



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

Année 2024

Thèse N° 175

Enquête sur la perception de la chirurgie plastique et esthétique en médecine de famille : étude prospective dans la région de Marrakech–Safi

THESE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 09/05/2024

PAR

Mme. Meriem El GAZZAR

Née le 11 Mai 1998 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLÉS

Perception – Médecine de famille – Enseignement – Chirurgie réparatrice
Esthétique

JURY

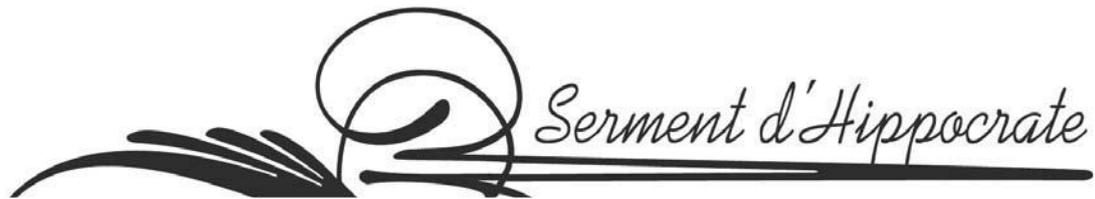
M.	K. TOURABI Professeur de Chirurgie Plastique et Réparatrice	PRESIDENT
M.	T. NASSIM SABAH Professeur de Chirurgie Plastique et Réparatrice	RAPPORTEUR
M.	M. D. ELAMRANI Professeur d'Anatomie et de Chirurgie Plastique	} JUGES
M.	Z. AZIZ Professeur de Chirurgie Maxillo-Faciale	
Mme.	O. ELATIQUI Professeur de Chirurgie Plastique et Réparatrice	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ
عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ
وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي ۗ إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي
مِنَ الْمُسْلِمِينَ





Serment d'Hippocrate

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale,
Je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.
Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont
dus.*

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

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

Les médecins seront mes frères.

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

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

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTES DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyenne à la Recherche et la Coopération

: Pr. Hanane RAISS

Vice doyenne aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Ghizlane DRAISS

Vice doyen chargé de la Pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL ENSEIGNANTS CHERCHEURS PERMANANT

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophthalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie

17	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
28	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
29	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
30	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
31	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
34	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
35	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
36	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
37	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique
38	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
40	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
43	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
44	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
45	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
46	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
47	FOURAIJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
48	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
49	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie

50	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
51	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
52	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
53	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
54	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
55	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
56	OUALI IDRISSI Mariem	P.E.S	Radiologie
57	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
58	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
59	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
60	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
61	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophthalmologie
62	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique
63	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
65	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
66	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
67	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
68	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
69	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
73	LAKMICH Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
74	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
75	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
76	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
77	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
78	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
80	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
81	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne

82	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
83	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
84	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
85	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
86	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophthalmologie
87	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
88	ABOUCADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
89	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
90	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
91	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
92	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
93	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
94	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
95	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
96	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
97	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
98	BOURRAHOUE Aicha	P.E.S	Pédiatrie
99	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
100	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
101	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
102	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
103	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
104	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
105	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
106	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
107	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
108	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
109	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
110	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
111	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
112	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
113	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale

114	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
115	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
116	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
117	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
118	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
119	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
120	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
121	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
122	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
123	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
124	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
125	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
126	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
127	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
128	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
129	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
130	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
131	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
132	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embyologie cytogénétique
133	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
134	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
135	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
136	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
137	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
138	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
139	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embyologie cytogénétique
140	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
141	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
142	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
143	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale

144	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
145	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
146	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
147	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
148	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
149	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
150	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
151	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
152	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
153	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
154	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
155	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
156	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
157	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
158	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
159	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
160	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
161	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
162	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
163	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophthalmologie
164	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
165	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
166	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-pathologique
167	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
168	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
169	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
170	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
171	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophthalmologie
172	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
173	GEBRATI Lhoucine	Pr Hab	Chimie
174	FDIL Naima	Pr Hab	Chimie de coordination bio-organique

175	LOQMAN Souad	Pr Hab	Microbiologie et toxicologie environnementale
176	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
177	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
178	MILOUDI Mouhcine	Pr Ag	Microbiologie–virologie
179	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro–entérologie
180	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
181	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
182	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d’urgence et de catastrophe
183	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
184	EL– AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto–rhino–laryngologie
185	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
186	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
187	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
188	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
189	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
190	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
191	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
192	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
193	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
194	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
195	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
196	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
197	LAHMINE Widad	Pr Ag	Pédiatrie
198	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
199	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
200	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro–entérologie
201	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
202	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
203	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
204	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
205	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
206	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
207	EL–QADIRY Rabiya	Pr Ass	Pédiatrie

208	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
209	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
210	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
211	ELATIQI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
212	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
213	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
214	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ass	Microbiologie–virologie
215	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
216	EL KHASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
217	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
218	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie–réanimation
219	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
220	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
221	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
222	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
223	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio–organnique
224	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
225	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro–entérologie
226	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
227	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie–orthopédie
228	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie–mycologie
229	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
230	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto–rhino–laryngologie
231	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
232	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
233	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
234	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
235	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
236	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
237	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie–réanimation
238	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
239	SBAI Asma	Pr Ass	Informatique

240	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
241	CHEGGOUR Mouna	Pr Ass	Biochimie
242	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie–réanimation
243	ZOUITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
244	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie–virologie
245	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
246	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato–orthopédie
247	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
248	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
249	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
250	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie–réanimation
251	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
252	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
253	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
254	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
255	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
256	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
257	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
258	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie–réanimation
259	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
260	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo–phtisiologie
261	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
262	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
263	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato–orthopédie
264	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
265	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
266	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto–rhino–laryngologie
267	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
268	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
269	RAMRAOUI Mohammed–Es–said	Pr Ass	Chirurgie générale
270	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale
271	AHMANNA Hussein–choukri	Pr Ass	Radiologie
272	AIT M'BAREK Yassine	Pr Ass	Neurochirurgie

273	ELMASRIOUI Joumana	Pr Ass	Physiologie
274	FOURA Salma	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
275	LASRI Najat	Pr Ass	Hématologie clinique
276	BOUKTIB Youssef	Pr Ass	Radiologie
277	MOUROUTH Hanane	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
278	BOUZID Fatima zahrae	Pr Ass	Génétique
279	MRHAR Soumia	Pr Ass	Pédiatrie
280	QUIDDI Wafa	Pr Ass	Hématologie
281	BEN HOUMICH Taoufik	Pr Ass	Microbiologie-virologie
282	FETOUI Imane	Pr Ass	Pédiatrie
283	FATH EL KHIR Yassine	Pr Ass	Traumato-orthopédie
284	NASSIRI Mohamed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
285	AIT-DRISS Wiam	Pr Ass	Maladies infectieuses
286	AIT YAHYA Abdelkarim	Pr Ass	Cardiologie
287	DIANI Abdelwahed	Pr Ass	Radiologie
288	AIT BELAID Wafae	Pr Ass	Chirurgie générale
289	ZTATI Mohamed	Pr Ass	Cardiologie
290	HAMOUCHE Nabil	Pr Ass	Néphrologie
291	ELMARDOULI Mouhcine	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
292	BENNIS Lamiae	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
293	BENDAOUZ Layla	Pr Ass	Dermatologie
294	HABBAB Adil	Pr Ass	Chirurgie générale
295	CHATAR Achraf	Pr Ass	Urologie
296	OUMGHAR Nezha	Pr Ass	Biophysique
297	HOUMAIID Hanane	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
298	YOUSFI Jaouad	Pr Ass	Gériatrie
299	NACIR Oussama	Pr Ass	Gastro-entérologie
300	BABACHEIKH Safia	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
301	ABDOURAFIQ Hasna	Pr Ass	Anatomie
302	TAMOUR Hicham	Pr Ass	Anatomie
303	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
304	EL FAHIRI Fatima Zahrae	Pr Ass	Psychiatrie
305	BOUKIND Samira	Pr Ass	Anatomie
306	LOUKHNATI Mehdi	Pr Ass	Hématologie clinique

307	ZAHROU Farid	Pr Ass	Neurochirurgie
308	MAAROUFI Fathillah Elkarim	Pr Ass	Chirurgie générale
309	EL MOUSSAOUI Soufiane	Pr Ass	Pédiatrie
310	BARKICHE Samir	Pr Ass	Radiothérapie
311	ABI EL AALA Khalid	Pr Ass	Pédiatrie
312	AFANI Leila	Pr Ass	Oncologie médicale
313	EL MOULOUA Ahmed	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
314	LAGRINE Mariam	Pr Ass	Pédiatrie
315	OULGHOUL Omar	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
316	AMOCH Abdelaziz	Pr Ass	Urologie
317	ZAHLAN Safaa	Pr Ass	Neurologie
318	EL MAHFOUDI Aziz	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
319	CHEHBOUNI Mohamed	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
320	LAIRANI Fatima ezzahra	Pr Ass	Gastro-entérologie
321	SAADI Khadija	Pr Ass	Pédiatrie
322	DAFIR Kenza	Pr Ass	Génétique
323	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	Pr Ass	Neurologie
324	ABAINOU Lahoussaine	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
325	BENCHANNA Rachid	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
326	TITOU Hicham	Pr Ass	Dermatologie
327	EL GHOUL Naoufal	Pr Ass	Traumato-orthopédie
328	BAHI Mohammed	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
329	RAITEB Mohammed	Pr Ass	Maladies infectieuses
330	DREF Maria	Pr Ass	Anatomie pathologique
331	ENNACIRI Zainab	Pr Ass	Psychiatrie
332	BOUSSAIDANE Mohammed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
333	JENDOUI Omar	Pr Ass	Urologie
334	MANSOURI Maria	Pr Ass	Génétique
335	ERRIFAIY Hayate	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
336	BOUKOUB Naila	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
337	OUACHAOU Jamal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
338	EL FARGANI Rania	Pr Ass	Maladies infectieuses
339	IJIM Mohamed	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie

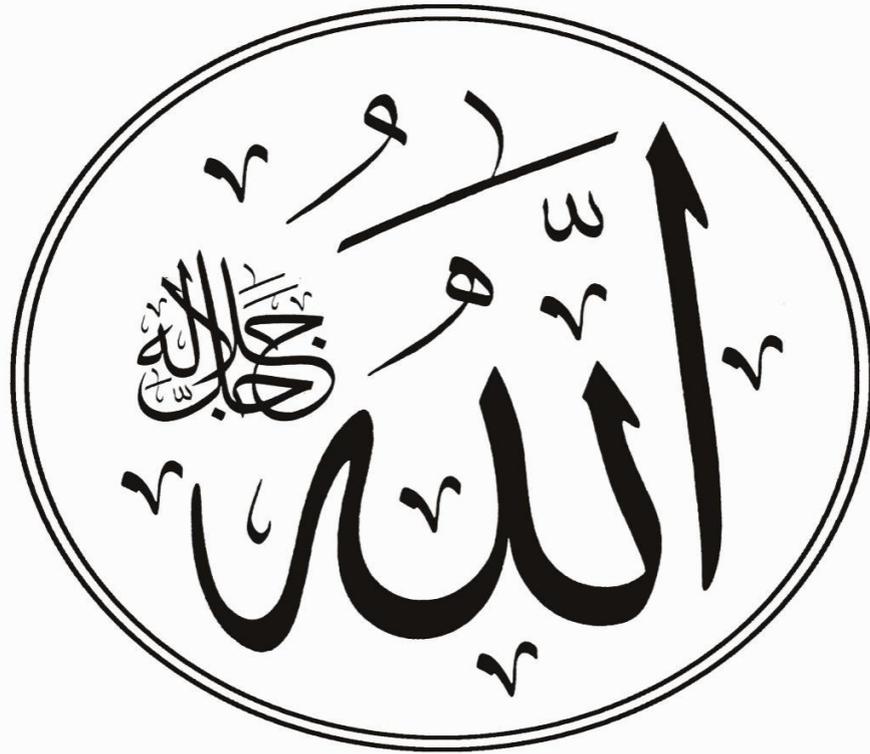
340	AKANOUR Adil	Pr Ass	Psychiatrie
341	ELHANAFI Fatima Ezzohra	Pr Ass	Pédiatrie
342	MERBOUH Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
343	BOUROUMANE Mohamed Rida	Pr Ass	Anatomie
344	IJDDA Sara	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques

LISTE ARRETEE LE 09/01/2024



DÉDICACES





*A mon Dieu, le tout-puissant ! Au seigneur le tout généreux !
Au miséricordieux, le très clément ! C'est à Dieu que je dois ce
succès aujourd'hui, à lui soit la gloire.*



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

Je dédie cette thèse à ...

A Ma plus belle raison de vivre,

A MES TRÈS CHÈRES PARENTS qui n'ont jamais cessés, de formuler des prières à mon égard, de me soutenir et m'épauler pour que je puisse atteindre mes objectifs. A qui je dois tout, et pour qui aucune dédicace ne saurait exprimer mon profond amour, ma gratitude et mon infinie reconnaissance pour l'ampleur des sacrifices déployés pour m'élever dignement et assurer mon éducation dans les meilleures conditions, mon avenir et mon bien-être. À qui, baisser les bras n'était pas une option. J'espère être toujours digne de votre estime. Je vous remercie d'être toujours à mes côtés. A vous, mes parents, que j'aime plus qu'hier et moins que demain.

وَقُلِّ رَبِّ اَرْحَمُهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا

إلى أمي العزيزة، السعيدة فضيلي،

أمي العزيزة، أنت سبب فرحتي وابتسامتي، لا أستطيع تخيل حياتي بدونك. أشكر الله على وجودك بجانبني. لن أنسى أبداً تضحياتك الكثيرة من أجلي. فنظرة واحدة في عينيك الجميلتين كانت كافية للتغلب على معاناتي وحفر طريقي نحو النجاح

لقد جعلني حبك وكرمك المثالي وحضورك الدائم ما أنا عليه اليوم. لقد كانت دعواتك دعماً كبيراً لي طوال فترة دراستي

أود أن أعبر عن امتناني العميق وتقديري الكبير لكل ما فعلته من أجلنا. لم تكن السنوات التي أمضيها معاً سهلة، ولكنك تمكنت دائماً من إدارة المنزل ورعاية أخوتي وإرشادنا بالطريق الصحيح ببراعة وحنان لا يضاهاى. لم تكني فقط أمًا، بل كنت أيضاً صديقة ومعلمة ومصدر إلهام لنا

لقد قدمت الكثير من التضحيات من أجلي. لقد عرفت كيف تحميني وتتفهميني عندما تنقصني الكلمات، وكنت تدفعيني دائماً لأتفوق على نفسي لأكون شخصاً أفضل، وكنت دائماً موجودة لتقديم الدعم والحنان في كل لحظة.

لقد شكلت يداً ناعمة وقلباً دافئاً في حياتي، ومن خلال حبك وتضحياتك

أمي الغالية، هذه الأطروحة ليست فقط انعكاساً لجهودي، بل هي أيضاً تحية لروحك العظيمة وقوتك الاستثنائية. أنا مدينة لك بكل شيء، ولا يمكنني أبداً تقدير ما فعلته لنا بكلمات بسيطة. أنت الشخصية التي أستلهم منها يومياً، والأم التي أحبها بكل ما أملك. شكراً لك على كل شيء، وأحبك بكل قلبي

حفظك الله تعالى من كل شر

وأطال الله تعالى عمرك وأمدك بالصحة والعافية حتى تريني أحقق كل أحلامك

A mon cher Père, Ahmed EL GAZZAR

Merci...

Pour les ailes que vous m'avez données, pour m'avoir appris à me lever et à élargir mes horizons vers les cieux. Pour tous les sacrifices que vous avez faits, pour tout ce que vous nous avez donné.

Pour tout votre amour et préoccupation, pour toutes les fois que vous avez toléré nos singeries. Pour savoir exactement quand arrêter de me tenir la main et commencer à prendre soin de mon dos.

Je promets d'atteindre tous nos rêves.

Rien dans ma vie n'aurait été possible sans ton combat.

Rien que je puisse dire, ne peut vraiment exprimer ce que je ressens.

Rien ne montrera toute la gratitude que j'ai pour vous.

Une vie ne serait pas suffisante pour vous remercier, et les plus beaux mots de la littérature ne pourraient exprimer à juste titre tout l'amour, le respect et l'admiration que j'ai pour vous.

Vous êtes le repère, la force et l'ultime exemple.

Vous êtes une source inépuisable de sagesse et de réconfort tout au long de ma vie.

Votre présence et votre force tranquille ont été des phares dans les moments sombres et des rayons de lumière dans les moments joyeux.

À travers vos histoires, vos sourires et votre tendresse infinie, vous as tissé les fils qui ont enrichi le tissu de ma vie.

Cette thèse est le fruit de votre encouragement constant et de votre foi inébranlable en mes capacités.

Cher père, veuillez trouver, dans ce modeste travail, le fruit de Vos sacrifices ainsi que l'expression de ma profonde affection et ma vive reconnaissance

Puisse Dieu tout puissant vous protéger du mal, vous procurer longue vie et santé pour que vous puissiez me voir réaliser tous vos rêves.

*A mon cher Grand Père, Lahssan FDILI, et ma chère grande mère, Fadna EL
HAROUCHE*

Les piliers inébranlables de notre famille.

Votre présence et votre soutien indéfectible ont accompagné chacune de mes étapes de ma vie. Depuis mes premiers pas dans le monde de l'apprentissage, vous êtes ma source de force et d'inspiration. Vos conseils avisés, votre bienveillance infinie et votre amour inconditionnel ont façonné le parcours qui m'a mené jusqu'ici. Chaque réussite, chaque obstacle surmonté, je les dois en grande partie à votre présence rassurante et à votre foi en moi. Vos encouragements, vos prières m'ont été d'un grand soutien.

Que cette dédicace soit le témoignage de ma gratitude éternelle envers vous, Grand-Père, pour tout ce que vous avez fait et pour l'amour inestimable que vous avez toujours généreusement partagé avec moi. Que Dieu vous protège et vous garde.

*A L'amour de ma vie, mon cher époux et bien aimé
Hamza AITAAMMI*

A la personne qui m'a arrosée de tendresse et d'attention, à travers toutes les saisons de notre parcours ensemble. Ta présence aimante et ton soutien constant ont été les piliers sur lesquels j'ai construit chaque étape de mon chemin académique.

Tes encouragements, ta compréhension et ta tendresse ont été ma source d'inspiration et de force, illuminant chaque obstacle surmonté et chaque réussite obtenue.

Je remercie Allah d'avoir croisé nos chemins. Aucune dédicace aussi expressive qu'elle soit ne saurait exprimer la profondeur de mes sentiments et l'estime que j'ai pour toi....

Que cette dédicace soit le symbole de ma reconnaissance éternelle envers toi, mon cher Mari, pour tout ce que tu as sacrifié et partagé avec moi.

Ensemble, nous avons écrit cette page de notre histoire, et je suis profondément reconnaissante de t'avoir à mes côtés pour chaque chapitre à venir.

Puisse dieu te protéger, garder et renforcer notre amour inconditionnel et maintienne notre union pour l'éternité.

A ma Grande Sœur, Wafaa EL GAZZAR

Aucune dédicace ne saurait véritablement exprimer la profondeur de mes sentiments d'amour et d'attachement à ton égard.

Je te suis infiniment reconnaissante pour le soutien que tu m'as prodigué tout au long de mon parcours. Tu as été mon guide, ma source d'inspiration. À travers ton exemple de force, de courage et de détermination, tu as tracé la voie que j'ai suivie avec admiration.

Je te suis reconnaissante pour l'amour et le soutien que tu m'as apporté.

Aujourd'hui, je te vois dans ton rôle de maman, empreinte de tendresse et de protection, offrant à sa petite fille tout l'amour et les soins que tu nous as prodigués pendant notre enfance. Ton dévouement envers elle est un témoignage poignant de la bonté de ton cœur.

J'espère que ma thèse sera pour toi une source de fierté.

Puisse Dieu te préserver, te procurer le bonheur et la réussite, et que cette même protection veille sur ton mari Abdelghani ELMELOUKI, et ta petite fille Rimane.

A ma chère Sœur, Hajar EL GAZZAR

Mon âme sœur et ma moitié, Tous les mots ne suffisent pas pour exprimer le fond de mes sentiments envers toi, à tous les moments qu'on a passés ensemble, à tous nos éclats de rire, nos disputes et nos bêtises, chaque instant que nous avons vécu ensemble était du pur bonheur parce que tout simplement c'était avec toi.

Même si tu es loin des yeux, Même en ton absence lors de cette soutenance, ta proximité et ton soutien indéfectible sont ressentis profondément dans mon cœur. J'admire ta force et ton courage et je suis fière de toi, je sais que tu es là pour moi, autant que je suis là pour toi. Je te remercie d'être la merveilleuse personne que tu es : brillante, bienveillante, inspirante.

Ton amour inconditionnel a été mes plus grands trésors, guidant mes pas à chaque tournant.

Que cette dédicace soit le témoignage de l'amour immense que je te porte, ma chère Sœur, et de la gratitude éternelle que j'éprouve pour ta présence dans ma vie. Même séparées par la distance, notre lien reste fort et inséparable, et ton soutien continuera à me porter vers de nouveaux sommets.

À Ma petite sœur Asmae EL GAZZAR

Tu es bien plus qu'une sœur pour moi, tu es ma meilleure amie, celle qui me comprend sans même que je dise un mot.

Tous les moments agréables passés ensemble, tous nos éclats de rire, nos disputes et nos bêtises. Nos fous rires et nos délires égaièrent ma vie au quotidien.

Merci pour ton amour et ton soutien. Merci pour ta patience envers moi lors de mes crises de colère, Merci d'avoir foi en moi et de me pousser toujours plus haut. Merci de m'avoir épaulé dans les instants les plus difficiles de ma vie.

Je vous dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection et de mon attachement.

À ma petite sœur cadette, Fatimazahra EL GAZZAR

Peu importe les années qui passent, dans mes yeux, tu resteras toujours cette petite sœur pleine de vie et d'innocence. Ta présence illumine mes jours et réchauffe mon cœur.

À travers les rires partagés, les moments complices, et même les petites disputes, tu as su tisser des liens indéfectibles dans notre relation. Ta présence est un véritable trésor pour moi.

Que cette dédicace témoigne de mon amour éternel et de mon attachement indéfectible envers toi, ma petite sœur qui sera toujours petite dans mon cœur.

***Mes chères sœurs,** Vous êtes le trésor le plus précieux que la vie m'ait offert. Que Dieu veuille à ce que notre union demeure éternelle, et qu'Il nous comble de bonheur et de réussite dans toutes nos entreprises.*

À ma petite nièce, Rimane ELMELLOUKI

À ma chère MIMI, la première petite-fille de la famille, mon rayon de soleil, ma précieuse, ma jumelle.

Depuis ta naissance, tu as infusé notre famille d'une énergie positive, répandant la joie partout où tu vas. Tu as su raviver l'enfant qui sommeillait en chacun de nous.

Quand tu grandiras, tu liras cette dédicace et tu en seras fière, ma chère MIMI. Que Dieu veuille sur toi et tes parents, et qu'ils te voient atteindre les plus hautes réussites.

*A mes oncles Ahmed et Rachid, et mes tantes Zahra, Bouchra, Fatiha et Yamna
FDILI et leurs epoux*

Merci pour vos encouragements, votre soutien tout au long de ces années. Je vous dédie ce travail en reconnaissance à la grande affection que vous me témoignez et pour vous exprimer toute la gratitude et l'amour que je vous porte.

A mes adorables cousins et cousines

Je vous aime fort, et je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès. Que dieu vous offre le courage pour que vous puissiez accomplir tous vos rêves.

A la famille EL GAZZAR

J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes sentiments les plus chaleureux, de ma profonde reconnaissance et de toute ma considération. En reconnaissance à la grande affection que vous me témoignez et pour la gratitude et l'amour sincère que je vous porte.

A tous les membres de ma belle-famille AITAJAMMI

A ma seconde famille, en témoignage de l'attachement, l'amour et l'affection que je porte pour vous, Je vous remercie tout particulièrement pour votre soutien et votre générosité inconditionnelle avec laquelle vous m'avez accueilli, Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.

A ma chère amie, Imane ELHARRADI

Mon amie précieuse, Mon binôme. Tu es une personne si gentille, serviable et adorable, et je suis incroyablement reconnaissante de t'avoir dans ma vie. Les années que nous avons passée ensemble ont été remplies de moments extraordinaires et inoubliables. Mais au-delà de ces souvenirs précieux, ce qui compte le plus, c'est la façon dont tu as enrichi mon cœur. Tu as su le remplir de douceur, de bien-être et d'amour, et pour cela, je ne peux que te remercier du fond du cœur. Merci pour ton amour sincère, pour ton soutien sans faille, pour ta présence constante à mes côtés, et surtout, merci d'être toi-même, une personne exceptionnelle. Je t'aime de tout mon cœur.

A mes douces amies, Wiam EL HORRE, Oumaima OULOUGOUM, Khawla EL harchi, Fatimazahra EL IDRISSI

Nous avons entamé ce chemin main dans la main, partageant nos confidences les plus intimes, nos éclats de rire, nos désaccords, et nos moments de vulnérabilité. Les souvenirs de nos instants de complicité et de joie demeurent vivaces dans mon esprit, et ils laisseront un vide immense en leur absence. Votre présence a été une pièce maîtresse de mon parcours d'études en médecine. Sans vous, cette expérience aurait été incomplète. Nos rires contagieux et notre attitude positive ont été nos boucliers face aux défis imposés par cette route médicale semée d'embûches, et pour cela, je vous suis profondément reconnaissante. Ensemble, nous avons traversé des moments difficiles, surmonté des obstacles. Je veux exprimer toute ma gratitude pour votre soutien indéfectible et votre amour inconditionnel. Votre capacité à m'accepter tel que je suis est un cadeau précieux que je chérirai toujours.

À tous ces moments partagés, à tous nos souvenirs ! Je vous offre ce travail en signe de gratitude et de respect. Que Dieu veille sur vous, illumine votre chemin et vous aide à réaliser vos rêves.

A mes collègues Youssra Bel boukhari, Hafsa El Bouami, Kawtar El fehmi, Hajar El hilali, Hajar El bagar, Chaima El Argane, Manar El Madi, Khawla El Houni, Nourdine El Goudali, Majd El Amrani, Khalid El Farissi, Khalil El Amrani

À ceux qui cheminent sur cette voie noble, je souhaite exprimer ma gratitude et mon appréciation à travers ces mots. Ensemble, nous avons traversé un chemin semé de défis et de découvertes. Votre collaboration, votre soutien et votre camaraderie ont enrichi mon expérience universitaire. Votre dévouement a continué à éclairer mon chemin et à m'inspirer.

Que cette dédicace soit le témoignage de ma profonde gratitude pour vous et votre sincère amitié. Avec tout mon respect et ma reconnaissance.

A ma chère amie, Hanan Iguidre

My gym partner, nos chemins se sont croisés par pur hasard, mais tu es devenue bien plus qu'une compagnie de salle de sport ; tu es devenue une véritable source d'inspiration, une figure emblématique de la force féminine. Ta présence dans ma vie est une véritable bénédiction, me rappelant constamment la résilience et la puissance que nous possédons en nous. Je te suis profondément reconnaissante pour ton soutien.

Avec une admiration et une gratitude infinie, cette dédicace t'est dédiée.

A Docteur Sofia Aghiouss

Médecin résidente en chirurgie Plastique et Esthétique

Merci infiniment pour votre encadrement et votre bienveillance.

Si ce travail a pu être réalisé aujourd'hui, c'est grâce à votre précieuse collaboration.

Veillez recevoir ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profonde considération.

A tous mes Professeurs de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

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

A tout le personnel de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech.

A tous ceux qui ont aidé de loin ou de près à l'élaboration de ce travail.

Au courageux peuple de Gaza,

À travers ces mots, je désire exprimer ma solidarité et ma compassion envers les victimes de la guerre à Gaza. Votre résilience et votre force sont une source d'inspiration pour nous tous.

Puissiez-vous trouver réconfort et sécurité. Vous êtes constamment dans nos pensées et nos prières.

Que Dieu accueille vos martyrs.



REMERCIEMENTS



A Notre Maitre Et Président De Thèse,

Professeur TOURABI Khalid

Professeur de l'enseignement supérieur et chef de service de Chirurgie Plastique et Esthétique à l'hôpital militaire Avicenne, Marrakech

Nous sommes profondément reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce travail.

Nous vous exprimons notre reconnaissance pour le meilleur accueil que vous nous avez réservé.

Veillez trouver dans ce travail cher maître, L'expression de ma gratitude, ma reconnaissance et mon grand respect.

A Notre Maitre Et Rapporteur De Thèse,

Professeur NASSIM SABAH Taoufiq,

Professeur agrégé en chirurgie plastique, réparatrice, esthétique et des brûlés à l'hôpital militaire Avicenne, Marrakech.

C'est avec un grand plaisir que je me suis adressé à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement et j'étais profondément touché par l'honneur que vous m'avez accordé en me confiant ce travail. Malgré vos multiples obligations professionnelles, vous m'avez toujours réservé un accueil des plus chaleureux. Je vous exprime ma gratitude infinie, chère Professeur, pour avoir consacré une part précieuse de votre temps à ce projet et pour m'avoir guidé avec rigueur et bienveillance.

Votre sérieux, vos qualités pédagogiques exceptionnelles et votre infinie gentillesse sont une source d'inspiration constante pour moi. J'ai eu le privilège de découvrir en vous un maître généreux de son savoir, un médecin empreint d'humanisme, un chirurgien habile et un mentor bienveillant. Vous représentez un modèle à suivre, et j'espère sincèrement avoir répondu à vos attentes et vous avoir rendu fier.

Cher Maître, veuillez trouver ici le témoignage de ma plus profonde estime, de ma reconnaissance sincère et de mon respect profond.

A Notre Maitre Et Juge De Thèse :
Professeur E.L. AMRANI Moulay Driss
Professeur d'anatomie et de chirurgie plastique, réparatrice, esthétique et des brûlés
au CHU Mohamed IV de Marrakech

Je suis profondément touché par votre gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail. Aucun mot ne saurait exprimer adéquatement la gratitude et l'estime que je ressens à votre égard.

Votre parcours professionnel, votre expertise incontestée, votre charisme et vos qualités humaines font de vous un enseignant exceptionnel, et je vous porte une grande admiration et un profond respect.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect.

A Notre Maitre Et Juge De Thèse :
Professeur AZIZ Zakaria
Professeur de Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie à l'hôpital Ibn Tofail de
Marrakech

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude pour avoir accepté de faire partie du jury de ma thèse. Votre expertise et votre engagement envers l'avancement du savoir ont été une source d'inspiration tout au long de mes années d'études. Votre volonté de consacrer du temps et de l'énergie pour évaluer mon travail est un honneur que je prends avec humilité.

Permettez-nous, cher Maître de vous exprimer notre profond respect et notre sincère gratitude.

A Notre Maitre Et Juge De Thèse :
Professeur E.L. ATIQUI Oumkeltoum,
Professeur de chirurgie plastique, réparatrice, esthétique et des brûlés au CHU
Mohamed IV de Marrakech

Je tiens à vous exprimer mes plus sincères remerciements pour avoir accepté de siéger auprès de ce noble jury. Je vous remercie du fond de mon cœur pour la bienveillance et la spontanéité avec lesquelles vous avez accueilli. Votre présence nous honore.

Vos compétences professionnelles et vos qualités humaines seront pour nous un exemple dans l'exercice de la profession.

Qu'il soit permis de présenter à travers ce travail, le témoignage de mon grand respect et de ma profonde considération.



LISTES DES ABREVIATIONS



Listes des abréviations

CHP	: Chirurgie plastique et esthétique
FMPM	: Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech
ACGME	: Accreditation Council for Graduate Medical Education
ABMS	: American Board of Medical Specialties
EAD	: Enseignement à distance
CSI2S	: Centre de simulation et d'innovation en Sciences de la Santé



LISTE DES FIGURES



Listes des figures

Figure 1 : Répartition des répondants selon le sexe

Figure 2 : Répartition des répondants selon le profil

Figure 3 : Répartition des répondants selon le secteur d'exercice

Figure 4 : Répartition des répondants selon la durée d'expérience

Figure 5 : Répartition selon la faculté de formation

Figure 6 : La plage horaire consacrée au programme de la chirurgie plastique et esthétique

Figure 7 : La répartition des participants interrogés sur la chirurgie plastique et esthétique lors des examens cliniques

Figure 8 : Répartition des répondants ayant effectué un stage hospitalier au sein du service de chirurgie plastique et esthétique

Figure 9 : Durée de stage en mois effectuée par les médecins au sein du service de chirurgie plastique et esthétique

Figure 10 : Répartition des répondants selon leur engagement dans la formation continue en chirurgie plastique et esthétique

Figure 11 : l'exposition à la chirurgie plastique et esthétique

Figure 12 : l'intérêt pour la formation en chirurgie esthétique et plastique

Figure 13 : Evaluation des connaissances en chirurgie plastique et esthétique

Figure 14 : Principales source de connaissance de la chirurgie plastique et esthétique

Figure 15 : Activités associées à la chirurgie plastique et esthétiques

Figure 16 : Répartition des répondants en fonction de leurs réponses à des cas liés à la chirurgie plastique

Figure 17 : La difficulté de la discipline de la Chirurgie Plastique et Esthétique.

Figure 18 : Analyse comparative entre la chirurgie plastique et d'Autres spécialités

Figure 19 : la pratique de la discipline en médecine de famille

Figure 20 : Evaluation de la pratique de la discipline par les chirurgiens plastiques

Figure 21 : L'impact de la Chirurgie Esthétique sur la vie des patients

Figure 22 : Répartition selon l'intérêt pour la formation et le profil

Figure 23 : Corrélation entre l'intérêt pour la formation et le sexe

Figure 24 : Répartition selon l'intérêt pour la formation et l'exposition à la chirurgie plastique et esthétique

Figure 25 : Répartition selon l'intérêt pour la formation et les heures d'expérience.

Figure 26 : Répartition selon la difficulté de la discipline et le profil

Figure 27 : Répartition selon la difficulté de la discipline et le sexe

Figure 28 : Répartition selon la difficulté de la discipline et l'exposition à la chirurgie plastique et esthétique

Figure 29 : Répartition selon la difficulté de la discipline et les heures d'expérience en chirurgie plastique et esthétique

Figure 30 : Corrélation entre la difficulté de la discipline et le stage hospitalier au service de la chirurgie plastique et esthétique

Figure 31 : Aperçu chronologique des manuscrits anciens en chirurgie plastique

Figure 32 : En raison de ses contributions fondamentales à l'art de la chirurgie plastique, Sushruta est considéré comme le "père de la chirurgie plastique"

Figure 33 : la reconstruction nasale par lambeau de bras

Figure 34 : Walter Ernest O'Neil Yeo (20 octobre 1890 – décembre 1960) était un marin anglais de la Première Guerre mondiale, qui aurait été l'un des premiers à bénéficier de l'avancée chirurgie plastique

Figure 35 : Revue de chirurgie plastique

Figure 36 : Première otoplastie par ET Ely (1881) ; A : résultat de face (seule l'oreille droite a été opérée) ; B : résultat de dos

Figure 37 : Préparation préopératoire du patient

Figure 38 : Résultats d'une transplantation faciale chez un homme de 25 ans ayant subi un traumatisme facial par balle, réalisée au service de chirurgie plastique à New York

Figure 39 : Programmes théoriques proposés par le service de chirurgie plastique Marrakech

Figure 40 : Pansement du brûlé

Figure 37 : Programmes pratiques proposés par le service de chirurgie plastique Marrakech



LISTES DES TABLEAUX



Listes des tableaux

Tableau I : Répartition des répondants en fonction de leurs réponses à des cas liés à la CHP

Tableau II : Opinions sur les avantages et inconvénients de la spécialité

Tableau III : Corrélacion entre l'intérêt pour la formation et le profil

Tableau IV : Corrélacion entre l'intérêt pour la formation et le sexe

Tableau V : Corrélacion entre l'intérêt pour la formation et l'exposition à la CHP

Tableau VI : Corrélacion entre l'intérêt pour la formation et les heures d'expérience

Tableau VII : Corrélacion entre l'intérêt pour la formation et les stages hospitaliers

Tableau VIII : Corrélacion entre la difficulté de la discipline et le profil

Tableau IX : Corrélacion entre la difficulté de la discipline et le sexe

Tableau X : Corrélacion entre la difficulté de la discipline et l'exposition à la CHP

Tableau XI : Corrélacion entre la difficulté de la discipline et les heures d'expérience en chirurgie plastique et esthétique

Tableau XII : Corrélacion entre la difficulté de la discipline et le stage hospitalier au service de la chirurgie plastique et esthétique

Tableau XIII : Comparaison des catégories professionnelles des prestataires participants aux travaux de recherche dans les différentes séries

Tableau XIV : La formation pratique au sein du service de chirurgie plastique et esthétique

Tableau XV : l'exposition à la chirurgie plastique et esthétique

Tableau XVI : l'intérêt pour la formation en chirurgie plastique et esthétique

Tableau XVII : Le niveau de connaissance

Tableau XVIII : Les sources de connaissance

Tableau XIX : Pourcentage des répondants choisissant la chirurgie plastique comme expert dans chaque scénario clinique



PLAN



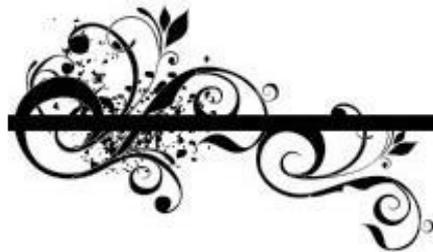
INTRODUCTION	1
MATÉRIELS ET MÉTHODES	4
I. MATÉRIELS	5
1. Type de l'étude :	5
2. Durée de l'étude :	5
3. Population Cible :	5
4. Échantillonnage :	5
4.1. Méthode :	5
4.2. Taille de l'échantillonnage :	5
4.3. Critères d'inclusion :	6
4.4. Critères d'exclusion :	6
II. MÉTHODES	6
1. Elaboration du questionnaire :	6
2. Distribution du questionnaire	7
3. Saisie et analyse des données	7
4. Considérations éthiques :	8
RESULTATS	9
ANALYSE DESCRIPTIVE	10
I. Caractéristiques socio-professionnelles :	10
1. Répartition selon l'âge :	10
2. Répartition selon le sexe :	10
3. Répartition selon le profil :	10
4. Répartition selon le secteur d'expérience	11
5. Répartition selon la durée d'expérience :	12
6. Répartition selon la faculté de formation :	12
II. Évaluation de la formation universitaire :	13
1. Évaluation La formation théorique :	13
2. Évaluation de la formation pratique :	15
3. Formation continue :	16
4. Évaluation de l'exposition à la chirurgie plastique et esthétique :	17
5. Évaluation de l'intérêt pour la formation en chirurgie plastique et esthétique :	17
III. Évaluation des connaissances en chirurgie plastique et esthétique :	18
1. Évaluation du niveau de connaissance :	18
2. Principales sources de connaissance :	19
3. Connaissance des activités associées à la chirurgie plastique et esthétique :	20
4. Répartition des répondants en fonction de leurs réponses à cas liés à la chirurgie plastique :	21

IV. Évaluation des pratiques quotidiennes :	24
1. Perception de la difficulté de la discipline de la chirurgie plastique et esthétique :	24
2. Analyse comparative entre la chirurgie plastique et d'autres spécialités :	24
3. Évaluation de la pratique de la discipline en médecine de famille :	25
4. Évaluation de la pratique de la discipline par les chirurgiens plastiques :	26
5. L'impact de la chirurgie esthétique sur la vie des patients :	27
6. Opinions sur les avantages et inconvénients de la spécialité :	28
ANALYSE BIVARIEE :	29
I. L'intérêt pour la formation :	29
1. Corrélation entre l'intérêt pour la formation et le profil :	29
2. Corrélation entre l'intérêt pour la formation et le sexe :	30
3. Corrélation entre l'intérêt pour la formation et l'exposition à la chirurgie plastique :	31
4. Corrélation entre l'intérêt pour la formation et les heures d'expérience en chirurgie plastique et esthétique :	32
5. Corrélation entre l'intérêt pour la formation et le stage hospitalier :	33
II. La difficulté de la discipline de la chirurgie plastique et esthétique :	34
1. Corrélation entre la difficulté de la discipline et le profil :	34
2. Corrélation entre la difficulté de la discipline et le sexe :	35
3. Corrélation entre la difficulté de la discipline et l'exposition à la chirurgie plastique :	36
4. Corrélation entre la difficulté de la discipline et les heures d'expérience en chirurgie plastique et esthétique :	37
5. Corrélation entre la difficulté de la discipline et le stage hospitalier :	38
DISCUSSION	40
I. Généralités :	41
II. Histoire de la chirurgie plastique et esthétique :	44
1. La 1ere période : Antiquité et premières pratiques	44
2. La 2eme période : le développement médiéval et la renaissance	49
3. La 3eme période : Avancées modernes	51
4. La 4eme période : L'ère contemporaine	54
5. Histoire de la chirurgie esthétique :	55
III. La formation en chirurgie plastique et esthétique :	58
1. La formation théorique :	58
2. La formation pratique :	60
3. Exemple : programme de la faculté de médecine de Marrakech–Maroc	65
IV. Les réformes de l'enseignement de la chirurgie plastique et esthétique :	68
1. Enseignement en présentiel :	69
2. Enseignement par simulation :	69
3. Enseignement à distance :	70
4. Enseignement par classe inversée :	70

DISCUSSION DES RESULTATS :	72
RECOMMANDATION	86
CONCLUSION	89
ANNEXES	91
RESUMES	101
BIBLIOGRAPHIE	108



INTRODUCTION



La chirurgie plastique est un domaine unique qui ne se restreint pas à une région anatomique particulière, à des processus pathologiques spécifiques ou à des groupes de patients définis, elle englobant à la fois les interventions de reconstruction et les procédures esthétiques.[1] Sa diversité se distingue des autres spécialités chirurgicales par le fait que les procédures reconstructives et esthétiques dépassent souvent les limites anatomiques habituelles qui définissent d'autres disciplines.[2]

Bien que la pratique de la chirurgie plastique remonte à des milliers d'années, elle est demeurée insaisissable jusqu'au XXe siècle. La polyvalence, qui constitue l'un des principaux avantages de cette spécialité, peut également poser des défis. L'étendue de la chirurgie plastique est souvent sous-estimée par tous, à l'exception de ceux qui sont directement impliqués dans la spécialité.[3]

La chirurgie plastique est un domaine dynamique et en pleine évolution, mais elle reste mal comprise en raison d'un manque de connaissances, d'idées fausses véhiculées par les médias et de changements récents dans les programmes d'études médicales de deuxième cycle.[4] Il semble que le grand public et même certains professionnels de la santé ne maîtrisent pas pleinement l'étendue de cette spécialité.[5] Par conséquent, ils ont tendance à la percevoir de manière erronée, la considérant principalement comme une spécialité esthétique plutôt que reconstructrice.[6]

La méconnaissance de l'étendue de la chirurgie plastique est critique pour garantir la sécurité des patients et leur bonne prise en charge, car elle pourrait entraîner des retards dans la gestion des cas.[7]

En raison d'une perception limitée de la véritable ampleur de la chirurgie plastique, de nombreuses études ont cherché à évaluer la perception du public et des professionnels de la santé.[8]

Ces dernières années, plusieurs études ont été publiées mettant en évidence les perceptions erronées des praticiens de la santé, tels que les médecins généralistes, les résidents, les étudiants

en médecine et les infirmiers, à l'égard du domaine de la chirurgie plastique. Ces études ont globalement mis en lumière un manque général de connaissances concernant le rôle du chirurgien plasticien dans la prise en charge des patients.[9]

Plusieurs études ont démontré qu'un manque de connaissance de la chirurgie esthétique peut conduire à des malentendus et à des idées préconçues négatives. De plus, les préoccupations religieuses ainsi que la commercialisation de la chirurgie esthétique et des services associés à travers des émissions de télévision, l'internet et les réseaux sociaux ont contribué à générer des perceptions erronées et des incertitudes quant à la portée appropriée de la chirurgie plastique.[10]

L'objectif de notre thèse s'inscrit dans cette perspective qui vise l'évaluation de la perception de la chirurgie plastique et esthétique chez les médecins généralistes et les étudiants en fin de formation de la région de Marrakech-Safi afin d'approcher les connaissances, les attitudes et les pratiques des médecins vis-à-vis de la chirurgie plastique et esthétique, évaluer les connaissances en formation théorique relative à la spécialité et sensibiliser le personnel médical à l'importance de cette spécialité et son rôle principal dans la prise en charge des patients, afin d'améliorer la collaboration entre les médecins généralistes et les spécialistes en chirurgie plastique et d'identifier les faiblesses pour les améliorer, les points de force pour les consolider et les menaces pour les éviter.



MATÉRIELS ET MÉTHODES



I. MATÉRIELS

1. Type de l'étude :

Il s'agit d'une enquête descriptive et transversale basée sur une enquête menée auprès des médecins généralistes et des étudiants en fin de formation. L'objectif principal est d'évaluer leur formation, leurs connaissances et leurs pratiques en matière de chirurgie plastique et esthétique.

2. Durée de l'étude :

L'enquête a été menée sur une période de cinq mois, du septembre 2023 au janvier 2024.

On a arrêté la collecte durant la période du séisme, de la mi-septembre à la fin de novembre, vu que nous n'avons pas pu recevoir les réponses.

3. Population Cible :

La population cible était constituée par les médecins généralistes exerçant dans le secteur public (CHP ou centre de santé), le secteur privé (cabinet médical) ou le secteur militaire et les étudiants en fin de formation (en instance de thèse, les internes de CHU et les internes de périphérie), dans la région de MARRAKECH–SAFI.

4. Échantillonnage :

4.1. Méthode :

Il s'agit d'un échantillonnage accidentel.

4.2. Taille de l'échantillonnage :

La taille de l'échantillonnage était de 150.

4.3. Critères d'inclusion :

On a inclus 2 populations de la région de MARRAKECH-SAFI.

- Les médecins généralistes du secteur public, privé et militaire
- Les étudiants en fin de formation : en instance de thèse, les internes de CHU et les internes de périphérie.

4.4. Critères d'exclusion :

Nous avons exclu de notre étude :

- Toute personne abordée et informée ne désirant pas participer à l'étude.
- Toute spécialité médicale autre que la médecine générale et tout médecin d'autre région que MARRAKECH-SAFI.
- Les étudiants de la première à la sixième année.

II. MÉTHODES

1. Elaboration du questionnaire :

Notre étude a évalué la compréhension, la formation et la pratique quotidienne des médecins généralistes et des étudiants en fin de formation de la région de MARRAKECH-SAFI vis-à-vis de la chirurgie plastique et esthétique.

L'enquête a été réalisée au moyen d'un questionnaire auto-administré et anonyme, développé à partir de questionnaires d'études similaires consultés lors de la revue de littérature.

Ce questionnaire était composé de 28 questions dont la majorité était de type fermé.

Il est divisé en trois parties portant respectivement sur les caractéristiques générales de la population étudiée et sur les différentes perceptions et représentations.

Le questionnaire pouvant être rempli en 3 à 5 minutes.

La première partie a pour objectif le recueil de données concernant les caractéristiques personnelles et professionnelles des enquêtés, à savoir essentiellement : le sexe, l'âge, le statut professionnel, le secteur et la durée d'exercice.

La deuxième partie a pour but d'évaluer la formation et les connaissances acquises en chirurgie plastique et esthétique.

La troisième partie comporte des questions visant à évaluer la pratique quotidienne et la prise en charge des patients relevant d'une pathologie de la chirurgie plastique et esthétique.

2. Distribution du questionnaire

Les données ont été collectées à travers un formulaire électronique (Annexe I) qui a été créé via le logiciel Google Forms.

La diffusion a été faite en ligne par les groupes dédiés aux médecins généralistes et aux étudiants en médecine sur les réseaux sociaux (WhatsApp et Facebook).

3. Saisie et analyse des données

La saisie des textes a été faite sur le logiciel Microsoft Word 2021 et celle des graphiques et des tableaux sur le logiciel Microsoft Excel 2021.

Les données ont été exportées via Google Forms, préparées dans Excel 2021 et analysées par le logiciel Jamovi 2.3.28.

Les variables qualitatives ont été exprimées sous forme d'effectif et de pourcentage.

Les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de moyen et d'écart type.

Pour les variables qualitatives, le test du khi-carré a été utilisé pour l'analyse des facteurs associés à l'acceptation du don d'organes chez les étudiants en médecine et les valeurs $P < 0.05$ étaient considérées statistiquement significatives.

La bibliographie a été traitée par Zotero Reference Manager 6.

4. Considérations éthiques :

Le questionnaire a été conforme aux principes éthiques de la Déclaration d'Helsinki élaborée par l'Association médicale mondiale.

Les participants ont été informés des objectifs de l'enquête et leur consentement a été obtenu avant l'administration du questionnaire. Tout au long de l'étude, l'anonymat et le respect de la confidentialité des données ont été assurés.



RESULTATS



ANALYSE DESCRIPTIVE

I. Caractéristiques socio-professionnelles :

1. Répartition selon l'âge :

L'âge moyen \pm écart-type des répondants est de 28 ans \pm 7 ans, avec un âge minimal de 23 ans et maximal de 68 ans. À noter une prédominance de la tranche d'âge de 20 à 30 ans.

2. Répartition selon le sexe :

Dans notre enquête, 71 % des médecins ayant répondu au questionnaire ont été de sexe féminin (n=107) et 29 % ont été de sexe masculin (n=43). (Figure 1)

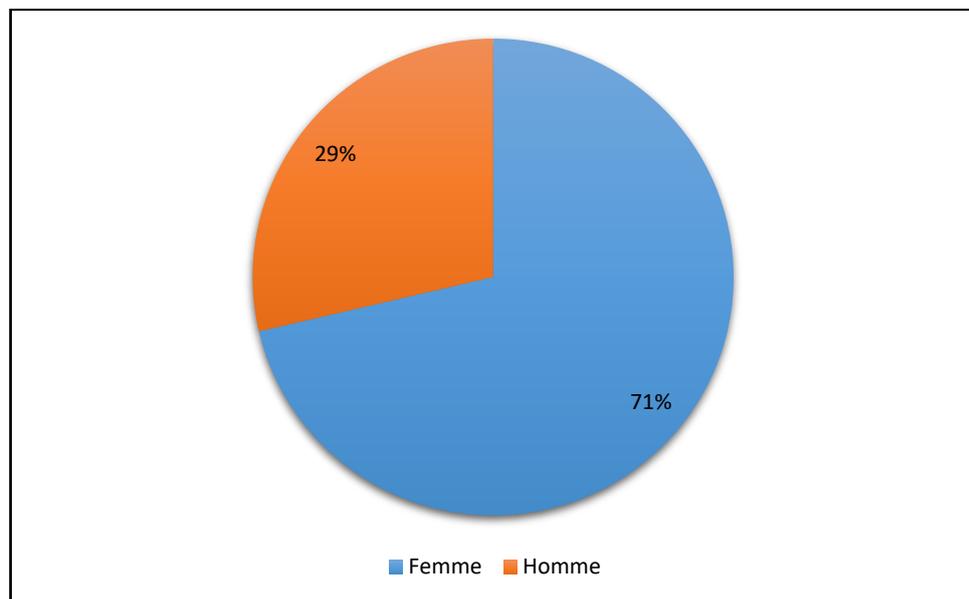


Figure 1 : Répartition des répondants selon le sexe

3. Répartition selon le profil :

Dans notre enquête, on compte parmi les répondants, 37% sont des médecins généralistes (n=56), 29% sont en instance de thèse (n=43), 22% sont des internes de périphérie (n=33) et 12% sont des internes de CHU (n=18). (Figure 2)

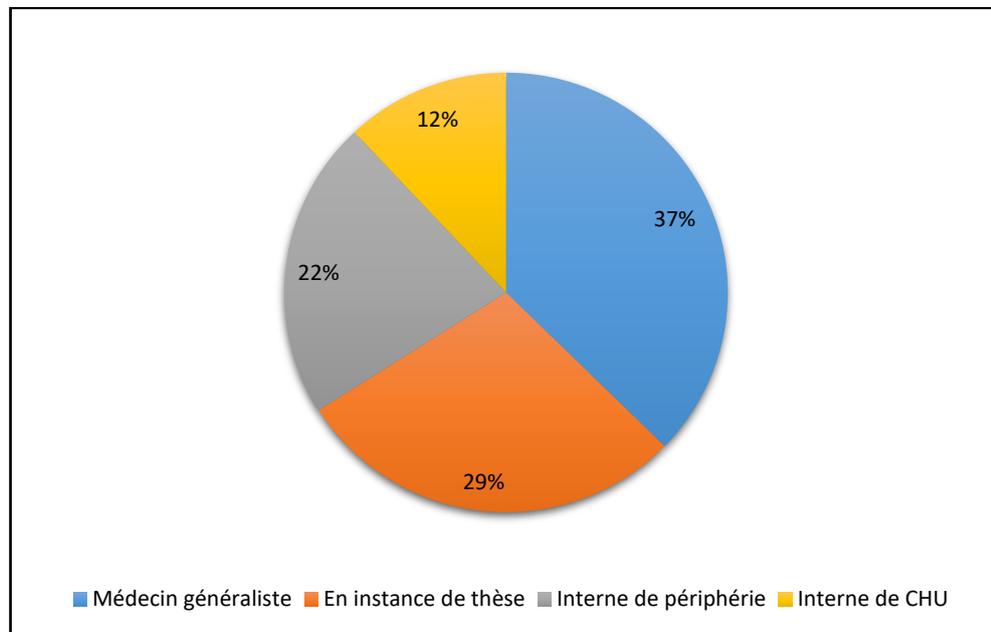


Figure 2 : Répartition des répondants selon le profil

4. Répartition selon le secteur d'expérience

La répartition des répondants selon le secteur d'expérience était comme la suivante : 77% exercent dans le secteur public civil (n=115), 22% dans le secteur privé (n=33) et 1% dans le secteur militaire (n=2). (Figure 3)

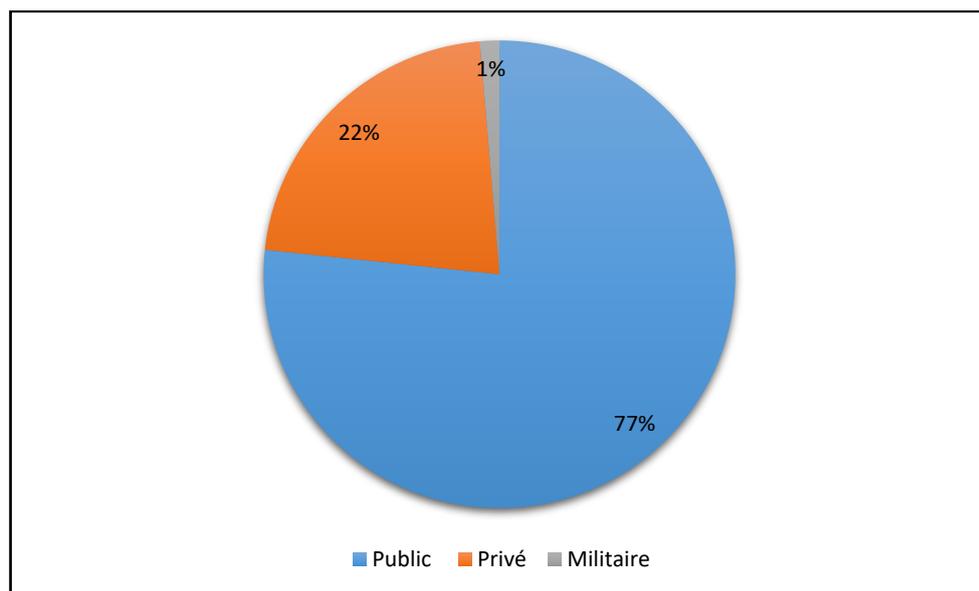


Figure 3 : Répartition des répondants selon le secteur d'exercice

5. Répartition selon la durée d'expérience :

62% avaient une expérience professionnelle inférieure à un an (n=94), 26% étaient en exercice depuis 1 à 5 ans (n=39) et 9 % cumulaient plus de 10 ans d'expérience (n=13). (Figure 4)

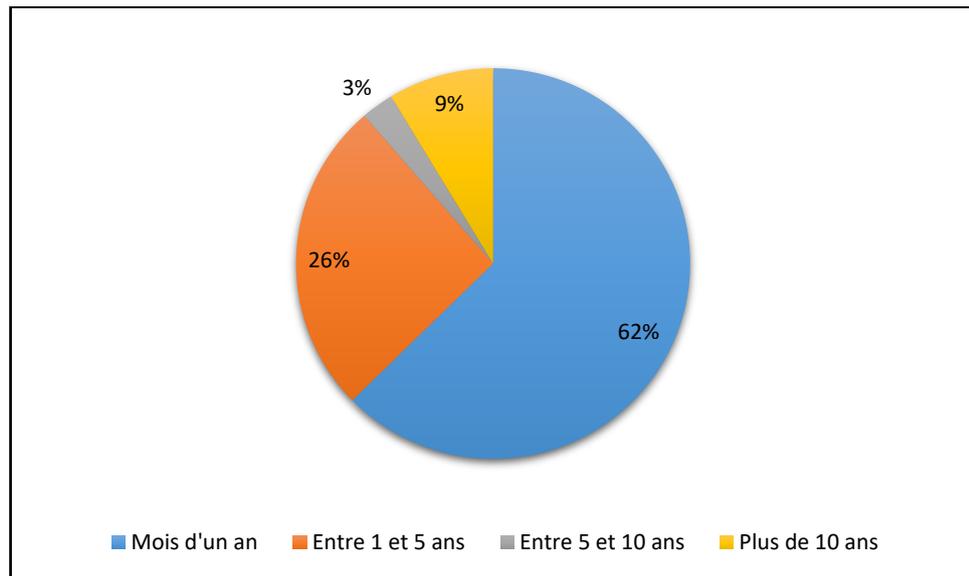


Figure 4 : Répartition des répondants selon la durée d'expérience

6. Répartition selon la faculté de formation :

Sur les 150 médecins interrogés, 89% des répondants ont été formés dans la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech (n=134), 6% ont été formés dans la faculté de Casablanca (n=9) et 5% dans la faculté de Rabat (n=7). (Figure 5)

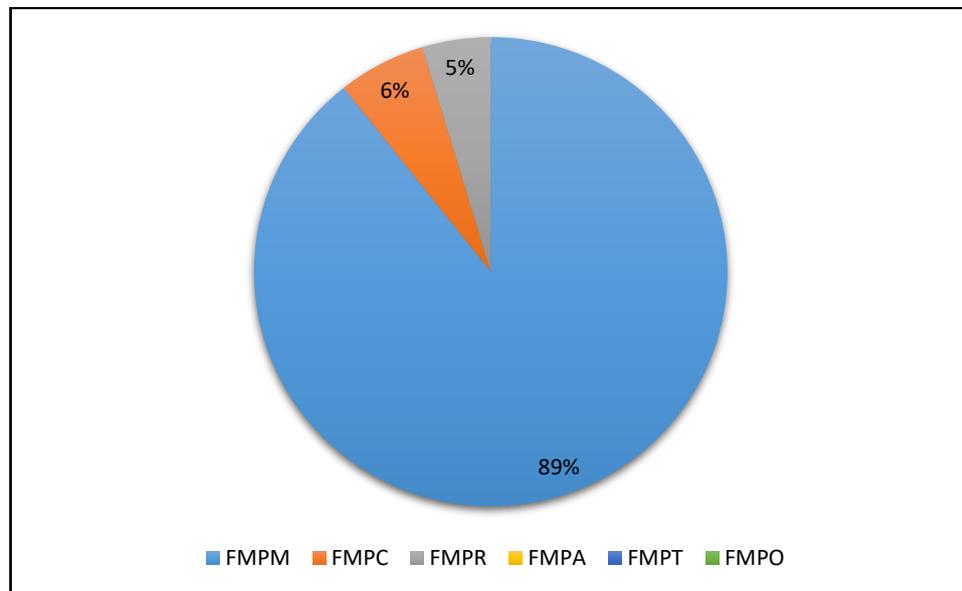


Figure 5 : Répartition selon la faculté de formation

II. Évaluation de la formation universitaire :

1. Évaluation La formation théorique :

1.1. La plage horaire consacrée au programme :

Entre les 150 participants interrogés sur la plage horaire consacrée au programme de chirurgie plastique et esthétique au cours de leur formation, 55% ont répondu moins de 10 h (n=83) et 45% ont répondu plus de 10 h (n=67). (Figure 6)

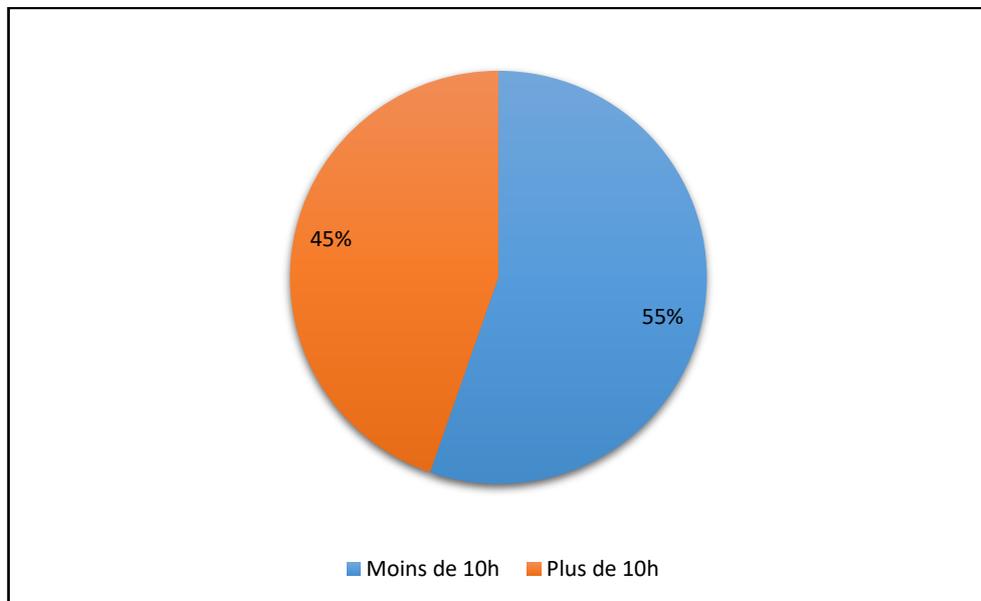


Figure 6 : La plage horaire consacrée au programme de la chirurgie plastique et esthétique

1.2. Les Examens Cliniques :

Dans notre enquête, 64% des participants sont interrogés sur des sujets portant sur la chirurgie plastique et esthétique lors des examens cliniques (n=96), tandis que 36% n'ont pas été soumis à des questions portant sur ce sujet (n=54). (Figure 7)

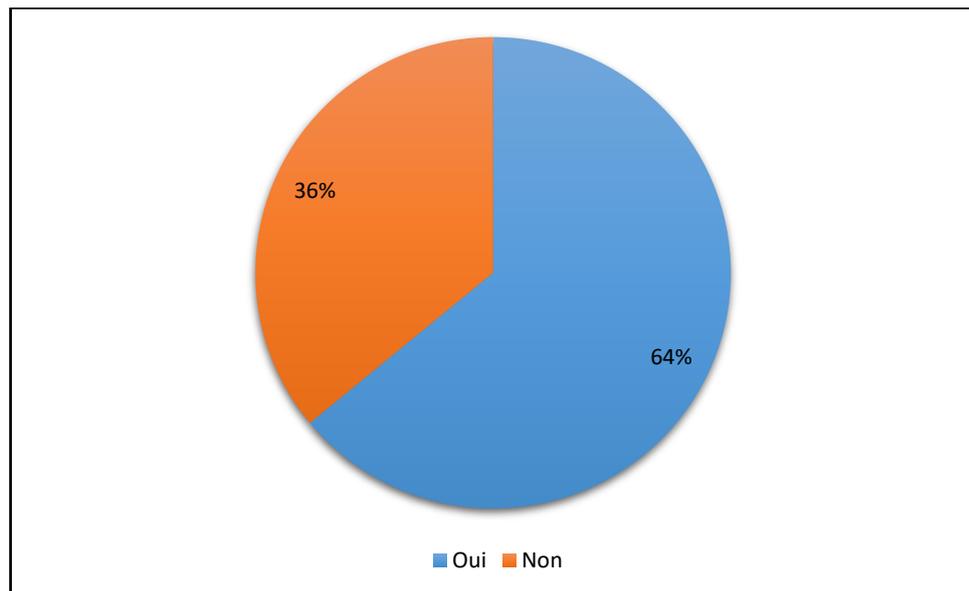


Figure 7 : La répartition des participants interrogés sur la chirurgie plastique et esthétique lors des examens cliniques

2. Évaluation de la formation pratique :

Dans notre étude, 78% des répondants n'ont pas effectué un stage au sein du service de la chirurgie plastique et esthétique (n=117), tandis que 22% ont eu cette opportunité (n=33). (Figure 8)

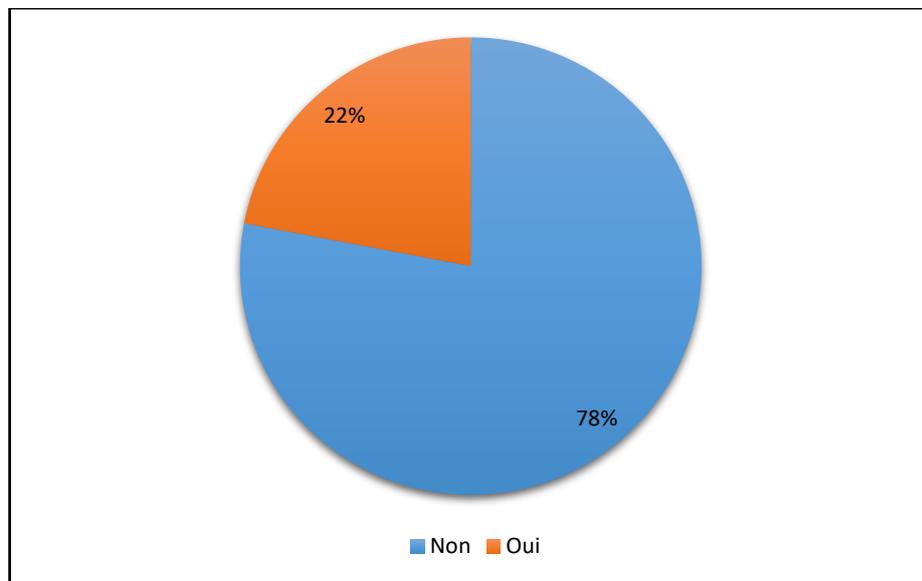


Figure 8 : Répartition des répondants ayant effectué un stage hospitalier au sein du service de chirurgie plastique et esthétique.

Parmi les 33 répondants ayant répondu par oui, 73% ont eu l'opportunité d'effectuer un stage d'une durée de 1 à 2 mois (n=24), 15 % de 3 à 4 mois (n=5), et 9% de plus de 4 mois (n=3). (Figure 9)

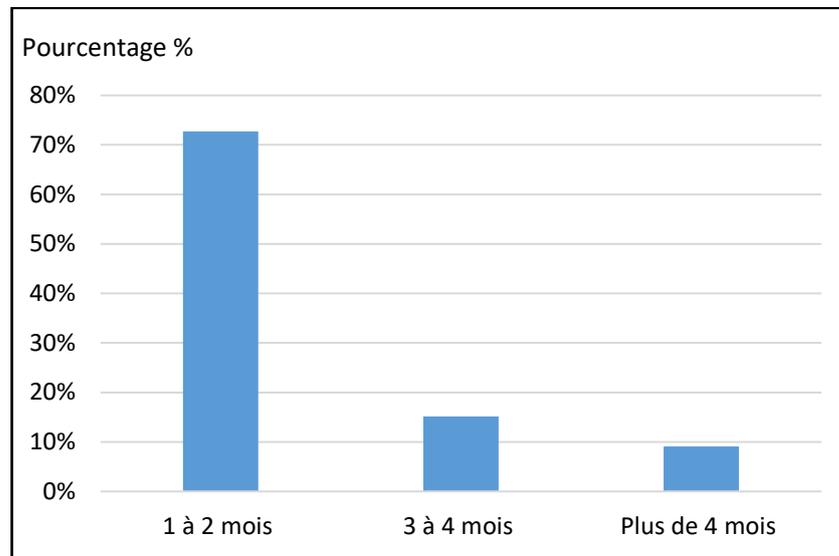


Figure 9 : Durée de stage en mois effectué par les médecins au sein du service de chirurgie plastique et esthétique.

3. Formation continue :

Sur un total de 150 questionnés, 142 ont affirmé ne pas avoir suivi de formation continue en chirurgie plastique et esthétique pendant leur cursus médical, ce qui représente 95% de l'échantillon. 5% ont signalé avoir bénéficié d'une formation (n=8). (Figure 10)

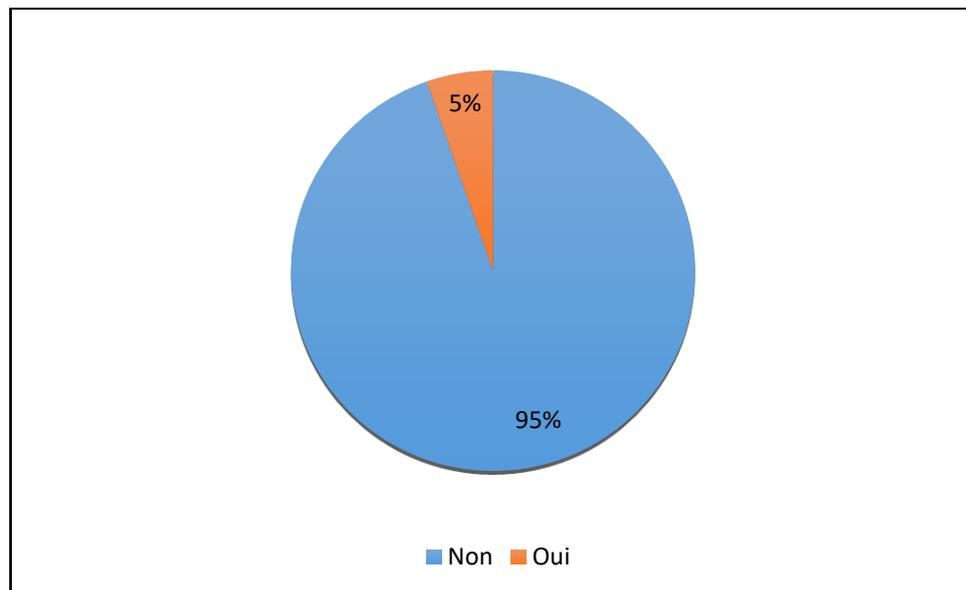


Figure 10 : Répartition des répondants selon leur engagement dans la formation continue en chirurgie plastique et esthétique

4. Évaluation de l'exposition à la chirurgie plastique et esthétique :

Parmi les 150 participants, 61% ont affirmé être insuffisamment exposés à la chirurgie plastique et esthétique pendant leur formation (n=92). En outre, 39% ont indiqué qu'ils y étaient suffisamment exposés (n=58). (Figure 11)

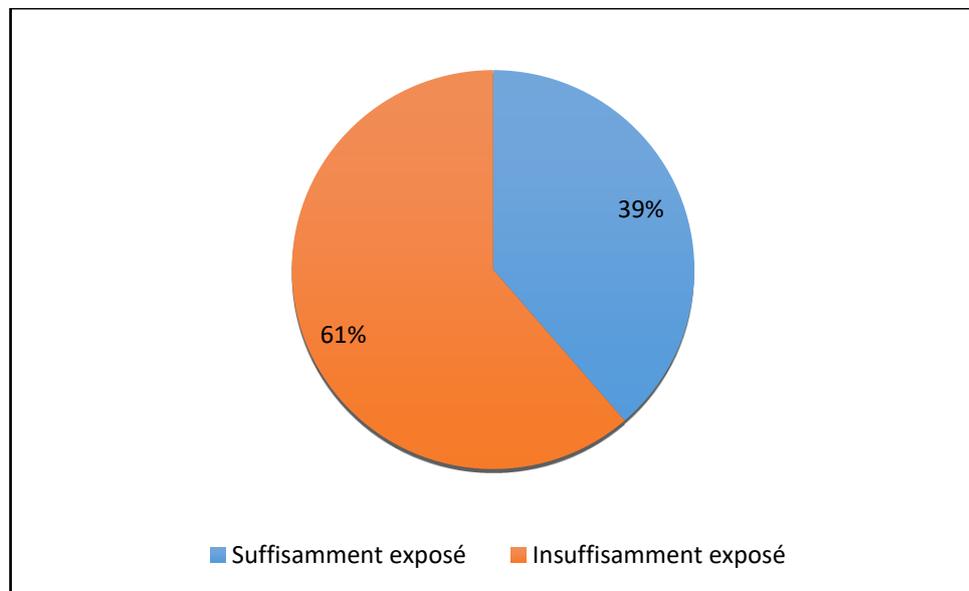


Figure 11 : l'exposition à la chirurgie plastique et esthétique

5. Évaluation de l'intérêt pour la formation en chirurgie plastique et esthétique :

Sur les 150 répondants, 38% ont exprimé un intérêt pour la formation en chirurgie plastique et esthétique (n=57), 62% ont montré peu d'intérêt (n=93). (Figure 12)

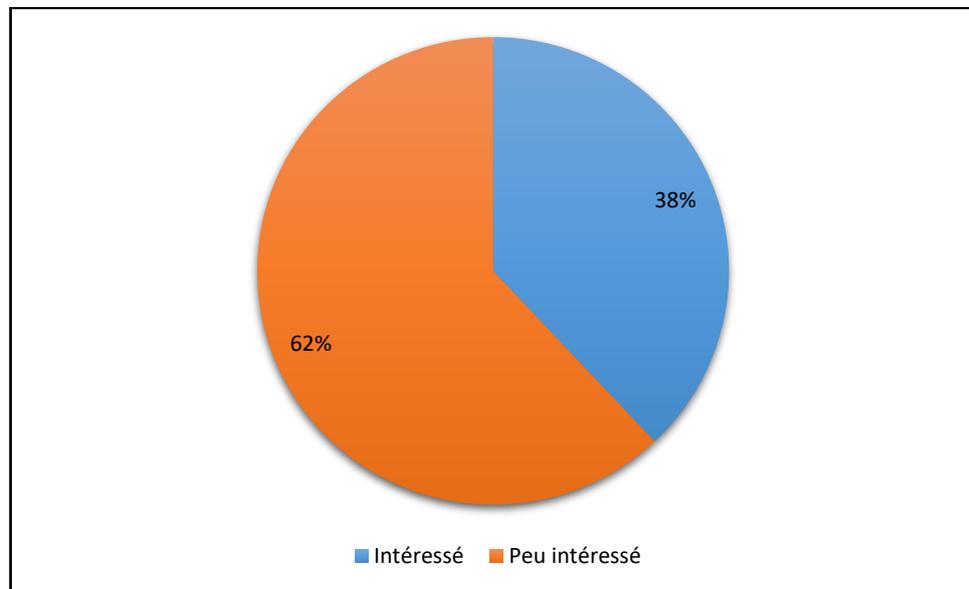


Figure 12 : l'intérêt pour la formation en chirurgie esthétique et plastique

III. Évaluation des connaissances en chirurgie plastique et esthétique :

1. Évaluation du niveau de connaissance :

Dans notre étude, les participants ont été invités à évaluer leur niveau de connaissance en chirurgie plastique et esthétique. On a eu comme réponses : 50% ont déclaré avoir un niveau de connaissance insuffisant (n=75), 49% ont un niveau intermédiaire (n=73) et 1 % ont un niveau avancé (n=2). (Figure 13)

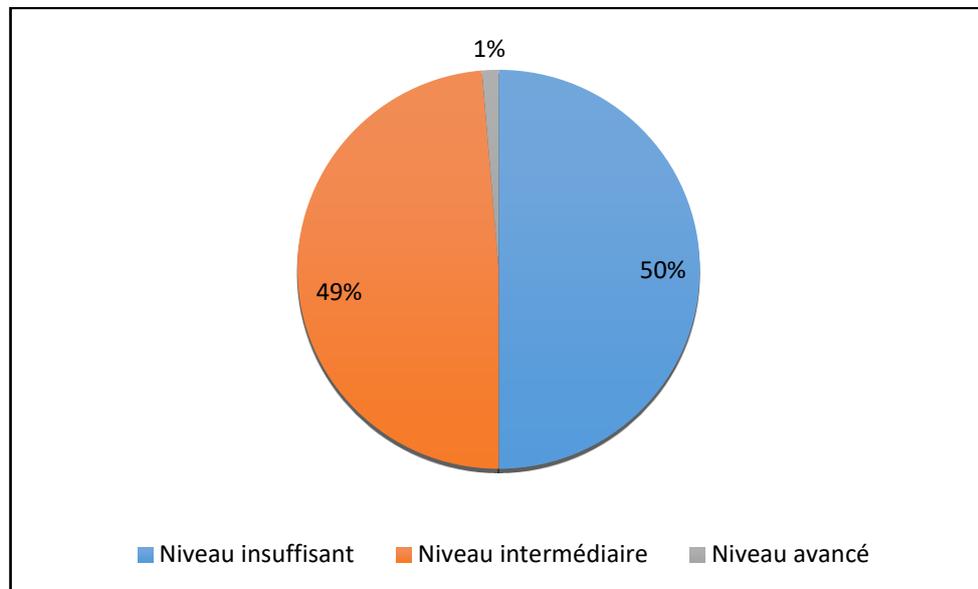


Figure 13 : Evaluation des connaissances en chirurgie plastique et esthétique

2. Principales sources de connaissance :

La formation professionnelle reste la source de connaissance de la chirurgie plastique la plus fréquente pour 77 % des participants, 68 % ont cité leurs recherches personnelles comme leur principale source d'information dans ce domaine. Les médias ont été mentionnés comme une source d'acquisition de connaissances dans 34 % des cas, les antécédents personnels dans 18 % des cas et les discussions avec des connaissances extérieures au milieu médical dans 18 % des cas. (Figure 14)

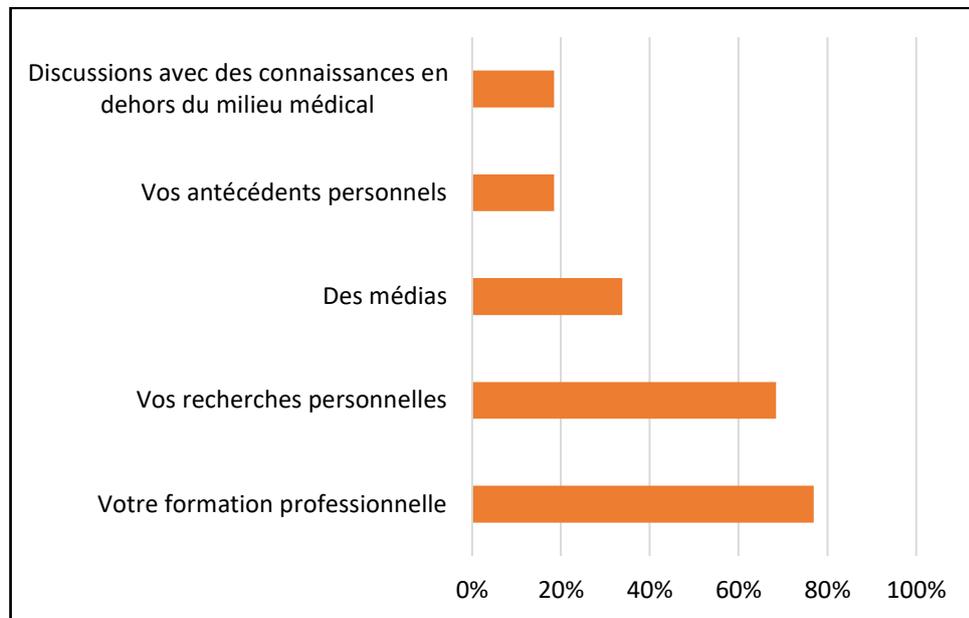


Figure 14 : Principales source de connaissance de la chirurgie plastique et esthétique

3. Connaissance des activités associées à la chirurgie plastique et esthétique :

L'activité plastique et esthétique, les gestes de reconstruction des déformations de la chirurgie plastique ainsi que la prise en charge des brûlures sont bien connus (> 80 %), son activité de la gestion des défauts tissulaire l'est beaucoup moins (55 %) par les praticiens interrogés. (Figure 15)

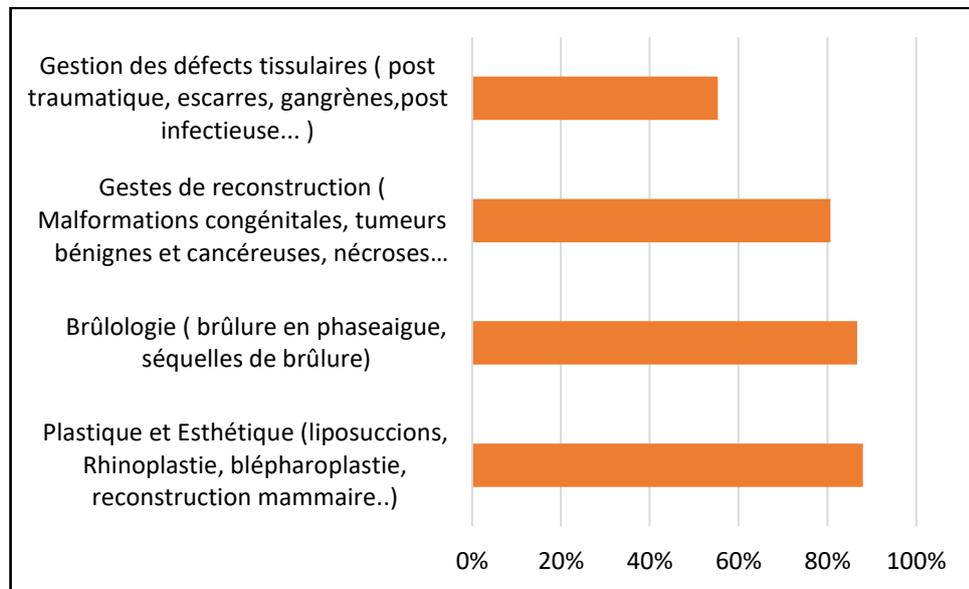


Figure 15 : Les activités associées à la chirurgie plastique et esthétique

4. Répartition des répondants en fonction de leurs réponses à des cas liés à la chirurgie plastique :

Les personnes interrogées ont été invitées à choisir le spécialiste qu'elles considéraient comme expert dans huit domaines cliniques spécifiques de la chirurgie plastique et reconstructive.

Le plus grand nombre des personnes interrogées (>90 %), estiment que les chirurgiens plasticiens sont des experts dans les gestes suivants : la chirurgie des déformations dues aux brûlures, les brûlures, la greffe de peau, la chirurgie de reconstruction mammaire, les lambeaux de reconstruction, la liposuction et l'abdominoplastie.

Pour la rhinoplastie, 72 % ont choisi le chirurgien plasticien, suivi par 60 % pour la chirurgie maxillo-faciale. Pour les anomalies congénitales de l'oreille et du nez, 61 % ont choisi la chirurgie oto-rhino-laryngologiste et 46 % ont choisi la chirurgie plastique.

Pour la chirurgie des fentes labiales et palatines et les fractures de la mâchoire et du visage, plus de 90 % des participants ont choisi la chirurgie maxillo-faciale.

Pour la chirurgie de la main, 41 % ont choisi la chirurgie plastique et esthétique et 66% ont choisi une autre spécialité. (Figure 16) (Tableau I)

Enquête sur la perception de la chirurgie plastique et esthétique en médecine de famille : étude prospective dans la région de Marrakech-Safi

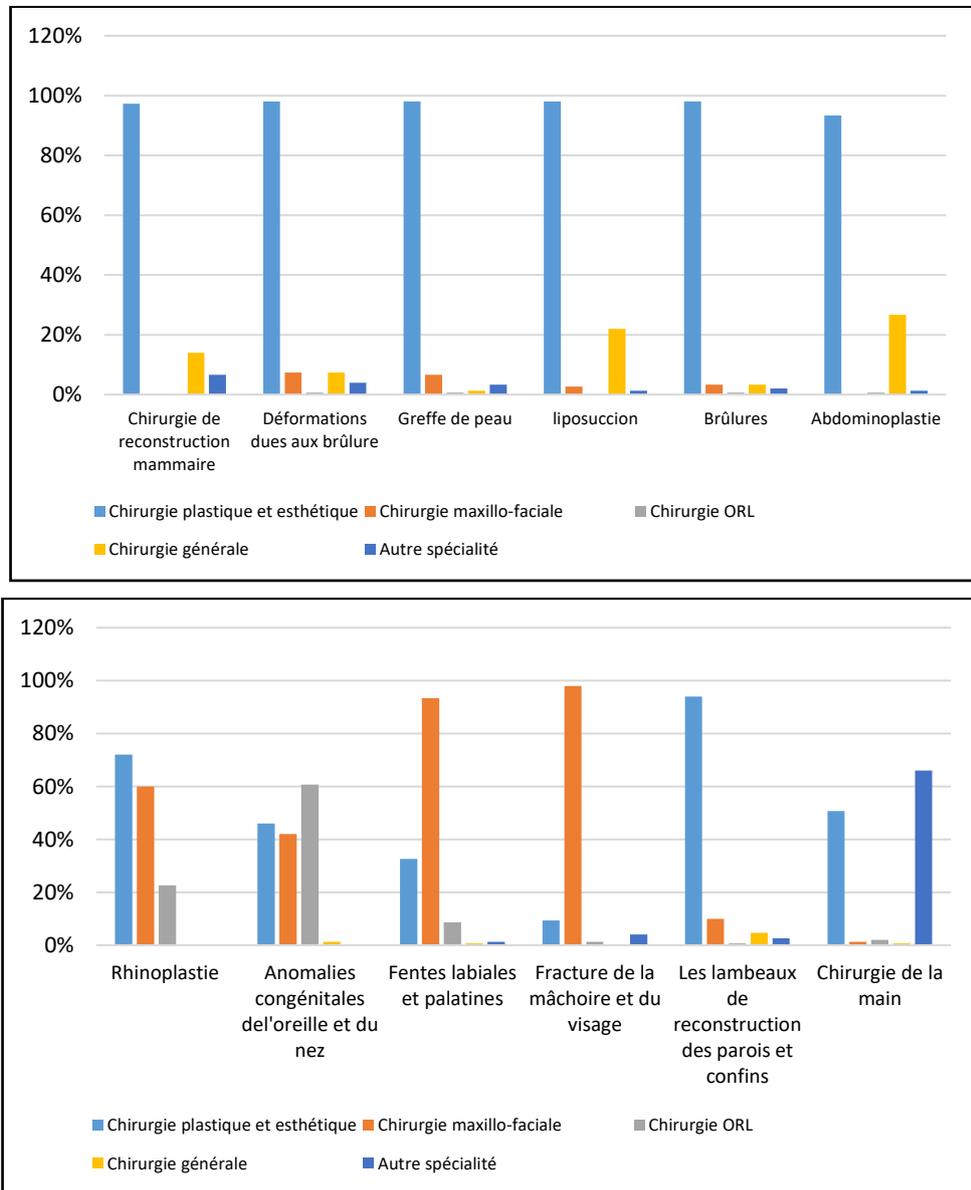


Figure 16 : Répartition des répondants en fonction de leurs réponses à des cas liés à la chirurgie plastique

Tableau I : Répartition des répondants en fonction de leurs réponses à des cas liés à la chirurgie plastique

	Chirurgie plastique et esthétique	Chirurgie maxillo-faciale	Chirurgie ORL	Chirurgie générale	Autre spécialité
Rhinoplastie	108 (72%)	90 (60%)	34 (23%)	0 (0%)	0 (0%)
Chirurgie de reconstruction mammaire	146 (97%)	0 (0%)	0 (0%)	21 (14%)	10 (7%)
Déformations dues aux brûlure	147 (98%)	11 (7%)	1(1%)	11 (7%)	6 (4%)
Grefe de peau	147 (98%)	10 (7%)	1 (1%)	2 (2%)	5 (4%)
Liposuccion	147 (98%)	4 (3%)	0 (0%)	33 (22%)	2 (1%)
Anomalies congénitales de l'oreille et du nez	69 (46%)	63 (42%)	91 (61%)	2 (1%)	0 (0%)
Brulures	147 (98%)	5 (3%)	1 (1%)	5 (3%)	3(2%)
Abdominoplastie	140 (93%)	0 (0%)	1 (1%)	40 (27%)	2 (1%)
Fentes labiales et palatines	49 (33%)	140 (93%)	13 (9%)	1 (1%)	2 (1%)
Fracture de la mâchoire et du visage	14 (9%)	147 (98%)	2 (1%)	0 (0%)	6 (4%)
Les lambeaux de reconstruction des parois et confins	141 (94%)	15 (10%)	1 (1%)	7 (5%)	4 (3%)
Chirurgie de la main	76 (51%)	2 (1%)	3 (2%)	1 (1%)	99 (66%)

IV.Évaluation des pratiques quotidiennes :

1. Perception de la difficulté de la discipline de la chirurgie plastique et esthétique :

Dans notre étude, nous avons examiné la perception de la difficulté de la chirurgie plastique et esthétique. Selon nos résultats, 63% des participants estiment qu'elle est de difficulté intermédiaire (n=90), 27% la jugent difficile (n=39), et 10% la considèrent facile (n=14). (Figure 17)

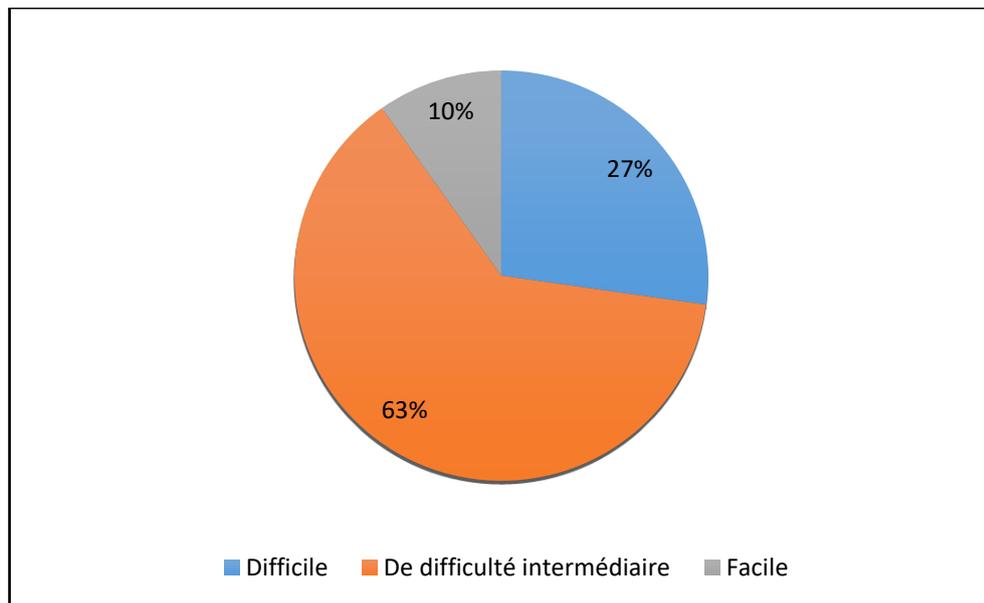


Figure 17 : La difficulté de la discipline de la Chirurgie Plastique et Esthétique

2. Analyse comparative entre la chirurgie plastique et d'autres spécialités :

Dans notre étude, la chirurgie plastique et esthétique se distingue des autres spécialités par un revenu supérieur, indiqué par une proportion de 91 % des participants, suivi d'une réputation élevée des chirurgiens, choisie par 59 % des répondants. (Figure 18)

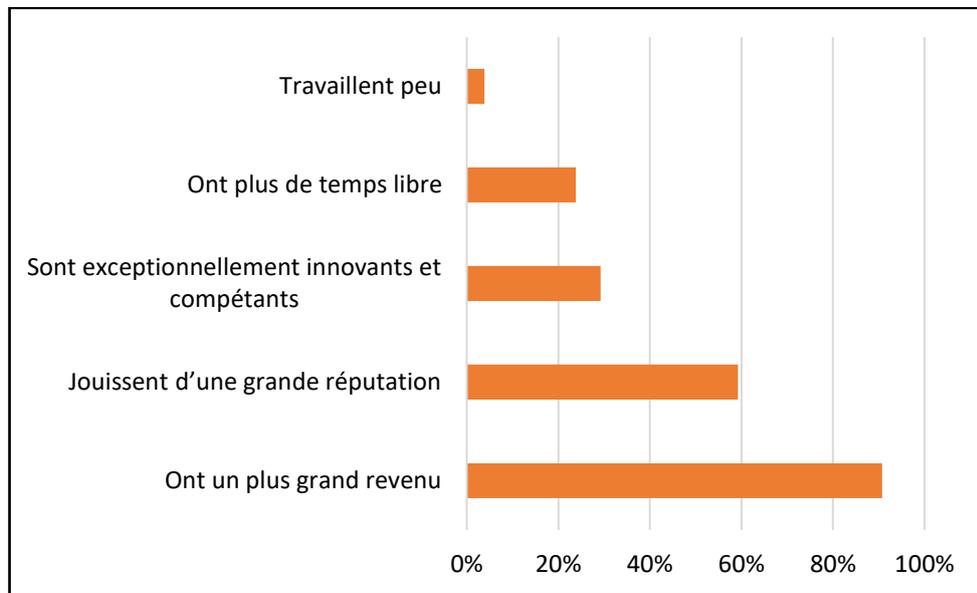


Figure 18 : Analyse comparative entre la chirurgie plastique et d'Autres spécialités

3. Évaluation de la pratique de la discipline en médecine de famille :

Dans notre étude, nous avons évalué la satisfaction des médecins vis-à-vis de la prise en charge des patients présentant des pathologies relevant de la chirurgie plastique et esthétique. Il en ressort que 41% d'entre eux sont fréquemment confrontés à des défis cliniques lors de la prise en charge des patients et 11% ont rarement rencontré des difficultés. De plus, 42% des médecins ont fréquemment orienté des patients vers un spécialiste en chirurgie plastique et esthétique, alors que 21% l'ont rarement fait. En outre, 49% des participants ont parfois recommandé la chirurgie plastique et esthétique à leurs patients, tandis que 18% ont rarement émis une telle recommandation. (Figure 19)

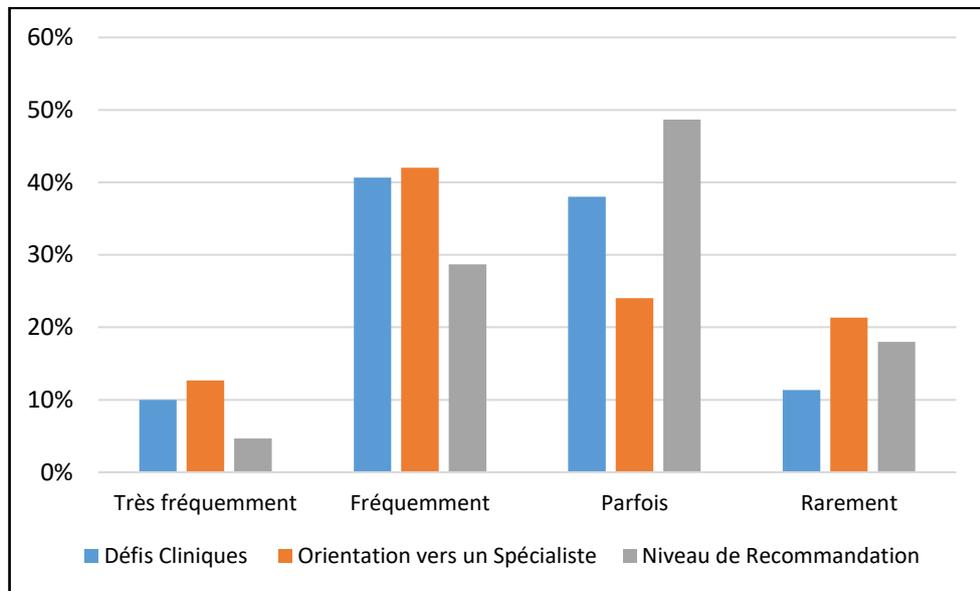


Figure 19 : la pratique de la discipline en médecine de famille

4. Évaluation de la pratique de la discipline par les chirurgiens plastiques :

Nous avons évalué la satisfaction des répondants à l'égard de la prise en charge et du suivi assurés par les chirurgiens plastiques. Il en ressort que 16% expriment leur satisfaction quant à la communication entre les médecins et les chirurgiens plastiques et esthétiques, contribuant ainsi à une continuité des soins pour les patients communs, tandis que 37% ont exprimé une satisfaction limitée à cet égard. De plus, 68% des répondants se déclarent satisfaits de la qualité des soins dispensés par les chirurgiens plastiques et esthétiques et 65% sont satisfaits de l'efficacité du suivi des patients, assuré par les chirurgiens plastiques. (Figure 22)

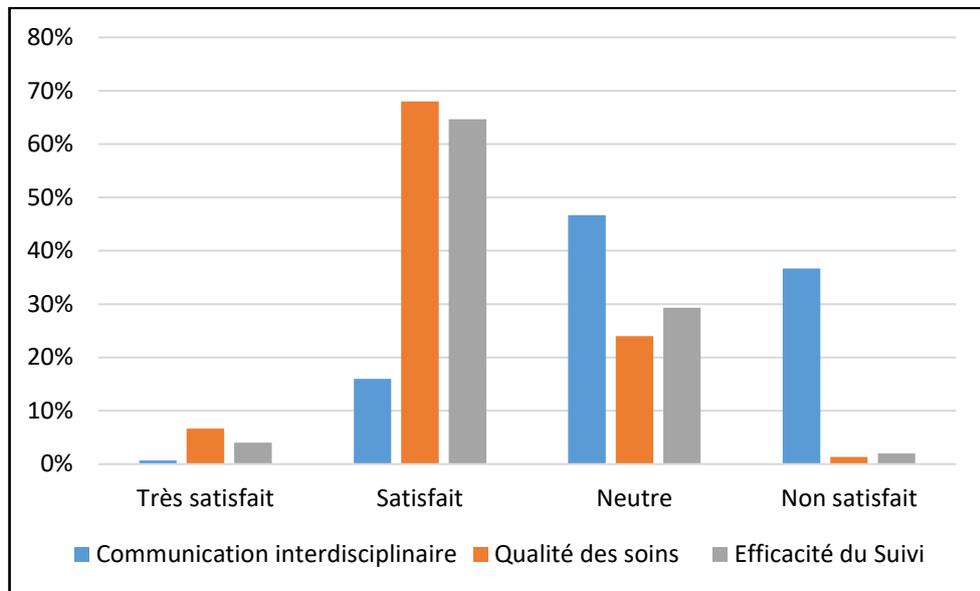


Figure 20 : Evaluation de la pratique de la discipline par les chirurgiens plastiques

5. L'impact de la chirurgie esthétique sur la vie des patients :

Dans notre enquête, il a été constaté que 82% des participants ont noté un impact positif de la chirurgie esthétique sur la vie des patients (n=122). (Figure 21)

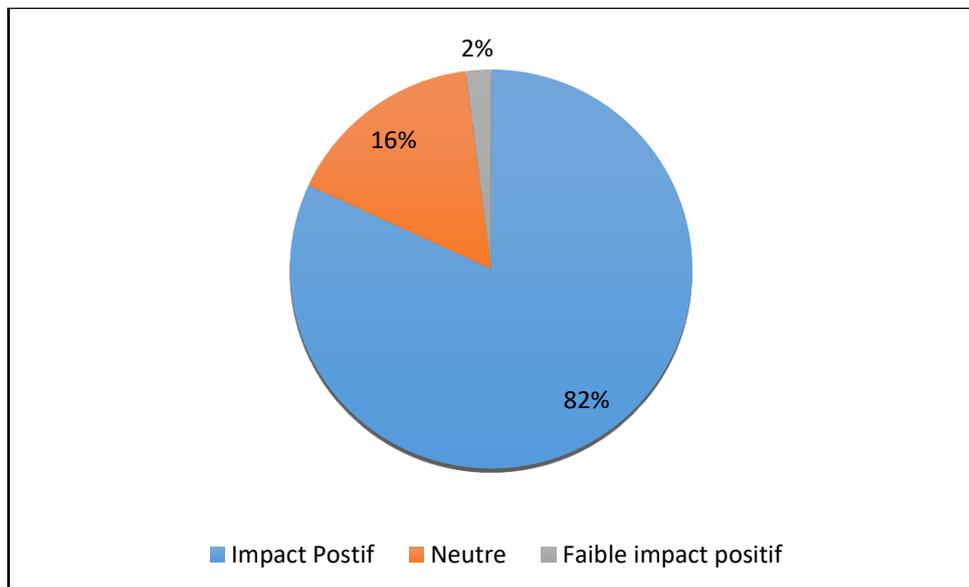


Figure 21 : L'impact de la chirurgie esthétique sur la vie des patients

6. Opinions sur les avantages et inconvénients de la spécialité :

Nous avons enquêté auprès des participants pour connaître leur point de vue sur la chirurgie plastique et esthétique, ainsi que sur les avantages et les inconvénients liés à cette discipline. Les réponses obtenues sont les suivantes :

Tableau II : Opinions sur les avantages et inconvénients de la spécialité

Les avantages	Les inconvénients
Bon revenu et rentabilité	Risque médico-juridique
Amélioration du bien-être psychologique du patient, de la qualité de vie et de l'estime de soi	Coût élevé pour le patient
Variabilité et globalité de la prise en charge	Formation insuffisante et Connaissances limitées
Contribution à la prise en charge complémentaire des autres spécialités chirurgicales	Limitation du recours à la spécialité, surtout perçue du côté esthétique
Prise en charge efficace	Spécialité peu développée dans le secteur public
Spectre d'activité très diversifié	Nécessité d'une main chirurgicale minutieuse
Absence d'urgences extrêmes	Formation se concentre fréquemment sur la gestion des brûlures
Spécialité de l'avenir	Aspect lucratif peut être mis en avant

ANALYSE BIVARIEE :

Suite à la mise en lumière des résultats descriptifs, nous avons entrepris une analyse bivariée analytique afin de déterminer les facteurs influençant l'intérêt à acquérir des compétences supplémentaires dans le domaine et la perception de la difficulté de la discipline de la chirurgie plastique et esthétique.

Les catégories de données comprenaient le profil et le sexe des répondants, l'exposition au domaine de la chirurgie plastique et esthétique, l'expérience universitaire antérieure, les stages effectués dans le service de chirurgie plastique et esthétique.

I. L'intérêt pour la formation :

1. Corrélation entre l'intérêt pour la formation et le profil :

Pour les médecins généralistes, 66 % ont montré peu d'intérêt pour la formation en chirurgie plastique et esthétique. Pour les étudiants en fin de formation, 77 % en instance de thèse sont peu intéressés, de même que 50 % des internes de CHU et 40 % des internes de périphérie. La relation est statistiquement significative, le $p=0.013$. (Figure 22) (Tableau III)

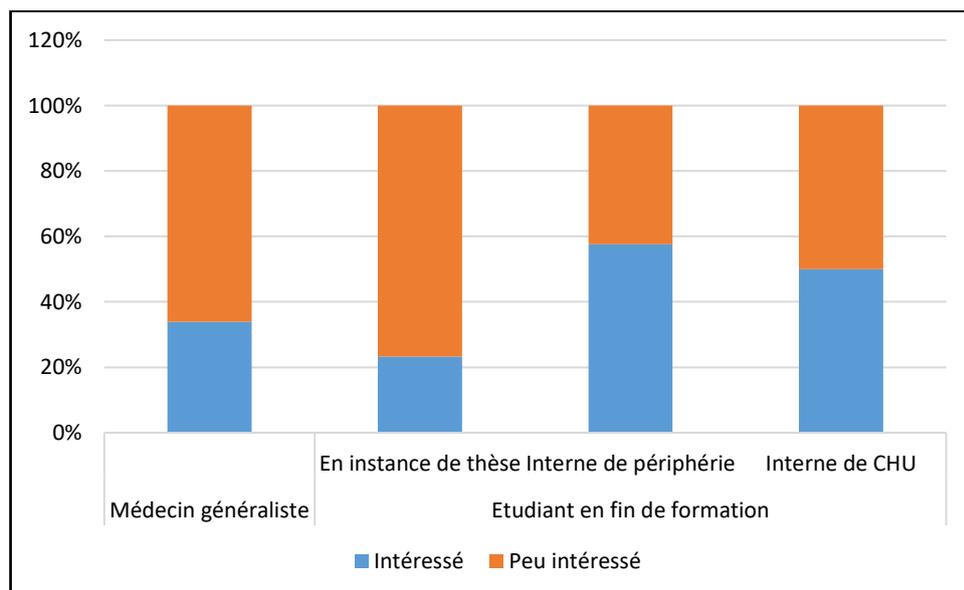


Figure 22 : Répartition selon l'intérêt pour la formation et le profil

Tableau III : Corrélation entre l'intérêt pour la formation et le profil

Profil		L'intérêt pour la formation N (%)			Valeur P
		Intéressé	Peu intéressé	Total	
Médecin généraliste		19 (34)	37 (66)	56	0.013
Etudiant en fin de formation	En instance de thèse	10 (23)	33 (77)	43	
	Interne de périphérie	19 (58)	14 (42)	33	
	Interne de CHU	9 (50)	9 (50)	18	
Total		57	93	150	

2. Corrélation entre l'intérêt pour la formation et le sexe :

Dans notre échantillon, 68% des femmes étaient peu intéressées par la formation en chirurgie plastique et esthétique, tandis que 53% des hommes sont intéressés. La différence est statistiquement significative, le « p » est inférieur à 0.05. (Figure 23) (Tableau IV)

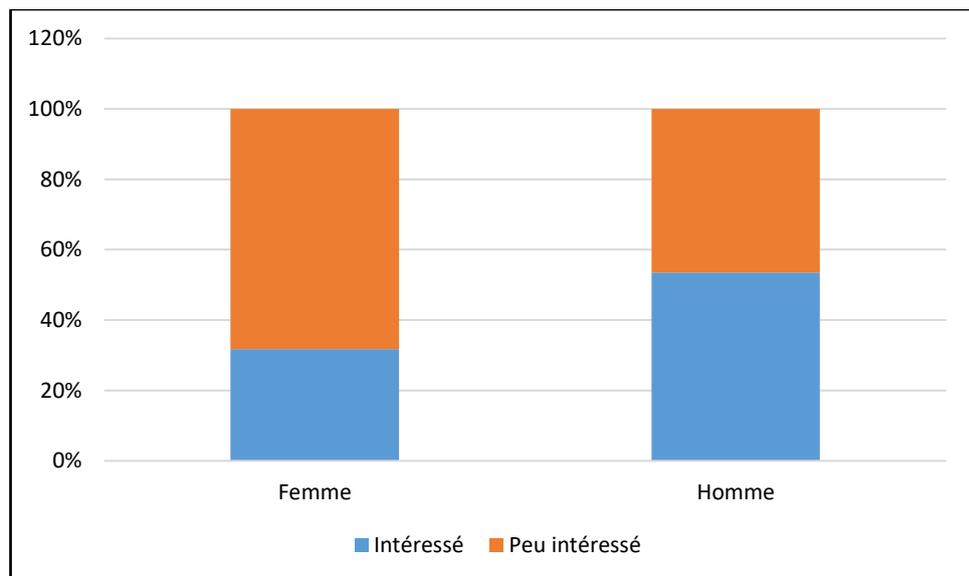


Figure 23 : Corrélation entre l'intérêt pour la formation et le sexe

Tableau IV : Corrélation entre l'intérêt pour la formation et le sexe

Sexe	L'intérêt pour la formation N (%)			Valeur P
	Intéressé	Peu intéressé	Total	
Femme	34 (31)	73 (68)	107	0.013
Homme	23 (53)	20 (46)	43	
Total	57	93	150	

3. Corrélation entre l'intérêt pour la formation et l'exposition à la chirurgie plastique et esthétique :

Dans notre étude, 48 % qui sont suffisamment exposés sont intéressés par la formation en chirurgie plastique et esthétique, 68 % qui sont insuffisamment exposés sont peu intéressés. La relation est statistiquement significative, le P= 0.04. (Figure 24) (Tableau V)

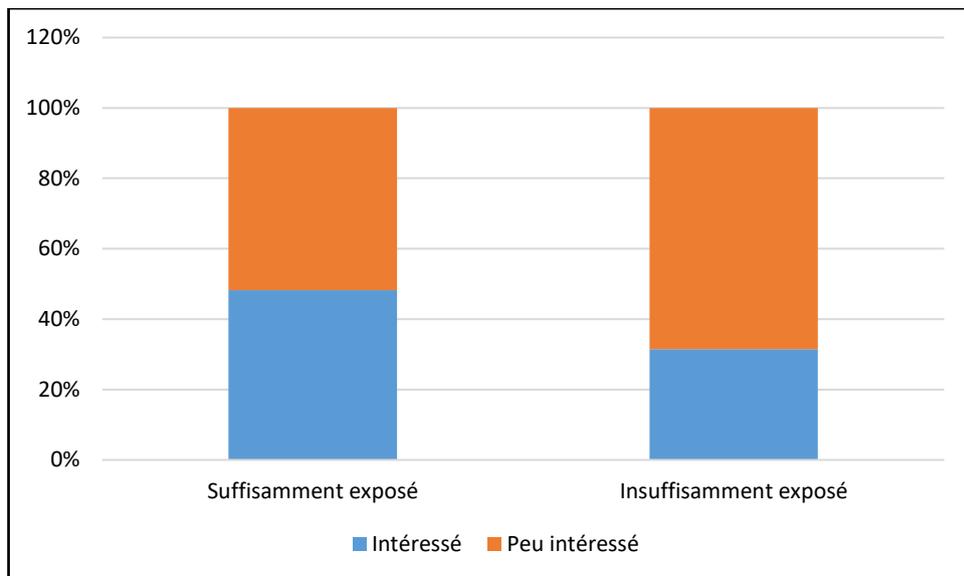


Figure 24 : Répartition selon l'intérêt pour la formation et l'exposition à la chirurgie plastique et esthétique

Tableau V : Corrélation entre l'intérêt pour la formation et l'exposition à la chirurgie plastique et esthétique

l'exposition à la chirurgie plastique et esthétique	L'intérêt pour la formation N (%)			Valeur P
	Intéressé	Peu intéressé	Total	
Suffisamment exposé	28 (48)	30 (52)	58	0.04
Insuffisamment exposé	29 (32)	63 (68)	92	
Total	57	93	150	

4. Corrélation entre l'intérêt pour la formation et les heures d'expérience en chirurgie plastique et esthétique :

Dans notre étude, nous constatons une corrélation entre le nombre d'heures d'expérience universitaire et l'intérêt pour la formation dans ce domaine. En effet, les sujets ayant moins de 10h d'expérience étaient peu intéressés. Ce résultat est statistiquement significatif ($p=0,004$). (Figure 25) (Tableau VI)

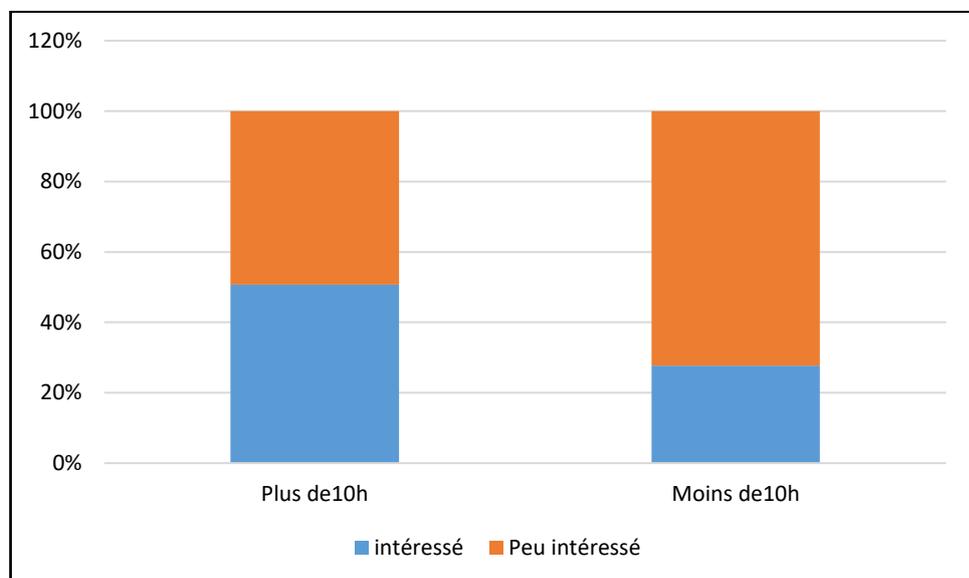


Figure 25 : Répartition selon l'intérêt pour la formation et les heures d'expérience

Tableau VI : Corrélation entre l'intérêt pour la formation et les heures d'expérience

La plage horaire	L'intérêt pour la formation N (%)			Valeur P
	intéressé	Peu intéressé	Total	
Plus de 10h	34 (51)	33 (49)	67	0.004
Moins de 10h	23 (28)	60 (72)	83	
Total	57	93	150	

5. Corrélation entre l'intérêt pour la formation et le stage hospitalier au service de la chirurgie plastique et esthétique :

Dans notre étude, aucune influence significative n'a été objectivée entre les personnes ayant effectué un stage dans le service de la chirurgie plastique et esthétique et leur intérêt pour la formation dans ce domaine ($p=0.826$). (Tableau VII)

Tableau VII : Corrélation entre l'intérêt pour la formation et le stage hospitalier

Le stage hospitalier	L'intérêt pour la formation N (%)			Valeur P
	Intéressé	Peu intéressé	Total	
Oui	12 (36)	21 (64)	33	0.826
Non	45 (38)	72 (62)	117	
Total	57	93	150	

II. La difficulté de la discipline de la chirurgie plastique et esthétique :

1. Corrélation entre la difficulté de la discipline et le profil :

Pour les médecins généralistes, 63 % estiment que la chirurgie plastique et esthétique est de difficulté intermédiaire.

Pour les étudiants en fin de formation, 63 % en instance de thèse jugent que la discipline est de difficultés intermédiaires, de même que 61 % des internes de CHU et 61 % des internes de périphérie. La relation est statistiquement non significative, le $p=0.981$. (Figure 26) (Tableau VIII)

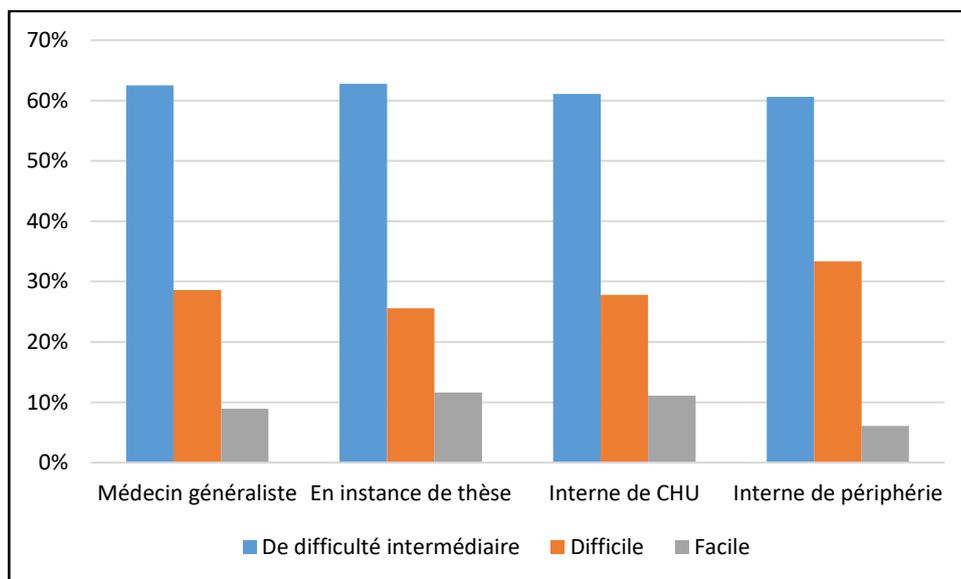


Figure 26 : Répartition selon la difficulté de la discipline et le profil

Tableau VIII : Corrélation entre la difficulté de la discipline et le profil

Le profil		la difficulté de la discipline N (%)				Valeur P
		De difficulté intermédiaire	Difficile	Facile	Total	
Médecin généraliste		35 (63)	16 (29)	5 (9)	56	0.981
Etudiant en fin de formation	En instance de thèse	27 (63)	11 (26)	5 (12)	43	
	Interne de CHU	11 (61)	5 (28)	2 (11)	18	
	Interne de périphérie	20 (61)	11 (33)	2 (6)	33	
Total		93	43	14	150	

2. Corrélation entre la difficulté de la discipline et le sexe :

Dans notre échantillon, 59% des femmes et 70% des hommes ont estimé que la chirurgie plastique est une discipline de difficulté intermédiaire. La différence est statistiquement non significative, le « p » est supérieur à 0.05. (Figure 27) (Tableau IX)

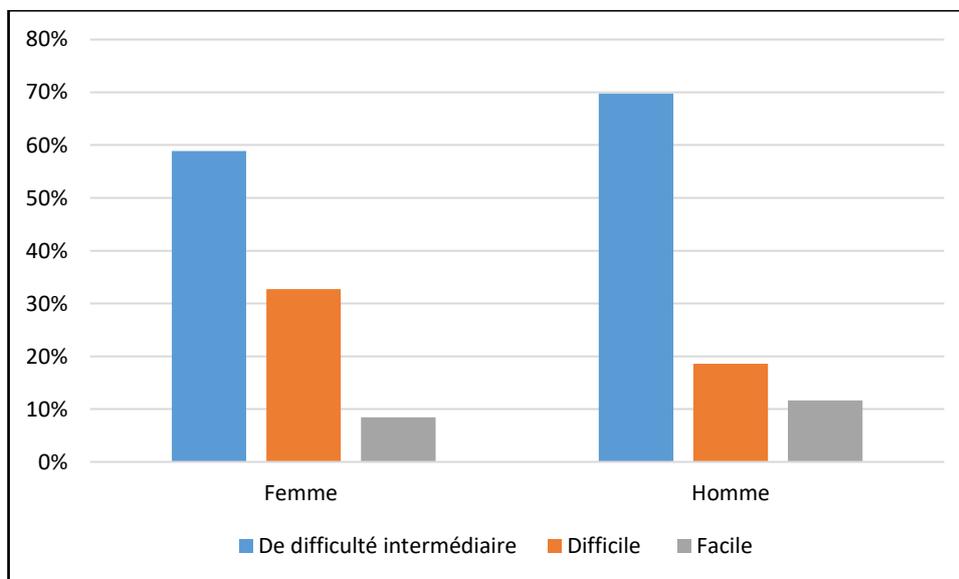


Figure 27 : Répartition selon la difficulté de la discipline et le sexe

Tableau IX : Corrélation entre la difficulté de la discipline et le sexe

Le sexe	la difficulté de la discipline N (%)				Valeur P
	De difficulté intermédiaire	Difficile	Facile	Total	
Femme	63 (59)	35 (33)	9 (8)	107	0.217
Homme	30 (70)	8 (19)	5 (12)	43	
Total	93	43	14	150	

3. Corrélation entre la difficulté de la discipline et l'exposition à la chirurgie plastique et esthétique :

Dans notre étude, une influence significative a été objectivée entre les personnes exposées à la chirurgie plastique et esthétique, et leur perception de ce domaine. Le « p » est inférieur à 0.05. (Figure 28) (Tableau X)

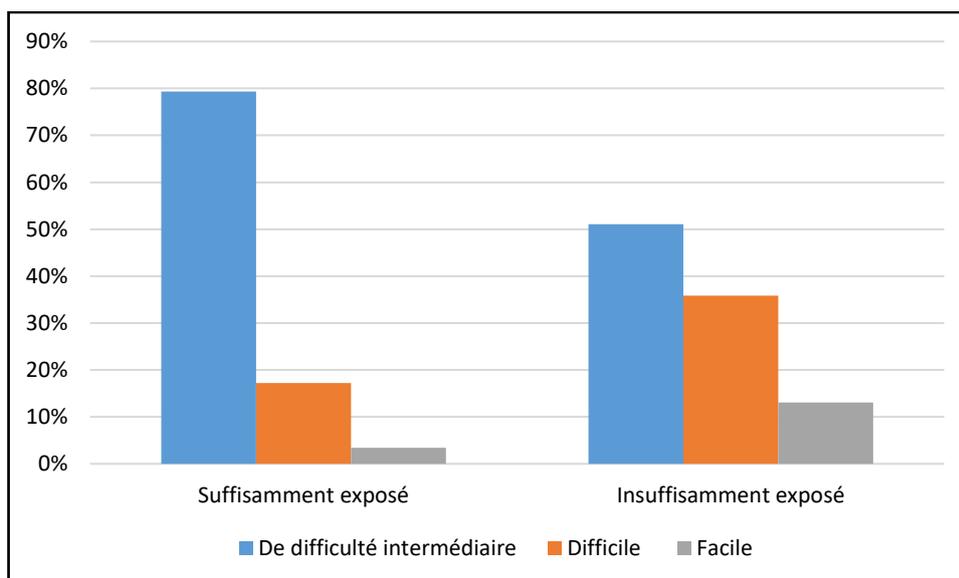


Figure 28 : Répartition selon la difficulté de la discipline et l'exposition à la chirurgie plastique et esthétique

Tableau X : Corrélation entre la difficulté de la discipline et l'exposition à la chirurgie plastique et esthétique

l'exposition à la chirurgie plastique et esthétique	la difficulté de la discipline N (%)				Valeur P
	De difficulté intermédiaire	Difficile	Facile	Total	
Suffisamment exposé	46 (76)	10 (17)	2 (3)	58	0.002
Insuffisamment exposé	47 (51)	33 (36)	12 (13)	92	
Total	93	43	14	150	

4. Corrélation entre la difficulté de la discipline et les heures d'expérience en chirurgie plastique et esthétique :

Dans notre étude, 66% des sujets ayant moins de 10h d'expérience et 59% ayant plus de 10h d'expérience estimaient que le domaine est de difficulté intermédiaire. Ce résultat est statistiquement non significatif ($p=0,499$). (Figure 29) (Tableau XI)

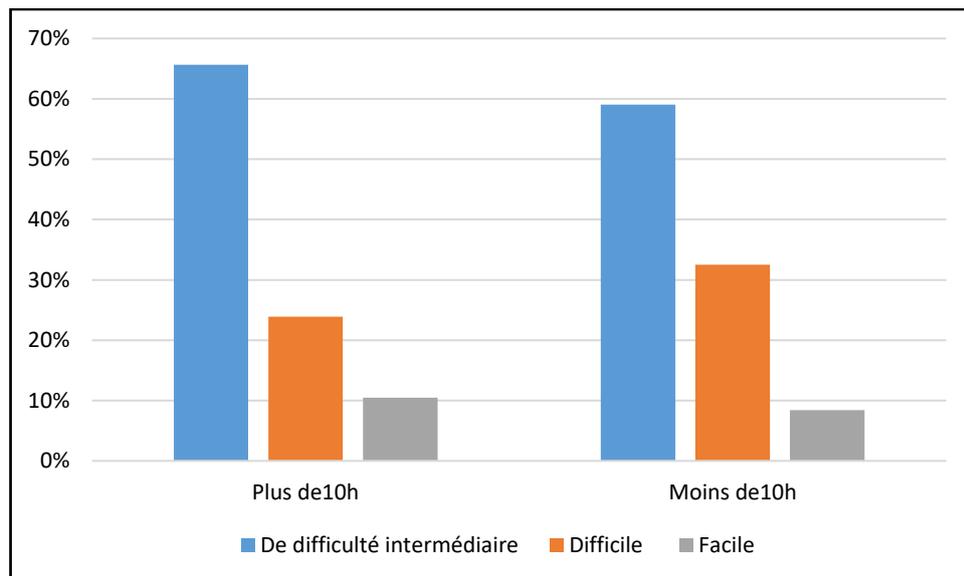


Figure 29 : Répartition selon la difficulté de la discipline et les heures d'expérience en chirurgie plastique et esthétique

Tableau XI : Corrélation entre la difficulté de la discipline et les heures d’expérience en chirurgie plastique et esthétique

La plage horaire	la difficulté de la discipline N (%)				Valeur P
	De difficulté intermédiaire	Difficile	Facile	Total	
Plus de 10h	44 (66)	16 (24)	7 (10)	67	0.499
Moins de 10h	49 (59)	27 (33)	7 (8)	83	
Total	93	43	14	150	

5. Corrélation entre la difficulté de la discipline et le stage hospitalier au service de la chirurgie plastique et esthétique :

Dans notre étude, aucune influence significative n’a été objectivée entre les personnes ayant effectué un stage dans le service de la chirurgie plastique et esthétique et leur perception de ce domaine (p=0.053). (Figure 30) (Tableau XII)

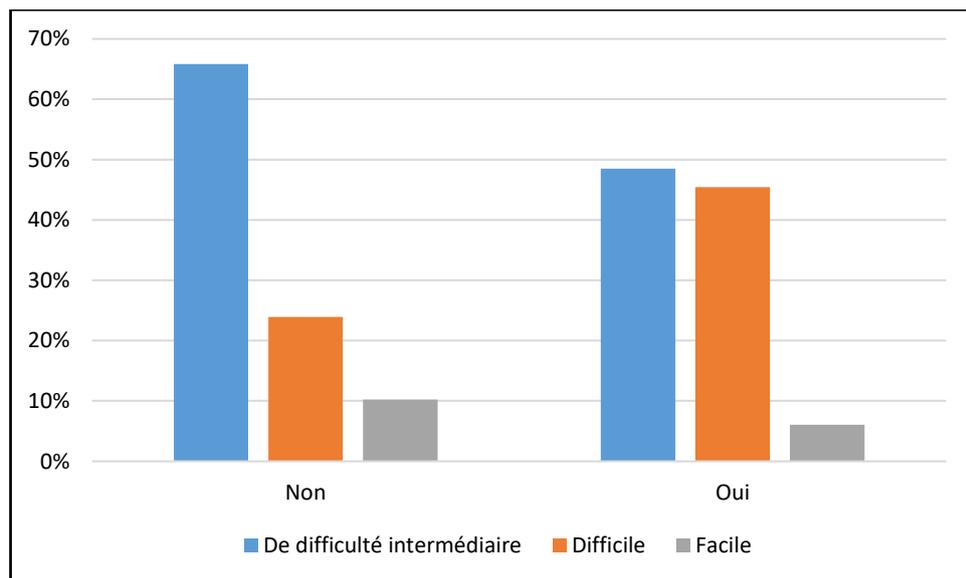


Figure 30 : Corrélation entre la difficulté de la discipline et le stage hospitalier au service de la chirurgie plastique et esthétique

Tableau XII : Corrélation entre la difficulté de la discipline et le stage hospitalier au service de la chirurgie plastique et esthétique

Le stage hospitalier	la difficulté de la discipline N (%)				Valeur P
	De difficulté intermédiaire	Difficile	Facile	Total	
Non	77 (66)	28 (24)	12 (10)	117	0.053
Oui	16 (48)	15 (45)	2 (6)	33	
Total	93	43	14	130	



DISCUSSION



I. Généralités :

La chirurgie plastique et esthétique est une spécialité qui englobe un large éventail de procédures visant à améliorer l'apparence physique et la fonctionnalité du corps humain. Cette discipline comprend à la fois des interventions réparatrices, destinées à corriger des anomalies anatomiques ou des troubles fonctionnels, et des interventions esthétiques, visant à modifier ou à améliorer l'apparence selon les désirs du patient [11].

La chirurgie plastique est une spécialité particulière qui ne peut être facilement définie, qui n'a pas de système organique propre et qui repose sur des principes généraux plutôt que sur des procédures spécifiques.[5] Contrairement à d'autres spécialités qui sont définies par un organe ou une fonction particulière qu'elles traitent. [12]

La chirurgie plastique et esthétique est une spécialité interdisciplinaire qui intègre la chirurgie reconstructive et la chirurgie esthétique. Il utilise des procédures chirurgicales, des produits, des dispositifs médicaux et d'autres technologies avancées pour préserver, restaurer ou améliorer l'apparence et la forme afin de se rapprocher des idéaux esthétiques.[13]

Il existe des différences entre la chirurgie esthétique et la chirurgie plastique, principalement basées sur la nature clinique ou esthétique de chaque discipline. La chirurgie plastique est généralement considérée comme une nécessité médicale visant à atténuer les symptômes psychologiques ou à reconstruire le corps. La chirurgie esthétique répond généralement à la demande d'un patient souhaitant améliorer l'apparence esthétique de son corps.[14]

La chirurgie reconstructive vise principalement à traiter les déficiences physiques, les déformations et les blessures causées par des anomalies congénitales ou acquises. Son intervention consiste à restaurer ou réparer des défauts, à rectifier des déformations ou à améliorer la fonctionnalité.[15]

La chirurgie esthétique est une spécialité chirurgicale destinée à corriger ou à améliorer les imperfections physiques. Celles-ci peuvent être congénitales, acquises, dues à une maladie ou à un traumatisme, ou à des événements para physiologiques tels que le vieillissement. La chirurgie esthétique comprend également les interventions chirurgicales demandées par les patients pour améliorer leur apparence.[16] [17]

Si d'une part, la dimension esthétique ne peut être négligée en chirurgie reconstructive, d'autre part, la chirurgie reconstructive demeure indispensable dans toute intervention esthétique.[18]

Les interventions reconstructives s'étendent à toutes les zones corporelles, incluant des domaines variés comme la reconstruction mammaire, la chirurgie des brûlures, la chirurgie crâniofaciale, la chirurgie des traumatismes faciaux, la reconstruction des membres, la microchirurgie et la chirurgie de la main. De même, les interventions esthétiques touchent toutes les régions du corps, y compris la tête et le cou, les seins, le tronc et les membres.[19] Ces interventions sont habituellement électives et plus individualisées, où les désirs et les préférences du patient sont souvent déterminants dans la planification de l'intervention chirurgicale.[20]

La spécialité de chirurgie plastique est en constante évolution, elle s'est étendue pour englober une variété de procédures sophistiquées qui relevaient auparavant d'autres spécialités chirurgicales.[21]

L'objectif de la chirurgie plastique est de restaurer la fonctionnalité, la structure et l'esthétique en traitant divers défauts et déformations du corps humain. Son objectif est de normaliser les anomalies, de maintenir ou de rétablir les fonctions et d'apporter des modifications esthétiques désirées à l'apparence. Cette restauration peut être réalisée sur toutes les parties. Contrairement à d'autres interventions chirurgicales majeures, la chirurgie plastique se distingue par la flexibilité offerte au chirurgien dans le choix des procédures, des outils et des techniques. Cette adaptabilité permet au chirurgien plasticien de faire preuve de créativité pour personnaliser

le plan de traitement de chaque patient en fonction de ses caractéristiques physiques et anatomiques uniques.[22]

Le terme « chirurgie plastique » a été introduit pour la première fois par le chirurgien allemand Karl Ferdinand von Greffy (1787-1840) en 1818. Au début du XXe siècle, les deux guerres mondiales ont entraîné de nombreux défauts et déformations des tissus, ce qui a incité certains médecins, principalement des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ainsi que des oto-rhino-laryngologistes, à se pencher sur la chirurgie plastique.[23]

II. Histoire de la chirurgie plastique et esthétique :

La chirurgie plastique compte parmi les spécialités chirurgicales les plus anciennes. À ses débuts, la pratique chirurgicale était principalement axée sur les lésions et les blessures externes, ainsi que sur le traitement des plaies, ce qui correspond essentiellement au domaine d'intervention de la chirurgie plastique contemporaine.[24]

L'histoire de la chirurgie plastique peut se décomposer en quelques grandes séquences :

- L'Antiquité et les premières pratiques
- Le développement médiéval et la renaissance
- Les avancées modernes
- L'ère contemporaine

1. La première période : l'antiquité et les premières pratiques

Les origines de la chirurgie plastique remontent à l'Égypte et à l'Inde anciennes. Le Papyrus d'Edwin Smith, un ancien texte médical égyptien, décrit les techniques chirurgicales pour les traumatismes faciaux et reflète les premières découvertes sur la reconstruction faciale. Dans l'Inde ancienne, Sushruta, considéré comme le « Père de la chirurgie », a écrit le « Sushruta Samhita », dans lequel il détaille diverses techniques chirurgicales, dont la rhinoplastie et la reconstruction nasale avec un lambeau frontal, une technique encore utilisée aujourd'hui.[25]

Il est généralement admis que le premier chapitre de l'histoire de la chirurgie plastique a été consigné dans le Sushruta Samhita, vers 600 avant J.-C., avec la description de la méthode indienne de reconstruction nasale. Cependant. Une analyse des textes anciens révèle que les affections qui relèvent aujourd'hui de cette spécialité étaient déjà traitées et reconstruites dès 3000 avant J.-C.[26]

L'histoire de la chirurgie plastique reconstructive est étroitement liée aux interventions de rhinoplastie, qui visent la reconstruction du nez. Les défis associés à la reconstruction nasale, résultant d'amputations et de mutilations intentionnelles, sont bien documentés dans les archives historiques. Les premiers rapports sur la réparation du nez après des blessures telles que des fractures osseuses ou des lacérations sont retracés jusqu'à 3000 ans avant J.-C., comme en témoigne le papyrus d'Edwin Smith. [27]

Le papyrus chirurgical Edwin Smith, un ancien texte médical égyptien, contient 48 rapports de cas, tous liés à des interventions chirurgicales. Il offre les premières descriptions de la prise en charge chirurgicale des traumatismes faciaux, notamment le traitement des fractures mandibulaires et nasales. À cette époque, les traitements étaient simples : manipulation nasale suivie de l'utilisation de charpie, de tampons et de bouchons de lin comme pansements absorbants. Les attelles étaient fabriquées à partir de bois mince garni de lin, tandis que de la graisse et du miel étaient souvent appliqués sur les plaies fraîches.[28]

Le professeur James H. Breasted, directeur de l'Institut oriental de l'université de Chicago, a publié une traduction du papyrus en 1930. Dans 14 des 27 cas de traumatisme crânien décrits dans le Papyrus Edwin Smith, les lésions concernaient uniquement les tissus mous du cuir chevelu, de l'oreille, du nez, du menton ou de la joue, ou étaient compliquées par une fracture des os nasaux ou du maxillaire, sans entraîner de symptômes neurologiques.[25]

Bien que les anciens égyptiens n'aient pas décrit de techniques de reconstruction complexes, la restauration de la forme était une priorité dans leur approche des affections qui sont aujourd'hui souvent associées à la chirurgie plastique et reconstructive.[26]

L'art et la science indiens de la reconstruction totale du nez représentent le premier chapitre de l'histoire de la chirurgie plastique. De manière remarquable, même des siècles après leur introduction initiale, les méthodes indiennes originales utilisant le lambeau de joue et le lambeau

frontal médian pour la rhinoplastie totale demeurent la base de la plupart des procédures de rhinoplastie reconstructive.[29]

À cette époque, la chirurgie plastique était très demandée. Les actes de mutilation faciale, notamment l'amputation du nez (considéré comme l'organe du respect et de la réputation), étaient fréquemment commis en Inde et dans les territoires avoisinants par des bandes de maraudeurs vicieux, en guise d'humiliation visible et durable.[28]

Au sixième siècle avant J.-C., dans le nord de l'Inde, une classe sacerdotale des potiers, a développé des techniques de remplacement de la peau du nez. Sushruta, membre de cette classe de potiers, a décrit une méthode de transfert de la peau du front et de la joue à l'aide d'instruments chirurgicaux personnalisés. Il s'agit des premières procédures opératoires de reconstruction du nez.[28] Sushrutha est aujourd'hui reconnu comme le "père de la chirurgie plastique" dans le monde entier.[30]

Sushruta est l'auteur de l'ouvrage médical indien Sushruta Samhita, qui détaille de nombreuses procédures chirurgicales, notamment des descriptions de techniques de greffe de peau et de rhinoplastie pour la reconstruction nasale. L'histoire de Sushruta Samhita remonte à 600 avant JC. Il s'agit de l'un des premiers travaux sur la chirurgie plastique et est considéré comme le point le plus ancien de l'histoire de la chirurgie plastique dans l'Inde ancienne. [25]

La principale contribution de Sushruta a été dans le domaine de la chirurgie plastique, notamment en introduisant une nouvelle méthode de reconstruction nasale utilisant des lambeaux pour reconstituer les différentes parties du nez. Il a décrit, dans son ouvrage, de manière brillante la reconstruction du nez à l'aide d'un lambeau de joue pédiculé, ainsi que des techniques pour réparer un lobe d'oreille coupé, percer un lobe d'oreille, réparer une lèvre lacérée, réaliser des greffes de peau, classer les brûlures et prodiguer des soins et une cicatrisation appropriée des plaies.[27]

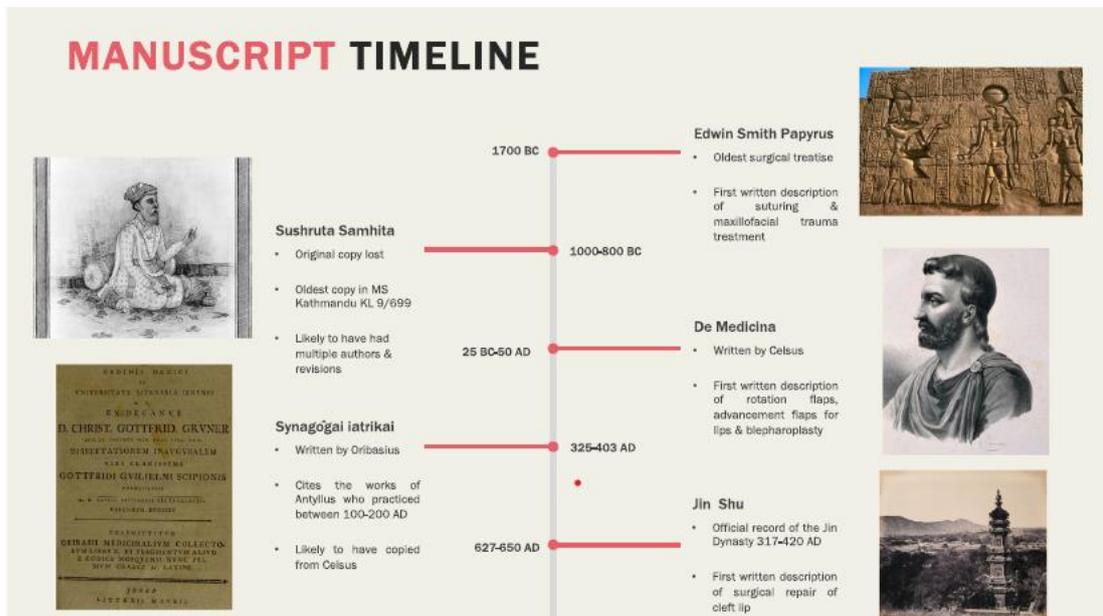


Figure 31 : Aperçu chronologique des manuscrits anciens en chirurgie plastique [26]



Figure 32 : En raison de ses contributions fondamentales à l'art de la chirurgie plastique, Sushruta est considéré comme le "père de la chirurgie plastique" [31]

Les méthodes de soins et de correction chirurgicale des défauts faciaux décrites par plusieurs médecins grecs et romains semblent avoir des similitudes avec celles de leurs homologues indiens. Il est suggéré que cet échange de connaissances médicales entre les civilisations grecque et indienne remonte à une époque antérieure à l'expédition d'Alexandre le Grand en Inde au 4ème siècle avant J.-C.[28]

Les médecins de la Grèce antique, dont le plus célèbre est Hippocrate (460–355 av. J.-C.), avaient une compréhension remarquable des principes de cicatrisation et de gestion des plaies, apportant ainsi de nombreuses contributions significatives à la médecine. Par exemple, ils furent les premiers à utiliser des astringents avant de refermer les plaies, et ils reconnaissaient l'importance de l'irrigation et de la propreté des plaies dans le domaine médical. Cependant, leur innovation en matière de chirurgie plastique a été limitée.[32]

À l'époque de l'Empire romain, Aulus Cornelius Celsus (1er siècle après J.-C.) a rédigé "De Medicina", un ouvrage où il décrit la reconstruction chirurgicale de l'oreille, du nez et des lèvres. Ce texte comprend également des informations sur la réduction mammaire chez l'homme, ainsi que sur la correction de défauts à l'aide de lambeaux d'avancement.[33]

Au quatrième siècle de notre ère, le célèbre médecin byzantin Oribasius a écrit l'encyclopédie "Synagoge Medicae", qui se compose de 70 volumes et offre une description détaillée de la reconstruction des défauts du visage, incluant les sourcils, le front, les joues, le nez et les oreilles.[33]

Les médecins byzantins ont organisé les connaissances médicales anciennes en traités spécialisés, détaillant de nouvelles méthodes de traitement des lésions nasales et introduisant de nouveaux instruments chirurgicaux. De plus, ils ont joué un rôle significatif dans la traduction des textes médicaux grecs et romains anciens et contemporains. Cette activité de traduction a favorisé la propagation et l'essor du savoir médical occidental dans les régions orientales, en particulier au sein du monde arabe, où des œuvres telles que le "Sushruta Samhita" ont été traduites en arabe.[34]

2. La deuxième période : le développement médiéval et la renaissance

Après la chute de l'empire romain et l'avènement du christianisme, une ère de mysticisme et de prédominance religieuse a débuté, marquant un déclin dans toutes les pratiques chirurgicales. Le début du Moyen Âge a été caractérisé par un ralentissement du développement de toutes les branches de la chirurgie.[35]

Avec la conquête islamique de l'Inde au Xe siècle, il est probable que les méthodes médicales indiennes aient été transmises à la culture arabe.[36] Par la suite, ces connaissances ont été propagées à travers toute l'Europe lors de l'invasion et de l'occupation de la Sicile entre le IXe et le XIIe siècle.[28] Au XIIIe siècle, le Pape Innocent III a émis une interdiction explicite des interventions chirurgicales.[33]

La période médiévale a été marquée par les avancées scientifiques réalisées par les savants arabes, caractérisées notamment par la traduction de textes médicaux, une composante essentielle de l'âge d'or arabe. Les écrits médicaux grecs et romains anciens ont été préservés grâce à cette traduction.[37] Néanmoins, une idée fausse largement répandue limite souvent le travail des universitaires arabes à la traduction, ce qui a entraîné une reconnaissance relativement restreinte de leurs réalisations. En réalité, les savants arabes du Moyen Âge ont grandement contribué aux domaines de la médecine et de la chirurgie.[38]

Un écart historique s'est creusé entre la période gréco-romaine et la Renaissance européenne. En négligeant les précieuses contributions des chirurgiens médiévaux tels qu' Abu Alkasem al-Zahrawi (936-1013) et Ibn Sina (980-1037), les savants de l'âge d'or arabe, qui ont établi un lien entre les cultures orientales et occidentales, ont été privés de la reconnaissance qui leur est due.[39]

La renaissance du XIVe siècle a marqué un renouveau dans le domaine de la science et de la médecine, mettant ainsi fin à la stagnation du monde de la chirurgie. Bien que le Moyen Âge n'ait que peu contribué aux progrès de la chirurgie, les principes de reconstruction établis par les

pionniers indiens, hellénistiques et romains avaient été préservés, transmis de génération en génération et d'une civilisation à l'autre.[28]

La première reconstruction nasale attestée en Europe a été réalisée en Italie par la famille Branca au début du XVe siècle. Ce duo père-fils comprenait Branca, le père chirurgien à Catane en Sicile, qui a posé les bases de la reconstruction, et son fils Antonius, qui a développé la méthode de reconstruction du nez à partir d'un lambeau de bras. Leur technique était un secret bien gardé, comme c'était la norme à l'époque, et ils n'ont donc pas laissé de traces écrites.[40]

La renaissance a ravivé l'intérêt pour l'anatomie, avec des médecins tels que Gaspare Tagliacozzi. Du dernier quart de la renaissance, Gaspare Tagliacozzi (1545-1599), jeune professeur de chirurgie et d'anatomie à l'université de Bologne en Italie, s'est distingué en réalisant des reconstructions du nez et d'autres parties du visage à l'aide de lambeaux de bras. Ces méthodes de reconstruction nasale étaient des précurseurs des techniques modernes de greffe.[41]



Figure 33 : la reconstruction nasale par lambeau de bras[22]

3. La troisième période : les avancées modernes

Les avancées dans la compréhension de l'anatomie, le développement des connaissances et des techniques chirurgicales, ainsi que la professionnalisation du métier de chirurgien ont favorisé d'importants progrès dans la pratique de la chirurgie plastique au début de l'époque moderne.[42]

Bien que le terme « restauration » ait été initialement utilisé pour décrire ces procédures, Carl von Graëfe publie son ouvrage historique "Rhinoplastik", où il partage son expérience en matière de reconstruction nasale. Ce moment est d'autant plus significatif car il marque la première utilisation historique du terme « plastique » associé à des procédures de reconstruction. En 1838, Eduard Zeis, faisant allusion à l'adjectif grec Plastikós, qui signifie modelable, a désigné ces interventions comme étant de la chirurgie « plastique ». Depuis lors, le nom a été fixé à la spécialité.[43]

Avec l'avènement des plastiques synthétiques et l'augmentation des besoins en interventions de chirurgie plastique pendant les guerres mondiales, l'ajout du terme «reconstructif» à la dénomination a été envisagé pour apaiser la nouvelle perception du public du terme «plastique».[24]

Au début du XXe siècle, les grandes guerres ont engendré un nombre considérable de blessures chez les militaires et les civils, mettant en évidence le besoin urgent de procédures chirurgicales reconstructives en raison de la nécessité de traiter les survivants traumatisés et défigurés de ces guerres. [33]



Figure 34 : Walter Ernest O'Neil Yeo (20 octobre 1890 – décembre 1960) était un marin anglais de la première guerre mondiale, qui aurait été l'un des premiers à bénéficier de l'avancée chirurgie plastique.[44]

La seconde guerre mondiale a marqué un tournant majeur dans le développement des techniques de reconstruction, et la chirurgie plastique moderne découle directement de cette époque. En s'appuyant sur les avancées en matière de cicatrisation des plaies et de circulation sanguine, la chirurgie plastique moderne s'attache à reconstruire les défauts tissulaires. En conséquence, les chirurgiens plasticiens sont considérés comme des anatomistes pratiquant leur science de manière appliquée.[45]

Entre les deux guerres mondiales, une importante évolution dans le domaine de la chirurgie plastique a été marquée par la création de sociétés scientifiques ayant pour objectif principal d'améliorer le niveau scientifique de la spécialité et de protéger le public contre les pratiques frauduleuses. La première société à voir le jour fut l'American Association of Oral and Plastic Surgeons. En Europe, la Société française de chirurgie réparatrice plastique et esthétique a été établie en 1930, mais elle n'a malheureusement existé que pendant deux ans. En parallèle, en 1931, la Société américaine des chirurgiens plasticiens a été fondée. À la même époque, le Belge

Maurice Coelst crée et édite la Revue de chirurgie plastique. Cette revue, la première sur ce thème, a joué un rôle important dans l'histoire de la chirurgie plastique de l'entre-deux-guerres.[22] En 1952, la Société française de chirurgie plastique voit le jour, marquant ainsi une étape importante dans le développement et la reconnaissance de cette discipline.[46]

Au XXe siècle, la chirurgie plastique a émergé comme une discipline moderne de la médecine, englobant une gamme diversifiée de spécialités telles que la chirurgie reconstructive, la chirurgie de la main, de la tête et du cou, la microchirurgie, le traitement des brûlures et de leurs séquelles, ainsi que la chirurgie esthétique. La chirurgie plastique contemporaine continuera d'évoluer et de progresser.[33]

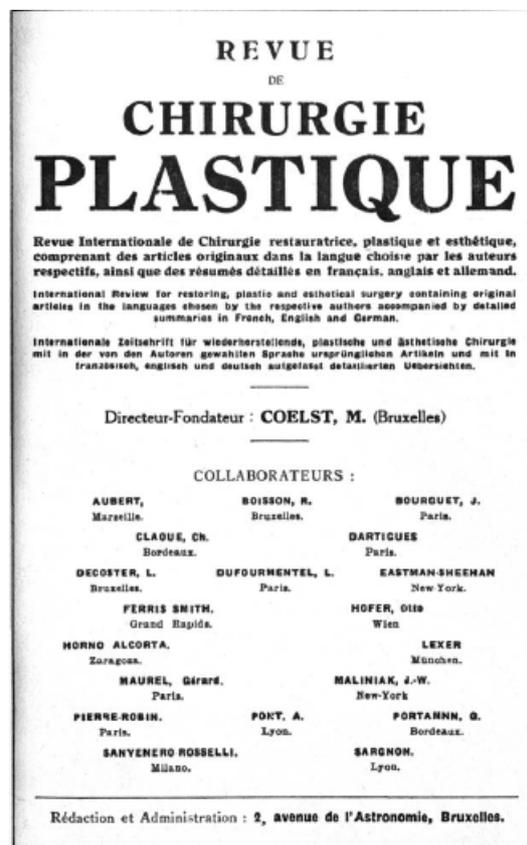


Figure 35 : Revue de chirurgie plastique[22]

4. La quatrième période : L'ère contemporaine

L'évolution de la chirurgie plastique, depuis ses premiers pionniers jusqu'aux avancées contemporaines, a profondément transformé la pratique médicale. Les avancées significatives réalisées pendant la première guerre mondiale ont ouvert la voie à d'autres découvertes.

Les décennies suivantes ont été marquées par des avancées majeures dans des domaines tels que la microchirurgie, la chirurgie esthétique et les interventions oncologiques spécialisées. L'introduction d'implants mammaires en silicone, de lambeaux microchirurgicaux et de greffes de mains réussies ont été des étapes cruciales dans cette évolution. L'avenir de la discipline s'annonce prometteur, avec les avenues de la médecine régénérative et de l'ingénierie tissulaire offrant des opportunités pour améliorer les résultats chirurgicaux et traiter les anomalies congénitales complexes. Ces avancées promettent de nombreux avantages pour les patients, notamment en termes de reconstruction après un traumatisme corporel, d'amputation en oncologie, ainsi que pour la correction des déformations et dysfonctionnements congénitaux.[33]

L'avènement de l'anesthésie a révolutionné les pratiques chirurgicales en permettant aux chirurgiens d'effectuer des interventions plus longues et plus complexes sans infliger de douleur ou de souffrance aux patients. Cette avancée a ouvert la voie à une aide chirurgicale efficace pour les personnes souffrant de lésions tissulaires graves, comme celles causées par des brûlures ou d'autres traumatismes, jouant ainsi un rôle crucial dans l'évolution progressive de la chirurgie plastique en tant qu'art reconstructif.[47]

À l'époque contemporaine, l'avènement de la technologie a facilité la diffusion et l'évolution des techniques, des procédures et des chirurgies à travers le monde. Les progrès technologiques ont ouvert de nouvelles perspectives dans les domaines de la chirurgie plastique reconstructive et esthétique, offrant ainsi une gamme élargie de possibilités aux patients et aux praticiens.[48]

La chirurgie plastique, étant axée sur la technique et la technologie. La compréhension de l'anatomie, a permis le développement de nouveaux lambeaux fiables, transformant ainsi la

chirurgie reconstructive. La maturation de la microchirurgie a concrétisé les principes anatomiques, permettant l'utilisation novatrice de lambeaux tissulaires grâce à une meilleure compréhension de l'irrigation sanguine des tissus. Les avancées technologiques, comme l'ingénierie tissulaire, la thérapie génique, les nouveaux matériaux et l'imagerie assistée par ordinateur, promettent de nouvelles transformations dans le domaine.[49]

Selon la Société marocaine des chirurgiens esthétiques et plastiques, l'histoire de la chirurgie esthétique au Maroc remonte à plusieurs décennies. Dès les années 1960, des personnes du monde entier se rendaient à Casablanca pour bénéficier des services du célèbre Dr. Burou. Casablanca était une référence dans le domaine de la chirurgie plastique dans les années 1950, 1960 et même au début des années 1970. Des figures éminentes de la profession y sont associées, telles que le Dr. Cochain, le Dr. Lentillhac, qui a fondé la première école de chirurgie esthétique au Maroc, et bien sûr le très renommé Dr. Burou. Depuis lors, plusieurs générations de chirurgiens ont perpétué cet héritage. [50] Grâce à son caractère novateur et pionnier, le travail de Georges Burou et sa technique de vaginoplastie ont marqué l'histoire de la chirurgie plastique.[51]

5. Histoire de la chirurgie esthétique :

La chirurgie esthétique trouve ses racines dans le XXe siècle, une époque marquée par des progrès significatifs dans les domaines de l'anesthésie et de l'asepsie. Les premières interventions autorisées comprenaient la correction des oreilles décollées par Ely, suivie de la rhinoplastie endo nasale par Roe. C. C. Miller a été le premier chirurgien à se spécialiser dans ce domaine et à publier des ouvrages à ce sujet.[52]

Avant la Première Guerre mondiale, la pratique de la chirurgie esthétique était peu répandue et les publications à ce sujet étaient rares. Cependant, l'ampleur des blessures faciales causées par la guerre des tranchées a conduit à la création d'unités de chirurgie maxillofaciale pendant la première guerre mondiale, en réponse au nombre considérable de blessés au visage.[53]

Après la Seconde Guerre mondiale, les chirurgiens plasticiens ont commencé à s'intéresser davantage à la chirurgie esthétique qu'à la chirurgie reconstructive, ce qui reflète les changements sociétaux et l'évolution des idéaux de beauté.[25]

Aux États–Unis, avec l'essor des classes moyennes, l'amélioration du niveau de vie et la popularisation croissante de la télévision, la chirurgie esthétique est devenue un phénomène social majeur. À partir du milieu des années 1960, les techniques ont connu des améliorations et des raffinements, bien que souvent, on revisite des méthodes déjà existantes. À cette époque, le nombre d'interventions chirurgicales a connu une croissance vertigineuse aux États–Unis et en Europe, en plus des millions d'actes non chirurgicaux tels que les peelings, le laser, la microdermabrasion et les injections de toxine botulique. Au cours de la dernière décennie, la chirurgie esthétique a subi des changements significatifs.[52]

Au cours de la dernière décennie, la chirurgie esthétique a connu des avancées significatives grâce à l'acceptation et à la disponibilité accrues de procédures esthétiques moins invasives. Parmi celles–ci, on compte l'injection de toxine botulique, les produits de comblement des tissus mous et les mini–liftings, qui ont ajouté une nouvelle dimension à l'utilisation de techniques non chirurgicales dans le domaine de la chirurgie esthétique. L'intégration des ordinateurs et de l'imagerie numérique a permis de simuler, de prévisualiser et de planifier les résultats souhaités en chirurgie esthétique. De plus, la photographie numérique et l'imagerie superficielle ont facilité l'évaluation de la satisfaction des patients à l'égard des résultats chirurgicaux.[54]

Dernièrement, nous avons constaté une tendance croissante à l'utilisation de la chirurgie esthétique, en réponse à l'évolution continue de la société moderne où le bien-être individuel est de plus en plus influencé par l'attrait de l'apparence physique, selon les différentes normes imposées par la société.[16]



Figure 36 : Première otoplastie par ET Ely (1881) ; A : résultat de face (seule l'oreille droite a été opérée) ; B : résultat de dos.[53]

III. La formation en chirurgie plastique et esthétique :

La chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, représente une spécialité médicale extrêmement polyvalente. Elle englobe divers domaines tels que la brûlologie, la traumatologie, la cancérologie, ainsi que les pathologies malformatives congénitales ou acquises, toutes visant à la reconstruction. Parallèlement, la chirurgie esthétique, également partie intégrante de cette spécialité, aborde des aspects tels que le vieillissement, l'obésité et les interventions visant à améliorer l'apparence esthétique.[55]

Le Conseil d'accréditation pour l'enseignement médical supérieur (ACGME) et le Conseil américain des spécialités médicales (ABMS) ont identifié six compétences fondamentales pour les résidents en médecine acquises lors de leur formation : soins aux patients, connaissances médicales, apprentissage et amélioration fondés sur la pratique, compétences interpersonnelles et de communication, professionnalisme et pratique fondée sur les systèmes.[56]

La formation en chirurgie plastique doit être adaptée à la pratique clinique et inclure des programmes dynamiques qui suivent les progrès de la société. Ces programmes doivent englober l'éducation, la formation et l'acquisition d'expérience pour les chirurgiens en formation.[57]

La formation en chirurgie réparatrice se divise en volets théorique et pratique, visant à doter les chirurgiens des compétences nécessaires pour restaurer la fonction et l'apparence des tissus, organes ou membres affectés par diverses causes.[58]

1. La formation théorique :

La formation théorique joue un rôle crucial en guidant la progression pratique et sert également de base pour l'évaluation continue des compétences pratiques. Cette formation est renforcée par plusieurs activités, notamment la préparation et la présentation des cours, la participation aux séances de bibliographie, les discussions lors des réunions d'équipe et la participation à divers événements scientifiques nationaux ou internationaux, ainsi que par la publication de travaux scientifiques.

Les sciences fondamentales telles que l'anatomie et la physiologie constituent les piliers théoriques solides de la chirurgie plastique. Ces disciplines fournissent les fondements sur lesquels reposent les principes établis et en constante évolution de la chirurgie plastique. [59] Toute intervention de chirurgie plastique s'appuie sur une compréhension fondamentale de l'anatomie et de la physiologie normales. Ces principes sont essentiels pour garantir des améliorations chirurgicales sécuritaires et des résultats durables pour le patient. [60]

Les chirurgiens en formation développent leur capacité à évaluer les patients et à interpréter les résultats des examens diagnostiques pour élaborer des plans de traitement adaptés à chaque cas. En parallèle, une connaissance approfondie des diverses conditions médicales nécessitant une intervention chirurgicale réparatrice est fondamentale. La formation théorique comprend également l'étude des différentes techniques chirurgicales utilisées en chirurgie plastique et réparatrice. De plus, une attention particulière est portée à l'éthique médicale, intégrant la réflexion éthique et la prise de décision éthique dans le contexte des interventions chirurgicales de réparation, en tenant compte de leurs implications complexes.[58]

La formation théorique est dispensée de manière rigoureuse à travers une gamme variée de méthodes pédagogiques dynamiques. Des cours spécialisés, les échanges réguliers lors des réunions de staff fournissent une base solide et permettent d'approfondir les concepts et d'examiner des cas cliniques. Les tables rondes et les rencontres avec des spécialistes offrent un cadre propice à la discussion des avancées scientifiques et des techniques émergentes. La participation à des webinaires permet en outre d'accéder à des ressources éducatives actualisées et de bénéficier des conseils d'experts mondiaux, contribuant ainsi à enrichir la compréhension théorique des chirurgiens en formation. En combinant ces différentes approches éducatives, la formation prépare de manière efficace les chirurgiens à affronter les défis complexes de la chirurgie réparatrice.[58]

2. La formation pratique :

Les compétences pratiques résultent de la mise en œuvre des connaissances théoriques acquises par le résident en chirurgie plastique et esthétique, lui permettant ainsi d'assimiler une formation complète. Cela démontre non seulement sa maîtrise des aspects techniques de l'art chirurgical, mais aussi sa qualité de raisonnement clinique et sa capacité à gérer efficacement la relation médecin-patient. Cette compétence se développe grâce à une participation active à toutes les activités du service ainsi qu'aux stages dans d'autres services.

2.1. Techniques de base en chirurgie plastique :

Les techniques fondamentales en chirurgie plastique constituent les bases sur lesquelles reposent les compétences pratiques nécessaires en chirurgie. Cela englobe la préparation du patient avant l'intervention, la gestion de l'anesthésie et de la douleur, ainsi que la désinfection et la stérilisation du matériel chirurgical. De plus, les chirurgiens plasticiens doivent maîtriser différentes techniques de suture et de cicatrisation pour garantir des résultats esthétiques optimaux. La connaissance de ces techniques est cruciale pour assurer des soins sûrs et de haute qualité en chirurgie plastique.[61]



Figure 37 : Préparation préopératoire du patient [62]

La chirurgie plastique repose sur des principes fondamentaux : restaurer la fonction, rétablir l'anatomie et améliorer les techniques chirurgicales. La chirurgie plastique s'efforce de rétablir l'anatomie aussi précisément que possible. Le perfectionnement technique est constant dans ce domaine, avec une recherche continue pour améliorer les techniques existantes et développer de nouvelles approches chirurgicales afin d'obtenir des résultats plus efficaces et esthétiques pour les patients. Ces principes, la fonction, l'anatomie et les techniques forment le fondement de la pratique de la chirurgie plastique moderne, avec pour objectif de garantir les meilleurs résultats possibles pour les patients.[63]

2.2. Les compétences spécifiques en chirurgie plastique et esthétique :

La formation pratique en chirurgie plastique et réparatrice englobe la participation active à des interventions chirurgicales, la gestion progressive de cas de plus en plus complexes, le suivi post-opératoire des patients, et l'acquisition de compétences en microchirurgie pour des reconstructions délicates. Cette formation vise à préparer les chirurgiens plastiques à fournir des soins spécialisés axés sur la restauration fonctionnelle et esthétique des tissus affectés. Cette formation requiert un équilibre entre la compréhension théorique et la pratique des compétences chirurgicales spécialisées, suivant une progression graduelle tout au long des années de résidanat.[58]

Le domaine de la chirurgie plastique continue de se développer et de s'étendre de manière significative. Les procédures deviennent de plus en plus complexes, exigeant ainsi une formation approfondie dans des domaines spécifiques.[64]

Pour maîtriser la chirurgie plastique, il est crucial d'avoir une solide compréhension des concepts précliniques fondamentaux. De plus, l'application des principes essentiels de la chirurgie plastique est indispensable, notamment la préservation de la vascularisation, le remplacement des tissus de manière identique, le respect des zones anatomiques et la protection de la cicatrisation tissulaire grâce à une technique chirurgicale précise.[65]

La chirurgie plastique repose sur une compréhension approfondie des principes conceptuels et des compétences techniques nécessaires pour mener à bien des interventions spécifiques. Pour atteindre ce niveau d'expertise, une formation adéquate en chirurgie plastique est essentielle. Au cours de cette formation, les résidents sont guidés à travers diverses phases, allant de l'évaluation préopératoire à la gestion postopératoire des patients. Grâce à des expériences pratiques, des lectures et des conférences, les résidents acquièrent une solide compréhension des principes fondamentaux de la chirurgie plastique, tout en perfectionnant leurs compétences techniques. L'objectif ultime est de résoudre les défis complexes rencontrés dans la pratique chirurgicale, en appliquant de manière efficace les connaissances acquises.[66]

En chirurgie plastique et esthétique, il est crucial de prendre en charge le patient dans son intégralité. Que ce soit pour reconstruire des patients souffrant de blessures, de défigurations ou de cicatrices, ou pour réaliser des interventions esthétiques visant à remodeler les traits du visage et du corps selon les souhaits du patient, les chirurgiens plasticiens considèrent l'impact du résultat sur l'ensemble du patient. La chirurgie plastique ne se limite pas à un ensemble défini et restreint de procédures chirurgicales, mais plutôt à une perspective et à des principes visant à résoudre des problèmes. Par conséquent, une exposition à une grande variété de problèmes et de disciplines chirurgicales renforce la capacité du chirurgien plasticien à traiter tous les patients.[67]

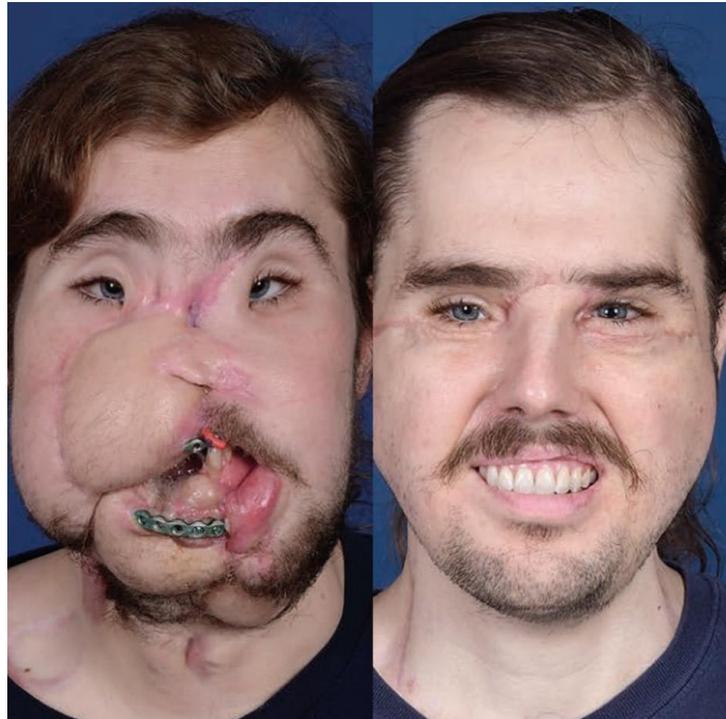


Figure 38 : Résultat d'une reconstruction faciale chez un homme de 25 ans ayant subi un traumatisme facial par balle, réalisée au service de chirurgie plastique à New York[68]

Le champ d'intervention des chirurgiens plasticiens est vaste. La spécialité de la chirurgie plastique englobe la réparation, le remplacement et la reconstruction des défauts physiques affectant la forme ou la fonction de diverses parties du corps, y compris la peau, le système musculosquelettique, les structures cranio-maxillo-faciales, la main, les membres, le sein, le tronc et les organes génitaux externes. Les chirurgiens plasticiens traitent une variété de problèmes, notamment les anomalies congénitales de la tête et du cou, telles que les fentes labiales et palatines, ainsi que d'autres malformations congénitales. De plus, ils prennent en charge les blessures du visage, y compris les fractures des os de la mâchoire et du visage. Le traitement des tumeurs de la tête et du cou et la reconstruction de ces régions après l'ablation de ces tumeurs relèvent également de la chirurgie plastique.[67]

Depuis l'avènement de la microchirurgie contemporaine, l'enseignement de cette discipline est devenu un élément essentiel de la formation en chirurgie plastique et reconstructive. La microchirurgie est largement reconnue comme l'une des techniques chirurgicales les plus complexes et exigeantes.[69]

La chirurgie esthétique constitue une part intégrante du large champ de la chirurgie plastique et reconstructive. En tant que sous-spécialité cruciale de la chirurgie plastique, la chirurgie esthétique nécessite une attention particulière lors de la formation, en raison de son environnement d'enseignement spécifique et de la nature particulière de sa patientèle. Bien que l'éducation en chirurgie esthétique soit en constante évolution, définir le modèle optimal pour former efficacement les futurs chirurgiens plasticiens dans ce domaine reste un défi. Les interventions esthétiques sont majoritairement réalisées dans des cabinets privés, où les patients attendent un service personnalisé et exclusif de la part de leur médecin. Ce cadre peut représenter une difficulté pour enseigner les procédures fondamentales de la chirurgie esthétique et pour permettre aux stagiaires d'acquérir une expérience pratique complète dans tous les aspects de cette sous-spécialité.[70]

La chirurgie plastique se distingue comme l'une des spécialités les plus diversifiées de la médecine. En raison de sa formation hautement compétitive, le choix du résidanat en chirurgie plastique est un moment crucial dans la carrière d'un médecin. Les futurs praticiens doivent prendre en compte de nombreux facteurs lorsqu'ils décident de poursuivre leur formation en chirurgie plastique.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'intérêt croissant des étudiants en médecine pour la chirurgie plastique. Tout d'abord, les chirurgiens plasticiens réussissent peut-être mieux que d'autres spécialités à captiver l'intérêt des étudiants pendant leurs études de médecine, ce qui les expose davantage à cette discipline. Ensuite, la perspective de revenus élevés dans ce domaine peut également attirer un nombre croissant d'étudiants. Contrairement à d'autres spécialités, les chirurgiens plasticiens sont moins affectés par les baisses de remboursement des assurances, car

ils peuvent pratiquer des interventions esthétiques indépendantes de l'assurance. En outre, le mode de vie généralement plus agréable des chirurgiens plasticiens, qui sont moins confrontés à des situations d'urgence ou de patients gravement malades, peut également séduire les étudiants. Enfin, l'exposition médiatique accrue grâce à des émissions de télévision populaires mettant en scène la chirurgie plastique peut contribuer à sensibiliser davantage les étudiants à cette spécialité.[71]

3. Exemple : programme de la faculté de médecine de Marrakech–Maroc

Au Maroc, la formation d'un futur chirurgien plasticien est un processus complexe s'étendant sur cinq ans. Ce parcours repose sur deux piliers majeurs : l'enseignement théorique, comprenant des cours spécialisés, des sessions bibliographiques et des discussions médicales, fournissant les connaissances fondamentales aux résidents ; et la formation pratique hospitalière, qui joue un rôle crucial dans cette formation.[58]

Le programme théorique est fait de bases fondamentales (anatomie, physiologie), les pathologies tégumentaires (brûlure, infection...), la chirurgie réparatrice et reconstructrice générale (pertes de substance, malformations...) et la chirurgie et médecine esthétique. Une proposition de réorganisation du programme théorique de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech a été introduite et a débuté sa mise en œuvre. Ce nouveau programme est structuré en trois volets de compétences : les deux premières années se concentrent sur les compétences générales et les bases fondamentales, tandis que les troisièmes et quatrièmes années se consacrent au programme de réparation. Enfin, la cinquième année est dédiée à un programme spécifique de médecine esthétique.[57]

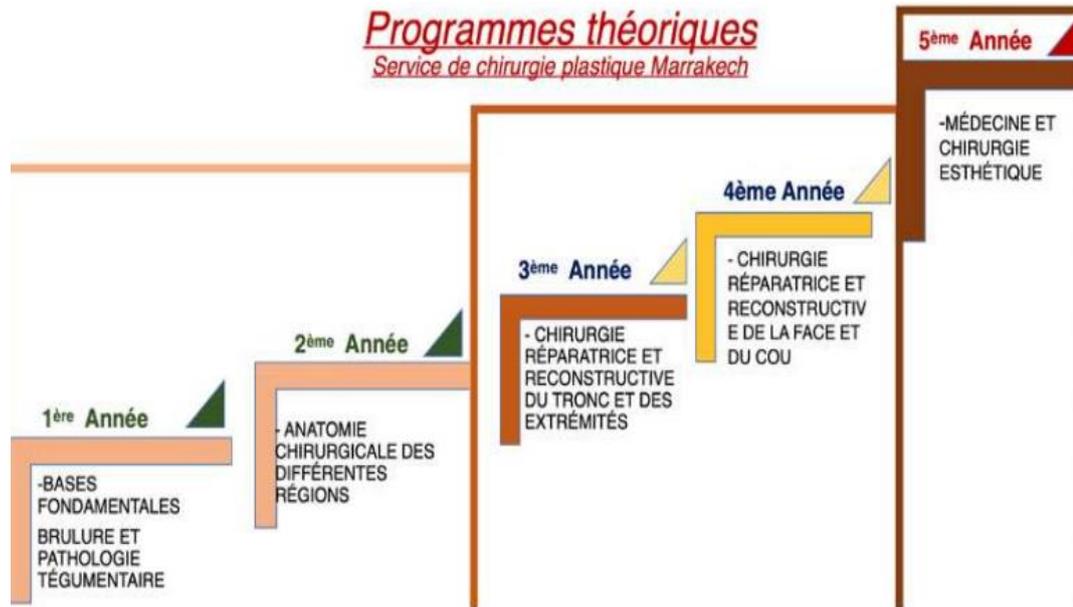


Figure 39: Programmes théoriques proposés par le service de chirurgie plastique Marrakech.[57]

La formation pratique, au sein de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, se concentre principalement sur le bloc opératoire, les stages, les gardes et les ateliers. Une réorganisation du programme pratique a été entreprise en parallèle avec le programme théorique, en tenant compte des différentes années de formation.[57]

Le programme de formation des spécialistes en chirurgie plastique et réparatrice au Maroc englobe trois principales disciplines, qui partagent toutes la prise en charge des lésions tissulaires et des anomalies, avec un accent particulier sur l'amélioration esthétique et la correction des défauts corporels. Ces disciplines comprennent la brûlologie, la chirurgie réparatrice et reconstructrice, ainsi que la chirurgie esthétique.[58]

La brûlologie est cruciale dans la formation des résidents en chirurgie plastique, exigeant l'acquisition d'un ensemble complet de compétences théoriques et pratiques pour une prise en charge efficace des patients brûlés. La formation en brûlologie pour un résident en chirurgie plastique vise à développer une expertise dans le traitement des brûlures, mettant l'accent sur

l'application directe des connaissances théoriques lors de sessions éducatives pour favoriser une compréhension approfondie et une compétence pratique dans ce domaine.[58]



Figure 40 : Pansement du brulé[62]

La formation en chirurgie réparatrice combine des aspects théoriques et pratiques pour doter les chirurgiens des compétences indispensables à la restauration de la fonction et de l'apparence des tissus, organes ou membres touchés par des défauts congénitaux, des traumatismes, des maladies ou des interventions chirurgicales préalables. [58]

La chirurgie esthétique occupe une position distinctive dans la formation médicale, offrant aux résidents en chirurgie réparatrice une occasion d'explorer une variété de techniques visant à restaurer, améliorer et embellir la forme physique et la fonctionnalité des patients.[58]

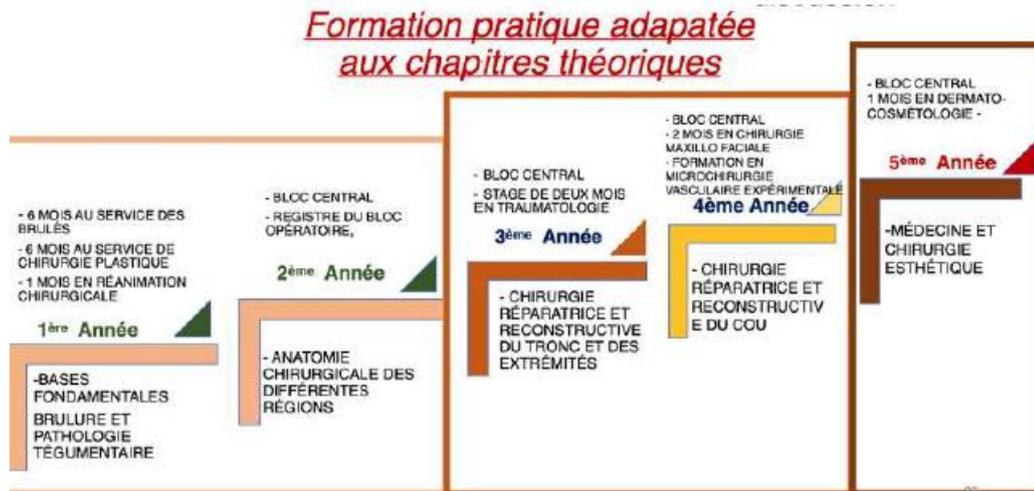


Figure 41 : Programmes pratiques proposés par le service de chirurgie plastique Marrakech.[57]

IV. Les réformes de l'enseignement de la chirurgie plastique et esthétique :

Les réformes de l'enseignement en chirurgie plastique sont essentielles pour garantir l'avenir de cette spécialité médicale. En effet, la qualité des soins et l'innovation dans ce domaine reposent en grande partie sur la formation des chirurgiens plasticiens. L'avenir de la chirurgie plastique est inextricablement lié à l'avenir de l'enseignement médical supérieur. Pour que la formation médicale supérieure réponde aux défis actuels et soit pérenne, une réforme substantielle est nécessaire. Cela implique d'adopter les principes de l'apprentissage, d'intégrer la technologie numérique mobile dans la formation, d'appliquer des méthodes d'enseignement efficaces pour les compétences pratiques et d'utiliser des méthodes objectives pour évaluer la performance des résidents.[72]

Dans ce contexte, diverses approches pédagogiques ont été étudiées et appliquées pour améliorer la formation des professionnels. On a examiné ces différentes méthodes, allant de l'enseignement en salle de cours à l'enseignement à distance, en passant par la simulation et la classe inversée.

1. Enseignement en présentiel :

L'enseignement en présentiel reste l'une des formes d'enseignement les plus répandues dans le domaine de l'éducation médicale. Cette méthode est simple et permet aux enseignants de communiquer directement avec un groupe d'apprenants réunis, facilitant ainsi la transmission d'informations à grande échelle, la raison pour laquelle elle reste largement employée. Bien que souvent unidirectionnelles, les présentations offrent une opportunité efficace de transmettre des connaissances factuelles et de clarifier des concepts. La littérature souligne divers bénéfices qui expliquent leur persistance : Elles facilitent la transmission de connaissances factuelles à un large public d'étudiants, elles offrent une utilisation pratique et efficace des ressources disponibles (un enseignant pour un groupe d'étudiants dans une salle), elles permettent de mettre à jour les idées, de fournir des informations actualisées, de compléter les manuels, de donner des opportunités de clarification et de faire gagner aux étudiants le temps de recherche d'informations.[73]

2. Enseignement par simulation :

La simulation est devenue une méthode de formation sûre et standardisée, permettant d'évaluer la capacité à effectuer certaines procédures et interventions chirurgicales, ainsi qu'à travailler en équipe dans un cadre clinique simulé.[56]

Avec une prise de conscience croissante de la sécurité des patients et de l'éthique entourant la pratique médicale, ainsi que l'introduction d'heures de formation limitées, il est devenu impératif que les programmes d'enseignement en chirurgie se concentrent sur le développement des compétences, éventuellement à travers l'utilisation de simulations.[69]

La FMPM a accordé une grande importance à l'enseignement par simulation par la création de centre de simulation et d'innovation en Sciences de la Santé (CSI2S), C'est un département pédagogique innovant labélisé dans le cadre de "la cité de l'innovation". Il fonctionne comme un laboratoire universitaire, se concentrant sur la pédagogie médicale utilisant les technologies numériques et la simulation. Le CSI2S est multidisciplinaire et vise à répondre aux besoins de formation des professionnels de la santé, à améliorer la qualité et la sécurité des soins grâce à des

solutions numériques et de simulation. Il met l'accent sur l'implication active des étudiants et les résidents dans leur formation et renforce la gestion des risques en médecine.[74]

3. Enseignement à distance :

L'Enseignement à Distance (EAD) est devenu plus courant grâce à l'évolution des technologies, il permet aux étudiants d'accéder à des ressources éducatives de manière flexible et efficace. Au cours de la dernière décennie, les écoles de médecine ont progressivement intégré cette approche dans leurs méthodes pédagogiques, et la pandémie de coronavirus a grandement accéléré son adoption généralisée.[75]

Les webinaires et les environnements d'apprentissage virtuels sont devenus des outils essentiels pour compléter l'enseignement en présentiel. Ils présentent généralement des avantages par rapport aux méthodes d'enseignement traditionnelles en raison de leur facilité d'accès et de leur flexibilité, permettant aux participants d'apprendre à leur propre rythme.[76]

La FMPM a mis en place l'EAD en réponse aux directives gouvernementales et royales depuis mars 2020. Elle a investi dans l'infrastructure informatique et le développement des compétences pédagogiques de ses enseignants. En réaction à la pandémie, elle a introduit la technique de l'EAD pour la première fois au Maroc et en Afrique. Ces initiatives visent à améliorer la réussite des étudiants et à potentiellement réduire les heures en présentiel.[77]

4. Enseignement par classe inversée :

Le concept de classe inversée est un modèle pédagogique qui favorise l'apprentissage autodirigé et la discussion interactive. Concrètement, il inverse la séquence traditionnelle des cours magistraux suivis d'exercices en classe en proposant aux étudiants des tutoriels en ligne qu'ils consultent à domicile. En classe, le temps est consacré à des discussions interactives sur le contenu des tutoriels, favorisant ainsi une meilleure compréhension et assimilation des connaissances.[72]

L'application de la méthode de la classe inversée à la FMPM a révélé les avantages de cette approche, notamment l'engagement actif et l'amélioration de compétences pratiques. Ainsi qu'une

plus grande autonomie dans l'apprentissage, une meilleure rétention des connaissances et une expérience clinique plus enrichissante. Cependant, elle reconnaît également les défis et les limites potentiels. Bien que la classe inversée puisse enrichir la formation médicale, son efficacité dépend de divers facteurs et nécessite une adaptation aux besoins spécifiques des étudiants et des programmes de formation. [78]

La FMPM s'est activement engagée dans la modernisation de ses méthodes d'enseignement, étant l'une des premières institutions à s'engager dans des approches innovantes comme l'enseignement par simulation, l'enseignement à distance et l'enseignement par classes inversée. En mettant l'accent sur ces méthodes éducatives innovantes, elle a non seulement renforcé la qualité de l'enseignement, mais également instauré un cadre d'apprentissage plus interactif et captivant pour les classes. Grâce à cette initiative, les cours en présentiel ont été dynamisés en les accompagnant d'expériences d'apprentissage pratiques et immersives, ce qui a renforcé la formation médicale et favorisé une meilleure compréhension des concepts théoriques.

En intégrant ces nouvelles approches pédagogiques, la FMPM s'est positionnée comme un acteur majeur de l'innovation éducative et a joué un rôle essentiel dans la préparation de ses étudiants pour faire face aux défis complexes du domaine médical contemporain.

DISCUSSION DES RESULTATS :

I. Caractéristiques socio-professionnelles :

1. Répartition selon l'âge et le sexe :

Dans notre échantillon, la moyenne d'âge des participants était de 28 ans avec un écart-type de 7 ans, et les âges variaient de 23 à 68 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 30 ans, constituant 42,3% de l'échantillon. La majorité des participants étaient de sexe féminin, représentant 71% de l'échantillon.

Dans une étude menée en Arabie Saoudite par **Alharbi et al**[79], l'âge moyen de l'ensemble des participants était de 40,6 ans avec un écart-type de 10,1 ans, et 59,8% avaient moins de 40 ans, 51,2 % étaient des hommes, tandis que 48,8 % étaient des femmes.

L'étude de **Mrad et al** [7], également réalisée en Arabie Saoudite, a révélé que 60,2% des participants appartenaient à la tranche d'âge de 30 ans ou moins, et plus de la moitié d'entre eux étaient des femmes (51%).

Une autre étude menée en France par **Lupon et al**[80] a rapporté une moyenne d'âge des répondants de 37,9 ans, avec 93,4% d'entre eux étant des femmes.

2. Répartition selon le profil :

Dans notre étude la participation des étudiants en fin de formation était prédominante soit : (63 %) de la population, suivie des médecins généralistes (37 %).

Différentes études dans nombreux pays ont été élaborées pour évaluer la perception de la chirurgie plastique et esthétique.

En Arabie saoudite, cette étude était bien le sujet de recherche au fil des années.

En 2023, **Ghamdi et al** avait ciblé 339 étudiants en médecine, de la deuxième année à l'internat à l'université de Qassim, dans une étude visant à explorer divers domaines, y compris les données démographiques, les connaissances et la perception de la chirurgie plastique.[10]

Parallèlement, l'étude de **Mrad et al** en 2022 a inclus 261 médecins spécialistes et généralistes. Ces médecins ont répondu à un questionnaire comportant deux sections : la première portait sur les connaissances générales en chirurgie plastique, tandis que la deuxième présentait des scénarios cliniques courants gérés par les chirurgiens plasticiens, visant à évaluer la compréhension de l'étendue de la discipline.[7]

En 2021, une étude élaborée par **Aljindan et al** a visé d'évaluer les connaissances de 387 étudiants en médecine sur la spécialité de la chirurgie plastique ainsi que leur perception de cette spécialité.[81]

L'étude menée par **Alyahya et al** en 2021 a impliqué la participation de 292 étudiants en médecine. Parmi eux, 174 étaient des étudiants débutants dans leur parcours de formation médicale, représentant ainsi 59,6 % de l'échantillon. Les 118 autres participants, soit 40,4 %, étaient des étudiants en fin de cursus ou des internes. L'objectif principal de cette étude était de fournir un aperçu de la perception de la spécialité de la chirurgie plastique et esthétique par les étudiants en médecine et les internes à l'Université du Roi Faisal, ainsi que de leur perception de la chirurgie esthétique en général.[8]

En 2020, **Fakiha et al** ont réalisé une étude visant à analyser les raisons sous-jacentes à la fausse perception de la chirurgie plastique par 111 étudiants en médecine et internes de sexe masculin de l'Université de Jeddah. Ils ont également les interrogé sur l'opinion de leurs collègues et de la communauté à propos de cette spécialité.[82]

Alharbi et al avaient mené une étude dans le même pays en 2019 ciblant les médecins généralistes et les médecins spécialistes en médecine de famille dans le but de comprendre leur niveau de connaissance et de sensibilisation à la chirurgie plastique.[79]

Dans la même année, l'étude de **Mortada et al** a évalué les connaissances et la perception de la chirurgie plastique chez 886 étudiants en médecine de toutes les années de l'hôpital universitaire King Abdulaziz ainsi que les facteurs d'influence qui sous-tendent certaines croyances.[83]

En Inde, l'étude menée par **Panse et al** a impliqué 100 résidents et professeurs de spécialités non chirurgicales dans le but d'évaluer leur attitude, leurs connaissances et leur perception de la chirurgie plastique.[5] De plus, l'étude d'**Agarwal** a enquêté sur les connaissances et a fourni des preuves initiales pour l'éducation sur le champ d'application de la chirurgie plastique. Leur enquête a inclus 200 membres du public, 181 étudiants en médecine, 165 infirmiers et 72 médecins généralistes.[84]

Aux États-Unis, des études ont également été menées pour évaluer la perception de la chirurgie plastique et esthétique. L'étude d'**Agarwal et al** en 2013 a été menée auprès des étudiants en médecine. L'objectif de cette étude était d'évaluer la compréhension des étudiants en médecine du champ d'application de la chirurgie plastique à l'Université de l'Utah et d'analyser l'impact de l'exposition clinique à la chirurgie plastique sur cette compréhension.[85]

De même, l'étude de **Tanna et al** en 2010 a examiné la perception des résidents en médecine interne, pédiatrie et médecine de famille concernant la pratique de différents domaines de la chirurgie plastique et reconstructive.[19]

Le Royaume-Uni a également participé à l'étude de la perception de la chirurgie plastique et esthétique.

Dunkin et al, en 2003, avaient mené une étude qui a impliqué 335 médecins généralistes, 228 étudiants en médecine et 1004 membres du public. L'objectif de cette étude était d'évaluer la compréhension de l'éventail des pathologies prises en charge par les chirurgiens plasticiens.[86]

Hassan et Jivan, en 2016, ont étudié les pratiques actuelles d'orientation de 40 médecins généralistes étant donné que les interventions chirurgicales relevant de la chirurgie plastique sont souvent adressées à des spécialités concurrentes. Cette recherche visait à améliorer la compréhension et la gestion des cas de chirurgie plastique par les médecins généralistes en formation.[87]

Mahalingam et al, en 2014, ont élaboré une étude portant sur la perception de la chirurgie plastique auprès de 165 étudiants en quatrième et dernière année d'études médicales. Parmi ces étudiants, 65% étaient en dernière année.[88]

En France, **Lupon et al** ont mené deux enquêtes visant à évaluer la perception de la chirurgie plastique parmi les professionnels de la santé. La première enquête, réalisée en 2020, a impliqué 1262 kinésithérapeutes qui y ont répondu.[89] La deuxième enquête, menée en 2021, a inclus 318 infirmiers qui ont également participé à l'enquête.[80]

Tableau XIII : Comparaison des catégories professionnelles des prestataires participants aux travaux de recherche dans les différentes séries

Pays/Année	Auteur	Personnel interrogé
Marrakech, Maroc 2024	Notre étude	Les médecins généralistes Les étudiants en fin de formation
Arabie saoudite 2023	Ghamdi et al	Les étudiants en médecine
Arabie saoudite 2022	Mrad et al	Les médecins spécialistes Les médecins généralistes
L'Écosse 2021	Kidd et al	Les étudiants en médecine
Arabie saoudite 2021	Aljindan et al	Les étudiants en médecine
Arabie saoudite 2021	Alyahya et al	Les étudiants en médecine Les internes
France 2021	Lupon et al	Les infirmiers
France 2020	Lupon et al	Les kinésithérapeutes
Arabie saoudite 2020	Fakiha et al	Les étudiants en médecine
Arabie saoudite 2019	Alharbi et al	Les médecins généralistes Les médecins spécialistes en médecine de famille
Arabie saoudite 2019	Mortada et al	Les étudiants en médecine
Royaume–Uni 2016	Hassan et Jivan	les médecins généralistes
Australie 2016	Conyard et al	Les étudiants en médecine
Royaume–Uni 2014	Mahalingam et al	Les étudiants en médecine , 65% sont en fin de formation
Les États–Unis 2013	Agarwal et al	Les étudiants en médecine
Inde 2012	Panse et al	Les professeurs et les résidents aux services non chirurgicaux
Les États–Unis 2010	Tanna et al	Les résidents en médecine interne, pédiatrie, et médecine de famille
Inde 2004	Agarwal	Les médecins généralistes Les étudiants en médecine Les infirmiers Le public
Royaume–Uni 2003	Dunkin et al	Les médecins généralistes Les étudiants en médecine Le public

II. Évaluation de la formation universitaire :

1. Évaluation de la formation pratique au sein du service de chirurgie plastique et esthétique :

Dans notre étude, nous constatons un pourcentage élevé, soit 78% des participants n'ayant pas effectué de stage hospitalier dans le service de chirurgie plastique et esthétique. Ce constat est similaire à celui observé dans les études en Australie menées par Conyard et al où un pourcentage de 90 % a été observé [90], ainsi que dans celle d'Aljindan et al avec un pourcentage de 88.9 % .[81] .

Tableau XIV : La formation pratique au sein du service de chirurgie plastique et esthétique

	Non	Oui
Notre étude	78 %	22 %
Conyard et al	90 %	10 %
Aljindan et al	88.9 %	11.1 %

2. Évaluation de l'exposition à la chirurgie plastique et esthétique :

Dans notre série, nous constatons que la majorité des participants présentent une exposition insuffisante à la chirurgie plastique et esthétique, avec un pourcentage de 61 %. Ce constat est similaire aux résultats observés en Arabie Saoudite, rapportés par Alyahya et al [8] qui ont observé un pourcentage de 94.5 %, et Ghamdi et al [10] avec un pourcentage de 53.7 %.

L'étude de Mahaligam et al [88], au Royaume-Uni a également rapporté une majorité de 60 % insuffisamment exposée à la chirurgie plastique et esthétique, de même que celle d'Agarwal et al [85] réalisée aux États-Unis qui rapporte des résultats similaires (71%).

Tableau XV : l'exposition à la chirurgie plastique et esthétique

	suffisamment exposés	insuffisamment exposés
Notre étude	39 %	61 %
Alyahya et al	5.5 %	94.5 %
Mahalingam et al	40 %	60 %
Agarwal et al	29 %	71 %
Ghamdi et al	46.3 %	53.7 %

3. Évaluation de l'intérêt pour la formation en chirurgie plastique et esthétique :

Nous constatons que nos résultats concernant l'intérêt pour la formation en chirurgie plastique et esthétique rejoignent de près ceux de plusieurs enquêtes similaires. Dans notre enquête, 62 % des participants ont montré peu d'intérêt pour la chirurgie plastique et esthétique.

Des études menées en Arabie saoudite par Alyahya et al [8], Tahiri et al [91], et Fakiha et al [82] ont respectivement observé des pourcentages similaires : 69.2 %, 61 % et 70.3 % de participants peu intéressés. L'étude de Conyard et al [90] en Australie a montré un taux encore plus élevé, avec 96 % des participants peu intéressés, tandis que l'étude de Mahalingha et al [88] a également rapporté des résultats similaires avec un pourcentage de 60%.

Globalement, ces études montrent une tendance similaire où la majorité des participants sont peu intéressés par la chirurgie plastique et esthétique. Cependant, les pourcentages peuvent varier légèrement d'une étude à l'autre.

Tableau XVI : l'intérêt pour la formation en chirurgie plastique et esthétique

	Intéressé	Peu intéressé
Notre étude	38 %	62 %
Alyahya et al	30.8 %	69.2 %
Tahiri et al	39 %	61 %
Fakiha et al	29.7 %	70.3 %
Conyard et al	4 %	96 %
Mahalingam et al	40 %	60 %

III. Évaluation des connaissances en chirurgie plastique et esthétique :

1. Évaluation du niveau de connaissance :

Dans notre enquête, nous avons observé que la répartition des niveaux de connaissance était la suivante : 50 % des participants avaient un niveau jugé insuffisant, 49 % avaient un niveau intermédiaire et seulement 1 % avaient un niveau avancé.

Des études réalisées en Arabie saoudite ont objectivé les résultats suivants : pour l'étude de Mrad et al [7], les résultats indiquent que 44.10 % des participants avaient un niveau de connaissance jugé insuffisant, 39.80 % avaient un niveau intermédiaire et 16.10 % avaient un niveau avancé. En ce qui concerne l'étude d'Aljindan et al [81], elle révèle que 78.30 % des participants avaient un niveau de connaissance jugé insuffisant, 17.30 % avaient un niveau intermédiaire et 4.40% avaient un niveau avancé.

Comparativement, notre étude présente des similitudes avec l'étude de Mrad et al [7] en ce qui concerne les niveaux insuffisant et intermédiaire, mais se distingue par un pourcentage notablement bas de participants ayant un niveau de connaissance avancé. En revanche, l'étude d'Aljindan et al [81] montre des pourcentages beaucoup plus élevés pour le niveau insuffisant, avec un niveau intermédiaire moins représenté et un niveau avancé plus faible.

Tableau XVII : Le niveau de connaissance

	Insuffisant	intermédiaire	Avancé
Notre étude	50 %	49 %	1 %
Mrad et al	44.1 %	39.8 %	16.1 %
Aljindan et al	78.3 %	17.3 %	4.4 %

2. Principales sources de connaissance :

Dans notre étude, la formation professionnelle est la source principale d'information, avec un pourcentage élevé de 77%.

Plusieurs études ont évalué les principales sources de connaissance :

Dans l'étude de Mrad et al [7], la formation professionnelle reste importante mais avec un pourcentage légèrement inférieur de 55.60 %. De même, l'étude de Lupon et al [89] a noté que la formation professionnelle reste significative, avec un pourcentage de 34 %. Fakiha et al [82] ont également trouvé des résultats similaires, avec un pourcentage de 42.3 %.

Les médias demeurent la source d'information prédominante dans plusieurs études. Dans l'étude d'Alyahya et al [8], il a révélé un taux élevé de 68.80 %, tandis que celui d'Aljindan et al [81] a montré un pourcentage de 59.60 %. De même, dans l'étude de Mortada et al [83], 54.40 % des participants ont identifié les médias comme leur principale source d'information. Chamdi et al [10] ont trouvé que les médias sont la principale source d'information, avec un pourcentage très élevé de 82,6%.

Tableau XVIII : Les sources de connaissance

	La formation professionnelle	Les médias	les antécédents personnels	Les recherches personnelles	les discussions avec des connaissances extérieures au milieu médical
Notre étude	77 %	34 %	18 %	68 %	18 %
Mrad et al	55.6 %	28.7 %	44.8 %	21.5 %	15.7 %
Alyahya et al	20.9 %	68.8 %	-	-	0.7 %
Aljindan et al	14 %	59.6 %	-	-	35 %
Mortada et al	13.5 %	54.4 %	9.7 %	-	35.7 %
Lupon et al	34 %	15.4 %	27.6 %	10.1 %	9.9 %
Fakiha et al	42.3 %	14.4 %	-	5.4 %	37.8 %
Ghamdi et al	18 %	82.6 %	-	20.1 %	58.7 %

3. Pourcentages des répondants choisissant la chirurgie plastique comme expert dans chaque scénario clinique :

Les résultats des différentes études sur le choix de la chirurgie plastique en tant qu'expert dans diverses procédures révèlent des variations significatives dans les pourcentages les plus élevés et les plus bas pour chaque type d'intervention.

Dans notre étude, la majorité des répondants ont désigné la chirurgie plastique comme l'expert pour diverses procédures, à l'exception des anomalies congénitales de l'oreille et du nez, des fentes labiales et palatines, des fractures de la mâchoire et de la chirurgie de la main qui présentent un taux de réponses bas. Ces résultats suggèrent un manque de reconnaissance ou de compréhension de la portée de la chirurgie plastique dans ces domaines spécifiques.

De même, l'étude de Panse et al [5] présente un pourcentage nul pour la chirurgie de la main, ce qui indique un manque de reconnaissance de cette procédure dans leur échantillon. De plus, des pourcentages relativement bas sont observés pour les fractures de la mâchoire et du visage, ainsi que pour les fentes labiales et palatines.

L'étude de Mrad et al [7] a révélé également des pourcentages relativement bas pour certains types de chirurgie plastique, notamment les anomalies congénitales de l'oreille et du nez, les fentes labiales et palatines, ainsi que les fractures de la mâchoire et du visage. Le pourcentage de choix de la chirurgie de la main à 25,7% reste faible, ce qui pourrait indiquer une sous-estimation de l'intérêt de la chirurgie plastique pour cette procédure dans leur étude.

L'étude de Mortada et al [83] a présenté des pourcentages faibles pour certaines procédures, telles que l'abdominoplastie, les fractures de la mâchoire et de la chirurgie de la main.

De même, l'étude d'Alharbi et al [79] a montré des pourcentages bas dans la perception de la chirurgie plastique comme expert pour plusieurs procédures, notamment la chirurgie de la main, les fractures de la mâchoire et du visage, les fentes labiales et palatines et la rhinoplastie.

Ces résultats mettent en évidence des lacunes dans la compréhension ou la reconnaissance de l'expertise de la chirurgie plastique dans certains domaines spécifiques et l'étendue de cette spécialité.

En analysant ces résultats, il est clair que des facteurs tels que les populations étudiées, les méthodologies de recherche et les contextes culturels peuvent influencer les préférences et les opinions des individus concernant la chirurgie plastique. Il est donc essentiel de considérer ces nuances lors de l'interprétation des données et de tirer des conclusions significatives sur les tendances et les attitudes à l'égard de la chirurgie esthétique.

Tableau XIX : Pourcentage des répondants choisissant la chirurgie plastique comme expert dans chaque scénario clinique

	Notre étude	Panse et al	Mrad et al	Mortada et al	Alharbi et al
Rhinoplastie	72 %	61%	43.3 %	67.6 %	25 %
Chirurgie de reconstruction mammaire	97 %	99 %	83.1 %	66.6 %	86.8 %
Déformations dues aux brûlure	98 %	97 %	83.5 %	–	93 %
Greffe de peau	98 %	76 %	85.4 %	–	84.4 %
Liposuccion	98 %	99 %	83.5 %	51.5 %	87.7 %
Anomalies congénitales del'oreille et du nez	46 %	58 %	48.3 %	51.9 %	51.5 %
Brulures	98 %	86 %	–	70.3 %	59.4 %
Abdominoplastie	93 %	93 %	77.4 %	45.6 %	62.9 %
Fentes labiales et palatines	33 %	55 %	51.7 %	60.5 %	41.1 %
Fracture de la mâchoire et du visage	9 %	12 %	12.3 %	45.4 %	13.3 %
Chirurgie de la main	51 %	0 %	25.7 %	13.9 %	4.2 %

IV. Points forts et limites de l'étude :

1. Les points forts de l'étude :

Si l'on considère ces points forts, notre étude se distingue en tant que l'un des rares travaux abordant à la fois les médecins généralistes et les étudiants en fin de formation. Sa pertinence est d'autant plus notable qu'elle constitue la première étude menée au Maroc portant sur la perception de la chirurgie plastique et esthétique.

Cette recherche est d'une importance, capitale car elle met en lumière deux aspects essentiels : tout d'abord, elle évalue la qualité de la formation en chirurgie plastique dans notre contexte spécifique. Ensuite, elle met en évidence les connaissances limitées en chirurgie plastique et esthétique, soulignant ainsi une méconnaissance de l'étendue de cette spécialité et de ses

différentes expertises. Ces résultats sont essentiels pour identifier les lacunes et les besoins en formation dans ce domaine crucial de la médecine.

Notre utilisation d'un auto-questionnaire déclaratif, administré via l'internet, présente plusieurs avantages significatifs. Tout d'abord, ce mode de collecte de données est plus facile à remplir pour les participants et évite toute influence potentielle des examinateurs sur les réponses fournies. De plus, l'auto-questionnaire assure l'anonymat des répondants, ce qui encourage une participation plus honnête et sincère.

Notre étude constitue une contribution importante à la compréhension de la perception de la chirurgie plastique et esthétique au Maroc, tout en offrant une méthodologie robuste et adaptée pour recueillir les données nécessaires à cette analyse.

2. Les limites de l'étude :

Cette étude n'est pas dénuée de limitations. Les enquêtes volontaires en ligne sont sujettes à des biais de sélection inhérents, car les répondants intéressés par la chirurgie sont plus enclins à participer, ce qui peut fausser les résultats. De plus, le faible taux de réponse de cette étude est probablement dû à l'utilisation d'une enquête en ligne.

Il est également important de noter que les conclusions de cette étude sont spécifiques à une seule région, ce qui signifie qu'elles peuvent être influencées par l'enseignement local et l'exposition clinique. Par conséquent, elles peuvent ne pas être représentatives de la perception de la chirurgie plastique et reconstructive à l'échelle nationale ou internationale.

Malgré ces limitations, cette étude a révélé un écart significatif entre la perception de la chirurgie plastique et la réalité de son champ d'application. Elle met en lumière la nécessité d'une exposition accrue et d'une meilleure formation dans cette spécialité chirurgicale. En effet, il est essentiel que les praticiens médicaux soient bien informés des compétences et des domaines

Enquête sur la perception de la chirurgie plastique et esthétique en médecine de famille : étude prospective dans la région de Marrakech-Safi

d'expertise des spécialistes en chirurgie plastique afin de mieux répondre aux besoins et aux attentes de leurs patients.



RECOMMANDATION



L'intégration de la chirurgie plastique et esthétique dans les programmes d'études médicales de deuxième cycle présente des avantages significatifs à plusieurs niveaux : pour les étudiants en médecine, les patients et le domaine lui-même.

L'augmentation des passages des étudiants au service de la chirurgie plastique pour améliorer leur perception de cette spécialité. En intégrant davantage de stages pratiques et de rotations dans ce service, les étudiants peuvent acquérir une compréhension plus approfondie et nuancée des diverses procédures et des compétences requises. Cela leur permet également de voir l'impact positif de la chirurgie plastique sur les patients, renforçant ainsi l'appréciation et le respect pour cette spécialité médicale.

L'intégration de la simulation dans l'enseignement de la chirurgie plastique constitue une avancée significative pour améliorer la formation des étudiants. Grâce à la simulation, les étudiants peuvent pratiquer des procédures complexes dans un environnement contrôlé, sans risque pour les patients. Cela permet de perfectionner leurs compétences techniques, d'améliorer leur confiance en eux et de mieux comprendre les nuances de la chirurgie plastique.

L'augmentation des heures consacrées à la chirurgie plastique dans les programmes de formation médicale, ainsi que l'ajout de chapitres plus spécialisés, sont des mesures cruciales pour améliorer la perception et la compréhension de cette spécialité. En allouant plus de temps à l'enseignement théorique et pratique de la chirurgie plastique, les étudiants peuvent développer une expertise plus approfondie et une appréciation plus complète des diverses techniques et approches. De plus, l'inclusion de chapitres spécialisés permettra de couvrir des domaines spécifiques et avancés de la chirurgie plastique, offrant ainsi aux étudiants une formation plus complète et nuancée.

Apporter des changements majeurs aux programmes de formation médicale en introduisant des rotations obligatoires en chirurgie plastique et esthétique permettrait aux étudiants d'acquérir une expérience pratique dans ce domaine. Ces rotations devraient être conçues pour se concentrer

à la fois sur la reconstruction et l'esthétique, offrant ainsi une vue d'ensemble complète de la discipline.

Renforcer les conférences et les sessions d'enseignement dédiées à la chirurgie plastique et esthétique est essentiel. Des cours spécialisés devraient être offerts tout au long de la formation médicale, mettant en avant la diversité des procédures offertes par la chirurgie plastique. Cela contribuerait à sensibiliser les étudiants à cette spécialité et à élargir leurs horizons quant aux possibilités de traitement disponibles pour les patients.

La création de lignes directrices normalisées sur la formation en chirurgie plastique et esthétique dans les facultés de médecine est également cruciale. Ces lignes directrices aideraient à garantir une uniformité dans la qualité de l'enseignement et de l'expérience pratique offerte aux étudiants en médecine dans ce domaine.

Une préparation plus formelle des résidents qui vont enseigner les étudiants en médecine est nécessaire. Cela pourrait inclure des programmes de formation pédagogique spécifiques pour les résidents qui assument des rôles d'enseignement, afin de s'assurer qu'ils sont bien équipés pour transmettre les connaissances et les compétences nécessaires dans le domaine de la chirurgie plastique et esthétique.

Pour garantir le succès de ces initiatives, il est essentiel de conjuguer les efforts entre les administrations des facultés de médecine, les comités curriculaires, les hôpitaux et les organisations nationales de la chirurgie plastique et esthétique. Une collaboration étroite entre ces différentes entités permettrait de mettre en œuvre efficacement les changements nécessaires pour améliorer la perception de la chirurgie plastique et esthétique.



CONCLUSION



Malgré le rôle crucial de la chirurgie plastique et esthétique dans la prise en charge des pathologies, cette spécialité demeure peu familière aux médecins et aux étudiants en médecine. Cette méconnaissance de cette spécialité témoigne d'un manque dans la formation initiale et postdoctorale de la communauté médicale. Afin de pallier cette lacune et de promouvoir la spécialité, des actions doivent être entreprises à plusieurs niveaux, en impliquant les administrations des facultés de médecine, les comités curriculaires, les hôpitaux et les organisations nationales.

Pour atteindre cet objectif et fournir une formation adéquate en chirurgie plastique et esthétique, il est nécessaire de mettre en place des programmes intégrant à la fois des connaissances théoriques et des compétences pratiques. Cela inclut des stages hospitaliers, la pratique des investigations et les traitements spécifiques, ainsi que le développement de la recherche clinique et de l'innovation dans le domaine.

Cette formation en chirurgie plastique et esthétique doit également être adaptable aux défis futurs auxquels la spécialité sera confrontée, notamment les évolutions sociales et économiques, les changements épidémiologiques et démographiques des pathologies, ainsi que les progrès scientifiques et technologiques.

Un stage obligatoire en chirurgie plastique et esthétique lors des rotations d'externat au sein de services spécialisés améliore la sensibilisation des étudiants en médecine à cette discipline. Il favorise une meilleure compréhension de la spécialité et de ses objectifs, et peut accroître l'intérêt pour la formation en chirurgie plastique et esthétique.



ANNEXES



Annexe 1:

Enquête sur la perception de la chirurgie plastique et esthétique en médecine de famille dans la région Marrakech-Safi

Cette étude a pour but d'évaluer la perception de la chirurgie plastique et esthétique par le médecin de famille et faire connaître la discipline auprès des médecins.

Le questionnaire s'adresse aux médecins généralistes du secteur publique, privé et militaire, les internes de CHU et les internes de périphérie dans la région MARRAKECH-SAFI.

Ce questionnaire est strictement anonyme et ne vous prendra que quelques minutes. Je vous remercie de votre aide précieuse dans cette étude.

* Indique une question obligatoire

1. je consens à participer à cette étude:

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Identité

2. Sexe : *

Une seule réponse possible.

Homme

Femme

3. Age : *

4. Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

- Médecin généraliste
- interne de CHU
- interne de périphérie
- En instance de thèse

5. secteur d'exercice :

Une seule réponse possible.

- Public
- Privé
- Semi-public
- Militaire

6. Durée d'exercice :

Une seule réponse possible.

- mois d'un an
- entre 1 et 5 ans
- entre 5 et 10 ans
- plus de 10 ans

7. Quelle est votre faculté d'origine ? *

Une seule réponse possible.

- FMPM
- FMPC
- FMPR
- FMPA
- FMPO
- FMPT

Enquête sur la perception de la chirurgie plastique et esthétique en médecine de famille : étude prospective dans la région de Marrakech-Safi

8. Quelle était la plage horaire des cours consacrés à la chirurgie plastique et esthétique au cours de votre formation ? *

Une seule réponse possible.

- Mois de 10H
 Plus de 10H

9. Avez vous eu des questions concernant la chirurgie plastique et esthétique lors des examens cliniques ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

10. Avez-vous déjà bénéficié d'un ou plusieurs stage(s) en service de chirurgie esthétique et plastique durant votre cursus ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

11. Si oui, quelle est la durée totale en mois de votre/vos passage(s) dans ce service de chirurgie esthétique et plastique ?

Une seule réponse possible.

- 1 à 2 mois
 3 à 4 mois
 plus de 4 mois

12. Avez-vous déjà bénéficié d'une ou plusieurs formation en chirurgie plastique et esthétique ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Enquête sur la perception de la chirurgie plastique et esthétique en médecine de famille : étude prospective dans la région de Marrakech-Safi

13. Comment vous évaluer l'exposition à la chirurgie plastique et esthétique durant votre formation? *

Une seule réponse possible.

- suffisamment exposés
 insuffisamment exposés

14. Comment vous évaluer votre intérêt pour la formation en chirurgie plastique et esthétique : *

Une seule réponse possible.

- Intéressé
 Peu intéressé

L' évaluation des connaissances

15. Comment jugez-vous vos connaissances en chirurgie plastique et esthétique ? *

Une seule réponse possible.

- Niveau avancé
 Niveau intermédiaire
 Niveau insuffisant

16. Votre connaissance de la chirurgie plastique provient principalement de : *

Plusieurs réponses possibles.

- Votre formation professionnelle
 Vos recherches personnelles
 Vos antécédents personnels
 Des médias
 Discussions avec des connaissances, en dehors du milieu médical

Enquête sur la perception de la chirurgie plastique et esthétique en médecine de famille : étude prospective dans la région de Marrakech-Safi

17. Vous associez la spécialité de la chirurgie plastique et esthétique plutôt aux : *

Plusieurs réponses possibles.

- Gestes de reconstruction (Malformations congénitales, tumeurs bénignes et cancéreuses, nécroses cutanée telles que les escarres et les gangrènes...)
- Plastique et Esthétique (liposuccions, Rhinoplastie, blépharoplastie, reconstruction mammaire..)
- Brûlologie (brûlure en phase aigue, séquelles de brûlure)
- Infectiologie (escarres, gangrènes, infection chez un brulé...)
- Autres

Enquête sur la perception de la chirurgie plastique et esthétique en médecine de famille : étude prospective dans la région de Marrakech-Safi

18. À quelle spécialité vous associez les gestes suivants ? *

Plusieurs réponses possibles.

	Chirurgie plastique et esthétique	Chirurgie maxillo- faciale	Chirurgie ORL	Chirurgie générale	Autre spécialité
Rhinoplastie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie de reconstruction mammaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déformations dues aux brûlures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grefte de peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lipospiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalies congénitales de l'oreille et du nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brûlures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdominoplastie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fentes labiales et palatines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracture de la mâchoire et du visage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les lambeaux de reconstruction des parois et confins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie de la main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enquête sur la perception de la chirurgie plastique et esthétique en médecine de famille : étude prospective dans la région de Marrakech-Safi

19. Selon vous, la chirurgie plastique et esthétique est une discipline: *

Une seule réponse possible.

- Difficile
 De difficulté intermédiaire
 Facile

20. Comparés aux autres spécialistes, les chirurgiens plastique et esthétique : *

Plusieurs réponses possibles.

- Ont un plus grand revenu.
 Ont plus de temps libre.
 Jouissent d'une grande réputation
 Sont exceptionnellement innovants et compétants.
 Travaillent peu.

21. Rencontrez-vous des difficultés dans la prise en charge de vos patients qui consultent pour une pathologie relevant de la chirurgie plastique ? *

Une seule réponse possible.

- Très fréquemment
 Fréquemment
 Parfois
 Rarement

22. Avez-vous dirigé vos patients vers un chirurgien plastique et esthétique pour compléter leur prise en charge ? *

Une seule réponse possible.

- Très fréquemment
 Fréquemment
 Parfois
 Rarement

Enquête sur la perception de la chirurgie plastique et esthétique en médecine de famille : étude prospective dans la région de Marrakech-Safi

23. À quel degré recommanderiez-vous la chirurgie esthétique et plastique à vos patient ? *

Une seule réponse possible.

- Très fréquemment
 Fréquemment
 Parfois
 Rarement

24. Comment évaluez-vous la communication entre médecins de famille et chirurgien plastique et esthétique pour assurer une continuité des soins pour les patients communs ? *

Une seule réponse possible.

- Très satisfait
 Satisfait
 Neutre
 Non satisfait

25. Quel est votre niveau de satisfaction concernant la qualité des soins délivrés par les chirurgiens plastique et esthétique ? *

Une seule réponse possible.

- Très satisfait
 Satisfait
 Neutre
 Non satisfait

26. Quelle est votre satisfaction sur l'efficacité du suivi des patients assuré par les chirurgiens esthétiques ? *

Une seule réponse possible.

- Très satisfait
 Satisfait
 Neutre
 Non satisfait

27. 26- Comment évaluez-vous l'impact de la chirurgie esthétique et plastique sur la vie de vos patients ? *

Une seule réponse possible.

- Impact positif
- Neutre
- Faible impact positif

28. 31- Selon vous , quels sont les avantages /les inconvénient de la spécialité :



RESUMES



Résumé

Introduction : La chirurgie plastique et esthétique est une spécialité diversifiée qui englobe une variété de procédures, dépassant souvent les limites anatomiques habituelles. Malgré son évolution, elle reste mal comprise. Notre étude vise à évaluer la perception de la chirurgie plastique et esthétique auprès des médecins généralistes et des étudiants en fin de formation dans la région de Marrakech–Safi. Nous cherchons à comprendre les connaissances, attitudes et pratiques des médecins envers cette spécialité, à évaluer leur formation en chirurgie plastique et esthétique.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude transversale à visée descriptive et analytique auprès des médecins généralistes et des étudiants en fin de formation au niveau de la région de Marrakech–Safi sur une durée étalée sur 5 mois (septembre 2023 – janvier 2024). Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire individuel anonyme, élaboré sur la plateforme Google Forms après consentement libre des participants.

Résultats : Au total, 150 participants ont été interrogés, La majorité des participants étaient de sexe féminin, la moyenne d'âge des participants était de 28 ± 7 ans, la tranche d'âge la plus représentée était celle de 20 à 30 ans, constituant 42,3% de l'échantillon. Les étudiants en fin de formation étaient les plus représentés (63 %) dans notre enquête. En ce qui concerne l'évaluation de la formation, 55% des répondants ont mentionné que la plage horaire consacrée à la chirurgie plastique était inférieure à 10 heures, 78% n'ont pas effectué de stage dans le service de la chirurgie plastique et esthétique, 95% ont confirmé ne pas avoir suivi de formation continue dans ce domaine, 61% des participants ont exprimé un manque d'exposition suffisante à la chirurgie plastique et esthétique pendant leur formation et 62% ont manifesté peu d'intérêt pour cette formation.

Pour l'évaluation des connaissances, la moitié des participants ont admis avoir un niveau de connaissance jugé insuffisant en chirurgie plastique et esthétique. Pour 77% d'entre eux, la formation professionnelle demeure la principale source de connaissances dans ce domaine. Les

gestes de reconstruction des déformations, la prise en charge des brûlures ainsi que l'activité plastique et esthétique sont bien connues par plus de 80% des participants. Les chirurgiens plasticiens ont été largement identifiés comme experts dans différentes procédures.

63 % des participants estiment que la chirurgie plastique et esthétique est de difficulté intermédiaire, et il se distingue des autres spécialités par un revenu supérieur. 41 % d'entre eux sont fréquemment confrontés à des défis cliniques lors de la prise en charge des patients, 42 % des médecins ont fréquemment orienté des patients vers un spécialiste en chirurgie plastique et esthétique, 49 % des participants ont parfois recommandé la chirurgie plastique et esthétique à leurs patients. La satisfaction a été exprimée par 16% quant à la communication entre les médecins et les chirurgiens plastiques et esthétiques et 68% quant à la qualité des soins dispensés par les chirurgiens plastiques et esthétiques. 65 % sont satisfaits de l'efficacité du suivi des patients, assuré par les chirurgiens plastiques, 82 % ont noté un impact positif de la chirurgie esthétique sur la vie des patients.

En menant notre étude, nous avons prouvé que la chirurgie plastique et esthétique reste méconnue par les médecins et les étudiants en médecine, soulignant un manque dans la formation et les connaissances médicales. Pour remédier à cette lacune, une action concertée est nécessaire, impliquant les institutions médicales et les organisations professionnelles.

Conclusion : Notre étude a démontré que la chirurgie plastique reste peu connue. Beaucoup d'efforts doivent se conjuguer pour la promotion de cette discipline auprès des différents praticiens, ce qui pourrait influencer la prise en charge des patients.

Abstract

Introduction: Plastic and aesthetic surgery is a diverse specialty involving a variety of procedures, often going beyond the usual anatomical boundaries. Despite its evolution, It remains poorly understood. Our study aims to evaluate the perception of plastic and aesthetic surgery among general practitioners and students at the end of their training in the Marrakech-Safi region. Our aim is to understand doctors' knowledge, attitudes and practices towards this specialty, and to assess their training in plastic and aesthetic surgery.

Materials and methods: We conducted a descriptive and analytical cross-sectional study of general practitioners and students at the end of their training in the Marrakech-Safi region over a period of 5 months (September 2023 – January 2024). The data were collected using an anonymous individual questionnaire, developed on the Google Forms platform after free consent from the participants.

Results: A total of 150 participants were interviewed. The majority of participants were female, the average age of participants was 28 ± 7 years, and the most represented age group was between 20 and 30 years, accounting for 42.3% of the sample. Students at the end of their training were the most represented (63%) in our survey. With regard to the evaluation of the training, 55% of the respondents mentioned that the time devoted to plastic surgery was less than 10 hours, 78% had not carried out a training period in the plastic and aesthetic surgery department, 95% confirmed that they had not followed continuing education in this field, 61% of the participants expressed a lack of sufficient exposure to plastic and aesthetic surgery during their training and 62% showed little interest in this training.

In terms of knowledge assessment, half of the participants admitted to having a level of knowledge deemed insufficient in plastic and aesthetic surgery. For 77% of them, professional training remains the main source of knowledge in this field. Reconstructive procedures for

deformities, the management of burns, and plastic and aesthetic surgery are well known to more than 80% of participants. Plastic surgeons were widely identified as experts in various procedures.

63% of participants consider plastic and aesthetic surgery to be of intermediate difficulty, and it's distinguished from other specialties by its higher income. 41% were frequently faced with clinical challenges when managing patients, 42% of doctors frequently referred patients to a plastic and aesthetic surgery specialist, 49% of participants sometimes recommended plastic and aesthetic surgery to their patients. Satisfaction was expressed by 16% with communication between doctors and plastic and aesthetic surgeons, and 68% with the quality of care provided by plastic and aesthetic surgeons. 65% were satisfied with the effectiveness of patient follow-up by plastic surgeons, and 82% noted a positive impact of cosmetic surgery on patients' lives.

In carrying out our study, we found that plastic and aesthetic surgery remains little-known among doctors and medical students, highlighting a lack of training and medical knowledge. To remedy this shortcoming, concerted action is needed, involving medical institutions and professional organizations.

Conclusion: This study has shown that plastic surgery remains little known. A great deal of effort needs to be made to promote this discipline among the various practitioners, which could influence patient management.

ملخص

مقدمة: تُعد الجراحة التجميلية والتجميلية تخصصاً متنوعاً يشمل مجموعة متنوعة من الإجراءات، وغالباً ما تتجاوز الحدود التشريحية المعتادة. وعلى الرغم من تطوره، إلا أنه لا يزال غير مفهوم بشكل جيد. تهدف دراستنا إلى تقييم تصور الجراحة التجميلية والتجميلية بين الأطباء العامين والطلاب في نهاية تدريبهم في منطقة مراكش آسفي. هدفنا هو فهم معارف الأطباء ومواقفهم وممارساتهم تجاه هذا التخصص، وتقييم تدريبهم في هذا التخصص.

المواد والأساليب: أجرينا دراسة وصفية وتحليلية مقطعية مصفية للأطباء العامين والطلاب في نهاية تدريبهم في جهة مراكش آسفي على مدى 5 أشهر (سبتمبر 2023 - يناير 2024). جُمعت البيانات باستخدام استبيان فردي مجهول الهوية، تم تطويره على منصة نماذج جوجل بعد الموافقة الحرة من المشاركين.

النتائج: تم إجراء مقابلات مع ما مجموعه 150 مشاركاً، وكانت غالبية المشاركين من الإناث، وكان متوسط أعمار المشاركين 28 ± 7 سنوات، وكانت الفئة العمرية الأكثر تمثيلاً بين 20 و30 عاماً، حيث بلغت نسبتهم 42.3% من العينة. كان الطلاب في نهاية تدريبهم هم الأكثر تمثيلاً (63%) في الاستبيان. وفيما يتعلق بتقييم التدريب، ذكر 55% من المشاركين أن الوقت المخصص للجراحة التجميلية والتجميلية كان أقل من 10 ساعات، و78% من المشاركين لم يقوموا بفترة تدريب في قسم الجراحة التجميلية والتجميلية، وأكد 95% أنهم لم يتابعوا التعليم المستمر في هذا المجال، وأعرب 61% من المشاركين عن عدم تعرضهم الكافي للجراحة التجميلية والتجميلية أثناء تدريبهم، وأبدى 62% منهم اهتماماً ضئيلاً بهذا التدريب.

يما يتعلق بتقييم المعرفة، اعترف نصف المشاركين بأن مستوى المعرفة لديهم يعتبر غير كافٍ في الجراحة التجميلية والتجميلية. بالنسبة لـ 77% منهم، يظل التدريب المهني هو المصدر الرئيسي للمعرفة في هذا المجال. إن الإجراءات الترميمية للتشوهات، وعلاج الحروق، والجراحة التجميلية والتجميلية معروفة جيداً لأكثر من 80% من المشاركين. تم تحديد جراحي التجميل على نطاق واسع كخبراء في مختلف الإجراءات.

63% من المشاركين يعتبرون أن الجراحة التجميلية والتجميلية ذات صعوبة متوسطة، وتتميز عن غيرها من التخصصات الأخرى بارتفاع دخلها. 41% من الأطباء واجهوا تحديات سريرية متكررة عند التعامل مع المرضى، و42% من الأطباء أحالوا المرضى بشكل متكرر إلى أخصائي جراحة تجميل وتجميل، و49% من المشاركين أوصوا أحياناً بجراحة التجميل والتجميل لمرضاهم. أعرب 16% من المشاركين عن رضاهم عن التواصل بين الأطباء وجراحي التجميل والجراحة التجميلية والتجميلية، و68% عن جودة الرعاية التي يقدمها

جراحو التجميل والجراحة التجميلية. وأعرب 65% من المشاركين عن رضاهم عن فعالية متابعة المرضى من قبل جراحي التقويم والتجميل، وأشار 82% منهم إلى التأثير الإيجابي للجراحة التجميلية على حياة المرضى.

عند إجراء دراستنا، وجدنا أن الجراحة التكوينية والتجميلية لا تزال غير معروفة بين الأطباء وطلاب الطب، مما يسلط الضوء على نقص التدريب والمعرفة الطبية. ولمعالجة هذا القصور، هناك حاجة إلى اتخاذ إجراءات متضافرة تشمل المؤسسات الطبية والمنظمات المهنية.

الخلاصة: لقد أظهرت هذه الدراسة أن الجراحة التجميلية لا تزال غير معروفة. يجب بذل الكثير من الجهد للترويج لهذا التخصص بين ممارسين، مما قد يساهم في علاج المرضى.



BIBLIOGRAPHIE



1. **Seyhan, N.**
Public Perceptions of Plastic Surgery.
Turk J Plast Surg 2023, 31, 49.
2. **Perceptions and Misconceptions of the Plastic and Reconstruction : Annals of Plastic Surgery**
Disponible sur lien:
https://journals.lww.com/annalsplasticsurgery/Abstract/1997/04000/Perceptions_and_Miscconceptions_of_the_Plastic_and.20.aspx (accessed on 3 March 2024).
3. **Rogers, A.D.; Dos Passos, G.; Hudson, D.A.**
The Scope of Plastic Surgery. *S Afr J Surg* 2013, 51, 106.
4. **Kidd, T.; Palaniappan, S.; Kidd, D.; Waterston, S.**
Attitudes, Influences and Perceptions towards Plastic Surgery amongst Medical Students.
JPRAS Open 2021, 29, 167–177.
5. **Panse, N.; Panse, S.; Kulkarni, P.; Dhongde, R.; Sahasrabudhe, P.**
Awareness and Perception of Plastic Surgery among Healthcare Professionals in Pune, India: Do They Really Know What We Do?
Plastic Surgery International 2012, 2012, 1–9.
6. **Davis, C.R.; Trevatt, A.E.J.; McGoldrick, R.B.; Parrott, F.E.; Mohanna, P.–N.**
How to Train Plastic Surgeons of the Future.
Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery 2016, 69, 1134–1140.
7. **Mrad, M.A.; Al Qurashi, A.A.; Mortada, H.; Shah Mardan, Q.N.M.; Abuthiyab, N.; Al Zaid, N.; Al Bakri, H.; Mullah, A.**
Do Our Colleagues Accurately Know What We Do?
Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open 2022, 10, e4104.
8. **Alyahya, T.; Zakaria, O.M.; Al Jabr, F.A.; Alshaikhmubarak, S.F.; Nidal, A.; Abdulwahab, A.; Sakan, N.; Alarfaj, A.S.; Al Furaikh, B.F.**
Plastic and Aesthetic Surgery among Medical Students: A Cross–Sectional Study.
SAGE Open Medicine 2021, 9, 205031212110543.
9. **Sinno, S.; Barr, J.; Wilson, S.; Smith, B.D.; Tanna, N.; Saadeh, P.B.**
Public Perceptions of Plastic Surgery: Analysis and Implications.
Journal of Craniofacial Surgery 2015, 26, 1238–1241.

10. **Ghamdi, H.; Alawaji, Z.; Dakhel, M.; Al-Harbi, L.; Alfadhel, E.; Al-Harbi, H.; Alhwiriny, A.**
Plastic Surgery Perspectives among Medical Students and Interns in the Qassim Region.
IJMDC 2023, 646-651.
11. **Chavoin, J.-P.**
Chirurgie Plastique et Esthétique. In *Chirurgie plastique et esthétique* ;
Chavoin, J.-P., Ed.; Elsevier Masson: Paris, 2009; pp. vii-viii ISBN 978-2-294-06821-8.
12. **Duquennoy-Martinot, V.; Depoortère, C.**
Principes Essentiels en Chirurgie Plastique
Available online: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/introduction-a-la-chirurgie-plastique>.
13. **Xu, S.; Shu, G.; Qiang, S.; Lei, C.; Xiumei, Z.**
Advances in Plastic and Cosmetic Surgery at Home and Abroad – A Bibliometric Analysis.
14. **Latham, M.**
Cosmetic Surgery. In *Encyclopedia of Applied Ethics (Second Edition)*; Chadwick, R., Ed.;
Academic Press: San Diego, 2012; pp. 667-673 ISBN 978-0-12-373932-2.
15. **Khanna, A.**
Medical Malpractice: Plastic and Aesthetic Surgery.
In *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*; Elsevier, 2016; pp. 476-483 ISBN 978-0-12-800055-7.
16. **Barone, M.; Cogliandro, A.; Persichetti, P.**
Ethics and Plastic Surgery/What Is Plastic Surgery?
Arch Plast Surg 2017, 44, 90-92.
17. **Persichetti, P.; Simone, P.; Tambone, V.**
About Beauty.
Plast Reconstr Surg 2004, 114, 270-271.
18. **Sterodimas, A.; Radwanski, H.N.; Pitanguy, I.**
Ethical Issues in Plastic and Reconstructive Surgery.
Aesth Plast Surg 2011, 35, 262-267.

19. **Tanna, N.; Patel, N.J.; Azhar, H.; Granzow, J.W.**
Professional Perceptions of Plastic and Reconstructive Surgery: What Primary Care Physicians Think
Plastic and Reconstructive Surgery 2010, 126, 643–650.
20. **Mateu, J.**
La chirurgie esthétique et plastique au service du mieux vieillir.
Gérontologie et société 2012, 35 .
21. **Alyahya, T.; Zakaria, O.M.; AlAlwan, A.; AlMaghlouth, M.; Alkhars, H.; AlAlwan, M.**
Local Community View of Aesthetic Surgery: Results of a Cross–Sectional Survey.
Cureus 2022.
22. **Neligan, P.C.**
Plastic Surger: 6 Volume Set – E-Book;
Elsevier Health Sciences, 2023.
23. **Peng, W.; Peng, Z.; Tang, P.; Sun, H.; Lei, H.; Li, Z.; Hui, D.; Du, C.; Zhou, C.; Wang, Y.**
Review of Plastic Surgery Biomaterials and Current Progress in Their 3D Manufacturing Technology.
Materials 2020, 13, 4108.
24. **Bouhadana, G.; Algerian, A.; Thibaudeau, S.**
The Reconstruction of Plastic Surgery: A Historical Perspective on the Etymology of Plastic and Reconstructive Surgery.
Plast Surg (Oakv) 2023, 31, 366–370.
25. **Meller, C.; Choroomi, S.**
The History of Facial Plastic Surgeons.
Australian Journal of Otolaryngology 2024, 7.
26. **Yousef, J.; Leow, S.K.H.; Morrison, W.**
Plastic Surgery in Antiquity: An Examination of Ancient Documents.
Eur J Plast Surg 2021, 44, 419–428.
27. **Champaneria, M.C.; Workman, A.D.; Gupta, S.C.**
Sushruta: Father of Plastic Surgery.
Annals of Plastic Surgery 2014, 73, 2–7.

28. **Whitaker, I.S.; Karoo, R.O.; Spyrou, G.; Fenton, O.M.**
The Birth of Plastic Surgery: The Story of Nasal Reconstruction from the Edwin Smith Papyrus to the Twenty–First Century:
Plastic and Reconstructive Surgery 2007, 120, 327–336.
29. **Nichter, L.S.; Morgan, R.F.; Nichter, M.A.**
The Impact of Indian Methods for Total Nasal Reconstruction.
Clin Plast Surg 1983, 10, 635–647.
30. **Bhattacharya, S.**
Sushrutha – Our Proud Heritage.
Indian J Plast Surg 2009, 42, 223–225.
31. **Champaneria, M.C.; Workman, A.D.; Gupta, S.C.**
Sushruta: Father of Plastic Surgery.
Annals of Plastic Surgery 2014, 73, 2–7.
32. **Santoni–Rugiu, P.; Sykes, P.J.**
A History of Plastic Surgery,
Springer Science & Business Media, 2007; ISBN 978–3–540–46241–5.
33. **Pecanac, M.**
Development of Plastic Surgery.
Med pregl 2015, 68, 199–204.
34. **Marinozzi, S.; Carbonaro, R.; Messineo, D.; Raposio, E.; Codolini, L.; Sanese, G.; Cervelli, V.**
The Medical Historical Cultural Foundations of Western Nasal Surgery from Ancient Greece to the Middle Ages.
Aesth Plast Surg 2023, 47, 483–489.
35. **Freshwater, M.F.; Su, C.T.; Hoopes, J.E.**
Joseph Constantine Carpue—First Military Plastic Surgeon.
Military Medicine 1977, 142, 603–606.
36. **Eisenberg, I.**
A History of Rhinoplasty.
S Afr Med J 1982, 62, 286–292.

37. **Shanks, N.J.; Al-Kalai, D.**
Arabian Medicine in the Middle Ages.
J R Soc Med 1984, 77, 60-65.
38. **Asaad, M.; Rajesh, A.; Zazo, A.; Banuelos, J.; Kaadan, A.**
Albucasis: A Pioneer Plastic Surgeon.
Ann Plast Surg 2019, 83, 611-617.
39. **Atiyeh, B.; Habal, M.B.**
Forgotten Pioneers of Plastic and Reconstructive Surgery During the Medieval Period.
Journal of Craniofacial Surgery 2023, 34, 1144.
40. **Apxaia, T.**
History of medicine days
March 23rd and 24th, 2001 Health Sciences Centre Calgary, AB. 2001.
41. **Ménard, S.**
An Unknown Renaissance Portrait of Tagliacozzi (1545-1599), the Founder of Plastic Surgery.
Plast Reconstr Surg Glob Open 2019, 7, e2006.
42. **Tokgöz, E.; Carro, M.A.**
Robotics Applications in Facial Plastic Surgeries. In *Cosmetic and Reconstructive Facial Plastic Surgery: A Review of Medical and Biomedical Engineering and Science Concepts*;
Springer Nature Switzerland: Cham, 2023; pp. 307-341 ISBN 978-3-031-31168-0.
43. **Macionis, V.**
History of Plastic Surgery: Art, Philosophy, and Rhinoplasty.
44. **Erovic, B.M.; Lercher, P.**
Manual of Head and Neck Reconstruction Using Regional and Free Flaps;
Springer, 2014; ISBN 978-3-7091-1172-7.
45. **Fattah, S.R., Adel**
Plastic and Reconstructive Surgery.
In *Pediatric Surgical Oncology*, CRC Press, 2022 ISBN 978-1-351-16612-6.
46. **Histoire de La Chirurgie Plastique – EM Consulte**
Available online: <https://archive.ph/7QF3l>.

47. **Whizar–Lugo, V.M.; Cárdenas–Maytorena, A.C.; Whizar–Lugo, V.M.; Cárdenas–Maytorena, A.C.**
Anesthesia for Plastic Surgery Procedures.
In *Anesthesia Topics for Plastic and Reconstructive Surgery*; IntechOpen, 2018 ISBN 978–1–78985–458–9.
48. **Blondeel, P.**
The Perpetual Changing Paradigm in Reconstructive Surgery: Developing a Vision for the Future.
Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery **2023**, *77*, 179–189.
49. **Mustoe, T.A.; Han, H.**
The Effect of New Technologies on Plastic Surgery.
Archives of Surgery **1999**, *134*, 1178–1183.
50. **Société Marocaine des Chirugiens Esthétiques Plasticien SOMCEP**
Available online: <https://www.somcep.org/>.
51. **Hage, J.J.; Karim, R.B.; Laub, D.R.S.**
On the Origin of Pedicled Skin Inversion Vaginoplasty: Life and Work of Dr Georges Burou of Casablanca.
Annals of Plastic Surgery **2007**, *59*, 723.
52. **Cherkab, L.; Gharib, N.; Belmahi, A.**
L’HISTOIRE DE LA CHIRURGIE ESTHETIQUE.
53. **Glicenstein, J.**
Chirurgie esthétique et histoire.
Annales de Chirurgie Plastique Esthétique **2003**, *48*, 257–272.
54. **Rouso, J.J.**
Practical Considerations in Adopting New Technology for Facial Cosmetic Procedures.
Facial Plast Surg **2020**, *36*, 684–687.
55. **Thèse de M. ELBAKHTI**
Enquête sur les difficultés rencontrées par le médecin de garde au service de chirurgie plastique et élaboration d’un guide pratique pour les principales urgences.
Disponible sur : <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2022/these132-22.pdf>

56. Nel, C.P.G.; Van Zyl, G.J.; Labuschagne, M.J.
Enhancement of Plastic Surgery Training by Including Simulation in Education and Training Programmes.
AJHPE 2020, 12, 68.
57. Elatiqi, O.; Elamrani, M.; Benchamkha, Y.
LA FORMATION DU RESIDENT EN CHIRURGIE PLASTIQUE AU MAROC QUEN EST-IL ?
International Journal of Advanced Research 2023, 11, 398–409.
58. Alami, Z.; Idelkheir, L.; Zine–Eddine, I.; Atiqi, E.; Lmaalla, Y.; Aitbelassel, O.; A, L.; Benchamkha, Y.
PORTE FOLIO DES COMPETENCES PRATIQUES DU RESIDENT EN CHIRURGIE PLASTIQUE AU MAROC.
IJAR 2024, 12, 556–590, doi:10.21474/IJAR01/18427.
59. Stowers, C.; Lee, T.; Bilonis, I.; Gosain, A.K.; Tepole, A.B.
Improving Reconstructive Surgery Design Using Gaussian Process Surrogates to Capture Material Behavior Uncertainty.
Journal of the Mechanical Behavior of Biomedical Materials 2021, 118, 104340.
60. Trussler, A.P.; Tabbal, G.N.
Patient Safety in Plastic Surgery.
Plastic and Reconstructive Surgery 2012, 130, 470e
61. Richer, J.–P.; Danion, J.; Donatini, G.; Faure, J.–P.
Le Don Du Corps Dans La Formation Chirurgicale Actuelle En Simulation : L’expérience Du CHU de Poitiers Sur Le Modèle SimLife.
Bulletin de l’Académie Nationale de Médecine 2024, 208, 242–247.
62. **Compétences de base en chirurgie plastique, réparatrice, esthétique et des brûlés.**
Disponible sur: <http://www.guideplastique.com/>
63. Rana, R.E.; Puri, V.A.; Baliarsing, A.S.
Principles of Plastic Surgery Revisited.
Indian J Plast Surg 2004, 37, 124–125.
64. Horne, M.J.; Bray, S.M.C.; Schalet, B.J.; Kpodzo, D.S.
Exploring Trends in Immediate Postresidency Career Paths: A Multi–Year Analysis of Plastic Surgery Resident Graduates Across the United States.
Aesthetic Surgery Journal Open Forum 2024, 6, ojad115.

65. **Bhachoo, H.; Glossop, S.; Matthey, L.; Pearson, C.; Hoade, L.; Cereceda–Monteoliva, N.; Scourfield, L.; Poacher, A.**
Undergraduate Deficits in Plastic Surgery Exposure and Awareness of the Specialty: A Systematic Review.
annals **2024**, rcsann.2023.0099.
66. **Nahabedian, M.Y.**
Plastic Surgery: Technique or Discipline?
Plastic and Reconstructive Surgery **2006**, *118*, 1653.
67. **Jeffers, L.; Basu, C.B.; Gingrass, R.P.; Robson, M.C.; Thompson, L.W.; Woods, J.E.; Zook, E.G.**
AMERICAN SOCIETY OF PLASTIC SURGEONS YOUNG PLASTIC SURGEONS STEERING COMMITTEE.
68. **Kantar, R.; Ceradini, D.; Gelb, B.; Levine, J.; Staffenberg, D.; Saadeh, P.; Flores, R.; Sweeney, N.; Bernstein, G.; Rodriguez, E.**
Facial Transplantation for an Irreparable Central and Lower Face Injury: A Modernized Approach to a Classic Challenge.
Plastic and reconstructive surgery **2019**, *144*, 264e–283e.
69. **Applebaum, M.A.; Doren, E.L.; Ghanem, A.M.; Myers, S.R.; Harrington, M.; Smith, D.J.**
Microsurgery Competency During Plastic Surgery Residency: An Objective Skills Assessment of an Integrated Residency Training Program.
Eplasty **2018**, *18*, e25.
70. **Brown, C.A.; Nahai, F.; Miotto, G.C.**
Program Director Survey of Aesthetic Plastic Surgery Fellowships in the United States: Current State-of-the-Art.
Ann Plast Surg **2020**, *85*, 464–467.
71. **Hashmi, A.; Khan, F.A.; Herman, F.; Narasimhan, N.; Khan, S.; Kubiak, C.; Gursel, E.; Edelman, D.A.**
A Survey of Current State of Training of Plastic Surgery Residents.
BMC Res Notes **2017**, *10*, 234
72. **Luce, E.A.**
The Future of Plastic Surgery Resident Education:
Plastic and Reconstructive Surgery **2016**, *137*, 1063–1070.

73. Tuma, F.

The Use of Educational Technology for Interactive Teaching in Lectures.
Annals of Medicine and Surgery **2021**, *62*, 231–235.

74. These de O. Nacir

Simulation médicale et Education thérapeutique : A travers des expériences d'enseignement à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech
Disponibles sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2017/these218-17.pdf>

75. Dash, S.; Tiwari, R.; Singh, A.; Singhal, M.

Emergence of Online Teaching for Plastic Surgery and the Quest for Best Virtual Conferencing Platform: A Comparative Cohort Study.
Arch Plast Surg **2023**, *50*, 200–209.

76. Elledge, R.; Houlton, S.; Hackett, S.; Evans, M.J.

“Flipped Classrooms” in Training in Maxillofacial Surgery: Preparation before the Traditional Didactic Lecture?
British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery **2018**, *56*, 384–387.

77. Thèse de M.TAHIRI

La perception de l'enseignement à distance par les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie–Marrakech.
Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2023/these38-23.pdf>

78. Thèse de M.EZZAAZAA

La classe inversée appliquée aux stages hospitaliers en traumatologie à l'Hôpital Militaire Avicenne
Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2023/these387-23.pdf>

76. Alharbi, A.; Al-Thunayyan, F.; Alsuhaibani, K.; Alharbi, K.; Alharbi, M.; Arkoubi, A.

Perception of Primary Health Care Providers of Plastic Surgery and Its Influence on Referral.
J Family Med Prim Care **2019**, *8*, 225.

80. Lupon, E.; Girard, P.; Lupon, A.; Jacques, L.; Jung, L.; Ng, Z.Y.; Lantieri, L.A.; Laloze, J.; Lellouch, A.G.
The Perception of Plastic Surgery by Community–Based, Private Practice Nurses: A French National Descriptive Study.
Plastic Surgical Nursing 2021, 41, 18–25
81. Aljindan, F.; Zahrani, G.; Almalki, N.; Alhussaini, N.; Aldosari, N.; Althubaiti, R.; Alsubhi, A.
Knowledge and Perception of Plastic Surgery Among Medical Students in the Western Region of Saudi Arabia.
JOHS 2021, 01, 173–185.
82. Fakiha, M.; Safar, M.A.; Alsatti, M.; Aljehany, S.; Rizq, H.
The Causes of Medical Students and Interns Misperception of Plastic Surgery Specialty at University of Jeddah.
2020.
83. Mortada, H.H.; Alqahtani, Y.A.; Seraj, H.Z.; Albishi, W.K.; Aljaaly, H.A.
Perception of Plastic Surgery and the Role of Media Among Medical Students: Cross–Sectional Study.
Interact J Med Res 2019, 8, e12999.
84. Agarwal, P.
Perception of Plastic Surgery in the Society.
Indian J Plast Surg 2004, 37, 110–114.
85. Agarwal, J.P.; Mendenhall, S.D.; Moran, L.A.; Hopkins, P.N.
Medical Student Perceptions of the Scope of Plastic and Reconstructive Surgery.
Annals of Plastic Surgery 2013, 70, 343–349.
86. Dunkin, C.S.J.; Pleat, J.M.; Jones, S.A.M.; Goodacre, T.E.E.
Perception and Reality—a Study of Public and Professional Perceptions of Plastic Surgery.
British Journal of Plastic Surgery 2003, 56, 437–443.
87. Hassan, S.; Jivan, S.
General Practice Trainee’s Perceptions of the Scope and Practice of Plastic Surgery.
Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery 2016, 69, e212–e214.

88. Mahalingam, S.; Kalia, P.; Nagendran, A.; Oakeshott, P.
Undergraduate Exposure to Plastic Surgery: The Medical Student Perspective.
Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery 2014, 67, e125-e126.
89. Lupon, E.; Bedet, A.; Girard, P.; Laloze, J.; Grolleau, J.L.; Lantieri, L.; Lellouch, A.G.
The Perception of Plastic Surgery by Physiotherapists: A French National Descriptive Study.
Ann Transl Med 2020, 8, 184-184.
90. Conyard, C.; Schaefer, N.; Williams, D.; Beem, H.; McDougall, J.
The Understanding of Plastic and Reconstructive Surgery amongst Queensland Medical Students.
JPRAS Open 2016, 8, 14-18.
91. Tahiri, Y.; Lee, J.; Kanevsky, J.; Thibaudeau, S.; Gilardino, M.
The Differing Perceptions of Plastic Surgery between Potential Applicants and Current Trainees: The Importance of Clinical Exposure and Electives for Medical Students.
Can J Plast Surg 2013, 21, 178-180.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب لله في مهنتي

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

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

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخيراً لكل زميل في المهنة

الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانياتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين

ولله على ما أقول شهيد.



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

أطروحة رقم 175

سنة 2024

استطلاع رأي حول تصور الجراحة التجميلية والتجميلية في طب الأسرة: دراسة مستقبلية في جهة مراكش آسفي

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2024/05/09
من طرف

السيدة مريم الكزار

المزودة في 11 مايو 1998 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

التصور - طب الأسرة - التدريس - الجراحة الترميمية - التجميلية

اللجنة

الرئيس

المشرف

الحكام

السيد

السيد

السيد

السيد

السيدة

خ. ترابي

أستاذ في الجراحة التجميلية والتجميلية

ت. نسيم الصباح

أستاذ في الجراحة التجميلية والتجميلية

م. د. العمراني

أستاذ في الجراحة التجميلية والتجميلية

ز. عزيز

أستاذ مبرز في جراحة الوجه والفكين وطب الفم

أ. العتيقي

أستاذة في الجراحة التجميلية والتجميلية