



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2019

Thèse N°070

**Expérience de l'enseignement du module « Handicap » à la  
faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech  
et évaluation de l'attitude des étudiants vis-à-vis du  
handicap**

**THESE**

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16/04/2018

PAR

**Mlle HAJAR ARABI**

Née le 08 Aout 1993 à Béni Mellal

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

**MOTS-CLES :**

Enseignement-Handicap-Etudiants en médecine-Attitudes-ATDP

**JURY**

**Mr. M.AMINE**

Professeur d'Epidémiologie Clinique

**PRESIDENT**

**Mr. H.SAIDI**

Professeur de Traumatologie Orthopédie

**RAPPORTEUR**

**Mme. I.EL BOUCHTI**

Professeur de Rhumatologie

**Mr. M.A.BENHIMA**

Professeur agrégé de Traumatologie Orthopédie

**JUGES**



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك  
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ  
وأن أعمل صالحاً ترضاه  
وأصلح لي في ذريّتي  
إنّي تبنت إليك و إنّي من المسلمين"  
صدق الله العظيم





# *Serment d'hippocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

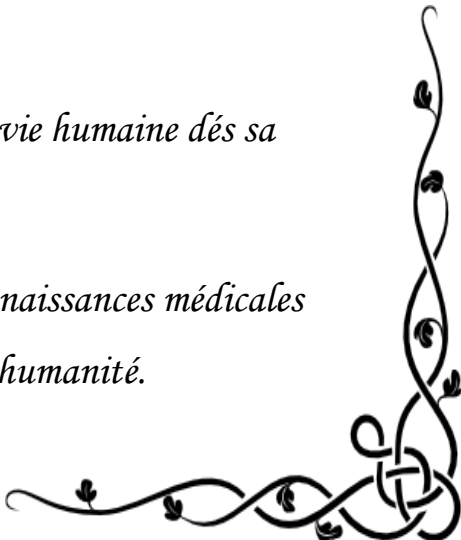
*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*

*Les médecins seront mes frères.*

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*





# *Liste des Professeurs*



**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

**ADMINISTRATION**

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Professeurs de l'enseignement supérieur**

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	FINECH Benasser	Chirurgie - générale
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-reanimation	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADERDOUR Lahcen	Oto-rhino-laryngologie	HOCAR Ouafa	Dermatologie
ADMOU Brahim	Immunologie	JALAL Hicham	Radiologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie-réanimation
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie-obstétrique A	KHOUCANI Mouna	Radiothérapie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato-orthopédie
AMAL Said	Dermatologie	KRATI Khadija	Gastro-entérologie
AMINE Mohamed	Epidémiologie-clinique	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	LAKMICH I Mohamed Amine	Urologie
AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie

ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie - générale
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie - générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUAITY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	NARJISS Youssef	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Rhumatologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NIAMANE Radouane	Oto rhino laryngologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	NOURI Hassan	Radiologie
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	OUALI IDRISSE Mariem	Chirurgie pédiatrique
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie générale
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Oto-rhino- laryngologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Traumato- orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Anesthésie- réanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Gastro- entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMLANI Zouhour	Urologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Pédiatrie B

EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SBIHI Mohamed	Microbiologie - virology
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SORAA Nabila	Gynécologie-obstétrique A/B
EL HAOURY Hanane	Traumatologie-orthopédie A	SOUMMANI Abderraouf	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TASSI Noura	Anesthésie-réanimation
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	YOUNOUS Said	Médecine interne
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Microbiologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZOUHAIR Said	Chirurgie générale
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne		

### Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FADILI Wafaa	Néphrologie
ADALI Imane	Psychiatrie	FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique A
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	GHOUNDALE Omar	Urologie
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AIT BATAHAR Salma	Pneumologie	HAROU Karam	Gynécologie-obstétrique B
ALAOUI Mustapha	Chirurgie-vasculaire périphérique	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
ALJ Soumaya	Radiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ATMANE El Mehdi	Radiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie

BASSIR Ahlam	Gynécologie– obstétrique A	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo– phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	QACIF Hassan	Médecine interne
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo– phtisiologie	QAMOUISS Youssef	Anesthésie– reanimation
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie– obstétrique B	RADA Noureddine	Pédiatrie A
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie B	RAFIK Redda	Neurologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
CHRAA Mohamed	Physiologie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
DAROUASSI Youssef	Oto–Rhino – Laryngologie	ROCHDI Youssef	Oto–rhino– laryngologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	SAJIAI Hafsa	Pneumo– phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie– générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie– clinique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virology
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZYANI Mohammed	Médecine interne
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie		

## Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	JALLAL Hamid	Cardiologie
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	KADDOURI Said	Médecine interne
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
AMINE Abdellah	Cardiologie	LALYA Issam	Radiothérapie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie - Réanimation	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio - Vasculaire

BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie- patologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	TAMZAOURTE Mouna	Gastro - entérologie
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio- organique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo- phtisiologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
HAMMI Salah Eddine	Médecine interne	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio- Vasculaire
Hammoune Nabil	Radiologie		



# *Dédicaces*



*« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »*

*Marcel Proust.*



*Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que*

*Je dédie cette thèse ...* 

اللَّهُمَّ

*Le Très clément, Qui m'a inspiré Rien de ce que j'écris ne peut exprimer ma reconnaissance pour tout ce dont tu m'as comblé Seigneur. Merci pour Ta grâce, Ton aide et Ta bienveillance.*

*Je dédie cette thèse à la mémoire de ma très chère sœur  
KHAOULA*

*Que j'aurai tant aimé que tu sois présente aujourd'hui et jouir  
de ce bonheur avec toi, mais Allah en a décidé autrement.  
Tu laisses un vide immense derrière toi, combien ça me fait  
tellement mal de ne plus te revoir.*

*C'est avec beaucoup de tristesse et de compassion, nous  
n'aurons qu'à nous souvenir de ton beau sourire, de ta bonne  
humeur, de ta bonté et de ton éternel optimisme.  
Je te dédie ce travail et puisse Dieu tout puissant t'accueillir en  
paix et t'avoir dans sa sainte miséricorde. Jamais je ne  
t'oublierais mon ange.*

*A mes très chers parents, ABEDLLAH ET ESSAADIA  
Je vous dédie ce travail qui est le résultat de vos efforts et des  
lourds sacrifices que vous avez consentis, et que vous continuez  
à faire. Quoi que nous fassions, nous n'égalerons jamais la  
tendresse et le dévouement que vous nous avez consacré. J'ai  
une chance inestimable d'être née dans une famille si aimante  
et si généreuse. Que ce travail vous soit un gage de  
remerciements, et un témoignage de tendresse et d'amour. Que  
Dieu vous garde et vous préserve. Aucune dédicace, aucun mot  
ne pourrait exprimer à leur juste valeur la gratitude et  
l'amour que je vous porte. C'est par votre sens des valeurs que  
j'ai pu me construire, aussi bien en tant que personne qu'en  
tant que médecin. Je mets entre vos mains, le fruit de longues  
années d'études, de votre tendresse, de longs jours  
d'apprentissage. Chaque ligne de cette thèse, chaque mot et  
chaque lettre vous exprime la reconnaissance, le respect,  
l'estime et le merci d'être mes parents.  
Je vous aime...!*

*Ma maman chérie, Tu m'as donné la vie et l'envie de vivre, les plus précieux de tous les cadeaux. Je t'admire tant pour ta bonté, ton altruisme et ton courage. Merci d'être ce puit inépuisable d'amour, cet océan de tendresse. Merci pour ton temps, tes conseils et pour tous tes sacrifices. Merci pour tes prières et ta bénédiction. Tu étais toujours là à mes côtés pour me reconforter, essuyer mes larmes, soulager mes peines et partager mes joies. Si j'en suis là aujourd'hui, c'est surtout grâce à toi. Puisse ce jour être l'exaucement de tes prières tant formulées. J'espère avoir répondu aux espoirs que tu as fondés en moi. Tu es et resteras à jamais, le soleil qui illumine ma vie. Puisse Dieu, le Très Haut, vous accorder santé, bonheur et longue vie et faire en sorte que jamais je ne vous déçoive.*

*Mon papa chéri, Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie. Tu m'as hissé vers le haut quand je baissais les bras. Merci de te soucier autant de mon bonheur et de mon bien-être. Merci de m'avoir soutenue et aidé à surmonter tous les imprévus de la vie. Merci pour tout l'amour et la dévotion que tu m'as offerts. J'espère pouvoir t'honorer un jour et faire ta fierté comme tu fais la mienne. Puisse Dieu, le Très Haut, vous accorder santé, bonheur et longue vie.*

***A mon très cher frère ANAS***

*Tu ne peux pas savoir à quel point je suis fière de toi. Je te dédie ce travail en souvenir des meilleurs et des plus agréables moments passés ensemble.*

*Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais.*

*Puisse DIEU te préserver du mal, te combler de santé, de bonheur et te procurer une longue vie pour son service, je te souhaite plein de réussite.*

***A mon cher oncle HAFID ARABI, et son épouse adorable SIHAM et mon cousin d'amour MOHAMED TAHA***

*Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour et mon attachement. Puisse nos liens se pérenniser et consolider encore. Je ne pourrais d'aucune manière exprimer ma profonde affection et mon immense gratitude pour tous les sacrifices consentis, votre aide et votre générosité extrêmes ont été pour moi une source de courage, de confiance et de patience. Je vous remercie pour votre hospitalité sans égal et votre affection si sincère. J'implore DIEU qu'il vous apporte bonheur, amour, de réussite et surtout de santé.*

***A mon cher oncle BOUAZA, son épouse SOUAD et mes très chers frères et cousins HAFSA, OUSSAMA, ISRAA et ROMAISSAA***

*Nul mot ne saurait exprimer la profondeur de mes sentiments et l'estime que j'ai pour toi. Tu es mon deuxième papa, tu m'as élevé, compris, réconforté. Et tu m'as toujours soutenu sans condition. Merci pour ta tendresse, ton attention, ta patience et tes encouragements.*

*Merci pour tout.*

*Puisse Dieu vous combler de bonheur, de santé et vous procurer longue vie.*

*J'espère être aux attentes de tes espoirs et tes prières.*

*Je vous aime... !*

***A mes grand-mères ZAHRA et LEKBIRA***

*Que ce modeste travail, soit l'expression des vœux que vous n'avez cessé de formuler dans vos prières. Pour tout ce que vous avez fait pour moi, Que Dieu vous guérisse et vous procure longue vie, santé et bonheur.*

***A mon oncle MOHAMED, son épouse WAFAA et les adorables cousins AJA, AHMED REDA ET ADAM***

*Je vous dédie ce travail en témoignage de mon amour et mon attachement. Puisse nos liens se pérenniser et consolider encore. Malgré la distance, vous étiez toujours dans mon cœur. Je vous remercie pour votre affection si sincère. J'implore DIEU qu'il vous apporte bonheur, amour, et surtout de santé.*

***A la mémoire de mes deux grands-pères AHMED ARABI et MOHAMED ARABI, Mes deux oncles ABDELALI ARABI et OBAD ARABI, et toutes les perles perdues de ma famille***

*Le destin ne m'a pas laissé le temps pour jouir de ce bonheur avec vous et pour cueillir vos bénédictions interminables mais je sais que si vous étiez parmi nous, vous aurez été heureux et fiers. Que vos âmes reposent en paix. Que dieux tout puissant vous accorde sa clémence et sa miséricorde.*

***A ma grande famille : Mes oncles et mes tantes (ZAHIA, AIDA, FATIMA, LEKBIRA...) A tous mes adorables cousins et cousines A tous les membres de la famille ARABI petits et grands***

*Merci pour votre amour, vos prières et vos encouragements qui m'ont été d'un grand soutien au cours de ce long parcours. J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux. Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à votre égard, et soit la preuve du désir que j'aie depuis toujours pour vous honorer. Vous êtes pour moi une source inépuisable de sagesse. Il y a tant de chaleur dans la bonté de vos cœurs. Il n'y a aucun mot qui suffit pour vous dire merci, je vous aime énormément. J'implore Dieu pour qu'il vous garde en bonne santé.*

*A mes très chères cousines FATIMA ZAHRA, KHADIJA, MARIA,  
MERYAM, et SOUMIA*

*Merci pour votre amour, votre amitié*

*Vous étiez toujours là pour me soutenir, m'aider et m'écouter*

*Vous êtes mes sœurs !!*

*Qu'Allah vous protège et vous procure de bonheur, amour et réussite.*

*A mes très chères copines et adorables sœurs AHLAM AFIF, ZINEB  
AIT SI ALI et SARAH AMINE*

*Ce lien si spécial que nous avons tissé au fil du temps est éternellement  
incassable.*

*Merci d'avoir toujours été là pour me soutenir, pour le meilleur et pour le  
pire, de m'apporter sérénité et réconfort. Merci de me comprendre autant  
et de partager mes soucis, mes craintes, et mes ambitions. Je ne vous  
remercierai jamais assez pour tous ce que vous avez fait pour moi  
pendant tous les moments difficiles que j'ai vécus.*

*Tous les mots ne sauraient exprimer l'amour, le respect et la  
reconnaissance sincères que j'ai pour vous.*

*En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens  
solides qui nous unissent, je dédie ce travail à notre grande amitié, qui je  
l'espère sera éternelle. Je vous souhaite tout le meilleur dans la vie, Puisse  
Allah vous préserver du mal, vous combler de santé, de bonheur, amour  
et vous procurer une longue vie.*

*A ma copine Mounia et sa mère Khalti NAZHA*

*En souvenir de tous les moments que nous avons passés. Je vous dis merci,  
tout simplement, d'avoir été là et de m'avoir soutenue. Vous êtes ma  
seconde famille et je pense que ce lien est éternel. Avec tout mon respect  
et toute mon affection. J'implore DIEU qu'il vous apporte bonheur,  
amour, de réussite et surtout de santé.*

*A toutes mes amies et collègues : HAKIMA, IMANE, HANAA, SARAH,  
SOUMAYA, IHSANE, BTISSAM, MERYAM, LAMIA, ESSAADIA,  
FATIMA EZZAHRA, SALMA, SOUKAINA, CHAIMAA, ASMAA,  
SABIRA, MERIEM, MERYAM, FATIMA ZAHRA, SARA, WIAAM,  
HAJAR...*

*En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux liens  
solides qui nous unissent. Un grand merci pour votre soutien, vos  
encouragements et votre aide. J'ai trouvé en vous le refuge de mes  
chagrins et mes secrets. Avec toute mon affection et estime, je vous  
souhaite beaucoup de réussite et de bonheur, autant dans votre vie  
professionnelle que privée.*

*A tous ceux que j'ai omis de citer,  
Je vous dédie ce travail en guise d'estime*



# *Remerciements*



***A mon maître et Président de thèse Monsieur le Professeur MOHAMED  
AMINE***

*Vice doyen à la Recherche et la Coopération de la Faculté de Médecine et de  
Pharmacie de Marrakech et Professeur de l'Epidémiologie clinique*

*Pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger et de  
présider ce travail de thèse. Votre sérieux, votre Compétence et votre sens du  
devoir nous ont énormément marqués. Puissent des générations et des  
générations avoir la chance de profiter de votre savoir qui n'a d'égal que  
votre sagesse et votre bonté. Veuillez trouver ici l'expression de notre  
respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos  
qualités scientifiques et humaines. Ce travail est pour nous l'occasion de vous  
témoigner notre profonde gratitude.*

***A mon maître et Rapporteur de thèse Monsieur le Professeur HALIM SAIDI***  
*Professeur de traumatologie-orthopédie, chef du service de traumatologie-orthopédie  
au CHU Mohammed VI de Marrakech.*

*Il m'est impossible de dire en quelques mots ce que je vous dois. Par votre  
rigueur, votre dynamisme et votre passion dans l'exercice de votre métier,  
vous avez su me communiquer le désir d'offrir le meilleur de moi-même.*

*Vous m'avez fait un grand honneur en acceptant de me confier la  
responsabilité de ce travail. Je vous en remercie profondément. Vos qualités  
humaines exemplaires, votre compétence et votre dévouement sont pour moi  
un exemple à suivre dans l'exercice de la profession médicale. Le passage  
dans votre service, dont je garde les plus beaux souvenirs, était une source  
d'apprentissage inépuisable. J'espère avoir été à la hauteur de votre  
confiance et de vos attentes. Veuillez trouver ici,  
cher maître, le témoignage de ma vive gratitude, de mes sentiments les plus  
distingués et de ma plus haute considération.*

*A mon maître et juge de thèse Madame le Professeur IMANE EL BOUCHTI  
Professeur de Rhumatologie et Chef de service de Rhumatologie au CHU  
Mohammed VI de Marrakech*

*Je suis particulièrement touché par la gentillesse avec laquelle vous avez  
bien voulu accepter de juger ce travail.*

*Votre parcours professionnel, votre compétence incontestable, votre  
charisme et vos qualités humaines font de vous un grand professeur et  
m'inspirent une grande admiration et un profond respect  
Permettez-nous, Cher Professeur de vous exprimer notre profond respect et  
notre sincère gratitude. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de  
notre profond respect.*

*A mon maître et juge de thèse Monsieur le Professeur MOHAMED  
AMINE BENHIMA  
Professeur agrégé de traumatologie-orthopédie au CHU Mohamed VI de  
Marrakech*

*C'est pour moi un très grand honneur que vous acceptiez de siéger parmi  
notre honorable jury. Je vous témoigne toute ma gratitude pour les efforts  
déployés à nous former et nous encadrer au quotidien. votre cours était l'un  
de mes plus précieux envies en tant qu'externe dans votre service, Votre  
approche centrée sur l'étudiant, sur ses besoins et ses ressources en terme de  
transfert du savoir nous a permis d'acquérir l'autonomie professionnelle très  
précocement. Je vous prie de croire l'expression de mon profond respect.*

***A Professeur ARABI HAFID***

*Professeur assistant en Médecine physique et de réadaptation*

*Je vous en remercie profondément. Je vous suis très reconnaissante pour tout le temps et les sacrifices que vous avez dû faire aux dépens de votre travail et de vos obligations, Pour tous vos efforts incomparables, Pour toutes ces longues heures dépensées à m'expliquer, pour toutes ces informations si précieuses, gratuitement livrées, ainsi que pour vos encouragements inlassables, vos conseils judicieux, et vos remarques hors-paires.*

***A Professeur AHMED BENHIMA***

*Professeur en linguistique*

*Je vous remercie profondément d'avoir contribué à l'élaboration de ce travail*

*Veillez accepter, Professeur, l'expression de mes remerciements les plus distingués.*

***A tous les enseignants de la Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech***

*Avec ma reconnaissance et ma haute considération Une thèse est le fruit de plusieurs années d'études et je ne saurais oublier dans mes dédicaces l'ensemble de mes professeurs et maîtres qui ont contribué de près ou de loin dans l'élaboration de ce travail.*



## *Liste d'abréviations*



## Liste d'abréviations

<b>ATDP</b>	:	Attitude towards disabled persons (attitudes envers les personnes en situation de handicap)
<b>CHU</b>	:	Centre hospitalier universitaire
<b>CIF</b>	:	Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé
<b>CIH</b>	:	Classification internationale du handicap
<b>FMPM</b>	:	Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech
<b>Gr</b>	:	Groupe
<b>HEP</b>	:	Handicap en pédiatrie
<b>HM-HP</b>	:	Handicap mental et handicap psychique
<b>HNS</b>	:	Handicap neurosensoriel
<b>HP</b>	:	Handicap physique
<b>ICC</b>	:	Intraclass correlation coefficient
<b>MPR</b>	:	Médecine physique et de réadaptation
<b>OMS</b>	:	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ORL</b>	:	Oto-rhino-laryngologie
<b>PC</b>	:	Pédiatrie chirurgicale
<b>PESH</b>	:	Personne en situation de handicap
<b>PM</b>	:	Pédiatrie médicale.



## *Figures*



# Liste des figures

- Figure 1** : Enseignement du handicap mental (FMPPM)
- Figure 2** : Enseignement du handicap en ophtalmologie (FMPPM)
- Figure 3** : Enseignement du handicap physique (FMPPM)
- Figure 4** : Répartition des participants à l'étude
- Figure 5** : Répartition en pourcentage des étudiants selon le sexe
- Figure 6** : Répartition en nombre des étudiants selon l'âge
- Figure 7** : Evaluation de la satisfaction des thèmes du handicap
- Figure 8** : Evaluation de la satisfaction sur le temps, l'animation, l'organisation et l'attente
- Figure 9** : La trilogie de WOOD
- Figure 10** : Approche multidimensionnelle du handicap proposée par la CIF.



# *Plan*



<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>MATERIELS ET METHODES</b>	<b>5</b>
<b>I. Type de l'étude</b>	<b>6</b>
<b>II. Population cible de l'étude et échantillonnage</b>	<b>6</b>
1. Population cible	6
2. Echantillonnage	7
<b>III. Outils</b>	<b>8</b>
1. Evaluation de l'attitude vis-à-vis du handicap	8
2. Evaluation globale de satisfaction de l'enseignement	11
3. Etude statistique	12
4. Considérations éthiques	12
<b>IV. Enseignement du module « Le handicap »</b>	<b>13</b>
1. Contenu et objectifs du module	13
2. Déroulement de l'enseignement et organisation	16
3. Méthodes pédagogiques	18
4. Messages à retenir	19
<b>V. Procédure</b>	<b>20</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>21</b>
<b>I. Traduction et validation de l'ATDP</b>	<b>22</b>
1. Traduction de l'échelle	22
2. Validation de la version traduite	23
<b>II. Les attitudes envers les PESH</b>	<b>24</b>
1. Taux de participation	24
2. Résultats épidémiologiques	26
3. Score ATDP	27
<b>III. Evaluation globale de satisfaction de l'enseignement</b>	<b>31</b>
<b>DISCUSSION</b>	<b>34</b>
<b>I. Généralités</b>	<b>35</b>
1. Etymologie du mot «Handicap»	35
2. Evolution du concept « Handicap »	36
3. L'Islam et le handicap	43
<b>II. Discussion des résultats</b>	<b>45</b>
1. L'échelle ATDP	45
2. Les attitudes des étudiants envers les PESH	46
3. Satisfaction des étudiants sur l'enseignement du handicap	54
<b>III. Points forts et faibles de l'étude</b>	<b>55</b>
<b>PERSPECTIVES</b>	<b>57</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>60</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>62</b>
<b>RESUME</b>	<b>68</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>73</b>



# *Introduction*



Le Handicap est « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant»(1). Il n'est pas simplement un problème de santé, il s'agit d'un phénomène complexe qui découle de l'interaction entre les caractéristiques corporelles d'une personne et les caractéristiques de la société où elle vit.

Le Maroc compte environ 1,5 million de personnes en situation de handicap (PESH), représentant 5,12 % de la population et dont 55,7% sont âgées entre 16 et 59 ans (2), un foyer sur 4 compte au moins une PESH, soit 1,3 million ménages concernés. Après l'indépendance et à l'avènement du 21<sup>ème</sup> siècle, on a commencé à s'intéresser aux conséquences psychologiques, fonctionnelles et sociales des maladies. Plusieurs lois en faveur des PESH ont été abrogées, des institutions de prise en charge ont été érigées et diverses associations ont été fondées, pour promouvoir et défendre leurs droits. Suite à la ratification de la convention internationale des droits des PESH, le Maroc a mis en place un plan de santé et handicap 2015-2021(3), il mettrait tous les moyens humains et matériels au profit des PESH et dont l'objectif principal est d'assurer l'accès de cette catégorie de population à des services de santé promotionnels, préventifs, de prise en charge et de réadaptation de proximité et de qualité. Cependant, l'amélioration des conditions de vie des PESH et leur prise en charge médicale a été moins rapide; leur intégration connaît certains obstacles, national qui sont nombreux et multiples, ils sont d'ordre matériel et comportemental (cognitif et/ou affectif).

Au nombre des obstacles courants qu'affrontent les PESH figurent les attitudes, elles constituent un facteur environnemental important qui influe sur tous les aspects de la vie en société des PESH. Des études montrent l'importance des comportements des enseignants dans l'intégration scolaire de ces personnes (4).

On a constaté que l'attitude des personnes non handicapées sur le handicap est généralement souvent négative (5-6), une attitude négative est définie comme celle qui

## **Expérience de l'enseignement du module « Handicap » à la FMPM et évaluation de l'attitude des étudiants vis-à-vis du handicap**

---

regroupe les PESH dans un groupe à part où elles sont identifiées comme différentes des autres, sous-entendant leur déficience et leur infériorité (5).

Les attitudes négatives vis-à-vis du handicap constituent un problème omniprésent dans la vie des personnes qui en souffrent. Elles ont un effet délétère sur les enfants et adultes en situation de handicap et peuvent entraîner perte de confiance et repli sur soi (7). Nous constatons actuellement que les dispensateurs de soins, comme personnes valides, répondent mal aux besoins des PESH qui se font état de mauvais traitements, et pour qui l'accès aux services est très difficile. Il a été démontré que la perception subjective et les attitudes des prestataires de soins de santé envers le handicap et les PESH, influencent non seulement la capacité de ces patients à accéder aux soins mais peuvent également avoir une incidence considérable sur la qualité des soins prodigués (8). De plus, une attitude péjorative, souvent inconsciente de la part du soignant envers la PESH, avec une focalisation sur le handicap plutôt que sur la personne malade, peut aboutir à l'administration de soins de moindre qualité voire à un déni de soins, en plus de la négligence totale des soins préventifs et de l'éducation thérapeutique (8-9).

A l'instar dans d'autres pays, au Maroc, les « personnes valides » peuvent constituer un facteur limitant, l'intervention sur ce facteur humain est primordiale, elle passe par l'intervention sur trois niveaux : familial, social et scolaire.

Agir de telle manière au niveau de l'enseignement des médecins peut changer les attitudes et modifier les conditions d'accès aux soins ou les décisions médicales prises, mais aussi retentir sur l'intégration sociale de cette frange de la population par les décisions prises par le corps médical (réforme, certificats, commissions...). La faculté de médecine marocaine a évolué depuis sa création, son adaptation a été marquée par différentes réformes qui ont pu répondre aux besoins de la société marocaine. Le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique a adopté en Septembre 2015, une nouvelle réforme des études médicales, pharmaceutiques et odontologiques (10-11), elle dote d'une parfaite organisation et

## **Expérience de l'enseignement du module « Handicap » à la FMPM et évaluation de l'attitude des étudiants vis-à-vis du handicap**

---

d'un contenu de formation varié permettant de répondre aux attentes de la société. La vocation finale est de former un médecin promoteur de la santé et expert en médecine familiale, la vision globale qu'aura ce futur médecin le placera en première ligne dans le réseau de soins de santé, il est amené à adopter une approche lui permettant de promouvoir la santé du citoyen marocain qu'il soit handicapé ou avant qu'il le soit. A ce propos, plusieurs modules ont été créés, le handicap est un module parmi d'autres, il est destiné aux étudiants de 6<sup>ème</sup> année, enseigné à la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech (FMPM) pour la première fois pendant l'année universitaire 2015/2016, dont le but est d'initier le futur médecin généraliste aux pathologies altérant la qualité de vie et d'acquérir les connaissances et les aptitudes de base, permettant d'améliorer la prise en charge médico-sociétale des PESH et l'attitude des médecins à leur égard.

Notre présente étude s'inscrit dans ce cadre, en évaluant l'attitude des étudiants, futurs médecins, vis-à-vis des PESH, avant et après l'enseignement du module « Le handicap ».

L'objectif principal de notre travail de thèse est **d'évaluer les attitudes des étudiants en médecine envers les PESH**, avant et après l'enseignement théorique du handicap, et ce après avoir traduit une échelle en arabe classique.

Les objectifs secondaires sont de :

- ✚ Présenter notre module d'enseignement « Le handicap »
- ✚ Traduire et valider une échelle évaluant la perception vis-à-vis du handicap
- ✚ Evaluer la satisfaction des étudiants après l'enseignement de ce module
- ✚ Evaluer l'impact de l'enseignement du module sur le changement des attitudes des étudiants envers les PESH
- ✚ Proposer, à la lumière des résultats de notre étude, des perspectives.



# *Matériels et méthodes*



## **I. Type de l'étude**

Notre travail s'est étalé sur 3 mois, du 1<sup>er</sup> Avril 2017 au 30 juin 2017, réalisé au sein de la Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech au cours d'un séminaire sur le handicap. Ce travail comprenait trois types d'études :

- Le choix, la traduction et la validation d'une échelle évaluant la perception vis à vis du handicap
- Evaluation de la perception avant et après l'enseignement du handicap par cette échelle : Etude prospective, descriptive, transversale à visée interventionnelle
- Evaluation de satisfaction de l'enseignement après l'enseignement du handicap : Etude transversale évaluative.

## **II. Population cible de l'étude et échantillonnage**

### **1. Population cible**

Tous les étudiants de 6<sup>ème</sup> année de la FMPM ont bénéficié du 9<sup>ème</sup> séminaire de médecine de famille intitulé « Le handicap » du Lundi 05 juin 2017 au jeudi 08 juin 2017.

Cette population a été choisie sur les critères suivants :

- Les étudiants de 6<sup>ème</sup> année sont des étudiants en fin de formation et donc ils auront besoin de développer leurs capacités relationnelles avec leurs patients
- Ce sont des étudiants qui font un stage hospitalier en plein temps et par conséquent la fréquence du contact avec le patient augmente, ce qui les oblige d'avoir une communication médicale adéquate.
- Les étudiants ont une expérience clinique d'au moins trois ans où ils ont assisté à des consultations médicales, certes, dans lesquelles ils étaient confrontés à des PESH

- Ces apprenants seront confrontés dès l'année suivante, au sein des hôpitaux périphériques, à une immense responsabilité vis-à-vis de la population, y compris les PESH. Ils devront transmettre toutes leurs connaissances et mobiliser toutes leurs compétences pour le meilleur être du patient, d'où la nécessité d'une mise en situation dès la faculté de médecine.

## **2. Echantillonnage**

Tous les étudiants de 6<sup>ème</sup> année de médecine de la FMFM ont bénéficié de l'enseignement du « Handicap » au titre de l'année universitaire 2016/2017. Notre projet d'évaluation a pris comme échantillon six groupes au hasard. Une échelle de perception du handicap a été remplie par ces étudiants avant et après l'enseignement de ce module.

A la fin du séminaire, nous avons remis un questionnaire évaluant la satisfaction globale vis-à-vis de l'enseignement du handicap à tous les groupes.

Ont été inclus dans l'étude, les étudiants des six groupes qui ont rempli l'échelle correctement (avant et après l'enseignement du module).

Les étudiants exclus de l'étude sont ceux qui n'ont pas assisté à toutes les étapes de notre étude ou qui n'ont pas rempli correctement l'échelle.

### **III. Outils**

#### **1. Evaluation de l'attitude vis-à-vis du handicap**

Dans le domaine de la santé, les questionnaires sont multiples. Le sondage de la population sur un phénomène n'est pas une chose facile. L'élaboration d'échelles ou de questionnaires permet d'avoir des données quoique subjectives, ils offrent la possibilité de changer nos stratégies et améliorer la donne pour de meilleures conditions d'accès aux soins. A notre connaissance au Maroc, il n'y a pas d'échelle en arabe classique pour évaluer l'attitude à l'égard des personnes en situation de handicap, la traduction et la validation dans une population cible d'une échelle existant déjà dans la littérature s'imposent.

##### **1.1 Sélection de l'échelle d'évaluation : ATDP « Attitude Towards Disabled Persons »**

Le choix a été porté sur l'échelle de l'attitude envers les personnes handicapées (ATDP) « Attitude Towards Disabled Persons » forme O (12). Deux autres versions ont été développées contenant chacune 30 items (ATDP forme A en 1962 et ATDP forme B en 1966) (12).

L'ATDP forme O a été développé en 1960 par Yuker (1924-1997), psychologue américain lui-même « handicapé », elle présente d'excellentes propriétés psychométriques (13). Elle est validée en anglais, traduite et adaptée en plusieurs langues (12) dont le français (14). C'est une échelle générique qui considère le handicap de manière très générale sans faire appel à des connaissances concernant une quelconque pathologie sous-jacente. De ce fait les sujets interviewés répondent en fonction de leur propre expérience sur le handicap, quand ils en ont une, ou selon leur conception très générale du phénomène, reflétant ainsi les attitudes et croyances imprégnées dans la culture populaire. Cette caractéristique très généralisée nous permettrait d'établir un cliché des représentations actuelles du handicap pour la population que nous souhaitons interroger. Plusieurs études ont confirmé l'intérêt de cette échelle dans l'évaluation des comportements de la société vis-à-vis des PESH (Annexe A).

---

**Expérience de l'enseignement du module « Handicap » à la FMPM et évaluation de l'attitude des étudiants vis-à-vis du handicap**

---

L'ADTP forme O comporte 20 items, avec pour chaque item 6 possibilités de réponse, sur l'échelle de Likert, allant de 1 à 6: « complètement d'accord », « d'accord », « un peu d'accord », « un peu en désaccord », « en désaccord », ou « complètement en désaccord ».

**Tableau I: Réponses possibles pour chaque item de l'ATDP**

Complètement d'accord	D'accord	Un peu d'accord	Un peu en désaccord	En désaccord	Complètement en désaccord
6	5	4	3	2	1

Il n'y a pas de possibilité de réponse neutre. Il s'agit d'un choix forcé, orienté vers une appréciation positive ou négative de l'attitude choisie par rapport à la question posée.

Le calcul du score se fait de la façon suivante : pour chaque réponse on accorde une valeur allant de +3 pour « complètement d'accord » à -3 pour « complètement en désaccord », puis on inverse le signe positif de certains items spécifiques, on fait la somme algébrique des valeurs des 20 items, ensuite on inverse le signe de la somme et on ajoute 60 (13).

Le score de l'échelle ATDP forme O est compris entre 0 et 120, les scores plus élevés témoignent d'une attitude plus positive envers les PESH de la part des répondants au questionnaire (12). Pour considérer que le questionnaire est complet et répond aux critères d'inclusion, nous avons fixé un maximum de 2 réponses manquantes sur 20 items.

**Tableau II : Les réponses à chaque item selon l'échelle de Lickert et les valeurs accordées**

Les réponses possibles	Valeur sur l'échelle de Lickert	Valeur accordée
Complètement d'accord	1	+3
D'accord	2	+2
Un peu d'accord	3	+1
Un peu en désaccord	4	-1
En désaccord	5	-2
Complètement en désaccord	6	-3

### 1.2 Traduction et adaptation de l'ATDP

Il n'y a pas de consensus sur la méthodologie de traduction (15), nous avons privilégié le sens plutôt que la traduction littérale. Le travail a été réalisé en utilisant la méthode de traduction rétro-traduction (16, 17), cette méthode simple de traduction rétro-traduction, s'est avérée aussi valable dans la préservation des qualités psychométriques d'un questionnaire traduit que celle d'une méthode plus complexe (17). Nous avons utilisé la méthodologie retenue pour les échelles de qualité de vie (18,19).

Une traduction de l'anglais à l'arabe était réalisée par un traducteur indépendant dont la langue maternelle est l'arabe. La rétro-traduction était réalisée de l'arabe à l'anglais par une deuxième personne dont la langue maternelle est l'arabe et n'ayant pas participé à la première phase de traduction et n'ayant jamais utilisé l'ATDP. Les deux traducteurs ne connaissaient pas l'instrument à traduire et ne l'avaient jamais utilisé dans la pratique quotidienne. Une réunion rassemblant le traducteur et le rétro-traducteur avec les responsables du projet a permis de confronter le document source et la version traduite/rétro traduite, réaliser les adaptations nécessaires et d'aboutir à une version consensuelle, cette version a été revue par un expert en langue arabe classique. Cette étape a permis de vérifier la structure interne de la version arabe, et qu'elle respecte le contexte marocain. Si le sens d'un item particulier semblait avoir été perdu ou altéré, le processus complet devait être repris pour cet item.

**1.3 Validation psychométrique de la version traduite de l'ATDP :**

L'étude psychométrique de l'ATDP a été faite sur une population de 47 médecins résidents du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Mohamed VI de Marrakech. Nous avons inclus tous les médecins ayant répondu favorablement à notre enquête.

La cohérence interne a été vérifiée par un test de Cronbach sur l'ensemble de la population des résidents, c'est un indice statistique variant entre 0 et 1, il permet d'évaluer l'homogénéité (la consistance ou cohérence interne), tous les items doivent contribuer à appréhender une même entité (20).

La répétabilité a été vérifiée par un test-retest (ICC : Intraclass correlation coefficient), elle a été réalisée sur ce même échantillon, celui-ci a rempli l'échelle une deuxième fois après une semaine, le choix de j7 était dicté par l'absence de mémorisation des réponses (21).

Comme il s'agit d'une échelle auto-administrée, nous n'avons pas évalué la reproductibilité inter-observateur.

## **2. Evaluation globale de satisfaction de l'enseignement**

Nous avons utilisé un questionnaire portant sur la satisfaction des étudiants et leur appréciation de l'enseignement du module « Le handicap » (Annexe B).

Ce questionnaire comprend 5 questions, avec 4 possibilités de réponse: « pas du tout d'accord », « peu d'accord », « plutôt d'accord », « tout à fait d'accord » et 3 appréciations ouvertes aux choix de l'étudiant. Les questions portaient sur le contenu du module pour chaque sous thème et aussi sur 4 autres critères: le temps alloué aux différents points, était-il adéquat ? L'animation a-t-elle favorisé la participation active ? L'organisation logistique et matérielle, était-elle adéquate ? Et enfin une question sur les attentes (dans l'ensemble l'activité a-t-elle répondu à leurs attentes ? Enfin nous avons recueilli les appréciations des étudiants.

### 3. Étude statistique

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel d'analyse statistique SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) version 20. Les variables quantitatives ont été exprimées en médiane et quartiles (25%,75%), les variables qualitatives en effectifs et en pourcentages. La corrélation a été étudiée par le coefficient de Spearman. La comparaison des variables quantitatives de distribution asymétrique a été réalisée au moyen du test Wilcoxon pour groupes indépendants, et par le test de Mann Whitney pour groupes dépendants. Une valeur de  $p < 0,05$  a été considérée comme significative.

### 4.

L'aspect éthique a été pris en considération tout au long du déroulement de notre étude. Les participants ont été informés des objectifs de l'étude, tout en rappelant que l'enquête était volontaire et anonyme. Et leur consentement a été obtenu au début de l'étude.

## IV. Enseignement du module « Le handicap »

### 1. Contenu et objectifs du module

Le choix des thèmes était motivé par le besoin en pratique des médecins de famille à l'aire de la réforme des études médicales. Plusieurs enseignants de spécialités différentes ont participé à l'enseignement de ce module : neurologie, psychiatrie, oto-rhino-laryngologie (ORL), ophtalmologie, traumatologie-orthopédie, pédiatrie et médecine physique et réadaptation (MPR), il a été coordonné par un enseignant en MPR.

L'enseignement comprenait 4 sous thèmes, le handicap neurosensoriel (HNS) (handicap visuel et handicap auditif), le handicap mental et psychique (HM-HP), le handicap physique (HP) et le handicap en pédiatrie (HEP) :

#### ❖ Handicap neurosensoriel comprend :

- ✓ Handicap visuel : il peut être dû à une très grande diversité d'atteinte et de lésions de l'œil, des voies optiques ou des aires cérébrales occipitales, ou associatives, avec des conséquences fonctionnelles très variées. Les personnes souffrant d'un handicap visuel le compensent par le toucher, l'ouïe, l'odorat et la perception des mouvements.
- ✓ Handicap auditif : il désigne différents types de déficiences, pouvant toucher une seule oreille et aller d'une surdité légère à une surdité profonde. Les surdités sont classées, selon le degré de gravité de la déficience, en déficience auditive légère, moyenne, sévère ou profonde.

#### ❖ Handicap mental et psychique comprend :

- ✓ Handicap mental: est un fonctionnement intellectuel inférieur à la moyenne auquel sont généralement associées des limitations, notamment au niveau de la compréhension, des connaissances et de la cognition (l'abstraction, la mémoire, l'orientation dans l'espace, le raisonnement, la déduction...).

## Expérience de l'enseignement du module « Handicap » à la FMPM et évaluation de l'attitude des étudiants vis-à-vis du handicap

---

- ✓ Handicap psychique : est une limitation de la participation d'une personne à la vie sociale du fait de troubles psychiques chroniques et durables affectant les différents processus de la vie psychique: cognition, émotion, comportement et entraînant un dysfonctionnement de sa personnalité.
- ❖ **Handicap en pédiatrie**: l'enfant en situation de handicap est un enfant qui n'a pas les activités ni les participations normales pour son groupe d'âge
- ❖ **Handicap physique** : peut se manifester de différentes façons : difficultés plus ou moins importantes pour se déplacer, communiquer, saisir et manipuler des objets, effectuer certains gestes.

L'objectif général était d'assurer la mise en application de toutes les mesures nécessaires visant à prévenir ou à réduire, au minimum inévitable, les conséquences fonctionnelles, physiques, psychiques, sociales et économiques des déficiences et/ou incapacités, dont les objectifs spécifiques de chaque sous thème sont les suivants :

- ❖ **Handicap neurosensoriel**

- ✓ Handicap en ORL :
  - ✚ Le dépistage de la surdité chez l'enfant
  - ✚ Les retentissements de la surdité
  - ✚ Prise en charge de la surdité.
- ✓ Handicap en ophtalmologie:
  - ✚ Définir le handicap visuel
  - ✚ Évaluer le retentissement socioprofessionnel du handicap visuel
  - ✚ Prise en charge multidisciplinaire de la malvoyance
  - ✚ Dépister les maladies pourvoyeuses du handicap visuel.

- ❖ **Handicap mental et psychique**

- ✓ Handicap mental :
  - ✚ Définir le handicap mental

## Expérience de l'enseignement du module « Handicap » à la FMPM et évaluation de l'attitude des étudiants vis-à-vis du handicap

---

- ✚ Identifier les troubles organiques pouvant être à l'origine d'un handicap mental
  - ✚ Evaluer le retentissement de ces troubles sur la vie quotidienne de la personne
  - ✚ Reconnaître les différents volets de prise en charge du handicap mental.
    - ✓ Handicap psychique :
  - ✚ Définir le handicap psychique
  - ✚ Identifier les troubles psychiques pouvant être à l'origine d'un handicap
  - ✚ Evaluer le retentissement de ces troubles sur la vie quotidienne de la personne
  - ✚ Evaluer le degré de l'autonomie de la personne avec handicap psychique
  - ✚ Evaluer les relations interpersonnelles et les interactions de la personne en difficulté psychique
  - ✚ Reconnaître les différents volets de prise en charge du handicap psychique.
- ❖ **Handicap en pédiatrie**
- ✚ Savoir aborder un enfant avec handicap moteur
  - ✚ Savoir examiner un enfant avec handicap moteur
  - ✚ Connaître les possibilités thérapeutiques chez cet enfant
  - ✚ Savoir traiter ou orienter cet enfant avec handicap moteur pour une meilleure prise en charge.
- ❖ **Handicap physique**
- ✚ Répertorier les déficiences, incapacités et handicap
  - ✚ Citer les mécanismes de survenue et mécanismes lésionnels
  - ✚ Expliquer l'évaluation: pourquoi, comment et quels outils
  - ✚ Citer les cibles d'intervention et intervenants dans un programme de rééducation et réadaptation
  - ✚ Identifier le rôle de chaque intervenant
  - ✚ Faire les interventions ciblées et précoces
  - ✚ Lutter contre les complications de la maladie aiguë
  - ✚ Apprécier le retentissement social et professionnel du handicap

- ✚ Répertorier les aides humaines, matériels et techniques
- ✚ Développer l'annonce du handicap

## **2. Déroulement de l'enseignement et organisation**

L'enseignement s'était fait sur 4 jours au niveau des salles de travaux dirigés de la FMPM. Les étudiants en stage dans les différents services du CHU ont été informés une semaine d'avance via des annonces affichées au sein de la faculté, et d'autres lancées en parallèle sur le site web (<https://www.uca.ma/fmpm>). La présence des étudiants au module était obligatoire. Les séances se déroulaient les matinées du lundi au jeudi.

Des courriers administratifs ont été envoyés également à leurs services hospitaliers du CHU Mohamed VI de Marrakech afin de justifier leurs absences.

L'enseignement totalisait 64 heures pour 240 étudiants, 12 groupes d'une vingtaine d'étudiants ont été constitués, chaque groupe devait passer par les 4 sous thèmes, 2 heures pour le handicap neurosensoriel en ORL et ophtalmologie (surdité et cécité : une heure chacun), 2 heures pour le handicap mental et psychique (une heure chacun) et 2 heures pour le handicap en pédiatrie (médical et chirurgical: une heure chacun), et enfin 2 heures pour le handicap physique (Annexe C).

Avant d'assister au module, nous avons mis à la disposition des étudiants un pré-requis afin de les orienter sur les grands axes du module, il portait d'abord sur les enjeux des définitions, l'étymologie du mot handicap et l'évolution du concept du handicap à travers les différentes civilisations et religions, puis les différentes classifications dont la classification internationale du handicap (CIH) et la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), ensuite les mécanismes de survenue, les mécanismes lésionnels et les principaux symptômes et des exemples de prise en charge des PESH en identifiant les intervenants dans un programme de réadaptation et enfin l'annonce du handicap.



**Figure 1 : Enseignement du handicap mental (FMPM)**



**Figure 2 : Enseignement du handicap en ophtalmologie (FMPM)**



**Figure 3 : Enseignement du handicap physique (FMPM)**

### **3. Méthodes pédagogiques**

Toutes les méthodes ayant un impact sur la mémorisation et facilitant l'apprentissage étaient utilisées : photos, vidéos, cas cliniques, jeux de rôles et travaux de groupe.

Il y avait la projection d'une vidéo intitulée « Le handicap à notre faculté », dont la durée était de 11 minutes, réalisée par le coordinateur du module. Elle a résumé toutes les données ci-dessus, elle a traité les différentes déficiences motrice, psychique, mentale et neurosensorielle. Elle a intéressé les différentes tranches d'âge, du nouveau-né à l'âge avancé, sans oublier les anomalies de la conception in-utéro. Les différentes pathologies (traumato-orthopédiques, neurologiques, pédiatriques, rhumatologiques, psychologiques, neurosensorielles ... etc) pourvoyeuses de handicap ont été abordées, ainsi que les différents mécanismes de survenue du handicap. La vidéo a abordé également la prise en charge du handicap en insistant sur deux modèles intégratifs et participatif. Aussi, la question de l'annonce du handicap a été soulevée. A la fin, la vidéo a mis le point sur la nécessité de la prévention par :

- ✚ La promotion de la santé de la mère et de l'enfant
- ✚ Le dépistage des facteurs de risque
- ✚ La nécessité de faire des interventions ciblées et précoces pour les maladies acquises
- ✚ Prévenir les accidents de la voie publique et domestiques
- ✚ Renforcer les compétences des soignants en matière de formation.
- ✚ Dans le domaine social, la lutte contre le handicap passe par l'information, l'éducation, le logement, la famille, l'emploi, le transport et les allocations. Dans le domaine réglementaire et législatif, il faut mettre des lois en faveur des PESH pour que chacun prenne sa place.

#### 4. Messages à retenir

Des messages clairs devaient être inculqués à l'étudiant:

- ✚ Le handicap n'est pas que la simple conséquence d'une maladie ou d'un traumatisme, il dépend de nombreux facteurs environnementaux.
- ✚ La réduction des handicaps relève autant de la médecine que de la société.
- ✚ Identification des déficiences, incapacités et handicap.
- ✚ La prise des mesures précises intéressant les déficiences, incapacités et désavantage
- ✚ Les cibles d'intervention peuvent être déclinées en trois domaines:
  - ✓ Le système sanitaire par l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire (traitement médico-chirurgical et rééducation-réadaptation)
  - ✓ Le domaine social, réglementaire et législatif

- ✓ Le domaine éducatif-pédagogique (l'apprentissage scolaire, activités de créativité, l'apprentissage préprofessionnel et l'intégration professionnelle et sociale).

✚ La prise en charge: il est de notre devoir d'agir selon deux modèles :

- ✓ Modèle intégratif: apprendre aux PESH à franchir leur handicap et trouver l'aide technique et humaine efficace
- ✓ Modèle participatif : la société ou l'environnement peut handicaper un patient qui ne l'est pas, alors il faut supprimer les obstacles et barrières qui affrontent les PESH dans leur vie quotidienne.

✚ Respecter les PESH.

## **V. Procédure**

Avant le début de l'enseignement, nous avons expliqué aux étudiants de chaque groupe faisant partie de notre échantillon le but et l'intérêt de notre étude, par la suite nous avons remis l'échelle aux étudiants qui ont accepté de participer, pour une évaluation initiale de leur attitude envers le handicap. Une fois les questionnaires récupérés, nous avons commencé notre enseignement théorique du « Handicap ». Juste après la fin du séminaire, une évaluation finale a été réalisée en distribuant le même questionnaire pour mesurer l'impact de l'enseignement dans le changement des attitudes des étudiants envers les PESH, et un questionnaire d'évaluation globale de la satisfaction des étudiants par rapport à l'enseignement de ce module.



# *Résultats*



## **I. Traduction et validation de l'ATDP**

### **1. Traduction de l'échelle**

#### **1.1 Traduction de l'anglais à l'arabe**

Il y avait plusieurs choix pour un seul mot: ces choix avaient approximativement, le même sens.

- ✓ Difficulté de la traduction due aux difficultés de cultures: on ne pouvait pas trouver un seul mot pour un mot traduit, on était obligé d'ajouter d'autres mots pour avoir le même sens. L'exemple type dans l'item 7 « community », ce mot en anglais désigne plusieurs choses : groupes, voisins, cité où on vit, personnes originaire d'un même pays vivant sur un autre sol.
- ✓ Difficulté de maintenir la même structure de la phrase : nom, verbe et complément, en arabe on peut faire autrement, si on maintient la même structure on aura une redondance et une insuffisance dans le sens et la compréhension.
- ✓ Il y avait le choix entre « personnes en situation de handicap » et « les handicapés » pour « disabled people ».

#### **1.2 Rétro-traduction de l'arabe à l'anglais**

- ✓ Item 3: Il y avait le choix entre « easier to get along with » et « easier to connect », les deux sont similaires, à la fin, nous avons choisi « easier to connect ». Dans la version originale, il y a « easier to get along with ».
- ✓ Item 6: Il y avait le choix entre « private school » ou « school only for disabled people ». Enfin, nous avons choisi « school only for disabled people ». Dans la version originale, il y a « special schools ».
- ✓ Item 7 : Pour « Community », nous n'avons pas utilisé « community » mais « group ». Dans la version originale, il y a « special communities ».

## **Expérience de l'enseignement du module « Handicap » à la FMPM et évaluation de l'attitude des étudiants vis-à-vis du handicap**

---

- ✓ Item 12 : Pour les handicaps légers, il y avait le choix entre « slight » et « middle » disability, nous avons utilisé les deux. Dans la version originale, il y a « Minor disabilities ».
- ✓ Item 19 : Pour « attention», il y avait le choix entre « to be considered » et « to be careful », enfin nous avons choisi « to be considered ». Dans la version originale, il y a « to be careful ».
- ✓ Item 15: Pour « to keep to themselves», nous avons utilisé deux termes qui signifient en arabe « enfermement sur soi et solitude».
- ✓ Item 17 : Pour « grouchy», nous avons choisi un terme qui signifie en arabe « réaction » au lieu de « dérangement ».

Les traducteurs ont pu avoir un consensus au cours de la traduction rétro-traduction : Ils n'ont pas apporté d'importantes modifications, en comparant les traductions à la version originale, ils ont estimé que la traduction a été bien faite.

### **1.3 Intervention de l'expert en linguistique**

L'intervention d'un expert en langue arabe classique a permis d'apporter de changements mineurs. Cette étape a permis de vérifier que la version arabe respectait le contexte marocain et sa structure était bien faite. La question la plus pertinente était quelles phrases retenir pour « disabled people », « personnes en situation de handicap » ou « les handicapés ». Cet expert a préféré utiliser un terme qui signifie en arabe « les handicapés », car le scientifique quantifie et le non scientifique qualifie. Cependant, si cette échelle sera utilisée dans une population en dehors du cadre médical, il voudrait mieux utiliser « personnes en situation de handicap ».

Cette version consensuelle a été revue plusieurs fois par le comité du projet pour lui apporter les modifications nécessaires (L'échelle traduite en arabe est donnée en Annexe D). Le nouvel instrument traduit en arabe classique a servi de base pour l'étude psychométrique.

## **2. Validation de la version traduite**

Le résultat de l'étude psychométrique de l'ATDP en arabe classique a montré un alpha Cronbach à 0.6 et un test retest (ICC) à 0.88 (l'intervalle de confiance : CI 95 % : 0,9307-0,9919).

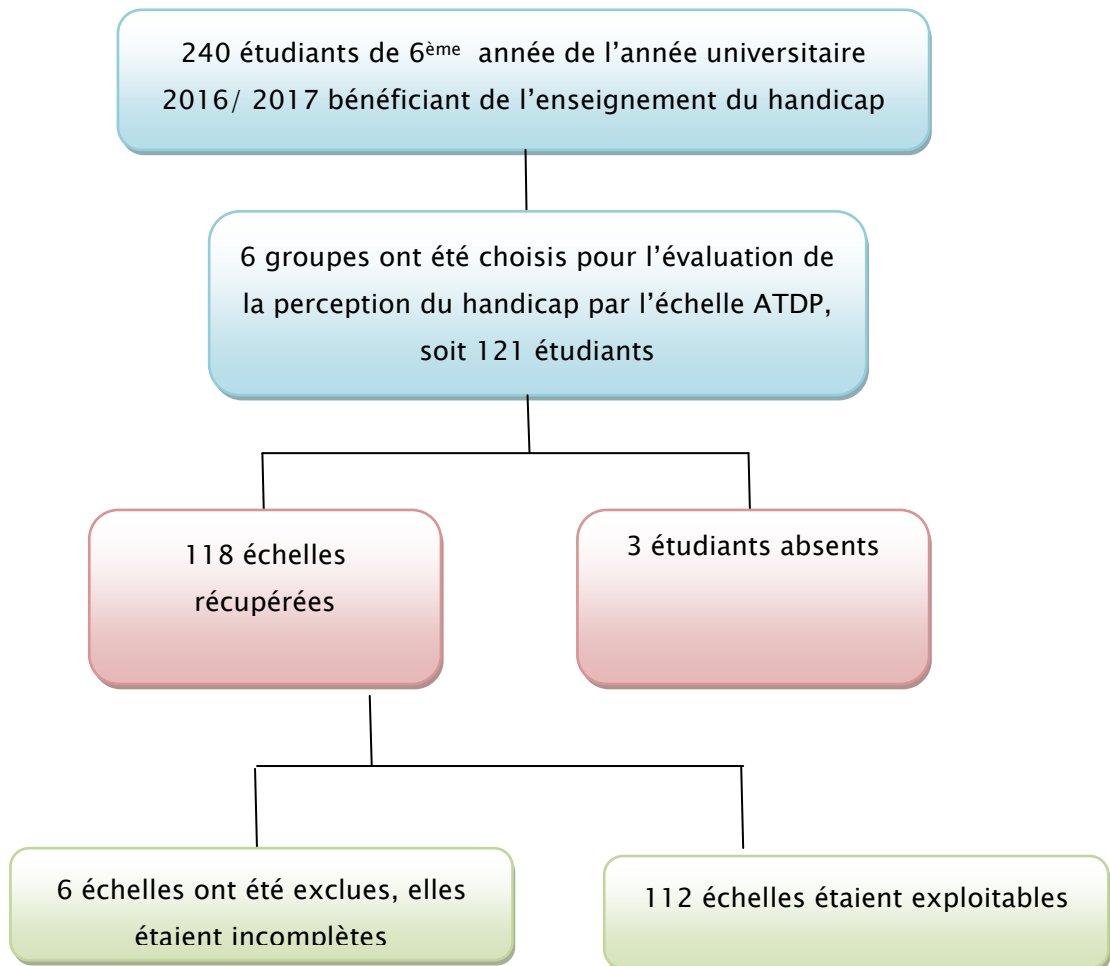
La faisabilité et l'acceptabilité sont respectées, aucun item n'a été exclu de la version finale arabe classique.

## **II. Les attitudes envers les PESH**

### **1. Taux de participation**

Les étudiants qui ont bénéficié du séminaire « Le handicap » étaient au nombre de 240. Nos six groupes faisant notre échantillon d'étude comprenaient 121 étudiants, une vingtaine de personnes dans chaque groupe.

Nous avons récupéré 118 échelles, il a été compté 3 étudiants absents. Parmi les 118 échelles collectées, 112 échelles étaient exploitables et qui répondent aux critères d'inclusion, soit un taux de participation de 92,5%. Les 6 échelles (4,9%) qui ont été exclues, étaient incomplètes.

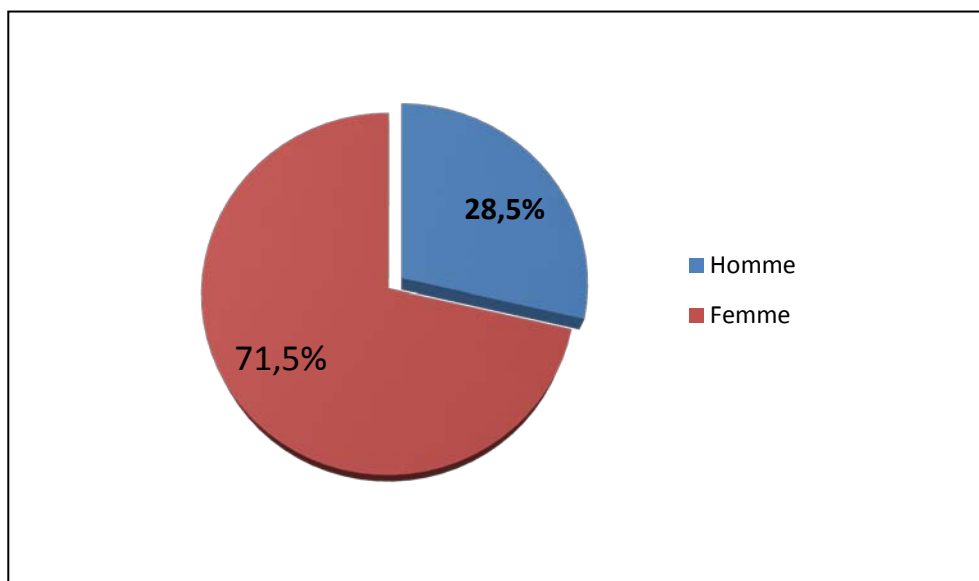


**Figure 4 : Répartition des participants à l'étude**

## 2. Résultats épidémiologiques

### 2.1 Le sexe

Notre échantillon comprenait 80 étudiantes soit 71,5 % et 32 hommes soit 28,5%, avec un sex-ratio homme/femme de 0,39.

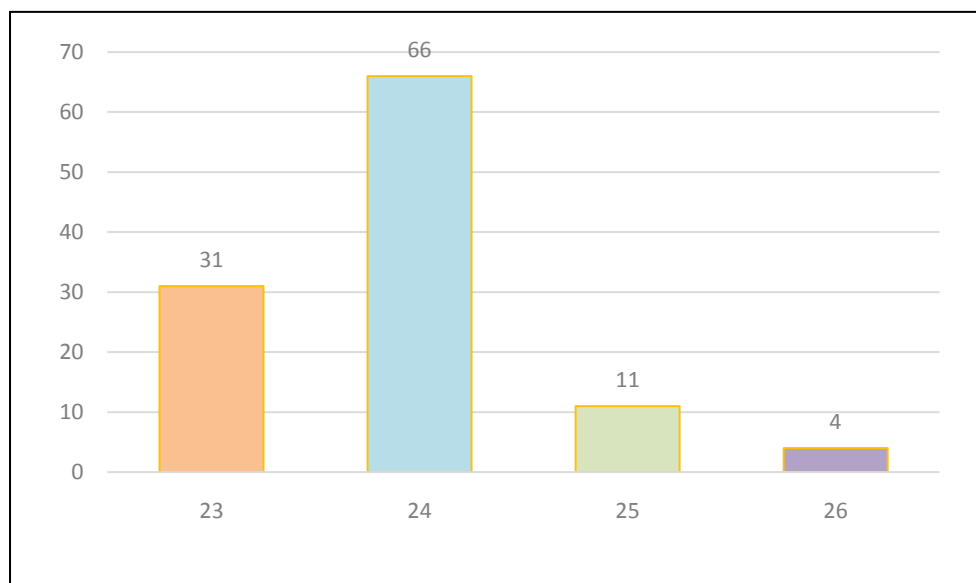


**Figure 5: Répartition en pourcentage des étudiants selon le sexe**

### 2.2 L'âge

Dans notre étude l'âge médian des étudiants était de 24 ans, avec des extrêmes d'âge allant de 23 ans à 26 ans.

Dans notre échantillon 66 étudiants étaient âgés de 24ans soit 58,92%, 31 des étudiants étaient âgés de 23ans soit 27,67%, 9,82% des étudiants étaient âgés de 25ans et seulement 4 étudiants étaient âgés de 26ans.



**Figure 6: Répartition en nombre des étudiants selon l'âge.**

### **3. Score ATDP**

#### **3.1 Score ATDP avant l'enseignement du handicap:**

##### **3.1-1 Toute la population :**

La médiane des scores obtenus sur l'échelle ATDP de toute la population avant l'enseignement, était de **74 [67,5–82,25]**.

##### **3.1-2 Selon le sexe:**

La médiane des scores obtenus sur l'échelle ATDP chez les hommes avant l'enseignement, était de **72 [66,75–81,5]**, et elle était de **74,5 [67,5– 83,25]** chez les femmes.

##### **3.1-3**

Avant l'enseignement, la médiane des scores obtenus sur l'échelle ATDP était de **71 [66,75– 78,75]** chez les étudiants âgés de 23ans, elle était de **75 [66–85]** dans le groupe des étudiants ayant 24ans, pour les étudiants âgés de 25ans la médiane était de **72,5 [61–78]** et elle était de **77,5 [71–89,2]** chez les étudiants âgés de 26ans.

**3.2 Score ATDP après l'enseignement du handicap :**

**3.2-1 Toute la population :**

La médiane des scores obtenus sur l'échelle ATDP de toute la population après l'enseignement, était de 70 [65–80,25].

**3.2-2 Selon le sexe:**

La médiane des scores obtenus sur l'échelle ATDP chez les hommes après l'enseignement, était de 72 [66–81,5], et elle était de 70 [65– 80,25] chez les femmes.

**3.2-3 Selon l'âge:**

Après l'enseignement, la médiane des scores obtenus sur l'échelle ATDP était de 70 [65–79,75] chez les étudiants âgés de 23ans, elle était de 71 [66–81] dans le groupe des étudiants ayant 24ans, pour les étudiants âgés de 25ans elle était de 67 [58,5–76,2] et elle était de 70,5 [67,2–84,25] chez les étudiants âgés de 26ans.

**3.3 Comparaison des scores ATDP avant et près l'enseignement du handicap**

**3.3-1 Toute la population :**

La comparaison des scores ATDP avant et après l'enseignement du handicap a montré une différence significative,  $p$  à 0,02.

**3.3-2 Selon le sexe :**

-La comparaison des scores ATDP avant et après l'enseignement du handicap chez les hommes : 72 [66,75–81,5] vs 72 [66–81,5] n'a pas montré de différence significative,  $p$  à 0,32.

-La comparaison des scores ATDP avant et après l'enseignement du handicap chez les femmes : 74,5 [67,5– 83,25] vs 70 [65– 80,25] a montré une différence significative,  $p$  à 0,037

-La comparaison des ~~selon l'âge~~ selon l'âge ATDP avant et après l'enseignement du handicap selon le sexe n'a pas montré une différence significative entre hommes et femmes, ( $p$  à 0,69), ( $p$  à 0,73).

3.3-3 Selon l'âge

La comparaison des scores ATDP de la population, étudiés en fonction de l'âge n'a pas trouvé une relation statistiquement significative entre l'âge des participants et le score ATDP avant et après l'enseignement du module ( $p$  était à 0,44), ( $p$  était à 0,85).

**Tableau III : Comparaison des scores ATDP avant et après l'enseignement du module selon le sexe**

	Score ATDP Avant		Score ATDP Apres	
<b>Femmes</b>	74,5[67,5-83,25]	$p = 0,73$	70[65-80,25]	$p = 0,69$
<b>Hommes</b>	72[66,75-81,5]		72[66- 81,5]	

**Tableau IV : Scores ATDP avant et après l'enseignement du module et comparaison des scores selon l'âge**

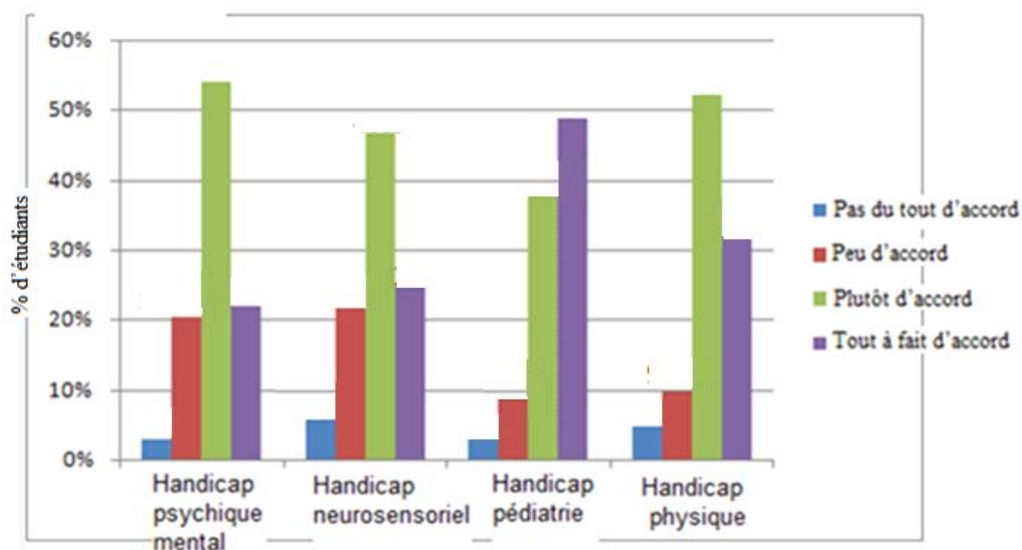
Score ATDP												
Hommes			Femmes			Toute la population			Selon l'âge (ans)			
ATDP avant	ATDP après	$p$	ATDP Avant	ATDP après	$p$	ATDP avant	ATDP après	$p$	ATDP avant	$p$	ATDP après	$P$
72 [66,75-81,5]	72 [66- 81,5]	0,32	74,5 [67,5-83,25]	70 [65-80,25]	0,03	74 [67,5-82,25]	70 [65-80,25]	0,02	<b>23ans</b> 71 [66,75-78,75] <b>24ans</b> 75 [66-85] <b>25ans</b> 72,5 [61-78] <b>26ans</b> 77,5 [71-89,2]	0,44	<b>23ans</b> 70 [65-79,75] <b>24ans</b> 71 [66-81] <b>25ans</b> 67 [58,5-76,2] <b>26ans</b> 70,5 [67,2- 84,25]	0,85

### **III. Evaluation globale de satisfaction de l'enseignement**

Tous les étudiants des 12 groupes ont rempli le questionnaire de satisfaction, nous avons récupéré 212 questionnaires dont 200 ont été exploitables.

Nos résultats de l'étude de satisfaction sur les contenus étaient comme suit (voir figure 8) :

- **Le contenu du handicap mental- psychique :**
  - Pas du tout d'accord 3%
  - peu en accord 20,5 %
  - plutôt d'accord 54,2%
  - tout à fait d'accord 22,3%
  
- **Le contenu du handicap neurosensoriel :**
  - Pas du tout d'accord 6,1 %
  - Peu en accord 22%
  - Plutôt d'accord 47%
  - Tout à fait d'accord 25 %
  
- **Le contenu du handicap en pédiatrie :**
  - Pas du tout d'accord 3,6 %
  - Peu en accord 9,1%
  - Plutôt d'accord 38,2 %
  - Tout à fait d'accord 49,1%
  
- **Le contenu du handicap physique :**
  - Pas du tout d'accord 4.9 %
  - Peu en accord 9,9%
  - Plutôt d'accord 52, 5 %
  - Tout à fait d'accord 32,3%



**Figure 7 : Evaluation de la satisfaction des thèmes du handicap**

Nos résultats de l'étude de satisfaction sur le temps, l'animation, l'organisation et l'attente de l'enseignement étaient les suivants (voir figure 9) :

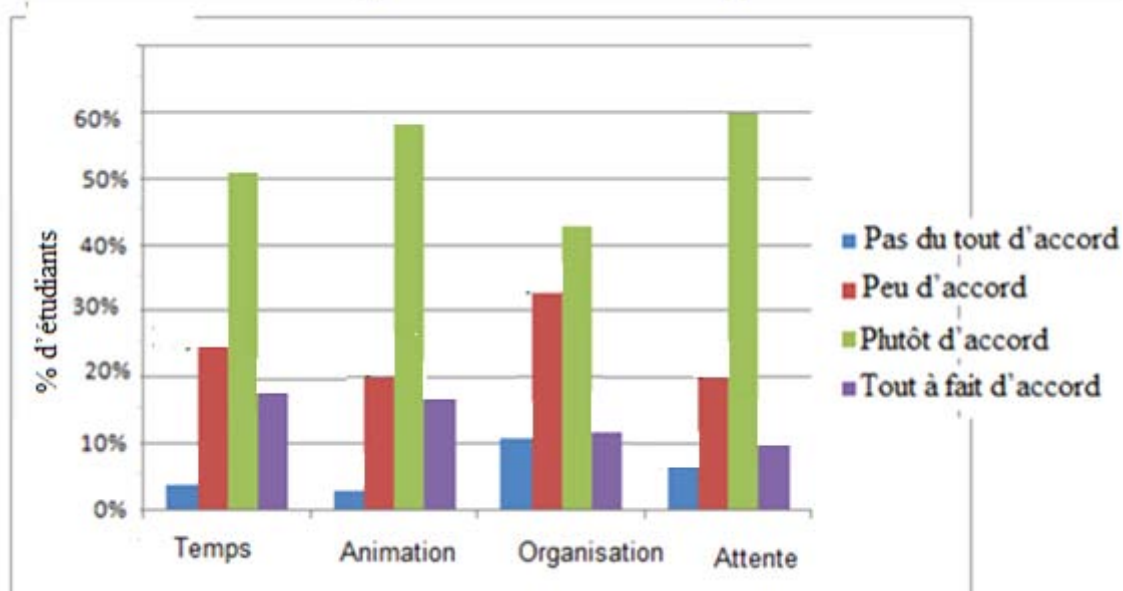
- **Satisfaction sur le temps :**
  - Pas du tout d'accord 4,8%
  - peu en accord 25,1 %
  - plutôt d'accord 50,9%
  - tout à fait d'accord 18%
  
- **Satisfaction sur l'animation :**
  - Pas du tout d'accord 3 %
  - Peu en accord 19,8%
  - Plutôt d'accord 58,7%
  - Tout à fait d'accord 16,8%

- **Satisfaction sur l'organisation :**

- Pas du tout d'accord 11,4%
- Peu en accord 32,9%
- Plutôt d'accord 43,1 %
- Tout à fait d'accord 12%

- **Satisfaction sur l'attente :**

- Pas du tout d'accord 7,8 %
- Peu en accord 20,4%
- Plutôt d'accord 60,5 %
- Tout à fait d'accord 10,8%



**Figure 8 : Evaluation de la satisfaction sur le temps, l'animation, l'organisation et l'attente**

Quatre principales impressions ont été recueillies : Définition sociétale du handicap, l'amélioration du savoir être, l'amélioration du savoir-faire et l'acquisition de nouvelles connaissances, le changement dans la perception et l'intérêt pédagogique de l'audio-visuel.



## *Discussion*



## I. Généralités

### 1. Etymologie du mot «Handicap»

Autrefois, on nommait « les handicapés » d'après le genre d'infirmité dont ils souffraient, en donnant parfois à cette dénomination une valeur péjorative (estropié, fou, demi-portion, incapable) ou en employant des termes plus généraux (pauvre, malade, nécessiteux, infirme, débile...). Les termes « handicap » et « handicapés » sont récents.

Le terme de handicap, provient d'un terme anglais « hand in cap », ce qui signifie littéralement « main dans le chapeau ». Cette expression fait référence à un jeu de loterie qui était répandu en Angleterre au début du 17ème siècle, il s'agit d'un jeu d'argent organisé autour d'un troc. Pendant ce jeu, deux personnes (joueurs) voulant faire un échange de deux produits de valeurs différentes (une vache contre un sac de blé par exemple) font appel à une 3ème personne neutre (le juge), pour estimer la valeur de l'argent que le propriétaire du produit de valeur inférieure (le sac de blé) doit donner au propriétaire du produit de valeur supérieure (la vache), afin d'établir une équité de cet échange. Avant de procéder au jugement, les trois personnes mettent dans un chapeau un montant d'argent identique chacun, et les deux joueurs gardent la main dans le chapeau. Quand le juge prononce son jugement, trois situations se présentent : soit les joueurs sortent les mains pleines du chapeau, ce qui signifie qu'ils acceptent le jugement. Dans ce cas, l'échange est fait selon les termes du juge et ce dernier reçoit l'argent forfaitaire (qui était dans le chapeau) en guise de paiement. Soit les joueurs sortent les mains vides témoignant du refus du jugement et dans ce cas l'échange n'est pas fait mais le juge reçoit toujours l'argent forfaitaire. Soit un des joueurs accepte (sort la main pleine) et l'autre n'accepte pas (sort la main vide), et dans ce cas, l'échange n'est pas fait mais l'argent forfaitaire est perçu par celui qui a accepté l'échange (22).

Dès son premier usage, le mot handicap évoque une différence de valeur, soumise à une évaluation. Le jeu évolue par la suite, lors des courses de chevaux, l'arbitre indique la distance

ou le poids à rendre pour égaliser les chances, comme cela se pratique encore aujourd'hui. Toutefois, un second sens est apparu, sans mettre fin à l'usage du premier : au lieu de désigner ce qui rétablit l'égalité des chances, le handicap désigne au contraire ce qui lui fait obstacle (23).

Avec le temps, le terme handicap qui était synonyme de désavantage imposé par souci d'équité dans les épreuves sportives, a vu son utilisation s'élargir pour aussi désigner tout désavantage physique. En 1915, le terme handicap apparaît pour la première fois désignant les enfants souffrant d'infirmités motrices, puis cette utilisation s'est élargie aux adultes et aux déficients mentaux vers les années cinquante (24).

## **2. Evolution du concept « Handicap »**

Le handicap est une notion complexe à la limite entre le monde médical et social, elle est évolutive, multidimensionnelle et controversée.

Dans la Civilisation mésopotamienne l'infirmes était considéré comme une expression de la punition des Dieux qui désapprouvent une faute des hommes, l'infirmes est maléfique « germe de malheur » ainsi, **l'infirmité revêt une double dimension : Elle est maléfice et désordre moral.** L'infirmité se voyait comme un phénomène magique dans la civilisation égyptienne, et une expression d'un 'cosmos' incontrôlable mais organisé : **l'infirmité marque un phénomène magique.**

Dans la Grèce antique, l'infirmité était perçue comme un maléfice, l'enfant porteur de différence était emmené hors de l'espace social où il mourrait au bon vouloir des Dieux et n'était pas directement tué (25).

Dans la période médiévale **la société était compartimentée et l'infirmité était enfermée**, la doctrine chrétienne a mis en avant une attitude charitable vis-à-vis des infirmes, aboutissant à la création des premiers « Hôtel-Dieu » (25), des bâtisses qui servaient à accueillir les infirmes, les fous et les misérables, considérés comme des « pauvres d'esprit » et à les y enfermer, pour

les mettre à l'écart de la société comme « La Salpêtrière » qui a été construite à la fin du XVIIème siècle (26).

Il fallait attendre le XVIIIème siècle et le temps des lumières qui a connu une montée d'influence de nouveaux courants de pensées philosophiques et humanitaristes, en plus d'une avancée considérable des connaissances scientifiques ayant remis sur scène la problématique de prise en charge médicale et éducative des personnes handicapées(27). Denis Diderot –un grand philosophe Français– défend publiquement à travers plusieurs essais que les esprits sont égaux, si on arrive à leur prodiguer une éducation et une instruction adaptée. En 1785 Valentin Huy (1745–1822) a fondu, à ses frais, la première école gratuite pour de jeunes aveugles à Paris (27). Par la suite l'éducation des sourds par l'Abbé de l'Épée (1712–1789), qui a transformé une partie de sa propre maison en école pour les sourds–muets, où ils apprenaient à communiquer avec la langue des signes (27). Plus tard l'invention de la psychiatrie par Philippe Pinel, a permis de s'intéresser aux soins des handicapés mentaux (26). A cette époque **l'infirmité était rationalisée.**

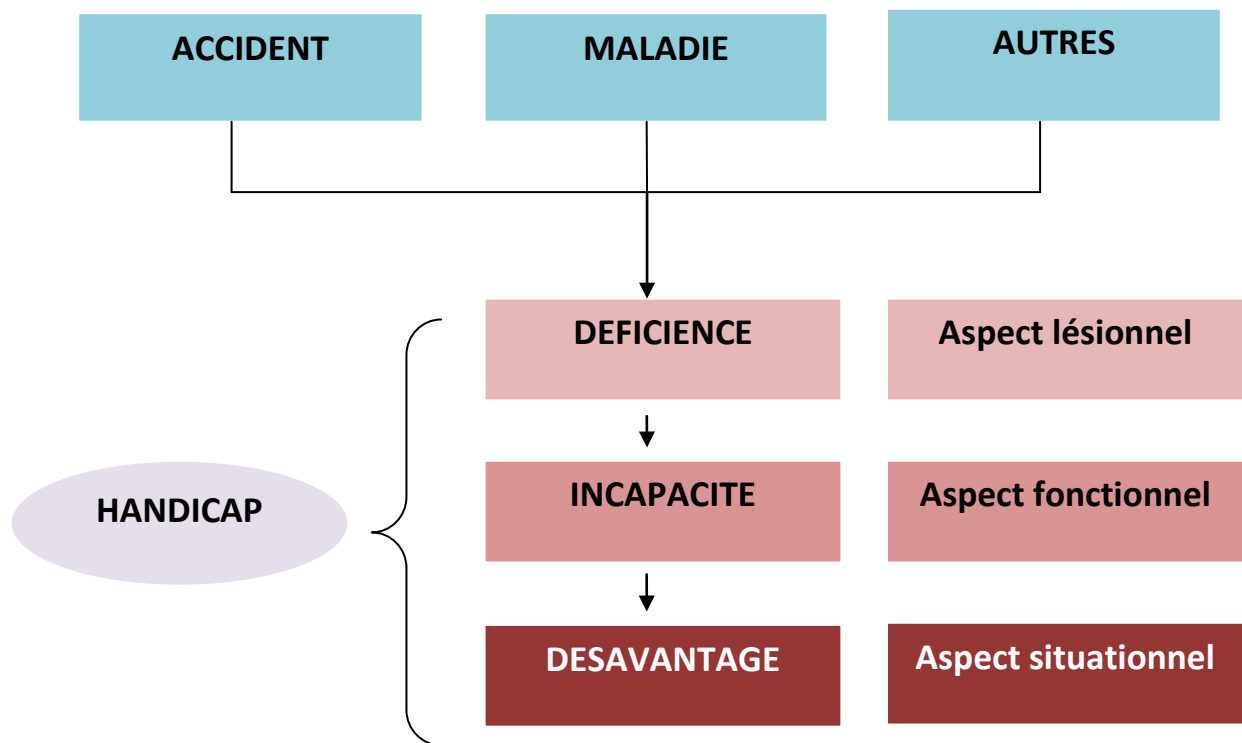
Au début du XXème siècle, plusieurs lois donnant accès au travail, à la scolarité et aux aides financières aux personnes handicapées ont vu le jour dans le monde occidental, notamment en France où elles ont été votées dès 1905 (26). La prise de conscience de la nécessité d'améliorer les conditions de vie des personnes handicapées, a abouti à la création des associations de plus en plus nombreuses comme la Fédération des mutilés de travail créée en 1921, qui ont largement contribué à l'amélioration de la conception du handicap et des personnes handicapées.

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

charge médicale, ou bien infirme, invalide, handicapée et dans ce cas la médecine ne pouvait rien pour elle.

A la période qui suit la seconde guerre mondiale, **l'infirmité était personnalisée et le handicap était normé**, cette période a vu la montée en charge des conséquences des maladies, accidents et traumatismes. Elle était marquée, dans les pays occidentaux, par la création du régime de sécurité sociale en 1945, l'essor de **la médecine physique et de réadaptation en 1960** qui se consacre à ces formes de pathologie avec d'autres objectifs que les objectifs de guérison traditionnels, et par la transformation du ~~profil~~ démographique des populations entraînant avec elle de nouveaux enjeux épidémiologiques. Sous les effets conjugués du recul des maladies infectieuses avec la découverte des antibiotiques, de la baisse de la mortalité néonatale et du vieillissement de la population, les maladies chroniques et les incapacités conséquences d'accidents ou du vieillissement, deviennent un objectif majeur de politique de santé publique. Les indicateurs de morbidité s'avèrent insuffisants pour prendre en compte l'état fonctionnel des individus et des populations, ainsi que pour renseigner sur la durée et la sévérité des problèmes de santé. Au début des années soixante-dix, l'OMS envisage alors la création d'une classification spécifique. Elle en confie la tâche au rhumatologue anglais Philip Wood (1928-2008), celui-ci propose une ~~clarification~~ classification conceptuelle distinguant trois plans d'expérience du handicap : la déficience au niveau physiologique et anatomique, l'incapacité au niveau fonctionnel et le désavantage social, conséquence sociale de l'un et ou l'autre des deux premiers niveaux. A ce titre, **la Classification internationale du handicap CIH** est adoptée à titre expérimental par l'Assemblée mondiale de la santé en 1976, publiée par l'OMS en 1980 (28).

Il s'agit d'un modèle tridimensionnel (Figure 9), dans lequel la maladie ou trouble est responsable de déficiences, provoquant des incapacités, elles-mêmes générant des situations de désavantage.



**Figure 9 : La trilogie de WOOD**

La CIH a pour objet de clarifier la notion de handicap en distinguant 3 dimensions :

- ✚ **La déficience** qui correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou d'une fonction physiologique, psychologique ou anatomique : c'est l'aspect lésionnel du handicap ;
- ✚ **L'incapacité** qui est une réduction, résultante d'une déficience, partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour l'être humain : c'est l'aspect fonctionnel du handicap ;
- ✚ **Le désavantage**, conséquence de la déficience ou de l'incapacité sur les conditions d'insertion sociale, scolaire, ou professionnelle. Le désavantage est donc la résultante de l'interaction entre la personne porteuse d'incapacité et

l'environnement. Son importance est liée à la qualité de l'environnement qui peut soit le minimiser soit l'amplifier. C'est l'aspect situationnel du handicap.

Ces 3 notions ont permis de passer d'une vision du handicap considérée comme irréversible à une conception plus ouverte. Mais des critiques ont été d'emblée formulées. En effet cette CIH donne un modèle individuel du handicap où l'expérience sociale négative vécue par la personne handicapée est considérée comme étant la conséquence directe et inéluctable des caractéristiques de l'individu.

Au cours de ces dernières années et avec l'apparition de la mondialisation, émergent des modèles collectifs sociaux en opposition au modèle individuel biomédical proposé par la CIH, qui revendique l'élimination des obstacles pour l'égalité des chances et la pleine participation dans tous les aspects de la vie. A côté de ce courant dit biomédical, un courant anthropologique a émergé, plus social, qui considère que le handicap est la résultante de la confrontation d'un être humain avec ses capacités, et de son environnement avec ses exigences. Ainsi, c'est la société et l'environnement qui crée des situations de handicap (29).

L'OMS, en 2001, a alors proposé la CIF (Classification Internationale du fonctionnement , du handicap et de la santé) (30), une approche interactionniste dynamique comme un modèle biopsychosocial, destiné à appréhender l'ensemble des aspects physiologiques, personnels et sociétaux. Elle a été entérinée lors de la 54<sup>ème</sup> Assemblée Mondiale de la Santé (22 Mai 2001). La CIF propose ainsi un juste équilibre entre le modèle médical centré sur le soin à l'individu et le modèle social qui privilégie les solutions apportées par la collectivité. La CIF est composée de 2 parties comprenant chacune 2 composantes(30) :

## **PARTIE 1 : FONCTIONNEMENT ET HANDICAP**

### **a) Fonctions organiques et structures anatomiques :**

Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques), les structures anatomiques désignent les parties du corps humain telles que les organes, les membres et leurs composantes. Les déficiences désignent des problèmes des fonctions organiques ou des structures anatomiques sous forme d'écart ou de perte importante ;

### **b) Activités et participation :**

Une activité signifie l'exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose. La participation signifie l'implication dans une situation de la vie réelle. Les limitations d'activité désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité. Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour s'impliquer dans une situation de la vie réelle.

## **PARTIE 2 : FACTEURS CONTEXTUELS**

### **a) Facteurs environnementaux :**

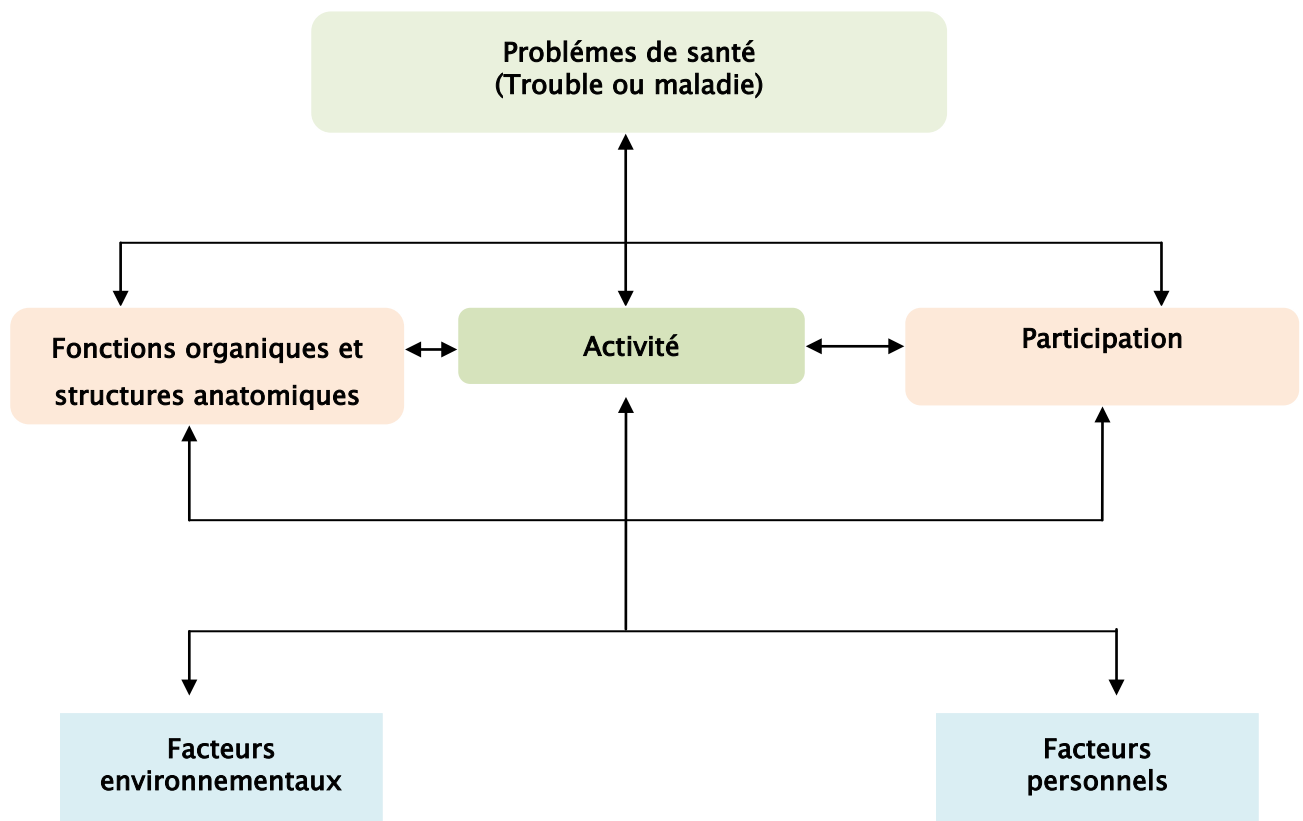
Ils constituent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie. Les facteurs sont externes à la personne et peuvent avoir une influence positive ou négative sur la performance de la personne en tant que membre de la société, sur la capacité de la personne, ou sur une fonction organique ou une structure anatomique de cette personne.

### **b) Facteurs personnels :**

Ils représentent le cadre de vie particulier d'une personne, composé des caractéristiques de la personne qui ne font pas partie d'un problème de santé ou d'un des états de santé.

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 (30).

La CIF fournit ainsi une approche multidimensionnelle de la classification du fonctionnement et du handicap en tant que processus interactif et évolutif (figure 10).



**Figure 10 : Approche multidimensionnelle du handicap proposée par la CIF**

### 3.

La montée du sentiment religieux dans le monde entraîne un renforcement de comportements culturels profondément ancrés au cœur des individus. La maladie, les altérations du corps et des fonctions humaines ont une signification sacrée qui implique une attitude des croyants appropriée (31). Parmi les grandes religions implantées dans le monde figure l'Islam. Cette religion a un positionnement spécifique face aux atteintes corporelles et aux situations de handicap qui en découlent.

Le handicap au sens propre a été cité dans le Coran et dans le Hadith avec des termes comme « malheur » ou « Épreuve », il est perçu comme un don et une épreuve imposée par Dieu pour éprouver la foi du croyant. L'évocation du handicap dans l'Islam ne se fait pas à travers les images de l'infirmité et de limitations ou pertes fonctionnelles pour évoquer le fait que le vrai handicap pour le croyant est le manque de foi, le réel infirme est celui que Dieu a doté de la bonne santé physique et mentale, mais qui ne s'en sert pas et ne croit pas en lui, ni suit son droit chemin, ni ne l'adore (31). **« Nous avons destiné beaucoup de djinns et d'hommes pour l'enfer. Ils ont des cœurs mais ne comprennent pas. Ils ont des yeux, mais ne voient pas. Ils ont des oreilles, mais n'entendent pas. Ceux-là sont comme les bestiaux, même plus égarés encore. Tels sont les insoucients »**(32).

قال تعالى (وَلَقَدْ ذَرَأْنَا لِجَهَنَّمَ كَثِيرًا مِّنَ الْجِنِّ وَالإِنسِ ۗ لَهُمْ قُلُوبٌ لَا يَفْقَهُونَ بِهَا وَلَهُمْ أَعْيُنٌ لَا يُبْصِرُونَ بِهَا وَلَهُمْ آذَانٌ لَا يَسْمَعُونَ بِهَا ۗ أُولَئِكَ كَالْأَنْعَامِ بَلْ هُمْ أَضَلُّ ۗ أُولَئِكَ هُمُ الْغَافِلُونَ) (33).

سورة الاعراف الاية 179

Par « ne voient pas » et « n'entendent pas », il faut comprendre « ne voient pas le bon chemin et n'entendent pas les paroles de Dieu ». Cela désigne les personnes qui ne savent pas employer les capacités et les dons qui sont mis à leur disposition(31). Dans un autre verset, Dieu n'a pas défini la cécité comme étant l'incapacité des yeux, mais comme étant l'incapacité

des cœurs qui ont perdu leur clairvoyance, « car ne sont pas les yeux qui s'aveuglent, mais ce sont les cœurs dans les poitrines qui s'aveuglent »(32).

قال تعالى (فإنها لا تَعْمَى الْأَبْصَارُ وَلَكِنْ تَعْمَى الْقُلُوبُ الَّتِي فِي الصُّدُورِ) (34).

سورة الحج الآية 46

En ce qui concerne les devoirs des PESH, l'Islam a un point de vue moral et neutre à leur égard, en les considérant comme les autres citoyens, mais pour toute PESH il y a réduction d'une partie des obligations proportionnellement à l'importance de son handicap. Toutefois, les devoirs religieux doivent être accomplis au maximum de ce que l'on peut faire. Le Coran révèle l'égalité de fait des personnes handicapées et de celles qui ne le sont pas. Un certain nombre de dispositions adaptant les situations handicapantes aux capacités du croyant sont prises(31).

Le handicap est considéré dans cette religion comme un lien social impliquant la solidarité et l'aide positive de la société, il ne désigne pas, la personne handicapée comme un bouc émissaire et un obstacle à la vie de la communauté. En effet, cette personne est considérée comme une source de bénédiction, parce que la miséricorde de Dieu touche la communauté grâce à eux, et c'est par une attitude positive à leur égard que l'on s'attire les bénédictions, les attributions et les soutiens. Manifestement, l'Islam accepte les handicaps comme faisant inévitablement partie de la condition humaine. C'est simplement une réalité à laquelle la société du moment doit fournir la réponse qui convient (31).

Ainsi, les instructions islamiques sont extrêmement utiles pour défendre les droits des personnes en situation de handicap. Dans des sociétés aussi profondément religieuses, il est important d'utiliser les outils de la croyance pour faire changer les comportements sociaux, afin que la discrimination puisse faire place à la tolérance. Cela s'applique particulièrement aux obligations de la société envers les PESH et aux dispositions qui doivent être prises pour que ces personnes puissent prendre pleinement part à la vie sous tous ses aspects.

## II. Discussion des résultats

### 1. L'échelle ATDP

L'ATDP a été utilisée dans plusieurs langues (12), traduite en français dans sa forme B (14), il n'existe pas à ce jour d'outil validé en langue arabe classique permettant l'évaluation de l'attitude à l'égard des PESH, par ailleurs une échelle dans sa forme O de l'ATDP a été traduite par Haimami en arabe dialectal dans la région orientale du Maroc en 2015, avec un test de Cronbach à 0,73 et une reproductibilité intra-observateur avec un ICC de 0,88. Utilisée pour évaluer les attitudes des prestataires de soins du CHU de Oujda envers les PESH (35). Notre version de l'ATDP obtenue en arabe classique exclura les gens illettrés ; de ce fait d'autres traductions en dialectal seraient souhaitables selon les régions et cultures du Maroc.

Sur l'ensemble des 47 questionnaires, le résultat de l'étude psychométrique de l'ATDP en arabe classique a montré un alpha Cronbach à 0.6, témoignant d'une validité de construit acceptable. Nunnally, en 1978 conseillait de considérer qu'une fidélité comprise entre 0,50 et 0,60 était une marge minimale acceptable pour une recherche préliminaire, alors qu'en 1978, il élevait sans explication le niveau minimal recommandé à 0,70 (36). Les recommandations indiquent que le degré de fidélité requis dépend de la finalité de la recherche, selon qu'elle est exploratoire, appliquée, ou autre. Le tableau V résume les différentes études, champs d'application et d'interprétation et les niveaux recommandés de l'alpha Cronbach.

Le test retest (Répétabilité) a été réalisé sur ce même échantillon, il a rempli l'échelle une deuxième fois après une semaine. Le test retest : ICC était de 0.88, il a montré une très bonne reproductibilité intra observateur, ce résultat nous était satisfaisant en comparaison à certaines études qui considèrent l'ICC très bonne s'il est  $\geq 0,91$ , bonne si  $0,90 \leq ICC \leq 0,71$  et modérée si  $0,70 \leq ICC \leq 0,51$  (39).

**Tableau V : Différentes études, champs d'application et d'interprétation et les niveaux recommandés de l'alpha Cronbach**

Auteurs	Champ d'application et d'interprétation	Niveau recommandé
Davis 1964 (37)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Prédiction pour un individu</li> <li>✚ Prédiction pour un groupe de 25 à 50 personnes</li> <li>✚ Prédiction pour un groupe de plus de 50 personnes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Supérieur à 0,75</li> <li>✚ 0,50</li> <li>✚ -Inférieur à 0,50</li> </ul>
Kaplan et Saccuzzo 1982 (40)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Recherche fondamentale</li> <li>✚ Recherche appliquée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ 0,70-0,80</li> <li>✚ 0,95</li> </ul>
Murphy et Davidshofer 1988(41)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Niveau inacceptable</li> <li>✚ Niveau bas</li> <li>✚ Niveau modéré à élevé</li> <li>✚ Niveau élevé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Inférieur à 0,60</li> <li>✚ 0,70</li> <li>✚ 0,80-0,90</li> <li>✚ 0,90</li> </ul>
Nunnally 1967(42)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Recherche préliminaire</li> <li>✚ Recherche fondamentale</li> <li>✚ Recherche appliquée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ 0,50-0,60</li> <li>✚ 0,80</li> <li>✚ 0,90-0,95</li> </ul>
Nunnally 1978(38)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Recherche préliminaire</li> <li>✚ Recherche fondamentale</li> <li>✚ Recherche appliquée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ 0,70</li> <li>✚ 0,80</li> <li>✚ 0,90-0,95</li> </ul>

## **2. Les attitudes des étudiants envers les PESH**

### **2.1 Particularités de la population interrogée**

Dans notre étude nous avons pu inclure 112 étudiants de la population cible, ce taux de couverture est relativement faible comparant à ce qui a été prévu.

Notre population était jeune avec une médiane d'âge de 24 ans, car constituée des étudiants de la 6ème année de la même promotion.

La répartition selon le sexe dans notre étude, a montré une nette prédominance féminine, avec un taux de 71,5%. L'inversement du sex-ratio observé suit la tendance mondiale de féminisation de la profession médicale, les femmes représentent maintenant une proportion importante et croissante des médecins dans nombreux pays (43).

## **2.2 Score ATDP**

Dans notre travail, nos résultats du score de l'ATDP étaient de **74 [67,5– 82,25]** avant l'enseignement et de **70 [65– 80,25]** après l'enseignement. Dans une étude le score total de l'échelle ATDP forme O est compris entre 0 et 120 (13), le score moyen chez les hommes est de 75,80+/-15,53 et de 75,42+/-13,48 chez les femmes. Chez une population de PESH, la moyenne de ce score est de 78,84+/-16,44 chez les hommes et 78,88+/-15,66 chez les femmes, Les scores les plus élevés témoignant d'une attitude plus positive envers les PESH de la part des répondeurs au questionnaire. Ceci montre clairement que les attitudes des étudiants de notre population envers les PESH étaient négatives avant et même après l'enseignement du handicap, ce dernier n'a pas pu changer ces attitudes. Nos scores se rapprochent des scores considérés négatifs par certains auteurs (44, 45). Matziou et al ont trouvé un score ATDP de 62,3 chez les infirmiers, étudiants ou diplômés (44), et l'étude de Tervo et al, qui a trouvé un score ATDP moyen de 78,7 chez les professionnels de rééducation(45).

En comparaison avec l'étude de Haimami(35), ayant évalué le personnel de santé médical et paramédical du CHU de Oujda, le score ATDP moyen le plus élevé était observé chez les médecins (69,3 +/-13, suivi des kinésithérapeutes (67 +/- 12), puis des infirmiers (64,3 +/- 12), ensuite les médecins en formation (63,8 +/-13) et enfin les auxiliaires (61,6 +/- 13). Par conséquent, nos scores avant et après dépassent légèrement ces scores, ceci montre clairement l'intervention de la culture et /ou la topographie au sein d'un même pays comme le Maroc.

Même si notre version en arabe classique a été bien traduite en utilisant la méthode de traduction rétro traduction et qu'elle soit valide, il se peut que nos résultats négatifs des attitudes des étudiants envers les PESH soient expliqués par la non assimilation des étudiants

## **Expérience de l'enseignement du module « Handicap » à la FMPM et évaluation de l'attitude des étudiants vis-à-vis du handicap**

---

de l'arabe classique, vue que ces derniers poursuivent leurs études supérieures en langue française et qui ne pratiquent pas souvent l'arabe classique. Cependant nous avons choisi l'arabe classique pour que cette échelle soit compréhensible par tout le monde et qu'elle serait utilisée dans d'autres études évaluant la perception envers les PESH, d'autant plus que l'arabe dialectal change d'une région à autre au sein de notre pays et la difficulté de trouver des termes en arabe dialectal équivalents aux mots d'origine.

Plusieurs études ont utilisé l'échelle ATDP (Tableau VI), notamment pour tester l'efficacité d'interventions pédagogiques auprès des étudiants des professions de santé (14, 55,56), mesurer des différences d'attitudes entre groupes (44,46) ou des différences d'attitudes entre hommes et femmes (47,58). Des études ont montré des différences significatives sur des populations des étudiants (45, 46,47, 55, 56).

**Expérience de l'enseignement du module « Handicap » à la FMPM et évaluation de l'attitude des étudiants vis-à-vis du handicap**

**Tableau VI : Utilisation de l'échelle ATDP dans différentes études**

<b>Auteur(s)</b>	<b>Objectifs</b>	<b>Résultats</b>
Richard I, et al 2005 (14)	Déterminer si l'enseignement théorique du module et/ou un stage dans un service de MPR modifient l'attitude des étudiants vis-à-vis des PESH	Pas d'amélioration de l'attitude vis-à-vis des PESH
Duckworth S 1988 (46)	L'étude des attitudes des étudiants médecins de 1 <sup>ère</sup> et de 4 <sup>ème</sup> années, les internes et le public envers les PESH	Aucune différence significative n'a été trouvée entre les attitudes des quatre groupes étudiés
Lindgren C. Nurse 1993 (55)	Déterminer si les attitudes des étudiants en soins infirmiers à l'égard des PESH s'amélioreraient après la participation à une conférence éducative d'une journée sur les soins aux handicapés physiques et d'identifier les variables influençant ces attitudes.	Attitudes plus positives à l'égard des personnes handicapées.
Mitchell KR, et al. 1984 (56)	Etudier le changement d'attitude envers les PESH d'un groupe d'étudiants en médecine ayant développé un programme dès la 1 <sup>ère</sup> année en faveur des handicapés	Les attitudes des femmes à l'égard des PESH étaient plus positives que celles des hommes. En outre, un changement significatif dans les attitudes a été trouvé après 3 ans.
Paris MJ 1993 (47)	Évaluer et décrire les attitudes des étudiants en médecine, et en médecine dentaire envers les handicapés physiques	Le sexe féminin, la fréquence du contact avec les PESH et la race blanche étaient associés à des attitudes plus favorables
Tervo RC, et al 2002 (45)	Comparer les attitudes des infirmières de réadaptation, des ergothérapeutes, et des physiothérapeutes envers les PESH	Les ergothérapeutes avaient des scores significativement plus élevés que les infirmières et les physiothérapeutes. Le niveau d'éducation n'avait pas influencé les attitudes.
Bohlander 1985 (48)	Comparer les attitudes envers les PESH entre les kinésithérapeutes	Les physiothérapeutes avaient une attitude nettement plus favorable que les enseignants
Matziou V et al 2009 (44)	Comparer les attitudes envers les enfants handicapés physiques ou mentaux selon le statut professionnel des infirmiers	Attitudes des populations étudiées étaient globalement négatives envers les enfants handicapés.
Haimami 2015 (35)	Evaluation de l'attitude envers les PESH chez le personnel de santé médical et paramédical	Attitudes des prestataires de soins étudiées étaient négatives
Seccombe JA 2007(57)	Comparer les attitudes des étudiants de 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> année en soins infirmiers envers les PESH avant et après l'introduction d'un module théorique sur le handicap	L'introduction d'un module théorique sur le handicap ne donne pas un changement significatif dans les attitudes des étudiants envers les PESH
Satchidanand N, et al 2011 (7)	Evaluer les attitudes des étudiants et les professionnels de la santé envers le handicap physique	L'antécédent d'expérience personnelle ou professionnelle avec le handicap est souvent associé à des attitudes plus favorables.

## **Expérience de l'enseignement du module « Handicap » à la FMPM et évaluation de l'attitude des étudiants vis-à-vis du handicap**

---

Les scores globaux de l'ATDP avant et après l'enseignement ne reflétaient pas une attitude franchement positive. En comparaison avec l'étude de Richard et al faite chez des étudiants en médecine de 4<sup>ème</sup> année(14), les scores de l'ATDP (>100) dépassent les nôtres, cependant, selon cette étude l'enseignement d'un module de handicap n'a pas pu modifier le score après un enseignement théorique, ni après un stage en MPR (14). De même l'étude menée par Seccombe a montré que l'introduction d'un module théorique sur le handicap ne donne pas un changement significatif dans les attitudes des étudiants envers les PESH (57). Les méthodes pédagogiques actuellement employées ne semblent donc pas modifier l'attitude des étudiants vis-à-vis des PESH.

Nous considérons ces scores difficilement changeables par un module théorique ; un stage dans un service de MPR serait profitant pour avoir une attitude largement positive, ce service est un carrefour de pathologies handicapantes diverses et variées venant de tous les services. Nous considérons que ces jeunes médecins stagiaires n'ont pas encore pris de lourdes responsabilités, l'engagement professionnel les mettrait au contact des patients souffrant de handicap. Certes, ce contact déclenche chez le médecin un raisonnement clinique et une procédure comportementale (savoir être) adéquats pour résoudre les problèmes médico-sociaux des patients, cette pratique affermit le sens de responsabilité et la prise de conscience des conséquences de la maladie dont l'incapacité et le handicap. L'implication dans la prise en charge des PESH est associée à des attitudes positives des professionnels de santé envers ces personnes, s'ajoute l'expérience et la confrontation quotidienne (5,48, 49).

Dans le cadre de l'actuelle réforme médicale au Maroc, un module de médecine de famille sera mis à la disposition des médecins généralistes, la formation de ces praticiens occupant déjà des postes de responsabilité ne pourrait qu'impacter la perception à l'égard des patients déficients. Cela a été démontré dans certaines études, comme chez les physiothérapeutes qui ont une attitude nettement plus favorable que les enseignants, en effet, avec les séances de rééducation répétitives, ils ont un contact quotidien avec les PESH (5,48). Les professionnels de santé (psychothérapeutes) ayant plus de contact avec les personnes sourdes ont des attitudes

positives (49). Les étudiants ergothérapeutes du 2<sup>ème</sup> cycle ont des attitudes plus favorables envers les PESH par rapport aux étudiants du premier cycle (50). La présence des PESH dans la famille, ou la sphère proche (amis, voisins, collègues), était associée à des attitudes plus positives envers elles (51,52), les professionnels avec formation préalable au handicap avaient également des attitudes plus positives (49), les ergothérapeutes avaient des scores significativement plus élevés que les infirmières et les physiothérapeutes. Le niveau d'éducation n'avait pas influencé les attitudes (45). Cependant d'autres auteurs confirment que le contact et le travail avec les PESH ne sont pas significativement associés à des attitudes positives(53). L'étude menée par Matziou et al, qui évalue des attitudes envers les enfants handicapés physiques ou mentaux selon le statut professionnel des infirmiers, montre des attitudes négatives globalement envers les enfants handicapés, le score moyen ATDP le plus bas a été noté chez les professionnels les plus expérimentés (44).

Certaines études constatent des scores plus élevés chez des étudiants d'autres cursus paramédicaux (infirmiers de réadaptation, des ergothérapeutes, et des physiothérapeutes) que chez les étudiants en médecine(45), l'hypothèse émise est en relation avec l'ébranlement de leur compétence collective à « guérir » ces PESH ayant des déficiences (45).

Dans notre étude, Il n'y avait pas de différence significative du score ATDP selon le sexe avant et après l'enseignement, ce qui concorde avec l'étude de Richard et al (14) et l'étude de Haimami (35) qui n'ont pas trouvé de corrélation significative entre le sexe des participants et les attitudes envers les PESH. Cependant plusieurs études constatent que les femmes ont des attitudes plus favorables que les hommes (45, 46,47).

Il n'y avait pas également de différence significative du score ATDP selon l'âge avant et après l'enseignement, ce qui rejoint les résultats de Duckworth, qui ont montré qu'il n'y a pas de différence significative entre des groupes d'âges différents (étudiantes médecins de 1<sup>ère</sup> et de 4<sup>ème</sup> années, les internes et le public) (46), et l'étude de Paris, qui n'a pas trouvé de différences d'attitude fondée sur les groupes d'âge chez les étudiants de médecine et de

médecine dentaire(47). De plus l'étude de Haimami, n'a pas trouvé de corrélation significative entre l'âge des prestataires de soins et les attitudes envers les PESH(35). Par contre, Messmer avait mis en évidence qu'un âge plus grand était associé à des attitudes plus négatives des étudiants infirmiers envers d'autres étudiants en situation de handicap(51).

De plus, il n'y avait pas de différence significative du score ATDP entre avant et après chez les hommes: 72 [66,75-81,5] *vs* après 72 [66-81,5],  $p$  à 0,32. Par contre chez les femmes, il y avait une diminution du score ATDP : 74 [67,5-83,25] *vs* 70[65-80,25],  $p$  à 0,03.

Il nous paraît que les hommes ont répondu en fonction de leur propre expérience du handicap (handicap dans la famille ou dans l'entourage) ou selon leur représentation du phénomène très générale que l'ensemble de la population, reflétant ainsi les attitudes et croyances imprégnées dans la culture populaire marocaine. En se demandant sur l'impact et la valeur ajoutée de ce module sur la perception des étudiants en comparaison avec les cours magistraux, nous avons noté que les hommes de notre étude n'ont pas changé de perception, il se peut qu'ils considèrent ce module comme une continuité des cours enseignés tout au long du cursus universitaire avec l'acquisition des connaissances purement médicales. Une étude menée par Duckworth montre que les étudiants en médecine ont les mêmes comportements que l'ensemble de la population, de même, l'examen des attitudes des étudiants en médecine envers les personnes avec un handicap n'a trouvé aucune différence significative depuis le début à la fin des études en médecine (46).

La diminution du score chez les femmes a suscité une profonde réflexion à propos de ce phénomène, aucune explication en psychologie n'a été retrouvée, s'agit-il d'une confrontation entre une perception positive de ces femmes fondée sur les croyances, d'une part, et une réalité demandant beaucoup d'effort de la part de ces futurs médecins pour affronter ce phénomène selon les moyens offerts au Maroc, d'autres part. Il paraît que la décortication du sujet du handicap par ce module, a révélé la situation accablante que rencontrent les PESH, en effet, en plus des problèmes médicaux, l'intégration des PESH connaît certains obstacles, qui

## **Expérience de l'enseignement du module « Handicap » à la FMPM et évaluation de l'attitude des étudiants vis-à-vis du handicap**

---

sont nombreux et multiples. Par conséquent, la prise en charge d'une PESH serait un fardeau à supporter du fait de la nécessité d'un nursing et la non disponibilité de moyens spécifiques pour permettre une prise en charge adéquate. Une autre explication pourrait être en rapport avec l'anxiété et malaise des étudiantes quand elles seront confrontées à la situation de s'occuper d'un patient souffrant d'un handicap. Les différents exemples donnés au module ont donné probablement à ces apprenties une autre représentation du handicap qui diffère de celle qu'elles avaient. Leur demander de prendre en charge ces personnes et réduire leurs déficiences et incapacités avec les moyens offerts serait une mission qui leur semble impossible.

Après cette modeste expérience et nos résultats obtenus, il est probable que l'enseignement théorique du handicap ne soit pas la meilleure façon pour promouvoir des attitudes et comportements à l'égard des PESH et que cet enseignement doit être reporté après l'obtention du doctorat en médecine ou proposer d'autres méthodes pédagogiques. En effet, les étudiants de 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> années ont un seul souci, ils doivent réussir aux examens cliniques, ces derniers exigent un raisonnement clinique pour avoir un diagnostic et enfin proposer un traitement adéquat, ils sont toujours orientés selon ce schéma. Nous signalons que l'enseignement du handicap est un nouveau concept que l'étudiant doit intégrer lors de ce même raisonnement clinique pour évaluer les déficiences et incapacités, autrement dit évaluer les conséquences de la maladie et tout ce que lui rapporte. À ce stade, il est possible que ces étudiants se trouvent lors de ce module, contraints à un enseignement différent de leurs objectifs.

### **3. Satisfaction des étudiants sur l'enseignement du handicap**

L'étude de l'évaluation de la satisfaction des étudiants sur le module était satisfaisante. Plus de la moitié des étudiants ont exprimé la mention « plutôt d'accord » sur le contenu des thèmes en handicap mental-psychique, neurosensoriel et physique. Pour le handicap en pédiatrie, la moitié des étudiants ont exprimé la mention « tout à fait d'accord » sur le contenu de ce thème. Presque la moitié des étudiants ont exprimé la mention « plutôt d'accord » sur le temps, l'organisation, l'animation et les attentions.

L'étude des appréciations des étudiants à la fin du module a fait sortir plusieurs messages, nous les avons scindés en 5 rubriques :

#### **Définition sociétale du handicap :**

- ❖ On ne parle plus de handicap mais de participation
- ❖ L'intégration de ces PESH dans la vie socioculturelle et environnementale
- ❖ Rôle de la société civile
- ❖ Valoriser comme étant un citoyen utile pour la société
- ❖ La prise en charge psycho-sociale et non pas que médico-chirurgicale.

#### **L'amélioration du Savoir être :**

- ❖ Il ne faut pas oublier la santé psychique des parents
- ❖ Le soutien psychique
- ❖ Etre à l'écoute de ces patients
- ❖ Accorder du temps et de l'attention aux PESH
- ❖ L'éducation des parents.

#### **L'amélioration du savoir-faire et l'acquisition de nouvelles connaissances :**

- ❖ La prévention est l'essentiel de la prise en charge
- ❖ Agir sur les comorbidités
- ❖ Faire le bilan des déficiences et agir pour améliorer l'activité et la participation
- ❖ Le rôle primordial du médecin généraliste

## **Expérience de l'enseignement du module « Handicap » à la FMPM et évaluation de l'attitude des étudiants vis-à-vis du handicap**

---

- ❖ Le handicap est un véritable problème de santé publique.
- ❖ La précocité de la prise en charge
- ❖ La prise en charge multidisciplinaire.

### **Changement dans la perception :**

- ❖ Le handicap n'est pas contagieux, l'ignorance oui
- ❖ La PESH est un être humain
- ❖ Le handicap n'est pas synonyme d'incapacité.

**L'intérêt pédagogique de l'audio-visuel (vidéo et films) :** L'usage des informations visuelles renforce l'impact de la vidéo. Cela aide la mémoire à recevoir les nouvelles informations, les identifier, les enregistrer et les rappeler ultérieurement. Nous avons appliqué le principe d'économie cognitive, la mémoire d'images est supérieure à celle des mots écrits.

### **III. Points forts et faibles de l'étude**

Notre travail s'inscrit dans les directives générales de formation des médecins responsables et acteurs de société, il est le premier dans notre faculté qui aborde « le handicap », et qui permet de transmettre une culture-médico sociale de « lutte contre le handicap », visant l'attitude et le comportement envers les PESH dans le sens d'une amélioration. Ceci aurait des répercussions positives sur les conditions d'accès aux soins, aussi retentir sur l'intégration sociale de cette frange de la population par les décisions prises par le corps médical, et donc prévenir ou réduire, au minimum inévitable, les conséquences fonctionnelles, physiques, psychiques, sociales et économiques du handicap.

Par ailleurs, nous signalons, dans cette étude, certaines limites à savoir le nombre faible de l'échantillon. Et le temps opportun de l'évaluation post enseignement, en effet, nous pensons que la perception pourrait être modifiée si l'évaluation avait été faite tardivement après l'intervention pédagogique et surtout après des stages et une longue durée de

## **Expérience de l'enseignement du module « Handicap » à la FMPM et évaluation de l'attitude des étudiants vis-à-vis du handicap**

---

confrontation avec les PESH. Enfin, nous signalons qu'une étude exhaustive du handicap stipule l'étude d'autres facteurs, compte tenu que le handicap est multifactoriel, la perception de ce dernier change avec plusieurs paramètres, le niveau socioculturel, le statut matrimonial, l'expérience personnelle de handicap, familiale ou dans l'entourage extra-familial (amis, collègues de travail, voisins), et l'expérience de prise en charge ou d'occupation d'une personne en situation de handicap. Ces facteurs pourraient déterminer une attitude négative ou positive envers les PESH.



# *Perspectives*



## **Expérience de l'enseignement du module « Handicap » à la FMPM et évaluation de l'attitude des étudiants vis-à-vis du handicap**

---

A la lumière des résultats de notre étude, nous recommandons aux universités marocaines de renforcer les actions pédagogiques menées par les facultés de médecine en général pour changer les attitudes négatives des étudiants en médecine envers les PESH et former des prestataires de soins qui ont une perception et une attitude positive devant toute personne souffrant d'un handicap et qui consulte les structures de soins pour une prise en charge de qualité. Nous recommandons fortement :

➤ **Enseigner le handicap en cours magistral :**

Considérant l'importance de ce type d'enseignement, la réforme médicale a mis en place, en plus de ce module, un autre module dédié à l'appareil locomoteur. Il est constitué de : traumatologie-orthopédie, rhumatologie, et médecine physique et réadaptation fonctionnelle. Ce module sera enseigné aux étudiants de 4<sup>ème</sup> année à partir de l'année universitaire 2018-2019. Il vise à enseigner une prise en charge médico-sociétale prenant en compte le patient dans sa globalité et dans son environnement. Des données de base sur le handicap seront dispensées dont le but est de préparer l'étudiant au module de 6<sup>ème</sup> année.

➤ **Enseignement du handicap par simulation :**

Plusieurs études ont montré l'intérêt de cette nouvelle méthode pédagogique, de ce fait actuellement le handicap est enseigné en simulation dans notre faculté, ce qui va aider à développer une conscience par rapport aux besoins spécifiques en santé des PESH selon leur statut fonctionnel et leurs pathologies causales.

➤ **Introduire des stages cliniques :**

Le handicap est un enjeu social, c'est un champ où se mêle le domaine sanitaire et social. Alors pour donner ce caractère biopsychosocial qui est d'ailleurs la définition actuelle du handicap, nos étudiants du CHU pourraient sortir pour découvrir des terrains constituant un relais de prise en charge des patients. En effet la sensibilisation des étudiants au contact direct

## **Expérience de l'enseignement du module « Handicap » à la FMPM et évaluation de l'attitude des étudiants vis-à-vis du handicap**

---

avec les PESH au cours des stages pratiques serait impactant, comme montrent plusieurs études précédemment citées, l'implication dans la prise en charge, le contact et la confrontation quotidienne avec les PESH sont associés à des attitudes positives. Nous souhaitons introduire des stages cliniques dans le cursus de formation des étudiants en médecine dans les structures de prise en charge des PESH (services de MPR, centres d'appareillage...), pour renforcer l'effet positif de l'intervention pédagogique et améliorer les compétences cliniques dans la prise en charge du handicap.

### ➤ **Développer d'autres outils d'évaluation**

Il nous semble aussi important de développer des outils d'évaluation des attitudes et des comportements. Certes la version arabe classique de l'ATDP possède une excellente cohérence interne et une excellente répétabilité permettant une évaluation de l'attitude vis-à-vis des PESH. Toutefois il est souhaitable de développer des échelles en arabe classique ou en dialecte adaptées selon le contexte marocain évaluant cette perception à l'égard des PESH et reposant sur des bases conceptuelles plus actuelles. Enfin, pour que cette échelle soit utilisée dans tous les pays arabes, d'autres traductions selon le dialecte local seraient nécessaires, la conception du handicap diffère selon les cultures et la géographie.



# *Conclusion*



Notre étude a objectivé d'une part, des attitudes négatives des étudiants de 6<sup>ème</sup> année de médecine envers les PESH, d'autre part l'enseignement du module sur le handicap n'a pas pu changer les attitudes de ces étudiants envers les PESH. Cependant, l'enseignement de ce module dans notre faculté, était une première au Maroc.

Quoique notre étude de satisfaction des étudiants sur le module ait été satisfaisante, l'intervention pédagogique toute seule reste insuffisante pour avoir une image positive envers les PESH, donc il semble nécessaire d'élaborer un programme performant dans les cursus des études médicales, améliorer les méthodes pédagogiques de l'enseignement du « Handicap » et introduire des stages cliniques dans le programme de formation des facultés de médecine.

Enfin, il est important de développer d'autres outils d'évaluation des attitudes envers les PESH, en arabe classique ou en dialecte, adaptés selon le contexte marocain et reposant sur des bases conceptuelles plus actuelles.



# *Annexes*



## ANNEXE-A-

### Echelle ATDP forme O: Version originale en anglais

Attitudes Toward Disabled Persons (ATDP) adapted from the Attitudes Toward Disabled Persons (ATDP) Scale, Form O, by Yuker, Block & Young, 1970

Mark each statement in the left margin according to how much you agree or disagree with it.

Please mark every one. Use the following numbers to indicate how you feel in each case:

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

+2 = I agree pretty much -2 = I disagree pretty much +1 = I agree a little -3 = I disagree very much

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

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

\_\_\_\_\_ 3. People with disabilities are usually easier to get along with another people.

\_\_\_\_\_ 4. Most people with disabilities feel sorry for themselves.

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

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

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

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

\_\_\_\_\_ 9. Most people with disabilities worry a great deal.

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

**Expérience de l'enseignement du module « Handicap » à la FMPM et évaluation de l'attitude des étudiants vis-à-vis du handicap**

---

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

----- 12. People with severe disabilities are no harder to get along with than those with minor disabilities.

----- 13. It is almost impossible for a person with a disability to lead a normal life.

----- 14. You should not expect too much from people with disabilities.

----- 15. People with disabilities tend to keep to themselves much of the time.

----- 16. People with disabilities are more easily upset than people without disabilities.

----- 17. People with disabilities cannot have a normal social life.

----- 18. Most people with disabilities feel that they are not as good as other people.

----- 19. You have to be careful what you say when you are with people with disabilities.

----- 20. People with disabilities are often grouchy.

**ANNEXE-B-**

**Questionnaire de satisfaction sur l'enseignement**

<b>Questions</b>	<b>Pas du tout d'accord</b>	<b>Peu en accord</b>	<b>Plutôt d'accord</b>	<b>Tout à fait d'accord</b>
1 : les contenus présentés étaient clairs				
Handicap psychique et mental				
Handicap physique				
Handicap en Pédiatrie				
Handicap neurosensoriel				
2 : Temps alloué aux différents points était adéquat				
3 : l'animation a favorisé ma participation active				
4 : l'organisation logistique et matérielle était adéquate				
5 : dans l'ensemble l'activité a répondu à mes attentes				
6 : Dans cette activité j'ai particulièrement apprécié..... ..... .....				
7 Le principal message que je retiens c'est ..... ..... .....				
8 : Autres commentaires..... ..... .....				

## ANNEXE-C-

### Enseignement du séminaire « Le handicap »



Pour le Doyen et par Ordre  
 Vice Doyen  
 Aux Affaires Académiques  
 Pr. EL FEZZAZI Redouane

كلية الطب  
 والصيدلة - مراكش  
 FACULTÉ DE MÉDECINE  
 ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

### 9<sup>ème</sup> séminaire de Médecine de Famille « 6<sup>ème</sup> année » L'Handicap - Juin 2017

JOURS/ HORAIRES	09-11H		11-13H	
<b>LUNDI</b> <b>05 Juin 2017</b>	<b><u>Salle 5 : G2</u></b> 09-10H : HNS (ORL Pr Raji) 10-11H:HNS (Opht Pr Hajji)	<b><u>Salle 6: G1</u></b> 09-10H : HNS (Opht Pr Hajji) 10-11H : HNS (ORL Pr Raji)	<b><u>Salle 5 : G8</u></b> 11-12H : HEP (PM Pr Rada) 12-13H : HEP (PC Pr Mohtadi)	<b><u>Salle 6: G7</u></b> 11-12H : HEP (PC Pr Mohtadi) 12-13H : HEP (PM Pr Rada)
	<b><u>Salle 7 G4 :</u></b> 09-11H HP (Pr A Abdelfettah)	<b><u>Salle 8 : G3</u></b> 09-11H HP (Pr A Abdelfettah)	<b><u>Salle 7 : G6</u></b> 11-12H : HNS (ORL Pr Rochdi) 12-13H : HNS (Opht Pr Kriet)	<b><u>Salle 8: G5</u></b> 11-12H :HNS (Opht Pr Kriet) 12-13H : HNS (ORL Pr Derouassi)
<b>Mardi</b> <b>06 Juin 2017</b>	<b><u>Salle 5 : G8</u></b> 09-10H : HNS (ORL Pr Aderdour ) 10-11H : HNS (Opht Pr A Mouzarie)	<b><u>Salle 6: G7</u></b> 09-10H : HNS (Opht Pr A Mouzarie) 10- 11H : HNS (ORL Pr Aderdour)	<b><u>Salle 5 : G4</u></b> 11-12H : HNS (ORL Pr Nouri) 12-13H : HNS (Opht Pr A Mouzarie)	<b><u>Salle 6: G3</u></b> 11-12H : HNS (Opht Pr A Mouzarie) 12-13H HNS (ORL Pr Derouassi)
	<b><u>Salle 7 : G6</u></b> 09-11H HP Pr A Arabi	<b><u>Salle 8: G5</u></b> 09-11H HP Pr Louhab	<b><u>Salle 7 : G2</u></b> 11-12H : HPsy (Pr Asri) 12-13H : HM (Pr Kissani)	<b><u>Salle 8: G1</u></b> 11-12H HM (Pr Kissani) 12-13H: HPsy (Pr Asri)
<b>Mercredi</b> <b>07 Juin 2017</b>	<b><u>Salle 5 : G2</u></b> 09-11H HP Pr A Arabi	<b><u>Salle 6 G1</u></b> 09-11H HP Pr Margad	<b><u>Salle 5 : G6</u></b> 11-12H HEP (PM Pr Bourrouss) 12-13H : HEP (PC Pr Salama)	<b><u>Salle 6: G5</u></b> 11-12H : HEP (PC Pr Salama) 12-13H :HEP (PM PM Pr Bourrouss)
	<b><u>Salle 7 G8:</u></b> 09-10H : HPsy (Pr Benali) 10-11H : HM (Pr Chraa)	<b><u>Salle 8 : G7</u></b> 09-10H : HM (Pr Chraa) 10-11H : HPsy (Pr Benali)	<b><u>Salle 7 : G4</u></b> 11-12H : HM (N Pr Adali) 12-13H : HPsy (Pr Manoudi)	<b><u>Salle 8 : G3</u></b> 11-12H : HPsy (Pr Manoudi) 12-13H : HM (Pr N Adali)
<b>Jeudi</b> <b>08 Juin 2017</b>	<b><u>Salle 5 : G6</u></b> 09-10H HM (Pr Chraa) 10-11H: HPsy (Pr Benali)	<b><u>Salle 6: G5</u></b> 09-10H HPsy Pr Benali) 10-11H: HM (Pr Chraa)	<b><u>Salle 5 : G2</u></b> 11-12H : HEP (PM Pr Rada) 12-13H : HEP (PC Pr Salama)	<b><u>Salle 6: G1</u></b> 11-12H : HEP (PC Pr Salama) 12-13H : HEP (PM PM Pr Rada)
	<b><u>Salle 7 G4 :</u></b> 09-10H HEP (PM Pr Bourrouss) 10-11H : HEP (PC Pr Mohtadi)	<b><u>Salle 8 : G3</u></b> 09-10H HEP (PC PC Pr Mohtadi) 10-11H HEP (PM PM Pr Bourrouss)	<b><u>Salle 7 : G8</u></b> 11-13H HP Pr A Abdelefettah- Pr A Arabi	<b><u>Salle 8: G7</u></b> 11-13H HP Pr Benhima

**ANNEXE-D-**

**ATDP : version traduite en arabe classique**

ضع علامة على هامش كل تصريح حسب درجة اتفاقك أو عدم اتفاقك مع التصريح	اتفق كثيرا	اتفق	لا اتفق نسبيا	اتفق لا	لا اتفق على الإطلاق
1 على والدي الأشخاص المعاقين أن يكونا أقل صرامة من باقي الوالدين					
2 يتساوى الأشخاص ذوي الإعاقات الجسدية في الذكاء مع باقي الأشخاص السالمين					
3 عادة ما يكون التفاهم مع الأشخاص المعاقين أكثر سهولة مع باقي الأشخاص					
4 اغلب الأشخاص المعاقين يأسفون على أنفسهم					
5 في غالب الأحيان يكون الأشخاص المعاقون كباقي أي شخص آخر					
6 لا يجب أن يكون هناك أي مدارس مختصة بالأطفال المعاقين					
7 من الأفضل أن يعيش و يعمل الأشخاص المعاقون في مجتمعات خاصة					
8 يبقى الاختيار للحكومات في الاعتناء بالأشخاص المعاقين					
9 اغلب الأشخاص المعاقين يقلقون بشكل كبير					
10 لا يجب أن نتوقع من الأشخاص المعاقين أن يلبوا نفس معايير الأشخاص السالمين					
11 يكون الأشخاص المعاقون سعداء بنفس الدرجة مع الأشخاص السالمين					
12 لا يكون الانسجام مع ذوي الإعاقات الشديدة أكثر صعوبة من ذوي الإعاقات الخفيفة					
13 من شبه المستحيل أن يمارس الشخص المعاق حياة عادية					
14 لا يجب أن نتوقع الشيء الكثير من الشخص المعاق					
15 يميل الأشخاص المعاقون إلى العزلة و الانطواء في غالب الأوقات					
16 يكون الأشخاص المعاقون أكثر عرضة إلى الانفعال من الأشخاص السالمين					
17 لا يمكن أن يحظى الشخص المعاق بحياة اجتماعية عادية					
18 لذى اغلب الأشخاص المعاقين إحساس بالنقص أمام الأشخاص الآخرين					
19 يجب أن تحتاط في كلامك عندما تكون مع الأشخاص المعاقين					
20 في غالب الأحيان الأشخاص المعاقين سيؤوا المزاج					



# *Résumé*



## Résumé

Les attitudes des professionnels de la santé envers les personnes en situation de handicap (PESH) conditionnent leur prise en charge, en effet notre faculté a pris l'initiative d'introduire un enseignement du handicap, dans le but d'améliorer ces attitudes chez les étudiants en médecine. Notre travail avait pour objectif de présenter notre enseignement de ce module et d'évaluer les attitudes des étudiants envers les PESH avant et après l'enseignement.

Il s'agit d'une étude descriptive transversale à visée interventionnelle, sur les étudiants en médecine de la 6<sup>ème</sup> année de la faculté de médecine et de Pharmacie de Marrakech pendant l'année universitaire 2016/ 2017. L'évaluation des attitudes envers les PESH avant et après de l'enseignement a été réalisée à l'aide d'une échelle ATDP (Attitude towards disabled persons) après l'avoir traduite de l'anglais à l'arabe classique selon la méthode traduction-rétrotraduction et ensuite vérifier sa validation.

240 étudiants ont bénéficié de cet enseignement qui s'est déroulé sous forme de travaux dirigés et qui comprenait 4 sous thèmes ; le handicap neurosensoriel (handicap visuel et handicap auditif), le handicap mental et psychique, le handicap physique et le handicap en pédiatrie. L'évaluation de la satisfaction s'est portée sur 200 étudiants. Plus que la moitié des étudiants ont exprimé la notion « plutôt d'accord » sur les quatre thèmes évalués. En ce qui concerne l'évaluation des attitudes vis-à-vis du handicap, 112 sujets ont été évalués dont 32 étudiants (28,5%) et 80 étudiantes (71,5%). Il n'y avait pas de différence significative du score ATDP entre avant et après chez les hommes avant 72 [66,75-81,5] vs 72 [66-81,5] après,  $p$  à 0,32. Chez les femmes, il y avait une diminution du score ATDP 74 [67,5-83,25] vs 70 [65-80,25],  $p$  à 0,03. Aucune différence significative n'a été retrouvée en fonction du sexe, et il n'y avait pas de corrélation entre l'âge des participants et le score ATDP avant et après l'enseignement du module.

## **Expérience de l'enseignement du module « Handicap » à la FMPM et évaluation de l'attitude des étudiants vis-à-vis du handicap**

---

Quoique l'enseignement du module du handicap n'ait pas pu modifier les attitudes des étudiants en médecine envers les PESH, ce module de handicap dans notre faculté était une première expérience au Maroc. L'intervention pédagogique toute seule resterait insuffisante pour avoir une image positive vis-à-vis des PESH, il nous semble nécessaire d'élaborer et introduire un programme performant dans les cursus des études médicales et paramédicales pour mieux changer les attitudes négatives.

## Abstract

The attitudes of healthcare professionals towards people with disabilities condition their management, in fact our faculty took the initiative to introduce a teaching of disability, in order to ameliorate these attitudes among medical students. The objective of our work was to present our teaching module "Handicap" and assess the attitudes of students before and after the theoretical teaching of the module on "Disability".

This is an interventional cross-sectional study, which targeted 6th year medical students of the Faculty of Medicine of Marrakech, in 2016/2017. The assessment of attitudes towards the people with disabilities was carried out using the ATDP scale (Attitude towards disabled persons). We have translated this scale from English into classical Arabic then validate it.

240 students benefited from this teaching, which included 4 subthemes: neurosensory disability (visual disability and hearing disability), mental and psychic disability, physical disability and disability in pediatrician. The satisfaction assessment was carried out on 200 students. More than half of the students expressed the notion of "somewhat agree" on the four themes evaluated. Concerning the assessment of attitudes towards the people with disabilities, 112 subjects were evaluated including 32 boys (28.5%) and 80 girls (71.5%). There was no significant difference between before and after ATDP score in boys (before 72 [66.75–81.5] vs after 72 [66, 81.5],  $p$  at 0.32). In girls, there was a decrease in the ATDP score (74 [67.5–83.25] vs 70 [65–80.25],  $p$  at 0.03). No significant difference was found by sex and no correlation between the age of the participant and the score ATDP before an after the module teaching.

Although our teaching of the module on disability to medical students did not changed their attitudes towards disability, this module of disability in our faculty was a first experience in Morocco. However, the pedagogical intervention alone is insufficient to have a positive image of people with disabilities among students, so it seems necessary to develop and introduce a successful program in the curricula of medical and paramedical studies to better change these negative attitudes.

## ملخص

إن مواقف المهنيين الصحيين نحو الأشخاص في حالة إعاقة تفيد اعتنائهم بهؤلاء الأشخاص، ومن هذا المنطلق أخذت كليتنا المبادرة لتدريس الإعاقة لطلاب الطب؛ الذين سيكونون في المستقبل أمام رعاية هؤلاء الأشخاص؛ وذلك بهدف تحسين مواقفهم اتجاههم. يهدف عملنا إلى عرض تدريسنا للإعاقة، وتقييم مواقف الطلاب اتجاه الأشخاص في حالة إعاقة قبل وبعد التدريس.

دراستنا دراسة وصفية مستعرضة تستهدف طلاب الطب في السنة السادسة بكلية الطب والصيدلة بمراكش خلال العام الدراسي 2016\2017، لتقييم مواقفهم اتجاه الأشخاص في حالة إعاقة، قبل و بعد التدريس. اعتمدنا على استبيان ATDP بعدما قمنا بترجمته من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية، والتحقق من صحته بعد ذلك.

240 طالبا استفادوا من تدريس هذه المادة حول الإعاقة والتي شملت أربعة مواضيع فرعية وهي: الإعاقة العقلية النفسية، الإعاقة العصبية الحسية، الإعاقة الجسدية والإعاقة عند الأطفال. 200 طالبا شملهم تقييم مدى رضاهم عن تدريس الإعاقة، حيث عبر أكثر من النصف عن توافقه عن إلى حد ما عن المواضيع الأربعة المقيمة. أما تقييم مواقف الطلاب اتجاه الأشخاص في حالة إعاقة فقد ضم 112 طالبا؛ 71.4% كانوا من الإناث و 28.5% من الذكور. لم يكن هناك فرق واضح لدرجة استبيان ATDP قبل و بعد التدريس، حيث كان متوسط درجته عند الذكور قبل هو [66.75-81.5] و بعد هو [66, 81.5]، 72، في حين عند الإناث كان [67.5-83.25] 74 قبل و [65-80.25] 70 بعد. لم يكن لدينا فرق واضح حسب الجنس و لم تكن هناك علاقة بين عمر المشاركين و معدل ATDP قبل و بعد التدريس.

رغم أن تدريس مادة حول الإعاقة لطلاب الطب لم تغير مواقفهم نحو الإعاقة إلا أن هذا التدريس في كليتنا يعد الأول من نوعه في المغرب. ولا يزال التدريس وحده غير كافي لإعطاء صورة ايجابية عن الأشخاص في حالة إعاقة. يبدو من الضروري إذن، تطوير و إدخال برنامج قوي في مناهج الدراسات الطبية لتغيير اكبر لهاته المواقف السلبية تجاه الأشخاص في حالة إعاقة.



# *Bibliographie*



1. **Code de l'action sociale et des familles.**  
*Chapitre IV, article L. 114. Loi no 2005-102 du 11 février 2005.*
2. **Secrétariat d'Etat chargé de la Famille, de l'enfance et des personnes handicapés**  
*Enquête nationale sur le handicap-Maroc. <http://www.social.gov.ma/fr/personnes-en-situation-de-handicap>*
3. **Royaume du Maroc. Ministère de la Santé**  
*Plan d'Action National Santé et Handicap 2015-2021.*  
*[www.sante.gov.ma/Documents/2015/Plan%20d%E2%80%99action%20mondial%20relatif%20au%20handicap%202014-2021%20\(OMS\).pdf](http://www.sante.gov.ma/Documents/2015/Plan%20d%E2%80%99action%20mondial%20relatif%20au%20handicap%202014-2021%20(OMS).pdf)*
4. **Maertens F, Bowen F.**  
*Attitudes et changement des attitudes du personnel enseignant envers l'intégration des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage. Rev can psycho-réadapt 1996; 25(1):41-59*
5. **Gething L.**  
*Attitudes toward people with disabilities of physiotherapists and members of the general population. Aust Physiother 1993; 39:291-6*
6. **Satchidanand N, et al.**  
*Attitudes of health care students and professionals Toward patients with physical disability: a systematic review. Am J Phys Med Rehabil 2012; 91(6): 533-545*
7. **Thornicroft G, Rose D, Kassam A.**  
*Discrimination in health care against people with mental illness. International Review of Psychiatry (Abingdon, England), 2007, 19:113-122*
8. **Yamuchi T.**  
*Perception of studies in terms of attitude change toward people with disabilities: Focusing on the effectiveness about contact with disabled people. Kyusyu Daigaku Kiyou 1992; 24, 63-84*
9. **Martin HL, Rowell MM, Reid SM, Marks MK, Reddihough DS.**  
*Cerebral palsy: What do students know and believe? J Pediatric Child Health 2005; 41(1-2): 43-47*
10. **La réforme des études médicales, pharmaceutiques et odontologiques.**  
*[http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/pedag\\_eva/reforme/projet\\_refo\\_rme.pdf](http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/pedag_eva/reforme/projet_refo_rme.pdf)*

**11. . La reforme des études médicales au Maroc.**

[http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/pedag\\_eva/reforme/reforme\\_pr\\_bouskraoui.pdf](http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/pedag_eva/reforme/reforme_pr_bouskraoui.pdf)

**12. Yaker HE, Block JR, William J, Campbel I.**

*A scale to measure attitudes toward disabled persons. Human Resources Foundation, Division of Abilities, 1960*

**13. Yaker HE, Block JR.**

*Research with the Attitude toward Disabled Persons scales (ATDP) 1960–1985. Hofstra University. 1986*

**14. Richard I, Compain V, Mouillie JM, Adès F, Garnier F, Dubas F, Saint-André JP.**

*Évaluation de l'attitude vis-à-vis des personnes handicapées des étudiants en médecine de 3e et 4e année par le questionnaire « Attitude towards disabled persons ». Effets de l'enseignement théorique et de stages dans les services de médecine physique et réadaptation. Annales de réadaptation et de médecine physique 2005; 48: 662-667*

**15. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D.**

*Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol 1993; 46: 1417-32*

**16. Aaronson N, et al.**

*Translation, validation, and norming of the Dutch language version of the SF-36 Health Survey in community and chronic disease populations. J Clin Epidemiol 1999; 11:1055-68*

**17. Perneger TV, Lepage A, Etter JF, Rougemont A.**

*Validation of a French language version of the MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) in young healthy adults. J Clin Epidemiol 1995; 48:1051-60*

**18. Amarenco G, Bayle B, Lagauche D, Lapeyre E, Sheikh Ismael S.**

*Construction et validation des échelles de qualité de vie. Ann Readaptation Med Phys 2000; 43:263-9*

**19. Symonds TL, et al.**

*Absence resulting from low back trouble can be reduced by psychosocial intervention at the workplace. Spine 1995; 20: 2738-45*

**20. Cronbach LJ.**

*Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika 1951; 16:297-334*

21. **Fermanian J.**  
*Mesure de l'accord entre deux juges : cas quantitatif. Rev Epidemiol Sante Publique 1984; 32:408-13*
22. **Etymology Dictionary Handicap.**  
*2010 Douglas Harper. Online Etymology Dictionary. From Dictionary.com website: <http://dictionary.reference.com/browse/handicap>, Online*
23. **Oxford English Dictionary (JAH Murray, JA Simpson, ESC Weiner, eds), second edition. Oxford: Clarendon Press; 1989**
24. **Borsay A.**  
*Disability and social policy in Britain since 1750: a history of exclusion. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005*
25. **Fardeau M.**  
*Personnes handicapées : une analyse comparative et prospective du système français de prise en charge des personnes handicapées. Paris : la Documentation française, 2001, 126 p.*
26. **Charbol B, Halbert C, Mlih M, Manciri J.**  
*Handicap : définition et classification. Archive de pédiatrie 2009 ; 16: 912-914*
27. **Michelet J.**  
*Histoire de France. Vol. 3. C. Marpon et E. Flammarion, 1879*
28. **OMS : Genève ; 2001.**  
*Classification internationale du handicap*
29. **Hamonet C, Magalhaes T.**  
*La notion de handicap. Ann Readapt Med Phys. 2003;46:521-4*
30. **OMS: Genève; 2001.**  
*CIF Classification international du fonctionnement, du handicap et de la santé*
31. **Sqalli Houssaini F, Acharki M.**  
*Islam et les personnes en situation de handicap. Journal de réadaptation médicale 2008; 28: 148-152*
32. **Le Coran.**  
*Essai de traduction de Jaques Berque. Paris : Albin Michel, 1995*

**33. Le Coran.**

*Sourate Al Aaraf, verset 179*

**34. Le Coran.**

*Sourate le Pèlerinage, verset 46*

**35. Haimami R.**

*Attitudes des prestataires de soin envers les personnes en situation de handicap dans la ville d'Oujda. Thèse de Médecine. 2015. Faculté de médecine et de Pharmacie de Fès.*

<http://www.chu-fes.ma/uploads/publications/Theses/2015/027-15.pdf>

**36. Peterson RA.**

*Une méta-analyse du coefficient alpha de Cronbach. Journal of consumer Research 1994 ; 4 : 381-391*

**37. Davis FB.**

*Educational measurements and their interpretation, Wadsworth, Belmont, California, 1964*

**38. Nunnaly JC.**

*Psychometritheory. 2eme édition, New- York, McGraw-Hill, 1978*

**39. Fermanian J.**

*Mise au point. Validation des échelles d'évaluation en médecine physique et de réadaptation : comment apprécier correctement leurs qualités psychométriques. Annales de réadaptation et de médecine physique 2005; 48 :281-287*

**40. Kaplan RW, Saccuzzo DP.**

*Psychological Testing: principales, Applications, and Issues. Monterey, CA: Brooks/Cole, 1982*

**41. Murphy KR, Davidshofer CO.**

*Psychological Testing: principles and applications. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1988*

**42. Nunnaly JC.**

*Psychometri theory, 1967. 1ere éd, New- York, McGraw-Hill*

**43. ONDPS observation nationale de la démographie des professions de santé**

*Les effectifs et l'activité des professionnels de santé. Rapport 2014*

**44. Matziou V, Galanis P, Tsoumakas C, Gymnopoulou E, Perdikaris P, Brokalaki H.**

*Attitudes of nurse professionals and nursing students towards children with disabilities. Do nurses really overcome children's physical and mental handicaps? Int Nurs Rev 2009; 56:456-460*

45. Tervo RC, Azuma S, Palmer G, Redinius P.  
*Medical students attitudes toward persons with disability. A comparative study. Arch phys med rehab 2002; 83:1537-42*
46. Duckworth S.  
*The effect of medical education on the attitudes of medical students towards disabled people. Med educ 1988; 22:501-5*
47. Paris MJ.  
*Attitudes of medical students and health care professionals toward people with disabilities. Arch Phys Med Rehabil 1993; 74:818-24*
48. Bohlander DS.  
*Attitude toward disabled persons: a comparison of schoolteachers and physical therapists. Phys Occup Ther Pediatr 1985; 5: 43-50*
49. Cooper AE, Roose J, Mason O.  
*Mental Health professional's attitudes toward people who are deaf community. Appl Soc psycho 2003; 13:314-9*
50. Brown T, Mu K, Peyton CG, Rodger S, Stagniti K, Jakie EH.  
*Occupational therapy students attitudes toward individuals with disabilities: a comparison between Australia, Taiwan, the United Kingdom, and the United States. Res Dev Disabil 2009; 30:1541-55*
51. Messmer PR.  
*Nursing student's attitudes toward physically disabled college students. in Waltz CF, Strickland OL (eds): Measurement of Nursing Out comes. New York. Springer, 1990.*
52. Eberhardt K, Mayberry W.  
*Factors influencing entry-level occupational therapist attitudes toward persons with disabilities. Am J Occup Ther 1995; 49:629-36*
53. Chadd EH, Pangilinan PH.  
Disability attitudes in healthcare: a new scale instrument. Am J Phys Med Rehabil 2011; 90:47-54
54. Sheehan P, Boisvert J, Pépin M, Fougeyrollas P.  
Les attitudes envers les personnes ayant une incapacité physique. Rev int psychol soc 1995;2: 23-38

**55. Lindgren C.**

Effect of an educational intervention on student's attitudes towards the disabled. Nurse Educ 1993; 32:121-6

**56. Mitchell KR, Hayes M, Gordon J, Wallis B.**

An investigation of the attitudes of medical students to physically disabled people. Med Educ 1984; 18:21-3

**57. Seccombe JA et al.**

Attitude towards disability in an undergraduate nursing curriculum: the effects of a curriculum change. Nurse Education Today 2007; 27, 445-451

**58. Potts M, Kattz B, Brandt K.**

Sex differences in medical student and house staff attitudes towards the handicapped. Rehabil counseling bull 1986; 41:156-9.

# قسم الطب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف  
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض  
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.  
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،  
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.  
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة  
الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي، نقيّة مما يُشِينها تجاه  
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

أطروحة رقم 070

سنة 2019

# تدريس الإعاقة بكلية الطب و الصيدلة بمراكش و تقييم موقف الطلاب اتجاه الإعاقة

## الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2019/04/16

من طرف

السيدة هاجر عربي

المزودة في 08 غشت 1993 ببني ملال

## لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

### الكلمات الأساسية:

تدريس - الإعاقة - الطلاب - المواقف - أتدب

## اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

السيد

السيد

السيدة

السيد

م. أمين

أستاذ في علم الأوبئة السريري

ح. سعدي

أستاذ في جراحة العظام و المفاصل

إ. البوشتي

أستاذة في أمراض المفاصل

م. أيبنهيمه

أستاذ مبرز في جراحة العظام و المفاصل