



# PLAN

<b>ABREVIATION.....</b>	<b>5</b>
<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>7</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX.....</b>	<b>8</b>
<b>GLOSSAIRE FRANÇAIS –ANGLAIS .....</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>11</b>
A. Contexte de l'étude .....	12
B. Problématique de l'étude .....	14
C. Les objectifs de l'étude .....	16
<b>GÉNÉRALITÉ .....</b>	<b>17</b>
I. SYSTEME DE SANTE ET OFFRE DE SOINS .....	18
A. Définitions .....	18
B. Organisation et structures du système national de santé.....	18
1. Organisation du système national de santé .....	18
2. Structures du système national de santé .....	21
II. L'OFFRE DE SOINS DE READAPTATION AU MAROC.....	26
A. Définitions .....	26
B. L'importance et la place des services de réadaptation dans une filière de soins .....	27
C. L'offre de soin en réadaptation actuel .....	31
III. LE HANDICAP .....	33
A. Etymologie .....	33
B. Définitions.....	34
C. Les types de déficiences .....	35
D. Les classifications et concepts du handicap .....	38
E. Epidémiologie du handicap au Maroc .....	44
IV. READAPTATION ET REEDUCATION .....	46
A. Histoire de la médecine de réadaptation au monde.....	46
B. Histoire de la médecine de réadaptation au Maroc .....	47
C. Approche interdisciplinaire de réadaptation .....	49
D. Les membres de l'équipe de MPR .....	49

---

V. LA REGION FES MEKNES .....	56
A. Présentation de la région de Fès Meknès .....	56
B. L'offre de soins dans la région .....	58
<b>MATERIEL ET METHODES .....</b>	<b>66</b>
1. Type d'étude .....	67
2. Méthodologie .....	67
3. Outil.....	67
4. Procédure .....	67
5. Présentation de l'étude.....	68
<b>RESULTATS.....</b>	<b>69</b>
I. BESOIN EN READAPTATION DANS LA REGION FES MEKNES .....	70
A. Population générale .....	70
B. Population en situation de handicap.....	71
C. Population en situation de handicap par type .....	73
II. OFFRE DE SOINS DE REHABILITATION ET READAPTATION .....	74
A. Les infrastructures .....	74
1. Répartition des structures de réadaptation dans la RFM .....	74
2. Les services de réadaptation disponibles dans la RFM .....	77
3. Les types de rééducation dans la RFM .....	81
B. Les ressources humaines .....	85
1. Répartition de personnels de réadaptation par profils .....	85
2. Répartition de personnels de réadaptation dédiée au PSH par provinces et effectif médical et paramédical .....	89
3. Répartition de personnels de réadaptation par réseaux de l'offre soin .....	90
C. L'équipement .....	91
D. Le financement.....	98
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>99</b>
1. Besoin en réadaptation dans la région de Fès Meknès .....	100
2. Offre de soins de réhabilitation et réadaptation .....	101

3. Adéquation entre l'offre de soin de réadaptation et les besoins de PSH.....	106
4. Points forts.....	109
5. Points faibles.....	109
6. Faits marquants et chiffres-clés.....	110
<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>111</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>113</b>
<b>RÉSUMÉS.....</b>	<b>115</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>122</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>136</b>

## Abréviation

<b>CRDPH</b>	: Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées
<b>ODD</b>	: Objectif de Développement Durable
<b>MPR</b>	: Médecine Physique et Réadaptation
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>PSH</b>	: Personne en Situation d'Handicap
<b>OS</b>	: Offre de Soins
<b>RESSB</b>	: Réseau des Etablissements de Soins de Santé de Base
<b>ESSB</b>	: Etablissements de Soins de Santé de Base
<b>RH</b>	: Réseau Hospitalier
<b>DR</b>	: Dispensaire Rural
<b>CSC</b>	: Centre de Santé Communal
<b>CSCA</b>	: Centre de Santé Communal avec unité d'accouchement
<b>CSU</b>	: Centre de Santé Urbain
<b>CSUA</b>	: Centre de Santé Urbain avec module d'Accouchement
<b>CDTMR</b>	: Centre de diagnostic et de traitement de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires
<b>REMS</b>	: Réseau des Etablissements Médico-sociaux
<b>CNOPS</b>	: Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
<b>CNSS</b>	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
<b>CRM</b>	: Croissant Rouge Marocain
<b>HL</b>	: Hôpital Local
<b>CHR</b>	: Centre Hospitalier Régional
<b>CHP</b>	: Centre Hospitalier Provincial
<b>CIRAR</b>	: Centre Intégré de Rééducation et d'Appareillage Régional

- CIRP** : Centre Intégré de Rééducation Provincial
- CIH** : Classification Internationale du Handicap
- CIF** : Classification Internationale de Fonctionnement du handicap et de la  
santé
- RFM** : Région Fès Meknès
- APA** : Association Américaine de Psychiatrie
- DSM-IV TR** : Manuel Diagnostique et Statistique Des Troubles Mentaux
- SROS** : Schéma Régional de l'Offre de Soins

## Liste des figures

Figure 1: Organisation du système de santé par secteur au Maroc .....	20
Figure 2: Pyramide de l'offre de soins au Maroc .....	25
Figure 3: Schéma de la filière de soins en réadaptation proposé par le ministère de la Santé au Maroc.....	30
Figure 4: Offre des services spécialités en réadaptation dans le secteur public en 2016 .....	32
Figure 5: Modèle tridimensionnel du Handicap selon Wood 1980 .....	39
Figure 6: Processus de production du handicap (PPH) – D'après P. Fourgeyrollas et coll. (1996).....	41
Figure 7: Approche multidimensionnelle du handicap proposée par la CIF.....	43
Figure 8: Correspondance conceptuelle dans le champ du hândicap.....	44
Figure 9: Centre de réhabilitation de l' Hopital El Ayachi à Salé.....	48
Figure 10: Affiche de lancement de formation d'ergothérapie en Septembre 2017 .....	54
Figure 11: Préfectures et provinces de la région Fès Meknès .....	57
Figure 12: Nombre des ESSB par province et préfecture dans la RFM selon SROS [58]	58
Figure 13: Répartition des PSH dans la RFM par type de déficience .....	73
Figure 14: Carte de l'offre de soin en réadaptation et des PSH dans la RFM.....	76

## Liste des tableaux

Tableau 1: EMSP dans la région Fès Meknes selon le SROS .....	59
Tableau 2: Répartition des hôpitaux par province et par capacité litière selon SROS ..	61
Tableau 3: Panier des prestations hospitalières par niveau d'interventions selon SROS .....	63
Tableau 4: Répartition des ressources humaines par préfecture et province selon SROS.....	64
Tableau 5: Répartition des ressources humaines par réseau selon SROS.....	65
Tableau 6: Population générale dans la RFM.....	70
Tableau 7: Population des PSH dans la RFM.....	72
Tableau 8: Répartition des hôpitaux généraux par province par capacité litière et par capacité litière en réadaptation .....	75
Tableau 9: Panoplie des services de réadaptation dans la RFM par réseau de soins de santé .....	79
Tableau 10: Panoplie des services de réadaptation dans la RFM par préfectures et provinces .....	80
Tableau 11: Offre de soins de réadaptation disponibles dans la RFM par réseau de soin de santé .....	82
Tableau 12: Rôles clés qui doivent être assurés par les différents réseaux de santé en matière de réadaptation .....	84
Tableau 13: Ressources humaines spécialisées en réadaptation dans la RFM.....	86
Tableau 14: Ressources humaines spécialisées en réadaptation au niveau de CHU et CHR .....	87
Tableau 15: Ressources humaines en réadaptation dans les CHP et ESSB dans la RFM .....	88
Tableau 16: Répartition des ressources humaines en réadaptation par province et par effectif médical et paramédical .....	89
Tableau 17: Répartition des ressources humaines en réadaptation par réseau de soins de santé .....	90
Tableau 18: Equipement en réadaptation dans la préfecture de Fès .....	92
Tableau 19: Equipement des structures de réadaptation dans la préfecture de Meknes .....	94

Tableau 20: Equipement des structures de réadaptation dans les autres provinces de la RFM.....	96
Tableau 21: Estimation de nombre de lits de Médecine physique et de réadaptation nécessaire pour la région Fès Meknès en fonction du pourcentage de la capacité litière théoriques des hôpitaux.....	102
Tableau 22: Estimation du nombre de lits en médecine physique et de réadaptation nécessaires pour la région Fès Mèknes selon le selon le ratio 2,5 et 158 par 100.000 habitants.....	103
Tableau 23: Adéquation entre l'offre de soin de réadaptation et les besoins de PSH	107

## Glossaire Français –Anglais :

<b>Abréviation</b>	<b>Version française</b>	<b>Version anglaise</b>
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé	World Health Organisation
<b>MPR</b>	Médecine Physique et de Réadaptation	Physical Medicine and Rehabilitation
<b>PSH</b>	Personne en Situation de Handicap	Person With Disabilities
<b>CIF</b>	Classification Internationale de Fonctionnement du handicap et de la santé	International Classification of Functioning of Disability and Health
<b>CIH</b>	Classification Internationale du Handicap	International Classification of Disability

# INTRODUCTION

## **A. Contexte de l'étude :**

Sur le plan international, la soixante-septième assemblée de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté une résolution approuvant le plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021: un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées [1], ce qui représente une avancée historique. L'OMS a déjà soulevé lors de son rapport mondial sur le handicap [2] que de nombreuses personnes handicapées n'ont pas accès sur un pied d'égalité aux soins de santé, à l'éducation et à l'emploi, ne bénéficient pas des services spécifiques au handicap dont elles ont besoin et se sentent exclues des activités de la vie quotidienne.

Le droit à la santé des personnes en situation de handicap (PSH) est un droit humain fondamental reconnu dans la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées (CRDPH) des Nations Unies ratifiée par le Maroc en 2009 [3].

Selon la conférence de l'OMS "Réhabilitation 2030: un appel à l'action" qui a eu lieu de 6 au 7 Février 2017 [4], Il existe dans le monde un besoin important et sans cesse en matière de réadaptation, qui est particulièrement profond dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. La réadaptation a pour objectif d'optimiser l'activité fonctionnelle et d'aider les personnes présentant des problèmes de santé à rester aussi indépendantes que possible, à participer à l'éducation, à être économiquement productives, et à jouer un rôle constructif dans leur vie. A ce titre, la disponibilité de services de réadaptation accessibles et abordables, joue un rôle fondamental dans la réalisation de l'objectif de développement durable (ODD) n°3, « Assurer une vie saine et promouvoir le bien-être pour tous, à tout âge ».

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

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

En 2015, le plan d'action national santé et handicap 2015-2021[7] a été élaboré par le ministère de la Santé, ayant pour objectif principal l'amélioration de l'accès des PSH aux soins de santé de qualité et de proximité, et ce, à travers le renforcement et la mise en œuvre d'actions promotionnelles, préventives et de réadaptation.

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

## **B. Problématique de l'étude :**

Dans le monde, plus d'un milliard de personnes vivent avec un handicap sous une forme ou une autre et près de 200 millions d'entre elles ont de très grandes difficultés fonctionnelles, dont environ 80% dans des pays à ressources limitées [2].

Ce chiffre va augmenter dans les années à venir en raison des progrès réalisés dans les traitements médicaux et les systèmes de soins qui ont entraîné un taux plus élevé de survie aux maladies et aux traumatismes, avec comme conséquence, de nombreuses personnes continuant à vivre avec une certaine forme de déficience[4,9] Ceci, conjugué à l'augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles et au vieillissement de la population, implique une demande croissante en services de réadaptation[9].

Les personnes handicapées sont particulièrement vulnérables aux carences de services tels que les soins de santé, la réadaptation, le soutien et l'assistance. D'après les données obtenues dans quatre pays d'Afrique australe, seulement 26 à 55 % des personnes bénéficiaient de la réadaptation médicale dont elles avaient besoin ; 17 à 37 % avaient les aides techniques nécessaires ; 5 à 23 % suivaient une formation professionnelle adéquate ; 5 à 24 % bénéficiaient des services d'aide sociale nécessaires [2].

Selon l'enquête sur la santé dans le monde, les personnes handicapées avaient une probabilité deux fois plus grande de juger insuffisantes les compétences des agents de santé pour leurs besoins, quatre fois plus grande de ne pas être bien traitées et presque trois fois plus grande de se voir refuser les soins de santé dont elles ont besoin même si les personnes handicapées ont les mêmes droits que les autres en matière de soins de santé généraux[2].

Cette insuffisance en services de réadaptation est particulièrement liée à l'insuffisance des ressources allouées à la mise en œuvre des politiques et des plans de réadaptation, par l'absence de financement efficace surtout dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où les gouvernements ne peuvent pas fournir des services adéquats ; ainsi à l'absence de données rigoureuses et comparables sur le handicap et de bases factuelles sur les programmes qui fonctionnent bien peut nuire à la compréhension et à l'action [2].

Au Maroc le rapport de Conseil Economique et Social conclut que les données disponibles sur le handicap sont insuffisantes, ne sont pas actualisées, ne reflètent pas la réalité et sont discordantes. De plus l'accès des PSH à la santé reste précaire, selon l'enquête nationale du Handicap de 2004 : une personne sur cinq ne fréquente jamais les institutions sanitaires et la situation est particulièrement difficile en milieu rural. L'accès aux soins spécialisés, à la rééducation et aux aides techniques reste impossible financièrement pour la grande majorité qui ne dispose pas de couverture. Ainsi les infrastructures spécialisées en rééducation sont encore très limitées et concentrées dans les grands centres urbains [10].

L'accès aux services de soins médicaux était la principale demande exprimée par 55,3 % des PSH. Les services de médecine physique et de réadaptation, pratiquement inexistant dans le secteur de santé public au Maroc. Selon les recommandations de l'OMS concernant les besoins en lits hospitaliers réservés aux soins de suite et de réadaptation, le Maroc devrait assurer au minimum une offre de 2149 lits dédiés à la rééducation et réadaptation [11].

Le Maroc souffre d'un déficit quantitatif et qualitatif en ressources humaines qui est structurel et aggravé par une distribution régionale déséquilibrée. L'OMS situe le Maroc parmi les 57 pays du monde qui présente une pénurie aigue en personnel

soignant .Actuellement , les effectifs du personnel médical et paramédical demeurent largement en deçà des besoins minimaux pour garantir à l'ensemble de la population une offre de soins de qualité [8] .Cette pénurie est d'autant plus grave dans le secteur de réadaptation où le personnel médical et paramédical est en nombre insuffisant[10],et dont les compétences de base identifiées reflètent la pratique générale de la réadaptation avec des lacunes en matière de formation et d'éducation aggravant la pénurie qualitative des agents de santé de réadaptation[12].

### **C. Les objectifs de l'étude :**

L'objectif principal du présent travail est d'évaluer l'adéquation entre les offres de soins de réadaptation fournis aux PSH et leur besoins en soins de réadaptation dans la région de Fès- Meknès (RFM).

Les objectifs secondaires de notre étude sont l'évaluation des besoins en soins de réadaptation dans la région de Fès- Meknès et la réalisation d'une cartographie de l'offre de soins de réadaptation au secteur public dans cette région. Et enfin proposer, à la lumière des résultats de notre étude, des recommandations permettant d'améliorer l'offre de soins en réadaptation offerts aux PSH.

# GÉNÉRALITÉ

## **I. Système de santé et offre de soins :**

### **A. Définitions:**

Le système national de santé se définit comme l'ensemble des ressources humaines, matérielles, financières ainsi que les institutions et activités destinées à assurer la promotion, la protection, la restauration et la réhabilitation de la santé de la population[13].

L'offre de soins (OS) est l'ensemble des infrastructures et installations de santé (fixes et mobiles), relevant du secteur public et du secteur privé, des ressources humaines qui leurs sont affectées, ainsi que des moyens mis en œuvre pour produire des prestations de soins et des services afin de répondre de façon optimale aux besoins de santé des individus et des collectivités [14].

### **B. Organisation et structures du système national de santé:**

#### **1. Organisation du système national de santé:**

Le système de santé marocain est organisé en deux secteurs public et privé comme décrit dans la figure 1.

##### **a. Le secteur public :**

Il est assuré principalement par les structures du ministère de la Santé. Ces structures comportent un Réseau d'Etablissement de Soins de Santé de Base (RESSB) essentiellement ambulatoires, un réseau hospitalier avec des hôpitaux universitaires et non universitaires, et un ensemble d'instituts et laboratoires nationaux [15].

D'autres services font également parti de l'offre publique de soins comme les services de santé des Forces Armées Royales (FAR), les bureaux d'hygiène municipaux et communaux qui dépendent des collectivités locales. Les unités et services de divers départements administratifs sont rattachés à l'offre publique

de soins de santé comme les unités de préventions sanitaires collectives, les unités de transport sanitaire, et les services de médecine pénitentiaire [15].

**b. Le secteur privé :**

Le secteur privé englobe tous les cabinets de consultation, de diagnostic ou de soins exerçant sous un régime libéral. Il existe aussi un secteur privé dit à but non lucratif qui est constitué de structures sanitaires des mutuelles de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), des Mutuelles de la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS), du Croissant Rouge Marocain (CRM) [16], etc. Il convient aussi de citer les agents de la médecine traditionnelle [16].

Le recours au système de soins dans le secteur privé est en principe libre dans le sens où tout citoyen peut théoriquement s'adresser à n'importe quel prestataire de soins. Le principe théorique aussi du « libre choix du médecin » édicté par le code déontologie des médecins qui date de 1953 fait qu'il n'y a pas d'organisation ni d'orientation des recours aux soins [17].

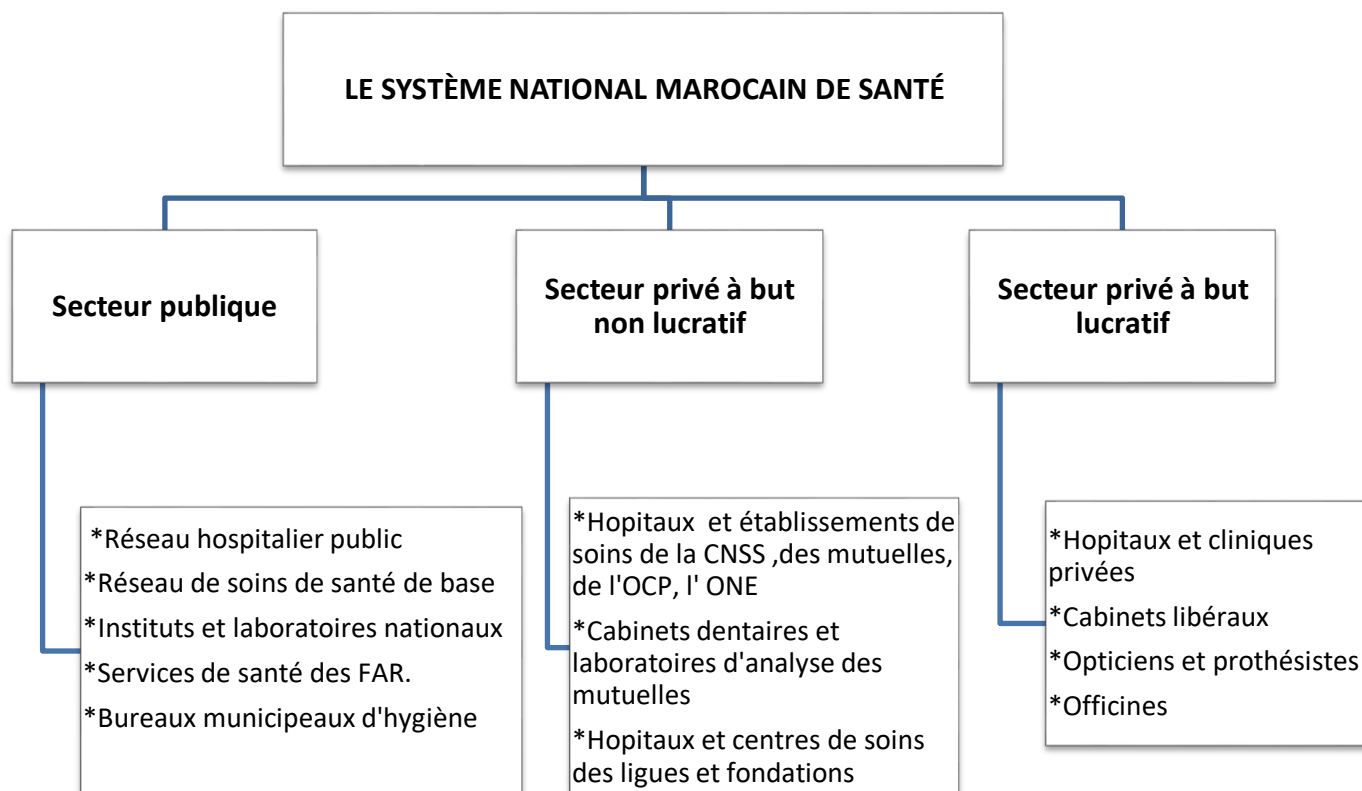


Figure 1 : Organisation du système de santé par secteur au Maroc

## **2. Structures du système national de santé**

Le système national de santé est organisé de façon pyramidale, hiérarchisée et fondé sur les soins de santé primaires, comme la montre la figure 2.

### **a. Structures publiques:**

Les structures publiques du système national de santé sont organisées en deux réseaux :

#### **1. Le réseau des établissements de soins de santé de base**

L'établissement de soins de santé de base (ESSB) constitue la première interface entre la population et le système de soins, et la base opérationnelle de toute l'action sanitaire. Il est conçu pour agir sur les conditions de santé des habitants. C'est à travers ce réseau que se développe la stratégie de la couverture de la population par les services de santé de base (promotion de la santé, prévention, soins essentiels) [18]. Il comprend:

**Le dispensaire rural (DR) :** c'est le plus petit ESSB. Il constitue l'unité opérationnelle de premier recours, non médicalisée, la plus décentralisée du système sanitaire devant délivrer les soins de santé essentiels (promotion, prévention et soins).

**Le centre de santé communal (CSC) :** il constitue pour le milieu rural, le premier établissement sanitaire médicalisé. Il est implanté au chef-lieu de la commune et doit assumer, en plus des soins essentiels et des activités de protection de la santé maternelle et infantile et de lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles, les consultations médicales, et l'encadrement des dispensaires qui lui sont rattachés.

**Le centre de santé communal avec unité d'accouchement (CSCA) :** Lorsque le CSC est implanté au chef-lieu d'une Caïdat ou d'un cercle, il assure, outre les

fonctions d'un CSC, la prise en charge des accouchements. Sa capacité en lits varie selon son lieu d'implantation (Caïdat ou cercle) entre 4 à 25lits. Le centre de santé urbain (CSU) : c'est l'établissement sanitaire de premier recours en milieu urbain. Il assure les soins curatifs essentiels, les activités de protection de la santé de la mère et de l'enfant, la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, les consultations médicales de médecine générale, de pédiatrie et de gynécologie. Dans certains cas, le CSU peut assurer en plus de ses fonctions ordinaires, des examens et des soins bucco-dentaires.

**Le centre de santé urbain avec module d'accouchement (CSUA)** : il assume en plus des fonctions d'un CSU la prise en charge des accouchements. Cette catégorie regroupe, en plus des centres de santé dotés en lits d'accouchement, les anciens hôpitaux locaux implantés en milieu urbain. Tous les établissements du RSSB sont appuyés par des structures d'appui et d'intervention [18], à savoir : Le centre de référence pour la planification familiale : c'est un centre de consultation, d'information et de formation pour tout ce qui a trait aux activités de contraception et de fertilité.

**Le Centre de diagnostic et de traitement de la Tuberculose et des maladies respiratoires (CDTMR)** : c'est un établissement sanitaire qui s'occupe essentiellement des problèmes de prise en charge des cas de tuberculose et appuie les ESSB qui interviennent dans le programme des maladies respiratoires.

**Le Laboratoire d'épidémiologie et d'hygiène du milieu (LEHM)** : il a pour mission de soutenir les programmes de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, notamment pour les aspects liés au contrôle de certains produits à risque et au diagnostic biologique et immunologique des maladies faisant l'objet d'un programme structuré de lutte.

## **2. Le réseau d'établissements hospitaliers :**

Le réseau d'établissements hospitaliers est composé de quatre catégories d'hôpitaux [18], hiérarchisés en trois niveaux d'interventions:

- Le premier niveau, qui comprend :

**L'Hôpital Local (HL) ou de proximité** : qui est un hôpital général dans lequel s'exercent la médecine générale et la chirurgie générale, la pédiatrie chirurgie infantile et l'obstétrique gynécologie avec une activité d'urgence. L'hôpital local constitue, dans le site où il est implanté, le premier niveau de référence pour les ESSB qui sont dans son rayon d'influence.

**Le Centre Hospitalier Provincial ou Préfectoral (CHP)**: Il est constitué par un ou plusieurs hôpitaux généraux ou spécialisés. Il comporte en plus des disciplines de base, les spécialités médicales et chirurgicales suivantes : l'ophtalmologie, la dermatologie vénérologie, les maladies infectieuses, l'oto-rhino-laryngologie, la psychiatrie, la pneumo-phtisiologie, la cardiologie, la gastro-entérologie, la réhabilitation, l'endocrinologie, la traumatologie orthopédie, la médecine interne et la réanimation.

- Le second niveau : qui comprend :

**Le Centre Hospitalier Régional (CHR)**: Il comporte en plus des disciplines existantes au niveau du CHP des disciplines à vocation régionale telles que la chirurgie infantile, les brûlés, la stomatologie, l'urologie, la néphrologie, la neurochirurgie, la rhumatologie, la neurologie et l'hématologie.

- Le troisième niveau : qui comprend :

**Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU):** Il est constitué d'un ensemble d'établissements comprenant une gamme complète de services hautement spécialisés. Le CHU est un centre d'enseignement et de recherche, son aire d'influence s'étend sur la région qu'il dessert et pour quelques disciplines à l'ensemble du pays. Il comporte 16 en plus des disciplines existantes au niveau du CHR, les disciplines qui ont un caractère national telles que la cancérologie, la chirurgie réparatrice, la chirurgie thoracique, et la chirurgie cardio-vasculaire.

**b. Structures privées:**

Les structures privées du Système National de Santé sont organisées en deux types :

**Les structures privées à but lucratif :** qui englobent les cliniques, les cabinets de consultations médicales, de radiologie, de chirurgie dentaire, les laboratoires d'analyses médicales et les officines de pharmacie et dépôts de médicaments, exerçant sous un régime libéral [18].

**Les structures privées à but non lucratif :** qui englobent les hôpitaux et cliniques exerçant sous la tutelle de certains organismes mutualistes et d'assurance (CNOPS, CNSS, etc.) et de certains offices publics (l'Office Chérifien des Phosphates (OCP), Office National d'Electricité (ONE), etc.) [18].

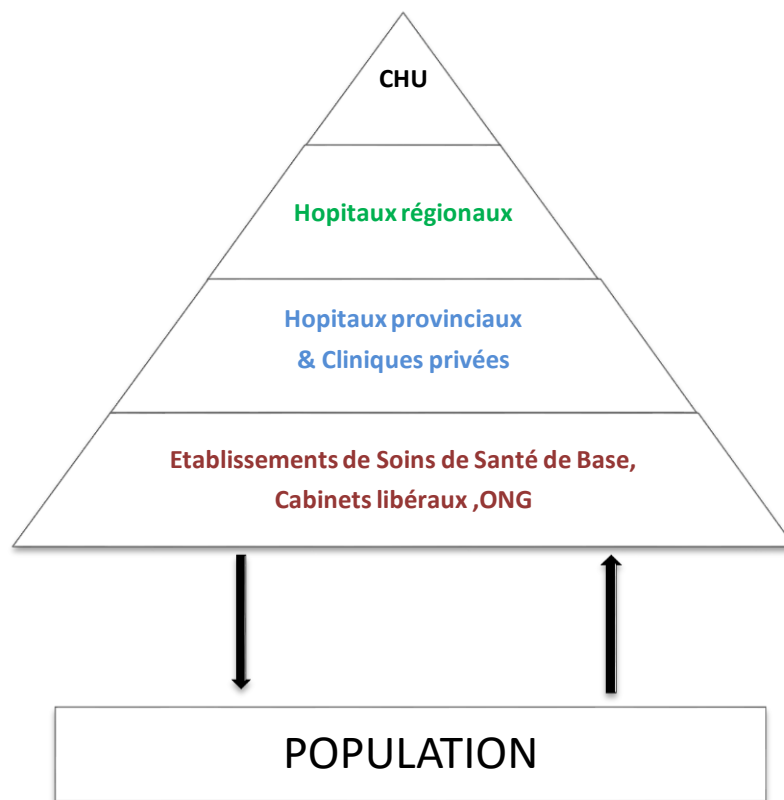


Figure 2: Pyramide de l'offre de soins au Maroc

## **II. L'Offre de Soins de réadaptation au Maroc:**

### **A. Définitions:**

- **La Médecine Physique et de Réadaptation :**

La Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) est une spécialité médicale indépendante, officialisée par l'OMS au plan international en 1968. C'est une discipline bio-psycho-sociale qui a pour rôle de coordonner et d'assurer la mise en application de toutes les mesures visant à prévenir ou à réduire, au minimum inévitable, les conséquences fonctionnelles, physiques, psychiques, sociales et économiques des déficiences et/ou des incapacités. Il s'agit donc, d'une discipline transversale, polyvalente, ayant pour vocation de prendre en charge le malade dans sa globalité et qui vise à préserver et/ou à restaurer son niveau fonctionnel et son autonomie [19].

- **Le Réseau d'Établissements Médico-sociaux :**

Le Réseau des Etablissements de santé Médico-sociaux (REMS) est destiné à la prise en charge médicale avec un accompagnement social des personnes à besoins spécifiques. Les prestations de soins fournies par ce réseau peuvent être rendues avec ou sans hébergement. Les établissements médico-sociaux sont créés dans le cadre des schémas régionaux de l'offre de soins (SROS), soit par le ministère de la Santé, soit en partenariat avec d'autres acteurs publics ou privés. Le REMS est composé des : centres de soins palliatifs ; centre de rééducation physique d'orthoptie et d'orthophonie ; centre d'appareillage orthopédique; centre d'addictologie ; espace santé-Jeunes et centre médico-universitaire [20].

- **La filière de soins:**

La filière de soins décrit une trajectoire ou organisation de soins pour une pathologie ou un diagnostic donné pour un patient standard, trajet linéaire entre les soins aigus, la réadaptation, la prise en charge ambulatoire et le retour à domicile, identique pour tous les patients présentant une même pathologie[21].

## **B. L'importance et la place des services de réadaptation dans une filière de soins :**

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

Les services de réadaptation sont positionnés entre la médecine aigue et le retour du patient au domicile ou dans le secteur médico-social et contribuent à la fluidification des filières de soins.

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

**En phase aigue :** suite à un traumatisme, une opération orthopédique, une complication d'une maladie chronique, un accident cardio-vasculaire ou autre. Le patient nécessite une hospitalisation, souvent aussi un passage en soins intensifs. Le patient est ensuite dirigé vers un service de MPR, le plus souvent avec hospitalisation, ou à défaut, de type ambulatoire.

**En phase post-aigüe** : le patient est stabilisé et présente des incapacités ou des limitations fonctionnelles qui font l'objet du plan de réadaptation, le but étant de les réduire, de récupérer un maximum d'autonomie, de prévenir les complications liées à l'immobilisation et à l'affection causale, adapter l'environnement aux besoins du patient, aider la famille et les proches, assurer la restauration physique, sociale et psychique du patient pour son retour dans son milieu de vie.

**En phase chronique** : le patient a surtout besoin d'un appui à la réinsertion familiale, sociale et professionnelle, avec un service de réadaptation minimum. Le patient est pris en charge généralement dans une structure de soins de base, équipée ou non d'un service de kinésithérapie de base. Les services généraux de la structure (médecin généraliste, infirmière) coordonnent avec d'autres entités disponibles (associations, services à domicile, institutions éducatives, etc.) l'adaptation de l'environnement, la réinsertion sociale et les besoins de suivi médical spécialisé [21].

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

Le concept de « filière de soins » implique le passage d'une structure à l'autre sur un mode organisé et sur base de protocoles. Le rôle de coordination est assuré par un médecin MPR ou à défaut par un médecin généraliste à qui le médecin MPR a délégué certaines tâches. Ce concept de « filière de soins » suppose comme pré-requis un système de communication efficace entre les structures [21].

La mise en place et organisation des centres de prise en charge des PSH et la structuration d'une filière de soins de réadaptation reposent, d'un côté, sur la création des services de MPR dans les établissements hospitaliers de 3<sup>ème</sup> et 2<sup>ème</sup> niveaux y compris les CHP. D'un autre côté, sur le déploiement territorial progressif des Centres Intégrés de Rééducation et d'Appareillage Régionaux (CIRAR) et des

Centres Intégrés de Rééducation Provinciaux (CIRP), comme structures visant la prise en charge en mode ambulatoire liées respectivement aux CHR et CHP.

Le CIRAR est un établissement de santé de second niveau à vocation régionale relevant du secteur public, spécialisé dans la prise en charge d'adultes et d'enfants souffrant de handicaps physique suite à une maladie ou à un accident. La mission principale est de contribuer à la réadaptation fonctionnelle, physique, cognitive, psychologique et sociale des personnes présentant des déficiences, des incapacités et celles en situation de handicap.

Le CIRP assure aussi la prise en charge d'adultes et d'enfants souffrant de handicaps physiques au niveau provincial, l'appareillage ne fait pas parti du paquet de soin mais dans le cadre d'une filière de soin, une coordination et référencement est assurée avec le CIRAR.

La mise en place du « modèle » CIRAR et CIRP représente une opportunité pour faire évoluer les « centres de rééducation physique » et les « centres d'appareillage » classiques, implantés dans un grand nombre de provinces, et les intégrer plus efficacement dans le continuum de soins. Ces centres, bien qu'ils fassent partie du réseau des établissements médico-sociaux publics, répondaient à leurs débuts à une logique de santé territoriale qui, désormais, justifie une mise à jour à la lumière de la stratégie adoptée par le ministère de la santé pour le développement de l'offre de soins de réadaptation.

Les CIRAR et les CIRP assurent des activités de soins sans hébergement conventionnel et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. D'une manière générale, ils concernent les patients dont l'état de santé nécessite des soins et/ou des bilans de rééducation et de réadaptation spécialisés [21].

La figure 3 présente l'organisation de la filière de soins de réadaptation.

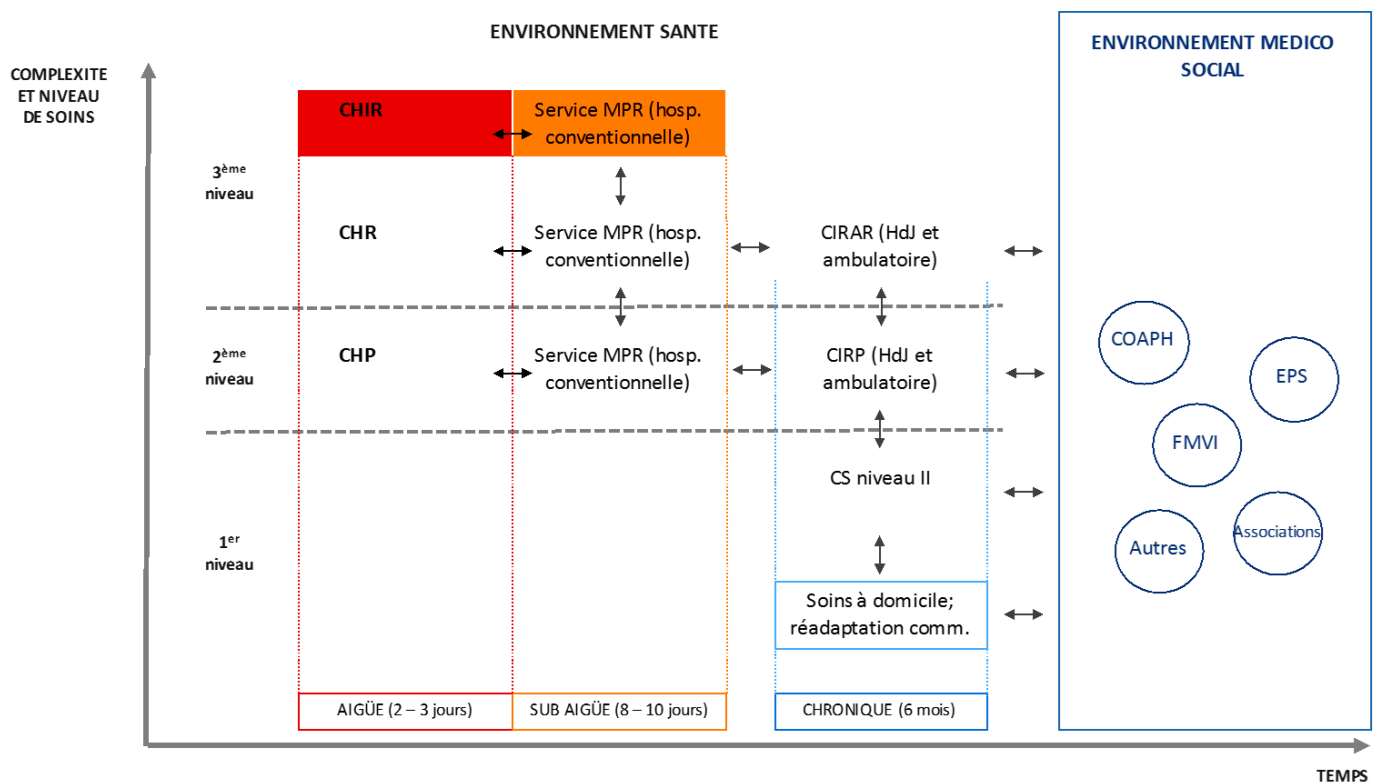


Figure 3: Schéma de la filière de soins en réadaptation proposé par le ministère de la Santé au Maroc [21]

### **C. L'offre de soin en réadaptation actuel :**

La politique de santé marocaine en matière de l'offre de soins en réadaptation actuelle est basée sur la prise en charge essentiellement ambulatoire des personnes en situation de handicap .En effet, l'offre en rééducation et réadaptation dans le secteur public est quasi limitée à des centres ambulatoires dits de «centres de rééducation et d'appareillage», n'offrant pas de possibilité d'hospitalisation pour les patients. Cependant, les PSH, notamment le handicap moteur qui est majoritaire en milieu rural, sont dans l'incapacité de se déplacer, avec leurs propres moyens, tous les jours vers ces centres ambulatoires souvent éloignés de leur lieu de résidence, ce qui explique l'exclusion d'un grand nombre de patients de ce type de prise en charge et une grande barrière devant le droit d'accès aux soins de réadaptation au Maroc [11].

Le plan national santé et handicap 2015–2021[7] a décrit l'offre de soin en réadaptation actuel et les structures de prise en charge des PSH qui sont réparties comme suit ( figure 4) :

- 15 centres régionaux d'appareillage orthopédique dont 11 sont des CIRAR (Laayoune, Guelmim, Agadir, Marrakech, Safi, Casablanca, Fès, Tanger, Tétouan, Hoceima et Oujda), les quatre autres sont en cours de construction.
- 2 centres régionaux et provinciaux de rééducation (Er-Rachidia, Nador).
- 5 unités et des services de rééducation aux CHU (Fès, Oujda, Casablanca, Marrakech et Rabat)
- Des unités de rééducation et de réadaptation intégrées dans les hôpitaux régionaux et provinciaux
  - ✓ 94 unités de kinésithérapies.
  - ✓ 40 unités d'orthophonie.

- ✓ 23 unités d'orthoptie.
- ✓ 21 unités de psychomotricités.

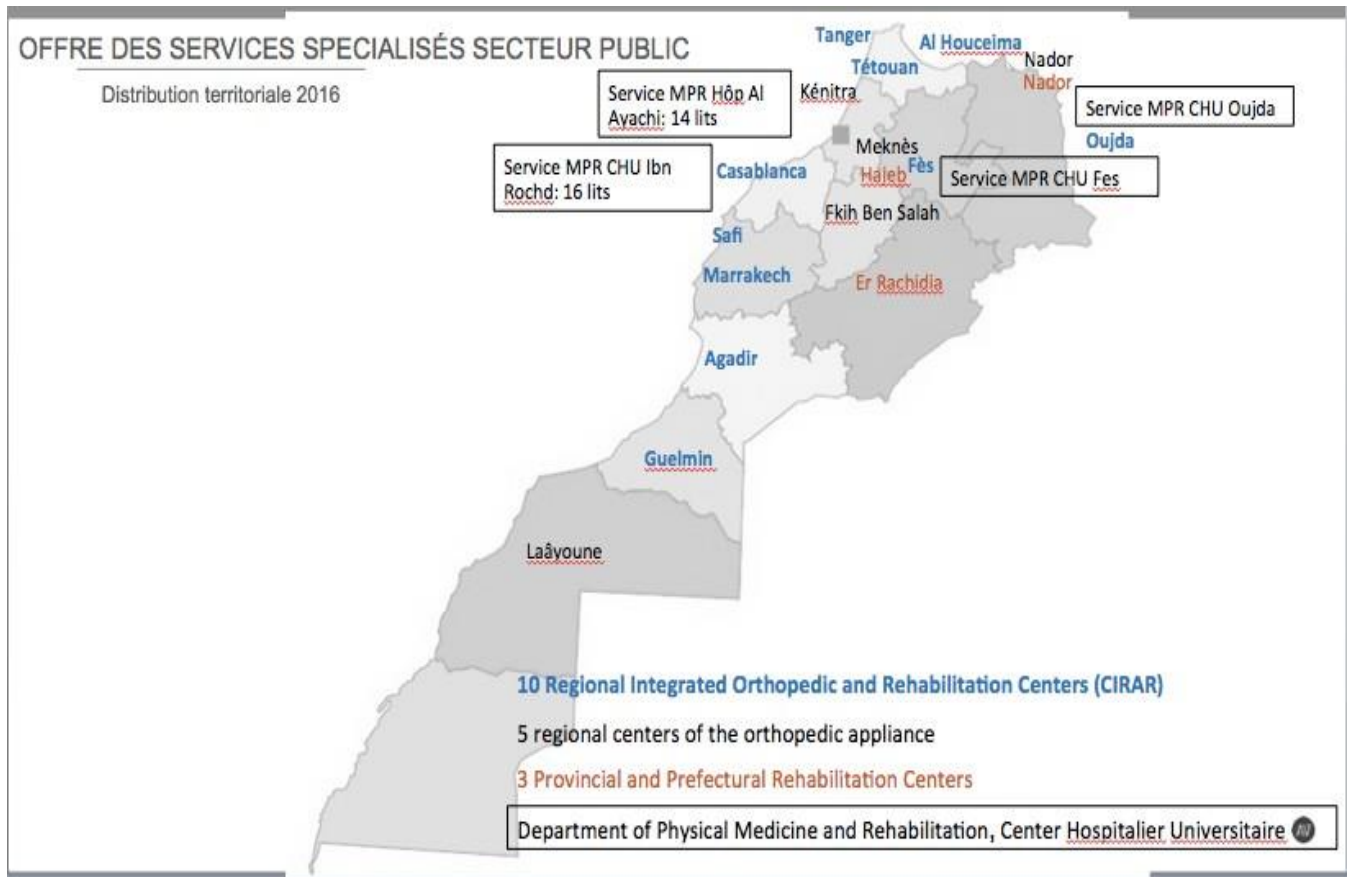


Figure 4: Offre des services spécialités en réadaptation dans le secteur public en 2016

### **III. Le handicap:**

#### **A. Etymologie:**

Littéralement le terme handicap vient du mot anglais «hand-in-cap» qui signifie «la main dans le chapeau» [22] utilisé au 17ème siècle en Grande Bretagne pour indiquer un jeu de hasard dans lequel les concurrents se troquaient des objets en misant dans un chapeau [23].

Pendant ce jeu, deux personnes (joueurs) voulant faire un échange de deux produits de valeurs différentes (une vache contre un sac de blé par exemple) font appel à une 3ème personne neutre (le juge) pour estimer la valeur d'argent que le propriétaire du produit de valeur inférieure (le sac de blé) doit donner au propriétaire du produit de valeur supérieure (la vache) afin d'établir une équité de cet échange [24].

En effet, au 17ème siècle, la notion de Handicap est introduite dans la course de chevaux, où handicaper un cheval puissant consistait à lui infliger un poids supplémentaire pour établir le principe d'équité dans la course avec les chevaux moins jeunes et moins forts [24].

L'expression vient donc du monde sportif qui désigne le désavantage imposé à un concurrent pour équilibrer les probabilités de victoires. Alors que le sens commun en a fait naître une connotation péjorative, le sens originel du terme « handicap » servait à départager par critères les meilleurs au départ d'une course afin de la rendre plus équitable [25].

Avec le temps, le terme "handicap" qui était synonyme de "désavantage imposé" par souci d'équité dans les épreuves sportives, a vu son utilisation s'élargir pour aussi désigner tout désavantage physique. En 1915, le terme "Handicapé" apparaît

pour la première fois désignant les enfants souffrant d'infirmités motrices, puis cette utilisation s'est élargie aux adultes et aux déficients mentaux vers les années 50[24].

## **B. Définitions:**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la personne handicapée comme, « un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises » [26].

Au Maroc, la loi cadre n° 97-13 relative à la protection et à la promotion des personnes en situation de handicap définit le handicapé comme « toute personne présentant, de façon permanente, une limitation ou une restriction, qu'elle soit stable ou évolutive, dans ses facultés physiques, mentales, psychiques ou sensorielles, dont l'interaction avec divers barrières peut faire obstacle à leur pleine et affective participation dans la société sur la base de l'égalité avec les autres » [27].

Le handicap n'est pas simplement un problème de santé, c'est d'un phénomène complexe qui découle de l'interaction entre les caractéristiques corporelles d'une personne et les caractéristiques de la société où elle vit. Pour surmonter les difficultés auxquelles les personnes handicapées sont confrontées, des interventions destinées à lever les obstacles environnementaux et sociaux sont nécessaires [28].

## C. Les types de déficiences :

### ✓ Déficience intellectuelle :

La définition de la déficience intellectuelle, selon le DSM-IV TR (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) 2000, était : « Fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne (QI quotient intellectuel d'environ 70 ou au dessous pour un test de QI passé de façon individuelle). Des déficits concomitants ou des altérations du fonctionnement adaptatif doivent concerner au moins deux des secteurs suivants : communication, autonomie, vie domestique, aptitudes sociales et interpersonnelles, mise à profit des ressources de l'environnement, responsabilité individuelle, utilisation des acquis scolaires, travail, loisirs, santé et sécurité. Ces déficits ou altérations doivent avoir débuté avant l'âge de 18 ans ».

Le DSM-5 publié en 2013, utilise le terme « déficience intellectuelle », mais il mentionne aussi le terme « trouble du développement intellectuel ». Dans cette définition, il s'agit d'un trouble qui inclut un déficit intellectuel ainsi qu'un déficit touchant le fonctionnement adaptatif dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques, débutant pendant la période développementale [29].

### ✓ Déficience auditive :

La déficience auditive est définie par l'OMS comme « l'incapacité à entendre aussi bien que quelqu'un dont l'audition est normal ». Les personnes atteintes de déficience auditive peuvent avoir perdu une partie de leur capacité auditive ou être sourdes. On parle de surdité lorsque la personne n'entend pas du tout. La déficience auditive peut être héréditaire, être due à la rubéole chez la mère au cours de la grossesse ou à des complications à la naissance, à certaines maladies infectieuses telles que la méningite, à l'utilisation de médicaments ototoxiques, à l'exposition à un

bruit excessif ou au vieillissement. Il serait possible de prévenir près de la moitié des cas de surdité et de déficience auditive si les causes les plus courantes étaient prises en charge au niveau des soins de santé primaires [30].

✓ **Déficience visuelle :**

La Onzième Classification Internationale des maladies (CIM-11, 2018) distingue deux groupes de déficience visuelle: celles affectant la vision de loin, telle que corrigée, et celles affectant la vision de près, telle que corrigée.

➤ Déficiences affectant la vision de loin:

- Légères : acuité visuelle corrigée inférieure à 6/12;
- Modérées : acuité visuelle corrigée inférieure à 6/18;
- Sévères : acuité visuelle corrigée inférieure à 6/60;
- Cécité : acuité visuelle corrigée inférieure à 3/60.

➤ Déficiences affectant la vision de près :

- Acuité visuelle inférieure à N6 ou N8 à 40 cm avec la correction existante.

L'expérience individuelle de la déficience visuelle varie en fonction de nombreux facteurs différents, par exemple : la disponibilité des interventions de prévention et de traitement, l'accès à la réadaptation visuelle (y compris les produits d'assistance tels que les lunettes et les cannes blanches), les problèmes éventuellement rencontrés en raison de l'inaccessibilité des bâtiments, des transports et des informations [31].

✓ **Déficience motrice**

Le handicap moteur se décline selon ses trois composantes : la déficience motrice touchant l'appareil locomoteur au sens large, l'incapacité motrice en rapport avec la locomotion, la posture, les facteurs socio-environnementaux constituant des obstacles à l'exercice des capacités motrices .les déficiences motrices peuvent avoir

des causes aussi diverses que la maladie, la malformation, l'accident ou le vieillissement. On y range les amputations, les atteintes neurologiques centrales ou périphériques, les affections musculaires ou ostéo-articulaires [32].

✓ **Déficience psychique**

Il a fallu distinguer entre le handicap psychique et le handicap « mental », ou handicap intellectuel, reconnu trente ans avant lui. Le handicap psychique a, en effet, ses particularités : sa forte liaison avec le médical, sa variabilité dans le temps, une part laissée intacte du potentiel intellectuel. Médical, car il est la conséquence de maladies psychiques évolutives, comme les psychoses ou les troubles de comportement, où demain la personne peut aller mieux ou plus mal qu'aujourd'hui. Variable, car des états psychiques calmes ou tendus alternent d'un jour à l'autre, quelquefois dans la même journée, conduisant à des capacités variables dans le temps, souvent avec une grande fragilité et une angoisse prête à monter à la moindre complication

Enfin, un potentiel intellectuel certain, qui en fait des personnes « comme nous », avec les mêmes désirs, les mêmes exigences, les mêmes ambitions, mais hélas, pas les mêmes moyens. Relativement « caché » au premier regard, c'est le handicap de tous les malentendus [33].

✓ **Déficience cognitive :**

La déficience cognitive concerne toute personne dont l'état de santé affecte la capacité de « percevoir, organiser, et intégrer l'information ». Elle englobe une foule de problèmes dont les causes peuvent être très diverses. Parmi ses causes on trouve l'autisme, les troubles dys et la maladie d'Alzheimer [34].

✓ **Polyhandicap**

Le terme « polyhandicap » a été décrit comme : un état où les déficiences et handicaps mentaux et moteurs, très souvent associés à d'autres déficiences et handicaps, sont d'une extrême gravité et qui nécessite des besoins spécifiques tant sur le plan cognitif que physique, avec nécessité d'une tierce personne [35].

**D. Les classifications et concepts du handicap :**

Nagi propose en 1965 les premiers travaux conceptuels consacrés au processus de développement de l'incapacité. De ces travaux et de leur révision en 1976 sortent les définitions suivantes: les déficiences sont définies comme une anomalie ou un défaut anatomique, physiologique, intellectuel ou émotionnel. Nagi définit ensuite le niveau des performances de l'organisme qu'il répartit en trois dimensions : Physique, émotionnelle et mentale. Enfin, l'incapacité concerne l'inaptitude ou les limitations dans l'exécution des activités et des rôles sociaux en relation avec le travail, la famille et une vie indépendante [36].

En 1980 était publiée par l'OMS la Classification Internationale des Handicaps, (CIH) [37] élaborée par un rhumatologue anglais Philippe Wood, marque un tournant important dans la représentation du handicap. La CIH a pour objet de clarifier la notion de handicap, sous un format tridimensionnel (figure 5) où la lésion était responsable de déficience qui engendre une incapacité, elle-même source de désavantage ou de handicap, en distinguant 3 dimensions:

- **la déficience** qui correspond à l'altération d'une structure ou d'une fonction physiologique, psychologique ou anatomique: c'est l'aspect lésionnel du handicap;
- **L'incapacité** qui est une réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité: c'est l'aspect fonctionnel du handicap;

- **Le désavantage**, conséquence de la déficience ou de l'incapacité sur les conditions d'insertion sociale, scolaire, ou professionnelle. C'est l'aspect situationnel du handicap.



**Figure 5: Modèle tridimensionnel du Handicap selon Wood 1980**

Ces 3 notions ont permis de passer d'une vision du handicap considérée comme irréversible à une conception plus ouverte. Mais des critiques ont été d'emblée formulées. En effet dans la CIH, la personne est présentée comme porteuse de handicap. C'est donc un modèle individuel du handicap où l'expérience sociale négative vécue par la personne handicapée est considérée comme étant la conséquence directe et inéluctable des caractéristiques de l'individu. Au cours de ces dernières années émergent des modèles collectifs sociaux en opposition au modèle individuel biomédical proposé par la CIH. À côté de ce courant dit biomédical, un courant anthropologique a émergé, plus social, qui considère que le handicap est la résultante de la confrontation d'un être humain avec ses capacités, et de son environnement avec ses exigences. Pour se résumer, c'est la lésion (ou déficience corporelle) pathologique qui rend les personnes handicapées, c'est la société qui crée des situations de handicap [38] [39].

Ces critiques ont mené à une réflexion plus profonde autour de la question aboutissant à l'adoption en 2001 d'une nouvelle classification par l'OMS ; La CIF qui a rattrapé les principales failles de la précédente, et qui en introduisant la dimension environnementale dans la détermination du handicap, a transformé la "Personne handicapée" en "Personne en situation de handicap [24].

À côté de ces classifications de l'OMS, s'est développé avec P. Fougeylloras un courant anthropologique aboutissant à la classification québécoise du processus de production du handicap (PPH). Basé sur un modèle anthropologique de développement humain et sur l'interaction personne environnement, on peut définir le processus de PPH comme un modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres troubles [39].

Dès 1988, Fougeyrollas et ses collaborateurs québécois commençaient une procédure de révision de la CIH, et publiaient en 1996 une classification complète : le PPH, adoptant et illustrant par un schéma pédagogique particulièrement clair (Figure.6) une définition similaire du handicap (le terme générique neutre d'habitude de vie étant retenu pour désigner les dimensions positives (participation) et négatives (situation de handicap) : une situation de handicap correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles). Pour la première fois, une finalité universelle (le développement humain) dépassant le champ discriminatoire du handicap comme stigmate était assignée à une classification à visée internationale, et une véritable dimension socio-environnementale était définie, décrite et articulée avec les facteurs individuels [41].

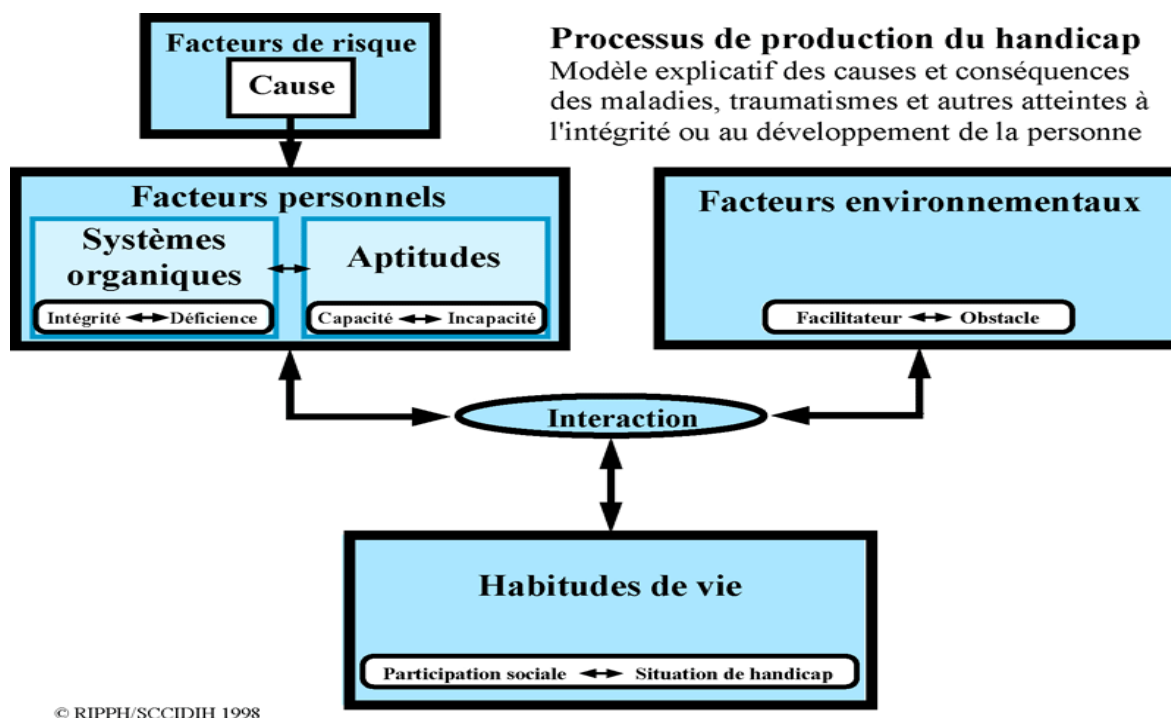


Figure 6: Processus de production du handicap (PPH) – D'après P. Fourgeyrollas et coll. (1996)

L'OMS, en 2001, a alors proposé avec la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé) [41], une approche interactionniste dynamique comme un modèle biopsychosocial destiné à appréhender ensemble les aspects physiologiques, personnels et sociétaux. La CIF propose ainsi un juste équilibre entre le modèle médical centré sur le soin à l'individu et le modèle social qui privilégie les solutions apportées par la collectivité.

La CIF est composée de 2 parties comprenant chacune 2 composantes.

### Partie 1: Fonctionnement et handicap

#### a. fonctions organiques et structures anatomiques :

Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques), les structures anatomiques désignent les parties du corps humain telles que les organes, les membres et leurs

composantes. Les déficiences désignent des problèmes des fonctions organiques ou des structures anatomiques sous forme d'écart ou de perte importante ;

**b. activités et participation :**

Une activité signifie l'exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose.

La participation signifie l'implication dans une situation de la vie réelle. Les limitations d'activité désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité. Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour s'impliquer dans une situation de la vie réelle.

**Partie 2: Facteurs contextuels**

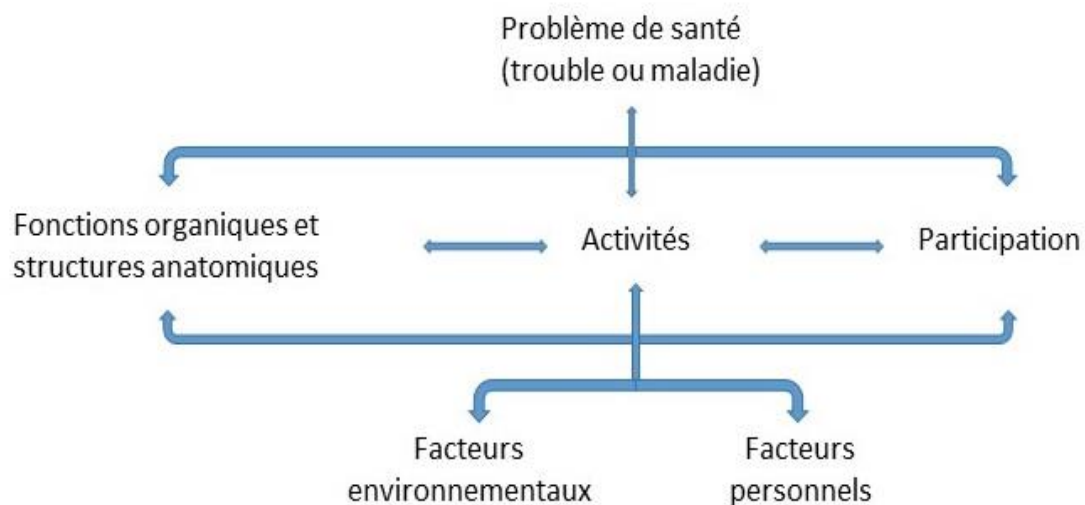
**a. facteurs environnementaux :**

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

**b. facteurs personnels :**

Ils représentent le cadre de vie particulier d'une personne, compose des caractéristiques de la personne qui ne font pas partie d'un problème de santé ou d'un des états de santé [39].

La CIF fournit ainsi une approche multidimensionnelle de la classification du fonctionnement et du handicap en tant que processus interactif et évolutif (*figure. 7*)



**Figure 7: Approche multidimensionnelle du handicap proposée par la CIF.**

Le Handicap est une notion complexe, difficile à définir et à approcher et souvent réduite, dans le langage quotidien, à la déficience elle-même. Comme tout problème de santé, le handicap doit répondre à une classification uniforme et universelle qui permettrait à tous les intervenants de parler un langage commun. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) a révolutionné la perception du handicap qui n'est plus inhérent seulement à des causes biomédicales mais également à des facteurs psychologiques, sociaux et environnementaux [24].

La figure suivante regroupe les correspondances conceptuelles dans le champ du handicap.

CORRESPONDANCE CONCEPTUELLE DANS LE CHAMP DU HANDICAP								
FDR	Causes	Facteurs personnels	Structures organes	Fonctions internes organes	Aptitudes fonctionnelles	AVQ	Rôles sociaux	Environnement social et physique
Nagi 1976	Ø	Maladies	Ø	Déficience	Limitations fonctionnelles	Handicap (disability)	Ø	Ø
Wood 1980	Ø	Maladies Traumatismes	Ø	Déficience	Incapacités	Désavantage / handicap	Ø	Ø
Verbrugge et Jette 1994	Oui	Causes	Intra-individuels	Déficience	Limitations fonctionnelles	Restrictions d'activités	Extra-individuels	
PPH 1998	Oui	Causes	Facteurs identitaires	Systèmes organiques Intégrité / déficience	Aptitudes (capacités / incapacités)	Habitudes de vie (situation de participation sociale / situation de handicap)	Facteurs environnementaux (Facilitateurs/ Obstacles)	
CIF 2001	Ø	Problèmes de santé	Facteurs personnels (facteurs contextuels)	Structures anatomiques (Intégrité structurelle/ déficience)	Fonctions organiques (Intégrité fonctionnelle / déficience)	Activités (capacité dans un environnement standard) Participation (performance dans l'environnement réel)	Facteurs environnementaux (Facilitateurs/ Obstacles) (facteurs contextuels)	

Adapté de Fougeyrollas

Figure 8: Correspondance conceptuelle dans le champ du handicap

## E. Epidémiologie du handicap au Maroc:

Devant les transitions épidémiologiques, démographiques, et nutritionnelles que vit le Maroc dernièrement, la prévalence du handicap a passé de 5.12% en 2004 à 6.8% en 2014[42,43] selon les enquêtes nationales du handicap menées par le ministère de Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social (MSFFDS).

En 2014, 2, 2 millions de personnes sont en situation du handicap et une famille sur 4 est concernée par le handicap. Même si le nombre des PSH au Maroc est énorme, il reste en dessous des estimations internationales [43].

En effet, le dernier rapport de l'OMS sur le handicap (2011) estime une prévalence internationale des personnes en situation de handicap entre 10 et 15 %, toutes causes confondues [2].

Le handicap au Maroc touche toutes les tranches d'âge avec une tendance vers l'augmentation avec l'âge et un impact socioéconomique très important surtout quand il touche la population active de la société.

Au niveau régional, le taux de prévalence du handicap montre que certaines régions se situent au-delà de la moyenne nationale. C'est le cas des régions de Laayoune-Boujdour-Sakia el Hamra (13,4%), Tanger-Tétouan (11,42%) et Tadla Azilal (9,83%). Le taux de prévalence du handicap dans les autres régions est inférieur à la moyenne nationale; Marrakech-Tansift-Al Haouz avec (3,94%), Grand Casablanca avec 3,96%, Rabat-Salé-Zemmour-Zaër avec (4,69%) et la région d'Oued Ed-Dahab-Lagouira avec (2,9%) [43].

L'accès aux soins est la première demande et le premier besoin de plus de 50 % des PSH selon les résultats de l'enquête nationale du handicap [43].

## **IV. Réadaptation et rééducation:**

### **A. Histoire de la médecine de réadaptation au monde:**

La « naissance de la réadaptation », selon l'expression d'Henri- Jacques Stiker [44], se situe après la première guerre mondiale, devant l'afflux des mutilés et autres victimes de la boucherie sanglante de 14-18. Ces nouveaux infirmes ont bénéficié d'un autre regard de la part de la nation qu'ils avaient si bien défendue. Héros et invalides à la fois, ils méritaient le respect et la considération ; ils avaient droit aussi à ce qu'on leur fasse leur place dans la société qu'ils avaient contribué à sauver et qui ne pouvait pas les ignorer ou seulement les décorer. Un droit nouveau s'est fait jour : celui de bénéficier d'une nouvelle chance, de se « réadapter », de retrouver une place, sinon « sa » place dans la vie sociale, dans la participation sociale collective. « La guerre a ôté, il va falloir rendre ». Le développement de la « prothèse » date de cette première guerre mondiale. Mais la prothèse, ce ne sont pas seulement ces morceaux de bois, de fer, de cuir et, maintenant, de nouveaux matériaux qui remplacent la main ou le pied manquant. C'est l'idée même que l'on peut « remplacer » [45]. Ainsi, la réadaptation apparaît comme le moyen de réinsérer, de réaliser un objectif : l'intégration ou, comme le propose la Déclaration de Madrid de 2002, l'inclusion [46].

La diffusion du mot s'est faite progressivement au fur et à mesure que le handicap remplaçait inadaptation. Plusieurs revues prenaient ce titre : Réadaptation il y a cinquante ans, réadaptation fonctionnelle ; professionnelle et sociale, Réadaptation médicale aux éditions Masson. Parallèlement, aux Etats-Unis, en 1947, une spécialité de réhabilitation médecine se crée à l'Université de New York à l'initiative de Howard Rusk [47]. C'est 20 ans plus tard, à Paris, que sera mise en place la spécialité de rééducation et réadaptation fonctionnelle et une chaire

éphémère (mars 1968) de rééducation motrice confiée au professeur André Grossiord [48][49]. La médecine physique et de réadaptation (MPR) est une spécialité médicale indépendante, officialisée par l'OMS au plan international en 1968 [19].

## **B. Histoire de la médecine de réadaptation au Maroc :**

L'introduction de la MPR au Maroc est faite après une catastrophe sanitaire tragique « L'intoxication aux huiles frelatées » qui a survenue le 13 avril 1959, qui, en plus des inondations de la plaine du Gharb en 1958 et du tremblement de terre d'Agadir en 1960, a été très lourde à porter et difficile à gérer par un Maroc jeune, récemment indépendant et manquant terriblement de ressources humaines et logistiques, cette introduction est réalisée grâce aux experts internationaux qui assuraient aussi bien la prise en charge des patients que la formation du professionnels marocains spécialisés dans la rééducation et la réadaptation[50].

Devant une moyenne de 300 nouveaux cas déclarés quotidiennement, le Maroc à l'époque, ne disposait que de 17.000 lits d'hôpitaux et n'avait pas de personnels de santé qualifiés dans le domaine de la médecine de rééducation et de réhabilitation pouvant assuré la prise en charge d'un nombre aussi important de victimes .Il n'avait autre choix que de lancer un appel d'aide internationale, afin de pouvoir faire face à cette catastrophe sanitaire. L'OMS fait alors appel au Professeur DENNIS LEROY de l'Université de RENNES, en France, pour faire le point de la situation et proposer des recommandations pour gérer ce problème de santé publique. Ce dernier a recommandé la mise en place, sous la responsabilité du gouvernement, de six centres de rééducation dotés d'un minimum de matériel de rééducation physiques nécessaire pour le bon fonctionnement du programme de réhabilitation médical étalé sur 18 mois, instauré au sein des hôpitaux militaires abandonné par la France et l' Espagne après l' indépendance . Ces centres de réhabilitation étaient instaurés dans les

principales zones affectées, comme les régions de Meknès (l'hôpital Moulay Ismail), Fès (l'hôpital Ibn Baitar), Rabat-Salé (l'hôpital El Ayachi) (figure 9) et Marrakech (l'hôpital BabDoukkala).



Figure 9: Centre de réhabilitation de l' Hopital El Ayachi à Salé.

Les objectifs cruciaux de cette mission internationale étaient non seulement de réhabiliter les victimes, leur apprendre à gérer le handicap et intégrer la vie sociale et professionnelle éventuellement par l'apprentissage de métiers adaptés, mais aussi de former un personnel qualifié et capable de continuer la prise en charge en médecine physique et de réadaptation des victimes après le départ des aides internationales [50].

La MPR a connu un essor considérable en Europe et en Amérique du Nord lors des 50 dernières années, mais au Maroc elle reste relativement jeune. Elle a été officiellement reconnue par le Décret du 22 Octobre 1993 sous le nom de médecine physique et réadaptation fonctionnelle. La MPR n'a été introduite dans le milieu universitaire Marocain qu'en 2001 dans le cadre du diplôme national de spécialité médicale (4 années de Résidanat) et jusqu'à ce jour, elle n'est pas encore enseignée dans le cursus de formation initiale des études médicales[19].la médecine physique et

de réadaptation est une spécialité qui souffre, en plus des problèmes communs de la santé, d'une méconnaissance par le corps médical marocain de ses champs d'applications, de ses spécificités, de son intérêt dans la prise en charge de nombreuses pathologies, voir parfois même de son existence [51].

### **C. Approche interdisciplinaire de réadaptation :**

Les principes fondamentaux qui stimulent l'interdisciplinarité dans la réadaptation en continuité des soins des bases d'un système de santé, découlent de la conviction du succès du travail interdisciplinaire, et d'un système des valeurs humaines dans un contexte orienté vers une approche de « leadership » et proactive.

Satisfaire et peut-être même surpasser les besoins complexes en santé des patients et de leurs proches est le premier facteur qui détermine la vision, les valeurs, les rôles respectifs, ainsi que les responsabilités et l'approche d'une équipe coordonnée et intégrée. L'interdisciplinarité est, à cette condition, un outil précieux pour la réadaptation en plus d'être l'essence même de la guérison des êtres humains.

L'interdisciplinarité en réadaptation est essentielle pour améliorer l'efficacité et la qualité de vie des patients, cliniciens, gestionnaires, éducateurs et chercheurs. Lorsqu'il est bien ancré, ce processus amène une transformation favorable au sein du système de santé qui augmente la coordination et donc l'efficacité, encourage l'excellence, amplifie la créativité [52].

### **D. Les membres de l'équipe de MPR :**

Il s'agit une équipe multidisciplinaire, qui se définit comme un regroupement de divers professionnels qui appartiennent à un même organisme et qui collaborent entre eux pour répondre à des besoins d'une clientèle préalablement définie. Chaque professionnel couvre un champ de pratique défini. L'équipe se rencontre de façon

périodique pour mettre en commun son plan de traitement. Chaque professionnel reste autonome et peut prendre des décisions indépendantes [53].

L'équipe de multidisciplinaire de MPR est constitué de :

### **Le médecin MPR**

Appelé également "médecin rééducateur", "Physiatre" ou "médecin physique", le spécialiste en MPR travaille dans différents établissements de santé, depuis les unités de soins aigus (Rééducation post réanimation) jusqu'aux structures ambulatoires (centres de rééducation ambulatoire). Il assure un travail de diagnostic et d'évaluation à l'aide d'outils spécifiques, il conduit des traitements pharmacologiques, physiques, technologique, et il assure des interventions d'éducation thérapeutique et professionnelle et des actions de prévention fonctionnelle. En plus, le médecin MPR dirige une équipe multi professionnelle faite de plusieurs intervenants, afin d'assurer les meilleurs résultats possibles de la prise en charge rééducative.

De part sa formation, le médecin MPR est amené à prendre en charge des patients, adultes ou enfants, présentant diverses pathologies potentiellement handicapantes (cardio- vasculaires, cancéreuses, neurologiques, orthopédiques, rhumatologiques, traumatiques, respiratoires...), qu'ils soient ou non porteurs d'un handicap permanent. Le handicap est susceptible de se modifier avec le temps, de générer des complications propres ou de modifier le cours évolutif et surtout, les conditions de prise en charge d'une affection intercurrente qu'il aura éventuellement favorisée. Un suivi en MPR peut prévenir et/ou gérer ces aggravations afin de limiter le sur- handicap en particulier avec le vieillissement [19].

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

Dans le secteur public, le nombre de médecins de MPR, n'excède pas une vingtaine [11].

### **Le médecin généraliste**

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

Cependant, malgré le rôle important des médecins généralistes dans la prise en charge des patients en situation de handicap sur le plan médical mais également social, ils n'identifient pas toujours correctement leurs besoins et ne sont pas suffisamment formés dans ce domaine [54].

### **Le kinésithérapeute**

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

Intervient plutôt sur le versant rééducation. Il utilise diverses techniques manuelles ou instrumentales telles que les massages, les agents physiques, les mobilisations articulaires, la facilitation de la commande motrice, le renforcement musculaire, le réentraînement à la marche, l'amélioration de l'équilibre, le réentraînement à l'effort et la rééducation ventilatoire [55].

Le centre de formation des kinésithérapeutes a été créé à l'Hôpital El Ayachi de Salé en 1963 pour assurer la rééducation des victimes des huiles frelatées [19].

L'effectif de kinésithérapeutes dont dispose le ministère de la Santé en 2015 est de 518 [56].

### **L'orthoprothésiste**

Au Maroc, la formation en ortho prothèse a débuté aussi à l'occasion de la catastrophe des huiles frelatées et du tremblement de terre d'Agadir en 1960 avec le soutien de la coopération française et allemande.

L'orthoprothésiste est responsable de la conception, de l'adaptation et de la fabrication des prothèses (pour remplacer partiellement ou totalement, un membre) et des orthèses (pour soutenir une déficience osseuse ou musculaire)[19].

Les appareils sont personnalisés en fonction de la pathologie, de l'âge et des modes de vie des patients. Sous la direction du médecin de MPR, l'orthoprothésiste définit et réalise l'appareil sur mesure, adapté à chaque patient [19]. L'effectif des orthoprothésistes dont dispose le ministère de la Santé en 2015 est de 80 [56].

### **L'orthophoniste**

Ce sont des professionnels incontournables en matière de rééducation fonctionnelle, spécialisés dans la prévention, le dépistage et la rééducation des troubles de la communication, du langage (oral et écrit), de la voix, de déglutition et des fonctions cognitives et neuropsychologiques[19].

Le nombre d'orthophonistes travaillant pour le ministère de la santé Marocain est dérisoire, ne dépassant pas les 84 professionnels selon les chiffres de 2015 avec une grande concentration dans les grandes villes (Rabat et Casablanca) [56].

### **Le psychomotricien**

La psychomotricité s'occupe du développement global de la personne par l'étude de l'ensemble des comportements moteurs envisagés en fonction de leurs liens avec l'activité cérébrale et le psychisme. Le psychomotricien agit sur le corps pour rétablir les fonctions physiques, mentales et affectives entravées.

Il aide son patient à trouver ou retrouver un équilibre psychocorporel, à mieux prendre conscience de son corps, à le maîtriser, à en faire un instrument capable de s'exprimer et de communiquer. Son travail relève aussi bien de la rééducation que de la thérapie. Il exerce sa profession auprès d'enfants et d'adultes qui présentent des difficultés d'adaptation au monde à cause d'une intégration perceptivo motrice perturbée.

C'est une discipline paramédicale assez jeune au Maroc. En effet, la formation des psychomotriciens n'a démarré qu'en 2002[19].

L'effectif de psychomotriciens dont dispose le ministère de la Santé en 2015 est de 65 [56].

### **L'assistante sociale**

L'assistante sociale est chargée d'évaluer la situation sociale de la personne en situation de handicap (aspects familiaux, juridiques, administratifs, etc...). Son premier rôle est d'informer et de guider ces personnes pour leur garantir l'accès à leurs droits.

Par ailleurs, elle apporte aux personnes les éléments de connaissance nécessaires pour leur permettre de gérer de façon la plus autonome possible leur vie quotidienne [19]. En 2015, leur effectif total au secteur public était de 271 [56].

## L'ergothérapeute

Il agit pour développer l'autonomie des patients dans leur environnement quotidien et social, en mettant en place des aides techniques pour les activités de la vie quotidiennes et propose des adaptations de l'environnement. L'ergothérapeute s'intéresse aussi particulièrement à la rééducation du membre supérieur. Le diplôme d'ergothérapie a commencé récemment au Maroc en 2017, dans l'offre de formation des professionnels de la santé au Maroc (figure 10) [19].

**Filière Rééducation - Réhabilitation  
Option Ergothérapie  
dès Septembre 2017**

L'ergothérapeute, un nouveau professionnel de santé dans le domaine de la rééducation/réadaptation au Maroc.

**Tu es une Personne...**

- Attirée par le domaine médical
- Attirée par le domaine social
- Dynamique
- Flexible
- Créative
- Rigoureuse
- Entrepreneuse
- Empathique
- A l'écoute
- Pédagogue
- Aimant travailler en équipe

**L'Ergothérapie est pour toi !**

Définition de l'ergothérapie au Maroc  
« L'ergothérapie est une profession de santé, qui vise la promotion de la santé et le bien-être par l'occupation. Son objectif principal est de faciliter la participation sociale et l'équilibre occupationnel, en permettant aux personnes de s'engager dans les activités de la vie quotidienne avec un maximum d'autonomie et d'indépendance.»

**Que fait l'Ergothérapeute ?**

- Il identifie et évalue les situations de **handicap** d'une personne en lien avec son **environnement** ;
- Il identifie avec le patient ses besoins au niveau des **habitudes de vie** ;
- Il travaille en **équipe pluridisciplinaire** avec le médecin, le kinésithérapeute, l'orthophoniste, psychomotricien, orthoptiste...

**Pour qui ?**  
L'ergothérapeute travaille pour donner plus d'autonomie aux personnes en situation de handicap. Il trouvera sa place en pédiatrie, psychiatrie, médecine physique et de réadaptation, centre médico-sociaux, école, à domicile...

**LICENCE DE 3 ANS**  
**Institut Supérieur des Professions Infirmières et des Techniques de Santé (ISPITS) de Rabat.**  
[ispits.sante.gov.ma](http://ispits.sante.gov.ma)

avec le soutien de  
Gouvernement Princier  
PRINCEAUTE DE MONACO

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé

avec le soutien de  
**HANDICAP INTERNATIONAL**

Figure 10: Affiche de lancement de formation d'ergothérapie en Septembre 2017

### **Le podologue**

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

Soin de premier recours, la podologie prend en compte les problèmes, les douleurs, les manifestations locales et systémiques liés à cette partie du corps.

La podologie agit sur la structure même du pied. Les podologues réalisent les orthèses plantaires, semelles orthopédiques placées dans la chaussure du patient. L'objectif est de corriger les troubles posturaux, les tendinopathies, les capsulites, les névralgies, les myalgies ... qui sont ainsi évités ou du moins atténués dans leurs symptomatologies [19].

### **Le neuropsychologue**

C'est un spécialiste des mécanismes et fonctionnements cognitifs. Son rôle est d'aider les personnes à mieux comprendre et mieux gérer leurs difficultés de mémoire, de concentration, de planification, d'organisation, de stratégie, d'inhibition ou d'initiative qu'elles peuvent ressentir suite à leur pathologie ou traumatisme.

La neuropsychologie clinique a pour objectif d'étudier les troubles des fonctions cognitives après une lésion cérébrale et les troubles neuro-développementaux chez l'enfant.

### **Le psychologue clinicien**

Il a pour principale mission d'aider les personnes à mieux se connaître et à faire le point sur leur parcours et leurs choix de vie. Il soutient et aide la personne au cours de sa reconstruction psychique à mieux gérer son nouveau statut de personne "handicapée".

Ils sont peu nombreux et ne bénéficient d'aucun recrutement dans le secteur public et ne sont même pas cités parmi les professionnels du handicap par le ministère de la Santé [19].

## **V. La région Fès Meknès:**

### **A. Présentation de la région de Fès Meknès :**

Le Royaume du Maroc a entamé depuis plusieurs décennies un processus progressif de décentralisation et de déconcentration à l'échelon régional, provincial et local. La Constitution de 2011, ainsi que les nouvelles dispositions législatives et réglementaires ont renforcé davantage cette évolution en érigeant la région au rang de collectivité territoriale, jouissant de la personnalité morale et de l'autonomie financière et administrative.

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

La Région de Fès-Meknès s'étend sur une superficie de 40.075 Km<sup>2</sup>, représentant 5,7% de la superficie du Royaume. Ses limites administratives se présentent ainsi :

- Au Nord la région de Tanger-Tétouan-Al Hoceima ;
- A l'Ouest, la région Rabat-Salé-Kenitra ;
- Au Sud-Ouest, la région de Béni Mellal-Khénifra ;
- A l'Est la région de l'Oriental ;
- Au Sud la région de Drâa-Tafilalet.

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2014, la Région de Fès-Meknès compte 4.236.892 habitants (*contre 3.873.214 en 2004*), soit l'équivalent d'environ 13% de la population totale du pays. La population urbaine de la région est de l'ordre de 2.564.220, représentant 60,5% de sa population totale

La densité est de 105,7 habitants au km<sup>2</sup> contre environ 47,6 au niveau national.

Sur le plan administratif, la région de Fès-Meknès regroupe :

- 2 préfectures : la préfecture de Fès et la préfecture de Meknès ;
- 7 provinces : Boulemane, El Hajeb, Ifrane, Moulay Yaâcoub, Sefrou, Taounate et Taza ;
- 194 communes : 33 communes urbaines et 161 Communes Rurales. A noter que la commune urbaine de Fès est composée de 6 arrondissements urbains [57].



Figure 11: Préfectures et provinces de la région Fès Meknès

## B. L'offre de soins dans la région :

### 1. Les infrastructures sanitaires:

#### a. Les établissements de soins de santé de base :

La RFM offre un dispositif de soins de santé primaire à travers 405 ESSB, ceux-ci sont représentés dans la figure 12 selon le Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS) [58]. En milieu urbain, le nombre des ESSB est de 109 établissements soit 26.91% de l'offre de soins de santé primaires, contre 296 établissements en milieu rural qui représente 73.09% des ESSB.

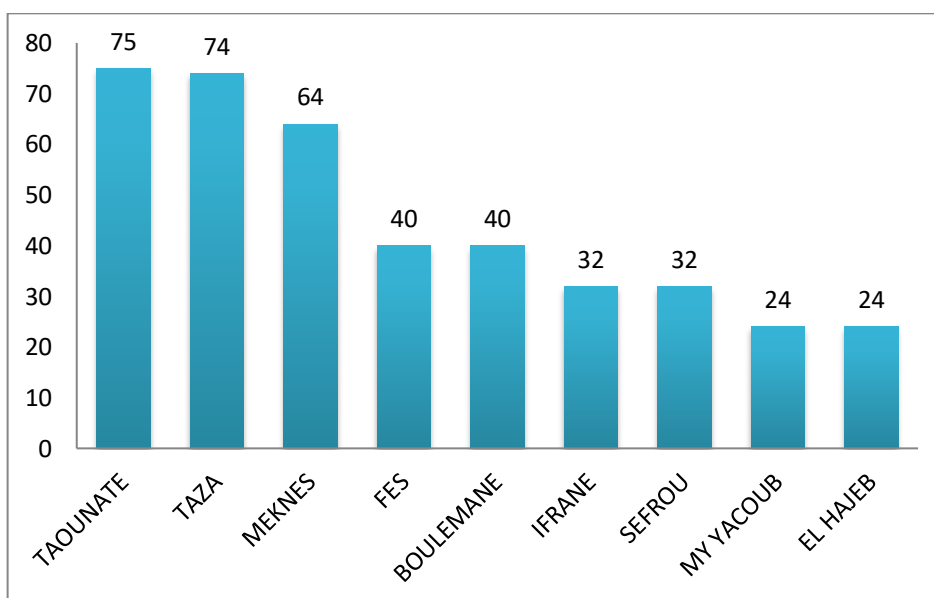


Figure 12: Nombre des ESSB par province et préfecture dans la RFM selon SROS [58]

#### b. Le réseau des établissements médico-sociaux publics

La Région Fès Meknès dispose de 17 structures de réseau des établissements médico-sociaux publics dont 2 structures sont destinées à la réadaptation comme le montre le tableau 1. Dont 2 centres de rééducation physique, d'orthopédie et d'orthophonie et 2 centres d'appareillage orthopédique destinés à la réadaptation des PSH.

**Tableau 1: EMSP dans la région Fès Meknes selon le SROS [58].**

NOM DE LA STRUCTURE	NOMBRE
Espace « santé-jeunes »	6
Centre médico-universitaire	6
Centre de rééducation physique, d'orthopédie et d'orthophonie	2
Centre d'appareillage orthopédique	2
Centre d'addictologie	1
Centre de soins palliatifs	0

**c. Le réseau hospitalier:**

La Région Fès Meknès dispose de **16 établissements hospitaliers** repartit sur les 9 préfectures comme le montre le tableau 2, et qui desservent une population totale de 4.266.564, lesquels sont répartis comme suit :

La préfecture de Fès dispose d'un **CHR** au chef lieu de la Région composé de l'Hôpital Ibn Al Khatib (dénommé communément Cocard), l'Hôpital Al Ghassani investi comme chef-lieu du CHR et de l'Hôpital Ibn Al Baitar spécialisé en rééducation et réhabilitation. En plus, de **CHU HASSAN II** géré de façon autonome, qui dessert une population interrégionale (estimé à 5.961.868) composée essentiellement de la nouvelle région Fès-Meknès et régions limitrophes notamment la région Draa-Tafilalt et Khénifra-béni Mellal avec une capacité litière fonctionnelle totale de **950 lits** répartie entre les hôpitaux qui les composent comme suit : a) Hôpital de Spécialité (**585**) ; b) Hôpital Mère Enfant (**235**) ; c) Hôpital Omar Drissi (**42**) ; d) Hôpital Ibn Al Hassan (**68**) ; e) Hôpital d'oncologie (**20**).

La préfecture de Meknès dispose quant à elle de **05 structures hospitalières** composant le **CHP** : Hôpital Med V, Hôpital My Ismail, Hôpital Sidi Saïd, Hôpital Pagnon et un Centre d'oncologie.

Pour les autres provinces, chacune comprend un centre hospitalier avec un Hôpital chef-lieu et des hôpitaux de proximité (à Taounate, Boulemane et Ifrane).

L'offre publique représente près de **80%** en termes de lits hospitalier par rapport au secteur privé qui représente seulement **20%** (soit **790 lits**) avec une concentration au niveau des préfectures de Fès (soit **57%**) et Meknès (**32%**).

**Tableau 2: Répartition des hôpitaux par province et par capacité litière selon SROS**

Préfecture / Province	ETABLISSEMENT SANITAIRE	Age de la RFM/2016	Population 2015	CL F	CL TH
FES (CHR)	HOPITAL AL GHASSANI	1935	1837000	172	384
	HOPITAL IBN AL KHATIB	1912		322	531
	HOPITAL IBN AL BAYTAR	1975		24	60
MEKNES (CHP)	HOPITAL MED V	1956	835695	378	378
	H. MY ISMAÏL	1918		172	192
	H. SIDI SAÏD	1916		88	140
	H. PAGNON	2004		82	82
	C. ONCOLOGIE	2014		50	50
SEFROU (CHP)	HOPITAL MED V	1971	275000	111	111
	CENTRE D'HEMODIALYSE	2012		22	
IFRANE (CHP)	HOPITAL 20 AOUT	1956	155221	68	76
	HP AHADAF	2004		20	45
TAZA (CHP)	H.IBN BAJA	1956	551000	325	340
TAOUNATE (CHP)	H.TAOUNATE	2000	661479	70	70
	HP RHAFSAI	1967	163606	45	45
BOULEMANE (CHP)	H. MV MISSOUR	1990	204000	72	130
	HP HABD OUTAT	1995	67852	28	34
EL HAJEB (CHP)	MY AL HASSAN	2007	253585	45	45
	CENTRE D'HEMODIALYSE	2010		12	12
TOTAL REGION			5004438	2106	2713

Le tableau n°3 montre une iniquité dans la répartition des prestations entre les différents centres hospitaliers de la région. En effet, les prestations qui doivent être prodiguées par certains centres hospitaliers selon leurs niveaux et telles quelles sont édictés par le décret 2-14-562 font défaut dans la majorité de ces établissements, contrairement à d'autres prestations qui y figurent hors normes. Dont la réhabilitation est l'une prestations manquante dans la plupart des CHP.

**Tableau 3: Panier des prestations hospitalières par niveau d'interventions selon SROS**

CH	Prestations manquantes	Prestations non figurées au décret
FES (CHR)	Psychiatrie Oncologie	
MEKNES (CHP)		Chirurgie maxillo-faciale Neurochirurgie Neurologie Oncologie Urologie Médecine interne Chirurgie pédiatrique Rhumatologie Chirurgie réparatrice et plastique
EL HAJEB (CHP)	Dermatologie Ophtalmologie- ORL <b>Réhabilitation</b> Stomatologie Psychiatrie Traumatologie orthopédie Endocrinologie	
IFRANE (CHP)	<b>Réhabilitation</b>	Chirurgie pédiatrique Médecine interne Urologie Chirurgie vasculaire
SEFROU (CHP)	<b>Réhabilitation</b> Stomatologie	Neurologie Rhumatologie Chirurgie traumatologique
BOULEMANE (CHP)	<b>Réhabilitation</b> Stomatologie Psychiatrie	Anesthésie réanimation Rhumatologie Chirurgie viscérale
TAOUNATE (CHP)	Chirurgie générale/viscérale <b>Réhabilitation</b> Stomatologie	Médecine interne
TAZA (CHP)	<b>Réhabilitation</b> Stomatologie Traumatologie orthopédie	Chirurgie pédiatrique Médecine interne Neurochirurgie Neurologie Rhumatologie Urologie Chirurgie traumatologique

## 2. Les ressources humaines :

L'effectif du personnel de santé relevant de la région Fès– Meknès est de **5743** repartis dans les différentes structures sanitaires, avec une forte concentration des ressources humaines aux préfectures de Fès et Meknès avec respectivement **28%** et **21%**, comme décrit le tableau 4.

**Tableau 4: Répartition des ressources humaines par préfecture et province selon SROS [58]**

PROVINCE	EFFECTIF
MEKNES	1597
FES	1180
TAZA	773
TAOUNATE	480
IFRANE	435
SEFROU	396
BOULEMANE	389
EL HAJEB	326
MY YACOUB	167
<b>TOTAL</b>	<b>5743</b>

49,25% de l'effectif total des ressources humaines de la RFM exercent au RESSP, 43,23% au réseau hospitalier (RH), 6,22% au Réseau Intégré des Soins d'Urgence Médicale (RISUM) et enfin 1,29% au REMSP (CHI non inclus) comme le décrit le tableau 5.

**Tableau 5: Répartition des ressources humaines par réseau selon SROS [58]**

RESEAUX	EFFECTIF
RESEAU ESSP	2558
RESEAU HOSPITALIER	2245
RISUM	323
REMSP	67
<b>TOTAL</b>	<b>5193</b>

Environ 55% des médecins du secteur public exercent aux préfectures de Fès et Meknès, pour les autres provinces, on note une disparité proportionnelle allant de 2,5% à 10%. Pour le secteur privé, 82% des médecins exercent aux préfectures de Fès et Meknès. [58]

# MATERIELS ET METHODES

## **1. Type d'étude:**

Il s'agit d'une enquête qualitative a visée descriptive ayant durée une année entre janvier 2018 et mars 2019 réalisée dans la région de Fès Meknès. Nous avons évalué uniquement l'offre de soins dans le secteur public.

## **2. Méthodologie :**

Après avoir pris l'accord administratif (annexe 2), nous avons menu un entretien semi-directif avec les acteurs de l'administration centrale et régionale concernés par la santé publique et l'offre de soin dans la direction régionale de la région de Fès Meknès et la direction de CHU Fès, ainsi les personnels de MPR dans les déferents hôpitaux régionaux et provinciaux de la région. Nous avons consulté également tous les documents officiels (publiés par les départements ministériels) et scientifiques relatifs à notre sujet de thèse.

## **3. Outil:**

Un questionnaire d'analyse de la situation, spécifique à la médecine de réadaptation, a été conçu pour mener l'entretien semi-directif et faire une évaluation transversale des infrastructures, des ressources humaines et des types d'équipement de réadaptation fournis aux PSH. Il contient les sous-sections suivantes: (1) démographie des PSH (2) Infrastructure, (3) Ressources humaines, (4) équipement et (5) financement (Annexe 3).

## **4. Procédure :**

Nous avons réalisé des entretiens avec le chef de service de santé publique, et le personnel de l'offre de soin au niveau de la direction régionale de la santé. Et avec le secrétaire général et le médecin MPR au niveau de CHU. Nous avons consulté également, le schéma régional de l'offre de soin de la RFM et le bilan d'activité de

CHU Hassan II de 2018 ainsi que l'enquête national de l'handicap 2004 et 2014 .Nous avons complété les informations manquantes auprès des personnels de la réadaptation par contact direct dans les préfectures de Fès et Meknès et par appel téléphonique et par mail pour les autres provinces de la région.

## **5. Présentation de l'étude:**

Les graphiques et les tableaux ont été réalisés par le logiciel : Excel 2010

# RESULTATS

## I. Besoin en réadaptation dans la région de Fès Meknès :

### A. Population générale:

La Région de Fès–Meknès compte 4377284 habitants en 2018 ; 62,47% résident en milieu urbain ; 50,18% sont des femmes ; et 62,87% sont jeunes âgés de 15–59 ans. La répartition de la population par province et préfecture montre la dominance du bi pôle Fès Meknès qui concentre 48.1 % de la population de la région dont 27,89% à Fès et 20,21% à Meknès, suivi de la province de Taounate qui regroupe 14,96% de la population générale de la RFM (Tableau6).

**Tableau 6: Population générale dans la RFM**

Préfectures / Provinces	Par milieu		Par sexe		Par tranches d'âge (ans)			Total Nb (%)
	Urbaine	Rurale	homme	Femme	0–14	15–59	≥60	
Meknès	735156	149595	440724	444027	235691	556251	92809	884751 <b>(20,21)</b>
Boulemane	69777	131578	100302	101053	53639	126594	21122	201355 (4,59)
El hajeb	134310	125820	129579	130551	69297	163546	27287	260130 (5,94)
Fès	1200586	20574	608300	612860	325308	767755	128098	1221160 <b>(27,89)</b>
Ifrane	88752	70459	79308	79903	42413	100097	16701	159211 (3,63)
Séfrou	167145	128691	147366	148470	78808	185995	31033	295836 (6,75)
Taounate	90244	564754	326276	328722	174487	411803	68708	654998 <b>(14,96)</b>
Taza	214348	299639	256034	257953	136922	323148	53916	513987 (11,74)
Moulay yaacoub	34349	151507	92581	93275	49511	116849	19496	185856 (4,24)
Total Nb (%)	2734667 <b>(60,47)</b>	1642617 (37,52)	2180471 (49,81)	2196813 <b>(50,18)</b>	1166076 (26,63)	2752039 <b>(62,87)</b>	459169 (10,48)	<b>4377284</b> (100)

## **B. Population en situation de handicap**

Selon les projections démographiques sur la base des résultats de l'enquête nationale de handicap 2014, la RFM compte **307830 PSH**; dont 61,12% résident en milieu urbain ; et 38,87% en milieu rural. La répartition de la population des PSH par province et préfecture montre la dominance du bi pôle Fès Meknès qui concentre 48,09 % de la population des PSH de la région dont 27,89% à Fès et 20,2% à Meknès, suivi de la province de Taounate qui regroupe 14,96% de la population des PSH.

Le taux de prévalence de handicap par milieu de résidence est souvent plus élevé en villes que dans les campagnes surtout dans les préfectures de Fès et Meknès, à l'exception des provinces de Taounate , Taza , Boulemane et My Yaacoub où l'on observe l'inverse la prédominance des PSH en milieu rural .

La population handicapée est composée de 49,45% d'hommes, et 50,54% des femmes. Par tranche d'âge la population des PSH est constituée de 50,26% des personnes âgées de 60 ans et plus. Pour celles ayant entre 15 et 59 ans, le taux de prévalence du handicap représente 42,91% alors qu'il est de 6,81% chez la population âgée de moins de 15 ans (Tableau 7).

**Tableau 7: Population des PSH dans la RFM**

Préfecture / Provinces	Par milieu		Par sexe		Par tranches d'âge(ans)			Total Nb (%)
	Urbaine	Rurale	Homme	Femme	0-14	15-59	≥60	
Meknès	50961	12257	32529	33194	4242	26700	31277	62219 (20,2)
Boulemane	4647	9197	6720	6872	966	6077	7118	14161 (4,6)
El hajeb	8945	8795	8682	8877	1247	7850	9196	18293 (5,94)
Fès	81999	2478	43756	44674	5856	36852	43169	85877 (27,89)
Ifrane	5911	4925	5314	5433	763	4805	5628	11196 (3,63)
Séfrou	11132	8996	9829	10126	1419	8928	10458	20805 (6,75)
Taounate	6010	39476	21895	22388	3141	19767	23155	46063 (14,96)
Taza	16276	22945	17304	17691	2465	15511	18170	36146 (11,74)
My yaacoub	2290	10590	6203	6343	891	5609	6570	13070 (4,24)
Total Nb (%)	188171 (61,12)	119659 (38,87)	152232 (49,45)	155598 (50,54)	20990 (6,81)	132099 (42,91)	154741 (50,26)	307830 (100)

### C. Population en situation de handicap par type

Selon les projections démographiques sur la base des résultats de l'enquête nationale de handicap, la majorité des PSH (50,2%) souffre de déficience motrice, ce qui correspond à près de 154530 PSH dans la RFM. Avec un taux approchant le quart, la déficience mentale (25,1%) et la déficience visuelle (23,8%) sont considérées également parmi les importantes déficiences rencontrées chez les PSH. Les personnes en situation de handicap auditif représentent respectivement 15,8% soit 48637 des handicapés au niveau régional.

Les résultats obtenus de ses projections sont présentés dans la figure 13 ci-dessous :

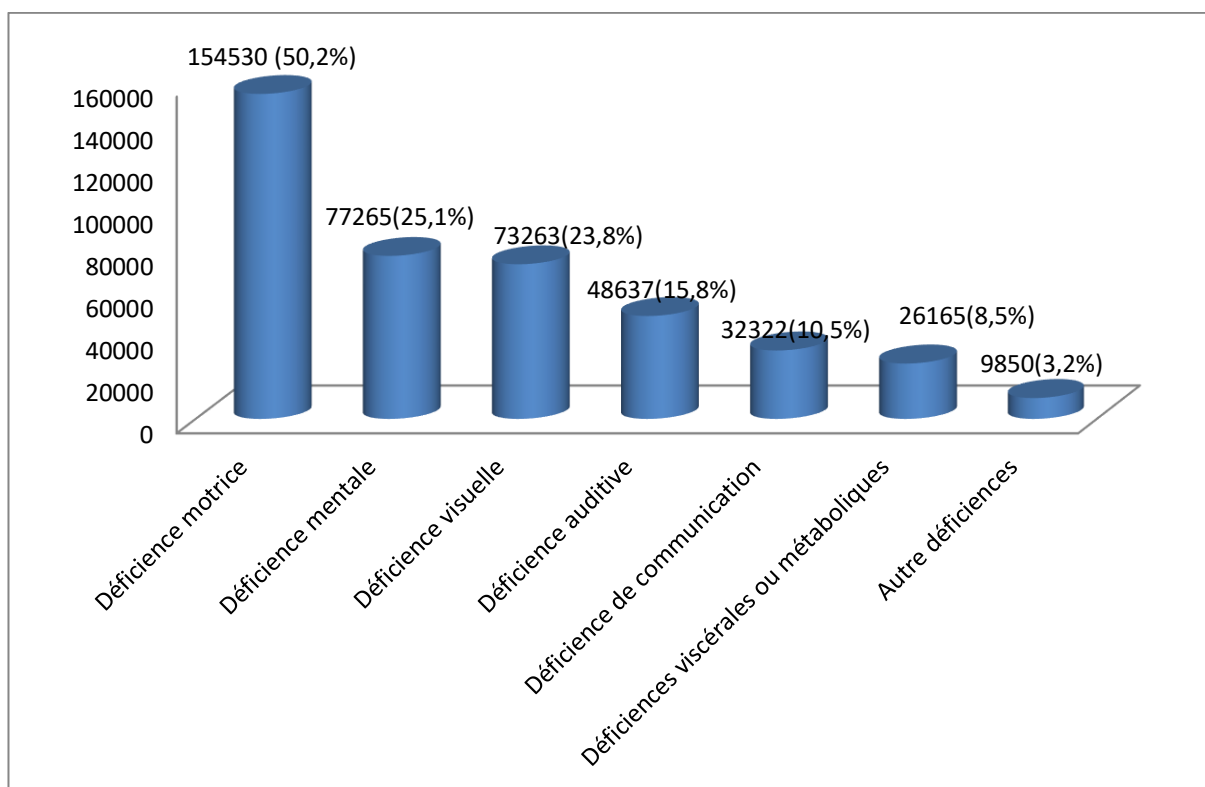


Figure 13: Répartition des PSH dans la RFM par type de déficience

## **II. Offre de soins de réhabilitation et réadaptation :**

### **A. Les infrastructures:**

#### **1. Répartition des structures de réadaptation dans la RFM**

Les structures de réadaptation dans la RFM sont réparties comme suit :

##### **Par réseau hospitalier**

**Au niveau III :** le CHU HASSAN II de Fès se dispose d'une unité de rééducation ambulatoire à l'hôpital des spécialités, sans aucune possibilité d'hospitalisation des personnes nécessitant des soins de réadaptation de niveau tertiaire. Les autres structures notamment l'hôpital mère enfant, le service d'oncologie ne disposent pas d'unité pour les soins de réadaptation.

**Au niveau II :** l'hôpital Ibn Al Baytar (CHR) se dispose d'un centre de rééducation et d'appareillage. C'est le seul hôpital de RFM qui se dispose des 3 lits hospitaliers dédiés aux activités hospitalières de réadaptation.

**Au niveau I :** la préfecture de Meknès dispose quant à elle d'un centre de rééducation et d'appareillage intégré au sein de CHP My Ismail, et d'une unité de rééducation dans le CHP Med V.

Pour les autres provinces, chacune comprend une unité de rééducation au sein des hôpitaux provinciaux, à l'exception de la province de My yaccoub qui ne dispose pas d'unité de rééducation.

Au vu des résultats obtenus nous remarquons que parmi les 15 hôpitaux de la région RFM, seulement 10 hôpitaux qui offrent les soins de réadaptation pour la population des PSH et un seul hôpital de la région qui offre une capacité d'hospitalisation pour la réadaptation de 3 lits (Tableau 8).

**Pour le RESSP :**

Parmi les 405 ESSP de la RFM, il y'a un seul centre de santé urbain qui offre des soins de réadaptation dans l'ensemble de la RFM, et qui se trouve au niveau de la préfecture de Meknès.

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

PROVINCE	Hôpital	Population	Capacité litière (CLF)	Type de structure	Capacité litière en réadaptation
FES (CHR)	CHU FES (CHIR)	5961868	818	Unité de rééducation	0
	H.EL GHASSANI	4377286	384	-	0
	H.IBN AL KHATIB	4377286	282	-	0
	H.IBN AL BAYTAR	4377286	24	Centre de rééducation et d'appareillage	3
MEKNES (CHP)	H.MED V	884751	378	Unité de rééducation	0
	H.SIDI SAID	884751	88	-	0
	H.MY ISMAIL	884751	172	Centre de rééducation et d'appareillage	0
SEFROU (CHP)	H.MED V	293477	99	Unité de rééducation	0
IFRANE (CHP)	H. 20 AOUT	157350	157	Unité de rééducation	0
TAZA (CHP)	H.IBN BAJA	513987	317	Unité de rééducation	0
TAOUNAT (CHP)	H.TAOUNAT	656529	70	Unité de rééducation	0
	H.RHAFSAI	160145	45	-	0
BOULEMANE (CHP)	H.M V MISSOUR	198622	130	Unité de rééducation	0
	H.HADB OUTAT	172990	36	-	0
EL HAJEB (CHP)	H.MY AL HASSAN	250000	45	Unité de rééducation	0
<b>Total RFM</b>			<b>3045</b>		<b>3</b>

En matière de structures de réadaptation, la RFM se dispose de 2 centres de rééducation et d'appareillage et 8 unités de rééducation intra hospitalières et une seule unité de rééducation au niveau d'ESSB parmi les 405 ESSB de la région.

La figure suivante montre la répartition des structures de réadaptation ainsi la distribution des PSH par préfectures et provinces de la région. Dont 48,09% de PSH se concentre dans bipôle Fès Meknès, ainsi les centres de rééducation et d'appareillage. Par contre la province de My Yacoub ne se dispose d'aucune structure de réadaptation.

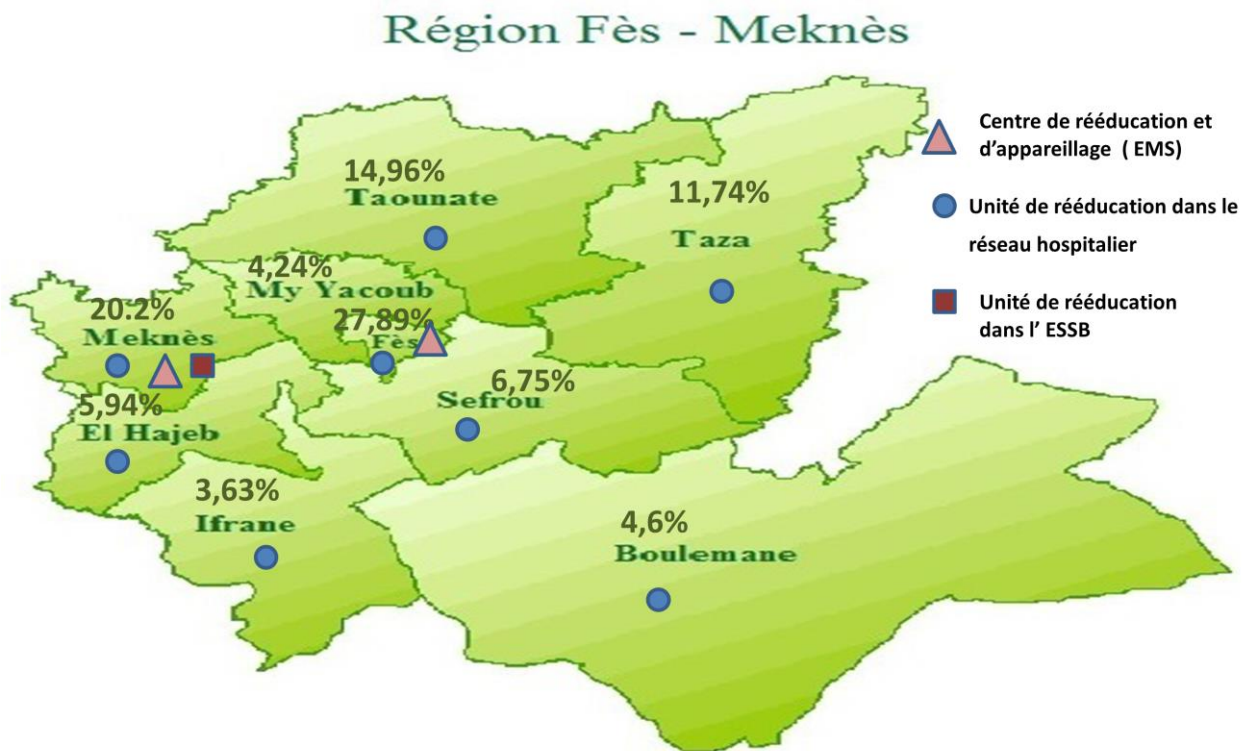


Figure 14: Carte de l'offre de soin en réadaptation et des PSH dans la RFM

## **2. Les services de réadaptation disponibles dans la RFM**

Les services de réadaptation offerts dans la RFM sont répartis comme suit :

### **Par réseau hospitalier**

#### **Niveau III**

Le CHU de Fès assure les services de la consultation spécialisée en MPR, la kinésithérapie, la psychomotricité, l'orthophonie, l'orthoptie, ainsi que l'échographie interventionnelle et le traitement de la spasticité, mais il manque d'un atelier d'appareillage.

#### **Niveau II**

Le CHR Ibn Al Baytar à Fès assure les services de la consultation spécialisée en MPR, la kinésithérapie, la psychomotricité, l'orthophonie, l'orthoptie ainsi que l'échographie interventionnelle et l'appareillage orthopédique.

#### **Niveau I**

Le CHP My Ismail à Meknès assure les services de la consultation MPR, la kinésithérapie, la psychomotricité, l'orthophonie, l'orthoptie et l'appareillage orthopédique.

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

#### **Pour le RESSP :**

Il y a qu'un seul ESSB dans le milieu urbain qui dispose d'une structure de réadaptation, c'est le centre de santé de RIAD LKASTANI dans la préfecture de Meknès qui assure seulement le service de kinésithérapie. Il n'y a aucun ESSB dans le milieu rural qui offre des services de réadaptation dans la RFM.

**Au total :**

Dans le réseau hospitalier, la kinésithérapie est assurée dans tous les hôpitaux qui ont des structures de réadaptation, par contre les services d'ergothérapie, de neuropsychologie, de bilan urodynamique ne sont pas offerts dans toute la RFM. La consultation MPR et l'atelier d'appareillage pour la confection et la fabrication des orthèses et prothèses sont présents seulement au niveau des préfectures de Fès et Meknès. Les services de psychomotricité manquent dans 2 unités, pour ce qui sont d'orthophonie ils manquent dans 3 unités, pour ceux d'orthoptie, ils manquent dans 6 unités intra hospitalières de réadaptation.

Dans le RESSB, parmi les 405 ESSB de la RFM, un seul ESSB urbain dans la préfecture de Meknès, qui offre le soin de réadaptation, il assure seulement le service de kinésithérapie (Tableaux 9 et 10).

**Tableau 9: Panoplie des services de réadaptation dans la RFM par réseau de soins de santé**

Panoplie des services de Réadaptation	CHU	CHR	CHP								ESSB	Total des salles	Structures
	Hassan II Fès	Ibn Al Baitar	My ISMAIL	Med V Meknès	Med V Séfrou	20 Aout	Ibn Baja	Taounat	Marche Verte Missour	My Al Hassan	Riyad Kostani Meknès		
Consultation MPR	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
Kinésithérapie/ Physiothérapie	2	4	4	1	1	2	4	1	2	3	1	26	11
Psychomotricité	1	1	2	0	0	1	1	1	0	1	0	8	7
Orthophonie	1		2	0	0	1			0	0	0	0	0
Orthoptie	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	4	4
Ergothérapie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuropsychologie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Confection et fabrication de plâtre de correction	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Confection et fabrication des orthèses et prothèses	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Confection et fabrication des aides techniques	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bilan urodynamique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Echographie interventionnelle	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Traitement de la spasticité	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Soins infirmiers	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1

**Tableau 10: Panoplie des services de réadaptation dans la RFM par préfectures et provinces**

Panoplie des services de Réadaptation	PREFECTURES ET PROVINCES								
	FES	MEKNES	SEFROU	IFRANE	TAZA	TAOUNATE	BOULEMANE	EL HAJEB	MY YACOUB
Consultation MPR	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Kinésithérapie/ Physiothérapie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Psychomotricité	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non
Orthophonie	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
Orthoptie	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non
Ergothérapie	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Neuropsychologie	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Confection et fabrication de plâtre de correction	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Confection et fabrication des orthèses et prothèses	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Confection et fabrication des aides techniques	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Bilan urodynamique	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Echographie interventionnelle	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Traitement de la spasticité	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Soins infirmiers	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non

### **3. Les types de rééducation dans la RFM**

Toutes les structures de réadaptation de la région fonctionnent avec un mode polyvalent et reçoivent tous type du handicap quelque soit l'âge et la pathologie, mais l'offre de soins de réadaptation dans la RFM ne contient aucune structure qui assure la réadaptation neuropsychologique, la rééducation cardiovasculaire, réadaptation gériatrique, la rééducation robotique, et isconitisme .Les enfants handicapés ne peuvent pas accéder aux soins de réadaptation au CHU et aux ESSB.

Les patients qui nécessitent la réadaptation cardiorespiratoire ne peuvent la trouver qu'au niveau de CHU, ainsi les patients cancéreux ne peuvent bénéficier de la rééducation oncologique que dans les préfectures de Fès et Meknès (Tableau 11)

**Tableau 11: Offre de soins de réadaptation disponibles dans la RFM par réseau de soin de santé**

Type de rééducation	CHU	CHR	CHP								ESSB	Total
	Hassan II	Ibn Albaytar	My ISMAIL	MedV Meknes	MedV Sefrou	20 Aout	Ibn Baja	Taounate	Marche Verte Missour	My Al Hassan	Riyad Kostani	
rééducation pédiatrique	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	9
rééducation polyvalente	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	11
rééducation cardiovasculaire	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	0
Réadaptation cardio-respiratoire	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	1
rééducation neurologique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	11
rééducation oncologique	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	3
rééducation gériatrique	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	0
Rééducation musculo-squelettique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	11
rééducation pulmonaire	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	3
rééducation neuropsychologique	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	0
rééducation robotique	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	0
La rééducation par Isconitisme	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	0

Le tableau 12 montre les rôles clés des établissements de santé en matière de réadaptation qui doivent être assurés par les différents niveaux de réseau hospitalier et ESSB et qui ne sont pas réalisés dans la plupart de ces établissements. L'hospitalisation complète ou de jour qui doit être assurée dans tous les niveaux de réseau hospitalier, n'est disponible qu'au niveau de CHR IBN AL Baytar. La consultation de diagnostic et de contrôle est assurée uniquement dans 3 établissements hospitaliers. L'éducation thérapeutique au handicap et l'orientation et le soutien pour la réinsertion ne sont pas assurés par ces établissements. Ainsi le CHU n'assure pas la formation des médecins généralistes et les médecins de sport en MPR.

**Tableau 12: Rôles clés qui doivent être assurés par les différents réseaux de santé en matière de réadaptation**

Rôles clés des établissements de santé en matière de handicap	CHU	CHR	CHP								ESSB
	Hassan II	Ibn Albaytar	My ISMAIL	MedV Meknes	MedV Sefrou	20 Aout	Ibn Baja	Taounate	Marche Verte Missour	My Al Hassan	Riyad Kostani
Admission en hospitalisation complète ou de jour	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
Exploration de pointe	Non										
Expertise de pointe	Oui										
Consultation de diagnostic et de control et suivi	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Réunion de concertation pluridisciplinaire	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	
Héberger et piloter la recherche en matière de handicap	Oui										
Formation initiale et continue des professionnels de MPR et du handicap	Oui										
Formation spécifique des médecins du sport et MG	Non										
Rééducation simple pour patient stable											Oui
Education thérapeutique au handicap	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Orientation et soutien pour la réinsertion	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non

## **B. Les ressources humaines :**

### **1. Répartition de personnels de réadaptation par profils**

L'effectif du personnel de réadaptation dédié spécifiquement au PSH relevant de la RFM est de 166, dont 80,1% sont affectés dans les structures de réadaptation dédiés à la prise en charge post aigue, et seulement 19,88% pour la prise en charge aigue dans les services hospitaliers comme la neurologie, la traumatologie.

La RFM compte 4 médecins MPR, affectés dans deux préfectures (Fès et Meknès), dont 2 médecins MPR exercent à CHR Ibn Al Baytar , un seul médecin MPR à CHP My Ismail, et un seul professeur en MPR au niveau de CHU, qui assure la formation de 3 médecins résidents. Ce qui correspond à 1 médecin MPR pour 76957 PSH et 1 médecin MPR pour 1094321 habitants dans la RFM.

L'effectif de personnels le plus dominant est celui des kinésithérapeutes, dont le nombre total est 91 kinésithérapeutes, 30 % au niveau de CHU et 18,68% au niveau de CHR, qui sont disponibles dans tous les établissements offrant des services de réadaptation dans la RFM .Par contre aucun des médecins généralistes de réadaptation, des neuropsychologues, des ergothérapeutes, et des podologues, n'était employé par ces établissements. Ainsi Aucun psychiatre ni psychologue n'est disponible au niveau des centres ou des unités de rééducation dans la RFM, pour le soutien psychique des PSH.

Ce qui concerne les autres personnels de réadaptation, les psychomotriciens manquent dans 3 établissements, les orthophonistes dans 4 établissements, les orthoptistes dans 7 établissements de réadaptation

Le nombre des ressources humaines en réadaptation est résumé par discipline et par niveau dans les tableaux 13 ,14 et 15.

**Tableau 13: Ressources humaines spécialisées en réadaptation dans la RFM**

Personnels de réadaptation	Total	Soins de rééducation aigus	Affecté aux structures de réadaptation (post aigues)
Médecin MPR	4	0	4
Médecin MPR en formation	3	0	3
Médecin généraliste formé à la MPR	0	0	0
Psychiatre	25	0	0
Psychologue	35	0	0
Neuropsychologue	0	0	0
Kinésithérapeute	91	21	70
Orthophoniste	16	6	10
Orthoptiste	13	6	7
Psychomotricien	13	0	13
Ergothérapeute	0	0	0
Orthoprothésiste	15	0	15
Podologue	0	0	0
Assistant social	26	0	5
Infirmier polyvalent formé	6	0	6
Aide soignant	44	0	0
<b>Total</b>	<b>291</b>	<b>33</b>	<b>133</b>

**Tableau 14: Ressources humaines spécialisées en réadaptation au niveau de CHU et CHR**

Personnels	CHU Hassan II Fès		CHR	
	Nb total	Nb dédié aux str de réadaptation	Nb total	Nb dédié au centre
Médecin MPR	1	1	2	2
Médecin MPR en formation	3	3	0	0
Médecin généraliste formé à la MPR	0	0	0	0
Psychiatre	22	0	0	0
Psychologue	35	0	0	0
Neuropsychologue	0	0	0	0
Kinésithérapeute	28	10	17	14
Orthophoniste	7	1	3	3
Orthoptiste	6	0	3	3
Psychomotricien	1	1	3	3
Ergothérapeute	0	0	0	0
Orthoprothésiste	0	0	6	6
Podologue	0	0	0	0
Assistant social	9	0	5	1
Infirmier polyvalent formé	0	0	6	6
Aide soignant	44	0	0	0
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>16</b>	<b>45</b>	<b>38</b>

**Tableau 15: Ressources humaines en réadaptation dans les CHP et ESSB dans la RFM**

Personnels	CHP																ESSB	
	My Ismail		MedV Meknes		Med V Sefrou		20 Aout		Ibn Baja		Taounate		Marche Verte Missour		My Al Hassan		Riyad Kostani Meknes	
	Nb total	Nb dédié au centre	Nb total	Nb dédié à l'unité	Nb total	Nb dédié à l'unité	Nb total	Nb dédié à l'unité	Nb total	Nb dédié à l'unité	Nb total	Nb dédié à l'unité	Nb total	Nb dédié à l'unité	Nb total	Nb dédié à l'unité		
Médecin MPR	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Médecin généraliste formé à la MPR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psychiatre	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psychologue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuropsychologue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kinésithérapeute	5	5	6	6	5	5	7	7	7	7	6	6	6	6	3	3	1	1
Orthophoniste	2	2	0	0	0	0	1	1	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0
Orthoptiste	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Psychomotricien	3	3	0	0	0	0	2	2	2	2	1	1	0	0	1	1	0	0
Ergothérapeute	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Orthoprothésiste	6	6	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Podologue	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Assistant social	1	1	2	0	0	0	3	3	1	0	2	0	2	0	1	0	0	0
Infirmier polyvalent formé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aide soignant	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

## 2. Répartition de personnels de réadaptation dédiée au PSH par provinces et effectif médical et paramédical

L'effectif du personnel de réadaptation dédié spécifiquement au PSH relevant de la RFM est de **166**, repartis dans les différentes structures sanitaires, avec une forte concentration des ressources humaines aux préfectures de Fès et Meknès avec respectivement **51,8%** et **16,86%**, et son absence dans la province de My Yacoub.

Les ressources humaines en réadaptation sont dominés par l'effectif paramédical qui représente **97,6%**, alors que l'effectif médical de réadaptation est médiocre ne représente que **2,4%** de l'ensemble des ressources humaines de réadaptation (Tableau 16)

**Tableau 16: Répartition des ressources humaines en réadaptation par province et par effectif médical et paramédical**

Province	Effectif	Effectif Medical	Effectif paramedical
MEKNES	28	1	27
FES	86	3	83
TAZA	14	0	14
TAOUNATE	8	0	8
IFRANE	14	0	14
SEFROU	5	0	5
BOULEMANE	7	0	7
EL HAJEB	4	0	4
MY YACOUB	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>166</b>	<b>4</b>	<b>162</b>

### **3. Répartition de personnels de réadaptation par réseaux de l'offre soin**

L'effectif des ressources humaines en réadaptation dédié aux PSH de la RFM est réparti de façon inégale sur les différents réseaux de l'offre de soin , dont 63,85% exercent au niveau de réseau hospitalier dans les unités de réadaptation intra hospitalières et des services hors le service de MPR , 35,54% au niveau de REMS dans les deux centres de rééducation et d'appareillage et seulement 0,6 % au niveau de RESSB (Tableau 17).

**Tableau 17: Répartition des ressources humaines en réadaptation par réseau de soins de santé**

RESEAUX	EFFECTIF
RESEAU ESSB	1
RESEAU HOSPITALIER	106
REMSB	59
<b>TOTAL</b>	<b>166</b>

### **C. L'équipement :**

Il y avait plusieurs limitations associées à la réadaptation de base d'infrastructure et de moyens. Ces limitations sont plus importantes dans les provinces de la région que dans les deux préfectures de la RFM. Parmi ces limitations on note : une disponibilité limitée d'équipement de thérapie de base, le manque de certaines structures de réadaptation dans plusieurs établissements.

Tous les établissements ont signalé le besoin d'améliorer la qualité des soins dans les unités et les centres de réadaptation.

**Tableau 18: Equipement en réadaptation dans la préfecture de Fès**

Equipement		Niveau III		Niveau II		Niveau I	
		Nb	Satisfaction Oui/Non	Nb	Satisfaction Oui /Non	Nb	Satisfaction Oui/Non
<b>Kinésithérapie</b>	Barres parallèles	1	Non	2	Non	N'existe pas	
	Bicyclette fixe	2	Non	6	Non		
	Tapis de marche	1	Non	1	Non		
	Escaliers de montée et descente	1	Non	2	Non		
	Tables de massage	10	Oui	50	Oui		
	Déambulateur fixe et à roulette	2	Non	4	Non		
	Arthromoteur	1	Non	8	Oui		
	Ballon de Klein	0	Non	4	Non		
	Tapis de gymnastique	0	Non	8	Oui		
	Lève malade	0	Non	0	Non		
<b>Atelier de Fabrication De Prothèses Et Orthèses</b>	Ponceuse orbitale	Pas d'atelier de fabrication de prothèses et orthèses au CHU		0	Non		
	Ponceuse à bande abrasive			1	Oui		
	Touret à meuler			0	Non		
	Tabouret a roulettes			12	Oui		
	Ciseau électrique			0	Non		
	Table pour soudeur à miroir			0	Non		
	Étau d'alignement			1	Non		
	Table de découpe			0	Non		
	Podoscope			2	Oui		
	Appareil dépoussiéreur			1	Oui		
	Étau pour l'alignement manuel			2	Oui		
	séparateur de plâtre			0	Non		
	Cadre de prise de moulage			1	Non		
Panneau d'outillage	0	Non					

	Siège de prise de moulage			0	Non
<b>Orthoptie</b>	Frontofocomètre automatique	1	Non	0	Non
	Réfractomètre	0	Non	0	Non
	Matériel de rééducation visuelle		Oui	1	Non
<b>Orthophonie</b>	Matériel de rééducation du langage et de la communication (imagier, puzzle, pictogramme)		Non	0	Non
<b>Psychomotricité</b>	Tapis d'éveil	0	Non	0	Non
	Structure d'éveil : tunnel ou tubes pour ramper, divers matelas, matériel à bascule	0	Non	0	Non
<b>Salle d'isocinetisme</b>	Dynamomètre isocinétique	0	Non	0	Non
<b>Salle ENMG</b>	Electromyographe	0	Non	1 en panne	Non

**Tableau 19: Equipement des structures de réadaptation dans la préfecture de Meknes**

Equipement		Niveau II CHP Med V		Niveau II CHP My ISMAIL		Niveau I	
		Nb	Satisfaction Oui /Non	Nb	Satisfaction Oui /Non	Nb	Satisfaction Oui/Non
<b>Kinésithérapie</b>	Barres parallèles	00	Non	02	Oui	00	Non
	Bicyclette fixe	01	Non	04	Oui	03	Oui
	Tapis de marche	00	Non	01	Oui	01	Non
	Escaliers de montée et descente	00	Non	00	Non	00	Non
	Tables de massage	04	Oui	12	Non	08	Oui
	Déambulateur fixe et à roulette	00	Non	01	Non	00	Non
	Arthromoteur	00	Non	00	Non	00	Non
	Ballon de Klein	00	Non	04	Oui	00	Non
	Tapis de gymnastique	00	Non	05	Oui	00	Non
	Lève malade	00	Non	00	Non	00	Non
<b>Atelier de Fabrication De Prothèses Et Orthèses</b>	Ponceuse orbitale	Pas d'atelier de fabrication de prothèses et orthèses au CHP med V		0	Non		
	Ponceuse à bande abrasive			1	Oui		
	Touret à mauler			0	Non		
	Tabouret a roulettes			1	Non		
	Ciseau électrique			0	Non		
	Table pour soudeur à miroir			0	Non		
	Étau d'alignement			1	Non		
	Table de découpe			02	Non		
	Podoscope			1	Oui		
	Appareil dépoussiéreur			1	Non		
	Étau pour l'alignement manuel			0	Non		
	séparateur de plâtre			0	Non		
	Cadre de prise de moulage			0	Non		
	Panneau d'outillage			0	Non		
Siège de prise de	0	Non					

	moulage				
<b>Orthoptie</b>	Frontofocomètre automatique	Pas d'orthoptie	00	Non	Pas d'orthoptie
	Réfractomètre		00	Non	
	Matériel de rééducation visuelle		01	Non	
<b>Orthophonie</b>	Matériel de rééducation du langage et de la communication (imagier, puzzle, pictogramme)	Pas de d'orthophonie	02 07 00	Non	Pas de d'orthophonie
<b>Psychomotricité</b>	Tapis d'éveil	Pas de psychomotricité	04	Non	Pas de psychomotricité
	Structure d'éveil : tunnel ou tubes pour ramper, divers matelas, matériel à bascule		01 01 00 01	Non	
<b>Salle d'isocinetisme</b>	Dynamomètre isocinétique		0	Non	
<b>Salle ENMG</b>	Electromyographe	0	Non	0	0

**Tableau 20: Equipement des structures de réadaptation dans les autres provinces de la RFM**

Equipement		Niveau II (CHP de Taounate )		Niveau II (CHP de sefrou )		Niveau II (CHP de HAJEB)		Niveau II (CHP d'IFRANE)		Niveau II (CHP de TAZA)		Niveau II ( CHP de BOULMANE )	
		Nb	Satisfaction Oui /Non	Nb	Satisfaction Oui/Non	Nb	Satisfaction Oui/Non	Nb	Satisfaction Oui/Non	Nb	Satisfaction Oui/Non	Nb	Satisfaction Oui /Non
<b>KINESITHERAPIE</b>	Barres parallèles	00	Non	00	Non	01	Oui	00	Non	01	Non	00	Non
	Bicyclette fixe	03	Non	02	Oui	02	Non	02	Oui	04	Non	01	Oui
	Tapis de marche	00	Non	00	Non	00	Non	00	Non	01	Non	01	Oui
	Escaliers de montée et descente	00	Non	00	Non	01	Oui	00	Non	01	Non	01	Oui
	Tables de massage	05	Oui	03	Oui	03	Oui	00	Non	13	Non	04	Oui
	Déambulateur fixe et à roulette	00	Non	01	Oui	00	Non	03	Oui	02	Non	05	Oui
	Arthromoteur	00	Non	00	Non	00	Non	00	Non	01	Non	00	Oui
	Ballon de Klein	02	Non	00	Non	04	Oui	00	Non	10	Non	04	Oui
	Tapis de gymnastique	03	Oui	00	Oui	06	Oui	00	Non	04	Non	00	Non
	Lève malade	00	Non	00	Non	00	Non	00	Non	01	Non	00	Non
<b>Atelier de Fabrication De Prothèses Et Orthèses</b>	Les CHP ne disposent pas d'atelier de fabrication de prothèse et orthèses												
<b>Orthoptie</b>	Frontofocomètre automatique	Pas d'orthoptie		Pas d'orthoptie		Pas d'orthoptie		Pas d'orthoptie		Pas d'orthoptie		00	Non
	Réfractomètre											01	Oui
	Matériel de rééducation visuelle											00	Non
	Matériel de	00	Non	Pas d'orthophonie		Pas d'orthophonie		1	Non	0	Non	Pas	

<b>Orthophonie</b>	rééducation du langage et de la communication (imagier, puzzle, pictogramme)										d'orthophonie
<b>Psychomotricité</b>	Tapis d'éveil	00	Non	Pas de psychomotricité	0	Non	0		0	Non	Pas de psychomotricité
	Structure d'éveil : tunnel ou tubes pour ramper, divers matelas, matériel à bascule	00	Non		0	Non	0		0	Non	
<b>Salle d'isocenetisme</b>	Dynamomètre isocinétique										
<b>Salle ENMG</b>	Electromyographe										

## **D. Le financement**

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

# DISCUSSION

L'analyse des informations recueillies lors de ce travail de thèse, nous a permis d'identifier plusieurs niveaux de discussion.

## **1. Besoin en réadaptation dans la région de Fès Meknès :**

Selon les projections démographiques sur la base des résultats de l'enquête nationale de handicap 2014, la RFM compte 307830 PSH; dont 61,12% résident en milieu urbain, 6,81% sont des enfants, et 50,26% sont âgées de 60 ans et plus. Ce qui est conforme aux données de rapport mondial sur le handicap qui indique une plus forte prévalence de handicap dans les pays à faible revenu que dans les pays à revenu élevé et que la prévalence est également plus forte chez les personnes âgées [2].

Une telle situation appelle à la conjugaison des efforts, plus particulièrement en faveur des personnes âgées. Pour les plus de 60 ans, le taux de prévalence élevé est dû à certaines pathologies qui s'accroissent avec l'âge (maladies cardiovasculaires, métaboliques et pathologies chroniques, etc.). Les conséquences de ces pathologies conduisent souvent aux situations de handicap et à la dépendance [43].

Selon l'enquête nationale sur le handicap 2014, la majorité des PSH (50,2%) souffre de déficience motrice, ce qui correspond à près de 1544530 personnes dans la RFM. Les déficiences mentales, visuelles et auditives représentent respectivement 25,1%, 23,8% et 15,8%.

Le fait de connaître le nombre de personnes handicapées et de comprendre leur situation peut améliorer les efforts pour faire tomber les barrières qui contribuent au handicap et fournir des services permettant aux personnes handicapées de participer [2].

## **2. Offre de soins de réhabilitation et réadaptation :**

### **A. Les infrastructures :**

Comme toutes les autres disciplines médicales, la MPR est une discipline hospitalière qui prend en charge les personnes en situation de handicap quelle qu'en soit l'étiologie. Cette discipline, largement intégrée aux systèmes de santé des pays développés est relativement récente au Maroc [11].

L'invalidité est très courante chez les patients marocains hospitalisés et plus de la moitié de ceux qui souffrent d'une invalidité persistante ne devraient pas être renvoyés à la maison, mais ont besoin de plus de soins de suivi et de soutien à la réadaptation, ce qui ne peut être réalisé de manière optimale sans activité hospitalière. En tant que discipline de réadaptation pour patients hospitalisés, la MPR n'est pas aussi chère que d'autres disciplines médicales ou chirurgicales, et pourtant c'est un bon investissement médical et social qui mérite plus d'attention de la part des autorités médicales marocaines [59]

Les résultats de notre étude montrent que l'offre de soin en réadaptation est basée sur une prise en charge ambulatoire, représenté par les unités de rééducations intra hospitalières et les centres de rééducation et d'appareillage (EMS) qui sont intégrés dans certains hôpitaux.

Dans la plupart des systèmes de santé dans le monde, la prise en charge médicosociale des personnes en situation de handicap, notamment ceux qui souffrent de handicaps neurologiques lourds (hémiplegie, paraplegie... etc.), fait essentiellement appel à des services hospitaliers de médecine physique et de réadaptation (MPR) [11].

Selon le rapport mondial sur le handicap, les besoins en lits hospitaliers réservés aux soins de suite et de réadaptation devraient représenter entre 10 et 30 % de l'ensemble de la capacité litière [2].

Selon ses estimations la région Fès Meknès devrait assurer 328 lits hospitaliers en MPR dans le cas où la capacité litière représente 10% de la capacité totale, et 983 lits si la capacité litière en réadaptation représente 30% de capacité totale comme le montre le tableau 21. Cependant la RFM est loin de ses estimations, puisqu' elle ne se dispose que de 3 lits en MPR, ce qui est équivalent à 0.098% de la capacité litière totale.

**Tableau 21: Estimation de nombre de lits de Médecine physique et de réadaptation nécessaire pour la région Fès Meknès en fonction du pourcentage de la capacité litière théoriques des hôpitaux**

PROVINCE	Hôpital	Capacité litière (CLT)	Estimation de Nbre. lits MPR	
			10%	30 %
FES (CHR)	CHU FES (CHIR)	1 050	105	315
	H.EL GHASSANI	384	38	115
	H.IBN AL KHATIB	531	28	85
	H.IBN AL BAYTAR	60	2	7
MEKNES (CHP)	H.MED V	378	38	113
	H.SIDI SAID	192	9	26
	H.MY ISMAIL	140	17	52
SEFROU (CHP)	H.MED V	82	10	30
IFRANE(CHP)	H. 20 AOUT	50		
TAZA(CHP)	H.IBN BAJA	111	16	47
TAOUNAT (CHP)	H.TAOUNAT	76		
	H.RHAFAI	45	32	95
BOULEMANE (CHP)	H.M V MISSOUR	340		
	H.HADB OUTAT	70	7	21
EL HAJEB(CHP)	H.MY AL HASSAN	45	5	14
<b>Total de la région Fès Meknès</b>		<b>3277</b>	<b>328</b>	<b>983</b>

L'analyse du ratio de lits de spécialités en réadaptation par population à l'échelle internationale, montre une grande disparité, allant des 2,5 lits MPR / 100.000 habitants en Turquie, 18 lits au Canada, 40 lits en Italie et 158 lits en France. Le tableau ci-dessous montre le nombre de lits estimées à mettre en place par région sur la base d'un ratio situé dans une fourchette de 2,5 et 158 lits MPR / 100.000 habitants [21]

**Tableau 22: Estimation du nombre de lits en médecine physique et de réadaptation nécessaires pour la région Fès Mèknes selon le ratio 2,5 et 158 par 100.000 habitants**

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

La région Fès Meknès devrait assurer 106 lits hospitaliers en MPR selon le ratio de 2,5 lits/ 100.000 habitants, et 6694 lits sur la base d'un ratio de 158 lits MPR / 100.000 habitants .Alors que la RFM est loin de ses estimations, puisqu' elle ne se

dispose que de 3 lits en MPR pour l'ensemble de la population, soit 0.068 lits/ 100.000 habitants.

La prise en charge des PSH dans la RFM est en principe ambulatoire dans le réseau EMS et le réseau hospitalier et pratiquement absente dans le RESSB. En effet la région offre 405 ESSB, uniquement un seul ESSB dans l'ensemble de RFM qui contient une salle de kinésithérapie pour la rééducation des PSH. Alors que l'ESSB est le premier niveau dans le système de santé marocain, et le plus accessible à la population des PSH.

Notre étude montre qu'il existe plusieurs limitations en ce qui concerne les infrastructures en réadaptation dans la RFM :répartition géographique inégale avec l'absence de structures de réadaptation dans la province de My Yaccoub et dans le milieu rural dans l' ensemble de RFM, absence de la neuropsychologie et l'ergothérapie , l'atelier d'appareillage qui est disponible que dans 2 hôpitaux parmi 11 établissements de réadaptation ,la psychomotricité et orthophonie qui ne sont pas disponibles dans tous les établissement et dont la majorité des cas partagent la même salle par manque d'espace .

Ce qui est équivalent à l'étude (Asare Christian 2016) [60] qui indique qu' Il y avait plusieurs limitations associées à la réadaptation de base d'infrastructure à Ghana et que ces limitations sont importantes dans les zones rurales.

## **B. Les ressources humaines**

Les ressources humaines spécialisées en réadaptation sont une composante souvent négligée voir même absente dans les plans et les stratégies de développement des systèmes de santé [61]. Malgré des besoins plus importants, les pays à revenu faible et intermédiaire ont tendance à signaler une disponibilité moindre de personnel de santé qualifié en réadaptation [61].

Au Maroc, On compte quelques 70 médecins spécialistes, dont la plupart sont installés dans le secteur privé, souvent inaccessible aux PSH à ressources limitées. Dans le secteur public, le nombre de médecins de MPR, n'excède pas une vingtaine, qui travaille dans des centres ambulatoires ou dans des structures hospitalières ne disposant pas de services dédiés aux activités de rééducation et de réadaptation. Ce manque en ressources humaines s'étend aussi aux professions paramédicales s'occupant de PSH [11].

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature dans le nombre limité et insuffisant des médecins MPR. Dont la RFM regroupe seulement 4 médecins MPR, soit 1 médecin MPR pour 76957 PSH, ce qui explique le manque de médecins rééducateurs, malgré leur rôle important dans la prise en charge des PSH. La formation en MPR est quasi limitée, vue la présence de 3 résidents en formation dans le CHU qui ne se dispose pas de service hospitalier de MPR.

Par manque des médecins généralistes formés en MPR dans la RFM, nos résultats viennent confirmer les connaissances insuffisantes des médecins généralistes sur le handicap, et leurs attitudes plutôt négatives vis à vis des patients en situation de Handicap, et leur pratique médicale quotidienne qui est entravée par de nombreuses difficultés [54].

Notre étude a objectivé, le manque des ressources humaines en réadaptation surtout médical et qui s'étend aux personnels paramédicaux, et leur répartition géographique inéquitable. Ainsi l'absence de plusieurs professionnels de réadaptation qui font parti de l'équipe MPR, telles les médecins généralistes de réadaptation, les neuropsychologues, les ergothérapeutes, et les podologues, ce qui rend le travail de l'équipe incomplet.

Ce manque en ressources humaines spécialisées dans la prise en charge du handicap est particulièrement alarmant, et reste un facteur limitant majeur de toute

politique nationale de la prise en charge du handicap. Pour récupérer ce manque en ressources humaines spécialisées, l'Etat marocain doit entamer les actions urgentes dans le renforcement des effectifs des spécialistes médicaux et paramédicaux dans toutes les filières intéressant le handicap, la création de nouvelles filières telles que la psychologie clinique, l'ergothérapie, la podologie et l'inclusion de modules spécifiques sur le handicap dans la formation des professionnels de santé.

### **C. L'équipement**

Dans notre étude, les infrastructures de réadaptation sont limitées, ainsi que son équipement qui reste insuffisant dans la plupart des cas. Cette insuffisance rend le travail de personnels difficile et inefficace, ce qui retenti négativement sur la prise en charge des PSH.

Sans infrastructure appropriée dans aucune santé la conception du système, la capacité humaine et les interventions ont des limites et peuvent souvent être coûteuses et inefficaces. Un environnement aux ressources limitées doit avoir des politiques saines concernant le développement de programmes afin d'optimiser les résultats des interventions [60].

### **D. Financement**

L'absence de données sur le financement dédié au soin de réadaptation montre la priorité de réadaptation dans le système de santé au Maroc. L'absence de financement efficace est un obstacle majeur pour la pérennisation des services dans toutes les situations de revenus, d'où la nécessité de le renforcer pour améliorer l'offre de soin en réadaptation.

## **3. Adéquation entre l'offre de soin de réadaptation et les besoins de PSH.**

**Tableau 23: Adéquation entre l'offre de soin de réadaptation et les besoins de PSH**

Province	Population en situation de handicap		Ressources humaines en réadaptation			Structures de réadaptation	
	Nombre	Particularité	Total	Effectif Medical	Effectif paramedical	Nombre	Particularité
MEKNES	62219(20.2)	-38,87 % en milieu rural -50,2% avec handicap moteur -50,26% âgés de plus de 60 ans. -20990 enfants en situation de handicap	28	1	27	Centre rééducation et d'appareillage + 2 unités de rééducations	- manque de plusieurs disciplines  - Equipement insuffisant  - aucune structure de réadaptation au milieu rural  - aucune structure de réadaptation pédiatrique ou gériatrique
FES	85877(27,89)		86	3	83	Centre de rééducation et d'appareillage + unité de rééducation	
TAZA	36146(11,74)		14	0	14	Unité de rééducation	
TAOUNATE	46063(14,96)		8	0	8	Unité de rééducation	
IFRANE	11196 (3,63)		14	0	14	Unité de rééducation	
SEFROU	20805 (6,75)		5	0	5	Unité de rééducation	
BOULEMANE	14161 (4,6)		7	0	7	Unité de reeducation	
EL HAJEB	18293 (5,94)		4	0	4	Unité de rééducation	
MY YACOUB	13070 (4,24)		0	0	0	-	
<b>TOTAL</b>	<b>307830 (100)</b>		<b>166</b>	<b>4</b>	<b>162</b>	<b>2 centres de rééducations et appareillage et 9 unités de rééducations</b>	

L'offre de soin en rééducation et réadaptation en secteur public dans la RFM est quasi limité aux centres de rééducations et d'appareillage et des unités de rééducation intra hospitalières qui offre une prise en charge ambulatoire exclusivement dans le milieu urbain , avec une répartition géographique inéquitable ,en l'absence de toutes structures de réadaptation dans le milieu rural . Cependant, 38,87% de la population des PSH est situé en milieu rural , 50,26% sont de personnes âgées de 60 ans et plus ,et 50.2% souffre d' handicap moteur qui sont dans l'incapacité de se déplacer, avec leurs propres moyens, tous les jours vers ces centres ambulatoires souvent éloignés de leur lieu de résidence, ce qui explique l'exclusion d'un grand nombre de patients de ce type de prise en charge. Se limiter uniquement à une rééducation ambulatoire signifie l'exclusion de tous les patients incapables de se rendre à ces centres et l'absence de services hospitaliers de MPR permet l'exclusion des personnes qui ont besoin d'une prise en charge en phase aigue.

En plus les services de réadaptations existantes fonctionnent selon un mode polyvalent et reçoivent tous les types de handicap et des PSH d'âge différent. 20990 enfants en situation de handicap et 154741 PSH âgés de plus de 60 ans dans la région n'ont pas de services spécifiques de réadaptation pédiatrique et gériatrique.

Néanmoins ces structures de réadaptation ambulatoires, ayant plusieurs limitations dans les infrastructures de réadaptation avec manque de certaines disciplines et l'insuffisance d'équipement de base et les ressources humaines en réadaptation limitées de ces institutions avec une répartition géographique inégale ne permettant pas de répondre aux besoins des patients.

## **4. Points forts**

Notre travail de thèse est la première étude marocaine qui évalue l'offre de soin en réadaptation et rééducation fournis pour les PSH, notamment les infrastructures, les ressources humaines et la capacité à mener des interventions de réadaptation et son adéquation au besoin de cette population dans la RFM .

C'est une étude pilote au Maroc, basée sur des enquêtes de terrain, qui couvre les structures de réadaptation de secteur public dans la région Fès Meknès.

Cette étude survient dans une conjoncture où le ministère de Santé commence le chantier de renforcement de l'offre de soin en réadaptation au Maroc de façon générale et dans la région Fès Meknès spécialement.

## **5. Points faibles**

Cette étude présente certaines limites :

- L'étude a concerné juste les structures de réadaptation dans le secteur public, ce qui pourrait limiter, ainsi la généralisation des résultats sur l'offre de soin dans le secteur privé et donc la totalité de l'offre de soin en réadaptation dans la RFM.
- Nous avons utilisé une liste de matériels qui n'est pas exhaustive, qui représente juste une partie de l'équipement.
- Par manque de données, on ne se dispose pas de budget dédié à la réadaptation et rééducation

## 6. Faits marquants et chiffres-clés :

- ❖ Infrastructures de réadaptation dans la RFM
  - ✓ Offre de soin en réadaptation basé sur une prise en charge ambulatoire .
  - ✓ Seulement 3 lits hospitaliers en MPR qui correspondent à 0,098% de la capacité litière dans la RFM.
  - ✓ Parmi les 405 ESSB, un seul ESSB urbain qui ne contient qu'une salle de kinésithérapie.
  - ✓ Manque des disciplines d'ergothérapie, de neuropsychologie, de podologie
  - ✓ Aucune structure de réadaptation au milieu rural.
  - ✓ Aucune structure de réadaptation pédiatrique ou gériatrique
- ❖ Ressources humaines spécialisées en réadaptation dans la RFM
  - ✓ 4 médecins MPR dans l'ensemble de la RFM,
    - soit 1 médecin MPR pour 76957 PSH.
    - Soit 1 médecin MPR pour 1094321 habitants.
  - ✓ Les ressources humaines en réadaptation sont constituées de **97,6%** d'effectif paramédical et **2,4%** d'effectif médical de réadaptation.
  - ✓ 63,85% de personnels de réadaptation au niveau de réseau hospitalier.
  - ✓ 35,54% au niveau de REMS.
  - ✓ 0,6 % au niveau de RESSB.
  - ✓ Pas des médecins généralistes dans les structures de réadaptation,
  - ✓ Pas des neuropsychologues, des ergothérapeutes, et des podologues.
- ❖ Equipements de la réadaptation dans la RFM
  - ✓ Equipement insuffisant dans toutes les structures de réadaptation.
- ❖ Financement des soins de réadaptation dans la RFM
  - ✓ Absence de données sur le financement des structures de réadaptation, montre la priorité de réadaptation dans le système de santé marocain.

## RECOMMANDATIONS

A la lumière des résultats de notre travail de thèse, nous pouvons élaborer un certain nombre de recommandations :

1. Développer l'offre de soins de réadaptation spécialisés, dans les différents réseaux et niveaux du système de santé marocain dans les différentes provinces de la région Fès Meknès, ainsi que dans les différentes régions de royaume.
2. Créer des structures de réadaptation (hôpitaux, centres ou services de médecine physique et de réadaptation), avec une capacité litière totale de 900 lits répartie sur les différents niveaux (primaires, secondaires et tertiaires) de réseau hospitalier.
3. Développer l'offre de soin de réadaptation dans le RESSB, pour assurer l'accessibilité aux soins, la continuité des soins et les soins de proximité surtout pour les régions rurales.
4. Créer des structures de réadaptations spécialisées et des pôles d'excellences par type du handicap, par cause du handicap et par âge.
5. Renforcer la formation de base et la formation continue des ressources humaines spécialisées dans la réadaptation pour tous les types de handicap et assurer la disponibilité des différents professionnels de réadaptation avec une répartition géographique équitable.
6. Former et recruter les médecins MPR pour améliorer le taux de couverture médicale de la population générale et des PSH dans la RFM.
7. Former les médecins généralistes dans les thématiques clés en matière de prise en charge des PSH et les recruter pour renforcer l'offre de soins de réadaptation et combler la pénurie des médecins MPR.

8. Créer de nouvelles filières telles que la podologie et la neuropsychologie.
9. Plaider auprès du ministère de Finances pour augmenter le poste budgétaire des effectifs afin d'avoir un recrutement satisfaisant de professionnels médicaux et paramédicaux spécialisés en réadaptation dans les différents types d'établissements de santé.
10. Budgétiser les plans de maintenance de l'équipement et des installations de réadaptation, y compris l'appareillage.
11. Promouvoir la recherche épidémiologique, socio - économique, clinique et technologique en matière de handicap, réadaptation et appareillage.
12. Généraliser cette étude sur les différentes régions de royaume pour avoir une idée globale sur l'offre de soin en réadaptation dans le secteur public et privé.

# CONCLUSION

Notre étude, a objectivé clairement l'insuffisance de l'offre de soin en réadaptation dans la RFM et son inadéquation au besoin de la population estimée des PSH dans la région, et son inadéquation à la norme internationale par manque de service hospitalier de MPR.

L'étude a révélé des lacunes dans les infrastructures, les ressources humaines et la capacité d'assurer une réhabilitation complète dans les provinces de la région. La création des services hospitaliers de MPR et des unités de rééducations au niveau des ESSB et l'amélioration des infrastructures, ainsi le renforcement de personnels de réadaptation médical et paramédical serra nécessaire pour que l'offre de soin en réadaptation devient adéquate et répond au besoin des PSH.

Notre travail constitue la première étude marocaine sur l'offre de soin en réadaptation des PSH longtemps négligée, d'autre études medico-psycho-sociales sont nécessaire pour mieux évaluer leur besoin et proposer des solutions et une stratégie d'intégration basée sur des données scientifiques.

# RÉSUMÉS

## Résumé

**Introduction** : Le droit à la santé et la réadaptation des personnes en situation de handicap (PSH) est un droit humain, et la réalisation de ce droit est conditionnée par la disponibilité de services de réadaptation accessibles et abordables, d'où l'importance d'étudier l'offre de soins en réadaptation fournis aux PSH.

**Objectif** : Notre travail avait pour objectif d'évaluer l'adéquation entre les offres de soins de réadaptation fournis aux PSH et leur besoins en soins de réadaptation dans la région de Fès- Meknès.

**Matériel et méthodes** : Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive ayant durée une année entre janvier 2018 et mars 2019 réalisée dans la région de Fès Meknès. Le public cible est représenté par les acteurs de l'administration centrale et régionale concernés par la santé publique et l'offre de soins dans la direction régionale de la région de Fès Meknès et la direction de CHU Fès, ainsi que les personnels de MPR dans les différents hôpitaux régionaux et provinciaux de la région.

Un questionnaire a été rempli évaluant, la population des PSH dans la région Fès- Meknès et l'offre de soins de réadaptation en matière des infrastructures, des ressources humaines, d'équipement et de financement destinées aux structures de réadaptation.

**Résultats** : La région Fès Meknès compte 307830 PSH dont 50,2% ayant un handicap moteur. En matière de structures de réadaptation, elle se dispose de 2 centres de rééducation et d'appareillage et 8 unités de rééducation intra hospitalières et une seule unité de rééducation au niveau d'ESSB parmi les 405 ESSB de la région. Les services de réadaptation en milieu hospitalier se disposent de 3 lits hospitaliers dédiés aux activités de rééducation et de réadaptation l'hôpital Ibn Al Baytar (CHR) spécialisé en rééducation, soit 0.098% de la capacité litière totale de la région.

Il y avait plusieurs limitations dans les infrastructures de réadaptation avec manque de certaines disciplines comme l'ergothérapie et la neuropsychologie, la réadaptation cardiovasculaire, la réadaptation gériatrique, la rééducation robotique, et l'isconitisme. Les structures de réadaptation fonctionnent avec un mode polyvalent. L'équipement de ces infrastructures est très limité, nécessitant l'amélioration et le renforcement.

Notre étude a objectivé, le manque des ressources humaines en réadaptation surtout médical et qui s'étend aux personnels paramédicaux, et leur répartition géographique inéquitable. Ainsi l'absence de plusieurs professionnels de réadaptation qui font partie de l'équipe MPR, tels les médecins généralistes de réadaptation, les neuropsychologues, les ergothérapeutes, et les podologues, ce qui rend le travail de l'équipe incomplet.

### **Conclusion :**

Notre étude, a objectivé clairement l'insuffisance de l'offre de soin en réadaptation et son inadéquation au besoin de la population estimée des PSH dans la région Fès Meknès, et son inadéquation à la norme internationale par manque des services hospitaliers de MPR.

L'étude a révélé des lacunes dans les infrastructures, les ressources humaines et la capacité d'assurer une réhabilitation complète dans les provinces de la région. La création des services hospitaliers de MPR et des unités de rééducations au niveau des ESSB et l'amélioration des infrastructures, ainsi le renforcement de personnels de réadaptation médical et paramédical serra nécessaire pour que l'offre de soin en réadaptation devient adéquate et répond au besoin des PSH.

**Mots clés :** réadaptation- offre de soin-besoin-personne en situation de handicap-étude pilote - région Fès Meknès

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The right to health and rehabilitation of persons with disabilities (PWD) is a human right, and the realization of this right is conditioned by the availability of accessible and affordable rehabilitation services, hence the importance of studying the supply of rehabilitation care provided to PWDs.

**The aim:** Our work aimed to assess the adequacy between the rehabilitation care offers provided to PWD and their rehabilitation needs in the Fez–Meknes region.

**Material and methods:** This is a descriptive cross-sectional study that lasted one year between January 2018 and March 2019 in the region of Fez Meknes. The target audience is represented by the actors of the central and regional administration concerned with public health and the provision of care in the regional direction of the region of Fez Meknes and the direction of university hospital center of Fez, as well as health workers of Physical Medicine and Rehabilitation in the deferent regional and provincial hospitals in the region.

A questionnaire was completed assessing the population of PWD in the Fez–Meknes region and the provision of rehabilitation care in terms of infrastructure, human resources, equipment and funding for rehabilitation structures.

**Results:** The Fez Meknes region has 307830 PWD, 50.2% have a motor disability. In terms of rehabilitation structures, it has 2 rehabilitation centers and 8 intra-hospital rehabilitation units and a single rehabilitation unit at basic health care facility in the region. Rehabilitation services in hospitals have 3 hospital beds dedicated to rehabilitation and rehabilitation activities in Ibn Al Baytar Hospital, or 0.098% of the total litter capacity of the region.

There were several limitations in rehabilitation infrastructure with lack of some disciplines such as occupational therapy and neuropsychology, cardiovascular

rehabilitation, geriatric rehabilitation, robotic rehabilitation, and isconitism. Rehabilitation structures operate in a versatile mode. The equipment of these infrastructures is very limited, requiring improvement and reinforcement.

Our study objectified the lack of human resources in rehabilitation especially medical and which extends to the paramedical personnel, and their unfair geographical distribution. Thus the absence of several rehabilitation professionals who are part of the PMR team, such as general doctors of rehabilitation, neuropsychologists, occupational therapists, podiatrists, and trained multi-skilled nurses, making the team's work incomplete .

**Conclusion:** Our study clearly showed the deficiency of the supply of care in rehabilitation and its inadequacy to the needs of the population of PWDs in the Fez Meknes region, and its inadequacy to the international standard, because of the lack of hospital services of PMR.

The study found gaps in infrastructure, human resources and the ability to provide comprehensive rehabilitation in the provinces of the region. The creation of the PMR hospital services and rehabilitation units at basic health care facility and the improvement of infrastructures, as well as the reinforcement of medical and paramedical rehabilitation staff, will be necessary to ensure that the rehabilitation care offer becomes adequate and meets the need PWD.

**Keywords:** rehabilitation- offer of care- need-person with disability-pilot study-region of Fez Meknes

## ملخص

**مقدمة:** الحق في الصحة وإعادة تأهيل الأشخاص ذوي الإعاقة هو حق من حقوق الإنسان، و تحقيق هذا الحق مشروط بتوفر خدمات إعادة التأهيل التي يمكن الوصول إليها، ومن هنا تأتي أهمية دراسة توفير خدمات إعادة التأهيل المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة.

**الهدف:** يهدف عملنا إلى تقييم مدى ملائمة خدمات الرعاية لإعادة التأهيل المقدمة للأشخاص ذوي الإعاقة واحتياجاتهم من الرعاية بجهة فاس-مكناس.

**مواد وأساليب:** هذه دراسة وصفية مستعرضة استمرت سنة واحدة بين يناير 2018 ومارس 2019 بجهة فاس مكناس. يمثل الجمهور المستهدف ممثلين عن الإدارة المركزية والإقليمية المعنية بالصحة العامة وتوفير الرعاية في المديرية الجهوية لجهة فاس مكناس، وإدارة المستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس، بالإضافة إلى موظفي الطب الطبيعي وإعادة التأهيل في مستشفيات جهوية وإقليمية في الجهة.

تم الاعتماد على إستبيان يعمل على تقييم الأشخاص ذوي الإعاقة بجهة فاس مكناس و خدمات لإعادة التأهيل، من حيث البنية التحتية والموارد البشرية والمعدات والتمويل لهياكل إعادة التأهيل.

**نتائج:** تضم جهة فاس مكناس حوالي 307830 شخصا في وضعية إعاقة، 50.2 % لديهم إعاقة حركية. فيما يتعلق بمؤسسات إعادة التأهيل، فإن الجهة تتوفر على مركزين لإعادة التأهيل و 8 وحدات لإعادة التأهيل داخل المستشفيات ووحدة إعادة تأهيل واحدة على مستوى مرافق الرعاية الصحية الأساسية من بين 405 في الجهة. تحتوي الجهة على 3 أسرة إستشفائية مخصصة لأنشطة إعادة التأهيل بمستشفى ابن البيطار، أي ما يعادل 0.098 % من إجمالي السعة السريرية في المنطقة.

هناك العديد من القيود والخصائص في البنية التحتية لإعادة التأهيل مع عدم وجود تخصصات معينة مثل العلاج المهني وعلم النفس العصبي، وإعادة التأهيل القلبي الوعائي، وإعادة تأهيل الشيخوخة، وإعادة التأهيل الروبوتية. مؤسسات إعادة التأهيل تعمل في وضع متعدد الاستخدامات. بمعدات محدودة للغاية، تتطلب التحسين والتعزيز.

دراستنا تشير إلى نقص الموارد البشرية في إعادة التأهيل شبه الطبية وخاصة الطبية، وتوزيعها الجغرافي غير العادل. إضافة إلى عدم وجود العديد من المتخصصين في إعادة التأهيل الذين يشكلون جزءًا من فريق الطب

الطبيعي وإعادة التأهيل ، مثل الأطباء العامين المتخصصين في إعادة التأهيل ، وأخصائيي علم النفس العصبي ،  
والمعالجين المهنيين ، وأخصائيي طب الأرجل ، والممرضين والممرضات متعددي المهارات ، مما يجعل عمل الفريق  
غير مكتمل .

**خلاصة:** أظهرت دراستنا بوضوح عدم كفاية وعجز الرعاية في إعادة التأهيل وعدم ملائمتها لاحتياجات  
الأشخاص ذوي الإعاقة في منطقة فاس مكناس ، وعدم مطابقتها للمعايير الدولية نظرا لعدم وجود خدمات إستشفائية  
في الطب الطبيعي وإعادة التأهيل.

وجدت الدراسة ثغرات في البنية التحتية والموارد البشرية والقدرة على توفير إعادة تأهيل شاملة في محافظات  
المنطقة. سيكون إنشاء خدمة المستشفيات للطب الطبيعي وإعادة التأهيل وحدات إعادة التأهيل على مستوى مرافق  
الرعاية الصحية الأساسية وتحسين البنى التحتية ، فضلاً عن تعزيز موظفي التأهيل الطبي وشبه الطبي ، ضرورياً  
لضمان أن يكون عرض الرعاية التأهيلية مناسباً ويلبي حاجة الأشخاص ذوي الإعاقة  
الكلمات الأساسية: إعادة التأهيل - عرض الرعاية - الحاجة - الشخص ذو الإعاقة- جهة فاس مكناس-  
دراسة رائدة.

# ANNEXES

## ANNEXE 1: La loi-cadre n°97-13 relative à la protection et à la promotion des droits des personnes en situation de handicap

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

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

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

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

### Chapitre IX

#### Dispositions finales

#### Article 35

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

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

LOUANGE A DIEU SEUL !

(Grand Secau de Sa Majesté Mohammed VI)

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

Que Notre Majesté Chérifienne,

Vu la Constitution, notamment ses articles 42 et 50,

\*

\* \*

### Loi-cadre n° 97-13

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

### Chapitre premier

#### Objectifs et principes

#### Article premier

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

Lesdits objectifs sont :

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

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

<p style="text-align: center;"><b>Chapitre V</b> <i>De la participation aux activités culturelles, sportives et de loisir</i></p> <p style="text-align: center;">Article 17</p> <p>Les personnes en situation de handicap jouissent, sur le même pied d'égalité avec les autres, du droit :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- à la participation aux différentes activités culturelles, sportives et de loisir et à la contribution à leur organisation ;</li><li>- au soutien et au développement de leurs potentiels créatifs, artistiques et intellectuels ;</li><li>- à l'accès aux programmes culturels, d'entraînement et de formation afin d'être qualifiées à l'exercice desdites activités ;</li><li>- à la reconnaissance et au soutien, par tous les moyens disponibles, de leur spécificité culturelle et linguistique, y compris la langue des signes, la culture des sourds et la méthode de Braille ;</li><li>- à la priorité d'accès aux services, aux établissements culturels et aux installations sportives et de loisir ainsi qu'à toutes les prestations pour lesquelles ils sont créés.</li></ul> <p>Les autorités publiques concernées prennent les mesures incitatives appropriées pour soutenir le handisport et notamment la création des installations nécessaires à sa pratique.</p> <p>A cet effet, lesdites autorités veillent, dans un cadre contractuel, à encourager et à soutenir la création des centres de formation et d'entraînement du handisport et à les assister.</p> <p style="text-align: center;"><b>Chapitre VI</b> <i>De la participation à la vie civile et politique</i></p> <p style="text-align: center;">Article 18</p> <p>Les personnes en situation de handicap jouissent de la pleine capacité pour l'exercice de leurs libertés et droits civils et politiques, conformément aux dispositions de la Constitution et notamment son chapitre II et dans les conditions fixées par la loi.</p> <p>A cet effet, les autorités publiques compétentes prennent les mesures appropriées afin de leur permettre d'exercer pleinement et effectivement les libertés et les droits précités.</p>	<p>Est interdite la diffusion, la radiodiffusion ou la publication de tout programme médiatique qui porterait atteinte à leur dignité ou qui ne respecterait pas leur vie privée.</p> <p>Toute infraction à ces dispositions est punie par la loi.</p> <p style="text-align: center;"><b>Chapitre VII</b> <i>Des droits de priorité et de l'égalité des chances</i></p> <p style="text-align: center;">Article 20</p> <p>Les personnes en situation de handicap bénéficient du droit de priorité pour :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• l'accès aux bureaux et guichets des administrations et des services publics ;</li><li>• le logement dans les internats, les résidences et les cités universitaires, destinées aux élèves et aux étudiants poursuivant leurs études au sein des établissements publics d'éducation, de formation et d'enseignement scolaire ou universitaire.</li><li>• Les personnes démunies en situation de handicap bénéficient également du droit de priorité pour :<ul style="list-style-type: none"><li>- la résidence dans les établissements de la protection sociale ;</li><li>- l'obtention des bourses d'études.</li></ul></li></ul> <p>En outre, les personnes en situation de handicap bénéficient, sous réserve du principe de l'égalité avec les autres candidats, des facilités nécessaires leur permettant de passer les examens et les concours organisés dans les établissements d'enseignement et de formation ou en vue d'accéder aux emplois publics ou aux emplois dans le secteur privé.</p> <p>Lesdites facilités sont fixées par voie réglementaire.</p> <p style="text-align: center;"><b>Chapitre VIII</b> <i>Des accessibilités</i></p> <p style="text-align: center;">Article 21</p> <p>Conformément aux dispositions législatives en vigueur, les autorités publiques concernées veillent à prendre toutes les mesures nécessaires pour rendre accessibles aux personnes en situation de handicap les installations architecturales et urbanistiques et les moyens de transport et de communication.</p> <p>Lesdites autorités doivent également prendre toutes les mesures appropriées pour doter les espaces et les bâtiments</p>
--	--

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

#### Article 2

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

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

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

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

#### Article 3

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

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

## Chapitre II

### De la protection sociale et de la couverture médicale

#### Article 4

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

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

#### Article 5

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

#### Article 6

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

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

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

#### Article 7

## ANNEXE 2 : accord de Directeur de la direction régionale de santé de la région Fès Meknès

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Direction Régionale Fès - Meknès

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المديرية الجهوية لفاس - مكناس

Le Directeur Régional de la Santé  
Région Fès Meknès  
A

M. MAHDAOUI Saida  
Etudiante en Médecine  
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès

Objet : A/S de votre demande d'autorisation  
Réf : votre lettre arrivée SN 35 du 02 Janvier 2019

Faisant suite à votre demande sus référenciée, par laquelle vous avez sollicité l'autorisation pour l'accès aux données relatives à l'offre de soins de la rééducation et réadaptation dans la Région Fès Meknès, j'ai l'honneur de vous informer que la Direction régionale de la santé ne voit aucune objection pour la consultations des données demandées sous réserve de respecter la réglementation en vigueur.

> Ampliations :

- \*- Le chef de service de la santé publique
- \*- Le chef de service de l'offre de soins
- \*- Les Délégués du MS à la RFM

Direction Régionale de la Santé  
Fès - Meknès  
Signé : Dr. El Mehdi

Direction Régionale de la santé Fès - Meknès sis à Dhar Mahraz (Hôpital Al Ghassani) - FES  
Tél : 05 35 62 35 82 - Fax : 05 35 62 29 76

### ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE SUR L'OFFRE DE SOINS DANS LE CADRE DE REEDUCATION ET READAPTATION DANS LA REGION FES MEKNES

#### 1. Démographie :

##### ❖ Population générale

Préfectures / Provinces	Par milieu		Par sexe		Par tranches d'âge			Total
	Urbaine	Rurale	homme	femme	0-14 ans	15-59 ans	60 ans et plus	
Meknès								
Boulmane								
El hajeb								
Fes								
Ifrane								
Sefrou								
Taoounate								
Taza								
Moulay yaacoub								
Total								

##### ❖ Population en situation de handicap

Préfectures / Provinces	Par milieu		Par sexe		Par tranches d'âge			Total
	Urbaine	Rurale	Homme	femme	0-14 ans	15-59 ans	60 ans et plus	
Meknès								
Boulmane								
El hajeb								
Fes								
Ifrane								
Sefrou								
Taoounate								
Taza								
Moulay yaacoub								
Total								

❖ Population en situation de handicap selon le type de handicap

Handicap	Par milieu		Par sexe		Par tranches d'âge			Total
	Urbaine	Rurale	Homme	femme	0-14 ans	15-59 ans	60 ans et plus	
Moteur								
Mental								
Auditif								
Visuel								
Autre								

🚦 Déficience motrice :

Préfectures / Provinces	Par milieu		Par sexe		Par tranches d'âge			Total
	Urbaine	Rurale	Homme	femme	0-14 ans	15-59 ans	60 ans et plus	
Meknès								
Boulmane								
El hajeb								
Fes								
Ifrane								
Sefrou								
Taounate								
Taza								
Moulay yaacoub								
Total								

🚦 Déficience mentale :


Préfectures / Provinces	Par milieu		Par sexe		Par tranches d'âge			Total
	Urbaine	Rurale	homme	femme	0-14 ans	15-59 ans	60 ans et plus	
Meknès								
Boulmane								
El hajeb								
Fes								
Ifrane								
Sefrou								
Taounate								
Taza								
Moulay yaacoub								
Total								

 déficience auditive :

Préfectures / Provinces	Par milieu		Par sexe		Par tranches d'âge			Total
	Urbaine	Rurale	homme	femme	0-14 ans	15-59 ans	60 ans et plus	
Meknès								
Boulmane								
El hajeb								
Fes								
Ifrane								
Sefrou								
Taoounate								
Taza								
Moulay yaacoub								
Total								

 déficience visuelle :

Préfectures / Provinces	Par milieu		Par sexe		Par tranches d'âge			Total
	Urbaine	Rurale	homme	femme	0-14 ans	15-59 ans	60 ans et plus	
Meknès								
Boulmane								
El hajeb								
Fes								
Ifrane								
Sefrou								
Taoounate								
Taza								
Moulay yaacoub								
Total								

 Autre déficience

## 2. Offre de soins de réhabilitation et réadaptation :

- Répartition des hôpitaux par province /capacité litière /capacité litière en réadaptation :

PROVINCE	Hôpital	Population	Capacité litière	Type de structure	Capacité litière en réadaptation
FES (CHR)	CHU FES (CHIR)				
	H.EL GHASSANI				
	H.IBN AL KHATIB				
	H.IBN AL BAYTAR				
MEKNES (CHP)	H.MED V				
	H.SIDI SAID				
	H.MY ISMAIL				
SEFROU (CHP)	H.MED V				
IFRANE (CHP)	H. 20 AOUT				
TAZA (CHP)	H.IBN BAJA				
TAOUNAT (CHP)	H.TAOUNAT				
	H.RHAFAI				
BOULEMANE (CHP)	H.M V MISSOUR				
	H.HADB OUTAT				
EL HAJEB (CHP)	H.MY AL HASSAN				
<b>Total RFM</b>					

➤ **Pour chaque province**

❖ **Infrastructure :**

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

❖ **Ressources humaines publiques:**

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

❖ **Equipement :**

Equipement		Niveau III			Niveau II			Niveau I		
		Nb	Satisfaction		Nb	Satisfaction		Nb	Satisfaction	
			Oui	Non		Oui	Oui		Oui	Non
<b>Kinésithérapie</b>	Barres parallèles									
	Bicyclette fixe									
	Tapis de marche									
	Escaliers de montée et descente									
	Tables de massage									
	Déambulateur fixe et à roulette									
	Arthromoteur									
	Ballon de Klein									
	Tapis de gymnastique									
	Lève malade									
<b>Atelier de Fabrication De Prothèses Et orthèses</b>	Ponceuse orbitale									
	Ponceuse à bande abrasive									
	Touret à meuler									
	Tabouret a roulettes									
	Ciseau électrique									
	Table pour soudeur à miroir									
	Étau d'alignement									
	Table de découpe									
	Podoscope									
	Appareil dépoussiéreur									
	Étau pour l'alignement manuel									

	séparateur de plâtre									
	Cadre de prise de moulage									
	Panneau d'outillage									
	Siège de prise de moulage									
<b>orthoptie</b>	Frontofocomètre automatique									
	Réfractomètre									
	Matériel de rééducation visuelle									
<b>Orthophonie</b>	Matériel de rééducation du langage et de la communication (imagier, puzzle, pictogramme)									
<b>Psychomotricité</b>	Tapis d'éveil									
	Structure d'éveil : tunnel ou tubes pour ramper, divers matelas, matériel à bascule									
<b>Salle d'isocinetisme</b>	Dynamomètre isocinétique									
<b>Salle ENMG</b>	electromyographe									

➤ **Le financement :**

	<b>Montant</b>	<b>observation</b>
<b>Budget total de la région fes meknes</b>		
<b>Budget dédié à la réadaptation</b>		
<b>Budget de réadaptation</b>	CHU	
	CIRP/ CHP	
	CIRAR/CHR	
	ESSB	
<b>Budget des ONG</b>		
<b>Autre budget</b>		

# BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Projet de plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014–2021  
<https://www.who.int/disabilities/actionplan/fr>
- [2]. OMS | Rapport mondial sur le handicap  
[https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/fr](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr)
- [3]. la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) des Nations Unies <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>
- [4]. Réadaptation 2030 – World Health Organization  
[https://www.who.int/entity/disabilities/care/rehab\\_2030\\_cn\\_fr.pdf](https://www.who.int/entity/disabilities/care/rehab_2030_cn_fr.pdf)
- [5]. La Constitution  
[adala.justice.gov.ma/production/constitution/fr/Constitution.pdf](http://adala.justice.gov.ma/production/constitution/fr/Constitution.pdf)
- [6]. La loi cadre n 97–13 relative à la protection et à la promotion des personnes en situation de handicap  
[https://www.mmsp.gov.ma/uploads/file/Loi\\_cadre%2097\\_13\\_fr.pdf](https://www.mmsp.gov.ma/uploads/file/Loi_cadre%2097_13_fr.pdf).
- [7]. Royaume du Maroc. Ministère de la Santé. Plan d'Action National Santé et Handicap 2015–2021.  
[www.sante.gov.ma/Documents/2015/%20مخطط%20العمل%20الوطني%20للصحة%20و%20الوقاية%20من%20الإعاقة%202015–2021.pdf](http://www.sante.gov.ma/Documents/2015/%20مخطط%20العمل%20الوطني%20للصحة%20و%20الوقاية%20من%20الإعاقة%202015–2021.pdf)
- [8]. Le plan de santé 2025 .ministère de la santé, septembre 2018
- [9]. Organisation Mondiale de la Santé, World Health Statistics 2016. Monitoring Health for the SDGs. 2016, Genève, Suisse: Editions de l'OMS.
- [10]. Conseil Economique et Social. Respect des droits et inclusion des personnes en situation de handicap.  
<http://www.ces.ma/Documents/PDF/Rapport-Respect%20des%20droits%20et%20inclusion%20des%20personnes%20en%20situation%20de%20handicap%20VF.pdf>

- [11]. Hajjioui, A., Fourtassi, M., & Nejari, C. (2015). Le handicap au Maroc : étude d'adéquation entre l'offre de soins et le besoin en rééducation. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation En Médecine Physique et de Réadaptation*, 35(1), 33-37.doi:10.1016/j.jrm.2014.11.001
- [12]. Khan, F., Amatya, B., Groote, W., Owolabi, M., Syed, I., Hajjoui, A., ... Galea, M. (2018). Capacity-building in clinical skills of rehabilitation workforce in low- and middle-income countries. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 50(5), 472-479. doi:10.2340/16501977-2313
- [13]. Ministère de la santé. *Projet de loi relatif au système national de santé et à l'offre de soins: Les indicateurs de l'offre et de la demande de soins en santé reproductive ;*
- [14]. La loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins (BO N 5962 du 21-07-2011)  
<https://www.sante.gov.ma/Reglementation/Pages/SYSTEME-DE-SANTE-ET-OFFRE-DE-SOINS.aspx>
- [15]. M.KHABOU, J.BOUKHALDI. *Essai de mesure de la performance des établissements de soins de santé de base. Cas de PSGA à la préfecture de Rabat au Maroc. Institut de formation aux carrières de santé Rabat - Technicien de statistique sanitaire 2012.*
- [16]. F.KHARBACH, A.EL ALAMI. *OMS : Etude sur le financement des soins de santé au Maroc. Novembre 2007 ;*
- [17]. Ministère de la Santé. *Direction de la réglementation et du contentieux. Ordre des Médecins du Maroc. Code de déontologie ;*

- [18]. Ministère de la santé. A.BENNIS. Le système de soins de santé au Maroc quelques éléments d'analyse de ses atouts et faiblesse.
- [19]. Hajjioui A, Fourtassi M. La Médecine physique et de Réadaptation : Médecine de la fonction et du Handicap. Espérance médicale. Juin 2014, Tome 21, N° 202, 8-10
- [20]. l'organisation de l'offre de soins, de la carte sanitaire et des schémas régionaux de l'offre de soins. Décret n°214562 du 21 juillet 2014 relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins  
[http://associationdesmedecins.ma/wp-content/uploads/2014/12/CS.SROS\\_.pdf](http://associationdesmedecins.ma/wp-content/uploads/2014/12/CS.SROS_.pdf)
- [21]. Guide de standards et de référentiels relatifs aux établissements de prise en charge médico-sociale des personnes en situation de handicap, et a la mise en place d'une filière de soins de réadaptation au Maroc, Ministère de la Santé – Direction de la Population ,2017
- [22]. Department for international development 2000: disability, poverty and development. DFID issues, February, London.
- [23]. Mark S. Micale ;“The Salpetriere in the Age of Charcot: An Institutional Perspective on Medical History in the Late Nineteenth Century ” ; Journal of Contemporary History, Vol. 20, No. 4, Medicine, History and Society (Oct., 1985), pp. 703-731 .<https://www.jstor.org/stable/260404>
- [24]. Hajjioui A, Fourtassi M. La Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé : de la maladie à l'handicap. Espérance Médicale, Septembre 2014, Tome 21 ,N° 203

- [25]. Le handicap: Concepts et notions, APF.  
[http://extranet.ucanss.fr/contenu/public/EspaceExpertiseImmobilieere/pdf/journees\\_information/120612\\_journees\\_information/120612\\_concepts\\_notions\\_handicap\\_presentation\\_N\\_Merille.pdf](http://extranet.ucanss.fr/contenu/public/EspaceExpertiseImmobilieere/pdf/journees_information/120612_journees_information/120612_concepts_notions_handicap_presentation_N_Merille.pdf)
- [26]. OMS, thème de santé ; 2001 [Http://www.who.int/fr](http://www.who.int/fr) .
- [27]. La loi cadre n 97-13 relative à la protection et à la promotion des personnes en situation de handicap.  
[https://www.mmsp.gov.ma/uploads/file/Loi\\_cadre%2097\\_13\\_fr.pdf](https://www.mmsp.gov.ma/uploads/file/Loi_cadre%2097_13_fr.pdf).
- [28]. OMS, thèmes de santé <https://www.who.int/topics/disabilities/fr/>
- [29]. Déficiences intellectuelles Terminologie, définitions, classifications page 11  
<http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6816/?sequence=5>
- [30]. OMS | Surdité et d ficiency auditive <https://www.who.int/topics/deafness/fr/>
- [31]. Cécité et d ficiency visuelle – World Health Organization  
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
- [32]. ANNE ENSELME ( 2006 ). note de synthèse, les personnes très lourdement handicapées motrices vivant a domicile  
[https://sesvad.com/wa\\_files/note\\_de\\_synthese\\_novembre\\_2006.pdf](https://sesvad.com/wa_files/note_de_synthese_novembre_2006.pdf)
- [33]. Bertrand Escaig,(2009) Le handicap psychique, un handicap caché, un handicap de tous les malentendus ,Dans Revue française des affaires sociales 2009/1-2, pages 83 à 93  
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-83.htm>.
- [34]. OECD Publishing, 26 jan. 2009 « D ficiency cognitive, santé mentale et transports Vers une accessibilité pour tous: Vers une accessibilité pour tous »  
International Transport Forum

- [35]. 28 pages [\\_https://books.google.co.ma/books?isbn=9282102211](https://books.google.co.ma/books?isbn=9282102211)
- [36]. Ben Salah, F. Z., Dzirib, C., & Ben Dridic, M. F. (2014). Le polyhandicap en Tunisie, quelles particularités ? Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation En Médecine Physique et de Réadaptation, 34(4), 204–208.doi:10.1016/j.jrm.2014.04.00 [36]. Emmanuelle Cambois et Jean-Marie Robine(2003). Concepts et mesure de l'incapacité : définitions et application d'un modèle à la population française. Dans Retraite et société 2003/2 (n° 39), pages 59 à 91  
<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2003-2-page-59.htm>
- [37]. Classification internationale du handicap  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41005/1/9782877100205\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41005/1/9782877100205_fre.pdf).
- [38]. Hamonet, C., & Magalhaes, T. (2003). La notion de handicap. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, 46(8), 521\_524.doi:10.1016/j.annrmp.2003.03.003
- [39]. Chabrol, B., Halbert, C., Milh, M., & Mancini, J. (2009). Handicap : définitions et classifications. Archives de Pédiatrie, 16(6), 912–914.doi:10.1016/s0929-693x(09)74201-0
- [40]. Dr Michel Delcey, in déficiences motrices et situations de handicaps, APF, 2002, pages 1–17, 17 pages.<http://www.moteurline.apf.asso.fr/spip.php?article1146>.
- [41]. CIF. Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2001.
- [42]. Enquête nationale sur le handicap 2004.  
<http://www.ecoliers-berberes.info/enquete%20nationale.htm>
- [43]. Royaume du Maroc–Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social– Enquête nationale sur le Handicap 2014–Rapport détaillé.<https://www.men.gov.ma/Ar/Documents/Rech-Nat2-FBilan-fr.pdf>

- [44]. Henri-Jacques Stiker Corps infirmes et société´. Paris: Aubier; 1re éd 1982.
- [45]. Hamonet, C., Magalhaes, M. T., & de Jouvencel, M. (2015). Naissance de la réadaptation. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation En Médecine Physique et de Réadaptation*, 35(2), 89-94.doi:10.1016/j.jrm.2015.04.003
- [46]. Déclaration de, Madrid. Non-discrimination plus action positive font l'inclusion sociale. Déclaration de Madrid; 2002, <http://www.edf-feph.org/>.
- [47]. Rusk H. A word to care for. New York: Random House; 1977.
- [48]. Grossiord A. Chaire de clinique de rééducation motrice. Leçon inaugurale. Paris: Masson; 1968.
- [49]. Hamonet, C.-L., Wirotius, J.-M., Devailly, J.-P., Dziri, C., & Challe, G. (2010). Faut-il réhabiliter la réadaptation ? *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation En Médecine Physique et de Réadaptation*, 30(4), 143-147.doi:10.1016/j.jrm.2010.10.005
- [50]. TOUATI Hajar ; Hajjioui Abderrazak ; thèse de médecine N°: 280-17 sur « le devenir et la qualité de vie des victimes de l'intoxication aux huiles frelatées de 1959 », soutenue le 20/12/2017 à la faculté de médecine et de pharmacie de Fès.
- [51]. Fourtassi, M., Hajjioui, A., Arfaoui, F. Z., Arabi, H., El anbari, Y., Benmassaoud, H., ... Hajjaj-Hassouni, N. (2011). La médecine physique et de réadaptation au Maroc : enquête auprès des médecins en formation dans les CHU marocains. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation En Médecine Physique et de Réadaptation*, 31(2), 89-93.doi:10.1016/j.jrm.2011.02.002
- [52]. Boulanger, Y.-L., Staltari, C., Proulx, P., Zander, K., Feyz, M., & Tinawi, S. (2004). Rééducation-réadaptation et interdisciplinarité. *EMC - Podologie-Kinésithérapie*, 1(2), 107-113.doi:10.1016/j.emck.2004.01.001

- [53]. Anne–Patricia Prévost et Claude Boug. Équipe multidisciplinaire ou interdisciplinaire qui fait quoi ? Le Médecin du Québec, volume 43, numéro 11, novembre 2008  
<http://fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Le%20M%C3%A9decin%20du%20Qu%C3%A9bec/Archives/2000%20-%202009/043-048drePr%C3%A9vost1108.pdf>
- [54]. Rahmouni C , Hajjioui A . Thèse N° 147/17 « Connaissances, Attitudes et Pratiques des médecins généralistes sur le handicap au Maroc » thèse présentée et soutenue publiquement le 29/06/2017 à la faculté de médecine de Fès
- [55]. Édouard JOLIBERT, Olivier Bouchy thèse de médecine « place de la médecine physique et de réadaptation dans le soutien santé des forces armées : historique, état des lieux et perspectives », le 28 septembre 2017, faculté de médecine de Nancy université de Lorraine.  
[docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED\\_T\\_2010\\_FACIONE\\_ROGER\\_JULIA.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_FACIONE_ROGER_JULIA.pdf)
- [56]. Ressources Humaines de la Santé en chiffres 2015, ministère de santé.  
<http://drh.sante.gov.ma/Lists/Actualites/Attachments/179/Sant%C3%A9%20en%20chiffres.pdf>
- [57]. Site de la Direction Régionale de Fès–Meknès – HCP  
[https://www.hcp.ma/region-fes/A-propos-de-la-direction\\_r8.htm](https://www.hcp.ma/region-fes/A-propos-de-la-direction_r8.htm)
- [58]. Schéma Régional de l'Offre de Soins SROS Fès Meknès 2016–2020, royaume du Maroc ministère de la santé direction régionale de la santé à la région Fès–Meknès
- [59]. Hajjioui, A., Fourtassi, M., & Nejari, C. (2015). Prevalence of disability and rehabilitation needs amongst adult hospitalized patients in a Moroccan university hospital. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47(7), 593–598.doi:10.2340/16501977-1979 )

- [60]. Asare Christian, Jacob Bentley, Richmond Aryeetey , Dzifa Ackuaku , R Samuel Mayer , Stephen Wegener , 2016. "Assessment of Rehabilitation Capacity in Ghana" Vol. 27, No.1, 2016; doi 10.5463/DCID.v27i1.494
- [61]. Neeru Gupta, Carla Castillo-Laborde et Michel D Landry. BMC Health Services Research2011. « Services de réadaptation liés à la santé: évaluation de l'offre et du besoin en ressources humaines dans le monde » <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-276> Gupta et al; licencié BioMed Central Ltd. 2011