

RECHERCHE SUR L'IMPACT DE LA CRISE DE LA COVID-19
SUR LA PRISE EN CHARGE PARAMÉDICALE DES
PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP AU MAROC –
RÉGION CASABLANCA-SETTAT

RAPPORT FINAL

Groupe AMH

20 novembre 2020

"Everything we do during and after this crisis must be with a strong focus on building more equal, inclusive and sustainable economies and societies that are more resilient in the face of pandemics, climate change and the many other global challenges we face."

António Guterres, Secrétaire Général des Nations Unies.

TABLE DES MATIÈRES

<i>LISTE DES ACRONYMES</i>	4
<i>I. LE GROUPE AMH</i>	5
<i>II. OBJET DE L'ÉTUDE</i>	5
<i>III. MÉTHODOLOGIE</i>	5
1. Portée de l'étude.....	5
2. Approche et méthode pour la collecte et l'analyse des données.....	6
3. Limites et modifications.....	6
<i>IV. PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET CRISE SANITAIRE AU MAROC DUE A LA PANDEMIE DE LA COVID-19</i>	7
1. Concept de handicap, épidémiologie et offre de soins pour les personnes en situation de handicap.....	7
2. Rapide aperçu de l'évolution de la COVID-19 : chronologie des évènements	9
3. Personnes en situation de handicap : mesures prises et initiatives	11
<i>V. CAS DE DEUX CENTRES DANS LA RÉGION DE CASABLANCA-SETTAT</i>	13
1. Le cas du Centre Hospitalier Noor (CHN).....	13
2. Le cas du Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle (CRRF) du Centre Hospitalier Préfectoral Sekkat d'Aïn Chock	15
3. Effets sur les patients en ambulatoire	16
4. Effets sur les professionnels.....	22
<i>VI. CONCLUSION</i>	25
<i>VII. RECOMMANDATIONS</i>	26
1. Recommandations adressées au CHN découlant de ses apprentissages de cette expérience sans précédent.....	26
2. Recommandations adressées au Groupe AMH	28
<i>VIII. BIBLIOGRAPHIE</i>	31
<i>IX. ANNEXES</i>	33

LISTE DES ACRONYMES

AMH : Amicale Marocaine des Handicapés

BM : **Banque Mondiale**

CHN : Centre Hospitalier Noor

CHU : centre hospitalo-universitaire

CNOPS : Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale

COVID-19 : *coronavirus disease 2019*

CRRF : Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle

ENH2 : Enquête Nationale sur le Handicap, 2014

FG : **focus group**

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la population

HCP : Haut-Commissariat au Plan

HI : Humanité & Inclusion

MS : Ministère de la Santé

MSDSEF : Ministère de la Solidarité, du Développement Social, de l'Égalité et de la Famille

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSH : personne en situation de handicap

PEC : prise en charge

RAMED : Régime d'Assistance Médicale

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

WEI : *Women Enabled International*

NOTE DE LECTURE

Pour une meilleure lisibilité, l'utilisation de la forme grammaticale masculine pour la désignation des personnes ou des fonctions doit être comprise comme se référant à toute personne, sans aucune considération de genre.

I. LE GROUPE AMH

Groupement associatif reconnu d'utilité publique, le Groupe AMH intervient dans les domaines de la santé, de la formation et de l'accompagnement socio-professionnel pour favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap au sein de la société marocaine, à travers ses quatre structures d'accueil. Il dispose ainsi (i) d'un centre de rééducation physique et de réadaptation fonctionnelle à Bouskoura, le Centre Hospitalier Noor ; (ii) d'un centre médical à Khouribga, le Centre Noor ; (iii) d'un service de scolarisation et de formation, l'Institution Tahar Sebti ; et (iv) d'une équipe de travailleurs sociaux qui accompagne les personnes en situation de handicap dans la réalisation de leur projet de vie (accompagnement administratif, appui socio-médical et technique, insertion professionnelle).

II. OBJET DE L'ÉTUDE

L'étude cherche à **identifier et à analyser l'impact de la crise sanitaire due à la pandémie de la COVID-19 sur l'accompagnement paramédical des personnes en situation de handicap au Maroc, en particulier dans la région de Casablanca-Settat, et à identifier des solutions réalistes qui puissent être mises en place** par le Centre Hospitalier Noor de Bouskoura et par le Groupe AMH.

Pour ce faire, une description de l'activité paramédicale en ambulatoire du Centre Hospitalier Noor (CHN), et de façon plus succincte, du Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle (CRRF) d'Aïn Chock, permet de réaliser une analyse des effets sur les patients en situation de **handicap moteur** et sur les professionnels.

Pour contextualiser cette analyse, celle-ci est précédée par un aperçu de la situation épidémiologique et de l'offre de soins pour les personnes en situation de handicap (PSH), une chronologie des événements les plus significatifs pendant la crise sanitaire et une révision des principales actions entreprises par les institutions publiques et la société civile au profit direct ou indirect des personnes en situation de handicap, ou de façon plus large, des personnes plus vulnérables.

L'étude est réalisée dans le cadre du Projet DAAM, initiative financée par l'Ambassade du Royaume-Uni au Maroc, qui vise à développer les capacités organisationnelles de la société civile marocaine en se fondant notamment sur la recherche.

III. MÉTHODOLOGIE

1. Portée de l'étude

L'impact de la crise sanitaire due à la pandémie de la COVID-19 sur la prise en charge paramédicale (PEC) des personnes en situation de handicap a été étudié à travers **l'approche multidimensionnelle** suivante :

- Pour les PSH bénéficiaires des services de PEC paramédicale, l'impact a été analysé par rapport à leur **perception de leur état physique et fonctionnel**, de leur **état émotionnel** et d'autres aspects **d'ordre pratique** ;
- Pour les professionnels de la PEC paramédicale, l'impact a été abordé par rapport à la dimension **technique** et à la dimension de **gestion**.

Ainsi, les questions clés ont été les suivantes :

1	Quel a été l'impact de la crise sanitaire -arrêt total et brusque des services pendant le confinement et reprise, dans un contexte d'alerte sanitaire-, perçu par les PSH bénéficiaires des services paramédicaux, par rapport à leur situation physique et fonctionnelle, par rapport à leur état émotionnel/psychologique ¹ et par rapport à des aspects pratiques ?
2	Quel a été l'impact de la crise sanitaire -arrêt total et brusque des services pendant le confinement et reprise, dans un contexte d'alerte sanitaire -, sur les professionnels du paramédical au niveau technique et de gestion ?

2. Approche et méthode pour la collecte et l'analyse des données

L'approche utilisée durant tout le processus, et en particulier pendant la collecte des données, a été **participative**, cherchant à recueillir les avis et les perceptions d'un échantillon le plus représentatif possible, dans le cadre des contraintes marquées par la portée de l'étude, les délais et les circonstances de crise sanitaire.

L'**approche genre** a été utilisée pour identifier les possibles différences d'impact liées au sexe. La question a été traitée de façon transversale.

La perspective multidimensionnelle utilisée a permis d'identifier d'autres facteurs de vulnérabilité ayant eu un impact direct ou indirect sur la PEC paramédicale des PSH.

Des données principalement qualitatives, mais aussi quantitatives quand cela a été possible, ont été collectées et analysées selon la méthode mixte avec des sources primaires et des sources secondaires. L'objectif de cette méthode, avec la triangulation, est de renforcer la fiabilité des données, la validité des constats et des recommandations.

La collecte des données s'est faite sur la base d'une recherche bibliographique, d'une revue documentaire, d'une visite de terrain des deux centres, d'entretiens avec des informateurs clés et de dynamiques de groupe, quand les conditions l'ont permis (voir Annexe xx. Liste des entretiens et des dynamiques de groupe).

Un total de onze entretiens a été réalisé, dont sept avec des femmes informatrices clés.

Des quatre dynamiques de groupe qui ont pu être organisées, trois étaient avec des patients ou tuteurs et une avec des professionnels paramédicaux. Un total de 22 personnes ont ainsi transmis leur avis, dont 15 femmes et 7 hommes.

3. Limites et modifications

La difficulté à identifier un centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle du système public disponible pour participer à l'étude, et le délai pour l'obtention d'un rendez-vous, ont entraîné un décalage de quatre semaines avec la visite du Centre Hospitalier Noor, mais le calendrier a finalement pu être respecté dans les grandes lignes.

¹ L'impact sur l'état émotionnel/psychologique a été traité, comme les autres aspects, sur la base de l'état animique transmis par les patients ou par les professionnels praticiens lors des dynamiques de groupe et les entretiens. En aucun cas il n'y a eu une analyse psychologique proprement dite, celle-ci n'étant pas l'objet de l'étude.

En outre, le CRRF d'Aïn Chock n'étant pas directement impliqué dans le projet qui motive cette étude, le niveau de détail de l'information obtenue n'a pas été le même que pour le CHN. Les entretiens ont dû être très succincts et l'organisation de dynamiques de groupe n'a pas été possible. Seule une jeune femme patiente du centre public a pu être entendue.

Quant à la collecte de données au niveau du CHN, il n'a pas été possible de constituer les groupes avec un échantillon représentatif de patients ne bénéficiant pas d'une aide financière de l'AMH, ce qui ne permet pas de faire une analyse différenciée à ce sujet. Uniquement une personne parmi les 22 participants n'était pas bénéficiaire d'une subvention du Groupe AMH.

Par ailleurs, par manque de patients hommes disponibles pour prendre part aux dynamiques de groupe au CHN, il y a eu deux groupes mixtes au lieu d'un groupe mixte, un groupe de femmes et un groupe d'hommes. Le groupe de mères ou tuteurs femmes de PSH dépendantes a pu avoir lieu comme prévu.

IV. PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET CRISE SANITAIRE AU MAROC DUE A LA PANDEMIE DE LA COVID-19

1. Concept de handicap, épidémiologie et offre de soins pour les personnes en situation de handicap

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), adoptée en 2001 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), définit le **handicap** comme un terme générique désignant les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participation. Recouvrant une grande diversité de situations, il se décline en cinq catégories principales : le handicap moteur, le handicap sensoriel, le handicap psychique, le handicap mental et les maladies invalidantes.

Au Maroc, la loi-cadre n°97-13 relative à la protection et la promotion des droits des personnes en situation de handicap, publiée dans le Bulletin Officiel (BO) le 19 mai 2016, 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 ». Cette définition s'inspire de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRDPH) adoptée par les Nations Unies en 2006, et ratifiée par le Royaume du Maroc en 2009.

Ainsi, le Maroc a adopté l'**approche multidimensionnelle** du handicap et l'**approche systémique** qui considère que le handicap est la conséquence d'une interaction entre des facteurs personnels (incapacités) et des facteurs environnementaux (barrières comportementales et environnementales) que la société a le devoir de supprimer (définition de personne handicapée de la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées).

Les seules données disponibles, et plus récentes, concernant le handicap en général, proviennent de l'Enquête Nationale sur le Handicap (ENH2)² menée en 2014 sur un total de 16.044 ménages par le Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social (MSFFDS). Cette enquête visait à identifier les dimensions quantitatives et qualitatives des situations de handicap et leurs manifestations. Elle avait également pour ambition d'évaluer

² Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social. Enquête Nationale sur le Handicap, 2014.

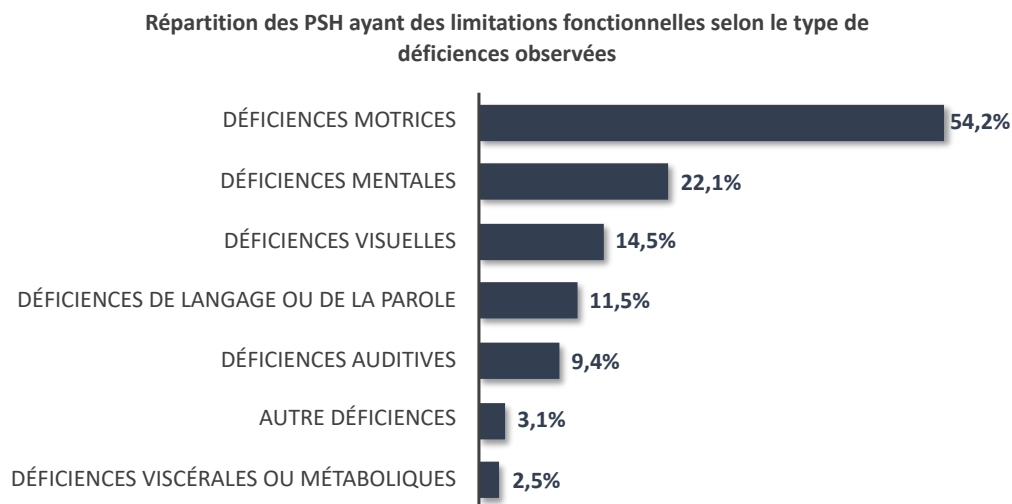
l'accès des personnes en situation de handicap aux structures de santé, à l'éducation, à l'emploi, à la vie citoyenne et aux différentes prestations sociales, ainsi que de mettre en exergue les principaux obstacles qui bloquent leur accès à ces services.

Selon ladite enquête, le taux national de prévalence du handicap est de **6,8%**. Il s'agit de **2.264.672** personnes ayant déclaré avoir des incapacités à divers degrés de sévérité (léger, modéré, sévère, très sévère) par rapport à une population de **33.304.000 personnes** (2014). Les données antérieures en matière de handicap au Maroc remontent à 2004, avec une prévalence du handicap de 5,12%.

En termes de ménages, **un ménage sur quatre (24,5 %)** compte en son sein au moins une **PSH** sur un total de 7.193.542 ménages.

Les **déficiences motrices** sont les plus fréquentes, représentant **54,2 %** de l'ensemble des handicaps, suivies par **les déficiences mentales** (22,1 %), les déficiences visuelles (14,5%) et les déficiences de langage ou de parole (11,5%). Le problème de mobilité est lié le plus souvent à une déficience motrice des deux membres inférieurs (54%) sous forme de paraplégie, amputation et paralysie, ou des quatre membres (24,5%) sous forme de tétraplégie.

Graphique 1 : Répartition des PSH ayant des limitations fonctionnelles selon le type de déficience observée.



Source. ENH2 2014, Rapport détaillé. MSFFDS.

Tableau 1 : Taux national de prévalence du handicap par niveau de sévérité

DEGRÉ DE SÉVÉRITÉ	TAUX DE PREVALENCE (%)	ÉQUIVALENT EN NOMBRE DE PERSONNES
Léger à très sévère	6,8%	2.264.672
Léger à modéré	6,4%	2.131.509
Modéré à très sévère	2,2%	732.688
Très sévère	0,6%	199.824

Source. ENH2 2014, Rapport détaillé. MSFFDS.

La prévalence du handicap en milieu rural (6,99%) et en milieu urbain (6,66%) est quasiment équivalente. 66,1% des PSH déclarent être sans instruction, dont 66,6% étant des femmes. La population féminine est légèrement plus importante parmi les PSH, représentant 51,4% du total.

En termes **d'offre de soins**, le service public dispose d'unités intra hospitalières de kinésithérapie, d'orthophonie, d'orthoptie et de psychomotricité, ainsi que de services de rééducation au niveau de cinq centres hospitalo-universitaires (CHU) (Fès, Oujda, Casablanca, Marrakech et Salé), de 19 centres intégrés régionaux d'appareillage orthopédiques et de rééducation, et de centres intégrés provinciaux de rééducation.³

En matière de personnel, le Ministère de la Santé dispose de 8 pédopsychiatres, 46 médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation fonctionnelle, 1.301 infirmiers en santé mentale / psychiatrie, 754 kinésithérapeutes, 164 orthophonistes, 150 orthoptistes, 123 orthoprothésistes et 120 psychomotriciens et 1 ergothérapeute.⁴

Malgré ces dispositifs, la **prise en charge médicale et paramédicale des personnes en situation de handicap représente, en temps normal, un véritable défi** pour le système de santé marocain et constitue une grande problématique économique et sociale.

En effet, toujours selon l'enquête ENH2 de 2014, 60,8% des PSH ont des difficultés pour accéder aux soins généraux offerts par le système de santé, dont 62,9% ne peuvent y accéder pour des raisons financières.

Concernant l'accès aux aides techniques, uniquement une PSH sur trois (31,4%) dispose de l'aide dont elle a besoin dans sa vie quotidienne ; 53,3% d'entre elles y ont eu accès par leurs propres moyens.

Uniquement 34,1% des PSH bénéficient d'un régime d'assurance maladie, dont 60,8% adhèrent au Régime d'Assistance Médicale (RAMED), 15,4% à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et 12,7% à la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS).

Dans la **région de Casablanca-Settat**, le système public compte un seul centre d'appareillage et 3 centres de rééducation physique, d'orthoptie et d'orthophonie, dont un à Aïn Chock, pour desservir une population de 7.203.612 habitants. Ni la province de Nouaceur, ni la préfecture de Hay Hassani ne disposent de centres de rééducation pour des populations respectives de 362.658 habitants et de 489.645 habitants⁵. Il n'existe pas de données publiques précises sur l'offre au niveau du système privé.

2. Rapide aperçu de l'évolution de la COVID-19 : chronologie des événements

Le premier cas de la COVID-19 au Maroc, identifié à l'Institut Pasteur de Casablanca, a été communiqué le 2 mars 2020.

Le 11 mars, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a qualifié de pandémie la nouvelle maladie à coronavirus appelée COVID-19, en raison de son échelle et sa vitesse de propagation.

³ Ministère de la Santé. *Couverture sanitaire des personnes en situation de handicap : état des lieux et perspectives*, Mohamed Khalil Diouri, Chef de Service de la Réhabilitation et de la Gériatrie, Direction de la Population, avril 2018.

⁴ Ministère de la Santé. *Carte sanitaire*.
http://cartesanitaire.sante.gov.ma/dashboard/pages2/rh_med_2019.html.
http://cartesanitaire.sante.gov.ma/dashboard/pages2/rh_paramed_2019.html. Consultée le 22/10/2020.

⁵ Ministère de la Santé. *Carte sanitaire. Fiches techniques*. Consultée le 22/10/20.

Face à la nouveauté de cette maladie et à la pression qu'elle a supposée sur les systèmes de santé des premiers pays touchés, - dont en Europe, l'Italie, l'Espagne et la France -, le Maroc a décrété **l'état d'urgence sanitaire et le confinement obligatoire de la population** à partir du **20 mars** à 18h. Il a ainsi suivi les pas de l'Espagne, où le confinement a été mis en place le 15 mars au soir et de la France qui s'est confinée le 17 mars. Avec une fermeture des frontières, un arrêt de la libre circulation et de toute activité non considérée comme essentielle, au **niveau sanitaire, la plupart des activités ont été suspendues ou limitées au strict minimum**, exceptées les urgences.

Près d'un mois plus tard, les délégués et les directeurs régionaux du Ministère de la Santé ont été appelés à garantir l'activité des services de soin des programmes nationaux de santé dont celui des personnes à besoins spécifiques (Circulaire 030/DP/2020 du 15 avril 2020). En dépit de ces mesures, et d'efforts pour encourager la population à reprendre un suivi médical, notamment en ce qui concerne la vaccination, la santé maternelle et les maladies chroniques, la relance de l'activité de soins a été très lente et progressive.

Des mesures d'allègement du confinement ont été prises à partir du 10 juin par zones géographiques, celles-ci étant établies en fonction de l'incidence de la maladie.

Les autorités nationales ayant pris très rapidement des mesures fortes pour contenir la propagation du virus et ainsi protéger le système de santé, l'incidence de la COVID-19 est restée très faible pendant le confinement. Mais, un mois après le déconfinement - fin juillet- et la reprise des activités et de la liberté de circulation à l'intérieur du pays, et malgré la mise en place de mesures restrictives concernant la concentration de personnes, le nombre de cas confirmés par jour a été multiplié par dix et le nombre de cas graves et de décès a considérablement augmenté. Cette situation dure au moment de la rédaction du présent rapport, où le nombre de cas déclarés par jour est multiplié par vingt et le haut de la première vague de l'épidémie n'est pas encore atteint.

Depuis le début du déconfinement, les mesures sont adaptées régulièrement et localement en fonction des données épidémiologiques.

L'état d'urgence sanitaire a été prolongé mensuellement depuis le début du déconfinement et est actuellement en vigueur jusqu'au 10 décembre.

Depuis le mois d'août, la **région de Casablanca-Settat** est la plus touchée. Les données de la première semaine de septembre, alors que le bilan des contaminations au niveau national a atteint un nouveau record avec 2.234 nouveaux cas en 24h, ont conduit les autorités à prendre des mesures particulièrement restrictives concernant la mobilité, les activités de loisir et l'éducation au sein de la préfecture de Casablanca. Des mesures similaires ont été prises à partir du 27 septembre dans la province de Nouaceur. Mi-novembre, il s'agit toujours de la région recensant le plus grand nombre de cas cumulés actifs et de cas confirmés quotidiennement.

Depuis le début de la crise, le Maroc a pris des dispositions pour augmenter le nombre de lits de soins critiques (soins intensifs et réanimation) et renforcer la capacité à rechercher les cas contacts et à tester la population avec notamment la mobilisation des laboratoires privés. Mais la pression sur les structures sanitaires est réelle en particulier dans les régions les plus touchées, dont Casablanca-Settat.

Par ailleurs, face à une situation sans précédent, les directives au niveau international, national et local sont actualisées en permanence en fonction de l'évolution de la pandémie et des évidences scientifiques. Les décisions initiales ont été prises selon le principe de précaution et principalement pour la protection des systèmes sanitaires, mais sans le recul suffisant pour estimer l'impact économique, social, mais aussi sanitaire et sur le système de vie tout entier. Les effets commencent à être analysés mais l'incertitude est toujours présente quant à la durée de

la crise et à l'évolution de la maladie, avec l'interaction des maladies respiratoires saisonnières comme la grippe et les pneumonies attendues en automne et en hiver.

3. Personnes en situation de handicap : mesures prises et initiatives

Dans la grande majorité des pays, les autorités ont pris des dispositions selon l'approche épidémique afin de contenir la propagation de la COVID-19 et de protéger les systèmes de santé. Or, ces mesures et cette maladie peuvent avoir un impact bien plus important sur certains groupes de la population, comme les personnes en situation de handicap.

Effectivement, en fonction des problèmes de santé dont elles souffrent déjà, les personnes en situation de handicap peuvent courir un **plus grand risque de développer des cas plus graves** de COVID-19 si elles sont infectées, notamment à cause des facteurs suivants⁶ :

- La COVID-19 aggrave les problèmes de santé existants, notamment ceux liés aux fonctions respiratoires, au système immunitaire, aux maladies cardiaques ou au diabète ;
- Comme expliqué précédemment (III, 1), les personnes en situation de handicap doivent déjà faire face à de nombreux obstacles pour accéder aux soins hors temps de crise. En cas de confinement et de limitation de mouvements, elles peuvent éprouver encore plus de difficultés pour accéder au système de santé.

En outre, les PSH peuvent courir un **risque accru d'être infectées** par des facteurs comme des difficultés pour respecter les mesures d'hygiène essentielles ou les distances physiques quand elles ont besoin d'une aide supplémentaire ou vivent en institution, un besoin de toucher des objets ou des obstacles les empêchant d'obtenir des informations de santé publique (ex : matériel de sensibilisation non adapté aux personnes en situation de handicap visuel).

À cause des perturbations engendrées dans les services dont elles bénéficient, les personnes en situation de handicap peuvent subir des **impacts disproportionnés**. Dans ce sens, l'OMS a émis des considérations d'ordre général⁷, avec des mesures simples de protection adressées aux principales parties concernées – PSH et leur entourage, gouvernements et autorités, agents de santé, prestataires de services dédiés aux PSH et communauté - afin de limiter cet impact.

Au Maroc, les initiatives en faveur des groupes de population plus vulnérables ont été nombreuses au niveau des autorités comme de la société civile. Pour les personnes en situation de handicap, les principales actions publiques concernent le Ministère de la Solidarité, du Développement Social, de l'Égalité et de la Famille (MSDSEF) en tant que ministère de tutelle, et le Ministère de la Santé.

Au niveau du **MSDSEF**, une **cellule de veille d'urgence** a été créée pour établir des mesures spécifiques, dont cinq concernent directement les PSH⁸:

1. Création de **capsules de sensibilisation** sur les gestes barrières et bonne conduite, aussi en langue des signes et pour les personnes en situation de handicap visuel, diffusées sur un portail créé à cet effet (<https://covid19.social.gov.ma/handicap/>) et à la télévision ;
2. Incitation à destination des associations bénéficiaires du Fond de Cohésion Sociale (278 centres) pour qu'elles assurent des services de rééducation à distance, le fonds ayant

⁶ OMS. *Considérations relatives aux personnes handicapées à prendre en compte dans le cadre de la flambée de COVID-19.*

⁷ *Ibid.*

⁸ Source : MSDSEF

maintenu les salaires de 3.462 professionnels dont un tiers de paramédicaux. 14.352 personnes en situation de handicap auraient été concernées par cette mesure ;

3. Création d'une plateforme numérique avec un n° vert mobilisant des spécialistes des troubles du spectre de l'autisme (TSA), qui aurait touché 283 familles ;
4. Élaboration d'une quarantaine de **capsules de formation/orientation** pour les parents et aidants avec des activités répondant aux différents besoins spécifiques des PSH (rééducation, orthophonie, pré lecture, etc.) ;
5. Création d'un **système numérisé** pour l'octroi de **l'attestation de handicap** avec un total de 10.000 dossiers traités pendant la période du confinement pour délivrer les attestations dans un délai de 48h.

Dans la « nouvelle normalité » et pour assurer une rentrée scolaire dans les meilleures conditions de sécurité, le MSDSEF a élaboré des **protocoles adressés aux centres bénéficiaires du Fonds d'Appui à la Cohésion Sociale dédiés aux PSH**. Ces protocoles concernent les changements organisationnels pour assurer les gestes barrières et la réalisation des séances de réadaptation. **Trois catégories cibles** ont été définies en fonction de l'état de santé et des besoins spécifiques de la personne : i) les personnes ayant besoin de présentiel à temps plein, ii) les personnes devant se déplacer au centre uniquement pour les séances de rééducation et, iii) les personnes devant rester à domicile car leur état de santé présente trop de risques. Ces protocoles établissent un maximum de six patients par jour et par praticien pour la rééducation et de dix patients par jour pour la psychothérapie. Les séances à domicile relèvent uniquement d'initiatives individuelles et leur nombre reste extrêmement limité, l'activité n'étant pas encore réglementée.

Au sein du **Ministère de la Santé**, le service chargé des personnes à besoins spécifiques a rapidement cherché à garantir le maintien des activités par les structures de soins paramédicaux, dans le respect des mesures sanitaires, en publiant la circulaire adressée aux responsables régionaux pour assurer la continuité des services. Mais l'activité a été gérée au niveau local, en fonction de la situation et des moyens disponibles.

Concernant les PSH malades de COVID-19 devant être hospitalisés, et ayant besoin de soins spécifiques, chaque structure a adapté le protocole en fonction de ses moyens.

Nombreuses ont été les initiatives de la société civile pour venir en aide aux personnes et aux familles les plus vulnérables, en particulier pendant le mois de Ramadan. Mais ces aides ont consisté principalement en un soutien alimentaire ou en des aides financières pour le paiement du loyer ou l'acquisition de médicaments. Par ailleurs, les associations disposant de services ouverts au public ou de centres d'accueil ont dû fermer et n'ont pu offrir qu'un soutien par téléphone, ou à travers le déplacement du personnel.

Plusieurs associations spécialisées ont attiré l'attention à travers les médias sur l'importance de l'inclusion des PSH dans la prise de décision par rapport aux mesures destinées à répondre à la crise sanitaire et économique. Dans ce sens, il y a eu une mobilisation pour augmenter l'« aide COVID-19 » aux familles de PSH, et pour autoriser les personnes atteintes d'autisme à sortir dans la rue. La première demande n'a pas été obtenue ; la deuxième n'a pas pu être officialisée et le cas par cas a été géré avec les autorités de quartier.

Le Groupe AMH a publié plusieurs communiqués, dont celui précédant la circulaire du Ministère de la Santé, pour appeler à la continuité des soins en réadaptation et rééducation pour les PSH et demander à ce que les associations en charge de structures pour PSH bénéficient du fonds de solidarité.

L'opération SALAMA, lancée début avril, a été une initiative conjointe du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), des ministères de la santé, de la solidarité, de l'administration

pénitentiaire et de plusieurs associations nationales, pour appuyer les populations les plus vulnérables en milieu urbain et rural, et dont les personnes en situation de handicap, avec la distribution de kits pour l'hygiène et la prévention de la COVID-19, en plus d'actions d'information et de sensibilisation via différents moyens de communication. Parmi ce matériel, deux vidéos avec des conseils pratiques en matière d'orthophonie et de rééducation psychomotrice élaborées par le Centre National Mohamed VI pour les Handicapés ont été diffusées.

V. CAS DE DEUX CENTRES DANS LA RÉGION DE CASABLANCA-SETTAT

1. Le cas du Centre Hospitalier Noor (CHN)

(i) Brève présentation du CHN

Le Centre Hospitalier Noor de Bouskoura a ouvert ses portes en 2001 comme un modèle social pionnier dans la rééducation et la réadaptation fonctionnelle au Maroc. Il offre des services d'hospitalisation de moyenne et longue durée et de soins ambulatoires.

Il dessert la région de Casablanca-Settat pour les soins en ambulatoire et accueille des patients provenant de toutes les régions du Royaume et d'Afrique subsaharienne pour les séjours en hospitalisation. Ainsi, il s'agit du plus grand centre de réadaptation d'Afrique du Nord, avec une capacité de 115 lits et un traitement moyen de 150 patients externes par jour.

Deux types de patients peuvent être différenciés : les patients bénéficiant d'une couverture médicale (assurance maladie ou mutuelle) et les patients inscrits au RAMED ou ne disposant d'aucune couverture médicale et bénéficiant d'une aide du Groupe AMH qui couvre leur prise en charge à une hauteur variable – entre 20 et 90% - en fonction de leur situation.

Les services offerts, dont la prise en charge (PEC) paramédicale sont les suivants : rééducation, appareillage, rééducation vésico-sphinctérienne, exploration fonctionnelle respiratoire, gynécologie, soins de plaies et d'escarres et soins et suivi à domicile.

Pour la rééducation, le centre dispose de six salles de kinésithérapie, d'une salle d'activité adaptée, d'une salle d'ergothérapie (en cours d'installation), de deux cabinets d'orthophonie et d'un cabinet de psychologie.

En ce qui concerne l'accès au centre, celui-ci met à disposition des patients externes des navettes qui desservent les différents quartiers de Casablanca et les villes à proximité.

(ii) Déclaration de pandémie et confinement

Face à la déclaration de pandémie par l'OMS et à la précipitation des événements au niveau mondial et national, avec l'adoption de mesures restrictives pour la protection de la population et des systèmes de santé, le CHN a créé début mars une cellule de crise avec un Comité COVID-19. La première mesure a consisté à conseiller aux patients externes devant accéder au centre en transports en commun, de ne plus assister aux séances pour éviter les risques de contamination durant le trajet. Quelques jours après, le 17 mars, le centre a suspendu l'activité ambulatoire et a adopté une série de mesures avec la **priorité de préserver la sécurité sanitaire des patients hospitalisés, qui sont les plus à risque, et du personnel**. Cette décision a été prise au vu de la situation vécue dans les centres d'hébergement et de prise en charge des personnes âgées en Europe et sur la base des directives du Ministère de la Santé et de l'OMS.

Le Comité COVID-19 a analysé la situation quotidiennement et a pris des décisions en fonction de l'évolution épidémiologique. Un **plan de riposte** a été établi et communiqué le 20 avril, dont les grandes lignes étaient :

- Interdiction des visites aux patients et d'entrée aux fournisseurs et prestataires externes ;
- Réorganisation interne pour l'utilisation du plateau technique ;
- Réorganisation des ressources humaines avec la constitution d'équipes restant confinées au centre pendant des périodes de deux semaines, à l'image des procédures appliquées dans la plupart des pays sur la base des recommandations de l'OMS, considérant que la période d'incubation du virus est de 14 jours-;
- Revue des protocoles/procédures en introduisant les gestes barrières et acquisition des fongibles et matériel nécessaire ;
- Sensibilisation des patients sur le port de masque et les mesures préventives ;
- Renforcement de l'hygiène et sensibilisation du personnel de soin et des agents de service, puis des chauffeurs des navettes.

Les **actions de communication** se sont faites à différents niveaux, interne et externe, et à travers plusieurs canaux :

- Pour annoncer l'arrêt de l'activité ambulatoire à travers l'ensemble des canaux avec l'objectif d'atteindre toutes les personnes concernées : téléphone, Facebook, Instagram, WhatsApp (chaque praticien à ses patients) ;
- Pour informer et rassurer le personnel, à travers des canaux internes ;
- Pour transmettre des messages positifs aux patients et à leurs familles, à travers des vidéos -diffusées sur les réseaux sociaux (Facebook principalement) et contenant des conseils pour la gestion du stress et des démonstrations pour l'entretien des articulations -, et à travers une cellule téléphonique assurant un lien avec les médecins et le pôle social pour répondre aux doutes ;
- Pour réaliser de la sensibilisation en général et du plaidoyer, des lettres ont été publiées dans les journaux pour souligner l'importance de l'inclusion des PSH dans les actions de gestion de la crise.

Au-delà de ces actions institutionnelles, certains kinésithérapeutes ont élaboré et diffusé à certains de leurs patients, en tant qu'initiative personnelle, des vidéos avec des indications de mouvements à effectuer.

En parallèle, le Groupe AMH, après avoir fermé son service d'accueil en présentiel à Casablanca pendant trois semaines, face à la forte demande des adhérents pour une aide, a organisé mi-avril à travers son **Pôle social**, une **distribution alimentaire ponctuelle** (66 paniers distribués aux familles les plus démunies) et des aides pour l'accès aux médicaments grâce à un donateur privé. Pendant le mois de Ramadan une deuxième distribution de 100 paniers a été réalisée, auprès essentiellement de familles avec au moins deux personnes adhérentes au Groupe AMH, dont 60% d'entre eux bénéficiaient ou avaient bénéficié d'un appui financier pour des services de soins au CHN.

(iii) Déconfinement et reprise des activités ambulatoires

Le service de prise en charge paramédicale en ambulatoire du CHN, suspendu le 18 mars, a repris le 8 juin avec une adaptation organisationnelle comprenant de nouvelles mesures pour garantir la sécurité aussi bien des patients que du personnel :

- Masque obligatoire pour toute personne entrant dans le centre ;

- Prise de température et désinfection des mains à l'entrée de l'enceinte ;
- Entrée et sortie de la structure différenciées ;
- Signalétique dans toute l'enceinte rappelant les gestes barrières ;
- Désinfection du matériel des salles de rééducation entre chaque patient ;
- Désinfection des navettes par les chauffeurs après chaque trajet ;
- Établissement de circuits séparés pour les patients externes et ceux hospitalisés avec des salles de rééducation différenciées.

Ces mesures sont en accord avec les recommandations de l'OMS sur la diminution des risques d'exposition éventuelle à la COVID-19 lors de la prestation de services dédiés aux PSH.

Dans un contexte de crise sanitaire qui dure et face à la réalité de la gestion quotidienne, les mesures préventives sont revues régulièrement en fonction des recommandations internationales et d'une meilleure connaissance de la maladie. Ainsi, la différenciation des salles pour les patients internes et externes a été abandonnée au bout de quelques jours, les patients internes ont pu à nouveau recevoir des visites, - des restrictions plus fortes qu'avant le confinement ayant néanmoins été instaurées - et sortir du centre les week-ends.

2. Le cas du Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle (CRRF) du Centre Hospitalier Préfectoral Sekkat d'Aïn Chock

(i) Brève présentation du CRRF d'Aïn Chock

Le Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle (CRRF), situé dans l'arrondissement d'Aïn Chock de Casablanca, est ouvert depuis 2016 et couvre, en plus de sa préfecture, les préfectures limitrophes ne disposant pas de ces services, comme celle de Hay Hassani. Il fait partie du réseau public de santé et est rattaché au Centre Hospitalier Préfectoral (CHP) Mohammed Sekkat.

Le centre dispose d'une équipe paramédicale permanente de 5 kinésithérapeutes, 2 psychomotriciens, 2 orthoptistes et 4 orthoprothésistes, en plus des médecins. Il n'y a pas de service de psychologie. Il dispose également d'une zone de balnéothérapie, mais celle-ci n'est pas fonctionnelle par manque de ressources humaines adaptées.

Le centre reçoit des patients couverts par la CNSS, par le RAMED, mais aussi des patients payants. Il ne dispose pas de service de navette et les patients y accèdent par leurs propres moyens.

(ii) Déclaration de pandémie et confinement

Suite à l'annonce du confinement, le centre a fermé pendant 24 heures le temps d'analyser la situation et de prendre des décisions sur la marche à suivre. Par la suite, le centre a rouvert ses portes mais les séances ont été reprogrammées pour ne prendre en charge que les cas urgents et les cas jugés moins à risque face à l'infection du coronavirus, comme des fractures ou des hémipariés récentes.

La mise en place des nouveaux protocoles pour garantir la sécurité sanitaire, - avec disponibilité suffisante de masques, désinfectants et tenues de protection, signalétique -, a pris un certain temps pendant lequel le personnel prodiguait des conseils aux patients se déplaçant au centre mais ne pratiquait aucune manipulation directe.

Pour les patients avec des traitements en cours dont les séances ont été interrompues, le personnel a donné des conseils téléphoniques et partagé des vidéos, ceci étant des initiatives directes entre les praticiens et leurs patients.

(iii) Déconfinement et reprise des activités ambulatoires

Depuis le déconfinement, l'activité a augmenté progressivement, mais n'a pas encore atteint, 4 mois plus tard, le niveau d'avant la crise.

Avec les protocoles de sécurité mis en place, le personnel ne peut prendre en charge que 5 à 6 patients par jour contre 8 à 10 (en fonction du type de séance) avant la crise. Ces protocoles comprennent la désinfection de la salle et de tout le matériel utilisé entre deux séances et la limitation des croisements entre patients, ainsi que le respect strict des rendez-vous pour éviter l'accumulation de personnes dans la salle d'attente.

3. Effets sur les patients en ambulatoire

La grande majorité des patients du CHN rencontrés pour la réalisation de l'étude est bénéficiaire d'une aide sociale du Groupe AMH (une seule personne était couverte par une assurance). Il s'agit de personnes et de familles qui présentent une vulnérabilité multidimensionnelle : situation de handicap moteur, précarité de logement et d'emploi ou sans emploi ni formation, difficultés d'accès à l'éducation et à la formation, très forte dépendance de la famille, sans mentionner des problèmes non soulevés lors de la phase de terrain, mais qui pourraient coexister, comme les familles dysfonctionnelles et les violences intrafamiliales.

Quant aux patients du CRRF d'Aïn Chock, ils sont majoritairement de classe socio-économique basse-moyenne.

(i) Dimension physique et fonctionnelle

La PEC paramédicale des patients externes du CHN s'est arrêtée pendant trois mois, ce qui, du point de vue **physique et fonctionnel** a entraîné une **stagnation** dans les progrès réalisés et même une **régression dans la mobilité**. L'état de santé des personnes atteintes de pathologies comme la paralysie cérébrale peut se détériorer rapidement quand les séances de rééducation s'interrompent.

Au CRRF d'Aïn Chock le constat est le même pour les patients dont les séances ont été interrompues pendant un certain temps.

Afin de pallier cet effet négatif, le CHN a diffusé une vidéo institutionnelle avec les principaux mouvements à faire pour l'entretien des articulations, ainsi que d'autres vidéos et conseils réalisés par les professionnels de santé pour leurs patients. Les praticiens du CRRF ont fait de même.

Par ailleurs, les mères des PSH possèdent une formation de base pour aider leurs enfants dans la réalisation de certains mouvements et certaines ont reçu du matériel du Centre Hospitalier Noor dans ce sens.

Par contre, la pratique à domicile ne semble pas avoir été régulière à cause d'autres facteurs plutôt d'ordre émotionnel (voir paragraphe suivant (ii) Dimension émotionnelle), dont les principaux relevés seraient :

- Déception avec l'arrêt des séances, angoisse, manque de motivation et même blocage ;

- Refus de faire les exercices avec un membre de la famille (le plus souvent la mère) ;
- Priorité donnée à d'autres problèmes.

Par ailleurs, l'**accès aux capsules** contenant des conseils et des explications pour la réalisation d'exercices, que ce soit en provenance du CHN ou d'autres institutions comme le MSDSEF, semble avoir été limité malgré les efforts réalisés. Les réseaux sociaux et les plateformes internet étant les principaux canaux de diffusion, ne semblent pas toujours être accessibles ou ne pas être les canaux habituellement utilisés par les patients du CHN. L'application WhatsApp semble avoir été priorisée par les jeunes qui ont partagé ou reçu par ce biais des vidéos de conseils.

Certaines personnes ont pu être confinées à la campagne et, ainsi, ont eu la possibilité de marcher à l'air libre pour entretenir leur mobilité, ce qui n'a pas été le cas des personnes résidant dans des espaces plus étroits des quartiers urbains de Casablanca et périphérie.

Même si l'auto-pratique ne remplace pas les séances en présence d'un professionnel, elle contribue à l'entretien fonctionnel et ainsi à la réduction de l'impact négatif sur la mobilité et sur l'état de santé et psychologique général.

Au niveau des services de PEC paramédicale du système public, l'activité pendant le confinement et la reprise avec le déconfinement n'ont pas été homogènes, mais ont été gérées au cas par cas au niveau local, en fonction des moyens et des capacités disponibles. Face à une activité très faible, le Ministère de la Santé, en accord avec les recommandations des organisations internationales, a rapidement réagi pour signaler la nécessité d'assurer la **continuité de l'offre de soins et de la PEC paramédicale** tout en adoptant les dispositions nécessaires pour garantir la sécurité sanitaire des patients et du personnel. Par contre, d'autres contraintes sont apparues comme les limitations de moyens pour assurer cette protection, les difficultés de déplacement aussi bien pour les patients que pour le personnel ou la présence d'autres préoccupations prioritaires dans le cas des patients. Au mois d'octobre, un bilan est en cours au niveau du MS pour connaître l'impact de la crise sanitaire sur cette activité.

Aussi bien au CHN, qui a repris l'activité ambulatoire mi-juin, qu'au CRRF d'Aïn Chock, qui ne l'a pas arrêtée, certains patients n'ont toujours pas recommencé leurs séances, malgré des mesures incitatives (diffusion de messages rassurants, facilités de transport dans le cas du CHN, etc.) (voir aspect quantitatif dans chapitre suivant (ii) Dimension organisationnelle). La peur et d'autres inquiétudes prioritaires, comme la question économique semblent être les principales raisons. Par ailleurs, et pour ces mêmes raisons, il y aurait également une tendance à retarder les consultations programmées avec les médecins spécialistes (cardiologue, pneumologue, neurologue, etc.).

Par ailleurs, la réduction du nombre de patients pouvant être reçus par jour dans les centres publics risque d'avoir un impact négatif sur la santé des PSH si les listes d'attente se prolongent dans un système où l'offre de soins est déjà très limitée.

De façon plus générale, l'**accès des PSH aux services de santé** a été amplement traitée au niveau international depuis le début des confinements, rappelant qu'hors temps de crise, ces personnes y ont déjà moins accès et que leur situation, face aux mesures restrictives de mouvement rend cet accès encore plus difficile et ce d'autant plus qu'elles sont particulièrement vulnérables, de par leur état de santé, face à la COVID-19. Dans ce sens, les résultats de l'enquête réalisée par Humanité & Inclusion (HI)⁹ révèlent que l'accès aux services de santé et de réadaptation chez les adultes en situation de handicap est passé de 14% à 4,7%. **Pour les enfants et les personnes**

⁹ Humanité & Inclusion. Handicap et vulnérabilité en temps de crise. Une enquête sur la prise en compte des publics vulnérables dans le cadre de la réponse à la COVID-19 au Maroc. Septembre 2020.

dépendantes, ce taux est passé de **57,6% à 8,5% dans le secteur de la réadaptation**, de 25,4% à 10,2% en matière de santé et de **15,2% à 3,4% en matière d'appui psychosocial**. Selon HI, l'arrêt brutal de ces services risque d'engendrer une vague importante de besoins de rééducation de long terme, d'autant plus que de nombreux centres associatifs ne seraient pas en mesure d'appliquer les dispositifs sanitaires requis pour la reprise des soins. Au niveau de la population en général, selon l'enquête du Haut-Commissariat au Plan¹⁰ (HCP) menée sur 2.350 ménages au mois d'avril, les raisons principales pour lesquelles les personnes souffrant de maladies chroniques n'ont pas accédé aux services de santé sont le manque d'argent, la peur de la contamination et la difficulté d'accès.

(ii) Dimension émotionnelle

Du point de vue **émotionnel**, dans un premier temps et avec le confinement, l'**angoisse** et la **peur de la maladie** semblent avoir été des sentiments largement partagés. Chez les mineurs et les personnes avec un handicap mental, les émotions ressenties transmises par les mères ont été les mêmes, sous leurs différentes variantes comme la peur de la maladie et de l'extérieur, qui dans certains cas perdure même quelques mois après le déconfinement, ainsi que le refus d'enlever le masque.

La rage et l'impuissance face à l'arrêt des séances de rééducation, avec la **Crainte de perte des progrès réalisés** a été aussi un sentiment exprimé, notamment à travers la métaphore de « *la fleur qui a besoin d'être arrosée* ».

Comme mentionné dans le point précédent, l'angoisse et la peur semblent aussi avoir joué un rôle sur le manque de motivation pour faire des exercices à domicile.

Avec la reprise des séances, les patients externes du CHN sont rassurés quant à la gestion réalisée par le centre et les mesures d'hygiène adoptées, et même s'ils admettent avoir toujours peur de tomber malades par leur fragilité particulière, ils se forcent à reprendre leur vie quotidienne en essayant de respecter les gestes barrières. L'appréhension de la COVID-19 semble toujours importante chez les mères et les familles ayant à charge des personnes âgées et également chez d'autres personnes qui sont toujours réticentes à reprendre les séances, que ce soit au CHN ou au CRRF d'Aïn Chock.

Concernant la **santé mentale**, l'information recueillie au CHN indiquerait que le besoin d'un support psychologique n'est pas exprimé explicitement par les patients externes, soit par manque de prise de conscience, soit par peur d'aborder le sujet, encore assez tabou et mal connu par la société de façon générale. Par contre, une partie du personnel, en contact avec les patients et connaissant certains aspects de leur vie personnelle, estime avoir senti un besoin d'appui psychologique, conséquence de la crise sanitaire, chez certaines personnes.

Seules des mères ont exprimé que leur enfant aurait besoin, suite au confinement, de consulter un psychologue. Elles seraient en train de réaliser les démarches mais la question financière se pose. A ce titre, le CHU de Casablanca compterait, au moment de la rédaction de ce rapport, trois fois plus de personnes hospitalisées pour tentative de suicide que d'habitude, dont une part importante d'enfants. Même si les chiffres ne sont pas disponibles, les médecins des centres de santé de Hay Hassani à Casablanca sont, de leur côté, en train de reporter beaucoup plus de cas de dépressions graves chez les enfants qu'avant la crise.

¹⁰ Haut-Commissariat au Plan, Enquête sur l'impact du coronavirus sur la situation économique, sociale et psychologique des ménages.

Pour les **femmes en situation de handicap et les mères de PSH**, à la situation générale s'ajoute, pendant le confinement, l'absence d'issue pour l'échange et la socialisation dans un contexte de cohabitation familiale souvent difficile, dans des logements précaires et des espaces réduits : « *Je préfère attraper le virus plutôt que de rester à la maison* » et avec des habitudes qui ne facilitent pas l'accès de la femme à l'espace public.

L'analyse selon le genre de l'étude de HI indique que l'impact négatif a été plus important chez les femmes, soit 72,5%, que chez les hommes, soit 68%. En parallèle, l'enquête du HCP, bien que conduite auprès des « chefs de ménage » et ne concernant pas les PSH explicitement, révèle que ce sont les femmes et les jeunes qui sont les plus touchés par le manque d'intimité et que 82% des personnes qui sortaient du domicile pendant le confinement étaient les chefs de ménage. De fait, les autorisations de sorties signées par les *mokadems* pour effectuer les courses ont été systématiquement octroyées au « chef de ménage ». Dans le même sens, une étude interne réalisée par l'Entraide Nationale pour évaluer ses services à distance à destination des PSH pendant le confinement indiquerait que ce sont les jeunes filles et femmes en situation de handicap qui auraient le plus souffert de l'isolement et du manque d'intimité. L'agence ONU FEMMES constate à ce sujet que des mesures de santé publique comme le confinement et les quarantaines ont **non-intentionnellement** forcé les femmes et les filles à rester isolées dans des environnements non sûrs ce qui a été amplifié dans les contextes où la cohésion sociale est fragilisée.

Au niveau des **patientes** du CHN, le vécu du confinement, avec l'arrêt brusque des séances de rééducation, semble avoir contribué à la **prise de conscience** de l'importance du rôle du Centre, au-delà de la réhabilitation, en tant que **lieu d'échange et de socialisation privilégié**, en particulier pour les jeunes femmes et les mères des mineurs ou adultes dépendants en situation de handicap. Pour les enfants souffrant de paralysie cérébrale, les contacts et les échanges dont ils bénéficient au centre sont très importants pour leur motivation et peuvent être leur seule interaction sociale en dehors de la famille. L'arrêt a eu un impact important sur leur état émotionnel, mais semble avoir contribué à la valorisation de cet aspect par les mères et par le personnel du centre.

Au niveau du CHN, comme de façon générale au Maroc, ce sont en majorité les mères qui s'occupent des enfants en situation de handicap ; des femmes qui souvent n'ont pas de travail rémunéré. Il n'existe pas de données suffisantes pour connaître l'impact du confinement sur la charge de travail de ces femmes, mais l'enquête du HCP indique que les hommes ont été plus impliqués dans les soins aux enfants, que 19,3% d'entre eux ont contribué pour la première fois aux tâches ménagères et que 45% y ont pris part. Mais malgré cela, les femmes auraient consacré en moyenne, pendant la période de confinement, six fois plus de temps au travail domestique que les hommes.

(iii) Autres impacts : exacerbation de la vulnérabilité multidimensionnelle préexistante

D'autres effets ont surgi et se sont accentués avec la durée du confinement et le climat d'incertitude, ces effets n'étant qu'une mise en évidence et une exacerbation des **vulnérabilités préexistantes** chez les personnes en situation de handicap.

Ainsi, la **situation économique** de la plupart des familles dont au moins un membre est en situation de handicap, déjà précaire hors temps de crise, est devenue plus critique par la perte ou la diminution des sources de revenus. L'enquête de HI révèle, dans ce sens, que le confinement a été un facteur important d'appauvrissement des PSH, avec un peu plus de la moitié des personnes interrogées indiquant que leur revenu a diminué depuis mars dernier et plus du tiers n'ayant plus de revenu principal.

Le rapport de Heinrich Böll Stiftung au Maroc¹¹, dresse un portrait tout aussi inquiétant sur la réalité des personnes malvoyantes et non-voyantes contraintes à travailler dans l’informel malgré leurs diplômes. Ce rapport met en évidence les limitations de la couverture sociale existante, l’importance du rôle des actions de solidarité pendant le confinement, bien qu’insuffisantes par rapport aux besoins réels, et finalement « l’aggravation de l’exclusion » provoquée par les restrictions de déplacement.

Le Groupe AMH, ainsi que d’autres associations spécialisées, a été capable de mobiliser une aide alimentaire en faveur d’une partie de ses adhérents mais, de même, elle n’a pas pu répondre à l’ampleur des besoins manifestés.

Au niveau national, et toutes populations confondues, les plus récentes estimations de la Banque Mondiale (BM) basées sur le revenu par habitant indiquent que **l’incidence de la pauvreté** au Maroc pourrait monter à **6,6% en 2020**, après une réduction significative durant les vingt dernières années (4,8% en 2014)¹². L’économie marocaine devrait connaître la première récession depuis cette période, sous l’effet conjugué de la sécheresse et de la pandémie. Par ailleurs, en raison de cette crise économique et sociale, 1,058 million de personnes additionnelles pourraient devenir « vulnérables à la pauvreté » et/ou « pauvres ».

De façon plus précise, l’enquête du HCP révèle que 44,3% des ménages de la classe pauvre et 26,2% de la classe moyenne ont perdu toute source de revenu pendant le confinement, alors que pour les PSH et personnes vulnérables il s’agit de 35,8% (Enquête HI). Parmi les PSH qui disposent toujours d’un revenu du travail, 42,5% ont vu ce revenu diminuer. Quant aux aides reçues, 45,8% des personnes n’ayant plus aucun revenu ont reçu une aide financière, et seulement 39,2 % des personnes qui n’avaient pas de revenus avant la crise ont pu obtenir une aide.

Ces chiffres, ainsi que la comparaison des données de l’enquête du HCP avec celles de HI par rapport au pourcentage de personnes ayant reçu une aide financière via les dispositifs de l’État (6% vs. 15,3% pour la CNSS et 13% vs.47,9% pour le RAMED) démontreraient le caractère vulnérable des PSH et des aidants, mais aussi l’insuffisance des aides sociales face au besoins.

L’importance **des difficultés d’accès aux transports** vécues par les PSH a également été mise en évidence avec les mesures restrictives, entraînant une impossibilité de déplacement pendant le confinement par l’absence ou la rareté de moyens de transport, les risques accrus dans leur utilisation ou encore, l’augmentation des prix induite par la réduction de capacité des taxis. Cette contrainte a été l’un des principaux facteurs dans la décision de ne pas recourir aux services de santé pendant le confinement et de retarder la reprise des séances de réadaptation. Au niveau du CHN, même si des navettes gratuites sont disponibles, elles ne desservent pas tous les patients externes et certains sont obligés de prendre en plus d’autres transports en commun.

L’**accès à l’information** est aussi un des aspects à considérer de façon inclusive, tel que soulevé par les organismes internationaux.

Le travail de terrain révèle que les patients externes du CHN connaissent les gestes barrières et les précautions à prendre pour éviter la contamination. Par contre, comme mentionné précédemment, ils ne semblent pas avoir eu accès à l’information diffusée par le centre (autre que par téléphone), ni par d’autres institutions spécialisées ayant produit du matériel spécifique

¹¹ Reda Zaireg. *Sans échappatoire : état d’urgence en vulnérabilité sociale. Intensification des inégalités et aggravation de l’exclusion. Heinrich Böll Stiftung, Rabat - Maroc. Mai 2020.*

¹² Haut-Commissariat au Plan, *Système des Nations Unies au Maroc et Banque Mondiale. Note stratégique. Impact social et économique de la crise de la covid-19 au Maroc. Juillet 2020.*

pour les PSH. Le CHN reste tout de même satisfait de la portée de ces messages diffusés sur Facebook compte tenu des moyens dont il dispose.

Certains patients ont indiqué avoir reçu l'information par des amis et plutôt vers la fin de la période de confinement tandis que d'autres en ont bénéficié directement à travers des messages de leur kinésithérapeute en tant qu'initiative individuelle, le canal étant principalement l'application WhatsApp.

La ligne téléphonique du CHN mise en place pour répondre aux questions des patients externes sur la COVID-19 et sur leur état de santé a été peu utilisée. Par contre, beaucoup de patients ont appelé directement leur kinésithérapeute habituel ce qui a mis en évidence l'importance de la relation créée entre le patient et le praticien et la confiance instaurée entre eux. Cela a aussi été manifesté par le désarroi des patients auxquels on a attribué un autre kinésithérapeute au moment de la reprise des séances.

Au centre d'Aïn Chock, l'interaction entre les patients et les professionnels paramédicaux a été semblable : la communication téléphonique directe avec le personnel paramédical a été privilégiée pour l'obtention de conseils.

Les résultats de l'enquête de HI auprès de PSH, de tuteurs de PSH et d'autres personnes vulnérables pour des raisons économiques et sociales, révèlent que 17% d'entre eux estiment que l'information n'est pas accessible et que 14,9% n'ont pas de connexion internet, la télévision constituant le principal canal d'information des répondants et l'utilisation des réseaux sociaux étant en corrélation avec le niveau d'instruction. Le rapport conclue également que les associations ont joué un rôle limité dans la diffusion des informations.

Concernant la population marocaine en général, l'enquête menée par le HCP révèle que la majorité des personnes interviewées a eu recours principalement à la radio et à la télévision nationales (87%) pour obtenir des informations sur la pandémie. Les réseaux sociaux (Facebook, Twitter, etc.) arrivent loin derrière avec une part de 6% et de 3% pour les personnes n'ayant aucun niveau d'études. Les sites officiels (Ministère de la Santé, OMS, UNICEF) ne représentent que 1,4%.

Selon l'avis du secteur associatif spécialisé, des efforts importants ont été réalisés au niveau national dans ce sens, mais n'ont pas toujours été suffisants ou accessibles pour toutes les PSH.

Dans ce contexte de crise sociale, ONU FEMMES a rappelé que dans le monde, les **femmes en situation de handicap** ont trois fois plus de risques d'être analphabètes et de ne pas avoir accès aux soins de santé et deux fois moins de chances d'avoir un emploi et d'avoir accès à internet que les hommes sans handicap. Les filles ont également moins de chances que les garçons d'aller à l'école et par conséquent, de trouver un emploi formel. Ces **circonstances préexistantes sont amplifiées** en situation de crise, y compris lors de la pandémie due à la COVID-19.

Une enquête qualitative en ligne menée par Women Enabled International (WEI)¹³ au niveau mondial montre qu'un tiers des femmes répondantes estime que les mesures prises ont réduit leur accès à une assistance technique, au personnel d'assistance et à la réparation des fauteuils roulants. Les autres impacts plus significatifs seraient la difficulté d'accès aux besoins de base par la limitation des transports (arrêt ou prix inaccessibles), l'éloignement des personnes sur lesquelles elles pouvaient s'appuyer, l'absence d'accès aux services sociaux et psychosociaux et la non-adaptation des formats ni des canaux de communication leur permettant d'accéder à l'information.

¹³ *Women Enabled International and UN WOMEN. Meeting basic needs for women and girls with disabilities during COVID-19. Country Support Policy Brief-2.*

4. Effets sur les professionnels

L'activité d'hospitalisation ne faisant pas partie de l'étude, l'effet de la crise sanitaire sur les professionnels du CHN par rapport à cette composante ne sera pas évoquée, bien qu'elle ait eu une importance particulière pendant le confinement ; une grande proactivité ayant été indispensable pour adapter les pratiques et l'organisation de la structure.

(i) Dimension technique

Comme mentionné précédemment, la fermeture du CRRF d'Aïn Chock n'a duré que 24 heures et même si les séances en présentiel ont été extrêmement limitées pendant les premiers jours du confinement, celles-ci ont repris une fois les protocoles de sécurité mis en place et le matériel disponible.

Au CHN, la période de confinement a supposé l'arrêt des séances paramédicales ambulatoires, mais a servi pour la **mise en place des protocoles** adaptés assurant le respect des **gestes barrières** et la mise en place des **mesures d'hygiène** pour la protection sanitaire, avant la réouverture pour les patients externes. En parallèle, un renforcement des mesures d'hygiène dans toute la structure, avec une formation et un changement de pratiques de tout le personnel, en particulier celui en contact avec les patients, s'est imposé.

Après une interruption des séances pendant plusieurs mois, les premières sessions ont évidemment été consacrées à réaliser des bilans et à analyser l'état physique et fonctionnel des patients pour reprogrammer des exercices adaptés. L'adoption des gestes barrières et des mesures d'hygiène complémentaires dans leur pratique, ainsi que la **sensibilisation des patients** dans ce sens, supposent un changement et des **tâches supplémentaires** dans l'accomplissement des actes par les praticiens.

Le **port du masque** en continu et la **désinfection** des mains et du matériel de réadaptation après chaque séance semblent être les changements qui affectent le plus directement les praticiens dans cette « nouvelle normalité ».

Au CHN, des masques permettant de voir la bouche ont été fabriqués sur place pour que les professionnels puissent assurer les séances d'orthophonie et de psychologie avec les enfants dans les meilleures conditions possibles. Le CRRF d'Aïn Chock ne dispose pas de ces services.

La **durée**, le **manque de visibilité** et le caractère inédit de la situation, sont des facteurs qui se ressentent dans la pratique, qui est adaptée continuellement afin de trouver un équilibre avec la protection sanitaire. A titre d'exemple, au CHN un essai a été fait pour réaliser les séances de réhabilitation en sur blouse, mais s'est avéré peu viable en raison de la pénibilité, sans compter la question financière. Néanmoins, ces facteurs sont plus présents dans la pratique du personnel du CHN, où la gestion est privée, que du personnel du centre d'Aïn Chock.

Bien que les mesures préventives soient bien connues, tant par le personnel que par les patients, la durée de la crise rend difficile leur respect systématique. Ceci suppose un **effort institutionnel et personnel important** de rappel et de **sensibilisation** en continu pour éviter les relâchements. L'enquête menée par HI indique que cette connaissance est générale sans différenciation majeure en fonction du sexe, du statut ou du niveau d'instruction de la personne, mais elle ne se traduirait pas par une pratique systématique, seuls 68% des participants déclarant les respecter tout le temps.

Certains professionnels estiment que le contexte actuel permet de rappeler l'importance de l'hygiène, d'adopter des bonnes pratiques négligées et d'y sensibiliser les patients.

L'arrivée de l'automne pose la question de la ventilation des salles, facteur important pour assurer le renouvellement de l'air et l'élimination des virus, et qui risque de poser un nouveau défi dans les conditions de la pratique, au-delà du niveau organisationnel.

A titre de réflexion, au Maroc, les femmes représentent 57% du personnel médical, **66% du personnel paramédical** et 64% des fonctionnaires du secteur social. En plus du stress vécu par la crise sanitaire et par l'exposition particulière au virus de ces professions, la charge des soins à domicile incombe en grande partie aux femmes qui, pendant la période de confinement, ont consacré en moyenne six fois plus de temps au travail domestique que les hommes. Au CHN, les femmes représentent 57% du personnel paramédical et au CRRF d'Aïn Chock elles représentent 67%.

(ii) Dimension organisationnelle

La crise sanitaire, avec le confinement et l'arrêt ou le fort ralentissement de l'activité ambulatoire, puis la reprise progressive mais avec l'introduction de toute une série de mesures dédiées à la sécurité sanitaire, a supposé et suppose toujours sept mois après la déclaration de pandémie, des **changements organisationnels importants** au niveau des structures sanitaires dédiées à l'accompagnement des PSH.

Au CHN, la **création d'un Comité COVID-19**, avant même l'annonce de l'état d'urgence sanitaire, pour l'analyse quotidienne de l'évolution épidémiologique, le suivi des directives nationales et la prise de décisions en conséquence, a été l'impact le plus immédiat au tout début de la crise sanitaire. Les mesures entreprises, en priorisant le facteur humain, ont cherché à anticiper les problèmes d'ordre sanitaire face à une maladie très peu connue à ce stade.

La **décision de l'arrêt de l'activité ambulatoire** et du confinement du personnel dans la structure pour assurer la prise en charge des patients hospitalisés, a été sans doute la mesure la plus drastique du point de vue organisationnel. Toutes les **mesures** qui ont suivi - dont l'actualisation et la mise en place de protocoles sanitaires, la réorganisation des ressources humaines et du plateau technique, la formation du personnel par rapport à l'hygiène et le plan de communication - établies dans un Plan de riposte, ont également eu un impact sur le fonctionnement et la gestion du centre, entraînant de surcroît une **charge de travail additionnelle**.

Le caractère inédit de la situation, le manque de recul, la surinformation au niveau mondial et tous les changements professionnels, **facteurs de stress**, ont conduit la direction du centre à s'interroger sur l'état psychologique du personnel et à offrir une prise en charge, si besoin.

Le centre d'Aïn Chock, qui ne reçoit que des patients externes, n'a pas fermé ses portes mais a annulé pratiquement toutes les séances le temps de mettre en place les protocoles et de disposer du matériel de protection nécessaire. S'agissant d'un centre public, les horaires et les équipes n'ont pas été modifiés. Par contre, ces nouveaux protocoles qui impliquent d'éviter les croisements des patients et la désinfection du matériel après chaque utilisation, ont impliqué une diminution du nombre de séances par praticien et par jour, qui est passé de 8 à 10 avant la crise sanitaire à 5 à 6 à l'heure actuelle.

Au-delà de l'impact opérationnel, cette situation de crise sanitaire sans précédent a permis une **prise de conscience** au sein du CHN sur les aspects à renforcer ou à introduire dans la gestion, dont la sécurité sanitaire, dans une structure prenant en charge des patients particulièrement vulnérables. La nécessité de disposer d'un plan de crise prenant en compte différents scénarios et visant à disposer rapidement d'outils pour assurer la viabilité et la continuité des activités s'est

également rendue évidente. Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) déjà existant, a facilité la mise en place des nouvelles mesures d'hygiène et la formation du personnel dans ce sens.

La crise a également servi de **facteur accélérateur de changement** et d'amélioration dans des domaines comme la communication et la digitalisation. Même si la portée de ce changement dépasse l'objet du présent rapport, le MSDSEF comme le MS, et en particulier le Service de Réhabilitation et de Gériatrie, ont initié ou ont l'intention d'initier des actions dans ce sens dans le but de faciliter les procédures et d'accélérer l'accès aux données permettant une prise de décisions éclairée.

La fermeture du Centre Hospitalier Noor pour les patients externes pendant trois mois a supposé une **réduction de 25% de l'activité paramédicale ambulatoire** par rapport à l'année précédente (neuf premiers mois de l'année)¹⁴. Par contre, l'activité des mois d'août et de septembre de 2020 a été supérieure à celle des mêmes mois en 2019, ce qui pourrait s'expliquer par la volonté de récupérer le « temps perdu » et par l'octroi de moins de congés au personnel pendant le mois d'août.

Depuis la reprise des séances en juin, les patients bénéficiaires d'une aide financière du Groupe AMH ont représenté un pourcentage supérieur aux patients payants, passant d'une moyenne de 67% des séances à une moyenne de 71,5%.

Cette **réduction significative de l'activité ambulatoire** a nécessairement un **impact négatif** sur la gestion et finalement, sur les finances du centre. Cet aspect n'est pas objet de l'étude, mais compte tenu de son importance dans cette crise, et en ce qui concerne le CHN, de son statut d'utilité publique et de sa vocation sociale et à but non lucratif, ces difficultés méritent d'être mentionnées. Ce d'autant plus que les mesures de sécurité sanitaire mises en place supposent un **coût supplémentaire**, et ont donc un impact important sur les charges, avec l'approvisionnement en gel hydro-alcoolique et en masques protecteurs suffisant pour tout le personnel, d'autant plus que les prix ont significativement augmenté. Avec la conjoncture actuelle, les processus de remboursement des assurances sont plus lents, et en tant qu'association, le Centre n'a pas accès aux crédits de fonctionnement. Par ailleurs, le secteur associatif n'a pas eu accès aux aides COVID-19 de l'État et le Centre est donc confronté à un problème de trésorerie.

La crise sanitaire n'est pas terminée et l'incertitude domine encore : au niveau du CHN, cette situation se traduit par des **ajustements quasiment quotidiens** dans le fonctionnement. Ainsi, il est difficile de prévoir en combien de temps l'activité « perdue » pourra être récupérée, les habitudes et comportements ayant changé et les priorités des personnes allant le plus souvent vers la réduction des dépenses.

L'activité du CRRF d'Aïn Chock a été réduite pendant la période du confinement à moins de 50% et se situe en octobre autour de 60%, les raisons ayant été abordées préalablement dans le rapport¹⁵. En ce qui concerne l'aspect financier de cette réduction d'activité, les données sont gérées au niveau du CHP et ne sont pas disponibles, mais il a été remarqué que la plupart des patients payants souhaitent réduire le nombre ou la fréquence de séances, ce qui à la longue aura un impact sur le budget de l'hôpital.

Les programmes de santé publique, dont celui des PSH, et les structures de santé non dédiées aux malades de la COVID-19 s'interrogent actuellement sur l'impact budgétaire et sanitaire de la crise. A titre d'exemple, la construction du Centre de Rééducation et de Réadaptation

¹⁴ Source : calculs sur la base des données fournies par le CHN.

¹⁵ Source : estimations communiquées par le CRRF d'Aïn Chock.

Fonctionnelle de Hay Hassani (qui ne compte actuellement qu'avec un service de kinésithérapie) à Casablanca, aurait dû commencer au mois de mars, mais les travaux ont été suspendus à cause de la crise sanitaire. Le démarrage devrait reprendre en décembre prochain, après neuf mois de retard.

Comme tous les acteurs de l'économie touchés par la crise, le CHN est en train d'établir un plan de relance et d'identifier d'autres niches de revenus qui lui permettraient de maintenir sa dimension sociale, mais est confronté à des difficultés puisque les activités payantes qui devaient se développer sont en stagnation face à la tendance actuelle généralisée de réduction des dépenses.

Un des points clefs de la crise sanitaire, et facteur principal de stress et de changement organisationnel dans les structures de soins, est la déclaration de cas de COVID-19 au sein de la structure. Le CHN a élaboré un protocole d'action à travers un vaste plan de dépistage, en accord avec les indications du MS, ce qui a permis de détecter plusieurs cas positifs au sein du personnel au mois d'août. La rapide réactivité, l'isolement des personnes infectées et le dépistage des cas contacts, a évité la contagion des patients et le Centre a pu continuer son activité sans interruption.

VI. CONCLUSION

La pandémie de la COVID-19 représente une crise humaine sans précédent qui a interrompu les systèmes de vie à l'échelle internationale. Plusieurs enquêtes ont été menées pour essayer de comprendre l'impact de la crise sanitaire et en particulier du confinement, sur la population en général et sur les groupes vulnérables, dont les personnes en situation de handicap.

Les premières évidences suggèrent que les personnes en situation de handicap font partie des groupes les plus affectés dans tous les aspects de leur vie. De nombreuses personnes en situation de handicap courent un risque plus élevé de contracter le virus et de développer des complications graves pour de nombreuses raisons, y compris pour des problèmes de santé préexistants ou la vie en établissement.

En outre, les personnes en situation de handicap ont été confrontées à de plus grandes barrières comportementales, environnementales et institutionnelles, à une difficulté d'accès aux services de santé et à l'information, ainsi qu'à de graves perturbations dans leur emploi, leur éducation et leur accès à la protection sociale et à d'autres services de soutien.

Néanmoins, il est important de souligner que le handicap n'est pas homogène et qu'il faut considérer la diversité des situations et des expériences. Il n'est pas non plus évident de différencier quels impacts sont spécifiques ou plus sévères en comparaison avec le reste de la population¹⁶.

Ce qui ressort comme une évidence, c'est que cette crise, dans la région de Casablanca-Settat, comme au Maroc et partout dans le monde, a exacerbé toutes les vulnérabilités préexistantes, matérielles, fonctionnelles et émotionnelles, au niveau individuel, familial, professionnel, économique et sociétal.

Au Maroc, le confinement, destiné à protéger le système de santé et à le préparer pour une réponse adaptée à l'épidémie, a renforcé les inégalités sociales et mis en évidence l'importance

¹⁶ *Institute of development studies, The impact of Covid-19 on people with disabilities – emerging findings. 14 septembre 2020.*

du secteur économique informel et la précarité de ces familles souvent sans couverture sociale¹⁷. Ainsi, les familles ont priorisé les besoins immédiats, comme la nourriture et le loyer, délaissant les besoins de santé. Il est encore trop tôt pour dresser un bilan, mais les conséquences sur la santé des personnes avec des maladies chroniques, dont les personnes avec un handicap moteur, et les conséquences sur la santé mentale risquent d'être considérables.

Les mesures d'atténuation de la COVID-19 doivent prendre en compte les personnes en situation de handicap pour éviter l'accentuation des disparités existantes et saisir l'opportunité pour tendre vers leur dissipation. Mais en poussant la réflexion au-delà, l'application de l'**approche syndémique**¹⁸ au lieu de l'approche épidémique, qui est celle qui a guidé les décisions au début de la crise, aurait permis une réponse plus adaptée et complète pour la protection de la santé des communautés. Effectivement, l'approche syndémique de la COVID-19 permet de remarquer l'interaction des facteurs biologiques et des facteurs sociaux, considérant ainsi l'importance des maladies chroniques et invitant même à une vision plus large qui englobe l'éducation, l'emploi, le logement, l'alimentation et l'environnement.

Avec la devise des Objectifs de Développement Durable (ODD) de « ne laisser personne pour compte » et avec l'idée que chaque crise peut être saisie comme une opportunité, l'exercice d'analyse et de réflexion du présent document amène à proposer des recommandations avec l'idée de contribuer à la construction d'un avenir meilleur pour les personnes en situation de handicap moteur à la petite échelle de la région de Casablanca-Settat, du Groupe AMH et du Centre Hospitalier Noor de Bouskoura.

VII. RECOMMANDATIONS

1. Recommandations adressées au CHN découlant de ses apprentissages de cette expérience sans précédent

1	Assurer la continuité de l'activité ambulatoire , avec les mesures de sécurité sanitaire adaptées, si un nouveau confinement général de la population devait avoir lieu. Si les services doivent être réduits, établir une priorisation en fonction des facteurs multidimensionnels de vulnérabilité de chaque personne (situation de santé, situation socio-économique et familiale) si les informations disponibles le permettent. Ceci pourrait se faire en collaboration avec le Pôle Social du Groupe AMH. Informer les patients des changements via des appels téléphoniques.
---	--

La stratégie de la continuité des soins est encouragée par les recommandations de l'OMS et par les directives du Ministère de la Santé, en particulier en ce qui concerne la santé de la reproduction, la santé infantile et des personnes en situation de vulnérabilité comme les PSH. Le

¹⁷ FZ. Aazi, M. Audibert, Y. Bouazizi, S. Fekkaklouhail, M. Ikira, H. Masmoudi, F. M. Mourji, Z. Nahmed, M. Oudmane, Y. Y. Tamsamani. *Crise sanitaire et répercussions économiques et sociales au Maroc : évaluations et analyses d'un collectif de chercheurs. Equipe de Recherche en Econométrie Appliquée, Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales Ain Chock, Université Hassan II de Casablanca. Août 2020*

¹⁸ *Syndémie : mot constitué à partir de « synergie » et d'« épidémie ». Concept créé par Merrill Singer, anthropologue médicale, dans les années 1990. Il s'agit de « l'agrégation d'au moins deux maladies ou problèmes de santé dans une population pour laquelle il existe un certain niveau d'interface biologique ou comportementale qui exacerbe les effets négatifs de chacune des maladies impliquées. »*

Groupe AMH a lui-même publié un communiqué le 7 avril appelant les autorités à garantir la continuité des soins en rééducation et réadaptation.

Dans le même sens, le Secrétaire Général des Nations Unies a présenté un Cadre de Réponse Socio-économique Immédiate à la COVID-19 dans son rapport global, et propose, comme première des cinq pistes d'action prioritaires, d'assurer le fonctionnement régulier des services de santé et une allocation optimale des ressources en temps de crise, en ciblant notamment les populations les plus vulnérables.

2	Élaborer un plan de crise ou plan de contingence , qui considère différents scénarios, dont les crises sanitaires et les épidémies, mais aussi d'autres types de crises. Ce plan devrait contenir un plan de communication destiné à atteindre tous les bénéficiaires externes, en considérant en particulier les personnes plus vulnérables. Pour celles-ci, un dispositif, par exemple, d'appels téléphoniques, pourrait être mis en place en collaboration avec le Pôle Social du Groupe AMH afin d'éviter l'isolement de ces personnes.
---	---

L'expérience tirée du confinement peut être utilisée pour réfléchir à différents types de situations qui pourraient entraîner une crise pour le CHN et ce, du point de vue des ressources humaines, des ressources financières, de la gestion des installations et de la relation avec les patients.

Cette expérience devrait de même permettre la conception d'un système efficace de communication avec les patients externes, prenant en compte les canaux de communication accessibles à tous en fonction du profil (âge, niveau d'éducation) et qui considère la relation souvent privilégiée entre les patients et leur kinésithérapeute habituel.

L'information à diffuser pourrait être catégorisée (changements dans l'activité du centre, information sur la crise, conseils spécifiques pour les patients) et pourrait inclure des supports élaborés par le centre mais aussi en provenance d'autres sources.

3	Considérer la faisabilité de l'organisation d'une cellule psychologique pour les situations de crise.
---	--

Le confinement a été une situation inédite, brusque et éprouvante, et l'expérience tirée au niveau mondial a démontré que la santé mentale et l'état psychologique des personnes ont été très affectés. Chez les personnes en situation de vulnérabilité préalable cet impact peut devenir encore plus important.

L'accompagnement psychologique étant un sujet encore tabou, très méconnu et objet de nombreux préjugés, une sensibilisation auprès des patients pourrait être envisagée pour favoriser une prise de conscience et une certaine réceptivité.

4	Face à l'arrivée de l'automne avec les maladies respiratoires saisonnières, étudier rapidement la mise en place de mesures pour favoriser la protection des patients et du personnel du CHN.
---	---

Au Maroc, à l'image de la plupart des pays de l'hémisphère Nord, le Ministère de la Santé a lancé fin septembre une campagne de sensibilisation pour la vaccination contre la grippe afin d'éviter une aggravation des cas avec la COVID-19 et une saturation des services hospitaliers.

Au CHN, au-delà des personnes hospitalisées, des actions pour favoriser la vaccination des patients externes, ainsi que du personnel, devraient être entreprises. La campagne habituelle du ministère ne concerne pas le personnel de santé en dehors du système public, mais vue la particularité de cette année, la possibilité de négocier une subvention de leur part pourrait être envisagée.

Pour certaines personnes particulièrement à risque, l'option de la vaccination contre le pneumocoque pourrait être retenue en sachant que le coût est élevé.

2. Recommandations adressées au Groupe AMH

Ces recommandations découlent également des apprentissages de la crise sanitaire, certaines pouvant être mises en place par une réorganisation interne et d'autres sous forme de projets, dont il est important de prévoir la durabilité depuis la conception.

1	Profiter de la dynamique générale créée par la crise pour avancer dans la digitalisation avec la conception d'une plateforme digitale pour la gestion des procédures, mais aussi pour la communication et pour l'offre de services à distance.
---	---

La digitalisation, qui a joué un rôle important pendant le confinement -dans certains domaines il y aurait eu un bon en avant de 10 ans -, pourrait être renforcée pour une pratique systématique. Cela permettrait un gain de temps pour le personnel comme pour les adhérents ; une réduction au strict nécessaire des déplacements qui s'avèrent déjà difficiles et coûteux pour beaucoup de patients du CHN et de bénéficiaires du Groupe AMH ; et une limitation des risques sanitaires inhérents et dus aux contacts et à la manipulation du papier.

2	Élaborer un programme pilote de réadaptation à distance , qui pourrait être appelé télé-réadaptation.
---	--

Bien que dans l'hypothèse d'un nouveau confinement, le centre soit prêt à maintenir son activité ambulatoire, d'autres raisons, comme des complications de santé dont des infections, peuvent entraîner l'absence plus ou moins prolongée de certains patients. Étant donné le coût élevé des séances à domicile qui sont pour l'instant réservées à des cas très spécifiques, il serait pertinent et innovant de concevoir un service de télé-réadaptation dans le but de minimiser les pertes dans la condition physique et fonctionnelle des patients, et dans les cas plus vulnérables, de minimiser l'impact psychosocial. Ce service pourrait également éviter des déplacements dans un contexte où le transport est toujours une difficulté et les distances quelques fois très importantes.

Bien évidemment, cette initiative ne doit en aucun cas remplacer les séances présentiels de rééducation, mais elle permettrait d'accroître l'autonomie du patient et d'éviter la récurrence ou la chronicisation en complétant le service existant. Les services à proposer à distance peuvent être l'éducation sanitaire, le suivi du traitement, la planification d'exercices ou la vérification des activités de la vie quotidienne et les adaptations au domicile.

Du matériel institutionnel pour des exercices à domicile (étirements, modifications ou renforcement de postures, etc.) et un suivi personnalisé par téléphone ou par visio-conférence pourraient constituer les outils de base. La plateforme digitale mentionnée dans la recommandation 1 pourrait servir d'hébergeur.

Le caractère novateur de cette initiative invite à réaliser une révision préalable de la législation et de la réglementation en vigueur, en tenant compte que le moment actuel est propice au changement, en particulier dans le développement d'activités à distance.

3	Proposer au sein du CHN des activités complémentaires aux services médicaux et paramédicaux existants.
---	---

Le confinement et l'arrêt pendant trois mois de la PEC paramédicale ont favorisé la prise de conscience du rôle que joue le centre, au-delà de la structure de soin, pour beaucoup de patients et en particulier des femmes et des mères des personnes dépendantes. L'architecture et les dimensions du centre, avec la disponibilité d'importants espaces verts, rendent le lieu paisible et agréable à vivre. En outre, la mission et la vision du Groupe AMH, dont fait partie le CHN, sont orientées vers le développement d'initiatives d'inclusion socio-économique pour les personnes vulnérables, notamment en situation de handicap.

Dans ce sens, des activités pourraient être proposées en coordination avec les pôles Social, Autonomie et Formation du Groupe AMH afin de proposer un accompagnement plus global.

Deux types d'activités sont proposés ci-dessous à titre d'exemple :

- (i) Des séances de **thérapie de groupe et d'art thérapie** (dessin, peinture, musique), en complément au service de psychologie existant. Ces techniques sont amplement utilisées pour les traitements post-traumatiques (réfugiés, migrants mineurs non accompagnés, blessés de guerre, handicap suite à un accident), et notamment pour les PSH. Il s'agit d'offrir aux patients du CHN un espace de développement qui leur procure une valorisation et une estime de soi, favorisant l'autonomisation, l'amélioration des perceptions sensorielles et la baisse des symptômes dépressifs.
- (ii) Des **activités spécifiques pour les femmes et/ou mères des personnes dépendantes**, qui auraient un but d'apprentissage, mais aussi de partage et de socialisation. A terme, ces activités pourraient potentiellement être génératrices de revenus. Les thématiques et les modalités doivent être déterminées à partir d'une bonne identification, en particulier des besoins, des préférences des bénéficiaires et de la viabilité.

En plus de l'encadrement professionnel des activités ou ateliers, une participation active des bénéficiaires pourrait être envisagée en fonction de leur savoir-faire et de leurs habiletés.

De plus, la création d'une **salle d'informatique-bibliothèque** serait très utile pour les personnes qui passent un certain temps au centre. Cet espace pourrait servir pour les jeunes qui suivraient des études et également être utilisé pour la sensibilisation (TV avec capsules, documentation, réunions, etc.).

4	Saisir le moment propice actuel pour réaliser des actions de plaidoyer au niveau national sur l'importance de la disponibilité de données et de statistiques fiables sur les PSH , parce que « ce qui n'est pas compté, ne compte pas ».
---	---

La crise sanitaire et humaine actuelle a mis en évidence les limites et les défaillances de la protection sociale dans sa globalité et a aussi rendu visible l'importance de la disponibilité de données sur la population et en particulier sur les groupes les plus vulnérables. En ce qui concerne les PSH, les seules données disponibles au Maroc reposent sur des enquêtes et non sur des bases de données désagrégées, ce qui constitue une lacune importante en matière de santé publique

(données épidémiologiques) pour la prise de décisions éclairées, mais aussi en termes d'accès aux services de soins, à l'éducation, à la formation et à l'emploi.

En outre, la surveillance épidémiologique devrait être en mesure de générer des données désagrégées et sensibles au genre pour pouvoir évaluer les impacts de la crise sanitaire actuelle et proposer une réponse inclusive, cette réponse devant prendre en compte la situation de handicap pour les malades de COVID-19 hospitalisés, qui peuvent requérir des soins supplémentaires spécifiques.

Dans les autres domaines socio-économiques, les données désagrégées, sur la base d'indicateurs éprouvés, devraient permettre de garantir l'efficacité du ciblage des populations et l'effet des politiques de soutien.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

Enquête Nationale sur le Handicap 2014, Rapport détaillé. MSFFDS. Février 2015.

Fonds des Nations Unies pour la population. www.morocco.unfpa.org

FZ. Aazi, M. Audibert, Y. Bouazizi, S. Fekkaklouhail, M. Ikira, H. Masmoudi, F. M. Mourji, Z. Nahmed, M. Oudmane, Y. Y. Tamsamani. Crise sanitaire et répercussions économiques et sociales au Maroc : évaluations et analyses d'un collectif de chercheurs. Equipe de Recherche en Econométrie Appliquée, Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales Aïn Chock, Université Hassan II de Casablanca. Août 2020.

Haut-Commissariat au Plan. Enquête sur l'impact du coronavirus sur la situation économique, sociale et psychologique des ménages.

Haut-Commissariat au Plan, Système des Nations Unies au Maroc et Banque Mondiale. Note stratégique. Impact social et économique de la crise de la covid-19 au Maroc. Juillet 2020.

Humanité & Inclusion. Handicap et vulnérabilité en temps de crise. Une enquête sur la prise en compte des publics vulnérables dans le cadre de la réponse à la COVID-19 au Maroc. Septembre 2020.

Institute of development studies, The impact of Covid-19 on people with disabilities – emerging findings. 14 septembre 2020.

Ministère de la Santé. Carte sanitaire. http://cartesanitaire.sante.gov.ma/dashboard/pages2/rh_med_2019.html.
http://cartesanitaire.sante.gov.ma/dashboard/pages2/rh_paramed_2019.html. Consultée le 22/10/2020.

Ministère de la Santé. Carte sanitaire. Fiches techniques. Consultée le 22/10/20.

Ministère de la Santé. Couverture sanitaire des personnes en situation de handicap : état des lieux et perspectives, Mohamed Khalil Diouri, Chef de Service de la Réhabilitation et de la Gériatrie, Direction de la Population, avril 2018.

Ministère de la Santé. www.covidmaroc.ma

Ministère de la Solidarité, du Développement Social, de l'Égalité et de la Famille. www.social.gov.ma

Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social. La politique publique intégrée pour la promotion des droits des personnes en situation de handicap au Maroc, 2017 – 2026. Novembre 2015.

Nations Unies. Note de synthèse : Inclusion du handicap dans la riposte à la COVID-19. Mai 2020.

Nicholas S Reed, Lisa M Meeks, *Bonnielin K Swenor. Disability and COVID-19: who counts depends on who is counted. Correspondence. The Lancet, July 21, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30161-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30161-4)

OMS. Considérations relatives aux personnes handicapées à prendre en compte dans le cadre de la flambée de COVID-19.

Reda Zaireg. Sans échappatoire : état d'urgence en vulnérabilité sociale. Intensification des inégalités et aggravation de l'exclusion. Heinrich Böll Stiftung, Rabat - Maroc. Mai 2020.

Richard Armitage, Laura B Nellums. The COVID-19 response must be disability inclusive. Correspondence. The Lancet. Published Online March 27, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30076-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30076-1)

Richard Horton. Offline: COVID-19 is not a pandemic. The Lancet, www.thelancet.com, Vol 396, September 26, 2020.

UNICEF. Children with disabilities and COVID-19.

Women Enabled International and UN WOMEN. Meeting basic needs for women and girls with disabilities during COVID-19. Country Support Policy Brief-2.

IX. ANNEXES

Annexe 1. Liste des informateurs clés rencontrés pour un entretien semi-structuré

ORGANISATION	FONCTION	DATE
Groupe AMH et Centre Hospitalier Noor (CHN)	Assistante sociale	25/09/20
	Directeur Général	01/10/20
	Responsable Pôle Santé	01/10/20
	Responsable Communication	01/10/20
Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle (CRRF) d'Aïn Chock	Médecin-chef	19/10/20
Ministère de la Santé (MS)	Déléguée Préfectorale de Santé de Hay Hassani	14/10/20
	Chef de Service de la Réhabilitation et la Gériatrie -Direction de la Population	01/10/20
Ministère de la Solidarité, du Développement Social de l'Égalité et de la Famille (MSDSEF)	Chef de Division de l'intégration sociale des personnes en situation de handicap	11/09/20

Annexe 2. Liste des dynamiques de groupe

PROFIL : PROFESSIONNELS	DESCRIPTIF	DATE
Professionnels CHN - Bouskoura	Techniciens paramédicaux représentant les différentes disciplines offertes. Groupe de 6 personnes, 3 hommes et 3 femmes.	23/09/20
Professionnels CRRF Ain Chock	Une kinésithérapeute et une psychomotricienne ont été entretenues séparément. Entretien succinct.	19/10/20

PROFIL : PATIENTS	DESCRIPTIF	DATE
Patients du CHN - Bouskoura	FG1. PSH bénéficiant du service de prise en charge paramédicale depuis au moins 6 mois avant le confinement : 2 hommes et 4 femmes.	22/09/20
	FG2. Parents et/ou tuteurs de PSH mineurs bénéficiant du service de prise en charge paramédicale depuis au moins 6 mois avant le confinement : 6 femmes, mères de 4 garçons et 2 filles	22/09/20
	FG3. PSH bénéficiant du service de prise en charge paramédicale depuis au moins 6 mois avant le confinement : 2 hommes et 2 femmes.	23/09/20
Patients du CRRF d'Ain Chock	L'organisation d'un focus group n'a pas été possible. Une jeune patiente a été entretenue. Entretien succinct.	19/10/20