

UNIVERSITE MOHAMMED V- RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
-RABAT-

ANNEE 2017

THESE N°:158

LE RÔLE PSYCHO-SOCIAL DU MÉDECIN DANS LES HÔPITAUX PUBLICS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mr. Mohammed MAJDI

Né le 21 Mars 1990 à Laghoualem

Pour l'Obtention du doctorat en médecine

MOTS CLES: Education thérapeutique - précarité sociale- Insuffisance rénale
chronique terminale – enfant – relation médecin patient –
communication thérapeutique.

JURY

Mr. M. ADNAOUI

Professeur de Médecine Interne

Mr. H. AIT OUAMAR

Professeur de Néphro-Pédiatrie.

M. S. BENJELLOUN DAKHAMA BADR

Professeur de Pédiatrie.

M. A. THIMOU IZGUA

Professeur de Pédiatrie.

M. S. EL HAMZAOU

Professeur de Microbiologie.

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

إنك أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية 31



بِسْمِ اللَّهِ
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS
ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <u>Clinique Royale</u>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSALD Younes	Pathologie Chirurgicale
--------------------	-------------------------

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. CHAHED OUZZANI Houria	Gastro-Entérologie
Pr. LACHKAR Hassan	Médecine Interne
Pr. YAHYAOUI Mohamed	Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib	Chirurgie Pédiatrique
--------------------------------	-----------------------

Pr. DAFIRI Rachida
Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim

Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Radiologie

Médecine Interne – *Doyen de la FMPR*
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – *Doyen de la FMPO*

Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – *Dir. du Centre National PV*
Chimie thérapeutique
V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie



Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid

Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbas
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Doyen de la FMPA

Gynécologie Obstétrique
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- Directeur CHIS
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie - Orthopédie
Gynécologie - Obstétrique
Dermatologie



Urologie
Chirurgie - Pédiatrique
Neurologie
Pédiatrie
Gynécologie - Obstétrique
Traumatologie - Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - Directeur HMI Med V

Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charqi*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique



Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*

Gastro-Entérologie
Neurologie – *Doyen de la FMP Abulcassis*
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie
Cardiologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-ptisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale

Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*

Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek

Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie-

Dir. Hop. Av. Marr.

Anesthésie-Réanimation **Inspecteur du SSM**

Anesthésie-Réanimation

Médecine Interne

Neurologie

Gastro-Entérologie

Chirurgie Générale

Cardiologie

Anesthésie-Réanimation

Pédiatrie **Directeur Hop. Chekikh Zaied**

Urologie

Rhumatologie

Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Anatomie Pathologique

Pédiatrie

Neurologie

ORL

Anesthésie-Réanimation

Neurologie

Néphrologie

Pneumo-phtisiologie

Gastro-Entérologie

Cardiologie

Pédiatrie

Rhumatologie

Anatomie

Radiologie

Radiologie

Chirurgie Générale

Radiologie

Anesthésie-Réanimation

Neuro-Chirurgie

Chirurgie-Pédiatrique

Chirurgie Générale

Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**

Neuro-Chirurgie

Chirurgie Générale



Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. IKEN Ali
Pr. JAAFAR Abdeloihab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. LAGHMARI Mina
Pr. MABROUK Hfid*
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RACHID Khalid *
Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique
Oto-Rhino-Laryngologie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale



Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Cardiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique



Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie



Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZINE Nourdine

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie

Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. AGDR Aomar*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik

Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologique
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie



Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

Médecine interne
 Pédiatre
 Chirurgie Générale
 Neurologie
 Neuro-chirurgie
 Radiologie

Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. L'KASSIMI Hachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

Rhumatologie
 Neuro-chirurgie
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie orthopédique
 Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Microbiologie ***Directeur Hôpital My Ismail***
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie



PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram

Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie
 Gastro entérologie

Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anatomie pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie
Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie



Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
Pr. BENSGHIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie
Médecine Nucléaire

Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JOUDI Rachid*
Pr. EL KABABRI Maria
Pr. EL KHANNOUSSI Basma
Pr. EL KHLOUFI Samir
Pr. EL KORAICHI Alae
Pr. EN-NOUALI Hassane*
Pr. ERRGUIG Laila
Pr. FIKRI Meryim
Pr. GHFIR Imade
Pr. IMANE Zineb
Pr. IRAQI Hind
Pr. KABBAJ Hakima
Pr. KADIRI Mohamed*
Pr. LATIB Rachida
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
Pr. MEDDAH Bouchra
Pr. MELHAOUI Adyl
Pr. MRABTI Hind
Pr. NEJJARI Rachid
Pr. OUBEJJA Houda
Pr. OUKABLI Mohamed*
Pr. RAHALI Younes
Pr. RATBI Ilham
Pr. RAHMANI Mounia
Pr. REDA Karim*
Pr. REGRAGUI Wafa
Pr. RKAIN Hanan
Pr. ROSTOM Samira
Pr. ROUAS Lamiaa
Pr. ROUIBAA Fedoua*
Pr. SALIHOUN Mouna
Pr. SAYAH Rochde
Pr. SEDDIK Hassan*
Pr. ZERHOUNI Hicham
Pr. ZINE Ali*

Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie
Anatomie Pathologie
Anatomie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Physiologie
Radiologie
Médecine Nucléaire
Pédiatrie
Endocrinologie et maladies métaboliques
Microbiologie
Psychiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Pharmacologie
Neuro-chirurgie
Oncologie Médicale
Pharmacognosie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique
Pharmacie Galénique
Génétique
Neurologie
Ophtalmologie
Neurologie
Physiologie
Rhumatologie
Anatomie Pathologique
Gastro-Entérologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Gastro-Entérologie
Chirurgie Pédiatrique
Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
Pr. GHOUNDALE Omar*
Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Urologie
Médecine Interne

****Enseignants Militaires***

MARS 2014

ACHIR ABDELLAH
BENCHAKROUN MOHAMMED
BOUCHIKH MOHAMMED
EL KABBAJ DRISS
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA
HARDIZI HOUYAM
HASSANI AMALE
HERRAK LAILA
JANANE ABDELLA TIF
JEAIDI ANASS
KOUACH JAOUAD
LEMNOUER ABDELHAY
MAKRAM SANAA
OULAHYANE RACHID
RHISSASSI MOHAMED JMFAR
SABRY MOHAMED
SEKKACH YOUSSEF
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

***Enseignants Militaires**

DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'
AIT BOUGHIMA FADILA
BEKKALI HICHAM
BENAZZOU SALMA
BOUABDELLAH MOUNYA
BOUCHRIK MOURAD
DERRAJI SOUFIANE
DOBLALI TAOUFIK
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM
EL MARJANY MOHAMMED
FEJJAL NAWFAL
JAHIDI MOHAMED
LAKHAL ZOUHAIR
OUDGHIRI NEZHA
Rami Mohamed
SABIR MARIA
SBAI IDRISSE KARIM

***Enseignants Militaires**

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologie
Génécologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Génécologie-Obstétrique



Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

AOUT 2015

Meziane meryem
Tahri latifa

Dermatologie
Rhumatologie

JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE
EL ASRI FOUAD
ERRAMI NOUREDDINE
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L



Chef de Service des Ressources
Humaines
Abdelilah KHALIL

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naïma	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootecnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*Mise à jour le 14/12/2016 par le
Service des Ressources Humaines*

Dédicaces



✿ Je dédie cette thèse à ... ✍

A toi Feu Papa

Tu étais et tu restes mon exemple dans la vie, certes, tu nous a quittés tôt,
mais tu es toujours présent parmi nous.

Tu m'as appris le sens des principes, du travail, de responsabilité, et de
l'honnêteté.

Aucune dédicace ne saurait exprimer la reconnaissance et le respect que je te
porte.

J'espère être l'Homme et le fils que tu as voulu que je sois.

Ce titre de Docteur en Médecine je le porterai fièrement et je te le dédie tout
particulièrement.

Que ce travail soit une prière pour le repos de ton âme

Que Dieu t'ait en sa Sainte Miséricorde.

A toi chère maman.

Ta prière et tes bénédictions m'ont été d'un grand secours.

Merci pour ton dévouement et tous tes sacrifices, tu as fait plus qu'une mère
pour que nous suivions le bon chemin.

J'espère être l'Homme et le fils que tu as voulu que je sois.

Je te dédie ce travail en gage de ma reconnaissance et mon attachement.

Ce titre de Docteur en Médecine je le porterai fièrement et je te le dédie tout
particulièrement.

Je t'aime Maman,



A ma chère sœur Hanaa et mon cher petit frère Sohaib.

Je vous remercie pour tous les moments passés ensemble, pour votre soutien, et
pour vos encouragements.

Je vous dédie ce travail en gage de mon affection, et mon amour.

Je vous aime.

*A mes grands parents El Haj Benazzouz EL KHALLADI et
El Haja Khadija AGNAOU.*

Merci pour vos précieuses prières et votre tendresse
Vous êtes le symbole d'encouragement et de soutien.

Je vous aime

*A mon oncle maternel Docteur Abderrahim EL KHALLADI,
mon oncle maternel Hamid EL KHALLADI, mon oncle
paternel Mohammed MAJDI.*

Vous avez su me comprendre et me soutenir tout au long de notre connaissance,
je vous remercie pour vos encouragements et vos conseils.

Que ce travail soit le témoignage de mon affection.

Je vous admire tous.



*A mon Professeur Dr. BAHIJ LOUBNA PROFESSEUR
AGREGÉE D'ODF.*

Je vous remercie chaleureusement pour votre spontanéité, votre modestie, vous êtes l'exemple des futurs praticiens : toujours souriante, et toujours à l'écoute. Votre courtoisie et votre compétence ont suscité en moi une grande admiration. Veuillez accepter Madame, le témoignage de ma profonde considération.

A mon amie Imane ARKHIS.

Enseignante et Doctorante en Sciences Sociales

Tu as marqué ma vie chère amie, je te remercie pour tout, je te souhaite une vie pleine de bonheur et de succès. Merci pour tes conseils et tes encouragements, Vivement notre amitié.

A tous mes ami(e)s, en France et au Maroc :

*Les amis d'AL AKHAWAYN, les camarades de la FMPP,
Les collègues de l'Hôpital*

Je vous remercie chacun, merci pour tous les moments passés ensemble. Mes plus grands sentiments de fraternité et d'amitié.

*A tout le personnel paramédical que j'ai croisé durant mon
cursus*

Je vous remercie pour votre dévouement, vous étiez toujours là quand nous avons besoin de vous, merci pour vos explications, pour votre sens d'écoute....grâce à vous j'ai appris à faire mes premières injections, ainsi les premières sutures....

Mes respects les plus distingués.

*A tous les Professeurs qui m'ont enseigné: Primaire, Collège,
Lycée, Faculté de Médecine.*

Je vous remercie pour tous les efforts déployés pour nous éduquer et nous enseigner.

Vous êtes un exemple dans la vie pour nous.

Mes respects les plus distingués.



A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
Mr. ADNAOUI MOHAMED
PROFESSEUR DE MEDECINE INTERNE
DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DE
PHARMACIE DE RABAT

*Nous avons le privilège et l'honneur de vous avoir parmi nous en la
qualité de président du jury.*

*Veillez accepter nos remerciements et notre admiration pour vos
qualités d'enseignant et votre compétence.*



A MON MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE
Mr. AIT OUAMAR HASSAN
PROFESSEUR DE NEPHRO-PEDIATRIE A LA FACULTE
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE RABAT
SERVICE DE P4
HÔPITAL D'ENFANTS RABAT

Plus d'une fois j'ai eu à admirer votre sagesse et simplicité, et ce depuis le premier jour, votre rigueur et compétence constitue pour n'importe quel étudiant en médecine un idéal et source de motivation.

Permettez-moi de vous assurer ma sincère gratitude et haute considération, cela a été pour moi un grand honneur de bénéficier de vos précieuses directives qui m'ont permis de mener à bien ce travail que vous m'avez confié, je ne saurais suffisamment vous remercier.



A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
M. SAKINA EL HAMZAoui
MEDECIN-COLONEL
SPECIALISTE DU VAL DE GRACE. PARIS
PROFESSEUR DE MICRIBIOLOGIE
HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION
MOHAMMED V RABAT

*Nous avons le privilège et l'honneur de vous avoir parmi les
membres de notre jury.*

*Veillez accepter nos remerciements et notre admiration pour vos
qualités d'enseignante et votre compétence.*



A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
M.BENJELLOUN DAKHAMA BADR SOUOUD
PROFESSEUR DE PEDIATRIE
CHEF DE SERVICE DES URGENCES MEDICALES
PEDIATRIQUES
HÖPITAL D'ENFANT RABAT

*C'est pour nous un immense privilège de vous voir accepter de juger
ce travail.*

*Veillez croire chère maître à notre très haute considération
et notre profond respect.*

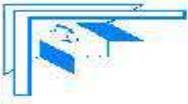


A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
M.AMAL THIMOU IZGUA
PROFESSEUR DE PEDIATRIE
CHEF DU CENTRE DE CONSULTATIONS ET
D'EXPLORATIONS EXTERNES
HÖPITAL D'ENFANT RABAT

*Nous avons le privilège et l'honneur de vous avoir parmi les
membres de notre jury.*

*Veillez accepter chère maître notre admiration pour vos qualités
d'enseignante et votre compétence.*





SOMMAIRE



INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1: MEDECIN-MALADE-MALADIE	3
1- Définitions :	3
2- Définition de l'éducation thérapeutique :	4
3 - La maladie aigue et la maladie chronique :	6
4 – Le médecin et le patient vivant avec une maladie chronique :	8
4-1 Les différents stades L'acceptation de la maladie et de son traitement	8
4-1-1 Lorsque le début de la maladie est très symptomatique,	8
4-1-2 Lorsque le début de la maladie est asymptomatique,	10
4-2- Les déterminants modifiables et non modifiables dans l'éducation thérapeutique	11
5- LE DIAGNOSTIC EDUCATIF	11
5-1- Définition.....	11
5-2- Les 5 dimensions du diagnostic éducatif.....	12
5-3- Eléments et enjeux du diagnostic éducatif	13
6- UNE COMMUNICATION THERAPEUTIQUE :Le vocabulaire médical et les explications au patient	14
6-1-Le rôle des questions posées par le médecin :.....	15
6-2- le rôle de l'écoute, la reformulation et l'empathie	16

7- L'ORGANISATION DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE	17
7-1) Les 3 volets de l'acquisition d'un savoir	17
7-2) Les atouts d'une équipe multiprofessionnelle	18
7-3) Le contexte socioculturel, le contexte psychologique du patient :	18
7-4) Importance de l'approche psychologique	19
7-5) Education et suivi à long terme	19
8- CONCLUSION	20
CHAPITRE2. MEDECIN PRATICIEN ET PRECARITE SOCIALE [16]..	22
1-Définition.	22
2) Conséquences de la précarité sur le comportement et l'état de santé : .	23
3) La mission du médecin ? Qu'en attendent les populations défavorisées ?	25
4)Relation Médecin-Malade et sa particularité:.....	27
5)Le rôle du respect et l'égalité du traitement :	29
5-1) Le Médecin praticien face aux patients du secteur public.....	32
5-2) Cas exceptionnels mais courants.	33
6-Communication et consentement du patient [17]	34
6-1) Le cas de l'information préjudiciable :	36
6-2) Le médecin face aux demandes inappropriées du traitement des patients :	38
6-Quelle est la particularité de la relation Médecin-Société ?	39

CHAPITRE 2 BIS: L'APPORT DE LA RELIGION ET LE PRINCIPE DE L'ENTRAIDE SOCIALE.....	42
CHAPITRE 3 : LES DIFFERENTS INTERVENANTS DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES :	45
CHAPITRE 4 LES ASPECTS PSYCHO SOCIAUX DES MALADIES CHRONIQUES EXEMPLE L'IRCT CHEZ L'ENFANT :.....	52
4-1-1 Histoire médicale.....	54
4-1-2 L'environnement du patient	55
4-1-3 L'atteinte de l'image de soi :.....	56
4-1-4 Vécu des contraintes en fonction de l'âge :	57
4-1-5 L'incertitude face à l'avenir :	58
4-1-6 L'alimentation :	58
4-1-7 Passage à l'âge adulte :.....	60
4-1-8 Suivi après la greffe :.....	60
4-1-9 Aide et limite de la prise en charge psychologique :	60
4-1-10 Prise en charge éducative :	61
CHAPITRE 5 LES ASPECTS PRATIQUES	62
1- L'ENQUETE DU SERVICE DE PEDIATRIE4 HOPITAL D'ENFANT RABAT :	62
1-1- Matériel et méthode:	62
1-2 Résultats:	62

1-3 Apport de l'association marocaine des maladies du rein chez les enfants : al misfate.....	69
RESUMES	73
ANNEXES	77
BIBLIOGRAPHIE	80



INTRODUCTION



Tout médecin dans sa pratique se trouve impliqué dans une relation avec ses patients.

Cette relation est issue d'un colloque singulier dans lequel le médecin utilise des compétences scientifiques (savoir-faire) et des compétences humaines et relationnelles (savoir-être).

Pour le patient, la relation s'engage à partir d'une demande dont il a l'initiative. Parfois les symptômes apportés peuvent être classés dans des catégories de maladies bien identifiables et apprises par le médecin au cours de ses études et ainsi recevoir le traitement approprié. D'autres fois, la demande du patient est du domaine du «symptôme offert au médecin» comme le dit Balint et relève plus d'un mal-être dans un contexte psychosocial plus large.

Peut-on évaluer la qualité de la relation médecin-malade en médecine ? et selon quels critères?

Au cours de mon stage en 6ème année Médecine lors de mon passage du service de P4 CHU AVICENNE RABAT et pour la première fois, j'ai remarqué que les médecins attachent beaucoup d'importance aux conditions psychosociales du patients surtout notre professeur AIT OUMER qui faisait de son mieux pour créer des bonnes conditions de communication ainsi de bonnes conditions de travail.

Ce travail se propose de présenter les différents aspects de la relation médecin patient, son rôle envers sa société, l'expérience du service de P4 et son enquête, les aspects psycho-sociaux des maladies chroniques et comme exemple on a pris l'IRCT chez l'enfant, ainsi le rôle de la société civile, et des associations.

CHAPITRE 1: MEDECIN-MALADE-MALADIE

1- Définitions :

La **santé**: est un état de complet bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Cette définition est inscrite au préambule de 1946 à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette définition de l'OMS n'a pas été modifiée depuis 1946. Elle implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels et du stade de l'embryon (voire des gamètes) à celui de la personne âgée.

Elle se présente donc plutôt comme un objectif, que certains jugeront utopique puisqu'elle classe, selon le pays étudié, de 70 à 99 % des gens comme n'étant pas en bonne santé ou malade. [1]

La **médecine**: (du latin : *medicina*, qui signifie « art de guérir, remède ») est la science et la pratique (l'art) étudiant l'organisation du corps humain (anatomie humaine), son fonctionnement normal (physiologie), et cherchant à préserver la santé (physique et/ou mentale) par le traitement (thérapie) et la prévention (prophylaxie) des pathologies.

La médecine contemporaine utilise les soins de santé, la recherche et les technologies biomédicales pour diagnostiquer et traiter les blessures et les maladies, habituellement à travers la prescription de médicaments, la chirurgie ou d'autres formes de thérapies. Depuis plusieurs décennies, le soulagement de la souffrance s'est également imposé comme un objectif médical à travers des solutions chimiques mais également par la relation médecin-patient. [2]

Le *médecin* : est un professionnel de la santé titulaire d'un diplôme de docteur en médecine. Il soigne les maladies, pathologies et blessures. Il travaille généralement au sein d'une équipe de professionnels de la santé comme le psychologue, le pharmacien, l'infirmière, l'assistante sociale...[3]

Le **bien-être** : est un état lié à différents facteurs considérés de façon séparée ou conjointe : la santé, la réussite sociale ou économique, au plaisir, à la réalisation de soi, à l'harmonie avec soi même et avec les autres.

Le terme de bien-être renvoie à deux principales désignations :

une première est physique : Le bien-être physique est défini par la sensation d'une bonne santé physiologique générale, d'une satisfaction des besoins primordiaux du corps.

une seconde fait référence au bien-être psychologique qui est issu d'une évaluation personnelle et subjective. Laquelle peut provenir de perceptions ou satisfactions diverses, financières, professionnelles, sentimentales mais aussi de l'absence de troubles mentaux.

La notion générale de mal-être est souvent présentée comme définissant la situation opposée.[4]

2- Définition de l'éducation thérapeutique :

Si les progrès des sciences médicales et sociales ainsi que l'accès à l'information ont diminué la propagation des maladies infectieuses et allongé l'espérance de vie des populations, ce n'est pas le cas des personnes qui doivent faire face aux maladies de longue durée. Ces maladies, pour beaucoup de patients, peuvent être soignés mais non guéris, ces personnes sont malades à vie.

Dans le cas de maladies chroniques, le patient doit renoncer à la guérison et parvenir à vivre avec sa maladie comme partie de sa vie. Le patient doit connaître sa maladie, en comprendre les causes et les conséquences et adhérer à un traitement à vie. Une éducation adaptée et permanente, incluant une participation mutuelle du soignant et du patient, aidera ce dernier à retrouver un nouvel équilibre, un «état de santé» satisfaisant malgré la maladie. Désormais, le patient, grâce à l'éducation thérapeutique, est amené à développer un comportement lui permettant de mieux contrôler sa maladie, et ainsi de réduire le risque de survenue des complications, ou du moins de les retarder. [5]

Grâce à l'apport de plusieurs disciplines, la santé publique, les sciences de l'éducation, la sociologie, la psychologie, la communication, les compétences des professionnels de la santé s'élargissent [6]. Compétences qui jusqu'à présent n'appartenaient qu'aux équipes soignantes.

L'éducation thérapeutique, ou **formation thérapeutique**, consiste à exercer un ensemble cohérent d'actions en vue de conférer au patient des compétences précises, lui permettant de participer à la gestion de son traitement et de son suivi. L'objectif est double : prévention des complications à long terme de sa maladie chronique, et préservation de sa qualité de vie.

L'éducation thérapeutique s'adresse à un patient atteint d'une maladie chronique, elle satisfait à des objectifs de prévention secondaire (prévention des complications de la maladie), ou tertiaire (prévention de l'aggravation des complications). Elle se distingue de **l'éducation sanitaire** d'une population non malade, dans un souci de prévention primaire à l'égard de l'apparition d'une pathologie (exemple : éducation nutritionnelle des enfants visant à réduire l'incidence de l'obésité infanto-juvénile).

Parler d'éducation *thérapeutique* du patient souligne deux points :

L'éducation ainsi dénommée est reconnue comme faisant partie des moyens de traitement.

Les actions d'éducation mises en place par les soignants ne sont pas standardisées, mais sont adaptées et personnalisées pour un patient donné, dans le respect du contexte global de ce patient et des objectifs de *son traitement*. C'est pourquoi l'éducation thérapeutique est un acte de soin dont le rôle revient aux soignants, médicaux et paramédicaux. Ceci nécessite pour eux une formation spécifique à la pédagogie destinée à l'éducation thérapeutique des patients. [8]

3 - La maladie aiguë et la maladie chronique :

A de nombreux points de vue, la maladie chronique présente des spécificités par rapport à la maladie aiguë, qui remanient profondément le vécu de la maladie par le patient, le rôle des soignants, l'organisation du processus de soins et la relation entre soignés et soignants.

	MALADIE AIGUE	MALADIE CHRONIQUE
L'objectif des soins	Guérison	Stabilisation Prévention des complications
La maladie	Symptomatique, visible	Silencieuse en dehors de crises Durable, d'évolution incertaine
Le patient - La famille du patient	Passif Applique les décisions Est informée	Actif Participe au traitement Est associée au suivi
La relation soignant/soigné	Adulte/Enfant Ponctuelle, et centrée sur un objectif à court terme	Adulte/Adulte Difficultés liée à la durée, aspects complexes prise en charge, lassitude
Le soignant -Attitude -Rôle -Pouvoir -Identité	Centrée sur la maladie Intervenant direct Direct, efficace Biotechnique définie	Centrée sur le patient Expert, guide, soutien A partager avec le patient Nouvelle, peu préparé à la dimension Psychosociale
Le processus de soin	Codifié Court terme, de type biomédical Décision des soignants	Adaptations sur la durée A moyen/long terme : bio-psycho-socio-pédagogique Coopération soignants/soigné

L'éducation thérapeutique trouve sa place dans un processus de soins à long terme, qui nécessite la prise en compte de plusieurs facteurs :

La position du patient face à la maladie chronique.

Le rôle du soignant élargi à la dimension psychosociale.

Pour le soignant et le patient, les difficultés liées à la prise en charge de longue durée.

Les besoins pédagogiques de l'éducation du patient.

4 – Le médecin et le patient vivant avec une maladie chronique :

4-1 Les différents stades L'acceptation de la maladie et de son traitement [7]

L'annonce d'une maladie chronique suscite chez le patient des réactions émotionnelles, qui varient selon le mode d'entrée dans la maladie.

4-1-1 Lorsque le début de la maladie est très symptomatique, [7]

et nécessite un traitement contraignant, quotidien, et immédiat, comme dans le diabète de type 1, le patient est brutalement confronté aux perturbations de l'image qu'il a de sa santé, des ses habitudes de vie, et de sa projection dans l'avenir. L'acceptation de la maladie chronique est un long processus de maturation, fait de plusieurs réactions psychiques successives, qui présentent des analogies avec le modèle du travail de deuil décrit par Freud. Le soignant doit pouvoir identifier les stades d'acceptation de la maladie, qui sont au nombre de six, afin d'adapter son attitude.

Les stades d'acceptation de la maladie et l'attitude des soignants

- Le choc initial

L'anxiété qui submerge souvent le patient affecte sa faculté de raisonnement. La qualité de la communication entre le médecin et le patient joue un rôle déterminant.

- La dénégiation (ou le déni)

Il s'agit d'un mécanisme de défense, tendant à refouler une réalité ressentie comme trop menaçante. Ceci se traduit par une attitude allant de l'incrédulité à la banalisation de la maladie. Cette "anesthésie affective" entrave l'implication du patient dans son traitement.

- La révolte

A ce stade, le sentiment d'injustice face à la maladie, et la révolte qu'il induit, accompagnent la confrontation du patient à la réalité de sa pathologie.

- Le marchandage

Ce mécanisme traduit le désir de trouver des accommodements avec la nouvelle réalité, en limitant les contraintes du traitement.

- La tristesse

Ce stade n'est pas un état dépressif, et est de bon pronostic dans le cheminement vers l'acceptation de la maladie. Cette tristesse méditative est liée à la prise de conscience de ce qu'il va falloir dorénavant assumer et concilier avec sa vie.

L'acceptation

Le patient assume sa maladie et retrouve un équilibre émotionnel. Il reconnaît que la maladie comprend des contraintes et des risques, sans en être obsédé. Il est prêt à une implication active dans sa prise en charge.

Ces étapes sont physiologiques, leur durée est variable selon les patients, et occupent schématiquement un à deux ans. Il arrive que le processus n'aboutisse

pas à l'acceptation, et on décrit deux situations d'impasse à l'acceptation de la maladie :

La résignation

Face à une maladie vécue comme inexorable, le patient s'installe dans une soumission et une dépendance aux soignants et à son entourage qui ne sont pas favorables à la qualité de la prise en charge.

La pseudo-acceptation

Il s'agit d'une situation de refus conscient de se reconnaître malade et d'assumer les contraintes du traitement. Ceci réduit considérablement les possibilités de coopération avec les soignants, le patient adhère à un traitement minimum pour assurer sa sécurité, n'admettant pas l'utilité d'une implication plus importante.

4-1-2 Lorsque le début de la maladie est asymptomatique,

que son développement est insidieux, comme c'est le cas pour le diabète de type 2, le modèle des stades d'acceptation ne s'applique pas de la même manière. La difficulté est de conduire le patient à la prise de conscience d'une maladie non ressentie, qui nécessite des changements dans les habitudes de vie (comme l'alimentation et l'activité physique).

Deux pièges à éviter pour le soignant sont :

La banalisation des contraintes du traitement : le patient se sentant incompris n'est pas encouragé à s'investir dans un partenariat de soins avec son médecin

La dramatisation des risques, la menace des complications : en éloignant, voire en confrontant patient et médecin, elle agit contre l'établissement d'une coopération.

4-2- Les déterminants modifiables et non modifiables dans l'éducation thérapeutique [8]

Paramètres non modifiables

Ce sont : l'âge, le sexe, le type de maladie, les origines socio-culturelles, le statut économique, le niveau d'instruction, l'expérience antérieure de la maladie.

Paramètres modifiables, pour lesquels les soignants ont un rôle important: les réactions émotionnelles : au cours des phases d'acceptation, de la survenue d'un changement de traitement, d'une complication, d'un passage difficile lié ou non à la maladie (ex : perte d'emploi). *Attitude adaptée du soignant* : attention vigilante, discernement des blocages, écoute, intervention empathique.

5- LE DIAGNOSTIC EDUCATIF [8 -9]

5-1- Définition

Le diagnostic éducatif est une démarche d'identification des besoins du patient. Considéré comme la première étape d'une démarche d'éducation personnalisée, il facilite l'élaboration du contrat d'éducation.

Faire un diagnostic éducatif, c'est recueillir les informations pertinentes et utiles pour aider au mieux le patient à acquérir de nouvelles compétences.

Cette démarche renseigne les soignants sur les caractéristiques de la vie du patient, concernant son statut biomédical, son environnement, son vécu, ses compétences et ses projets.

Au cours de sa réalisation, le diagnostic éducatif a une fonction facilitante pour le patient et les soignants.

Il aide le patient :

à donner du sens à ce qu'il sait à prendre conscience de sa démarche d'apprentissage en coopération avec les soignants Il aide les soignants :

à définir ce que comprend le patient afin de proposer un accompagnement éducatif ayant un sens pour lui à personnaliser leur projet éducatif

Il est sans cesse renouvelé et toujours en évolution.

5-2- Les 5 dimensions du diagnostic éducatif [9]

Le diagnostic éducatif se structure en cinq « dimensions » :

une dimension biomédicale : renseigne sur les données médicales et biologiques du patient

Qu'est-ce qu'il a ? »

une dimension socioprofessionnelle : renseigne sur son environnement familial et socio-professionnel.

Qu'est-ce qu'il fait ? »

une dimension cognitive : renseigne sur ses représentations concernant sa maladie et son traitement

Qu'est-ce qu'il sait ? »

Une dimension psychoaffective : renseigne sur sa situation affective et relationnelle, sur le stade d'acceptation de la maladie

Que ressent-il ? »

Une dimension projective : renseigne sur ses projets

Quels sont ses projets? »

5-3- Eléments et enjeux du diagnostic éducatif. [10 ,5]

Quels éléments prendre en compte lors de l'entretien du diagnostic éducatif.

Qu'est-ce qu'il a ?

Il s'agit de faire le point avec le patient sur sa maladie, son évolution et son traitement. A cette occasion, on pourra identifier d'autres problèmes de santé reliés ou non à la maladie qui pourraient influencer sur la démarche éducative.

Qu'est-ce qu'il fait ?

Il s'agit ici d'explorer le contexte professionnel et social du patient. Quel est son travail, sa vie familiale, son entourage, ses loisirs. Cette partie de l'entretien permet de découvrir comment vit le patient au quotidien. Connaître l'intensité et le rythme du travail d'un diabétique permet de lui enseigner les adaptations des doses d'insuline.

Qu'est-ce qu'il sait ?

On va chercher à apprécier les connaissances du patient sur sa maladie. On va pouvoir identifier ses représentations de la maladie, son savoir faire, sa connaissance des médicaments. On appréciera aussi son niveau de compréhension et de raisonnement ainsi que sa maîtrise de la lecture et de l'écriture.

Qui est-il, que ressent-il ?

A ce stade de l'entretien, il s'agit d'évaluer la condition psychologique dans laquelle se trouve le patient. On va pouvoir identifier à quel stade d'acceptation de la maladie se trouve le patient ainsi que sa motivation au changement.

Quels sont ses projets ?

L'identification d'un projet chez un patient qu'il soit personnel, familial ou professionnel est un élément sur lequel va s'appuyer la démarche éducative ; le projet est source de motivation, le patient se sent pris en compte dans sa globalité.

6- UNE COMMUNICATION THERAPEUTIQUE : LE VOCABULAIRE MEDICAL ET LES EXPLICATIONS AU PATIENT [8]

Le vocabulaire médical reste parmi les vocabulaires les plus difficiles

Il est indispensable que le patient comprenne les propos du médecin, ou de tout soignant. Il est pour cela utile ou nécessaire de :

-Simplifier et clarifier son langage, de façon adaptée au patient.

Conserver les mots du vocabulaire médical s'ils ont un intérêt pratique pour le patient.

-Définir simplement ces mots, en se reportant éventuellement à la vie quotidienne.

-De s'assurer de la bonne compréhension du patient.

-Utiliser facilement des images ou métaphores tirées de la vie courante.

-S'appuyer sur un support visuel : ne pas hésiter à écrire un mot pour qu'il devienne plus concret, à faire un petit dessin.

Exemples :

1) Il est utile que le mot glycémie, si souvent entendu par un patient diabétique, prenne pour lui une signification concrète. Définition médicale : taux plasmatique de glucose. Explication possible : Le sucre dosé dans le sang est le

glucose. La quantité de glucose, en grammes, qui est dissoute dans chaque litre de sang de l'organisme est la glycémie.

2) Comprendre ce qu'est biologiquement l'HbA1c n'est pas utile au patient. Par contre, il est important pour lui de savoir que ce dosage lui permet d'avoir un reflet global de son équilibre glycémique au cours des trois derniers mois, et lui fournit donc un retour sur l'efficacité des actions mises en œuvre.

6-1-Le rôle des questions posées par le médecin: [8]

Poser des questions est une manière de faire participer le patient. Certains modes de formulation des questions sont plus appropriés que d'autres à l'implication du patient dans un dialogue.

Les questions fermées, appelant une réponse brève (comme oui/non, ou un seul mot) sont utiles pour une enquête sur un point précis, mais leur répétition fait de l'entretien davantage un interrogatoire qu'un dialogue. “ *A quelle date a été fait le diagnostic de votre diabète ? Vous buviez beaucoup ? Vous aviez maigri ? vous nommez comment ?...* ”

Les questions ouvertes invitent à une expression plus libre. Plus pédagogiques, elles permettent une perception du vécu du patient et de sa personnalité. “ *Racontez-moi quand et dans quelles circonstances votre diabète a été découvert* ”.

Les questions qui font appel à la compréhension stimulent davantage une démarche mentale dynamique de la part du patient que celles qui font appel à la connaissance. La réponse est un entraînement vers une utilisation pratique des connaissances, elle sollicite l'imagination, la projection de soi dans une situation, plutôt que de ne faire appel qu'à la mémoire. “ *Comment vous organisez-vous pour avoir du sucre à portée de main quand vous n'êtes pas à la maison ?* ”

6-2- le rôle de l'écoute, la reformulation et l'empathie [8]

L'écoute du patient est indispensable à l'établissement du dialogue thérapeutique. Le patient ayant le sentiment d'avoir été entendu sera plus à même d'entendre à son tour le soignant.

L'écoute est une démarche active qui consiste à saisir les contenus intellectuel et émotionnel du propos que l'on vient d'entendre. Pour signifier au patient cette compréhension de ses paroles, un outil utile du dialogue est la **reformulation**. Par ce mode de réponse, le soignant reproduit ce qui a été dit, en choisissant d'autres mots, et incite le patient à apporter des rectifications, des nuances propres à faire progresser l'échange. “ *Si je vous comprends bien, vous voulez dire que...* ”, “ *A votre avis* ”, “ *Selon vous...* ”

7- L'ORGANISATION DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE [8-11]

7-1) *Les 3 volets de l'acquisition d'un savoir*

L'éducation thérapeutique est un processus dynamique dans lequel le patient est l'acteur central. L'acquisition d'une compétence concerne 3 domaines, et le rôle pédagogique des soignants est d'intervenir de façon spécifique et adaptée dans chacun de ces domaines.

Acquisition d'un savoir : Le soignant transmet au patient un niveau suffisant et nécessaire de **connaissances** pour une mise en pratique adaptée. Ex : Connaître l'objectif glycémique 2h après un repas.

Acquisition d'un savoir-faire : Le soignant montre puis **fait faire** au patient un geste, il s'agit d'un **apprentissage**. Celui-ci doit le plus souvent être répété, en tâchant de se rapprocher ou de se projeter des conditions dans lesquelles s'effectuera ce geste à domicile. Ex : Savoir mesurer sa glycémie capillaire avec un lecteur, si possible *le* lecteur qu'aura le patient.

Acquisition d'un savoir être : Ce domaine est plus complexe, le patient met en pratique à bon escient les acquis du savoir et du savoir faire dans sa vie quotidienne, ce qui met fortement en jeu des paramètres psychoaffectifs. Le rôle du soignant est ici dans le dialogue, proposant au patient l'analyse de ses expériences, et la progression par objectifs successifs vers un savoir être de plus en plus adéquat. Ex : Comparer sa glycémie avant et après un repas, et réfléchir

au vu des résultats au caractère adapté ou non de l'alimentation et du traitement à ce moment là.

7-2) Les atouts d'une équipe multi professionnelle [8-11]

Le caractère multi professionnel d'une équipe d'éducation est un atout majeur, qui renforce l'efficacité et la cohésion des messages. En diabétologie, la formation du patient concerne le médecin, l'infirmière, la diététicienne, et également le psychologue, l'assistante sociale...D'autres professionnels sont utilement associés à une équipe chaque fois que cela est possible.

Une équipe multi professionnelle :

Doit délivrer des **messages consensuels**, consignés dans un référentiel écrit.

Permet une **diversification** et un enrichissement de l'approche pédagogique, en combinant l'action de compétences spécifiques et de personnalités différentes.

Facilite souvent l'utilisation de techniques et outils éducatifs plus variés.

Doit mener une **action concertée**,

Pour établir une stratégie thérapeutique consensuelle pour chaque patient
Pour évaluer et faire progresser ses pratiques professionnelles

7-3) Le contexte socioculturel, le contexte psychologique du patient :

Le rôle de la prise en compte du cadre de référence du patient

Pour le patient, l'acquisition d'un savoir, l'apprentissage d'un savoir-faire, et plus encore le développement d'un savoir être dans la gestion du traitement et du suivi de sa maladie chronique font intervenir plusieurs registres : intellectuel, culturel, social et émotionnel.

Pour un patient donné, l'ensemble de ces registres dessinent un **cadre de référence**, dont la prise en compte par les soignants est essentielle à l'efficacité de l'éducation thérapeutique. Ainsi les soignants doivent s'adapter avec les éléments appartenant au cadre de référence de chaque patient en tenant en compte :

Le niveau d'instruction, il faut parfois composer avec l'analphabétisme

Le contexte linguistique et culturel (par exemple un programme d'éducation en groupe pour patients diabétiques de langue et de culture berbère, avec présence d'un traducteur, qui aide aussi à faire le lien entre les 2 cultures,

Des éléments relatifs à la personnalité du patient

7-4) Importance de l'approche psychologique [8-11]

La prise en compte des aspects d'ordre psychologique est essentielle dans la prise en charge de la maladie chronique, et dans la sollicitation du patient à s'impliquer dans sa prise en charge. La disponibilité d'une psychologue dans les équipes de soignants impliqués dans l'éducation thérapeutique est utile à indispensable. Son intervention se fait au travers d'entretiens individuels, et également sous forme d'animation de groupes de parole de patients (par exemple à propos du vécu de la maladie).

7-5) Education et suivi à long terme

A côté des objectifs biomédicaux à long terme, tels que la réduction de la fréquence et de la sévérité des crises d'asthme, ou la réduction du risque de complications aiguës et chroniques du diabète, la **qualité de vie** du patient est un objectif majeur des soins dans la maladie chronique.

Elle représente un paramètre essentiel de la santé globale, et conditionne également l'acceptabilité à long terme du traitement, et sa gestion active par le patient.

Sur le long terme, le patient traverse diverses périodes de sa vie, plus ou moins favorables à sa réceptivité à l'éducation thérapeutique. Certains moments propices à une motivation accrue doivent être, pour chaque patient, identifiés et mis à profit par les soignants. Ceci requiert une attention vigilante, car ces moments privilégiés sont variables d'un patient à l'autre. Par exemple, dans le suivi de patients diabétiques, il peut s'agir :

d'une grossesse (motivation pour la santé de l'enfant et de la mère dans le futur) d'un départ à la retraite (davantage de temps pour s'occuper de soi) de l'annonce d'une complication (décision de prendre les choses en main pour préserver son capital santé).

8- CONCLUSION

L'éducation thérapeutique du patient vivant avec une maladie chronique modifie les données de la relation entre le soignant et le soigné. Jusqu'à ce jour, les professionnels de santé, et plus encore les médecins, les soignants paramédicaux, reçoivent au cours de leurs études :

Une formation davantage centrée sur la maladie que sur le patient

Une formation ciblant davantage le soin dans la maladie aiguë que dans la maladie chronique.

La formation du soignant à la prise en charge de la maladie chronique recouvre :

°) La formation scientifique pour une prise en charge précise et compétente de la maladie

°) La formation du soignant à la communication thérapeutique avec le patient et sa famille

°) La formation à la pédagogie interactive destinée au patient adulte

L'évaluation de l'efficacité de l'éducation thérapeutique est complexe. Elle doit prendre en compte des indicateurs de santé (ex. l'HbA1c dans le cas du diabète), évaluer l'évolution des comportements du patient à l'égard de la prise en charge de sa maladie, et s'intéresser à l'impact sur la qualité de vie.

CHAPITRE2. MEDECIN PRATICIEN ET PRECARITE SOCIALE [16]

1-Définition.

Le Robert définit la précarité comme une situation instable sans garantie synonyme d'incertitude et de provisoire. L'origine de la précarité est ce qui s'obtenait par la prière (*precarius*). [12]

Une définition européenne a été adoptée au Conseil européen de décembre 1984. Sont considérées comme pauvres "les personnes dont les ressources (matérielles, culturelles et sociales) sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'Etat membre où elles vivent". [13]

La revue "Economie et statistiques" retient la définition suivante : une pauvreté "monétaire" caractérisée par une insuffisance de revenus, approche privilégiée dans la plupart des travaux et notamment dans les comparaisons internationales.

Le Père Wresinski définissait ainsi la précarité : "la précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassurer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible". Cette définition a notamment été reprise par les Nations unies, en particulier dans les travaux de la Commission et du Conseil des Droits de l'Homme sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté. [14]

2) Conséquences de la précarité sur le comportement et l'état de santé :

Les difficultés financières, l'absence, l'insuffisance de couverture sociale, le chômage entraînent très souvent des difficultés familiales et une désocialisation progressive si la situation se pérennise.

Au plan comportemental, nous retrouvons comme forme de compensations au "mal être" ressenti par l'individu en situation précaire des conduites addictives (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie), Outre, les conduites addictives, le "syndrome de la précarité" se traduit, également, par la fréquence des troubles du sommeil, de céphalées, de gastralgies.

Les pathologies les plus souvent rencontrées sont liées essentiellement à l'absence de soins, au défaut d'hygiène allant jusqu'au désintéressement total de son propre corps et l'absence de sensations du message de l'autre.

Les pathologies psychiatriques [14] sont fréquemment rencontrées venant parfois sur un terrain pré-existant, souvent liées à l'état d'exclusion ou de précarité, secondaires à l'abus de substances psychoactives et des conduites addictives.

La perte des différents repères affectifs, temporo-spatiaux font des malades en situation de récarité “ des sujets qui vivent dans un éternel présent répétitif.

La perte des différents repères affectifs, temporo-spatiaux font des malades en situation de précarité “ des sujets qui vivent dans un éternel présent répétitif. L'exclu est sans lien et sans lieu [15]

La pathologie dermatologique est très fréquente liée, à l'absence d'hygiène : gale, ulcère surinfecté, parasitose notamment, pédiculose entraînant des surinfections bactériennes ou parasitaires.

La pathologie infectieuse, notamment virale (hépatite C, VIH) : pathologie d'autant plus grave que les “ routards ” ne se font pas suivre et ne sont traités qu'en phase terminale.

Beaucoup ignorent même qu'ils sont porteurs d'une hépatite C et les VIH positifs asymptomatiques sont souvent sans traitement et, *a fortiori*, ne font même pas contrôler leur taux de CD4 pour la raison déjà signalée, de crainte de fichage suivi d'expulsion.

Pathologie rhinopharyngée et bronchopulmonaire liée au tabagisme associée aux conditions de vie, notamment en période hivernale : bronchites chroniques, de pneumopathologies aiguës, rhinites, otites, sinusites, angines, trachéo-bronchites. A noter surtout une recrudescence de **la tuberculose**. La prévalence en milieu défavorisé est indiscutable par rapport à la population générale. Par ailleurs, les difficultés de l'accès aux soins entraînent une aggravation progressive jusqu'à la contagiosité facilitée par la promiscuité.

La pathologie de l'axe digestif est extrêmement fréquente liée à la malnutrition, aux carences vitaminiques, aux défauts d'hygiène bucco-dentaire, le tout accentué par l'alcoolisme. Les problèmes dentaires sont particulièrement fréquents atteignant dans certaines statistiques 91,4 % des patients entraînant à la fois des problèmes infectieux accentuant la malnutrition et les problèmes digestifs.

A noter, également, associée à tous ces troubles de la nutrition, la prévalence indiscutable de l'état diabétique susceptible d'entraîner ou d'aggraver des troubles de la vision, accentuée, par ailleurs, par l'alcoolisme.

La pathologie traumatique est, également, particulièrement fréquente, notamment chez les SDF, liée à la fois à la violence et à l'alcoolisation sans négliger la fréquence de l'épilepsie.

La pathologie de la famille : en effet, le retentissement de la précarité peut être désastreux pour la cellule familiale entraînant divorce, maltraitance des enfants, souvent sous-scolarisés qui les prédisposeront à des difficultés d'insertion dans le monde du travail et en feront des candidats potentiels à la précarité et à la délinquance.

3) La mission du médecin ? Qu'en attendent les populations défavorisées ? [16]

La médecine de la précarité, “ médecine de gens blessés dans leur dignité, une médecine de la relation et de la compassion ”. Il s'agit tout autant de traiter à la fois la souffrance physique et psychologique.

La première démarche est l'accueil : Ce premier pas n'est pas toujours simple tant pour le malade impécunieux qui n'ose pas, a honte, et rechigne à s'adresser au médecin qui, de son côté, doit recevoir parmi sa clientèle habituelle ce patient différent parfois dans un état “ dérangeant ”. Il peut être tenté de le diriger vers une association ou une structure hospitalière. Il peut également, ce qui est le plus conforme à notre vocation, le recevoir comme tout un chacun, ce qui constitue un premier acte de resocialisation et de respect du à tout malade. “ Quand on sait accueillir un exclu, on sait accueillir tout patient ” Xavier Emmanuelli.

La deuxième démarche est une démarche de soins et de prévention : la qualité de l'accueil est déjà partie prenante des soins. Se voir reconnaître est déjà facteur d'amélioration. Le traitement sera assorti de recommandations, de conseils essentiellement d'hygiène et de comportement notamment quand son

pressenties des conduites addictives. Le tout dans un climat de confiance qui permettra d'introduire un dialogue et un suivi.

Savoir communiquer exige et suppose tout au moins une connaissance d'un milieu différent, d'un comportement qui ne peut s'expliquer que par un long passé de souffrance et de misère difficile à exprimer. Cette démarche nécessite une formation appropriée face aux situations difficiles à gérer, notamment, celle de la violence.

Aider le malade à retrouver ses droits, ce dont il n'avait pas la notion, le plus souvent, le diriger vers des structures adaptées quand sont décelées diverses pathologies.

De leur redonner espoir et dignité et un certain sens des responsabilités décisionnelles en les aidant à retrouver un statu social.

De leur éviter toute humiliation supplémentaire, telle la recherche des bons traditionnels nécessaires à la prise en charge, témoins de leur pauvreté, et de précarité, véritable stigmatisme d'exclusion.

“ Les aider oui, les assister, non ”

Il est cependant, évident que les médecins ne peuvent vivre d'actes gratuits eu égard aux contraintes financières incompressibles et conséquentes qui leur incombent dans le contexte actuel. Néanmoins, c'est souvent qu'ils mettent à la disposition des plus démunis leur temps et leur compétence spontanément sans pour autant attendre une contrepartie financière et savent apprécier le statut socio-économique d'un malade en agissant en conséquence. Dans ce cadre il

appartient au médecin de penser à **décrypter la précarité** dans les cas limites qui ne sont pas toujours évidents en sachant que la misère n'est pas toujours dans la rue mais parfois plus difficile à détecter à l'intérieur des maisons.

Il est également certain que ce devoir de solidarité vis-à-vis d'une population précaire est difficile à assumer seul, un travail en réseau est nécessaire faisant appel aux associations, aux ONG, aux structures hospitalières, également aux confrères spécialistes lorsque leur concours est nécessaire. Il en va de même pour les autres professionnels de santé : infirmières, kinésithérapeutes...

4) Relation Médecin-Malade et sa particularité [17] :

DECLARATION DE GENEVE. [16]

Adoptée par la 2^e Assemblée Générale de l'Association Médicale Mondiale Genève (Suisse), Septembre 1948 et amendée par la 22^e Assemblée Médicale Mondiale, Sydney, Australie, Août 1968 et la 35^e Assemblée Médicale Mondiale, Venise, Italie, Octobre 1983 et la 46^e Assemblée générale, Stockholm, Suède, Septembre 1994 et révisée par la 170^e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2005 et par la 173^e Session du Conseil, Divonne-les-Bains, France, Mai 2006

AU MOMENT D'ÊTRE ADMIS COMME MEMBRE DE LA
PROFESSION MÉDICALE:

JE PRENDS L'ENGAGEMENT SOLENNEL de consacrer ma vie au
service de l'humanité;

JE TÉMOIGNERAI à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus;

J'EXERCERAI ma profession avec conscience et dignité;

JE CONSIDÉRERAI la santé de mon patient comme mon premier souci;

JE RESPECTERAI les secrets qui me seront confiés, même après la mort du patient;

JE MAINTIENDRAI, dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale;

MES COLLÈGUES seront mes sœurs et mes frères;

JE NE PERMETTRAI PAS que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'inclination sexuelle, de statut social ou tout autre critère s'interposent entre mon devoir et mon patient;

JE GARDERAI le respect absolu de la vie humaine;

JE N'UTILISERAI PAS mes connaissances médicales pour enfreindre les droits de l'homme et les libertés civiques, même sous la menace;

JE FAIS CES PROMESSES solennellement, librement et sur l'honneur.

La relation médecin / patient est la pierre angulaire de la pratique médicale et donc de l'éthique médicale. Comme indiqué précédemment, la **Déclaration de Genève** demande au médecin de professer « Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci » et le médecin devra à ses patients la plus complète loyauté et devra les faire bénéficier de toutes les ressources scientifiques disponibles ».

L'interprétation traditionnelle, paternaliste, de la relation médecin / patient, selon laquelle le patient se soumettait aux décisions du médecin, a été radicalement rejetée ces dernières années au nom du droit autant que de

l'éthique. Etant donné qu'un grand nombre de patients ne sont pas capables ou ne souhaitent pas prendre des décisions au sujet des soins médicaux les concernant, l'autonomie du patient est souvent très aléatoire. D'autres aspects de la relation sont tout aussi problématiques, notamment l'obligation du médecin de préserver le secret professionnel dans une ère d'informatisation des données médicales et de gestion des soins et le devoir de préserver la vie face à des demandes visant à précipiter le moment de la mort.

5)Le rôle du respect et l'égalité du traitement :

L'idée selon laquelle tous les êtres humains ont droit au respect et à une égalité de traitement est relativement récente. Dans la plupart des sociétés, le manque de respect comme l'inégalité de traitement des individus et des groupes était considéré comme normal et naturel. La pratique de l'esclavage dans les colonies européennes et aux États-Unis ne fut éradiquée qu'au 19e siècle et elle existe encore dans certaines parties du monde. La fin de la discrimination institutionnelle contre les populations non blanches dans des pays comme l'Afrique du Sud est encore plus récente. Et la discrimination en fonction de l'âge, de l'incapacité ou de l'inclinaison sexuelle est toujours largement répandue. Il est manifeste que la demande d'une égalité de traitement pour tous les peuples du monde rencontre encore de fortes résistances.

La conversion de l'humanité, graduelle et toujours actuelle, à l'idée de l'égalité humaine remonte aux 17e et 18e siècles, en Europe et aux États-Unis, avec, à l'origine, deux idéologies en opposition: une nouvelle interprétation de la foi chrétienne et un rationalisme anti-chrétien. La première inspirant la Révolution américaine et la Déclaration des droits, la seconde, la Révolution

française et les changements politiques qui lui sont liés. Sous l'effet de ces deux influences, la démocratie s'installe peu à peu et commence à se répandre à travers le monde. Elle repose sur l'idée d'une égalité politique entre tous les hommes (et, beaucoup plus tard, les femmes) et, par voie de conséquence, le droit d'avoir son mot à dire dans le choix de ceux qui les gouvernent.

Le 20^e siècle atteste un développement considérable du concept d'égalité, en termes de droits humains. L'une des premières mesures de l'organisation nouvellement établie des Nations Unies a été d'énoncer la **Déclaration universelle des droits de l'homme** (1948) [18] qui déclare dans l'article 1: « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits ». Bien d'autres instances nationales et internationales ont publié des déclarations de droits, soit pour tous les êtres humains ou citoyens d'un pays, soit pour certains groupes d'individus (les droits de l'enfant, les droits du patient, les droits du consommateur). De nombreuses organisations ont aussi été constituées dans le but de promouvoir l'application de ces déclarations. Pourtant, malheureusement, les droits humains ne sont toujours pas respectés dans beaucoup de pays.

La profession médicale a eu pendant des années des vues quelque peu contradictoires sur l'égalité et les droits du patient. D'un côté, il était dit au médecin de ne pas « permettre que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de sexe, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'inclinaison sexuelle, de statut social ou de quelconques autres facteurs puissent s'interposer entre mon devoir et mon patient » (**Déclaration de Genève**) [16]. Dans le même temps, les médecins revendiquaient le droit de pouvoir refuser un patient, à l'exception des cas d'urgence. Bien qu'il existe des raisons légitimes à un tel refus, comme un emploi du temps chargé, (le manque de) qualifications pédagogiques ou de

spécialisation, les médecins peuvent facilement, même s'ils n'ont pas à se justifier, pratiquer la discrimination sans être tenus pour responsables. La conscience du médecin, plutôt que le droit ou les pouvoirs disciplinaires, est ici le meilleur moyen d'empêcher les violations des droits humains.

Même si les médecins ne portent pas atteinte aux principes de respect et d'égalité lorsqu'ils sélectionnent leurs patients, ils peuvent encore ne pas respecter ces principes dans le cadre du traitement et de leurs relations avec le patient. La compassion est une des valeurs essentielles de la médecine et s'avère fondamentale pour une bonne relation thérapeutique.

La compassion repose sur le respect de la dignité et des valeurs du patient, mais ne se limite pas à ces principes; elle reconnaît et répond à la vulnérabilité du patient confronté à une maladie et / ou incapacité. Un patient qui sent la compassion du médecin est mieux à même de faire confiance à la capacité de celui-ci d'agir dans son meilleur intérêt, cette confiance pouvant contribuer à assurer le processus de guérison.

Dans le cadre du respect des patients, les médecins ne doivent pas au cours du traitement leur faire courir des risques qui sont évitables. Ces dernières années, la sécurité du patient est devenue une préoccupation majeure pour les professionnels de santé et les institutions ;

La confiance est essentielle à relation médecin / patient, est généralement interprétée dans le sens que le médecin ne doit pas délaissier le patient pour lequel il s'est engagé à dispenser des soins. Le **Code international d'éthique médicale** de l'AMM [19] laisse entendre que la seule raison de mettre un terme à la relation médecin / patient est que le patient demande de consulter un collègue doté de compétences différentes: « Le médecin devra à ses patients la plus complète loyauté devra les faire bénéficier de toutes les ressources

scientifiques disponibles. Lorsqu'un examen ou traitement dépasse ses capacités, le médecin devrait consulter un confrère possédant les compétences requises ou adresser le patient à ce confrère ».

Cependant, il existe bien d'autres raisons pour lesquelles un médecin peut vouloir terminer une relation avec son patient, par exemple, un déménagement ou une cessation d'activité, l'insolvabilité du patient ou son refus de payer ses services, une antipathie réciproque, le refus du patient de se conformer à ses recommandations. Les raisons invoquées peuvent être tout à fait légitimes ou contraires aux principes éthiques. Les médecins qui envisagent une telle décision doivent consulter leur code d'éthique ou autre texte de recommandations approprié et examiner avec attention leurs motifs. Ils doivent être prêts à justifier leur décision, à eux-mêmes, au patient et, le cas échéant, à un tiers. Si le motif est légitime, le médecin aidera le patient à chercher le praticien qu'il estimera être le plus compétent et, si cela n'est pas possible, il devra lui donner un avis d'annulation de traitement pour lui permettre de trouver d'autres soins médicaux. Si le motif n'est pas légitime, par exemple, un préjudice racial, le médecin doit prendre les mesures nécessaires pour régler ce problème.

5-1) Le Médecin praticien face aux patients du secteur public.

Beaucoup de médecins, notamment dans le secteur public, souvent, ne choisissent pas les patients qu'ils traitent. Certains patients sont violents et constituent une menace pour la sécurité du médecin.

D'autres ont des attitudes antisociales et un comportement qu'on saurait autrement qualifier que d'odieux. Ces patients ont-ils renoncé à leur droit au respect et à une égalité de traitement ou attend-t-on des médecins qu'ils fassent des efforts supplémentaires, peut-être même héroïques, pour établir et maintenir

des relations thérapeutiques? En présence de tels patients, les médecins doivent trouver un équilibre entre la responsabilité envers leur propre sécurité et bien-être et ceux de leur personnel et la responsabilité de promouvoir le bien-être des patients. Il importe qu'ils trouvent les moyens de satisfaire à ces deux obligations. Si cela n'est pas possible, ils devront prendre d'autres mesures permettant d'assurer les soins de ces patients.

5-2) Cas exceptionnels mais courants.

Le traitement des patients atteints d'une maladie infectieuse apparaît comme un autre défi lancé au principe du respect et de l'égalité de traitement. L'attention est souvent ici portée au VIH/SIDA, non seulement parce qu'il s'agit d'une maladie extrêmement grave, mais surtout parce qu'elle est souvent l'objet de préjudices sociaux. Cependant, il existe bien d'autres infections graves, dont certaines mêmes sont plus facilement transmissibles aux travailleurs de santé que le VIH/SIDA.

Certains médecins hésitent à appliquer des méthodes invasives à ces patients parce qu'ils craignent une contamination. Cependant, les patients atteints d'une maladie infectieuse ne sont l'objet d'aucune exception dans les codes d'éthique médicale, notamment pour ce qui concerne le devoir du médecin de traiter tous les patients également. La **Prise de position de l'AMM sur VIH/SIDA et la profession médicale dans le traitement des patients atteints du SIDA** l'exprime en ces termes :

Toutes les personnes infectées ou affectées par VIH/SIDA ont droit à une prévention, une assistance, un traitement et à des soins ad hoc, avec la compassion et le respect de la dignité humaine qui s'impose.

Un médecin n'est pas autorisé sur le plan éthique à refuser de traiter un patient dont la pathologie entre dans le domaine de ses compétences, uniquement au motif que le patient est séropositif.

Un médecin qui n'est pas en mesure de fournir les soins et les services requis par les patients VIH/SIDA doit les adresser aux médecins ou aux établissements à même de fournir de tels services. En attendant la prise en charge par ces derniers, le médecin doit soigner le patient au mieux de ses compétences.

6-Communication et consentement du patient: [17]

Le consentement éclairé est l'une des notions essentielles de l'éthique médicale actuelle. Le droit du patient de prendre des décisions au sujet des soins de santé le concernant a été consacré dans le monde entier par des déclarations juridiques et éthiques. La **Déclaration de l'AMM sur les droits du patient [20]** affirme:

Le patient a le droit de prendre librement des décisions le concernant. Le médecin l'informerait des conséquences de ses décisions. Tout adulte compétent a le droit de donner ou de refuser de donner son consentement à une méthode diagnostique ou thérapeutique. Il a droit à l'information nécessaire pour prendre ses décisions. Il doit pouvoir clairement comprendre l'objet d'un examen ou d'un traitement, les effets de leurs résultats et les conséquences d'un refus de consentement.

Une bonne communication entre le médecin et le patient est une condition essentielle du consentement éclairé. Lorsque le paternalisme médical était encore considéré comme normal, la communication était relativement simple puisqu'elle consistait en un ordre du médecin donné au patient de se soumettre à

tel ou tel traitement. Aujourd'hui la communication exige beaucoup plus des médecins. Ils doivent fournir aux patients tous les renseignements dont les patients ont besoin pour prendre une décision. Cela signifie qu'ils doivent expliquer dans un langage simple le diagnostic et le pronostic d'une maladie et la nature des traitements médicaux complexes. Ils doivent également confirmer ou corriger les renseignements obtenus par d'autres moyens (un autre médecin, des revues, l'Internet, etc.), s'assurer que les patients comprennent les choix de traitement possibles, y compris pour chacun, leurs avantages et leurs inconvénients, répondre à leurs éventuelles questions et comprendre la décision du patient, quelle qu'elle soit, et si possible, les raisons qui l'ont motivée. Il n'est pas naturellement donné à tout le monde de bien communiquer. Cette aptitude doit être développée et maintenue par des efforts conscients et assidus.

Les deux principaux obstacles à une bonne communication entre le médecin et le patient sont les différences de langue et de culture.

Lorsque le médecin et le patient ne parlent pas la même langue, il convient de faire appel à un interprète. Malheureusement, il n'est pas toujours possible de disposer d'interprètes qualifiés et le médecin doit aller chercher la personne la mieux qualifiée pour faire ce travail. La culture, qui dépasse la langue tout en l'incluant, pose des problèmes de communication supplémentaires. Étant données les différences d'interprétation de la nature et des causes d'une maladie selon la culture, les patients peuvent ne pas comprendre le diagnostic et le choix du traitement du médecin. Il importe alors que le médecin fasse tout son possible pour tester la faculté de compréhension des questions de santé et de guérison du patient et lui donner ses conseils de la meilleure façon possible.

Lorsque le médecin est parvenu à communiquer au patient tous les renseignements nécessaires concernant le diagnostic, le pronostic et le choix du

traitement, le patient est alors à même de prendre une décision éclairée sur ce qui lui est proposé. Bien que le terme « consentement » laisse supposer une acceptation du traitement, la notion de consentement éclairé s'applique aussi bien à un refus de traitement qu'à un choix de traitement parmi d'autres. Les patients compétents ont le droit de refuser un traitement, quand bien même ce refus provoquerait une incapacité ou la mort.

La preuve du consentement peut être explicite ou implicite (supposée). Le consentement explicite sera donné oralement ou par écrit. Le consentement est dit implicite lorsque le patient exprime par son comportement la volonté de se soumettre à une méthode ou à un traitement. Par exemple, le consentement à une piqûre intraveineuse est supposé par le fait même de présenter le bras. Lorsque le traitement comporte des risques ou qu'il provoque plus qu'une légère gêne, l'obtention d'un consentement explicite est préférable.

Il est deux exceptions à la demande de consentement éclairé par les patients compétents:

6-1) Le cas de l'information préjudiciable : [17]

- le cas où le patient cède volontairement son pouvoir de décision au médecin ou à un tiers. Vu la complexité de la question ou la confiance totale dans le jugement de son médecin, le patient peut dire « Faites ce vous pensez être pour le mieux ». Plutôt que de s'empresser de répondre à une telle demande, le médecin fournira au patient les renseignements nécessaires sur les choix de traitement et l'encouragera à prendre les décisions par lui-même. Cependant, si, malgré ces encouragements, le patient tient toujours à ce que ce soit le médecin qui décide, le médecin acceptera, dans le respect du meilleur intérêt du patient.

- le cas où la divulgation d'informations est préjudiciable pour le patient. La notion traditionnelle de « privilège thérapeutique » est ici invoquée. Elle autorise les médecins à refuser la communication de données médicales susceptibles de porter gravement atteinte à l'état physique, psychologique et émotionnel du patient, par exemple, le risque de suicide dans le cas d'un diagnostic de maladie en phase terminale. Ce privilège ouvre la porte à de graves abus et les médecins ne doivent y recourir que dans des cas très particuliers. Ils partiront donc d'abord du principe que tous les patients ont la capacité de faire face aux événements et réserveront ensuite la non-divulgation des données à ceux dont ils sont convaincus qu'il sera beaucoup plus préjudiciable de dire la vérité que de la taire.

Certaines cultures estiment souvent que l'obligation du médecin d'informer le patient ne s'applique pas dans les cas de diagnostic de maladie en phase terminale. Elles pensent que la divulgation de l'information réduirait le patient au désespoir et contribuerait à rendre le restant de sa vie plus misérable que s'il gardait un espoir de guérison. Il n'est pas rare dans le monde que les membres de la famille du patient implorent le médecin de ne pas dire au patient qu'il va mourir. Il importe donc que les médecins soient sensibles aux aspects personnels et culturels qui entourent la communication de mauvaises nouvelles, en particulier une mort imminente. Malgré tout, le droit du patient au consentement éclairé est de plus en plus largement accepté et le principal devoir du médecin est ici d'aider les patients à faire valoir ce droit.

6-2) Le médecin face aux demandes inappropriées du traitement des patients : [17]

Alors que la tendance à considérer les soins de santé comme des produits de consommation et les patients comme des consommateurs semble se renforcer, il n'est pas rare que les patients et leurs familles demandent l'accès à des services médicaux qui, de l'avis du médecin, ne sont pas appropriés. Cela peut aller de la demande d'antibiotiques pour une affection virale à une demande de soins intensifs pour des patients cliniquement morts ou encore des demandes de médicaments ou d'opérations chirurgicales prometteurs, quoique non encore éprouvés. Certains patients revendiquent un « droit » au service médical qu'ils estiment salutaire pour eux et les médecins ne se montrent souvent que trop obligeants, même s'ils sont convaincus que le service ne présente aucun avantage médical pour la santé du patient. Ce problème est particulièrement préoccupant lorsque les ressources sont limitées et que la prestation de traitements « futiles » et « non bénéfiques » à certains patients signifie que d'autres restent sans traitement.

Les termes **futile** et **non bénéfique** peuvent être entendus comme indiqué dans les lignes suivantes.

Dans certains cas, le médecin peut décider qu'un traitement est médicalement futile ou non profitable parce qu'il n'offre pas d'espoir raisonnable de guérison ou d'amélioration ou que le patient n'en retire jamais aucun avantage. Dans d'autres cas, l'utilité et l'avantage d'un traitement ne peut être décidé qu'en fonction de l'appréciation subjective du patient de son bien-être général.

En règle générale, le patient doit prendre part aux discussions concernant la détermination de la futilité de son traitement. Dans des cas exceptionnels, ces

discussions peuvent ne pas satisfaire le meilleur intérêt du patient. Le médecin n'a aucune obligation d'offrir un traitement futile ou non bénéfique à un patient.

Le principe du consentement éclairé suppose le droit du patient de choisir parmi les options proposées par le médecin. La question de savoir dans quelle mesure les patients et leurs familles ont droit à des services qui ne sont pas recommandés par leurs médecins est aujourd'hui un sujet important de controverse éthique, juridique et aussi de politique publique. En attendant que les gouvernements, les organismes d'assurance médicale et / ou les organisations professionnelles se prononcent sur le sujet, le médecin devra décider par lui-même s'il doit accepter ou non les demandes de traitement inapproprié. Il doit refuser ces demandes lorsqu'il est convaincu que le traitement est plus préjudiciable que bénéfique pour le patient. Il doit aussi se sentir libre de refuser un traitement dont il est improbable qu'il soit bénéfique même s'il n'est pas préjudiciable, bien que la possibilité d'un effet placebo ne doit pas être écartée. Dans le cas de ressources limitées, il doit attirer l'attention des responsables appropriés de l'allocation de ces ressources.

6-Quelle est la particularité de la relation Médecin-Société ? [17-20]

La médecine est une profession. Il existe pour le mot «profession » deux acceptions distinctes, bien que très proches:

(1) un emploi qui se caractérise par le dévouement au bien-être des autres, des normes morales supérieures, un ensemble de connaissances et de compétences et un haut degré d'indépendance;

(2) tous les individus qui pratiquent cette activité. « La profession médicale » peut signifier soit l'exercice de la médecine, soit les médecins en général.

Le professionnalisme médical ne se limite pas à la seule relation médecin / patient, ni aux relations entre collègues et autres professionnels de santé. Il engage aussi une relation avec la société.

La médecine est aujourd'hui, plus que jamais, une activité plutôt sociale que strictement individuelle.

Elle s'inscrit dans un contexte organisationnel et financier public et privé. Elle repose sur la recherche médicale et le développement de produits, publics et privés, pour établir ses connaissances de base et ses traitements. Elle a besoin de systèmes de santé complexes pour beaucoup de ses opérations. Elle traite tout autant les maladies d'origine sociales que biologiques.

La tradition de l'éthique médicale selon Hippocrate offre peu de recommandations sur les relations avec la société. Pour combler ce manque, l'éthique médicale d'aujourd'hui examine les questions qui se posent au-delà de la relation médecin / patient et recommande des normes et des méthodes qui permettent de répondre à ces problèmes.

Les médecins ont des relations diverses avec la société. Parce que la société et son environnement physique sont des facteurs importants pour la santé des patients, la profession médicale en général et les médecins individuels ont un rôle important à jouer dans la santé publique, l'enseignement médical, la protection de l'environnement, la législation de santé, le bien-être de la collectivité et aussi les témoignages dans le cadre des poursuites judiciaires.

Comme le souligne la **Déclaration de l'AMM sur les droits du patient [20]**, « lorsqu'une législation, une mesure gouvernementale, une administration ou une institution prive les patients de ces droits, les médecins doivent rechercher les moyens appropriés de les garantir ou de les recouvrer ». Les médecins sont également invités à jouer un rôle de premier plan dans

l'allocation des ressources limitées de santé de la société et ils sont parfois obligés d'empêcher l'accès à des services auxquels les patients n'ont pas droit.

L'accomplissement de ces tâches peut donner lieu à des conflits éthiques, surtout lorsque les intérêts de la société semblent s'opposer à ceux du patient.

CHAPITRE 2 BIS: L'APPORT DE LA RELIGION ET LE PRINCIPE DE L'ENTRAIDE SOCIALE. [21-22]

L'être humain n'est pas uniquement un ensemble de cellules vivantes. Plus que cela il porte avec lui un message incarnant la vertu, la science, la beauté et les valeurs les plus nobles, en ce sens que les relations qui doivent lier les hommes entre eux doivent être empreintes d'amour sincère et désintéressé et non pas bâties sur l'intérêt et les nécessités de l'heure.

Les nobles sentiments qui émanent du tréfonds de l'âme et qui s'expriment à travers les actes de bonté et de charité au service de l'humanité, représentent le plus haut degré dans les qualités morales humaines. Ces sentiments agissent sur le cœur de l'être humain lorsqu'il assiste à des malheurs ou à la souffrance d'autrui, et le poussent au sacrifice et à la lutte pour le soulager et le consoler.

En effet, la joie et la douleur, le bonheur et le malheur, la richesse et l'indigence sont étroitement liés à la vie de l'homme. Toutefois, dans la plupart des cas, il est possible de soulager les maux et les souffrances et d'atténuer leur effet en suscitant les sentiments et la sensibilité des autres et en venant en aide à ceux qui souffrent.

L'islam est un mode de vie qui invite les gens à accomplir de bonnes actions et qui les met en garde contre les mauvaises actions. Parmi les bonnes et vertueuses actions, il y a le fait de rendre visite aux personnes malades et à celles frappées d'un malheur. Quand les gens se visitent mutuellement alors qu'ils sont en bonne santé, cela renforce les liens de fraternité et d'amitié entre eux. Cela est encore plus vrai lorsqu'ils se rendent visite aux moments où la maladie frappe. Pour illustrer l'empathie que les musulmans sont censés

ressentir les uns envers les autres, le prophète Mohammed (que la paix et les bénédictions de Dieu soient sur lui) a dit :

« La parabole des croyants, dans leur amour et leur miséricorde mutuels, est celle d'un corps humain : lorsqu'une de ses parties ressent de la douleur, c'est tout le corps qui réagit par la fièvre et l'insomnie. »

Rendre visite aux malades est l'un des signes les plus clairs de cet amour, de cette empathie et de cette miséricorde entre les croyants. Qui plus est, rendre visite aux malades est une de ces responsabilités que doit remplir sans faute chaque musulman. Le prophète Mohammed a dit :

« Les droits du musulman sur son frère musulman sont au nombre de six : quand il le rencontre, il doit le saluer avec le salam (i.e. lui dire « assalam'alaikoum »); quand il l'invite, il doit répondre à son invitation; lorsqu'il le consulte sur n'importe quel sujet, il doit lui donner un avis sincère; lorsqu'il éternue et loue Dieu, il doit demander à Dieu d'être miséricordieux envers lui; lorsqu'il est malade, il doit lui rendre visite; et lorsqu'il quitte ce monde, il doit assister à ses funérailles. »

Dans ce hadith, donc, on constate que le musulman est encouragé à montrer de l'empathie envers son frère en islam au cours de trois phases de sa vie : lorsqu'il est en santé, lorsqu'il est malade et lorsqu'il meurt.

Il est à noter que les Oulémas ont rappelé quelques points importants à respecter lors de la visite au malade :

Il est évident qu'une visite qui ne serait motivée que par un intérêt matériel ne pourrait apporter cette récompense et ce mérite.

- L'un des buts de la visite étant de reconforter et de soutenir celui qui est souffrant, celui qui vient auprès de lui ne doit pas adopter une attitude qui pourrait le nuire ou lui occasionner une gêne quelconque.

Ainsi, certains Oulémas que la visite doit être relativement brève: En effet, la présence prolongée de quelqu'un à ses côtés peut incommoder plus ou moins fortement le malade, suivant son état. Par ailleurs, ce dernier préfère souvent que ce soit ceux qui sont les plus proches de lui (*enfants, parents...*) qui restent à ses côtés. Néanmoins, si le malade exprime lui-même le désir que la personne qui vient le voir reste plus longtemps, dans ce cas, il n'y a aucun problème.

Au cours de la visite, il faut, dans la mesure du possible, adopter une attitude réconfortante à l'égard du malade (*comme par exemple masser son visage ou l'endroit du corps qui le fait souffrir*), mais aussi lui tenir des propos encourageants sur son état.

Il est également convenable, dans la mesure du possible, de proposer son aide au malade et lui demander s'il désire quelque chose.

CHAPITRE 3 : LES DIFFERENTS INTERVENANTS DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES : [32]

LES ACTEURS, LEUR ROLE :

Différents acteurs intervenaient à hauteur de leurs compétences dans la prise en charge des maladies chroniques. Les intervenants du système de santé, la société civile, les proches, les décideurs politiques et les institutions académiques.

- La famille et l'entourage .

. Elle touche le malade au quotidien. Le conjoint, les descendants, les ascendants ou les voisins interviennent au niveau financier, psychologique, moral, physique affectif et spirituel.

Mais il y a aussi des proches, d'autres associations, des anonymes et des membres de la communauté sans lien de parenté qui participent par des dons financiers et en nature pour la prise en charge des hémodialysés. Leur présence est quasi quotidienne, sans rémunération, ni formation, leur apport est non négligeable. Ceci corrobore avec le modèle des soins novateurs pour les affections de l'OMS qui précise que la communauté est un acteur important dans la trajectoire des soins du malade chronique. Aussi les proches doivent accompagner les malades à travers les différentes étapes de sa maladie. Ils sont donc appelés à vivre de grands stress, de fatigue ainsi que les problèmes financiers médicaux comme l'atteste l'étude de Herrin [23].

- Les associations.

Les associations constituent par son apport un acteur important au niveau du système de santé et au niveau social. Elles assurent l'achat de certains médicaments, des vêtements et le transport pour les plus indigents, l'achat des

vivres, l'attribution du logement pour les accompagnateurs des malades, l'aide dans les démarches administratives,

Les associations vont encore plus loin jusqu'aux actions de prévention et de promotion de la santé individuelle et collective [24]. Par conséquent, les représentants des communautés dont fait partie des associations, devraient exposer de manière adéquate les besoins des populations, en particulier de ceux qui sont les plus vulnérables au travers des réseaux [25] afin de répondre aux besoins d'information, de prévention, de la co-morbidité des aspects sociaux et psychologiques.

Les lacunes relevée par l'OMS [26] est que le système de santé actuel dans la plupart des pays en développement est conçu pour soigner des maladies aiguës et n'est donc pas adapté à une médecine pour traiter des maladies chroniques. Celles-ci nécessitent une multiplicité d'acteurs dans les domaines médical, paramédical et social, un partage d'information, une prise en charge sans discontinuité sur le long terme et une coopération avec le patient dans le cadre d'une éducation thérapeutique. Les critères d'efficacité, dans le cas de la maladie aiguë, sont étroitement liés à la guérison mais non pertinents pour la maladie chronique qui, généralement, n'est pas guérissable.

LES PROFESSIONNELS DE SANTE.

Les professionnels de santé représentent le levier du système et ceux sur qui repose le succès de la prise en charge. Tous les patients sont unanimes sur cet aspect.

Les actes des professionnels ont été en pratique que technique : les soins,. L'accompagnement psychologique, l'écoute, l'éducation thérapeutique n'est pas systématique mais se fait selon les cas.

L'absence de diététiciens, de psychologues, d'assistants sociaux et l'insuffisance en personnels, rend la prise en charge incomplète et difficile dans la majorité des cas. Les complications, les maladies associées, les besoins spécifiques rendent la prise en charge complexes pour le professionnel de santé habitué à traiter l'aspect clinique des maladies.

La littérature parle des besoins tels que la précocité du diagnostic, la nécessité d'être informé sur la maladie, l'éducation thérapeutique [27- 28] et insiste également sur une prise en charge globale (médicale, psychologique et sociale) coordonnée et évolutive [26-27-28], d'où l'importance de connaître ces besoins, leur impact et envisager leur prise en charge. [30-31]

Des améliorations sont à apporter dans le sens de la multidisciplinarité et dans un continuum de prise en charge du stade préventif à la maladie, dans une logique de chaîne de soins comme le décrit la littérature, [33] une équipe pluridisciplinaire unique et au plus près de l'environnement du malade. La dimension de la souffrance psychique ne doit pas être négligée, l'écoute, la valorisation du malade sont nécessaires et devraient être positives pour les malades.

L'information du malade est indispensable dans sa prise en charge. Les affections chroniques imposent l'acceptation d'un traitement de longue durée mais souvent contraignant pour le malade. Cela implique pour ce dernier et son entourage de comprendre la maladie pour se faire aider et se soigner.[33]

Ce besoin de communication : informer, préparer et motiver, se retrouve tout au long de la maladie et suggère une pro-activité entre professionnels et malades.

Selon le modèle de soins chroniques de Wagner « Chronic Care Model » [34-35], les professionnels de santé constituent un pôle de compétence proactif préparé qui interagit de façon productive avec les patients actifs et informés. Ce

modèle est approprié dans ce cas d'étude-ci d'autant plus que le nombre de malades est limité, la dialyse se fait deux fois par semaine au même endroit avec pratiquement les mêmes prestataires.

La participation régulière à des séances de formations continues par l'ensemble des professionnels est un facteur majeur de l'amélioration de la prise en charge du malade.

LE GESTIONNAIRE DE SANTE.

Représentant le ministère de tutelle au niveau préfectoral ou régional, il est l'initiateur des conventions des partenariats avec les associations et l'administration locale. Il supervise les activités, ainsi l'initiation des formations continues pour les professionnels exerçant dans les centres médico-sociaux.

LES DECIDEURS POLITIQUES.

Les décideurs politiques représentés souvent par le ministère de la santé, l'administration locale souvent via les programmes l'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH) qui sont participatifs et basés sur la volonté de favoriser les opérations de développement humain.

Dans le modèle de partenariat de Bolen [36] les décideurs politiques définissent et appliquent les politiques de réorientation durable des approches de partenariat. Le gouvernement doit faire part de son soutien et renforcer sa position par des mesures législatives et devraient aider les intervenants-clés à se forger une vision commune d'un système de santé basé sur les besoins des personnes et faciliter la mise en place de partenariats. Les représentants de l'administration locale, au niveau des provinces, peuvent jouer un rôle considérable en soutenant les associations.

LES INSTITUTIONS ACADEMIQUES OU DE FORMATIONS

Les facultés de médecine, les instituts de formations aux carrières des agents de santé (ISPITS) et les écoles privées de formation des infirmiers polyvalents ont un rôle déterminant dans les partenariats.

L'apport de ces institutions est cité dans la préparation de professionnels de santé compétents comme défini dans la responsabilité sociale des facultés de médecine. La formation initiale devrait porter sur le diagnostic, l'annonce, les spécificités des complications des maladies chroniques, les besoins qu'elles engendrent et le mode de soutien aux familles et aidants.

Les laboratoires de santé et pharmaceutiques sont interpellés sur le coût des médicaments

Un effort de réduction des prix des médicaments pour les maladies de longue durée, l'utilisation de médicaments génériques à des prix accessibles et une couverture en assurance par l'avènement du régime d'assistance médicale (RAMED) seront profitables pour les malades.

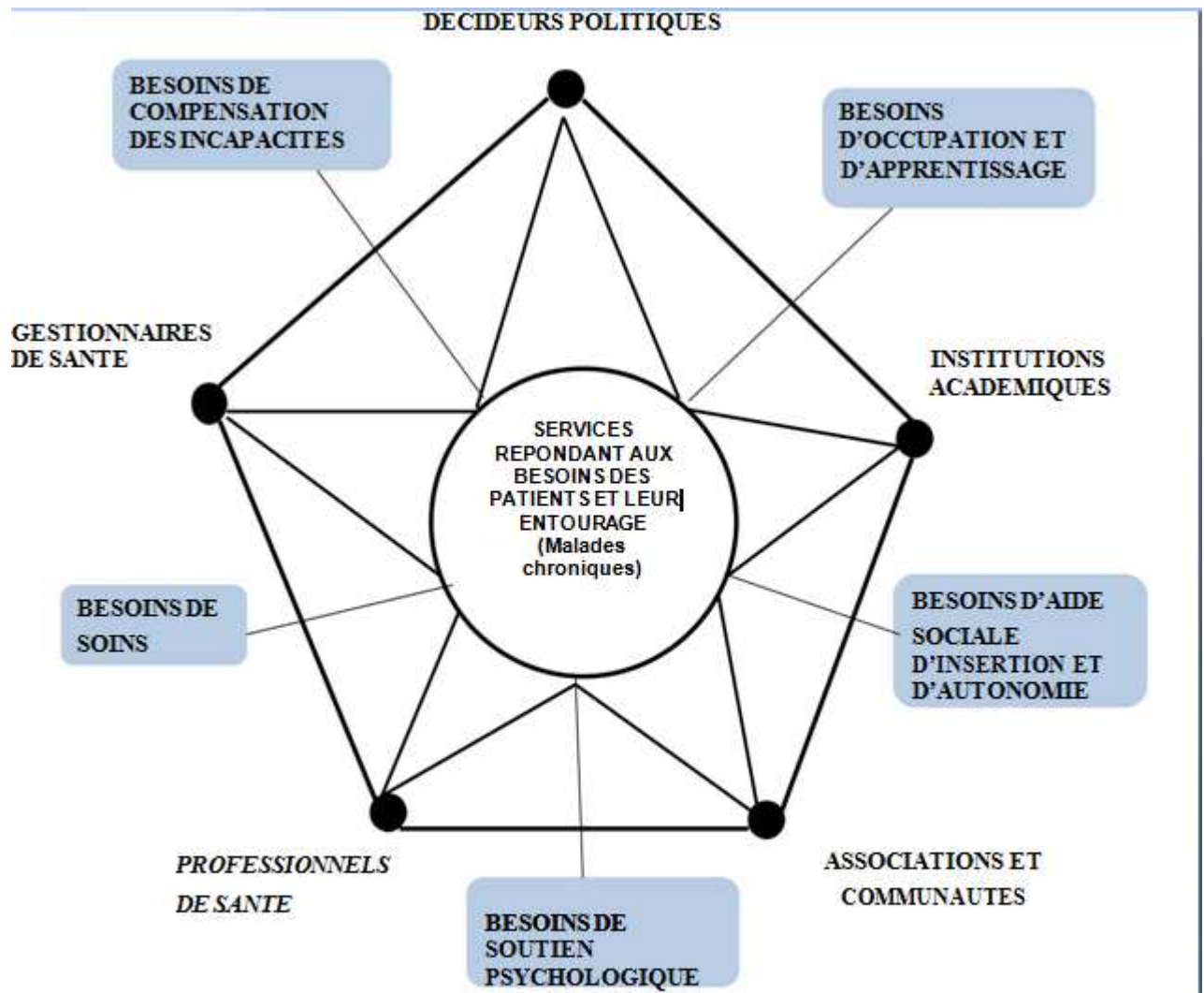


FIG 1 : LE MODELE CONCEPTUEL DE CHARLES BOELEN, 2001 :

Le modèle conceptuel de Charles Boelen de 2001 (Figure1). Il est représenté par le « pentagone » de partenariat qui identifie pour la mise en place d'un système durable de dispensation de services de santé basé sur les besoins des personnes, une liste non exhaustive composée de cinq principaux partenaires qui sont : **les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les professionnels de santé, les institutions académiques et la société civile.** Chacun a ses propres caractéristiques et références, ses atouts et contraintes, ses attentes et intentions. Cependant, pour atteindre l'objectif qui est de répondre aux besoins du patient, ces acteurs doivent partager les valeurs de qualité, équité, pertinence et efficience. Ce « pentagone » peut être élargi pour devenir un hexagone ou un polygone selon le nombre et la pertinence des acteurs qui constituent le partenariat.

CHAPITRE 4 LES ASPECTS PSYCHO SOCIAUX DES MALADIES CHRONIQUES EXEMPLE L'IRCT CHEZ L'ENFANT : [39]

EPIDEMIOLOGIE

Selon le ministère de la santé marocain, le nombre des personnes atteintes d'IR au Maroc s'élèverait à 9.114, dont 6.114 bénéficient des services de 160 centres (54 relèvent du ministère de la Santé) [37]

La société marocaine de néphrologie estime que les cas d'insuffisance rénale chronique au Maroc sont situés entre 100 et 120 patients pour 1 million d'habitant et qu'environ 3000 cas se trouvent chaque année en attente de dialyse. Des statistiques qui ne reflètent pas, selon Dr Zayed, la réalité puisque cette maladie est en constante progression (entre 5% et 8%) chaque année. [37]

Parmi les insuffisants rénaux sous dialyse au Maroc, Plus de la moitié des hémodialysés (55%) ont un niveau socio-économique moyen, alors que 31% ont un niveau socio-économique bas ou très bas et est donc sans aucune couverture sociale : Plus de la moitié des hémodialysés (58%) sont pris en charge par une mutuelle (CNSS70%, CNOPS 100%) ou une assurance, et 7% sont dialysés à leurs frais ou avec l'aide familiale, enfin 37% sont pris en charge par des associations de bienfaiteurs. [38]

A ce jour, malheureusement, aucune statistique nationale ne nous permet de donner le nombre exact d'enfants atteints d'IRCT. Cependant, plusieurs spécialistes de la néphrologie pédiatrique nationale estiment que ce nombre est au moins aussi élevé que celui observé dans les pays occidentaux (France et Etats-Unis (1.5 à 8.2 enfants par million par ans)...). [40-41]

En Europe l'incidence moyenne est voisine de 5 nouveaux cas par an par million d'enfants. Ainsi, en France, environ 100 à 150 enfants/an, nouveaux cas, arrivent au stade d'un besoin de traitement de suppléance de dialyse et/ou transplantation. [42]

Toujours au Maroc, environ 280 greffes ont été réalisées depuis 1990, date de la première transplantation rénale 100% marocaine. Actuellement, on est à un rythme de 2 greffes par mois à Casablanca. Quatre centres hospitaliers dans notre pays ont déjà été autorisés à procéder à des greffes (CHU Ibn Rochd à Casablanca, l'hôpital Avicenne, Cheikh Zayed et l'hôpital militaire à Rabat) [43]

Cependant, la greffe pédiatrique ne s'est effectuée qu'au CHU Ibn Rochd de Casablanca, depuis 2007 avec à peu près 7-8 greffes à partir de donneurs vivants jusqu'à ce jour.

Les CHU de Fès et Marrakech ont été autorisés en 2010 à pratiquer la transplantation rénale.

Les conséquences de l'IRCT chez l'enfant alourdissent la prise en charge et la rendent très chère et excessive pour la famille, surtout financièrement ce qui rend l'approche psycho-sociale dans le traitement très indispensable.

Le rôle de la prise en charge psychologique. [44]

Le suivi psychologique fait partie de la prise en charge des enfants dialysés. Le but, en plus du bien-être du patient, est de maintenir une relation de confiance entre enfants, parents et équipe médicale.

4-1-1 Histoire médicale

Plus la prise en charge est précoce, c'est-à-dire plus l'insuffisance rénale est détectée tôt, mieux la maladie est acceptée. Pour des enfants préparés, la dialyse s'intègre plus facilement dans le cadre de vie. Lors d'une prise en charge en urgence (maladie non détectée ou dégradation rapide), le côté brutal est difficile à gérer. La prise en charge psychologique est alors centrée sur le stress. De plus, en urgence, la fistule artério-veineuse n'a pas été préparée, et la voie utilisée est donc le cathéter central ce qui est beaucoup plus angoissant. Le risque vital est également plus important. S'ils y sont préparés, les patients vivent mieux leur pathologie car cela permet une confiance vis-à-vis des parents et des soignants qui ont su anticiper.

Ensuite, selon la maladie et son pronostic vital, les patients se trouvent face à des inégalités. Les comorbidités ne sont pas les mêmes. La dysplasie immuno-osseuse de Schimke, par exemple, expose à des AVC à répétition avec des paralysies temporaires, et des pertes de paroles pouvant durer jusqu'à deux jours... De plus, un patient souffrant de cette pathologie n'est pas candidat à la greffe car les symptômes rénaux n'en sont qu'une partie, et un greffon n'entraînerait pas de rémission. La dialyse va alors être vécue de façon plus douloureuse, car il ne s'agit plus d'une étape en attendant une greffe. La maladie a un caractère permanent, et le risque de décès est quotidien, même avec traitement.

4-1-2 L'environnement du patient

L'entourage du patient a un grand impact sur son vécu de la maladie, en positif comme en négatif. Il s'agit des parents, mais aussi des frères et sœurs, des personnes rencontrées à l'école ou du voisin de chambre.

Au sein d'une fratrie, la pathologie du frère ou de la sœur peut être source de culpabilité : « Ai-je le droit m'amuser alors que mon frère / ma sœur est souffrant/e et reste au lit car épuisé/e ? » ; « Pourquoi lui et pas moi ? ». Cette souffrance est ressentie par le patient qui tente souvent d'alléger le fardeau de ses proches, se mettant dans une situation intenable. Il peut aller jusqu'à masquer les signes de sa pathologie pour ne pas inquiéter son entourage.

La façon de vivre des parents joue également un rôle important. Par exemple, certains parents réagissent violemment face à la maladie, allant jusqu'à des rejets et des phrases très dures envers leur enfant. Dans certains contextes le père culpabilise la mère d'avoir donné un enfant malade, ce qui crée des tensions au sein de la famille. L'enfant doit faire face non seulement à sa maladie, mais encore à l'angoisse qu'elle suscite chez ses parents. Il peut alors essayer de diminuer cette angoisse par des comportements allant parfois même jusqu'au « maternage » de ses propres parents, situation bien trop lourde à porter. Il peut à l'inverse devenir « persécuteur », car au fond, si ses parents culpabilisent de l'avoir fait malade, c'est qu'ils doivent être coupables. Dans ce cas, la situation est aussi difficile à vivre pour les parents que pour l'enfant lui-même.

4-1-3 L'atteinte de l'image de soi :

L'image de soi équivaut à la place du patient en tant qu'homme/femme, futur père/mère, enfant de ses parents, frère ou sœur au sein d'une fratrie, et futur citoyen. Elle est fortement dépendante du regard des autres, qui agit comme un miroir dont le reflet peut être positif ou traumatique (Scelles, 2007).

Une dépréciation de l'image de soi peut être due à des différences par rapport à la norme d'ordre morphologique ou physiologique. Les calcifications liées à la pathologie entraînent des déformations, le retard de croissance est fréquent, la fistule est souvent inesthétique... De plus, le vécu symbolique de l'anurie entraîne une peur d'impuissance sexuelle pour le garçon, de stérilité pour la fille. Aux facteurs psychosociaux s'ajoutent d'autres facteurs, qui sont physiologiques. Chez les filles, les troubles sexuels peuvent avoir pour origine l'image du corps, la qualité de vie, le niveau de satisfaction sexuelle, l'éducation, la religion... À cela, l'IRC peut entraîner en plus une baisse de la libido, de l'excitation, de la lubrification, du plaisir, un défaut d'orgasme, des perturbations hormonales et neurologiques. Chez le garçon, les troubles sexuels (troubles de l'érection, de la libido, de l'éjaculation, de l'orgasme) sont également organiques et psychogènes. Aux problèmes endocriniens s'ajoutent une possible atteinte vasculaire périphérique, les effets indésirables de certains médicaments (comme les bêta-bloquants) et une mauvaise estime de soi. Ces troubles sont à prendre en compte car importants pour la qualité de vie du malade. Une information médicale et/ou une visite ou des photos d'un bébé de dialysé ou de greffé dans le service aide à dédramatiser cet aspect, apportant ainsi l'espoir d'une vie familiale future pour les patients dialysés.

Le désir d'enfant réveille également l'angoisse de la transmission de la maladie et de son origine (très souvent génétique).

La société demande beaucoup aux individus, qui doivent devenir compétitifs, « rentables », au risque d'être marginalisés. La pression est d'autant plus importante lorsqu'une personne part avec un handicap. Il ne correspond ni à ce que ses parents attendaient de lui, ni aux modèles de perfection dictés par la société. Le risque est que, ne correspondant pas à la norme, il se persuade qu'il ne peut rien faire.

4-1-4 Vécu des contraintes en fonction de l'âge :

L'insuffisance rénale implique des contraintes qui sont étonnamment bien tolérées par les jeunes enfants, souvent au prix de relâchements dans le secteur éducatif (l'enfant « monnaie » sa bonne volonté, les parents veulent éviter d'ajouter une pression supplémentaire à celle induite par la maladie). De plus, une maladie chronique draine l'attention des parents. Ces contraintes sont moins bien tolérées à l'adolescence, où l'on observe fréquemment des entorses pour les aliments salés, une prise irrégulière des médicaments. Elles sont dues à un désir d'autonomie, un besoin d'être comme les autres. La maladie est un frein, elle est lourde à porter car elle stigmatise la différence. De plus, c'est l'âge où l'enfant teste ses limites.

En effet, l'adolescence est une période de bouleversements tant physiques que psychiques où l'individu quitte l'enfance pour entrer dans l'âge adulte, et qui est bien souvent très difficile à gérer pour le jeune mais aussi pour les parents et l'entourage. La présence de la maladie complique davantage la traversée de cette phase déjà très complexe.

Devant les mises en danger du patient, le personnel hospitalier peut s'impatienter. Il y a un risque de rupture de l'alliance thérapeutique. Il convient donc à cette période d'impliquer l'adolescent dans sa maladie, le responsabiliser sans le culpabiliser. L'enfant doit se réapproprier sa maladie. Par conséquent, il est très important de créer une relation dès l'enfance.

4-1-5 L'incertitude face à l'avenir :

Lors de la dialyse, le patient est en attente de greffe. Une fois la greffe effectuée, il existe un risque de rejet, et donc un retour à la dialyse. Lors de l'adolescence, où s'effectuent les choix concernant l'avenir, le risque est de se polariser sur les contraintes de la maladie. Certaines personnes ne se voient plus qu'à travers le handicap que représente leur pathologie, ce qui entrave les futurs projets qu'ils auraient pu envisager. Ils ne se sentent plus capables de s'investir dans une entreprise qui leur paraît hors de portée. Cette vision a priori doit être dépassée.

4-1-6 L'alimentation :

L'alimentation a une place cruciale dans l'image que renvoie la maladie des relations parents-enfant. Il s'agit déjà, même en dehors de la maladie, d'un des grands axes conflictuels (avec le sommeil) dans cette relation.

Un enfant dialysé a peu d'appétence. Le choix d'aliments est restreint, avec deux enjeux : bien manger, tout en prenant du poids qui ne corresponde pas à une surcharge hydrosodée. Cela peut aboutir à un « forcing » des parents lorsque l'enfant ne mange pas assez. La maladie dramatise l'alimentation. De plus, la nourriture a une dimension affective dans le sens où l'objectif est

également de faire plaisir. Comment priver son enfant de manger certains aliments lorsqu'on l'aime ?

La difficulté est d'une autre nature lors de l'adolescence où, plus que le manque d'appétence, c'est l'interdit qui est au centre du problème. Manger comme les autres revient à une transgression de cet interdit. Il s'agit d'ailleurs de l'un des facteurs majeurs de choix de la greffe, loin devant l'arrêt de la dialyse. Les médias, en particulier les publicités à la télévision sont une source de tentation et de stress supplémentaire. De plus, les repas sont un support de la convivialité. Un adolescent sera facilement invité chez un ami où il y aura des chips, du saucisson... Il en résulte le plus souvent des dérapages contrôlés, le patient sachant jusqu'où il peut aller. Il est à noter que, sur le long terme, les limites du corps, la tolérance au taux de potassium, par exemple, sont repoussées. Chez d'autres, les mises en danger peuvent aller jusqu'à l'OAP. Lorsque ces dérapages vont trop loin, cela sous-tend un problème psychologique d'une autre nature qu'il convient de prendre en charge. En effet, un adolescent lambda face à de fortes contraintes va puiser dans ses ressources afin d'y faire face. Si ces ressources sont fragilisées, les risques de conduites dangereuses, voire de dynamiques addictives augmentent.

Lors de l'adolescence, la problématique revient principalement à pouvoir avoir le même plaisir que les autres, faire « comme eux » sans se mettre en danger. Au lieu de lutter contre les limites éducatives et médicales, certains parents se servent d'ailleurs de l'alibi alimentaire pour empêcher leurs enfants de grandir. Il est important que le travail d'adolescence se fasse sans remise en cause du travail médical. Le patient doit trouver l'équilibre entre ses souhaits et sa responsabilité.

4-1-7 Passage à l'âge adulte :

La décision du passage de l'adolescent en service adulte peut se faire sur des critères objectifs (connaissance de la maladie, du traitement et du régime, capacité de l'adolescent à gérer l'urgence) et des critères subjectifs (être prêt psychologiquement, se sentir sujet de sa vie et non objet de soins). La préparation se fait idéalement en équipe et avec la famille par des consultations alternées ou mixtes entre les services et par un travail d'autonomisation.

4-1-8 Suivi après la greffe :

Après la greffe rénale, les séances avec le psychologue sont à la carte, ceci afin d'inciter le patient à être moins assisté. L'inconvénient de ce protocole est qu'il est possible de passer à côté de problèmes psychologiques. Les bilans réguliers réalisés par un médecin permettent un relais, mais le patient peut parfois manifester un déni face à ses difficultés.

4-1-9 Aide et limite de la prise en charge psychologique :

Afin d'aider le patient, il existe deux stratégies complémentaires. La première est de se concentrer sur la personne et non sur la maladie. En effet, l'identité d'un individu ne se réduit pas à sa pathologie. La seconde est de trouver des pistes afin d'aider la personne par rapport aux difficultés de la maladie. La technique du « gate contrôle », par exemple, est souvent employée. Elle consiste à créer de la distraction par rapport aux stimuli nerveux douloureux, en particulier lors de la ponction qui peut être vécue avec l'angoisse de la douleur. L'enfant, en serrant les doigts, en plus d'être détourné de la

sensation douloureuse, devient actif, il ne subit plus. Il se rend alors compte qu'il a plus peur que mal. Cela crée une façon de voir et de vivre les choses.

Un des problèmes de cette prise en charge psychologique est de maintenir un désir de vie car les nombreuses menaces (pathologies associées, effets indésirables des traitements...) ont un effet usant. De plus, les patients développent une culpabilité par rapport à leur maladie et les répercussions qu'elles ont sur leur entourage qu'il convient de ne pas empirer. Par exemple, une enfant souffrant de dysplasie immuno-osseuse de Schimke, avec des accidents vasculaires cérébraux à répétition, avait tendance à cacher ses symptômes afin de ne pas inquiéter sa mère qui vit mal la maladie de sa fille. Or, la prise en charge d'un AVC doit être la plus précoce possible.

4-1-10 Prise en charge éducative :

Les enfants hémodialysés doivent bénéficier d'une prise en charge éducative afin d'assurer au mieux la continuité de leur enseignement scolaire, leur apprentissage. La scolarité est un élément essentiel pour la qualité de vie des patients, car il permet l'insertion sociale (et plus tard professionnelle) et une certaine normalisation, l'école fait partie du projet du soin. Le fait de ne rien exiger d'un enfant au niveau scolaire amplifie son anxiété, car cela sous-entend qu'il n'en aurait plus besoin. Étudier implique à terme l'obtention d'un diplôme ou d'une qualification professionnelle, et donc une possible vie professionnelle. Ce suivi de scolarité maintient psychologiquement l'enfant, et le « normalise ». Il allie le plaisir d'apprendre au maintien de la « pulsion de vie ».

CHAPITRE 5 LES ASPECTS PRATIQUES

1- L'ENQUETE DU SERVICE DE PEDIATRIE4 HOPITAL D'ENFANT RABAT : [45-46-47]

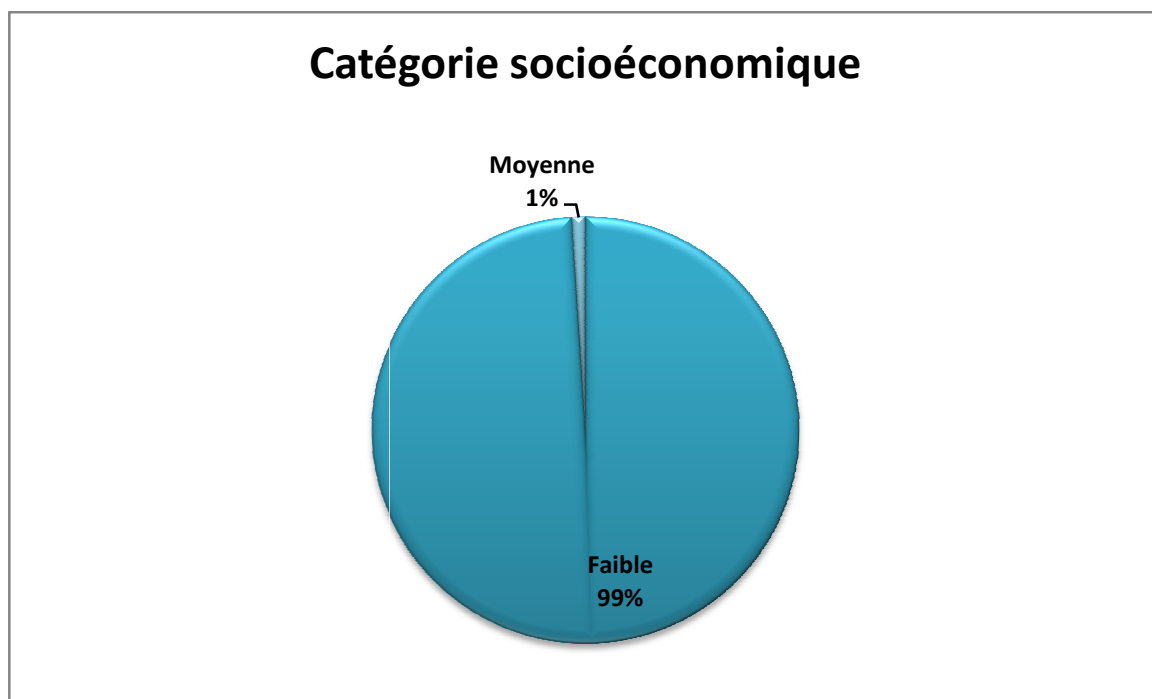
1-1- Matériel et méthode:

Il s'agit d'une enquête descriptive réalisée auprès de 11 enfants hémodialysés et leurs parents permettant de mettre le point sur le milieu socio-économique d'où il sont issus, leurs comportement et celui de leurs familles face à la maladie, et finalement le niveau de satisfaction par rapport au personnel médical.

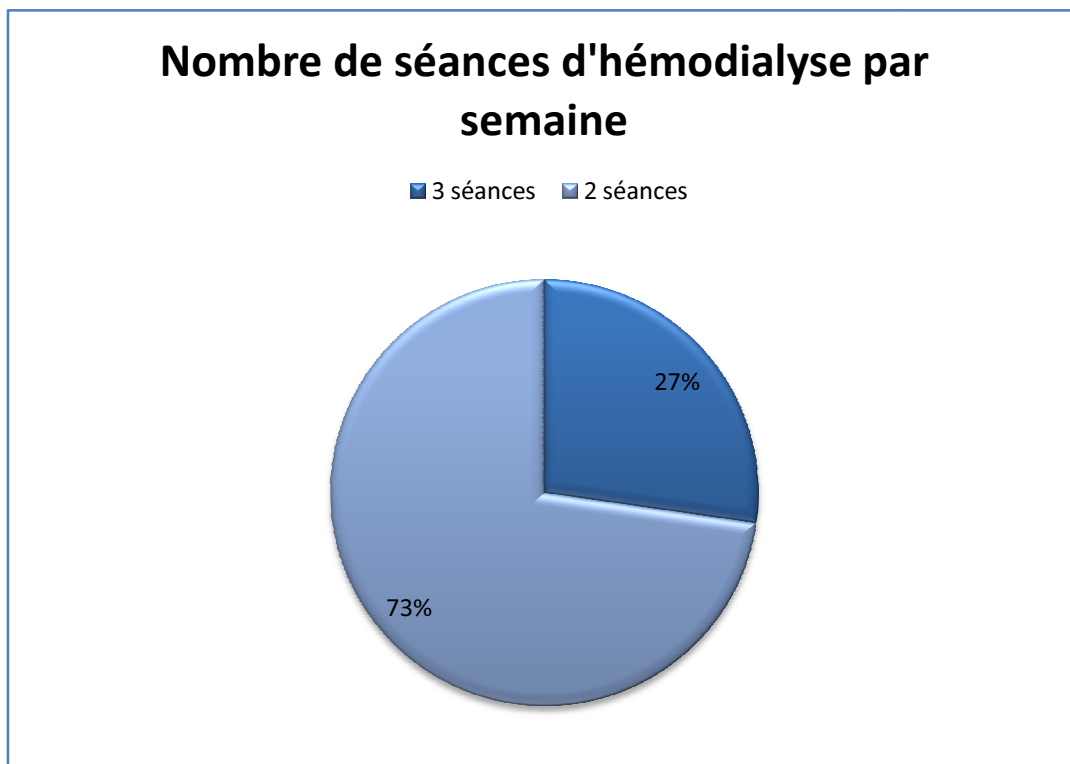
1-2 Résultats:

La cible de cette étude concerne 11 enfants, dont l'âge varie entre 5 et 16 ans, hémodialysés et leurs parents.

Tous les enfants étaient issus d'un milieu socioéconomique faible.



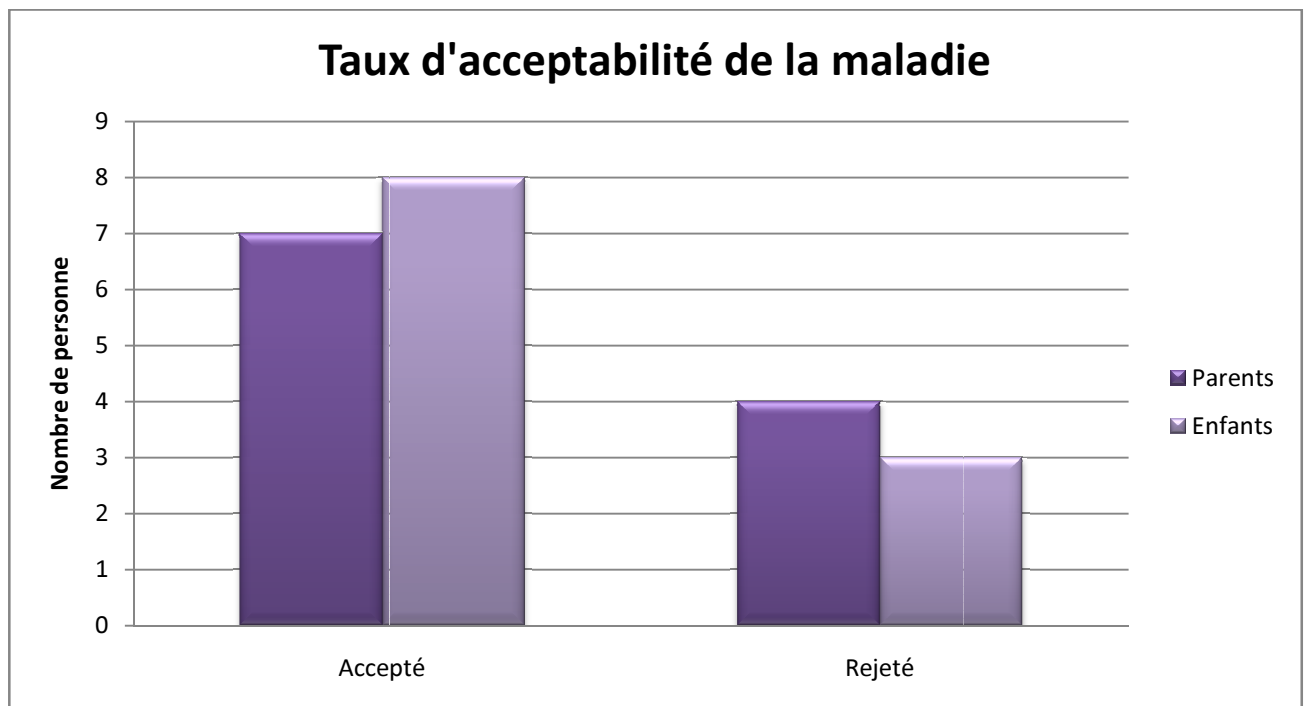
8 enfants avaient 2 séances d'hémodialyse par semaine alors que 3 autres enfants en avaient 3 séances par semaine.



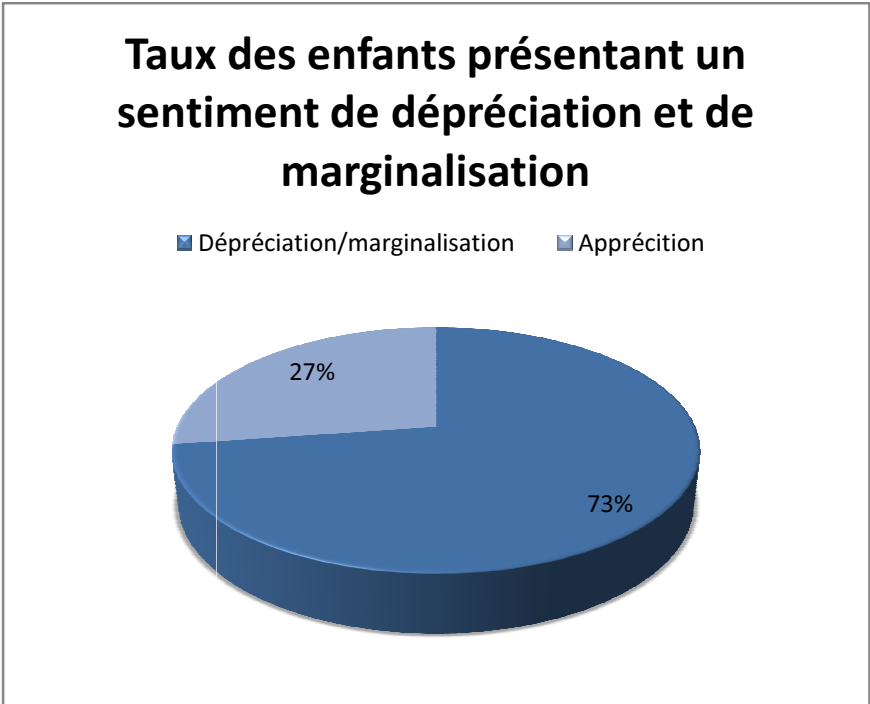
° Face à la maladie, 8 enfants acceptaient leurs pathologies alors que les 3 autres présentaient un rejet avec agressivité.

° Chez 7 enfants les parents acceptaient la situation ; alors qu'ils présentaient un rejet chez les 4 autres.

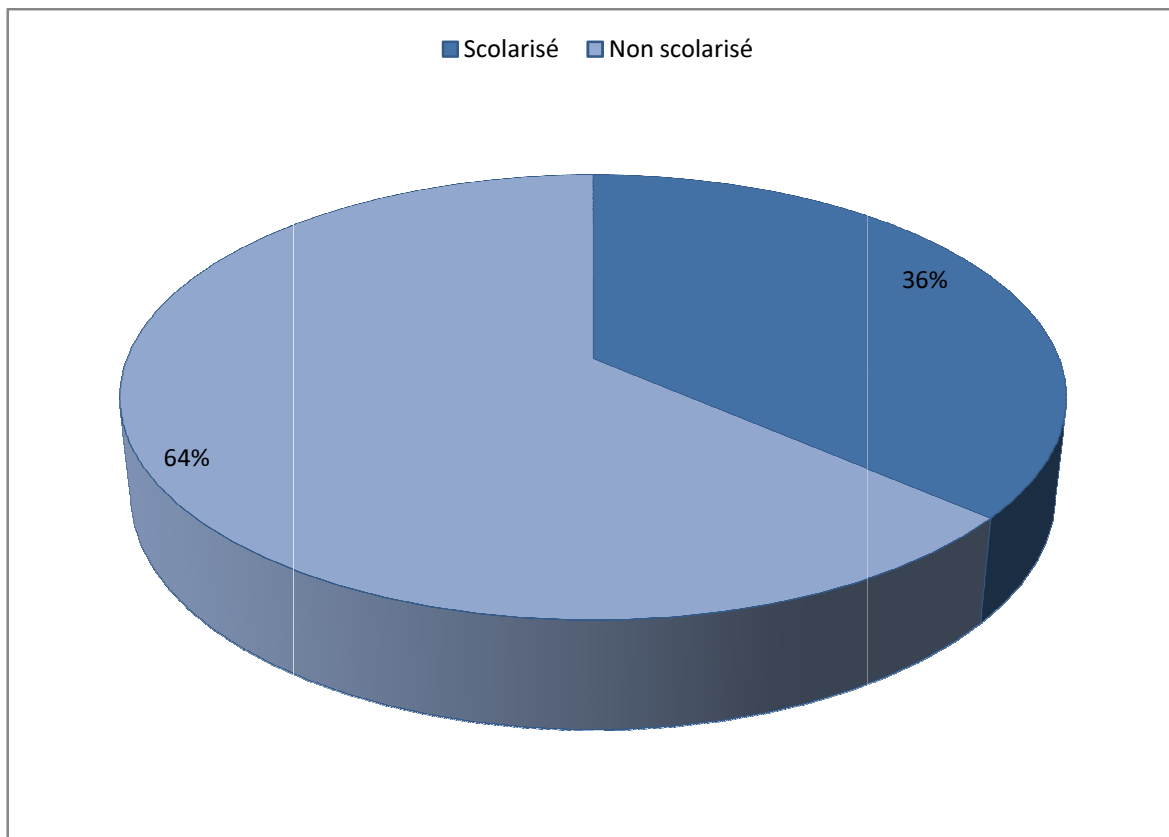
→ L'étude montre un niveau d'acceptabilité assez important que se soit de la part des enfants (72.73%) ou de la part de leurs parents (63.64%), par contre 27.27% d'enfants se comportent d'une manière agressive pour exprimer leurs rejets de la pathologie, et 36.36% de parents n'acceptent pas la situation de leurs enfants.



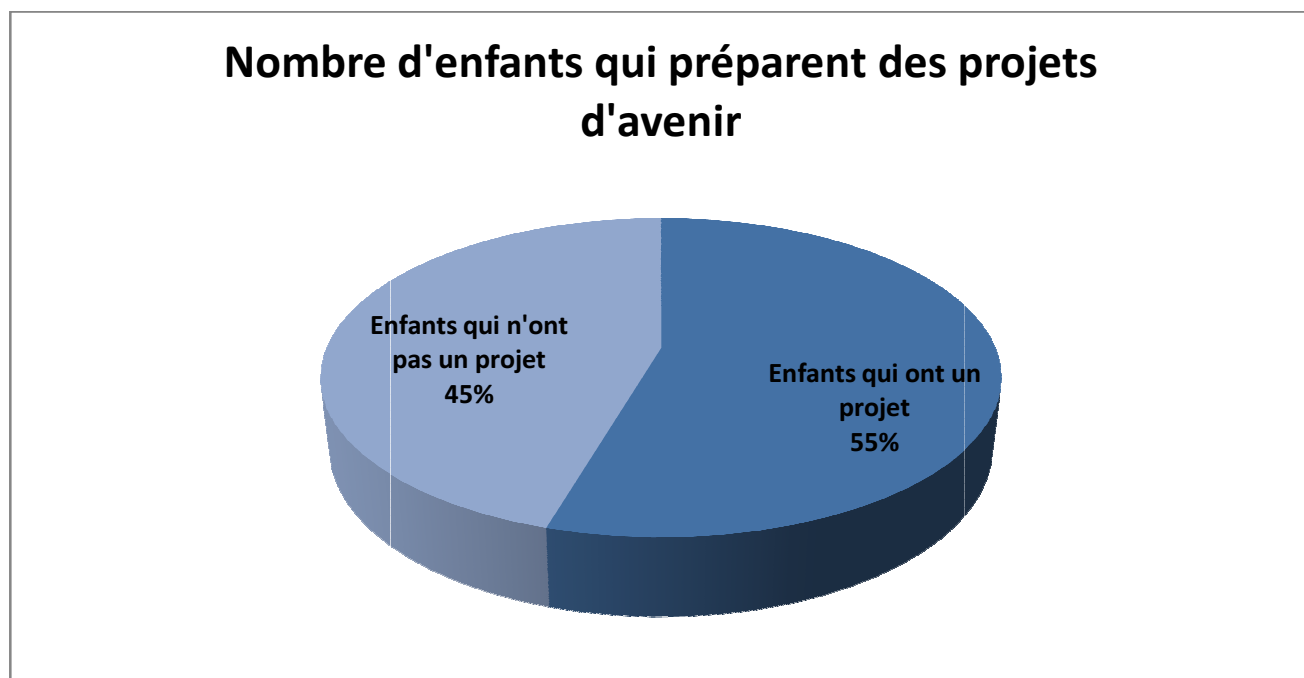
La majorité des enfants (8) avaient un sentiment de dépréciation et de marginalisation alors que tous présentaient une angoisse.



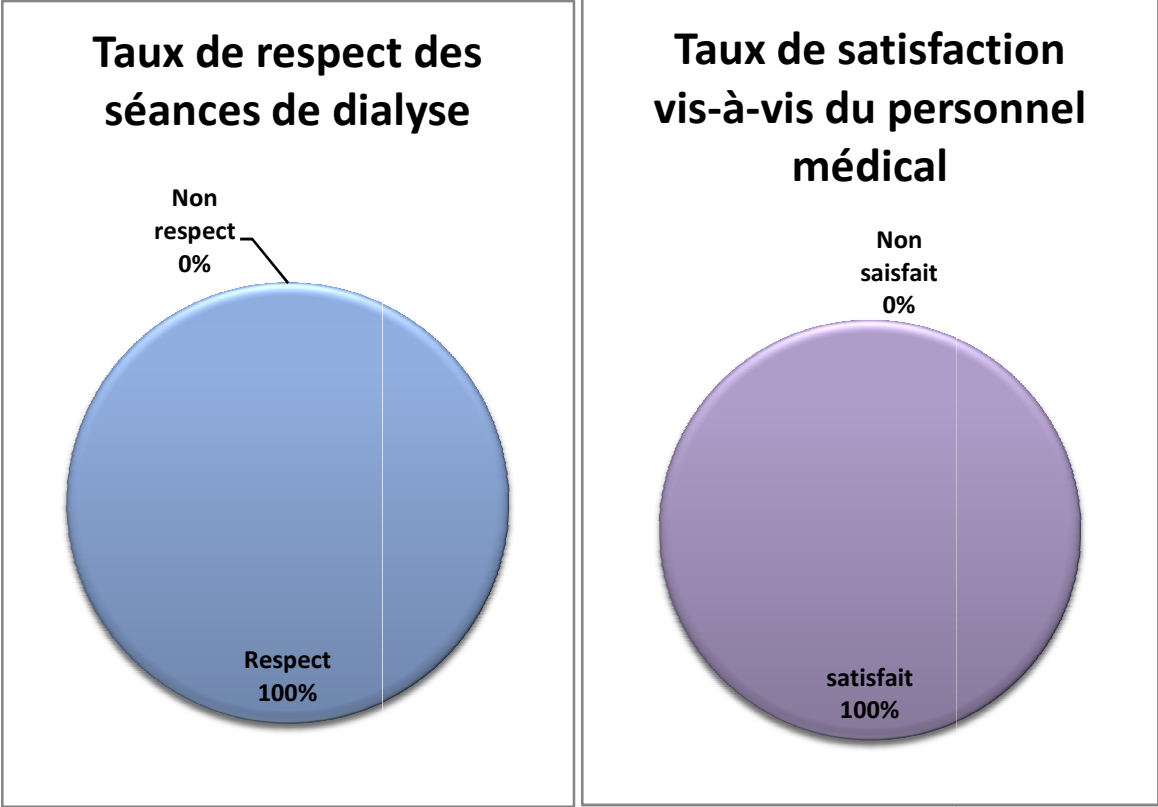
° 7 enfants étaient en arrêt scolaire alors que 4 toujours scolarisés mais avec difficulté.



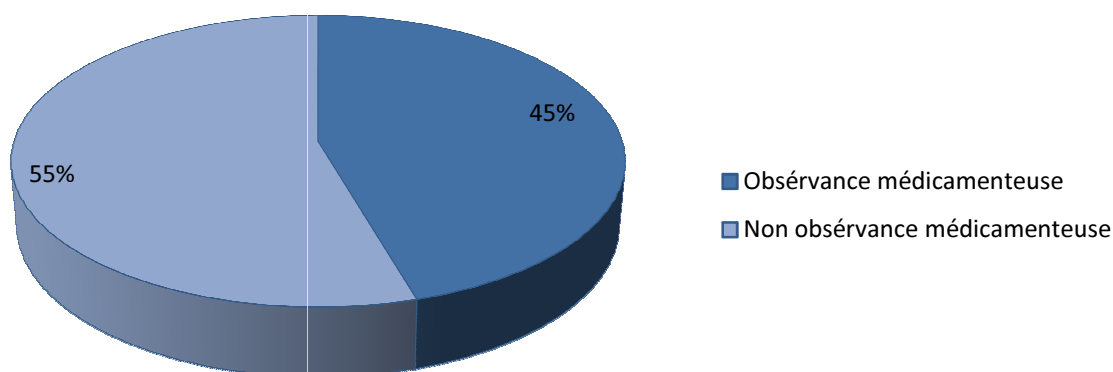
En ce qui concerne leurs projets d'avenir : 6 enfants (54.54%) en avaient un, face à 5 (45.45%) qui n'en avaient pas.



° Tous présentaient un respect strict des séances de dialyse et tous se disaient satisfaits du personnel médical alors que seulement 5 ont une observance médicamenteuse



Taux de personne qui ont une observance médicamenteuse



1-3 Apport de l'association marocaine des maladies du rein chez les enfants : al misfate [48]

Présentation.

L'association Al Misfate est une association d'aide aux enfants atteints d'insuffisance rénale. Cette association a été créée en juillet 2001 à la suite d'efforts louables de médecins et de personnes opérant au sein de la société civile. L'association se propose par le biais des personnes physiques et morales qui la supportent de venir en aide aux enfants atteints de cette maladie en les prenant en charge en totalité ou en partie pour les séances d'épuration. La cherté et de l'inabondabilité des séances d'hémodialyse sur le plan matériel (en moyenne 800dhs la séance), deux à trois séances d'hémodialyse par semaine n'est pas une tâche facile pour l'enfant encore moins pour les parents qui

doivent se mobiliser ou mobiliser une personne afin qu'elle assiste l'enfant ne serait ce que sur le plan du transport maison / centre d'hémodialyse. Ainsi l'association s'engage à :

Assurer l'accueil des malades et de leurs familles

-Prendre à sa charge les frais inhérents à la construction (ou aménagement, réaménagement) des locaux.

-Equiper le centre d'hémodialyse et l'approvisionner constamment en matériel requis, y compris les kits, pour son fonctionnement normal.

-Apporter son soutien logistique, notamment en assurant un stock de sécurité en kits équivalent aux besoins des malades.

-La réparation et la maintenance des appareils d'hémodialyse et des dispositifs de la salle de traitement d'eau.

-Assurer l'éducation thérapeutique

-Assurer la prise en charge psychologique par la psychologue de l'association ou en orientant vers la psychologue du CHU.

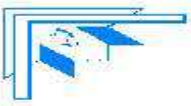
-Assurer la prise en charge médicale en assurant l'Erythropoïétine, Fer injectable, ou le traitement de suppléance en collaborant avec d'autres associations.

- la prise en charge diététique en mettant les enfants malades et leurs familles en contact avec la diététicienne du service d'hémodialyse.

- assurer le transport et l'hébergement gratuits pour les enfants démunis.

- La pris en charge des bilans de contrôle paraclinique.

Ainsi le cout estimable de chaque enfant pris en charge par l'association est entre 8000-10000 dhs/enfant/mois



CONCLUSION:



Le médecin praticien du secteur public reste la pierre angulaire dans le système de santé de chaque pays.

Au Maroc, il se trouve face à de nombreuses tâches, et la charge de travail rend quasi impossible son rôle psycho-social, pourtant, la population consultante attend le contraire, ce qui crée des points d'insatisfaction.

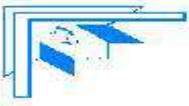
Un vif appel est adressé au ministère de la santé pour :

-Améliorer les conditions de travail des médecins et de tous les professionnels de santé, dont la grande majorité souffre du syndrome d'épuisement professionnel(Le Burn-Out).

-Généraliser la couverture médicale pour tous les démunis en leur permettant un accès digne aux services de santé dans l'hôpital public.

- Dispenser aux futurs médecins praticiens les outils pédagogiques adéquats pour une meilleure prise en charge clinique et psycho-sociale des patients (cours magistraux, stages, simulation...)

-Promouvoir la formation continue en éducation thérapeutique.



RESUMES



RESUME

Titre: Le rôle psycho-social du médecin dans les hôpitaux publics.

Auteur: MAJDI Mohammed

Mots Clés: éducation thérapeutique - précarité sociale - l'insuffisance rénale chronique terminale – enfant – relation médecin-patient – communication thérapeutique.

Le médecin praticien est l'axe de la prise en charge des pathologies aiguës et chroniques, pourtant dans son cursus aucune formation sur l'approche psycho-sociale ne lui a été accordée.

Les maladies chroniques constituent un problème majeur de santé publique nécessitant une prise en charge multidisciplinaire et coûteuse, non seulement pour les patients mais aussi pour leurs familles, et pour les établissements de santé publique.

L'objectif de ce travail est de mettre l'accent sur la place fondamentale qu'occupe l'approche psycho-sociale tenant comme exemple l'insuffisance rénale chronique terminale chez l'enfant.

Ainsi, à la lumière d'une enquête descriptive menée au sein de l'unité d'hémodialyse de l'hôpital d'enfant de Rabat chez 11 enfants en IRC terminale sous hémodialyse, la majorité des enfants (8) avaient un sentiment de dépréciation et de marginalisation, pourtant le taux de satisfaction soulignée vis-à-vis du personnel soignant de l'unité est à 100%, ce qui rend cette unité un leader au CHU IbnSina Rabat, grâce à son approche psycho-sociale. Aussi l'apport de l'Association Marocaine des Maladies du rein chez les enfants (AL MISFATE) est crucial permettant aux enfants malades la prise en charge intégrée multidisciplinaire et l'insertion sociale, aussi le logement et les frais de transport pour les familles des malades les plus démunis.

Compte tenu du contexte actuel, surtout avec les flux migratoires des réfugiés et les crises économiques, ainsi la couverture médicale non généralisée, les médecins reçoivent de plus en plus des personnes en situation de précarité d'où la nécessité d'une coordination avec les autres intervenants : les parents, les assistantes sociales, les psychologues, les associations de la société civile... pour une meilleure prise en charge.

ABTRACT

Title: The Psycho-social role of a Doctor in Public Hospitals.

Author: MAJDI Mohammed

Key-words: Therapeutic Education-Social precariousness-Renal chronic terminal insufficiency - Child-Doctor-patient relationship- Therapeutic Communication.

The medical practitioner is the focus of the treatment of acute and chronic diseases, yet in his course no training on the psycho-social approach has been granted.

Chronic diseases constitute a major problem in public health. They require multidisciplinary and costly care not only for the patients but also for their families, and for public health institutions.

The goal of this work is to show the fundamental place that the psycho-social approach occupies, taking the renal chronic terminal insufficiency among children as an example.

In addition to this, in the light of a descriptive research done in the hemodialysis unite in children's hospital among 11 children with Renal chronic terminal insufficiency (RCTI) under a dialysis therapy, the majority of children had a feeling of depreciation and marginalization. However, the satisfaction rates for the medical service are 100%, which makes this medical unit a leader in CHU IbnSina Rabat, thanks to its psycho-social approach taken towards its patients. The contribution of the Moroccan Association of Kidney Diseases in Children (AL MISFATE) is crucial for the care of sick children in integrated multidisciplinary care and social integration, including housing and transport costs for the poor families.

Taking into consideration the current context, especially with the migrating flows of refugees, the economic crises in addition to the non-generalized medical insurance, doctors receive more and more people in a situation of instability where the necessity of a coordination with other interveners, such as: parents, social assistants, psychologist and civil society associations for a better care.

المخلص

العنوان: الدور النفسي الاجتماعي للطبيب في المستشفيات العمومية

المؤلف: محمد ماجدي

الكلمات المفتاح: التربية العلاجية- عدم الاستقرار الاجتماعي - داء القصور الكلوي المزمن- طفل-

علاقة الطبيب بالمريض- التواصل العلاجي

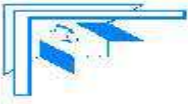
يعد الطبيب الممارس محور علاج الأمراض الحادة والمزمنة غير أنه خلال المسار التكويني، لم يتلق أي تكوين يخص المقاربة النفسية-الاجتماعية في العلاج.

تشكل الأمراض المزمنة مشكلا أساسيا لدى صحة المجتمع، فهي تتطلب عناية متعددة الاختصاصات و تكلفة ليس فقط بالنسبة للمرضى و انما لعائلاتهم و لمؤسسات الصحة العمومية كذلك.

الهدف من هذا العمل إبراز المكانة الأساسية التي تشغلها المقاربة (النفسية- اجتماعية) بأخذ القصور الكلوي المزمن لدى الأطفال كمثال.

و كذلك في ظل بحث وصفي أجري في وحدة تصفية الدم في مستشفى الأطفال بالرباط لدى 11 طفلا مصابين بداء القصور الكلوي المزمن تحت العلاج، أغلبية الأطفال (8) كان لديهم الشعور بالنقص و التهميش، لكن نسب الرضى نحو الفريق الطبي تعد بنسبة 100% مما يجعل من الطاقم الطبي لهذه الوحدة رائدا في المستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط، وذلك بفضل مقاربتة (بسيكو-اجتماعية) اتجاه مرضاه. أيضا مساهمة رابطة أمراض الكلى المغربي لدى الأطفال (المصفاة) مهمة للغاية إذ تمنح الأطفال المرضى الرعاية المتكاملة متعددة التخصصات، الاندماج الاجتماعي، وتكاليف السكن والنقل لعائلات المرضى الفقراء.

و بالأخذ بعين الاعتبار السياق الحالي، بالخصوص مع تصاعد تدفقات المهاجرين اللاجئين و الأزمات الاقتصادية و كذلك التغطية الصحية الغير معمة، يتلقى الأطباء أكثر فأكثر أشخاصا في حالة فقر مدقع حيث يصبح التعاون والتنسيق مع عناصر أخرى: الآباء، المساعدون الاجتماعيون، الأطباء النفسيون و جمعيات المجتمع المدني... ضرورة قصوى لعناية أفضل.



ANNEXES



ANNEXE 1
QUESTIONNAIRE DE L'ENQUETE

***Vous êtes :** Fille-Garçon.

***Votre âge :**

°Comment vous jugez les conditions environnementales où vous vivez ?

Fortes/Moyennes/Faibles.

°Combien de séance d'hémodialyse faites-vous par semaine ?

°Comment vous vous comportez face à votre maladie ?

Vous acceptez la situation ?

Vous refusez la situation ?

°Comment vous vous comportez face à la maladie de votre enfant ?

Vous acceptez la situation ?

Vous refusez la situation ?

°Vis-à-vis votre entourage, vous vous sentez plutôt ?

Valorisé/ Apprécié/ Désapprécié/ Marginalisé.

°Est ce que vous poursuivez toujours vos études ?

Oui – non

°Si oui, comment jugez-vous les conditions dont vous étudiez ?

Bonnes / Moyennes / Mauvaises.

°Est-ce que vous avez plutôt des espoirs ou des projets par rapport à votre avenir?

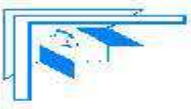
OUI-NON

°Est-ce que vous prenez votre médicament régulièrement. ?

OUI-NON

°Est ce que vous êtes satisfait du personnel médical (accueil, traitement, comportement...)?

OUI-NON



BIBLIOGRAPHIE



[1] <https://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9>

[2] <https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9decine>

[3] <https://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9decin>

[4] <https://fr.wikipedia.org/wiki/Bien-%C3%AAtre>

[5] Ressources éducatives dans l'éducation thérapeutique du jeune patient atteint de maladie chronique Thèse de doctorat ; Margarita SANCHEZ OVANDO ; p: 43

[6] PERROT M., 2000, Evolution et enjeux de la formation en éducation pour la santé, La santé de l'homme, n°346, mars - avril, pp. 5 – 7.

[7] http://ofep.inpes.fr/uploaded/c7-4_seq01/7-4_seq01_materiel_3.pdf

[8] Module DCEM2 : Apprentissage de l'exercice médical Sous module : Ethique et déontologie, relation médecin-malade ; Faculté de médecine paul Sabatier Toulouse ; PAGE 27.

[9] <http://www.em-consulte.com/rmr/article/151363>

[10] IVERNOIS J. F. (d©), GAGNAYRE R, 2004, Apprendre à éduquer le patient : approche pédagogique, 2^e éd., Paris, Vigot.

[11] HAUTE AUTORITE DE SANTE , France Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation CONSULTABLE SUR: https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

[12] DICTIONNAIRE LE ROBERT.

[13] Conseil national des politiques de lutte, contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Consultable sur : <http://www.cnle.gouv.fr/> Definitions-de-la-pauvrete.html

[14] La définition du pere joseph wresinski dans son rapport au conseil economique et social français. consultable sur : <http://www.joseph-wresinski.org/fr/grande-pauvrete-et-precarite141/>

[14] Dr. DANAN Président du conseil départemental de l'Hérault de l'Ordre des médecins.

[15] 4ème journées scientifiques de l'hôpital Esquirol (94)Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 5 juin 1999 Dr Michel DUCLOUX (rapporteur) Dr Marie-Elisabeth DELGA , Dr Francis MONTANÉ.

[16] Déclaration de Genève , l'Association Médicale Mondiale

Consultable sur : www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-geneve/

[17] Manuel d'éthique médicale de l'AMM

[18] L'Organisation des Nations Unies.

Consultable sur : <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>

[19] CODE INTERNATIONAL DE L'ETHIQUE MEDICALE

Consultable sur : <https://www.wma.net/fr/policies-post/code-international-dethique-medicale-de-lamm/>

[20] Déclaration de LISBONNE de l'AMM sur les droits du patient.

Consultable sur : <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-lisbonne-de-lamm-sur-les-droits-du-patient/>

[21]http://www.alhassanain.com/french/articles/articles/ethics_and_supplication/ethics_articles/l_apport_des_richesses_dans_l_organisation_de_la_vie/001.html

[22]<http://www.islamweb.net/frh/index.php?page=articles&id=147666>

[23] Herrin J, Cangialose C. B., Boccuzzi, S. J, Weintraub, W. S, Ballard, D. J. Household Income Losses Associated With Ischaemic Heart Disease for US Employees. *Pharmacoeconomics*. 2000; 17(3): 305–14.

[24] Organisation Mondiale de la Santé. Conférence Ministérielle Européenne de l’OMS sur le Système de santé - Comment mettre en oeuvre les programmes de prise en charge maladies chroniques en tenant compte de la diversité des contextes et des prestataires de soins. Analyse des systèmes et des politiques de santé. Tallinn: OMS; 2008.

[25] Laville M, Juillard L, Deleaval P, Fave S, Charlois A, Touzet S. Rôle des réseaux de santé dans le dépistage et la prise en charge de la maladie rénale chronique : Insuffisance rénale chronique. Un diagnostic trop tardif. LA PRESSE MEDICALE. 2007; 36 (12):1865-874

[26] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Prévention des maladies chroniques un investissement vital, sauver 36 millions de vies d’ici 2015. Genève : OMS; 2006.

[27] Ecole Nationale Santé Publique (ENSP). Module interprofessionnel de santé publique - Prise en charge de la maladie chronique : quels rôles pour les secteurs professionnels, familiaux et alternatifs?. Rennes: ENSP; 2004.

[28] Grace MR. Du sanitaire au social développer un réseau de prise en charge global des insuffisants rénaux. Mémoire. Rennes: ENSP; 2003.

[29] Boelen C. Vers l’unité pour la santé : défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé, document de travail. Genève: OMS; 2001

[30] Organisation Mondiale de la Santé: Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 : principes directeurs et questions essentiels. Genève: OMS; 1979.

[31] Organisation Mondiale de la Santé Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais. Rapport sur la santé dans le monde. Genève: OMS; 2008.

[32] DR Kra Kouakou Eugene partenariat ministere de la sante - societe civile dans la prise en charge globale de l'insuffisance renale chronique terminale : cas du centre medico-social attakafoul d'ait melloul, Mémoire. INAS 2012

[33] Grace MR. Du sanitaire au social développer un réseau de prise en charge global des insuffisants rénaux. Mémoire. Rennes: ENSP; 2003.

[34] Dermot M, Anthony D, Rony Z, Don E A global framework for action to improve the primary care response to chronic non-communicable diseases: a solution to a neglected problem. BMC Public Health [en ligne] 2009 sept [consulté le 05/06/2012]; 9: [7 pages]. Consultable à l'URL: <http://http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/355>

[35] Wagner EH. Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? Effective Clinical Practice. 1998;1(1):2-4

[36] 8. Boelen C. Vers l'unité pour la santé : défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé, document de travail. Genève: OMS; 2001.

[37] 9114 Marocains souffriraient d'IR : Statistiques lénifiantes et manque d'infrastructure. Libération publié le 14-09-2010

[38] IRC : Enorme progrès de traitement. Le matin.ma publié le 22-03-2010.

[39] Imane Yken LES MOYENS THERAPEUTIQUES DE LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE TERMINALE CHEZ L'ENFANT. Thèse 2011

[40] A.Bourquia. La santé de l'enfant : néphrologie pédiatrique où en est-on au Maroc ? Doctineurs n° 27, publié Novembre 2010.

[41] A .Maroua Abderrahmane, Diane Desmarais, Pierre Robitaille, Véronique Phan, Marie-José Clermont, Anne-Laure Lapeyraque, Aicha Mériouani.

[42] La néphrologie pédiatrique. Revue rein échos n°4 publié avril- octobre 2008.

[43] IRC : Enorme progrès de traitement. Le matin.ma publié le 22-03-2010.

[44] Dr.Cécile Cheron. La prise en charge des enfants hémodialysés. Thèse de Doctorat en pharmacie RENNES 2013

[45] A. EL MOUMEN*, N. OULAHIANE*, H. AIT OUAMAR*, A. BENTAHILA** : Service de Pédiatrie (P4), Hôpital d'enfants de Rabat

Enquête psychosociale chez les enfants hémodialysés.

[46] Plusquellec M. Aspects psychologiques et sociaux des enfants insuffisants rénaux, dialysés et transplantés, in : L'infirmier(e) en néphrologie, 3ème édition. Elsevier Masson, 2009.

[47] dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00836642/document

[48] Site internet de l'Association Marocaine des maladies du rein chez les enfants "AL MISFATE" Consultable sur : <http://www.almisfate.asso.ma/>

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 maitres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dû.*

** 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, honneur et les mobiles 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'imposera entre mon devoir et mon patient.*

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

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

** Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

Déclaration de Genève, 1948

قسم ابوقرط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضواً في المصنعة الطبية أتعهد علانية:

- بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية؛
 - وأن أحترم أساتذتي وأتصرف لهم بالجميل الذي يستحقونه؛
 - وأن أمارس مهنتي بوازح من ضميري وشرفي جاعلاً صحة مريضى هدفي الأول؛
 - وأن لا أفشي الأسرار المعمودة إلي؛
 - وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمصنعة الطب؛
 - وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي؛
 - وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي؛
 - وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها؛
 - وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقبت من تهديد؛
 - بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسم بشرفي.
- والله على ما أقول شهيد.

جامعة محمد الخامس - الرباط
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 158

سنة: 2017

الدور النفسي الاجتماعي للطبيب في المستشفيات العمومية أطروحة:

قدمت ونوقشت علانية يوم:

من طرف

السيد: محمد ماجدي

المزاداد في 21 مارس 1990 بالغوالم

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: التربية العلاجية- عدم الاستقرار الاجتماعي - داء القصور الكلوي المزمن- طفل-
علاقة الطبيب بالمريض- التواصل العلاجي.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة:

رئيس

السيد: محمد عدناوي

أستاذ في الطب الباطني

مشرف

السيد: حسن أيت واعمر

أستاذ في أمراض الكلي عند الأطفال

السيدة: الدخامة بدر سعود بنجلون

أستاذة في طب الأطفال

أعضاء

السيدة: آمال تهيمو إيزكا

أستاذة في طب الأطفال

السيدة: سكيينة الحمزاوي

أستاذة في علم الأحياء الدقيقة