouveaux infirmes ont bénéficié d'un regard différent de la part de la nation qu'ils avaient si bien défendue. Héros et invalides à la fois, ils méritaient le respect et la considération, la société avait aussi un devoir de leur faire une place dans la nation qu'ils avaient contribué à sauver. Un droit nouveau s'est fait jour : celui de bénéficier d'une nouvelle chance, de se « réadapter », de retrouver une place, sinon «sa» place dans la vie sociale, dans la participation sociale collective. La guerre a ôté, il va falloir rendre. Le développement de la «prothèse» date de cette guerre. Mais la prothèse, ce n'est pas seulement ces morceaux de bois, de fer, de plastique qui remplacent la main ou le pied manquant.

C'est l'idémême que l'on peut remplacer[27]. Ainsi, la réadaptation apparaît comme le moyen de réinsérer, de réaliser un objectif : l'intégrationou, comme le propose la déclaration de Madrid de 2002 [28], par opposition à l'exclusion : l'inclusion.

Au lendemain de l'autre guerre mondiale qui a vu survivre un nombre encore plus grand de blessés, aux États-Unis, en 1947 une spécialité de réadaptation-médecine se crée à l'université de New-York avec une chaire confiée au Dr Howard Rusk [29]. La dénomination de «médecine physique», qui semble exclure les champs psychologiques et sociaux, sera l'objet de débats animés dès les origines de cette spécialité. Rusk fera accoler le terme de « réadaptation » en 1951 à celui de «médecine physique» pour décloisonner un énoncé alors ressenti comme réducteur. «If rehabilitation is going to ignore the emotional problems of the disabled, then I'll go back to internal medicine, which is my first love. We had a long discussion in which I explained again that rehabilitation was neither a purely psychiatric nor a purely physical-medicine concept; it was a total concept to meet the total needs of a disabled person» [29]. (Si la réadaptation doit ignorer les problèmes émotionnels des personnes handicapées, alors je retournerai à la médecine interne qui fut ma première passion.

Nous avons eu une longue discussion où j'expliquais de nouveau que la réadaptation n'était ni un pur concept psychologique, ni un pur concept de médecine physique, c'est un concept global pour prendre en compte les besoins globaux de la personne handicapée). C'est 20 ans plus tard, à Paris, qu'est créée la spécialité de Rééducation et réadaptation fonctionnelle et une chaire éphémère (1968) de rééducation motrice confiée au Pr André Grossiord. C'est dans sa leçon inaugurale, le 13 mars 1968, publiée aux Editions Masson, que les notions de rééducation et de réadaptation sont clairement exposées. «J'en dirai autant du mot «réadaptation» (il venait d'expliquer le sens du mot rééducation) dont la portée me paraît plus

générale, impliquant aussi les démarches de la réadaptation sociale. En fait, ces deux termes nous suffisent et nous pouvons laisser réhabilitation au vocabulaire pénal» [30].

La diffusion du mot s'est faite progressivement au fur et à mesure que «handicap» remplaçait «infirmes», «incapables» et «inadaptations». Plusieurs revues prenaient ce titre, c'est le cas de Réadaptation il y a plus de 50 ans, dans laquelle Jean Savy joua un très grand rôle et qu'il a dirigée jusqu'à la veille de sa mort ; Réadaptation fonctionnelle, professionnelle et sociale (Institut de réadaptation de Nancy), les Annales de médecine physique et de réadaptation, revue de la Société internationale de médecine physique et de réadaptation et la nôtre, le Journal de réadaptation médicale (JRM) aux Editions Elsevier Masson, dont nous fêtons les 30 ans en 2010.

Le mot figurera dans la définition européenne de cette spécialité : « La médecine physique et de réadaptation (MPR) a pour objectif de mettre en œuvre et de coordonner toutes les mesures visant à prévenir ou réduire, au minimum inévitable, les conséquences fonctionnelles, subjectives, sociales et, donc, économiques d'atteintes corporelles par maladie, accidents ou, du fait de l'âge». Au Québec, dans un remarquable rapport intitulé «A part égale» (1984) de l'Office des personnes handicapées du Québec, Patrick Fougere propose cela: «L'intervention d'adaptation ou de réadaptation est le regroupement, sous forme d'un processus personnalisé, coordonné et limité dans le temps, des différents moyens mis en œuvre pour permettre à une personne handicapée de développer ses capacités physiques et mentales et son potentiel d'autonomie sociale».

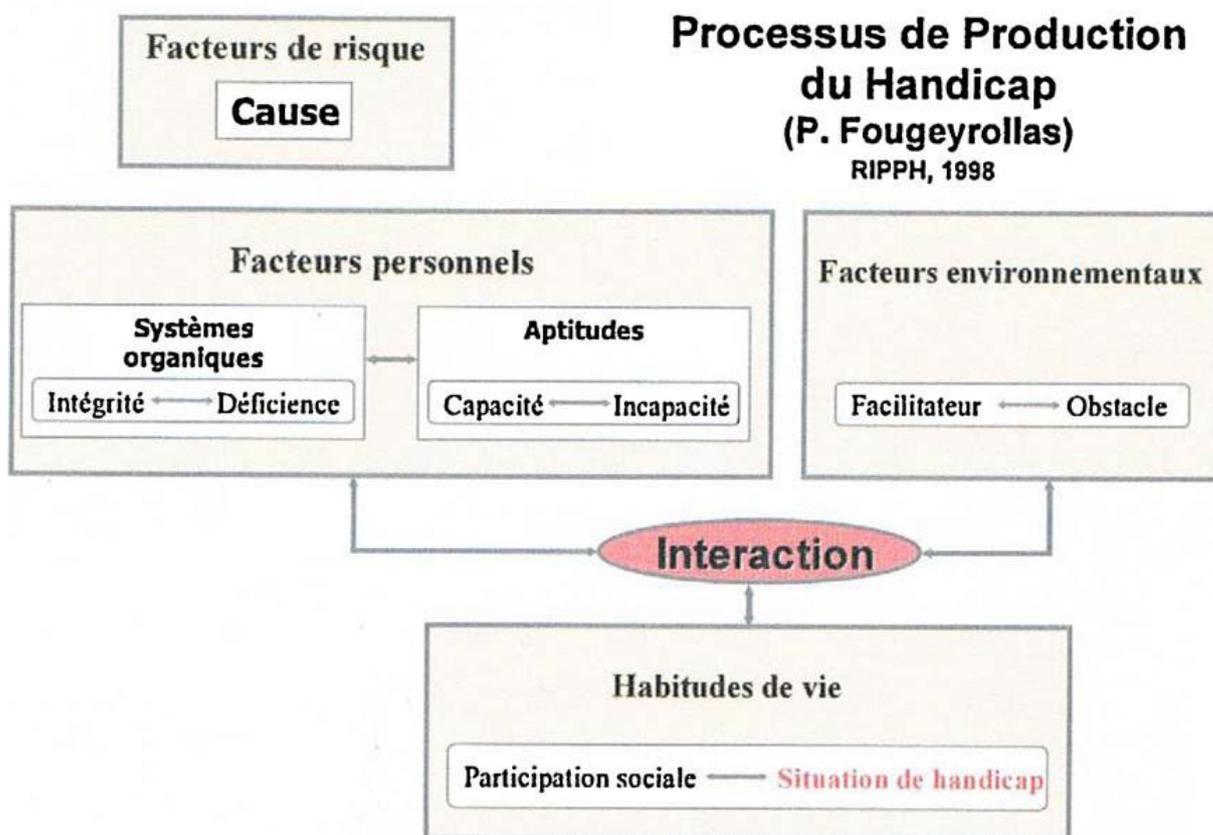


Figure 6 :Présentation du processus de production des hândicaps

Leschémaquébécois d'identification et non de classification comme il est dit du handicap, présenté avec un emprunt au système d'identification du handicap (SIMH, Hamonet et Magalhaes, 1999) : les situations de handicap. Document Centrenational études et de recherche sur les handicaps et l'inadaptation-Centre collaborateur OMS (Catherine Barral, Lyon, 24 avril 2009, CTNERHI - Centre collaborateur OMS pour la classification internationale du fonctionnement [CIF] en langue française).

2.5.2 Histoire de naissance de rééducation au Maroc :

L'introduction de la MPR au Maroc est faite après une catastrophe sanitaire tragique « L'intoxication aux huiles frelatées » qui a survenu le 13 avril 1959, qui, en plus des inondations de la plaine du Gharb en 1958 et du tremblement de terre d'Agadir en 1960, a été très lourde à porter et difficile à gérer par un Maroc jeune, récemment indépendant et manquant terriblement de ressources humaines et logistiques, cette introduction est réalisée grâce aux experts internationaux qui assuraient aussi bien la prise en charge des patients que la formation du professionnels marocains spécialisés dans la rééducation et la réadaptation[31].

2.5.3 Instauration du programme de réhabilitation au Maroc :

Devant une moyenne de 300 nouveau cas déclarés quotidiennement, le Maroc à l'époque, ne disposait que de 17.000 lits d'hôpitaux et n'avait pas de personnels de santé qualifiés dans le domaine de la médecine de rééducation et de réhabilitation pouvant assuré la prise en charge d'un nombre aussi important de victimes. Il n'avait autre choix que de lancer un appel d'aide internationale, afin de pouvoir faire face à cette catastrophe sanitaire. L'OMS fait alors appel au Professeur DENNIS LEROY de l'Université de RENNES, en France, pour faire le point de la situation et proposer des recommandations pour gérer ce problème de santé publique. Ce dernier a recommandé la mise en place, sous la responsabilité du gouvernement, de six centres de rééducation dotés d'un minimum de matériel de rééducation physiques nécessaire pour le bon fonctionnement du programme de

réhabilitation médical étalé sur 18 mois, instauré au sein des hôpitaux militaires abandonné par la France et l'Espagne après l'indépendance [32].

Ces centres de réhabilitation étaient instaurés dans les principales zones affectées, comme les régions de Meknès (l'hôpital Moulay Ismail), Fès (l'hôpital Ibn Baitar), Rabat-Salé (l'hôpital El Ayachi).

Les objectifs cruciaux de cette mission internationale étaient non seulement de réhabiliter les victimes, leur apprendre à gérer le handicap et intégrer la vie sociale et professionnelle éventuellement par l'apprentissage de métiers adaptés, mais aussi de former un personnel qualifié et capable de continuer la prise en charge en médecine physique et de réadaptation des victimes après le départ des aides internationales [33]. Une équipe de rééducation multidisciplinaire faite de 175 personnels médicaux et paramédicaux a été recrutée par le Croissant-Rouge national et les sociétés du Croissant-Rouge de 16 pays.

L'équipe internationale de Programme de réhabilitation des victimes était composé de médecins spécialistes en médecine physique et de réadaptation, de kiné-physiothérapeutes, d'infirmiers spécialisés dans le domaine de la réhabilitation, des techniciens orthopédiques, des ergothérapeutes, des assistants sociaux, des administrateurs, et des instructeurs sportifs [32-34]. La ligue des sociétés de la Croix-Rouge canadienne a nommé le Dr. Max Desmarais de Winnipeg qui a succédé au professeur Gustave Gingras de l'Université de Montréal, au poste de chef de délégation responsable de la coordination médicale avec le Ministère de la Santé Marocaine. De plus, les trois autres médecins canadiens étaient tous

chargés des centres de réhabilitation des victimes du SHT au Maroc. Enfin, quelques-uns des physiothérapeutes canadiens envoyés au programme ont été nommés physiothérapeutes en chef des centres de réhabilitation. Vu le rôle primordiale que jouait la physiothérapie dans le pronostique fonctionnel des patients, la ligue a décidé de promouvoir ce domaine et ce en assurant la formation d'un nombre d'infirmiers recruté dans tout le Maroc en matière de kiné-physiothérapie, ils recevaient des cours d'anatomie et de physiothérapie dans le premier centre de formation créé en 1960 à Rabat [32].

La spécialité médicale de Médecine Physique et de Réadaptation a été fixée par le Décret du 22 Octobre 1993 (BO du 05/10/1994). La plupart des médecins exerçant sont diplômés des universités françaises. La grande partie exerçant dans le secteur libéral et en Médecine militaire. Ainsi la Société Marocaine de Médecine Physique et de Réadaptation est créée en 1995. L'Association Marocaine de Médecine Physique et de Réadaptation a vu le jour en 1998. Et le premier congrès de Médecine Physique et de Réadaptation s'est tenu en 1999 sous le haut patronage du feu Sa Majesté le Roi Hassan II. Sous le thème : AVC et Actualités en Médecine Physique et de Réadaptation avec la participation d'illustres professeurs venus des Universités françaises [60].

2.5.4 L'équipe de médecine physique et de réadaptation :

 **LE MEDECIN MPR :** Appelé également "médecin rééducateur", "Physiatre" ou "médecin physique", le spécialiste en MPR travaille dans différents établissements de santé, depuis les unités de soins aigus (Rééducation post réanimation) jusqu'aux structures ambulatoires (centres de rééducation

ambulatoire). Il assure un travail de diagnostic et d'évaluation à l'aide d'outils spécifiques, il conduit des traitements pharmacologiques, physiques, technologique, et il assure des interventions d'éducation thérapeutique et professionnelle et des actions de prévention fonctionnelle. En plus, le médecin MPR dirige une équipe multi professionnelle faite de plusieurs intervenants, afin d'assurer les meilleurs résultats possibles de la prise en charge rééducative.

De part sa formation, le médecin MPR est amené à prendre en charge des patients, adultes ou enfants, présentant diverses pathologies potentiellement handicapantes (cardio-vasculaires, cancéreuses, neurologiques, orthopédiques, rhumatologiques, traumatiques, respiratoires...), qu'ils soient ou non porteurs d'un handicap permanent. Le handicap est susceptible de se modifier avec le temps, de générer des complications propres ou de modifier le cours évolutif et surtout, les conditions de prise en charge d'une affection intercurrente qu'il aura éventuellement favorisée. Un suivi en MPR peut prévenir et/ou gérer ces aggravations afin de limiter le sur handicap en particulier avec le vieillissement [35].

Au Maroc, on compte quelques 70 médecins spécialistes, dont la plupart sont installés dans le secteur privé, souvent inaccessible aux PSH à ressources limitées.

Dans le secteur public, le nombre de médecins de MPR, n'excède pas une vingtaine [58].

 **LE MEDECIN GENERALISTE:** 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[36]. 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[37].

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 [38–39].

 **LE KINÉSITHÉRAPEUTE :** Appelé également physiothérapeute ou masseur-kinésithérapeute. Son action est conditionnée impérativement par une prescription médicale, mais il dispose d'un rôle propre quant au choix des techniques appropriées et l'élaboration du plan de traitement, suite au bilan kinésithérapique initial.

Intervient plutôt sur le versant rééducation, il utilise diverses techniques manuelles ou instrumentales telles que les massages, les agents physiques, les mobilisations articulaires, la facilitation de la commande motrice, le renforcement musculaire, le réentraînement à la marche, l'amélioration de l'équilibre, le réentraînement à l'effort et la rééducation ventilatoire [41].

Le centre de formation des kinésithérapeutes a été créé à l'Hôpital El Ayachi de Salé en 1963 pour assurer la rééducation des victimes des huiles frelatées [35].

L'effectif de kinésithérapeutes dont dispose le ministère de la Santé en 2018 est de 746[46].

✚ **L'ORTHOPROTHÉSISTE** : Au Maroc, la formation en ortho-prothèse a débuté aussi à l'occasion de la catastrophe des huiles frelatées et du tremblement de terre d'Agadir en 1960 avec le soutien de la coopération française et allemande. L'orthoprothésiste est responsable de la conception, de l'adaptation et de la fabrication des prothèses (pour remplacer partiellement ou totalement, un membre) et des orthèses (pour soutenir une déficience osseuse ou musculaire). Les appareils sont personnalisés en fonction de la pathologie, de l'âge et des modes de vie des patients. Sous la direction du médecin de MPR, l'orthoprothésiste définit et réalise l'appareil sur mesure, adapté à chaque patient.

L'effectif des orthoprothésistes dont dispose le ministère de la Santé en 2018 est de 113 [46].

✚ **L'ORTHOPHONISTE** :Ce sont des professionnels incontournables en matière de rééducation fonctionnelle, spécialisés dans la prévention, le dépistage et la rééducation des troubles de la communication, du langage (oral et écrit), de la voix, de déglutition et des fonctions cognitives et neuropsychologiques.

L'effectif des orthophonistes dont dispose le ministère de la Santé en 2018 est de 122[46].

✚ **LE PSYCHOMOTRICIEN** : La psychomotricité s'occupe du développement global de la personne par l'étude de l'ensemble des comportements moteurs envisagés en fonction de leurs liens avec l'activité cérébrale et le psychisme.

Le psychomotricien agit sur le corps pour rétablir les fonctions physiques, mentales et affectives entravées. Il aide son patient à trouver ou retrouver un équilibre psychocorporel, à mieux prendre conscience de son corps, à le maîtriser, à en faire un instrument capable de s'exprimer et de communiquer. Son travail relève aussi bien de la rééducation que de la thérapie. Il exerce sa profession auprès d'enfants et d'adultes qui présentent des difficultés d'adaptation au monde à cause d'une intégration perceptivo-motrice perturbée. C'est une discipline paramédicale assez jeune au Maroc. En effet, la formation des psychomotriciens n'a démarré qu'en 2002.

L'effectif des psychomotriciens dont dispose le ministère de la Santé en 2018 est de 89 [46].

 **L'ASSISTANTE SOCIALE** : L'assistante sociale est chargée d'évaluer la situation sociale de la personne en situation de handicap (aspects familiaux, juridiques, administratifs, etc...). Son premier rôle est d'informer et de guider ces personnes pour leur garantir l'accès à leurs droits. Par ailleurs, elle apporte aux personnes les éléments de connaissance nécessaires pour leur permettre de gérer de façon la plus autonome possible leur vie quotidienne.

En 2018, leur effectif total au secteur public était de 262 [46].

 **L'ERGOTHÉRAPEUTE** : Il agit pour développer l'autonomie des patients dans leur environnement quotidien et social, en mettant en place des adaptations spécifiques au domicile des patients et à leur poste de travail. L'ergothérapeute s'intéresse aussi particulièrement à la rééducation du membre supérieur. Malheureusement le diplôme d'ergothérapie n'existe pas encore dans l'offre de formation des professionnels de la santé au Maroc.



Figure 7: affiche de lancement de formation de l'ergothérapie en septembre 2017

✚ LE PODOLOGUE : La podologie est une branche paramédicale qui n'est pas encore enseignée au Maroc. Il existe une vingtaine de podologues qui sont tous formés à l'étranger. Elle concerne l'étude, la prévention, le diagnostic et la prise en charge appropriée des pathologies du membre inférieur, du pied et de la cheville. Soins de premier recours, la podologie

prend en compte les problèmes, les douleurs, les manifestations locales et systémiques liés à cette partie du corps. La podologie agit sur la structure même du pied. Les podologues réalisent les orthèses plantaires, semelles orthopédiques placées dans la chaussure du patient. L'objectif est de corriger les troubles posturaux, les tendinopathies, les capsulites, les névralgies, les myalgies... qui sont ainsi évités ou du moins atténués dans leurs symptomatologies.

 **LE NEUROPSYCHOLOGUE :** C'est un spécialiste des mécanismes et fonctionnements cognitifs. Son rôle est d'aider les personnes à mieux comprendre et mieux gérer leurs difficultés de mémoire, de concentration, de planification, d'organisation, de stratégie, d'inhibition ou d'initiative qu'elles peuvent ressentir suite à leur pathologie ou traumatisme. La neuropsychologie clinique a pour objectif d'étudier les troubles des fonctions cognitives après une lésion cérébrale et les troubles neuro-développementaux chez l'enfant. Pour combler le vide de formation dans ce domaine, l'Université Mohammed V Souissi (UM5S) a lancé, en 2010, un Master spécialisé en Neuropsychologie Clinique.

 **LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN :** Il a pour principale mission d'aider les personnes à mieux se connaître et à faire le point sur leur parcours et leurs choix de vie. Il soutient et aide la personne au cours de sa reconstruction psychique à mieux gérer son nouveau statut de personne "handicapée" [35]. Ils sont peu nombreux et ne bénéficient d'aucun recrutement dans le secteur public et ne sont même pas cités parmi les professionnels du handicap par le Ministère de la Santé. D'autres professionnels peuvent renforcer l'équipe de rééducation en fonction du besoin comme l'éducateur

spécialisé(dans une structure s'occupant des enfants en âge de scolarité),l'ingénieur biomécanicien (dans des laboratoires d'analyse du mouvement)...etc.

2.6 La région de Draa-Tafilalet :

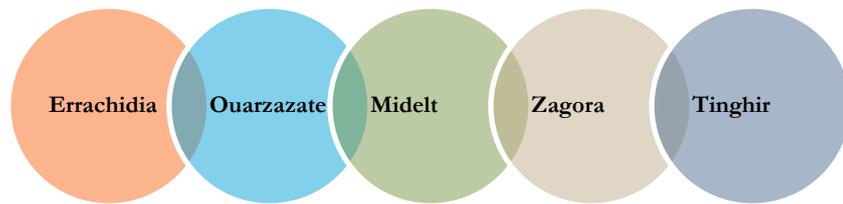
2.6.1 Présentation de la région de Draa-Tafilalet :

La région de Draa-Tafilalet, dont le chef-lieu se situe à la ville d'Errachidia, a été instituée à l'instar des 11 autres régions du Royaume, conformément au décret n°2.15.10 du 20 Février 2015, fixant le nombre des régions, leurs noms, leurs chefs-lieux et les préfectures et provinces les composant, publié au Bulletin Officiel n° 6340 du 05 Mars 2015.

Cette région a des limites administratives avec les régions de Fès-Meknès et la région de Béni Mellal-Kenitra au Nord, la région de l'oriental à l'Est, les régions de Marrakech-Safi et la région de Souss-Massa à l'Ouest et l'Algérie à l'Est et au Sud.

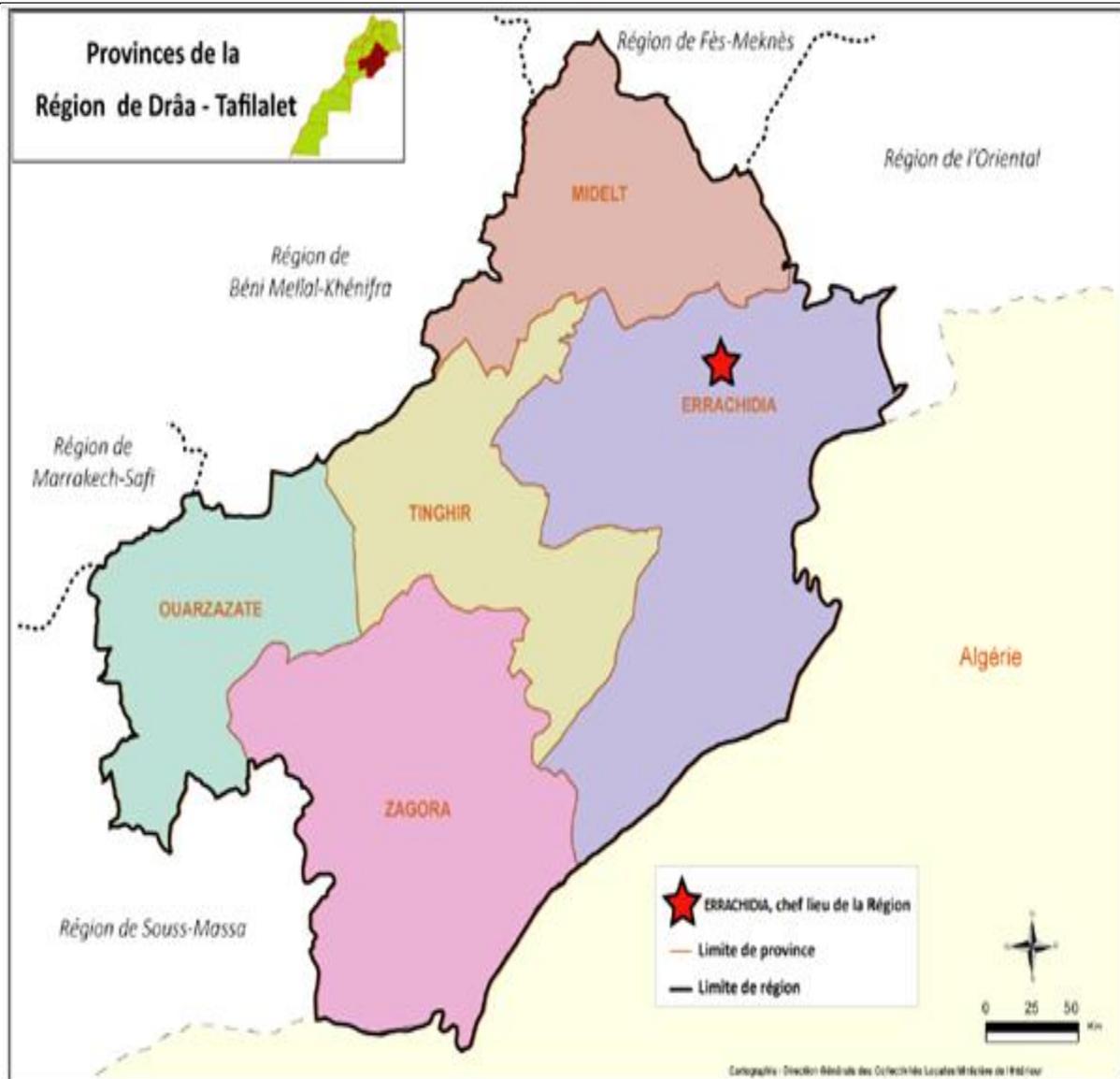
Concernant le découpage administratif et sur le plan administratif, la région de Draa-Tafilalet se compose de [42].

➤ 5 Provinces :



➤ 125 Communes Territoriales :

16 En milieu urbain	109 en milieu rural
---------------------	---------------------



Carte 1: Provinces de la Région

Figure 8: Carte de la région de Draa-Tafilalet

2.6.2 Caractéristiques démographiques :

La région de Draa-Tafilalt est caractérisée par une population totale de 1.656.522 habitants représentant 4.6% de la population totale du pays et d'une superficie de 88975 km² représentant 12,5% de la surface du pays [43].

La répartition de la population par province montre une particularité de cette région, soit 70.28 % en milieu rural ; En effet, la population y est répartie d'une manière presque équilibrée avec une légère augmentation au niveau de la province d'Errachidia qui concentre 25% de la population de la région, alors que les autres provinces enregistrent des pourcentages de 18% à 20% (Tableau 1).

Tableau 1: Population générale dans la région de Draa-Tafilalet

Province	Par milieu		Par sexe			Par tranches d'âges			Total
	Urbain	Rural	Homme	Femme	Enfant	<ou=15ans	16à 59ans	60ans et plus	
Errachidia	199073	223155	149874	154130	118224	118224	263470	40534	422228 (25.49%)
Midelt	82646	212302	70197	150129	74622	74622	189946	30380	294948 (17.81%)
Ouarzazate	83000	224000	108310	112730	85960	85960	191568	29472	307000 (18.53%)
Tinghir	75007	246177	105325	112438	103421	103421	189178	28585	321184 (19.39%)
Zagora	52478	258684	89057	96525	125580	106479	178078	26605	311162 (18.78%)
Total	492204	1164318	522763	625952	507807	488706	1012240	155576	1656522

2.6.3 Démographie :

Selon les enquêtes menées auprès de la Direction Régionale de la Santé de Draa-Tafilalt, cette dernière se caractérise par une population générale en situation de handicap totale de 133272 personnes, soit 8.045 % par rapport à la population de la région.

a) Déficit moteur :

Pour le déficit moteur le nombre total dans la région est de 56730 soit 42.56 % par rapport à la population en situation de handicap.

On note une légère égalité entre les différentes provinces. Aussi, une légère prédominance au milieu rural et de la tranche d'âge entre 16 ans et 59 ans dans les différentes provinces de la région.

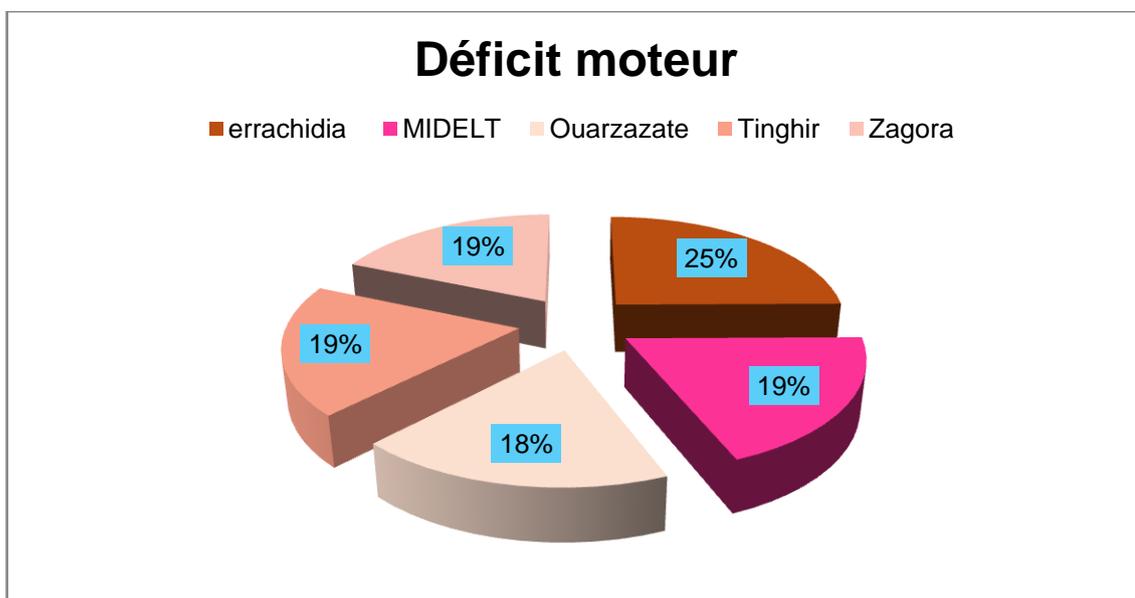


Figure 9 : Population en situation de handicap par déficit moteur dans la région

b) Déficit mental :

La totalité des personnes en situation de handicap dans la région pour le déficit mental est de 23973 soit 17.98 % avec presque une égalité entre les provinces de Zagora, Tinghir, Ouarzazate et Midelt.

On trouve 73.46% personne au milieu rural dans la région et une prédominance de sexe féminin soit 48.26 % et 49.95 % de tranche d'âge entre 16 ans à 59 ans.

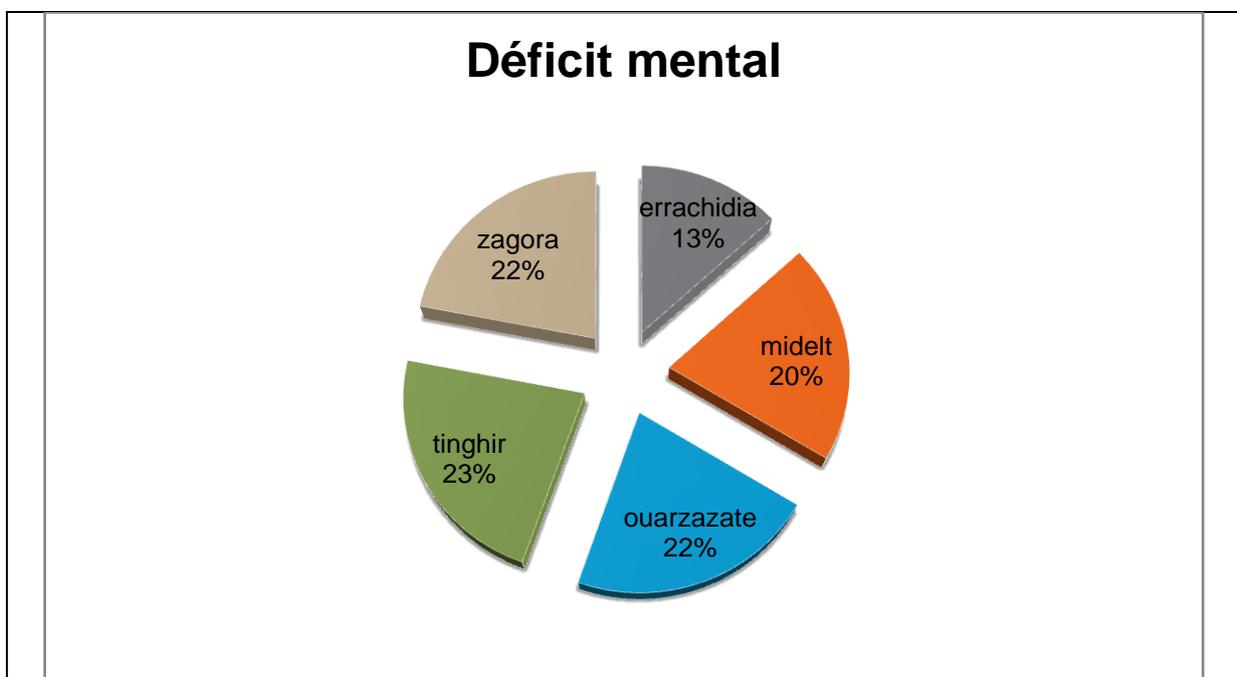


Figure 10: Population en situation de handicap par déficit mental dans la région

c) **Déficit auditif :**

Dans la région, 17546 personnes sont atteintes de déficit auditif. Ce qui représente 13.16% de la population en situation de handicap avec un nombre plus grand au milieu rural par rapport à celui urbain, une prédominance de sexe féminin et de la tranche d'âge de 16 à 59 ans.

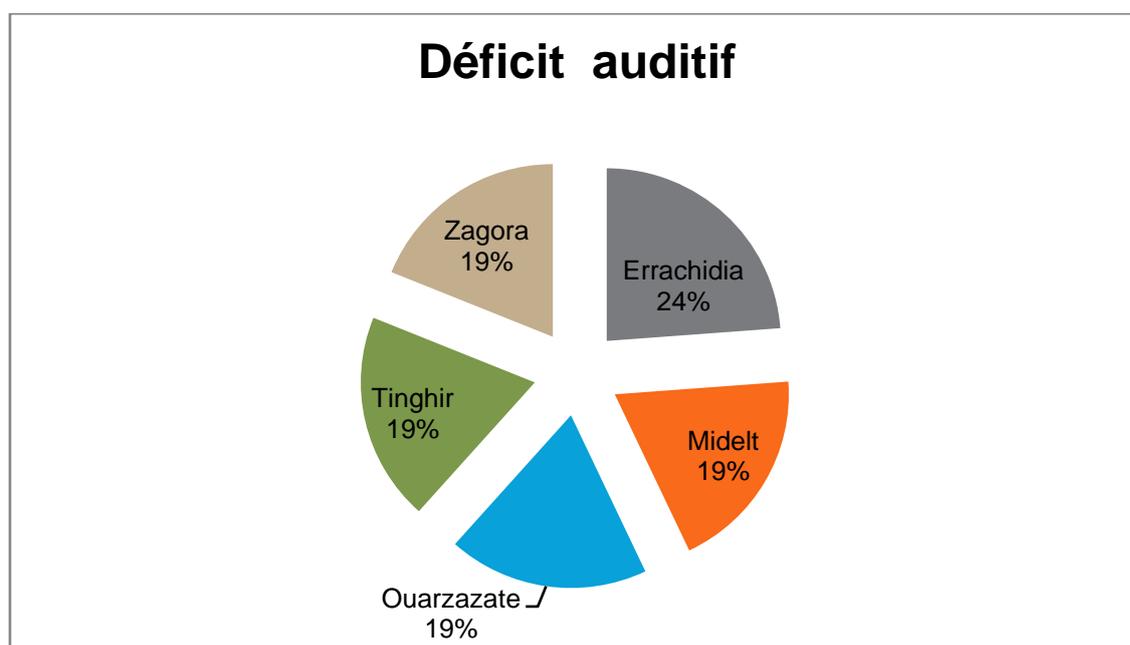


Figure 11: Population en situation de handicap pour le déficit auditif par province

d) Déficit visuel :

Concernant le déficit visuel, 35023 personnes souffrent dans la région de Draa-Tafilalt soit 26.27% avec 60.70 % au milieu rural et une prédominance de sexe féminin et de la tranche d'âge entre 16 ans et 59 ans.

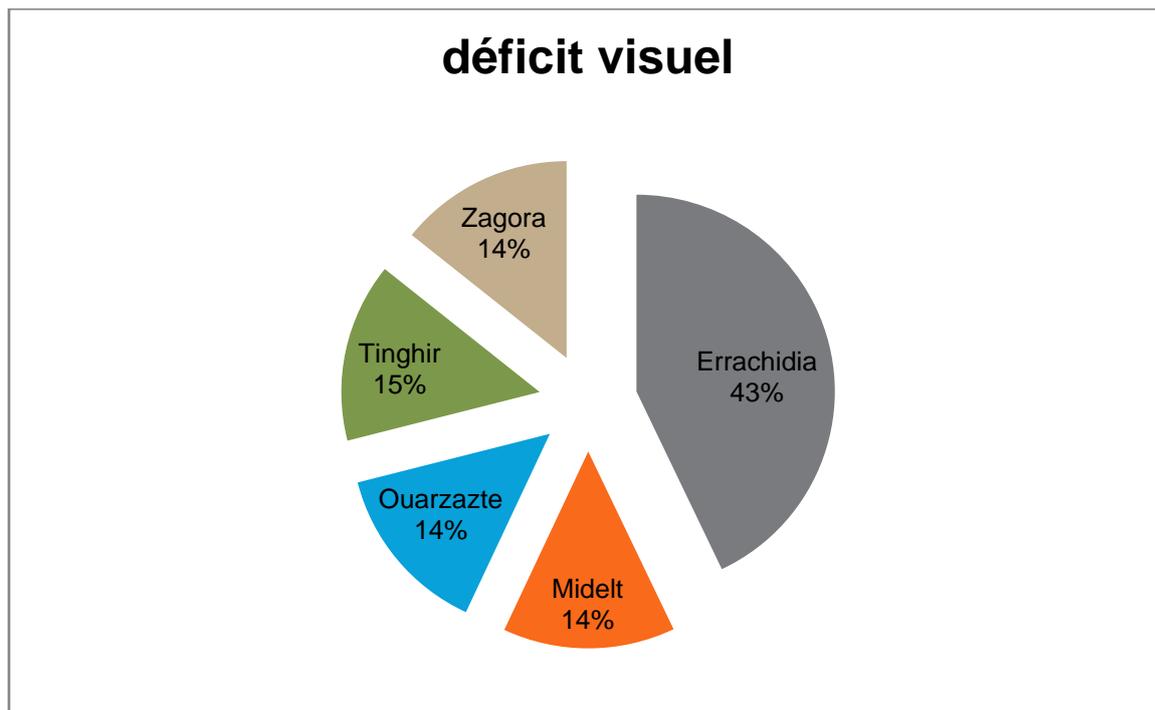


Figure 12: Population en situation de handicap par déficit visuel dans la région

Synthèse de population en situation d'handicap dans la région de Draa-Tafilalet :

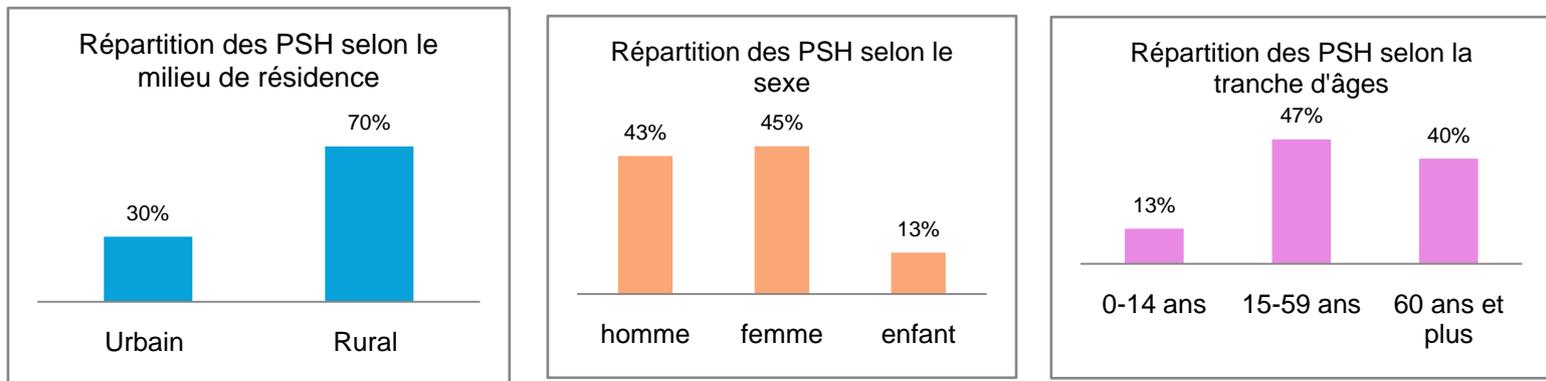


Figure 13: Population en situation de handicap par sexe, par tranche d'âges et par milieu de résidence

Au total, les personnes en situation de handicap dans la région de Draa-Tafilalet se concentrent dans le milieu rural vu le manque des établissements de santé d'une part, et d'autre part le retard de la prise en charge au moment d'accouchement et l'ignorance des consultations dans les premières étapes de pathologie. Selon le sexe, nous trouvons presque une égalité entre les deux sexes. Par ailleurs, la tranche d'âge de 15 ans et 59 ans domine étant donné que les jeunes sont plus actifs par conséquent ça peut expliquer à cause des accidents (travail, routier...)(Tableau2).

Tableau 2: PSH par milieu, sexe et par tranche d'âge et type de handicap dans la RDT

	Type de handicap	Par milieu		Par sexe			Par âge			Total
		Urbain	Rural	M	F	Enfant	< ou = 15ans	16 à 59ans	60ans et plus	
Errachidia	Moteur	6649	7453	5005	5148	3949	3949	8799	1354	14102
	Mental	1493	1674	1124	1156	887	887	1976	304	3167
	Auditif	1971	2209	1483	1526	1171	1171	2608	401	4180
	Visuel	7087	7944	5335	5487	4209	4209	9379	1443	15031
Midelt	Moteur	3246	7588	4589	5513	732	732	3765	6337	10834
	Mental	1464	3443	2069	2326	512	512	3259	1136	49007
	Auditif	776	2583	1349	1848	161	161	1204	1993	3358
	Visuel	1216	3701	2203	2562	152	152	1049	3716	4917
Ouarzazate	Moteur	2712	7679	4710	4903	778	778	4621	4992	10391
	Mental	1356	3840	2355	2452	389	389	2311	2496	5196
	Auditif	854	2417	1483	1543	245	245	1455	1571	3271
	Visuel	1286	3641	2233	2325	369	369	2191	2367	4927
Tinghir	Moteur	2441	8430	4911	5043	936	936	4837	5117	10871

	Mental	1220	4216	2382	2586	468	468	2278	2690	5436
	Auditif	769	2653	1511	1616	295	295	1476	1651	3422
	Visuel	1158	3997	2272	2439	444	444	2222	2489	5155
Zagora	Moteur	1690	8842	4423	5145	964	964	4571	4997	10532
	Mental	843	4423	2185	2513	568	568	2244	2454	5266
	Auditif	540	2775	1376	1581	358	358	1413	1544	3315
	Visuel	813	4181	2141	2296	557	557	2868	2269	4994
Total	Moteur	16738	39992	23638	25752	7359	7359	26593	22797	56730
	Mental	6376	17596	10115	11033	2824	2824	1268	9080	23972
	Auditif	4910	12637	7202	8114	2230	2230	8156	7160	17547
	Visuel	11560	23464	14184	15109	5727	5727	17709	12284	35024

2.6.2 Offre de soins au niveau de la région de Draa - Tafilalet :

A. Généralités sur les infrastructures dans la région :

a. Les établissements de soins de santé de base :

La région Draa-Tafilalet offre un dispositif de soins de santé primaire à travers 228 ESSB, elles sont concentré au milieu rural par un nombre de 200 établissements soit 87.71 % de l'offre de soins de santé primaire, contre 20 établissements au milieu urbain qui représente 8.77 %.(Figure 14).

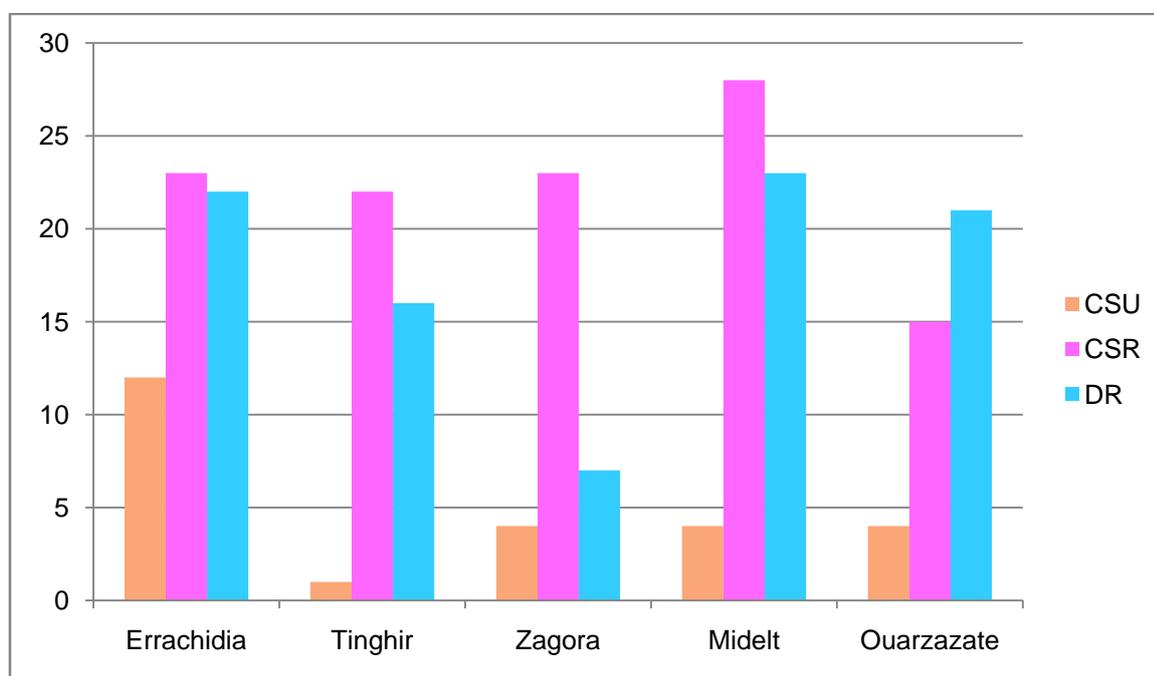


Figure 14 :Nombre des ESSB par province et préfecture dans la RDT [44].

b. Le réseau des établissements médico-sociaux publics [44] :

Dans la région de Draa-Tafilalet on a remarqué la carence au niveau des établissements médico-sociaux qui est au nombre de trois dont deux sont réservés à la médecine physique (centre d'appareillage orthopédique dans la province d'Ouarzazate et le centre de rééducation et réadaptation dans la province d'Errachidia) et un seul centre médico-universitaire (Tableau 3).

Tableau 3: EMSP dans la région Draa-Tafilalet selon le ministère de la Santé

Nom de la structure	Le nombre
Espace santé jeunes	0
Centre de rééducation-physique. Orthoptie. orthophonie	1
Centre d'appareillage orthopédique	1
Centre d'addictologie	0
Centre médico-universitaire	1
Centre palliatifs	0

Source : Ministère de la santé 2018

c. Le réseau hospitalier [45].

La région dispose de 11 établissements hospitaliers, dont 6 hôpitaux provinciaux, 4 hôpitaux de proximité et 1 hôpital régional. Le nombre total de lits est de 1185. La région est, donc, sous dotée en la matière.

Outre ces structures, la région dispose d'un secteur privé composé de 4 cliniques regroupent en 83 lits, 101 cabinets privés de consultation médicale, 189 pharmacies, 37 cabinets de chirurgie dentaire et 4 centres d'hémodialyse (Tableau 4).

Tableau 4: Capacité litière par discipline au niveau de chaque province

Province	Etablissement	Discipline	Nb de lits
ERRACHIDIA	HR MY Ali cherif (Errachidia)	Anesthésie/réanimation	5
		Chirurgie générale/viscérale	42
		Gynéco-obstétrique	40
		Médecine générale	62
		Pneumo-phtisiologie	13
		psychiatrie	30
		Pédiatrie	25
		urgence	5
		Médecine physique	00
	Hpr Sghiri hoummi ben Maati (Arfoud)	Chirurgie générale/viscérale	10
		Gynéco-obstétrique	10
		Médecine générale	50
		pédiatrie	10
		Urgence	2
HP 20 Aout (Goulmima)	Chirurgie générale/viscérale	14	
	Gynéco-obstétrique	8	
	Médecine générale	38	
HR Amir Soultan Ibn abdelaziz (Errachidia)	Ophthalmologie	20	
	ORL	5	
OUARZAZATE	HP Bougafer (Ouarzazate)	Pneumo-phtisiologie	32
		ORL	19
		Ophthalmologie	24
	HP Sidi Hssain Bencer (Ouarzazate)	Anesthésie Réanimation	9
		Chirurgie générale/viscérale	56
		Chirurgie pédiatrie	10
		Gynéco-obstétrique	40
		Médecine Générale	44
		Psychiatrie	30
		Pédiatrie	23
Médecine physique	00		
MIDELT	HP Midelt (Midelt)	Médecine Générale	15
		Urgence	5
		Pédiatrie	15
		Néphrologie	11
		Gynéco-obstétrique	15
		Chirurgie Générale	15
		Anesthésie Réanimation	3
		Médecine physique	00
	Hpr Rich (Rich)	Pédiatrie	10
		Anesthésie Réanimation	2
		Chirurgie général/viscérale	10
Gynéco-obstétrique		10	
Z	HP Ed-Derrak	Urgence	3
		Chirurgie général/viscérale	10

A G O R A	(Zagora)	Gynéco-obstétrique	17
		Médecine générale	10
		Ophthalmologie	12
		Urgence	6
		Pédiatrie	14
		Médecine physique	00
T I N G H I R	Hpr Kalaat M'gouna (Kalaat M'gouna)	Chirurgie générale/viscérale	10
		Gynéco-obstétrique	10
		Médecine Générale	10
		Pédiatrie	10
		Urgence	5
		Médecine physique	00
	HP Tinghir (Tinghir)	Gynéco-obstétrique	10
		Chirurgie générale/viscérale	10
		Urgences	6
		Médecine générale	10

Source : Ministre de la santé 2018

B. Généralités sur les ressources humaines : [46-49]

Si la région est bien dotée sur le plan sanitaire, il y a lieu de relever une inégale répartition du personnel et des structures médicales sur le territoire régional. En effet, les provinces d'Errachidia et d'Ouarzazate abritent, respectivement 32.75% et 22.01% des médecins du total régional, alors que le reste des provinces affichent des pourcentages plus faibles.

L'encadrement médical public est assuré, au niveau de la région, par 364 médecins.

La région connaît ainsi une densité médicale de l'ordre d'un médecin pour 4603.23 habitants, supérieurs à la moyenne nationale (3.776 hab/médecin).

La région dispose de 569 infirmiers dont 287 sages-femmes, 69 anesthésistes et 41 kinésithérapeutes (Tableau 5).

Tableau 5: Répartition des ressources humaines dans la région de Draa-Tafilalet

Province	Effectif
Errachidia	607
Midelt	351
Ouarzazte	408
Zagora	264
Tinghir	223
TOTAL	1853

Source : Ministre de la santé 2018

63.73% de l'effectif total des ressources humaines de la région de Draa-Tafilalet exercent au niveau de réseau hospitalier, 38.29 % au niveau RESSP, 0.9 % au niveau du REMSP, cependant, un manque d'effectif est remarqué au niveau de RISUM (Tableau 6).

Tableau 6: Répartition des RH par réseau dans la région

Réseaux	Effectif
Réseau ESSP	744
Réseau hospitalier	1180
RISUM	00
REMS	19
TOTAL	1943

Source : Ministre de la santé 2018



MATERIEL ET METHODES

III. Matériel et méthode :

3.1 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive et quantitative de l'offre de soins, dans le secteur public, réalisée entre janvier 2017 et janvier 2019 au niveau de la région de Draa-Tafilalet.

3.2 Collecte de données :

Deux moyens, pour la collecte des données, ont été appliqués qui sont :

Recherche documentaire :

Nous avons utilisé comme support des articles sur le handicap, la réadaptation et rééducation et l'offre de soins via les moteurs de recherche spécialisés comme google scholar, PubMed et science directe, en plus des documents officiels, publiés par les départements ministériels, et scientifiques à propos de notre sujet de thèse, à savoir : le guide de standards et de référentiels relatifs aux établissements de prise en charge médico-sociale des PSH.

Enquête semi directive :

Après avoir pris l'accord administratif (annexe 2), nous avons mené un entretien semi-directif avec les acteurs de l'administration centrale et régionale concernés par la santé publique, et notamment ceux concernés par l'offre de soin dans la Direction Régionale de la Santé de la région de Draa-Tafilalet, ainsi que le personnel de la MPR dans les différents hôpitaux régionaux et provinciaux de la région.

3.3 Outil :

Nous avons élaboré un questionnaire qui évalue les volets suivants : (annexe 3)

(a) le 1^{er} volet concerne les infrastructures destinées aux personnes en situation de handicap dans la région de Draa-Tafilalet.

b) le 2^{ème} volet sur les ressources humaines publiques en rééducation et réadaptation dans la région.

c) le 3^{ème} volet sur l'équipement dans les centres ou les salles de rééducation.

d) le 4^{ème} volet concerne le financement dédié à la réadaptation et rééducation dans la RDT.

3.4 Procédure :

Nous avons réalisé des entretiens avec le chef de service de santé publique, et le personnel de l'offre de soin au niveau de la Direction Régionale de la Santé de Draa-Tafilalet.

Nous avons complété les informations manquantes auprès du personnel de la réadaptation par contact direct dans la préfecture d'Errachidia et par appel téléphonique et par e-mail pour les autres provinces de la région.

3.5 Présentation de l'étude:

Les données des questionnaires ont été représenté par des graphiques à l'aide de programme Excel 2010 et aussi des tableaux.



IV. Résultats :

4.1 Les infrastructures :

4.1.1 Répartition des structures de réadaptation dans la RDT par niveaux de soins :

Les structures de réadaptation dans la région de Draa-Tafilalet se répartissent comme suit (Tableau 7) :

a) **Au niveau des soins tertiaires :**

La RDT ne dispose pas de structure de soins de niveau III.

b) **Au niveau des soins secondaires :**

La RDT ne dispose pas de service de MPR. Parmi les 222 lits de l'hôpital régional il n'y a aucun lit dédié aux soins de réadaptation.

c) **Au niveau primaire :**

Au niveau primaire les hôpitaux ne disposent pas de lit dédié à la réadaptation.

d) **Pour les RESSP :**

Au niveau des ESSP seulement au niveau des provinces d'Errachidia et de Midelt qu'on trouve une seule salle de kinésithérapie parmi les 228 ESSP.

Tableau 7: Répartition des structures de réadaptation dans la RDT par niveaux de soins

Province	Niveau III		Niveau II				Niveau I				ESSB	
	Capacité litière	Lit dédié à la réadaptation	Capacité litière	Lit dédié à la réadaptation	Type de structure	Nb de salle	Capacité litière	Lit dédié à la réadaptation	Type de structure	Nb de salle	Type de structure	Nb de salle
Errachidia	N'existe pas		247	00	-	-	112	00	-	-	Salle de rééducation	1
Ouarzazate	N'existe pas		N'existe pas				287	00	Salle intra hospitalière	4	-	-
Midelt							114	00	Salle intra- hospitalier	4	Salle de rééducation	01
Zagora							69	00	Salle intra- hospitalier	3	-	-
Tinghir							81	00	Salle intra hospitalier	1	-	-
Total							-	247	00	-	-	663

4.1.2 Répartition des structures de réadaptation dans la RDT par province :

La région de Draa-Tafilalet se dispose de quatre (04) unités de réadaptation intra-hospitalières et deux (02) unités de rééducation au niveau des ESSB dans les provinces d'Errachidia et de Midelt parmi les 228 ESSB dans la région (Tableau8).

Tableau 8: Répartition des hopitaux généraux par province par capacité litière et par capacité litière en réadaptation

Province	Hôpital	Type	population	Capacité litière	Type de structure	Capacité litière dédiée à la réadaptation
Errachidia	Mly ali cherif (Errachidia)	HR	423914	222	-	00
	Sghiri hoummi ben Maati (Arfoud)	HP		82	-	00
	20 Aout (Goulmima)	HP		30	-	00
	Amir Soultan Ibn abdelaziz (Errachidia)	HR		25	-	00
Ouazazate	Bougafer	HP	305965	75	-	00
	Sidi hssain bencer	HP		212	Unité de réadaptation	00
Midelt	Provincial de Midelt	HP	298134	79	Unité de réadaptation	00
	Proximité Rich	Hpr		35	-	00
Zagora	Ed-Derrak	HP	313937	69	Unité de réadaptation	00
Tinghir	Kalaat M'gouna	Hpr	333628	45	-	00
	Provincial Tinghir	HP		36	Unité de réadaptation	00
Total	-	-	1675578	910	-	00

4.1.3 Répartition des structures de réadaptation dans la RDT par réseaux de soins :

Par réseaux de soins, les structures de réadaptation se classent en quatre réseaux qui sont (Tableau 9) :

Réseau ESSB :

Deux salles de rééducation sont disponibles dans la RDT. On les trouve à Errachidia et Midelt.

Réseau hospitalier :

La RDT dispose de 12 structures de réadaptation qui existent au niveau des hôpitaux provinciaux. Les autres établissements, notamment l'hôpital psychiatrique, les centres régionaux d'oncologie et ceux d'hémodialyse ne contiennent pas des structures de réadaptation.

RISUM :

Dans les trois modes de RISUM, à savoir : les urgences médicales de proximité, les urgences pré-hospitalières et les urgences médico-hospitalières, aucune structure de réadaptation n'est existante.

REMS :

Au niveau de ce réseau, on compte 13 structures de réadaptation dans le CIRP, Le CIRAR est en cours de construction.

Tableau 9: Répartition des structures de réadaptation dans la RDT par réseaux de soins

Réseaux	Capacitélitrière	Lit dédiéà la réadaptation	Type de structure	Nombre de salle
Réseau ESSB	00	00	Salle de rééducation	2
Réseau hospitalier	910	00	Salle intra-hospitalière	12
RISUM	00	00	-	00
REMS	00	00	CIRP CIRAR(en cours de construction)	13

4.1.4 La panoplie desservices de réadaptation disponibles dans la RDT :

Les services de réadaptation dans la région de Draa-Tafilalet se partagent, par niveau, de la manière suivante :

- **Au niveau tertiaire :**

N'existe pas dans la région.

- **Au niveau secondaire :**

L'hôpital régional My Ali Cherif n'assure pas de service de réadaptation.

- **Au niveau primaire :**

Dans la province d'Errachidia, les structures de ce niveau ne disposent pas de service de réadaptation.

Les autres CHP offrent des soins de kinésithérapie, de psychomotricité, d'orthophonie et d'orthoptie avec des différences entre eux.

Salles de rééducation au niveau des ESSP :

Au niveau des ESSP seulement au niveau des provinces d'Errachidia et de Midelt qu'on trouve une seule salle de kinésithérapie.

Pour la province d'Errachidia, ça existe la consultation dans le centre intégré provincial (REMS) qui assure la consultation MPR, la kinésithérapie, la psychomotricité et l'orthophonie.

En résumé :

Dans le réseau hospitalier au niveau de la RDT, seulement les salles intra-hospitalières relatives à la kinésithérapie/physiothérapie sont disponibles dans toutes les provinces et dans les hôpitaux ayant des structures de réadaptation, en plus les salles d'orthophonie sont présentes à Errachidia, Ouarzazate et Zagora, en outre la consultation MPR est disponible, uniquement, au niveau du CIPR d'Errachidia, à ceci s'ajoute une salle de psychomotricité. Cependant, les salles d'ergothérapie, de neuropsychologie, le bilan urodynamique, le traitement de la spasticité et l'atelier d'appareillage pour la confection et la fabrication des orthèses et prothèses n'existent pas dans la région (Tableaux 10 et 11).

Tableau 10: Panoplie des services de réadaptation dans la RDT par réseau de soins de santé

Panoplie des services de Réadaptation	CHU	CHR	CHP						HPR			ESSB		REMS		Total des salles	Structures
		My Ali cheri f	Bougafer Ouarzazate	Sidi hssain bence r Ouarzazate	Midelt	20 Aout Goulmima	Tinghir	El Derrak Zagora	Rich	Sghiri houmani Ben Maati Arfoud	Kalaa Magona	CSU Hassan II Midelt	CSU Mustapha Lmaani Errachidia	CIPR Errachidia	CIRAR Ouarzazate		
Consultation MPR	N'existe pas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	En cours de construction	1	1
Kinésithérapie/ Physiothérapie		0	0	2	4	0	1	2	0	0	0	1	1	7		18	7
Psychomotricité		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2		2	1
Orthophonie		0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3		5	3
Orthoptie		0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		2	2
Ergothérapie		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0
Neuropsychologie		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0
Confection et fabrication de plâtre de correction		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0
Confection et fabrication des orthèses et prothèses		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0
Confection et fabrication des aides techniques		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0
Bilan urodynamique		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0
Echographie interventionnelle		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0
Traitement de la spasticité		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0
Soins infirmiers		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0

Tableau 11: Panoplie des services de réadaptation dans la RDT par préfectures et provinces

Panoplie des services de Réadaptation	Préfectures et Provinces				
	Errachidia	Midelt	Zagora	Tinghir	Ouarzazate
Consultation MPR	1	0	0	0	0
Kinésithérapie/ Physiothérapie	8	5	2	1	2
Psychomotricité	2	0	0	0	0
Orthophonie	3	0	1	0	1
Orthoptie	1	0	0	0	1
Ergothérapie	0	0	0	0	0
Neuropsychologie	0	0	0	0	0
Confection et fabrication de plâtre de correction	0	0	0	0	0
Confection et fabrication des orthèses et prothèses	0	0	0	0	0
Confection et fabrication des aides techniques	0	0	0	0	0
Bilan urodynamique	0	0	0	0	0
Echographie interventionnelle	0	0	0	0	0
Traitement de la spasticité	0	0	0	0	0
Soins infirmiers	0	0	0	0	0

4.2 Ressources humaines publiques :

Dans la région de Draa-Tafilalet, le nombre total du personnel dédié à la rééducation et réadaptation en secteur public est de 69 soit 42.02 % dans la province d'Errachidia, 31.88 % à Ouarzazate, 10.01 % à Midelt, 7.24 % à Tinghir et de 8.69 % dans la province de Zagora.

La RDT compte un seul médecin physique qui est affecté au centre intégré provincial de rééducation d'Errachidia, ce qui correspond à un médecin physique pour 133272 PSH et un médecin physique pour 1656522 habitants dans la région, Alors aucun médecin généraliste formé à la MPR, psychiatre, psychologue, ou neuropsychologue ne sont affectés à la structure de réadaptation.

D'autre part, le personnel paramédical précisément les kinésithérapeutes sont les plus dominants dans les établissements offrant des services de réadaptation dans la région. Ceci, par un nombre de 32 kinésithérapeutes suivi par les orthophonistes en nombre de 6, les orthoptistes, les psychomotriciens et les orthoprothésistes sont en nombre de 4 pour chacun. Par ailleurs les ergothérapeutes et les podologues, les infirmiers polyvalents informés et les aides-soignants n'existent pas dans la région.

L'effectif du personnel en réadaptation et rééducation est résumé par discipline et par niveau dans les tableaux 12 et 13.

Tableau 12:Ressources humaine spécialisées en réadaptation dans la RDT

Personnels de réadaptation	Total	Soins de rééducation aigus	Affecté aux structures de réadaptation (post aigues)
Médecin MPR	1	0	1
Médecin MPR en formation	0	0	0
Médecin généraliste formé à la MPR	0	0	0
Psychiatre	0	0	0
Psychologue	0	0	0
Neuropsychologue	0	0	0
Kinésithérapeute	32	0	32
Orthophoniste	6	0	6
Orthoptiste	4	0	4
Psychomotricien	4	0	4
Ergothérapeute	0	0	0
Orthoprothésiste	4	0	4
Podologue	0	0	0
Assistant social	18	0	18
Infirmier polyvalent formé	0	0	0
Aide-soignant	0	0	0
Total	69	00	69

Tableau 13: Répartition des ressources humaines en réadaptation par niveau de soins

Panoplie des services de Réadaptation	CHU	CHR	CHP					HPR			ESSB		REMS	
		My Ali cherif	20 Aout Goulmima	Midelt	Bougaf er Ouarzazate	Ting hir	El Derr ak Zago ra	Ric h	Sghiri houmani Ben Maati Arfoud	Kala a Magouna	CSU Hassan II Midelt	CSU Mustap ha Lmaani Errachidia	CIPR Errachidia	CIRAR
Médecin MPR	N'existe pas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	En cours de construction
Médecin généraliste formé à la MPR		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Psychiatre		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Psychologue		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Neuropsychologue		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kinésithérapeute		0	0	2	11	1	3	0	0	0	1	1	13	
Orthophoniste		0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	3	
Orthoptiste		0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	
Psychomotricien		0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	
Ergothérapeute		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Orthoprothésiste		0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	
Podologue		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Assistant social		0	0	3	4	3	2	0	0	0	0	0	6	
Infirmier polyvalent formé		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Aide-soignant		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Aide technicien pour l'appareillage		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total		0	0	6	22	5	6	0	0	0	0	0	29	

4.2.1 Répartition des ressources humaines en réadaptation par province dans la RDT :

L'effectif du personnel dédié à la réadaptation dans la RDT est de 69. Il est reparti dans les différentes structures sanitaires, avec une forte concentration dans la province d'Errachidia.

Le personnel paramédical est le plus dominant dans la région, il représente 98.57 %, alors que l'effectif médical ne représente que 1.42 % de l'ensemble des ressources humaines de réadaptation (Tableau 14).

Tableau 14: Répartition des ressources humaines en réadaptation par province dans la RDT

Province	Effectif	Effectif Medical	Effectif paramédical
Errachidia	29	1	28
Midelt	7	0	7
Ouarzazate	22	0	22
Tinghir	5	0	5
Zagora	6	0	6
TOTAL	69	1	68

4.2.2 Répartition des ressources humaines en réadaptation par réseau de soins de santé :

Dans la région de Draa-Tafilalet on a une inégalité de répartition des différents réseaux de l'offre de soins. A ce propos, un effectif de 38 exercent au niveau de réseau hospitalier dans les unités de réadaptation intra-hospitalier, un effectif de 29 au niveau de REMS dans les centres de rééducation et seulement 2 au niveau de RESSB (Tableau 15).

Tableau 15: Répartition des ressources humaines en réadaptation par réseau de soins de santé

Réseaux	Effectif
Réseau ESSB	2
Réseau hospitalier	38
REMSP	29
Total	69

4.3 Equipement :

L'étude a montré plusieurs limitations en termes d'équipement spécifique à la rééducation et réadaptation. Parmi ces restrictions on note une disponibilité limitée d'équipement paramédical, ainsi que le manque d'équipement médical relatif à la réadaptation dans toutes les structures dans la région.

❖ Errachidia :

Au niveau de la province d'Errachidia le centre intégré provincial est équipé du matériel paramédical quoiqu'il ne satisfait pas les besoins de la population en situation d'handicapé. D'autres parts, le matériel médical n'existe pas (Tableau 16).

Tableau 16: Equipement au niveau de la province d'Errachidia

Equipement		Niveau III			Niveau II			Niveau I			ESSB		
		Nb	Satisfaction		Nb	Satisfaction		Nb	Satisfaction		Nb	satisfaction	
			Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Kinésithérapie	Barres parallèles				1		Non	0		X	1		X
	Bicyclette fixe				3		Non	1		X	1		
	Tapis de marche				1		Non	1		X	1		X
	Escaliers de montée et descente				2		Non	0			1		X
	Tables de massage				5	oui		1		X	0		X
	Déambulateur fixe et à roulette				3		Non	1		X	0		X
	Arthromoteur				0		Non	0			0		X
	Ballon de Klein				5		Non	1		X	2		X
	Tapis de gymnastique				5	oui		2		X	1		X
	Lève malade				0		Non	0		X	0		X
Atelier de Fabrication	Ponceuse orbitale	Pas de niveau III dans la province d'Errachidia			Pas d'atelier de fabrication de prothèses et orthèses			N'existe pas			N'existe pas		
	Ponceuse à bande abrasive												
	Touret à meuler												
	Tabouret a roulettes												
	Ciseau électrique												

De Prothèses Et Orthèses	Table pour soudeur à miroir				
	Étau d'alignement				
	Table de découpe				
	Podoscope				
	Appareil dépoussiéreur				
	Étau pour l'alignement manuel				
	séparateur de plâtre				
	Cadre de prise de moulage				
	Panneau d'outillage				
	Siège de prise de moulage				
orthoptie	Frontofocomètre automatique				
	Réfractomètre				
	Matériel de rééducation visuelle				
Orthophonie	Matériel de rééducation du langage et de la communication (imagier, puzzle, pictogramme)		4 5		Non
	Tapis d'éveil		0		Non
Psychomotricité	Structure d'éveil : tunnel ou tubes pour ramper, divers matelas, matériel à bascule		2		Non
	Salle d'isocenetisme	Dynamomètre isocinétique		0	0
Salle ENMG	Electromyographe				
Autres	Appareil de radiographie panoramique		0		0
	Chambre noire pour la lecture des radiographies		0		0

❖ **Midelt :**

Dans la province de Midelt et au niveau des salles intra-hospitalières et des ESSP (nous avons déjà cité qu'on n'a pas de centre intégré provincial de rééducation) on trouve juste quelques équipements paramédicaux (Tableau 17).

Tableau 17: Equipement au niveau de la province de Midelt

Equipement		Niveau II (CHP de Midelt)			Niveau I			ESSB		
		Nb	Satisfaction		Nb	Satisfaction		Nb	satisfaction	
			Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Kinésithérapie	Barres parallèles	5		Non	0		X	2		X
	Bicyclette fixe	03**		Non	1		X	1		X
	Tapis de marche	4		Non	0		X	1		X
	Escaliers de montée et descente	02		Non	0		X	1		X
	Tables de massage	05	Oui		1		X	2		X
	Déambulateur fixe et à roulette	00		Non	1		X	00		X
	Arthromoteur	00		Non	0		X	00		X
	Ballon de Klein	02		Non	1		X	1		X
	Tapis de gymnastique	03	Oui		1		X	1		X
	Lève malade	00		Non	0		X	00		X
Atelier de Fabrication De Prothèses Et Orthèses	Ponceuse orbitale	CHP Midelt ne dispose pas d'atelier de fabrication de prothèse et orthèses			N'existe pas			N'existe pas		
	Ponceuse à bande abrasive									
	Touret à meuler									
	Tabouret a roulettes									
	Ciseau électrique									
	Table pour soudeur à miroir									
	Étau d'alignement									
	Table de découpe									
	Podoscope									
	Appareil dépoussiéreur									

	Étau pour l'alignement manuel			
	séparateur de plâtre			
	Cadre de prise de moulage			
	Panneau d'outillage			
	Siège de prise de moulage			
orthoptie	Frontofocomètre automatique	Pas d'orthoptiste		
	Réfractomètre			
	Matériel de rééducation visuelle			
Orthophonie	Matériel de rééducation du langage et de la communication (imagier, puzzle, pictogramme)	00		Non
Psychomotricité	Tapis d'éveil	00		Non
	Structure d'éveil : tunnel ou tubes pour ramper, divers matelas, matériel à bascule	00		Non
Salle d'isocenetisme	Dynamomètre isocinétique	00		Non
Salle ENMG	électromyographie	00		Non
Autres	Appareil de radiographie panoramique	00		Non
	Chambre noire pour la lecture des radiographies	00		Non

❖ **Ouarzazate :**

A Ouarzazate seulement la salle de rééducation intra-hospitalière est équipée de matériel paramédical. Le centre intégré provincial de rééducation et l'atelier de fabrication de prothèses et orthèses sont en cours de construction (Tableau 18).

Tableau 18: Equipement au niveau de la province d'Ouarzazate

Equipement		Niveau III			Niveau II			Niveau I		
		Nb	Satisfaction		Nb	Satisfaction		Nb	Satisfaction	
			Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Kinésithérapie	Barres parallèles				2		Non			
	Bicyclette fixe				0		Non			
	Tapis de marche				0		Non			
	Escaliers de montée et descente				0		Non			
	Tables de massage				4	oui				
	Déambulateur fixe et à roulette				0		Non			
	Arthromoteur				0		Non			
	Ballon de Klein				2		Non			
	Tapis de gymnastique				1	oui				
	Lève malade				1		Non			
Atelier de Fabrication De Prothèses Et orthèses	Ponceuse orbitale				1		Non			N'existe pas
	Ponceuse à bande abrasive				1	Oui				
	Touret à meuler				1		Non			
	Tabouret a roulettes				1	Oui				
	Ciseau électrique				1		Non			
	Table pour soudeur à miroir				1		Non			
	Étau d'alignement				1		Non			
	Table de découpe				1		Non			
	Podoscope				1	oui				
	Appareil dépoussiéreur				1	oui				
	Étau pour l'alignement manuel				1	Oui				
	séparateur de plâtre				1		Non			
	Cadre de prise de moulage				1		Non			
	Panneau d'outillage				1		Non			
Siège de prise de moulage				1		Non				
orthoptie	Frontofocomètre automatique									
	Réfractomètre									

	Matériel de rééducation visuelle				
Orthophonie	Matériel de rééducation du langage et de la communication (imagier, puzzle, pictogramme)	4		Non	
Psychomotricité	Tapis d'éveil	0		Non	
	Structure d'éveil : tunnel ou tubes pour ramper, divers matelas, matériel à bascule	0		Non	
Salle d'isocenetisme	Dynamomètre isocinétique	0		0	
Salle ENMG	Electromyographe	0			
Autres	Appareil de radiographie panoramique	0		0	
	Chambre noire pour la lecture des radiographies	0		0	

❖ **Tinghir :**

Dans de la province de Tinghir, il existe seulement le matériel de kinésithérapie au niveau de la salle intra-hospitalière (Tableau 19).

Tableau 19: Equipment au niveau de la province de Tinghir

Equipement		Niveau II (CHP de Tinghir)			Niveau I		
		Nb	Satisfaction		Nb	Satisfaction	
			Oui	Non		Oui	Non
Kinésithérapie	Barres parallèles	00		Non			
	Bicyclette fixe	02	oui				
	Tapis de marche	00		Non			
	Escaliers de montée et descente	00					
	Tables de massage	00		Non			
	Déambulateur fixe et à roulette	03	oui				
	Arthromoteur	00		Non			
	Ballon de Klein	00		Non			
	Tapis de gymnastique	00		Non			
	Lève malade	00		Non			
Atelier de Fabrication De Prothèses Et Orthèses	Ponceuse orbitale	CHP de Tinghir ne dispose pas d'atelier de fabrication de prothèse et orthèses			N'existe pas		
	Ponceuse à bande abrasive						
	Touret à meuler						
	Tabouret a roulettes						
	Ciseau électrique						
	Table pour soudeur à miroir						
	Étau d'alignement						
	Table de découpe						
	Podoscope						
	Appareil dépoussiéreur						
	Étau pour l'alignement manuel						
	séparateur de plâtre						
	Cadre de prise de moulage						
	Panneau d'outillage						
Siège de prise de moulage							

Orthoptie	Frontofocomètre automatique	Pas d'orthoptiste			
	Réfractomètre				
	Matériel de rééducation visuelle				
Orthophonie	Matériel de rééducation du langage et de la communication (imagier, puzzle, pictogramme)	00		Non	
Psychomotricité	Tapis d'éveil	00		Non	
	Structure d'éveil : tunnel ou tubes pour ramper, divers matelas, matériel à bascule	00		Non	
Salle d'isocinetisme	Dynamomètre iso cinétique	00		Non	
Salle ENMG	électromyographie	00		Non	
Autres	Appareil de radiographie panoramique	00		Non	
	Chambre noire pour la lecture des radiographies	00		Non	

❖ **Zagora :**

Dans de la province de Zagora, nous trouvons, juste, le matériel de kinésithérapie et d'orthophonie au niveau de la salle intra-hospitalière (Tableau20).

Tableau 20: Equipement au niveau de la province de Zagora

Equipement		Niveau II (CHP de Zagora)			Niveau I		
		Nb	Satisfaction		Nb	Satisfaction	
			Oui	Non		Oui	Non
Kinésithérapie	Barres parallèles	00		Non			
	Bicyclette fixe	01	oui				
	Tapis de marche	01	oui				
	Escaliers de montée et descente	01	oui				
	Tables de massage	01	oui				
	Déambulateur fixe et à roulette	00	oui				
	Arthromoteur	00	oui				
	Ballon de Klein	02	oui				
	Tapis de gymnastique	00		Non			
	Lève malade	00		Non			
Atelier de Fabrication De Prothèses Et Orthèses	Ponceuse orbitale	CHP El Derrak ne dispose pas d'atelier de fabrication de prothèse et orthèses			N'existe pas		
	Ponceuse à bande abrasive						
	Touret à meuler						
	Tabouret a roulettes						
	Ciseau électrique						
	Table pour soudeur à miroir						
	Étau d'alignement						
	Table de découpe						
	Podoscope						
	Appareil dépoussiéreur						
	Étau pour l'alignement manuel						
	séparateur de plâtre						
	Cadre de prise de moulage						
	Panneau d'outillage						
Siège de prise de moulage							
Frontofocomètre	00		Non				

Orthoptie	automatique			
	Réfractomètre	00		Oui
	Matériel de rééducation visuelle	00		Non
Orthophonie	Matériel de rééducation du langage et de la communication (imagier, puzzle, pictogramme)	03		Non
Psychomotricité	Tapis d'éveil	00		Non
	Structure d'éveil : tunnel ou tubes pour ramper, divers matelas, matériel à bascule	00		Non
Salle d'isocentisme	Dynamomètre isocinétique	00		Non
Salle ENMG	electromyographe	00		Non
Autres	Appareil de radiographie panoramique	00		Non
	Chambre noire pour la lecture des radiographies	00		Non

4.4 Financement :

Les entretiens et enquêtes menées avec les responsables de la direction régionale de santé de Draa-Tafilalet montrent un manque de données concernant le budget de rééducation et réadaptation par rapport au budget annuel de la Direction.

Ceci est à l'exception de l'atelier orthopédique qui est en projet à Ouarzazate avec un coût global de 7.124.173,40Mdhs financé par le budget général de l'Etat et dont le maître d'ouvrage est la délégation provinciale de santé à Ouarzazate (annexe 4).



DISCUSSION

V. Discussion :

L'étude et l'analyse de données résultantes notre travail, nous a permis d'identifier les niveaux de discussion suivants :

A. Les infrastructures :

Les résultats de notre travail montrent que l'offre de soin en réadaptation est basée sur une prise en charge ambulatoire, représentée par les unités de rééducations intra hospitalières, existantes dans toutes les provinces de la RDT, et un centre intégré provincial de rééducation dans la province d'Errachidia et aussi un centre de rééducation et d'appareillage se trouvant au niveau de la province d'Ouarzazate (en cours de fonctionnement).

Selon le rapport mondial sur le handicap, les besoins en lits hospitaliers réservés aux soins de suite et de réadaptation devraient représenter entre 10 et 30 % de l'ensemble de la capacité litière [3].

En parlant de la RDT, elle devrait assurer 91 lits hospitaliers en MPR dans le cas où la capacité litière représente 10% de la capacité totale, et 273 lits si la capacité litière en réadaptation représente 30% de capacité totale comme le montre le tableau 21. Cependant la RDT est très loin de ses estimations, de fait qu'on ne trouve aucun lit en MPR, ce qui montre le manque en termes de capacité litière. Par ailleurs et à titre de comparaison la région de Fès Meknès dispose de 3 lits en MPR (Hôpital Ibn Al Baytar) et d'une capacité litière de 3277 [47].

Tableau 21: Estimation du nombre de lits en médecine physique et en réadaptation dans la RDT en fonction de la capacité litière

PROVINCE	Hôpital	Capacité litière (CLT)	Estimation de nombre lits MPR	
			10%	30%
Errachidia	My Ali cherif (HR)	222	22	67
	20 Aout Goulmima (HP)	30	3	9
	Amir Sultan Abdelaziz (HR)	25		
	Sghiri houmani Ben Maati Arfoud (HPR)	82	8	25
Midelt	Midelt (HP)	79	8	24
	Rich (HPR)	35	4	11
Ouarzazate	Bougafer (HP)	75	8	23
	H. Sidi hssain bencer (HP)	212	21	64
Tinghir	Tinghir (HP)	36	4	11
	Kalaa Magouna (HPR)	45	5	14
Zagora	El Derrak (HP)	69	7	21
Total de la région de Draa Tafilalet		910	91	273
Total de la région de Fès Meknès		3277	328	983

L'analyse du ratio de lits de spécialités en réadaptation par population à l'échelle internationale, montre une grande disparité, allant des 2,5 lits en MPR / 100.000 habitants en Turquie, 18 lits au Canada, 40 lits en Italie et 158 lits en France. Le tableau ci-après montre le nombre de lits estimées à mettre en place par région sur la base d'un ratio situé dans un intervalle de 2,5 et 158 lits MPR / 100.000 habitants [12] (Tableau 22).

Tableau 22: Estimation de nombre de lits en MPR nécessaire pour la RDT selon le ratio 2.5 et 158 lits par 100.000 hab

Région		Population	Nbre. lits MPR	
			Ratio 2,5 lits / 100.000 (Turquie)	Ratio 158 lits / 100.000 (France)
01.	Tanger-Tetouan-Al Hoceima	3556729	89	5620
02.	Oriental	2314346	58	3657
03.	Fès-Meknès	4236892	106	6694
04.	Rabat-Salé-Kénitra	4580866	115	7238
05.	Béni Mellal-Khénifra	2520776	63	3983
06.	Grand Casablanca-Settat	6861739	172	10842
07.	Marrakech-Safi	4520569	113	7142
08.	Draa-Tafilalet	1635008	41	2583
09.	Souss-Massa	2676847	67	4229
10.	Guelmim-Oued Noun	433757	11	685
11.	Laayoune-Sakia El Hamra	367758	9	581
12.	Eddakhla-Oued Eddahab	142955	4	226
	Total	33848242	846	53480

La région de Draa Tafilalet devrait assurer 41 lits hospitaliers en MPR selon le ratio de 2,5 lits/ 100.000 habitants, et 2583 lits sur la base d'un ratio de 158 lits MPR / 100.000 habitants. Toutefois, au niveau de la RDT on est éloigné de ses estimations, bien qu'elle ne dispose d'aucun lit en MPR pour l'ensemble de la population.

En résumé, la présente étude montre l'existence de plusieurs restrictions en termes d'infrastructures en MPR. En effet, les structures de réadaptation existent uniquement

dans les CHP et ne se trouvent guère au niveau des HPR ; En plus, deux ESSB sont disponibles dans les provinces d'Errachidia et de Midelt, assurant juste la kinésithérapie, pourtant c'est le premier niveau dans le système de santé marocain et le plus accessible aux PSH ; En fin, au milieu rural aucune structure de réadaptation n'est disponible sur tout le territoire régional.

Ceci rejoint l'étude Asare Christian en 2016 [39] montrant qu'il y a plusieurs limitations associées à la réadaptation de base d'infrastructure à Ghana et qu'elles sont importantes dans les milieux ruraux.

B. Les ressources humaines :

Au Maroc, on compte 42 médecins spécialistes en MPR comme il indique le tableau suivant :

Tableau 23: Répartition des spécialistes en MPR au niveau national[40]

Région	Effectif des spécialistes en MPR
Tanger-Tetouan-Al Hoceima	02
Oriental	03
Fès-Meknès	06
Rabat-Salé-Kénitra	01
Béni Mellal-Khénifra	03
Casablanca-Settat	18
Marrakech-Safi	04
Draa-Tafilalet	01
Souss-Massa	02
Guelmim-Oued Noun	02
Laayoune-Sakia El Hamra	00
Eddakhla-Oued Eddahab	00
Total	42

Source : Ministère de la santé 2018

Il montre l'inégalité territoriale au niveau de la répartition du personnel médical en MPR et la concentration de ce dernier au niveau la région Casablanca-Settat. La région de Draa-Tafilalet compte seulement un médecin physique pour 1656522 PSH ce qui explique le manque de médecins rééducateurs, malgré leur rôle important dans la prise en charge des PSH.

Notons également l'absence de médecins généralistes formés en MPR dans la RDT ayant des connaissances disant insuffisantes à propos du handicap ce qui engendre des attitudes plutôt négatives vis à vis des PSH. Il est à signaler que leurs pratiques médicales quotidiennes sont entravées par de nombreuses difficultés [36].

Ajoutons à ceci le personnel paramédical, les profils disponibles au niveau de la RDT sont : les kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les psychomotriciens, les orthoprothésistes et les assistants sociaux présents surtout au niveau d'Errachidia qui est le Chef-lieu de la région. Or, les ergothérapeutes, les podologues, les diététiciens, les infirmiers polyvalents formés, les assistants dentaires... n'existent pas par conséquent le travail de l'équipe de MPR devient incomplet.

Tableau 24: Ratio des effectifs par rapport à la population générale et les PSH

Personnel	Effectif	Personnel/population générale (1.656.522hab)	Personnel/1000habitants	Personnel/PSH (133.272 PSH)
Médecin physique	1	0.00006	0.1	0.00075
Médecin généraliste formé à la MPR	0	0	0	0
Psychiatre	0	0	0	0
Psychologue	0	0	0	0
Neuropsychologue	0	0	0	0
Kinésithérapeute	32	0.00193	3.2	0.02401
Orthophoniste	6	0.00036	0.6	0.00450
Psychomotricien	4	0.00024	0.4	0.00300
Ergothérapeute	0	0	0	0
Orthoprothésiste	4	0.00024	0.4	0.00300
Orthoptistes	4	0.00024	0.4	0.00300
Podologue	0	0	0	0
Assistant social	18	0.00108	1.8	0.01350
Infirmier polyvalent formé	0	0	0	0
Aide-soignant	0	0	0	0
Total	69	0.00416	6.9	0.05177

Le ratio du personnel médical (soit 1 médecin physique dans la RDT) est négligeable aussi bien par rapport à la population générale que par rapport aux PSH, il est de 0.1 par 1000 habitants.

Quant au personnel paramédical, un effectif de 68 englobant :

- 32 kinésithérapeutes avec un ratio de 3.2 pour 1000 habitants ;
- 6 orthophonistes soit un ratio de 0.6 pour 1000 habitants ;
- 4 psychomotriciens, orthoprothésistes et orthoptistes représentant successivement un ratio de 0.4 pour 1000 habitants ;
- 18 assistants sociaux avec un ratio de 1.8 pour 1000 habitants (Tableau 24).

Ce manque en ressources humaines spécialisées dans la prise en charge du handicap est particulièrement alarmant et reste un facteur limitant majeur de toute politique nationale de la prise en charge du handicap. Ainsi et pour faire face à cette situation, l'Etat marocain doit entamer des actions urgentes dans le renforcement des effectifs des spécialistes médicaux et paramédicaux dans toutes les filières intéressant le handicap, la création de nouvelles filières telles que la psychologie clinique, l'ergothérapie, la podologie et l'inclusion de modules spécifiques sur le handicap dans la formation des professionnels de santé.

C. L'équipement :

En matière d'équipement, l'étude montre le manque du matériel médical au niveau régional rendant la tâche difficile voir impossible pour le personnel médical. Alors qu'une restriction importante est enregistrée sur le plan matériel paramédical ; Parmi le matériel existant on trouve celui de la kinésithérapie et de l'orthophonie.

Un atelier de fabrication de prothèses et orthèses est à Ouarzazate malgré qu'il n'est pas fonctionnel jusqu'à l'heure actuelle.

D. Le financement :

Les données relatives au financement à propos de l'offre de soins en rééducation et réadaptation sont absentes dans la RDT, abstraction faite pour l'atelier orthopédique à Ouarzazate financé par le budget général de l'Etat.

Le manque de spécialistes en MPR et des profils paramédicaux, des infrastructures généralisées sur le territoire régional et l'inexistence du matériel médical devront insister les décideurs à renforcer les budgets alloués à la santé publique et particulièrement au PSH notamment en milieu rural et précaire.

Tableau 25: Particularités en PSH, ressources humaines en réadaptation et des structures au niveau des provinces de la RDT

Province	Population en situation de handicap		Ressources humaines en réadaptation			Structures de réadaptation	
	Nombre	Particularité	Total	Effectif Médical	Effectif paramédical	Nombre	Particularité
Errachidia	36480(27.3)	-70.3% en milieu rural -42.56 % avec handicap moteur -47.19% âgés entre 16ans à 59 ans. -18295 enfants en situation de handicap	30	1	29	Centre intègre provinciale de rééducation + 1unité de rééducation	- manque de plusieurs disciplines
Midelt	24016(18.02)		7	0	7	2unités de rééducation	- Equipent insuffisant
Ouarzazte	23785(17.84)		21	0	21	Centre intégré de rééducation et d'appareillage orthopédique +Unité de rééducation	- aucune structure de réadaptation au milieu rural
Tinghir	24884(18.67)		5	0	5	Unité de rééducation	- aucune structure de réadaptation pédiatrique ou gériatrique
Zagora	24107(18.08)		6	0	6	Unité de rééducation	
TOTAL	133272 (100)		69	1	68	1 centre de rééducation et 1 d'appareillage et 6 unités de rééducations	

Point forts :

- Première étude dans la région de Draa-Tafilalet mettant en relief l'offre de soins en réadaptation et rééducation.
- C'est une étude basée sur des enquêtes de terrain, qui couvre les structures de réadaptation de secteur public dans la région Draa-Tafilalet.
- Cette étude constitue une aide pour l'élaboration du SROS dans la RDT.
- L'étude permet de minimiser l'inégalité territoriale.

Point faible :

Notre étude présente certaines limites :

- L'étude est concentrée sur l'offre de soins en rééducation et réadaptation dans le secteur public qui pourrait limiter ainsi la généralisation des résultats sur l'offre de soins dans le secteur privé.
- L'étude n'a pas concernée la qualité des prestations.
- En termes d'équipement, la liste de matériel n'est pas exhaustive.
- Par manque de données, on ne se dispose pas de budget dédié à la réadaptation et rééducation.

E. Faits marquants et chiffres-clés :

❖ Infrastructures de réadaptation dans la RDT :

- Offre de soin en réadaptation basée sur une prise en charge ambulatoire ;
- Absence de lits en MPR dans la RDT ;
- Parmi les 228 ESSB, Deux ESSB urbain offrent des structures en kinésithérapie ;
- Manque des profils en ergothérapie, neuropsychologie, podologie, infirmier polyvalent formé...etc ;
- Aucune structure de réadaptation au milieu rural.

❖ Ressources humaines spécialisées en réadaptation dans la RDT :

- Un seul médecin MPR dans la RDT, soit un spécialiste pour 133272 PSH et pour 1656522 habitants ;
- Les ressources humaines en réadaptation sont constituées de 98.57% d'effectif paramédical et 1.43% d'effectif médical de réadaptation ;
- Pas des médecins généralistes dans les structures de réadaptation ;
- Pas de neuropsychologues, des ergothérapeutes, des podologues...

❖ Equipements de la réadaptation dans la RDT :

- Equipement insuffisant dans toutes les structures de réadaptation.

❖ Financement des soins de réadaptation dans la RDT :

- Absence de données sur le financement des structures de réadaptation.



RECOMMANDATIONS

VI. Recommandations :

A la lumière des résultats obtenus, nous recommandons ce qui suit :

1. Renforcer considérablement les services de réadaptation dans la région et les améliorer dans les prochaines années (infrastructures) ;
2. La création urgente de services hospitaliers de médecine physique et de réadaptation dans le secteur de santé public semble être la première étape vers une prise en charge médicosociale efficace et optimale des PSH dans la RDT ;
3. C'est une région récemment instituée, nous recommandons un partage équitable des infrastructures en rééducation et réadaptation, des équipements pour les structures existantes et des ressources humaines spécialistes dans la prise en charge des PSH ;
4. Offrir des lits spécialisés pour les PSH ;
5. De fait que les ESSB sont les plus accessibles aux PSH, développer l'offre de soins en réadaptation et rééducation au sein de ces établissements ;
6. Offrir l'accès aux soins aux PSH en milieu rural ;
7. Augmenter les effectifs du personnel médical et paramédical et le partager sur tout le territoire de la RDT ;
8. Il convient que l'équipe paramédicale doit être en nombre suffisant pour assurer la sécurité et la bonne gestion des malades ;
9. Il est recommandé que l'équipe infirmière ait une spécialisation en réadaptation ou avoir une certaine expérience dans le domaine ;
10. Assurer une formation de base pour les étudiants en médecine en termes de MPR ;

11. Assurer des formations continues pour les médecins généralistes concernant la MPR surtout dans les milieux fréquentés par les PSH ;
12. Généraliser cette étude sur les différentes régions de royaume pour avoir une idée globale sur l'offre de soin en réadaptation dans le secteur public et privé ;
13. Mettre en œuvre des politiques de financement et d'approvisionnement qui garantissent la disponibilité de produits d'assistance pour tous ceux qui en ont besoin.

A decorative rectangular border with intricate black and white floral and scrollwork patterns surrounds the central text.

CONCLUSION

VII. Conclusion :

Ce travail de recherche était une première dans la région de Draa-Tafilalet en vue de décrire le nombre des établissements de santé en rééducation et réadaptation, d'identifier le besoin de la population concernant l'offre de soins, mettre en relief les inadéquations entre les différentes régions du Royaume et d'aider à l'élaboration du schéma régional de l'offre de soins.

L'analyse des informations recueillies au sujet de la cartographie de l'offre de soins en rééducation et réadaptations dans la région de Draa-Tafilalet malgré l'insuffisance en information, nous a permis de montrer : l'insuffisance des infrastructures, des ressources humaines, des équipements et de la capacité d'assurer une réhabilitation complète dans les provinces de la région.

Donc il est nécessaire de créer des services hospitaliers de MPR et des unités de réadaptation au niveau des ESSB et d'augmenter le nombre de personnel médical et paramédical dans la région afin que l'offre de soins en réadaptation répond aux besoins des PSH.



RÉSUMÉS

VIII. Résumés :

Résumé

Introduction :

L'offre de soins est composée des infrastructures et des installations de santé fixes ou mobiles, relevant du secteur public et du secteur privé, des ressources humaines qui leurs sont affectées, ainsi que des moyens mis en œuvre pour produire des prestations de soins et de services en réponse aux besoins de santé des individus, des familles et des collectivités.

L'offre de soins en rééducation et réadaptation permet de rendre toute personne et toute population concernée par une infirmité ou une invalidité le moins handicapée dans les situations qu'elles rencontrent au quotidien.

Objectifs :

1. Evaluer le nombre des établissements de santé en médecine physique existants dans la région de Draa-Tafilalet ;
2. La répartition territoriale des ressources humaines pour répondre aux besoins de la population de la région.

Matériels et Méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive et quantitative ayant durée entre janvier 2017 et 2019 réalisée dans la région de Draa-Tafilalet. Nous avons consulté plusieurs bases de données médicales et scientifiques (Pubmed, sciences directes et google scholar) avec les mots-clés suivants : PSH, Offres de soin, Rééducation, Réadaptation. Nous avons également consulté les documents officiels du Maroc. En plus, des entretiens semi-directifs réalisés avec les acteurs de la santé publique et le personnel de MPR.

Un questionnaire a été rempli évaluant, l'offre de soin de réadaptation en matière des infrastructures, des ressources humaines, d'équipement et de financement destinées aux structures de réadaptation.

Résultats :

Les résultats de notre étude effectuée dans la région de Draa-Tafilalet qui présente une population en situation de handicap en nombre de 133272 sont :

Pour le 1^{er} volet relatif aux infrastructures : l'étude montre l'existence de plusieurs restrictions en termes d'infrastructures en MPR. En effet, les structures de réadaptation existent uniquement dans les CHP et ne se trouvent guère au niveau des HPR. En plus, deux ESSB sont disponibles dans les provinces d'Errachidia et de Midelt. En fin, au milieu rural aucune structure de réadaptation n'est disponible sur tout le territoire régional.

Concernant les ressources humaines, dans la RDT un manque du personnel médical et paramédical est observé, ce qui engendre la diminution de la qualité des soins surtout pour les PSH.

Pour le volet équipement, la RDT présente une faible dotation en matériel paramédical alors que le matériel médical n'existe pas.

Quant au financement, les données au niveau de la RDT sont indisponibles à l'exception de l'atelier orthopédique qui est en projet à Ouarzazate.

Conclusion :

Les résultats observés dans notre étude soulignent clairement la défaillance de l'offre de soins en rééducation et réadaptation dans la RDT et la répartition inéquitable, soit par rapport aux autres régions du Royaume ou bien au sein des cinq provinces de la région.

L'étude montre des limitations en termes d'infrastructures, ressources humaines, équipement existant et un financement minime influant la qualité des prestations et la prise en charge des PSH notamment dans les milieux ruraux et éloignés. D'où la nécessité de donner plus d'importance au système de santé au niveau de la RDT et particulièrement aux PSH.

Mots clés : Réadaptation – rééducation – offre de soins – besoin – personne en situation de Handicap – cartographie – région Draa-Tafilalet.

Abstract

Introduction:

The offer of care is composed of infrastructures, public and private sector, fixed or mobile health and facilities, the human resources that are assigned to them, as well as the means implemented to produce health care and health care services in response to the health needs of individuals, families and communities.

The offer of care in re-education and rehabilitation makes it possible to make every person and any population concerned by an infirmity or disability least handicapped in the situations they encounter on a daily basis.

Objective:

1. To evaluate the number of existing health facilities on physical medicine in the Draa-Tafilalet region ;
2. The territorial distribution of human resources to meet the needs of the population of the region.

Material and methods:

This is a descriptive and quantitative study lasting between January 2017 and 2019 in the Draa-Tafilalet region. We consulted several medical and scientific databases (Pubmed, direct sciences and google scholar) with the following keywords: persons with disabilities, Care offers, Rehabilitation, Reeducation. We have also consulted the official documents of Morocco. In addition, semi-structured interviews with public health actors and MPR staff.

A questionnaire was completed evaluating the supply of rehabilitation care in terms of infrastructure, human resources, equipment and funding for rehabilitation structures.

Results:

The results of our study carried out in the region of Draa-Tafilalet which presents a handicapped population in number of 133272 are:

For the first part relating to infrastructures: the study shows the existence of several restrictions in terms of infrastructures in Physical Medicine and Rehabilitation.

Indeed, rehabilitation structures exist only in provincial hospital center and are hardly at the level of local hospital. In addition, two Basic Health Care Facilities are available in the provinces of Errachidia and Midelt. In the end, in rural areas no rehabilitation structure is available throughout the regional territory.

Regarding human resources, in region of Draa-Tafilalet a shortage of medical and paramedical staff is observed, which leads to a decrease in the quality of care, especially for persons with disabilities.

For the equipment component, the region of Draa-Tafilalet has a low endowment of paramedical equipment while medical equipment does not exist.

As for funding, the data at the level of the region of Draa-Tafilalet are unavailable except for the orthopedic workshop which is planned in Ouarzazate.

Conclusion:

The results observed in our study clearly underline the failure of the offer of care in re-education and rehabilitation in the region of Draa-Tafilalet and inequitable distribution, either compared to other regions of the Kingdom or within the five provinces of the region.

The study shows limitations in terms of infrastructure, human resources, existing equipment and minimal funding affecting the quality of services and the management of persons with disabilities especially in rural and remote areas. Hence the necessity to give more importance to the health system at the level of the region of Draa-Tafilalet and especially to the persons with disabilities.

Keywords: Readaptation – rehabilitation – offers of care – need – persons with disabilities – cartography – Draa-Tafilalet region.

ملخص

مقدمة:

توفير الرعاية تشمل البنيات التحتية، التجهيزات الثابتة أو المحمولة المنتمة سواء للقطاع العام أو الخاص، الموارد البشرية المتوفرة والوسائل التي تمكن من توفير الخدمات العلاجية استجابة للحاجيات الصحية للأفراد، الأسر والمجتمعات.

توفير الرعاية في ميدان إعادة التأهيل تمكن الأشخاص المعنيين من إزالة كل العراقيل الممكن مصادفتها في فترة العلاج.

الأهداف:

تقييم وجرد مؤسسات الرعاية الخاصة بالطب الفيزيائي المتواجدة بجهة درعة-تافيلالت.
معرفة التوزيع الترابي للموارد البشرية، التجهيزات المتوفرة وكذا المؤهلات للإجابة لحاجيات ساكنة الجهة.

المواد والأساليب:

هذه الدراسة وصفية وكمية استمرت بينيناير 2017 و 2019 في جهة درعة-تافيلالت. قمنا باستشارة العديد من قواعد البيانات الطبية والعلمية (المنشورة، العلوم المباشرة، باحثو غل التعليمي) باستخدام الكلمات الرئيسية التالية: اشخاص فيو ضعية اعاقة، تقديم الرعاية، إعادة التأهيل، الطب الفيزيائي. لقد استشرنا الوثائق الرسمية للمغرب. بالإضافة لذلك، مقابلنا تشبه منظمة معالجاتها لفا لة فيمجال الصحة العامة وموظفي الطب التأهيلي. وتمثلنا لاستبيان الذي يقيم خدمات الرعاية لإعادة التأهيل، من حيث البنية التحتية والموارد البشرية والمعدات التي يمكنها إعادة التأهيل.

النتائج:

في ما يخص نتائج هذه الدراسة بجهة درعة-تافيلالت والتي تشمل ساكنة في وضعية إعاقة بعدد 133272 شخص، نجد ما يلي:

بخصوص البنيات التحتية، الدراسة تبرز الخصائص الكبيرة في البنية التحتية المتعلقة بالطب الفيزيائي وإعادة التأهيل، البنيات المتعلقة بإعادة التأهيل متواجدة فقط في المراكز الاستشفائية الإقليمية وغير متوفرة في مستشفيات القرب، إضافة إلى ذلك فعلى الصعيد الجهة توجد فقط مؤسستين للخدمات الصحية الضرورية بكل من الرشيدية وميدلت، وأخيرا نشير أنه على مستوى المجال القروي لا تتوفر أي مؤسسة للرعاية على الصعيد الجهوي.

بالنسبة للموارد البشرية، فعلى الصعيد الجهوي هناك نقص حاد في الأطر الطبية والشبه طبية مما يؤدي إلى تردي الخدمات الصحية عموما وللأشخاص ذوي الإعاقة على وجه الخصوص.

في ما يتعلق بالتجهيزات، تشمل جهة درعة-تافيلالت على بعض التجهيزات الشبه طبية أما نظيرتها الطبية فهي غير متوفرة.

أخيرا بالنسبة للجانب التمويلي، لا تتوفر على مستوى جهة درعة-تافيلالت على المعلومات الكافية باستثناء مركز تقويم العظام بورزازات.

خلاصة:

تبرز نتائج هذه الدراسة النقص الحاد في توفير الرعاية المتعلقة بإعادة التأهيل بجهة درعة-تافيلالت إضافة إلى التوزيع الغير المنصف سواء مقارنة بباقي جهات المملكة أو على مستوى الأقاليم الخمس بالجهة. تشير الدراسة إلى محدودية البنيات التحتية، الموارد البشرية، التجهيزات المتوفرة وكذا التمويل مما يؤثر سلبا على الخدمات الطبية المقدمة للأشخاص في وضعية إعاقة خصوصا بالمناطق النائية والقروية. لهذا وجب إعطاء المزيد من الأهمية للمجال الصحي بالجهة وكذلك وخصوصا للأشخاص في وضعية إعاقة.

كلمات رئيسية:

الطب الفزيائي - إعادة التأهيل - توفير الرعاية - أشخاص في وضعية إعاقة - خرائطية - جهة درعة-تافيلالت.



IX. Annexes

ANNEXE 1 :

La loi-cadre n°97-13 relative à la protection et à la promotion des droits des personnes en situation de handicap

en violation des dispositions de l'article 27 ci-dessus :

2) une mention pour la dénomination, l'étiquetage ou la publicité de son produit qui peut, en violation des dispositions de l'article 28 ci-dessus :

- détourner ou affaiblir la renommée d'un signe distinctif des produits de l'artisanat ;
- induire en erreur le consommateur sur l'origine ou les caractéristiques dudit produit ;
- porter atteinte au caractère spécifique de la protection réservée aux signes distinctifs des produits de l'artisanat.

3) un mode de présentation de son produit susceptible d'induire en erreur le consommateur quant à l'origine réelle de celui-ci, en faisant croire qu'il bénéficie d'un signe distinctif des produits de l'artisanat.

Chapitre IX

Dispositions finales

Article 35

La présente loi entre en vigueur à compter de la date de publication des textes pris pour son application au *Bulletin officiel*.

Dahir n°1-16-52 du 19 rejeb 1437 (27 avril 2016) portant promulgation de la loi-cadre n° 97-13 relative à la protection et à la promotion des droits des personnes en situation de handicap.

LOUANGE A DIEU SEUL !

(Grand Scéau de Sa Majesté Mohammed VI)

Que l'on sache par les présentes – puisse Dieu en élever et en fortifier la teneur !

Que Notre Majesté Chérifienne.

Vu la Constitution, notamment ses articles 42 et 50,

*

* *

Loi-cadre n° 97-13

relative à la protection et à la promotion des droits des personnes en situation de handicap

Chapitre premier

Objectifs et principes

Article premier

En application des dispositions des articles 34 et 71 de la Constitution et des dispositions des conventions internationales relatives aux droits de l'Homme, notamment la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées et son protocole facultatif qui sont ratifiés par le Royaume du Maroc, la présente loi-cadre fixe les objectifs fondamentaux à atteindre par l'Etat dans le domaine de la protection et de la promotion des droits des personnes en situation de handicap.

Lesdits objectifs sont :

- la garantie d'une protection efficace des droits et libertés des personnes en situation de handicap et leur promotion ;
- la prévention et le diagnostic du handicap et la sensibilisation aux mesures préventives du handicap ;
- la réadaptation et la réhabilitation des personnes en situation de handicap afin de leur permettre d'atteindre un niveau d'autonomie aussi élevé que possible dans leur vie et de bénéficier de leurs qualifications, et ce à travers le renforcement de leurs capacités et aptitudes, et la concrétisation de leur participation sociale ;
- la facilitation de leur intégration sociale et de leur participation normale à tous les aspects de la vie sur le même pied d'égalité avec les autres et sans discrimination aucune.

La réalisation desdits objectifs est une responsabilité nationale qui incombe à l'Etat, à la société et au citoyen et qui doit être assumée dans le cadre de la politique générale de l'Etat et des textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Les collectivités territoriales et les établissements publics, dans le cadre des attributions qui leur sont dévolues en vertu de la législation en vigueur, ainsi que les associations intéressées par les questions du handicap, concourent à la réalisation des objectifs visés au présent article.

Article 2

Au sens de la présente loi-cadre, on entend par :

- personne en situation de handicap : toute personne présentant, de façon permanente, une limitation ou une restriction, qu'elle soit stable ou évolutive, dans ses facultés physiques, mentales, psychiques ou sensorielles, dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation dans la société sur la base de l'égalité avec les autres ;
- discrimination fondée sur le handicap : toute commission ou omission d'un acte ou d'une mesure par une personne physique ou morale, ayant pour effet de priver, en raison de son handicap, une personne en situation de handicap de jouir ou d'exercer un droit ou de la priver d'un service fourni au public.

Toutefois, ne constituent pas une discrimination, les mesures et les dispositions d'encouragement visant l'équité et la garantie de l'égalité des chances au profit des personnes en situation de handicap ;

- aménagements raisonnables : les modifications et ajustements nécessaires et appropriés n'imposant pas de charge disproportionnée ou indue apportés, en fonction des besoins dans une situation donnée, pour assurer aux personnes en situation de handicap la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'Homme et de toutes les libertés fondamentales.

Article 3

Chaque autorité publique doit, lors de l'élaboration et de l'exécution des politiques publiques sectorielles ou intersectorielles, observer les principes suivants relatifs à la protection des droits des personnes en situation de handicap, en tenant compte de la dimension territoriale desdites politiques :

- le respect de la dignité des personnes en situation de handicap et la garantie de leur autonomie individuelle ;

Chapitre II

De la protection sociale et de la couverture médicale

Article 4

Les personnes en situation de handicap sont dispensées, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, de la limite d'âge requise pour le bénéfice des indemnités et allocations servies par les régimes et les caisses de la couverture sociale aux parents de l'enfant en situation de handicap ou à la personne ayant sa garde ou à son Kafil, travaillant dans les secteurs public ou privé.

Les mêmes dispositions sont applicables aux orphelins en situation de handicap éligibles au bénéfice des pensions et allocations servies par les régimes et les caisses précitées.

Article 5

Les personnes en situation de handicap bénéficient des services fournis par les régimes d'assurance sur la base de l'égalité avec les autres.

Article 6

Il est institué par l'Etat en partenariat avec les institutions et les associations intéressées par les questions du handicap et les autres personnes de droit public ou de droit privé, un régime de soutien social, d'encouragement et d'appui au profit des personnes en situation de handicap, ayant pour objet de fournir les différentes formes de soutien et d'assistance sociaux et notamment au profit des :

- personnes en situation de handicap, chaque fois qu'elles en éprouvent le besoin ;
- chefs de familles démunies ayant à charge des personnes en situation de handicap ;
- personnes démunies ayant la garde de personnes en situation de handicap ;
- personnes démunies ayant la kafala de personnes en situation de handicap ;
- établissements de protection sociale, chargés des personnes en situation de handicap.

Sont fixés par voie législative ledit régime de soutien social, ses formes, ses ressources de financement, les modalités de sa gestion et les conditions d'éligibilité à ses prestations.

Article 7

ANNEXE 2

A l'intention de Mr Brahim- Assistant social.

le 03/01/19

Mlle MAGGOURI Loubna
Doctorante à la FMP de Fès
E-mail : maggouri.loubna@gmail.com
Tél : 0651223034

Direction Régionale de la Santé
DRAA-TAFILALET
Arrivée le : 04 JAN 2019

A

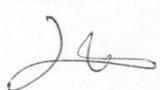
005542 M. le Directeur Régional de la Santé de Draa-Tafilalet à Errachidia

Objet : Demande de documentation ;
Relatif au sujet d'étude : l'offre de soins en rééducation et réadaptation dans la région de Draa-Tafilalet.

En relation avec l'objet cité en marge, j'ai l'honneur de vous demander de vouloir bien mettre à notre disposition les documents nécessaires afin de réussir notre recherche sur le sujet en question.

Je porte à votre connaissance que je suis médecin en instant de thèse à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès ayant passé son stage périphérie au Centre Hospitalier Régional d'Errachidia.

Dans l'attente de votre réponse veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma haute considération.

Signature




ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE SUR LA CARTOGRAPHIE DE L'OFFRE DE SOINS DANS LE CADRE DE REEDUCATION ET READAPTATION DANS LA REGION DE DRAA TAFILALT

Infrastructure :

Ville :

Panoplie de services à offrir	CHU	CHR/CHP	CIRP/CIRAR	ESS B
Consultation MPR				
Kinésithérapie				
Physiothérapie				
Psychomotricité				
Orthophonie				
Orthoptie				
Ergothérapie				
Bilan urodynamique				
Neuropsychologie				
Confection et fabrication de plâtre de correction,				
Confection et fabrication des, orthèses, prothèses				
Confection et fabrication des aides technique				
ENMG				
Echographie				
Traitement de la spasticité				
Soins infirmiers				
Rééducation pédiatrique				
Rééducation polyvalente				
Rééducation cardiovasculaire				
Rééducation neurologique				
Rééducation oncologique				
Rééducation gériatrique				
Rééducation pulmonaire				
Rééducation neuropsychologique				
Rééducation robotique				
Réadaptation cardio-respiratoire				
Isconitisme				

Ressources humaines publiques

Personnels	CHU		CHR/CIRAR		CHP/CIRP		ESS B	REMS	
	Nb Total	Nb dédié au service de rééducation	Nb Total	Nb dédié au centre	Nb Total	Nb dédié au centre		CIR P	CRA R
Médecin spécialiste MPR									
Médecin généraliste formé à la médecine de rééducation									
Neuropsychologue									
Psychiatre									
Kinésithérapeute									
Orthophoniste									
Orthoptiste									
Psychomotricien									
Ergothérapeute									
Psychologue									
Orthoprothésiste									
Podologue									
Assistant dentaire									
Assistant social									
Infirmier polyvalent formé									
Aide-soignant									

- CIRP : centre intègre provincial de rééducation.
- CRAR : centre intègre d'appareillage et orthopédique de rééducation.

Equipement

Equipement		Nombre		fonctionnelle	
		Nv II	Nv I	oui	non
K I N I S T H E R A P I E	Barres parallèles				
	Bicyclette fixe				
	Tapis de marche				
	Escaliers de montée et descente				
	Tables de massage				
	Déambulateur fixe et à roulette				
	Arthromoteur				
	Ballon de Klein				
	Tapis de gymnastique				
	Lève malade				
Atelier de Fabrication De Prothèses Et Orthèses	Ponceuse orbitale				
	Ponceuse à bande abrasive				
	Touret à meuler				
	Tabouret a roulettes				
	Ciseau électrique				
	Table pour soudeur à miroir				
	Étau d'alignement				
	Table de découpe				
	Podoscope				
	Appareil dépoussiéreur				
	Étau pour l'alignement manuel				
	séparateur de plâtre				
	Cadre de prise de moulage				
	Panneau d'outillage				
Siège de prise de moulage					

Orthoptie	Frontofocomètre automatique				
	Réfractomètre				
	Matériel de rééducation visuelle				
Orthophonie	Matériel de rééducation du langage et de la communication (imagier, puzzle, pictogramme)				
Psychomotricité	Tapis d'éveil				
	Structure d'éveil : tunnel ou tubes pour ramper, divers matelas, matériel à bascule				
Salle d'isocinetisme	dynamomètre isocinétique				
Salle ENMG	electromyographe				
Autres	Appareil de radiographie panoramique				
	Chambre noire pour la lecture des radiographies				

Le financement :

		montant	observation
Budget total de la région Draa-Tafilalt			
Budget de MPR	CIRP		
	CIRAR		
Budget des ONG			
Autre budget			

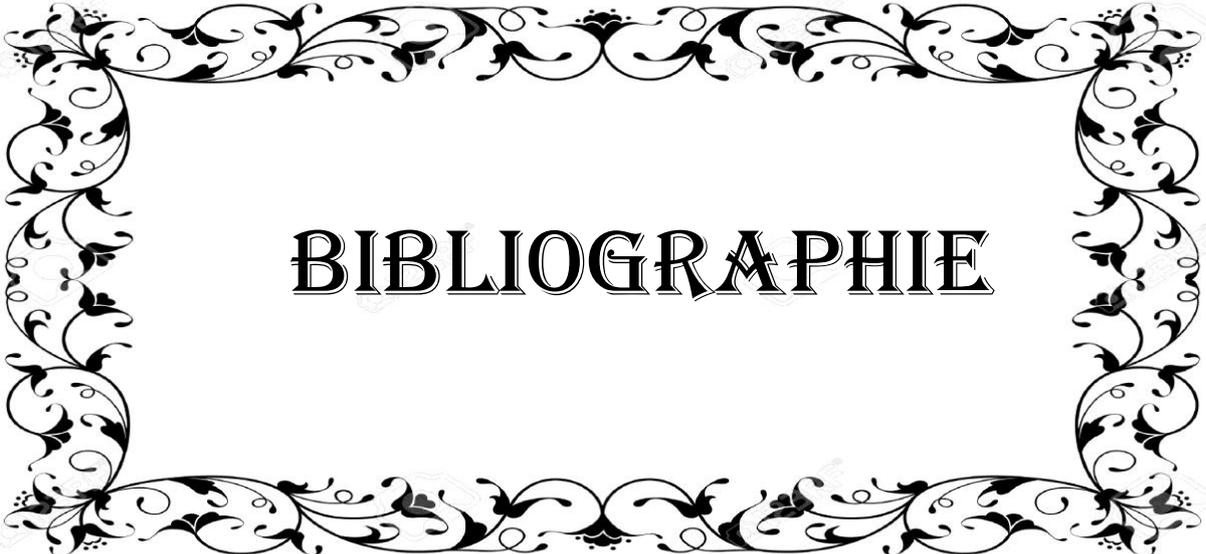
ANNEXE 4

FICHE DE PROJET DE CONSTRUCTION D'UN ATELIER ORTHOPEDIQUE				
Fiche Projet				
Nature de l'opération	CONSTRUCTION D'UN ATELIER ORTHOPEDIQUE			
Consistance	Le projet consiste à la construction d'un atelier orthopédique, il sera composé de: Bureau infirmier major Réception / Salle d'attente Cabine de moulage et de mesure Salle d'essayage (1 femme et 1 homme) Couloir de marche (1 femme et 1 homme) Salle d'analyse de marche (équipée de caméra) Salle de fabrication d'orthèse à basse température Salle de podologie Salle de rectification de plâtre Salle de résine Salle de thermoformage Salle de montage pour orthèses Salle de machines (bois-verniss, mousse,.....) Salle de fabrication mécanique métal Salle de sellerie Salle stock de réserve Salle stock de consommables Blocs sanitaires			
Financement	budget général de l'Etat			
Maitre d'ouvrage	DELEGUE PROVINCIAL DU MINISTERE DE LKA SANTE A LA PROVINCE DE OUARZAZATE			
Maitre d'œuvres	<table border="1"> <tr> <td>Architecte : MOHAMED EL HABIB ENNACIRI N° contrat : CA 02/2012 Montant : 102.000.00 Paie ment : 93 806,20</td> <td>BET : STE CHALLENGE TEC SARL N° contrat : BC 55/2012 Montant : 54.000.00 Paie ment : 0.00</td> <td>BCT: SOCOPREC N° contrat BC 79/15 Montant : 21600.00 Paie ment : 0.00</td> </tr> </table>	Architecte : MOHAMED EL HABIB ENNACIRI N° contrat : CA 02/2012 Montant : 102.000.00 Paie ment : 93 806,20	BET : STE CHALLENGE TEC SARL N° contrat : BC 55/2012 Montant : 54.000.00 Paie ment : 0.00	BCT: SOCOPREC N° contrat BC 79/15 Montant : 21600.00 Paie ment : 0.00
Architecte : MOHAMED EL HABIB ENNACIRI N° contrat : CA 02/2012 Montant : 102.000.00 Paie ment : 93 806,20	BET : STE CHALLENGE TEC SARL N° contrat : BC 55/2012 Montant : 54.000.00 Paie ment : 0.00	BCT: SOCOPREC N° contrat BC 79/15 Montant : 21600.00 Paie ment : 0.00		
Estimation du projet	Global : 7.124.173.40 -Etudes & Travaux : 4.324.173.40Mdh -Equipement : 2.800.000.00 dhs			
Date prévisionnelle d'achèvement	Février 2019			
Etat d'avancement du projet	Phase I : • Etudes :100% • Travaux : 98 % Phase II : achèvement			

	<ul style="list-style-type: none"> • Etudes :50% • Travaux : 0 %
<p style="text-align: center;"><u>Lots en cours d'exécution</u></p>	<p>➤ Lot N°1 : construction de l'atelier orthopédique .</p>
	<p>- N° MARCHE M01/2016</p>
	<p>- Entreprise : STE SITMAX DE TRAVAUX DIVERS SARL</p>
	<p>- Montant : 3.278.154.00</p>
	<p>- OSCT : 29/11/2016</p>
	<p>- Délai : 10 MOIS</p>
	<p>- Avancement détaillé : 98 %</p>
	<p>- Réceptionné provisoire en cours</p>
	<p>➤ Lot N°2 achèvement de l'atelier orthopédique</p>
	<p>- N° MARCHE -----</p>
<p>- Entreprise : SUPRA ENNAKHIL</p>	
<p>- Montant : 338.604.00</p>	
<p>- OSCT : -----</p>	
<p>- Délai : 3 MOIS</p>	
<p>- Avancement détaillé : 0 %</p>	
<p>Equipement</p>	
<p>➤ LOT 01 : ACHAT DE MATERIELS MEDICOTECHNIQUE DIVERS</p>	
<p>- N° M ARCHE 05/2018</p>	
<p>- Entreprise : OTTO BOCK MAROCSARL</p>	
<p>- Montant : 891 639,60</p>	
<p>- OSCT : 27/10/2018</p>	
<p>- Délai : 3 MOIS</p>	
<p>- Avancement détaillé : 0%</p>	
<p>➤ LOT 02 : ACHAT DES ACCESSOIRES MEDICOTECHNIQUE</p>	
<p>- N° M ARCHE 08/2018</p>	
<p>- Entreprise : OTTO BOCK MAROCSARL</p>	
<p>- Montant : 382 593,60</p>	
<p>- OSCT : 27/10/2018</p>	
<p>- Délai : 3 MOIS</p>	
<p>- Avancement détaillé : en cours de livraison</p>	
<p>➤ LOT 03 : ACHAT DES EQUIPEMENTS ORTHOPEDIQUES</p>	
<p>- N° M ARCHE 06/2018</p>	
<p>- Entreprise : OTTO BOCK MAROCSARL</p>	
<p>- Montant : 1 310 550,00</p>	

	<ul style="list-style-type: none">- OSCT : 27/10/2018- Délai : 3 MOIS- Avancement détaillé : en cours de livraison <p>➤ ACQUISITION ET MONTAGE DE MOBILIER DE BUREAU</p> <ul style="list-style-type: none">- N° M ARCHE 09/2018- Entreprise : STE S BELKAS SARL AU- Montant : 111 780,00- OSCT : 27/10/2018- Délai : 1 MOIS- Avancement détaillé : achevé
Observations	<ul style="list-style-type: none">• En attendant la délégation des crédits pour engager : le marché d'achèvement



A decorative rectangular border with intricate floral and scrollwork patterns, framing the central text.

BIBLIOGRAPHIE

X. Bibliographie :

- [1]. Royaume du Maroc. Enquête nationale sur le Handicap 2014. Synthèse des résultats, Février 2015.
http://www.social.gov.ma/sites/default/files/EnqNatHand2_Ar-Fr.pdf, consulté le 19 Juin 2017.
- [2]. Royaume du Maroc. Ministère de la Santé. Plan d'Action National Santé et Handicap 2015-2021. <http://www.sante.gov.ma/Documents/2015/الوطني%20العمل%20مخطط%20الإعاقة%20و%20للصحة%202015-2021.pdf>, consulté le 19 Juin 2017.
- [3]. OMS.Rapport Mondial sur le Handicap 2011 :
http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/fr/.
- [4]. La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) des Nations : Unies <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>.
- [5]. La Constitution adala.justice.gov.ma/production/constitution/fr/Constitution.pdf
- [6]. La loi cadre n 97-13 relative à la protection et à la promotion des personnes ensituation de handicap.
https://www.mmsp.gov.ma/uploads/file/Loi_cadre%2097_13_fr.pdf.
- [7]. Royaume du Maroc. Ministère de la Santé. Plan d'Action National Santé et Handicap 2015-2021.
- [8]. Le plan de santé 2025 .ministère de la santé.
- [9]. Réhabilitation 2030 call 4 Action concept
note_french :http://www.who.int/disabilities/care/rehab_2030_cn_fr.pdf
- [10]. LAHLOU Assmae ; NEJJARI Chakib ; Thèse de médecine N 020/12* Adéquation entre l'enseignement de la santé publique au Maroc et la situation épidémiologique
* le 13/03/2012 a la faculté de médecine et de pharmacie Fès.

[11]. Organisation de l'offre de soins ; la carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins.

http://associationdesmedecins.ma/wp-content/uploads/2014/12/CS.SROS_.pdf

[12]. Guide de standards et de référentiels relatifs aux établissements de prise en charge médico-sociale des personnes en situation de handicap, et à la mise en place d'une filière de soins de réadaptation au Maroc, Ministère de la Santé – Direction de la Population.

[13]. OMS, thème de santé ; 2001 [Http://www.who.int/fr](http://www.who.int/fr), consulté le 04 février 2018.

[14]. HAJJIOUI A, FOURTASSI M, NEJJARI N. Le handicap au Maroc : Etude d'adéquation entre l'offre de soins et le besoin en rééducation. 2014 Journal de réadaptation médicale.

[15]. WHO (April 2014), WHO Global disability action plan 2014–2021, Better Health for all people with disability.

[16]. OMS, thème de santé ; 2001 [Http://www.who.int/fr](http://www.who.int/fr), consulté le 04 février 2018.

[17]. La loi cadre n 97-13 relative à la protection et à la promotion des personnes en situation de handicap.

https://www.mmsp.gov.ma/uploads/file/Loi_cadre%2097_13_fr.pdf

[18]. LE ROBERT, "Dictionnaire historique de la langue française", sous la direction d'Alain Rey. Ed. 2006. Page 1682.

[19]. Histoire du mot « Handicap » par Thierry Duirat / Étymologie Poétique.

[20]. 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

[21]. Classification internationale de handicap :

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41005/1/9782877100205_fre.pdf

[22]. Classification internationale des handicaps :

<https://www.cairn.info/revuegerontologie-et-societe1-2001-4-page-37.htm>.

[23]. CIF Classification international du fonctionnement, du handicap et de la santé :

Genève. 2001. OMS, site web:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42418/1/9242545422_fre.pdf

[24]. HAJJIOUI A, FOURTASSI M. La Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé : de la maladie à le handicap. *Espérance Médicale*, Septembre 2014, Tome 21 N° 203, 246-248.

[25]. FOURTASSI M, HAJJIOUI A, ARFAOUI FZ, ARABI H, EL ANBARI, 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. 2001 *Journal de réadaptation médicale*. 31 (2) ; 89-93.

[26]. HAJJIOUI A, FOURTASSI M, NEJJARI 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.

[27]. STIKER HJ. *Corps infirmes et société*. Paris: Aubier, 1982.

[28]. Déclaration de Madrid. Mars 2002 :

http://dcalin.fr/internat/declaration_madrid.html

[29]. Rusk H. *A word to care for*. New York: Random House, 1977.

[30]. GROSSIORD A. *Chaire de clinique de rééducation motrice. Leçons inaugurale*. Paris: Masson; 1968. Fougeyrollas P. *A part égales*, OPHQ, Drummondville, Québec.

- [31]. TOUATI Hajar, Abderrzak HAJJIOUI, Thèse de médecine N° :280/17 « Le devenir, la qualité de vie et la participation des victimes de l'intoxication aux huiles alimentaires frelatées de 1959.
- [32]. Meknès 10.000 personnes intoxiquées par l'huile frelatée :
<http://tenes.info/nostalgie/DECEMBRE1960/DEC10>
- [33]. <https://www.redcross.org.nz/about-us/centenary/aid-workers/physio-goesmorocco/>
- [34]. TRAVERS PR. The results of intoxication with ortho-cresyl-phosphate absorbed from contaminated cooking oil, as seen in 4029 patients in Morocco. Proceedings of the Royal Society of Medicine.1962, volume 55:pages : 57-60.
- [35]. A. HAJJIOUI, M. FOURTASSI la médecine physique et de réadaptation:médecine de la fonction et du handicap Espérance Médicale · Juin 2014 · Tome 21 · N° 202.
- [36]. BOURDILLON, F., MOSNIER, A., & GODARD, J. (2008). Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Santé publique, 20(5), 489-500.
- [37]. FOURTASSI M, HAJJIOUI A. ABORD du patient en situation de handicap en médecine générale. Espérance Médicale, Mai 2014, Tome 21, N° 201; 160-161.
- [38]. 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.
- [39]. 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.
- [40]. RAHMOUNI C., HAJJIOUI A. Thèse N° 147/17 « Connaissances, Attitudes et Pratiques des médecins généralistes sur le handicap au Maroc » thèse présentée et soutenue publiquement le 29/06/2017 à la faculté de médecine de Fès.

- [41]. Édouard JOLIBERT, Olivier BOUCHY, thèse de médecine « place de la médecine physique et de réadaptation dans le soutien santé des forces armées : historique, état des lieux et perspectives », le 28 septembre 2017, faculté de médecine de Nancy université de Lorraine :
docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_FACIONE_ROGER_JULIA.pdf
- [42]. Direction Régionale du HCP Draa-Tafilalet :
<https://www.hcp.ma/draa-tafilalet/Presentation-de-la-region-de-Draa-Tafilale4.html>
- [43]. Monographie générale de la région Draa-Tafilalet :
<http://www.fcs.ma/wp-content/uploads/2016/12/MONOGRAPHIE-DE-LA-REGION-DE-DRAA-TAFILALET-FR.pdf>
- [44]. Ministère de la santé 2018, carte sanitaire fiche signalétique :
<http://cartesanitaire.sante.gov.ma/fn>
- [45]. Ministère de la santé 2018, carte sanitaire, Etablissement de santé, plateau technique :
http://cartesanitaire.sante.gov.ma/dashboard/pages2/etab_plat_tech.html
- [46]. Ressources humaine, ministère de la santé 2018 :
http://cartesanitaire.sante.gov.ma/dashboard/pages2/rh_paramed.html
- [47]. MEHDAOUI Saida, Pr. HAJJIOUI Abderrazak, thèse n° 124/19 Adéquation entre l'offre de soins de réadaptation et les besoins des personnes en situation de handicap au Maroc: étude pilote dans la région Fès-Meknès.
- [48]. ASARE Christian, Jacob BENTLEY, Richmond ARYEETAY, Dzifa ACKUAKU, R Samuel MAYER, Stephen WEGENER, 2016. "Assessment of Rehabilitation Capacity in Ghana" Vol. 27, No.1, 2016; doi 10.5463/DCID.v27i1.494

[49]. Ministère de la Santé 2018, carte sanitaire :

http://cartesanitaire.sante.gov.ma/dashboard/pages2/rh_med.html

[50]. World Health Organization. Rehabilitation in health systems. Geneva: WHO Press, 2017.

[51]. World Health Organization and The World Bank. World report on disability. Geneva, Switzerland: WHO Press. 2011

[52]. Kaloyan KAMENOV, Jody-Anne MILLS, Somnath CHATTERJI & Alarcos CIEZA (2018):

Needs and unmet needs for rehabilitation services: a scoping review, Disability and Rehabilitation, DOI: 10.1080/09638288.2017.1422036

[53]. Organisation Mondiale de la Santé, World Health Statistics 2016. Monitoring Health for the SDGs. 2016, Genève, Suisse: Editions de l'OMS.

[54]. La loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins (BO N 5962 du 21-07-2011) :

<https://www.sante.gov.ma/Reglementation/Pages/SYSTEME-DE-SANTE-ET-OFFRE-DE-SOINS.aspx>

[55]. Enquête nationale sur le Handicap, 2014, Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social :

<https://www.men.gov.ma/Ar/Documents/Rech-Nat2-FBilan-fr.pdf>

[56]. Décret n° 2-06-656 du 24 rabii I 1428 (13 avril 2007) relatif à l'organisation hospitalière, B.O N° 5526 DU 29 Rebi II 1428 (17/5/2007).

[57]. Loi 82.00 promulguée par le Dahir 1.01.206 du 10 Joumada II 1422 (30 août 2001) modifiant et complétant la loi 37.80 relative aux centres hospitaliers, promulguée par le Dahir 1.82.5 du 30 rabia I (15 janvier 1983).

[58]. HAJJIOUI, A., FOURTASSI, M., & NEJJARI, C. (2015). Le handicap au Maroc : étude d'adéquation entre l'offre de soins et le besoin en rééducation. Journal de

Réadaptation Médicale: Pratique et Formation En Médecine Physique et de
Réadaptation, 35(1), 33-37.doi:10.1016/j.jrm.2014.11.001

[59]. Décret n°2-14-562 (2014) relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte
sanitaire et aux SROS.

[60]. Histoire de médecine physique, Dr NIMZILNE

Brahim :http://www.osteopathe.ma/osteopathe_maroc_naissance_medecine_physique_readaptation_osteopathie.html.