

**État de la pratique médicale
au niveau de la région de Marrakech :
point de vue du médecin généraliste**

THESE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14/12/2015

PAR

Mme. **Khadija AMRAOUZA**

Née le 14 Aout 1987 à Douirane

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Médecine générale –pratique médicale –formation continue–
satisfaction professionnelle

JURY

M.	M. BOUSKRAOUI Professeur de Pédiatrie	PRESIDENT
M.	M. AMINE Professeur agrégé d'Épidémiologie clinique	RAPPORTEUR
M.	S. AIT BENALI Professeur de Neurochirurgie	} Juges
M.	S. AMAL Professeur de dermatologie	
M.	R. FEZZAZI Professeur de Chirurgie Pédiatrique	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي
أنعمت عليّ وعلى والديّ وأن أعمل
صالحاً ترضاه وأصلح لي في ذريّتي
إني تبت إليك وإني من المسلمين"
صدق الله العظيم.



Serment d'hypocrate

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





*LISTE DES
PROFESSEURS*

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyen Honoraire

: Pr Badie Azzaman MEHADJI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr.Ag. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogique

: Pr. EL FEZZAZI Redouane

Secrétaire Générale

: Mr Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMAL Said	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- Vasculaire	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie

CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SARF Ismail	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
FIKRY Tarik	Traumato- orthopédie A		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
AIT ESSI Fouad	Traumato- orthopédie B	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie

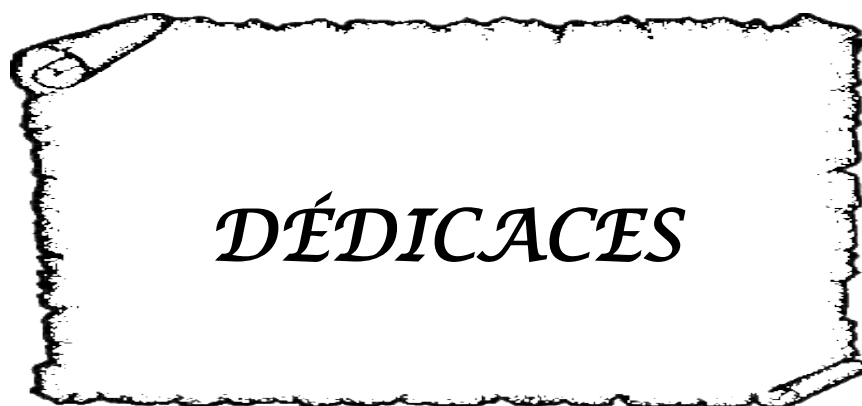
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KOULALI IDRISSI Khalid	Traumato- orthopédie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie orthopédie B	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENJILALI Laila	Médecine interne	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MOUFID Kamal	Urologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie B	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	OUALI IDRISSI Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAFIK Aziz	Chirurgie thoracique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSI EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RADA Nouredine	Pédiatrie A
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie

EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ADALI Nawal	Neurologie	FADIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ATMANE EI Mehdi	Radiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale

BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie orthopédie	-
BELHADJ Ayoub	Anesthésie Réanimation	MLIHA Mohammed	TOUATI Oto-Rhino Laryngologie	-
BENHADDOU Rajaa	Ophtalmologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie	
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NADOUR Karim	Oto-Rhino Laryngologie	-
CHRAA Mohamed	Physiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie	
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino Laryngologie	OUERIAGLI Fadoua	NABIH Psychiatrie	-
DIFFAA Azeddine	Gastro- entérologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie	
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique	
EL HAOUATI Rachid	Chiru vasculaire	CARDIO SERGHINI Issam	Anesthésie Réanimation	-
EL HARRECH Youness	Urologie	SERHANE Hind	Pneumo- phtisiologie	
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique	
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie Réanimation	-
EL MEZOUARI EI Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZIDANE Abdelfettah	Moulay Chirurgie Thoracique	



A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOHAMMED BOUSKRAOUI
PROFESSEUR EN PÉDIATRIE
CHU Med VI Marrakech

Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant aimablement de présider mon jury de thèse. Nous avons eu le grand privilège de bénéficier de votre enseignement lumineux durant nos années d'études. Veuillez cher maître, trouver dans ce travail, le témoignage de ma gratitude, ma haute considération et mon profond respect.

*A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOHAMED AMINE*

Professeur D'ÉPIDÉMIOLOGIE

CHU Med VI Marrakech

Vos hautes vertus morales qui n'ont d'égales que votre compétence et votre dévouement professionnel nous ont toujours remplis d'admiration pour votre personnalité. Ainsi, nous nous faisons un devoir et un infini honneur de soutenir la présente thèse sous votre présidence éclairée. Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre gratitude et notre considération.

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR SBIHI MOHAMED*

PROFESSEUR EN PÉDIATRIE

CHU Med VI Marrakech

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail. Votre compétence, votre sens profond de l'humanité sont connus de tous.

Veillez agréer, Cher Maître, l'expression de notre vive reconnaissance et de notre respectueuse gratitude.

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE :
MONSIEUR LE PROFESSEUR AIT BENALI SAID*

PROFESSEUR EN NEUROCHIRURGIE

CHU Med VI Marrakech

Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury. Nous avons pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités humaines.

Veillez accepter, Professeur, nos sincères remerciements et notre profond respect.

*A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AMAL SAID
PROFESSEUR EN DERMATOLOGIE
CHU Med VI Marrakech*

*Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.
Nous avons toujours admiré votre ardeur dans le travail, votre
compétence, votre droiture, ainsi que votre gentillesse.
Veuillez trouver ici, Cher Maître, le témoignage de notre profonde
reconnaissance et notre grand respect.*

*A NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE :
MONSIEUR LE PROFESSEUR EL FEZZAZI REDOUANE
PROFESSEUR EN CHIRURGIE PEDIATRIQUE
CHU Med VI Marrakech*

*Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury. Nous avons
pu apprécier l'étendue de vos connaissances et vos grandes qualités
humaines.
Veuillez accepter, Professeur, nos sincères remerciements et notre
profond respect.*

*AU PROFESSEUR ADARMOUCH LATIFA
PROFESSEUR ASSISTANTE EN EPIDEMIOLOGIE
CHU Med VI Marrakech*

*Vous avez répondu immédiatement présente quand j'avais besoin d'aide,
ce travail n'aurait pas été complet sans vous.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et mon
grand respect.*

*A tout le Personnel médical et paramédical du service d'Epidémiologie de
la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech,*

*Je vous remercie infiniment pour votre soutien et de l'aide précieuse que
vous m'avez réservé à chaque moment que j'en avais besoin, pour mener
à bien cette étude scientifique.*

*Je vous l'offre aujourd'hui car chacun parmi vous a participé de loin ou
de près*

*Aux meilleurs parents du monde,
ma mère lalla Zahra et mon père sidi Ahmed*

J'aimerais tant écrire mais je ne trouve pas les mots, en fait il n'existe pas un mot qui pourrait exprimer l'immense amour et respect que j'ai pour vous. Vous avez lutté pour faire de moi ce que je suis aujourd'hui. Sans vous, rien n'aura été possible. Je vous dédie mon travail pour vous remercier et j'espère que vous serez toujours fiers de moi.

*A mon très cher époux Othmane
Ton soutien me renforce. Ta présence me reconforte.
Merci d'être à mes côtés.*

*A mes beaux parents lalla nafissa et sidi Brahim
Merci pour votre soutien et votre reconfort*

*A mes frères et sœurs
Jamal, Fatima ezzahra, Idriss, Mariam, Karima, Basma et Bassam
Votre présence a embelli ma vie. Merci d'en faire partie*

*A mes neveux Outhmane, Zaynab, Yahya et Abdouallah
Vous incarnez la joie et l'espoir. Je vous aime*

A la mémoire de mes grands parents

*A mon professeur Madame Malika SKOUKED
et son époux Monsieur Kamal ELGHARRAS
Votre sagesse et vos conseils me sont d'une aide précieuse.
Merci pour votre soutien*

*A mes amies Hasna, Salma et Sara
Vous avez toujours été à mes côtés quand j'en avais besoin.
Merci d'être mes sœurs*

A tous ceux qui me sont chers



*LISTE
DES FIGURE
ET TABLEAUX*

LISTE DES FIGURES:

- Figure 1** : Répartition des participants selon le genre
- Figure 2** : Répartition des participants selon le statut marital
- Figure 3** : Répartition des participants selon la faculté de formation initiale
- Figure 4** : Répartition des participants selon le pays de formation initiale
- Figure 5** : Répartition des participants selon le secteur d'exercice
- Figure 6** : répartition des réponses à la question : « votre formation initiale à la faculté de médecine vous permet elle d'acquérir les compétences nécessaires pour une bonne pratique médicale ? »
- Figure 7** : Répartition des participants selon la satisfaction vis-à-vis de leur formation initiale
- Figure 8** : Répartition des participants selon le besoin de faire des formations complémentaires
- Figure 9** : Proportion des répondants ayant déjà fait des formations complémentaires
- Figure 10** : Répartition des réponses à la question : « l'enseignement à la faculté de médecine encourage-t-il à faire médecine générale ou médecine de spécialité ? »
- Figure 11** ; Répartition des réponses à la question : « la médecine générale est-elle un discipline valorisée ? »
- Figure 12** : Répartition des réponses à la question : « auriez vous voulu vous spécialiser au lieu de faire médecine générale ? »
- Figure 13** : Répartition des réponses à la question : « pensez vous toujours vous spécialiser ? »
- Figure 14** : Répartition des participants selon si oui ou non ils entretenaient un dossier médical pour leurs patients
- Figure 15** : Répartition des participants selon si oui ou non ils avaient reçu une formation en soins d'urgences
- Figure 16** : Répartition des réponses à la question : « pensez vous que vos patients ont une autonomie vis-à-vis de leur propre PEC ? »

- Figure 17** : Répartition des réponses à la question : « ressentez vous des difficultés de communication avec vos patients ? »
- Figure 18** : Fréquence de la participation des médecins généralistes à des activités de sensibilisation
- Figure 19** : Fréquence de la participation des médecins généralistes à des activités de dépistage
- Figure 20** : Fréquence de la communication des médecins généralistes avec leurs collègues spécialistes
- Figure 21** : Relation dynamique entre les principes de la médecine générale et l'influence des patients et du système de soins
- Figure 22** : Les bases de la compétence des médecins généralistes
- Figure 23** : Les dimensions de la médecine générale
- Figure 24** : The WONCA tree–As produced by the Swiss College of primary care (revised 2011)
- Figure 25** : Les soins primaires en tant que centre de coordination au sein de la collectivité desservie et avec des partenaires extérieurs

LISTE DES TABLEAUX:

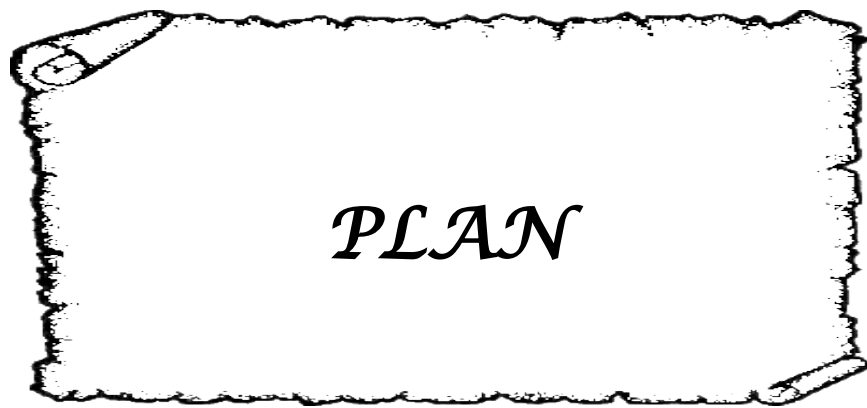
- Tableau I** : Tableau récapitulatif des caractéristiques générales des répondants
- Tableau II** : Éléments en plus que les médecins généralistes auraient voulu avoir durant leur formation initiale
- Tableau III** : Éléments en moins que les médecins généralistes auraient voulu avoir durant leur formation initiale
- Tableau IV** : Les types de formations complémentaires faites par les médecins généralistes
- Tableau V** : Les raisons pour le choix de la médecine générale
- Tableau VI** : Types de difficultés de communication
- Tableau VII** : Les pathologies aiguës les plus rencontrées par les médecins généralistes en pratique quotidienne
- Tableau VIII** : Les pathologies chroniques les plus rencontrées par les médecins généralistes en pratique quotidienne
- Tableau IX** : Moyens utilisés pour la FMC
- Tableau X** : Thèmes recherchés pour la FMC par les médecins généralistes
- Tableau XI** : Comparaison des médianes du score de l'échelle de Warr-Cook-Wall des différentes catégories de médecins



ABRÉVIATIONS

Liste des abréviations:

OMS	: organisation mondiale de la santé
IEC	: information éducation communication
ONG	: organisation non gouvernementale
WONCA	: World organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/Family physicians
FMC	: formation médicale continue
ECC	: électrocardiogramme
HTA	: hypertension artérielle
IRA	: Infections respiratoires aiguës
IST	: Infections sexuellement transmissibles
IRC	: Insuffisance rénale chronique
MG	: médecine générale
PEC	: Prise en charge
DU	: diplôme universitaire
DIU	: diplôme interuniversitaire
GEPP	: groupes d'échanges de pratiques entre pairs
ONDH	: observatoire national du développement humain
CIRANO	: centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations



INTRODUCTION	25
MATÉRIELS & MÉTHODES	28
I. TYPE DE L'ÉTUDE:	29
II. POPULATION CIBLE ET ÉCHANTILLONNAGE :	29
III. Variables étudiées :	29
IV. Collecte de Données :	32
V. Analyse statistique :	33
VI. Considérations éthiques :	33
VII. Aspects réglementaires :	34
VIII. Difficultés rencontrées :	34
RÉSULTATS	35
I. Caractéristiques générales des répondants:	36
1. Caractéristiques générales des répondants :	36
2. informations sur la formation initiale	37
3. Secteur d'exercice :	39
II. Formation médicale:	41
1. Formation initiale:	41
2. Formations complémentaires :	44
3. Choix de la médecine générale :	46
4. La spécialisation :	48
III. Pratique médicale :	49
1. Consultation médicale :	49
2. Pathologies les plus rencontrées :	53
3. Activités de prévention et de sensibilisation :	54
4. Communication avec le milieu extérieur :	56
IV. Formation continue	57
1. Importance de la formation médicale continue :	57
2. Nombre de formation médicale continue par an :	58
3. Moyens utilisés pour la FMC :	58
4. Thématiques recherchées pour la FMC :	59
V. Satisfaction professionnelle :	59
1. Comparaison entre médecins du secteur public et médecins du secteur privé :	59
2. Satisfaction professionnelle selon le genre :	60
DISCUSSION	61
I. Cadre conceptuel : la médecine générale	62
1. Définitions de la médecine générale :	62
2. Définition de la médecine générale selon la WONCA Europe :	68
3. Le médecin cinq étoiles :	73
4. L'importance de la médecine générale dans le système de santé [4] :	74

II. La formation médicale :	75
1. État des lieux de la formation médicale au Maroc :	75
2. La formation médicale initiale :	76
III. La pratique médicale :	78
1. La consultation médicale :	78
2. Les pathologies les plus rencontrées :	79
3. Les activités de prévention et de sensibilisation :	80
4. La communication avec le milieu extérieur :	80
5. L'accès aux soins des patients :	81
IV. La formation médicale continue :	82
1. Importance de la formation médicale continue :	82
2. Moyens utilisés pour la formation médicale continue :	83
3. Thèmes recherchés pour la formation médicale continue :	84
V. La satisfaction professionnelle :	85
VI. Avantages et limites de l'étude :	86
VII. Recommandations :	86
CONCLUSION	87
ANNEXES	89
RÉSUMÉS	99
BIBLIOGRAPHIE	103



INTRODUCTION

La médecine générale–médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires [1,2].

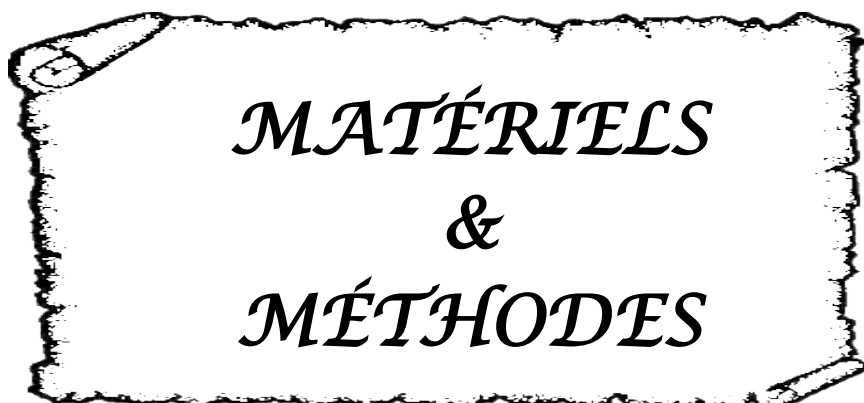
Les soins de santé primaires sont des prestations de soins de santé accessibles et intégrés, par des médecins qui ont la responsabilité de répondre à une grande majorité de besoins de santé individuels, et d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté [3].

Les médecins généralistes–médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargé de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie [2].

L'expérience internationale démontre que les systèmes de santé basés sur des soins de santé primaires avec des médecins généralistes, fournissent des soins plus rentables et plus efficaces au niveau clinique [4]. Cependant, le métier de médecin généraliste semble avoir perdu de sa valeur au cours du temps. Dans les grandes villes, le désintérêt est d'autant plus marqué. Le médecin généraliste qui est supposé être le médecin de premier recours, est devenu, dans de nombreuses situations, un médecin de dernier recours, intervenant lorsque les spécialistes ne sont pas disponibles [5,6]. Et au niveau des universités, l'impact de la formation et de l'enseignement lors des stages hospitaliers dans l'orientation des futurs médecins est majeur [7]. Une orientation qui se fait principalement vers la formation des médecins spécialistes.

Au Maroc, il existe des obstacles majeurs pour la médecine générale dont une perception négative des soins de santé de base curatifs et la non reconnaissance de la médecine générale comme discipline spécifique [8]. Aussi, très peu d'études ont été réalisées pour explorer l'état de la pratique de la médecine générale dans notre pays.

Ainsi, les objectifs de notre étude étaient d'explorer comment les médecins généralistes se représentent leur spécialité ? Comment ils gèrent leur pratique médicale quotidienne ? Comment ils évaluent leur formation médicale initiale ? Comment ils gèrent leur formation médicale continue ? Et à quel point ils sont satisfaits professionnellement ?



*MATÉRIELS
&
MÉTHODES*

I. TYPE DE L'ÉTUDE:

Notre étude était une étude descriptive transversale.

II. POPULATION CIBLE ET ÉCHANTILLONNAGE :

1. Population cible de l'étude :

La population cible était constituée des médecins généralistes exerçant au niveau de la ville de Marrakech.

2. Échantillon étudié :

Le recrutement des participants a été effectué de façon aléatoire : un tirage au sort de 100 médecins a été fait à partir des listes des médecins généralistes exerçant au niveau de la ville de Marrakech dans le secteur public et privé.

Nous avons donc choisi d'étudier un échantillon de 100 médecins : 50 exerçant au secteur public et 50 exerçant au secteur privé.

III. Variables étudiées :

Les variables de notre étude étaient organisées sous formes de cinq sections d'un questionnaire (Annexe 1).

3.1 Première section : Liée aux médecins généralistes

Une première section du questionnaire comporte les informations générales liées aux participants à l'étude en l'occurrence les médecins généralistes :

- L'âge.
- Le genre.

- L'état matrimonial.
- Le lieu de formation initiale : dans cette partie, on a déterminé le lieu exact de la formation initiale : le pays et la faculté de formation au sein de ce pays.
- Le milieu d'exercice : nous avons choisi d'étudier les médecins généralistes exerçant au milieu urbain.
- Le secteur d'exercice : on a voulu différencier entre les médecins exerçant au secteur public et ceux exerçant au secteur privé.
- L'année d'obtention du doctorat en médecine et l'année du début d'exercice : on a également voulu estimer la durée d'expérience de chacun des participants.
- La responsabilité au niveau du centre de santé ou du cabinet médical.

3.2 Deuxième section : Liée à la formation initiale

Nous avons essayé d'évaluer la satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de leur formation initiale, de savoir quels étaient les éléments de la formation médicale qui leur manquaient et quels étaient les éléments qu'ils considéraient comme une surcharge qu'ils auraient voulu ne pas avoir.

Nous avons également voulu savoir si les médecins généralistes avaient souvent besoin de faire des formations complémentaires après l'obtention de leur doctorat en médecine afin d'améliorer leurs compétences ainsi que de savoir quelles étaient ces formations complémentaires dont ils avaient besoin.

Nous nous sommes aussi intéressés aux raisons pour lesquelles les médecins de notre échantillon auraient fait médecine générale et si l'enseignement à la faculté de médecine avaient influencé leur choix.

Enfin nous avons demandé à nos participants s'ils auraient préférés se spécialiser au lieu de faire médecine générale et s'ils considéraient la médecine générale comme une discipline valorisée.

3.3 Troisième section : Liée à la pratique médicale

Nous avons essayé de mettre le point sur certains aspects de la pratique médicale. Nous avons donc choisi les questions en nous référant aux différentes caractéristiques de la médecine générale, aux compétences fondamentales que devraient avoir le médecin généraliste, ainsi qu'aux champs d'activité et aux dimensions spécifiques de cette discipline telle qu'elles ont été décrites par la WONCA : World organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/Family physicians.

Nous avons donc formulé les questions afin d'essayer d'explorer certains aspects de la pratique de la médecine générale, du point de vue du médecin généraliste lui-même, qui sont : le déroulement de la consultation médicale, les pathologies les plus rencontrées lors de la pratique quotidienne, les activités de prévention et de sensibilisation, l'ouverture sur le milieu extérieur et les difficultés d'accès aux soins des patients.

3.4 Quatrième section : Liée à la formation continue

Nous avons essayé d'évaluer la place de la formation médicale continue (FMC) dans la pratique quotidienne du médecin généraliste et à quelle fréquence les médecins généralistes participaient à des activités de FMC.

Nous avons également voulu savoir quels étaient les moyens utilisés par les médecins de notre échantillon pour la FMC, et quelles étaient les thématiques recherchées.

3.5 Cinquième section : Liée à la satisfaction au travail

Nous avons essayé d'évaluer la satisfaction au travail des médecins généralistes en leur proposant l'échelle de Warr-Cook-Wall pour évaluer la satisfaction professionnelle.

Cette échelle était constituée de 9 facteurs de satisfactions :

1. La quantité des responsabilités qui sont donnés au médecin.
2. La liberté de choisir sa propre méthode de travail.
3. La variété dans le travail.
4. La relation avec les collègues de travail.

5. Les conditions physiques du travail.
6. La possibilité d'utiliser ses compétences.
7. Le taux de rémunération.
8. La reconnaissance que le médecin obtient pour son bon travail.
9. Les heures de travail.

Les participants cochaient les réponses sur une échelle de 1 à 7 allant de « extrêmement insatisfait (score1) à extrêmement satisfait (score7) ».

Nous avons également essayé de savoir si leur travail avait affecté leur santé physique.

IV. Collecte de Données :

La collecte de données a été basée sur un questionnaire auto-administré.

La collecte de données a été faite chez les médecins généralistes du secteur public et du secteur privé qui ont accepté de participer à notre étude du 28/12/2014 au 28/01/2015.

Les questionnaires ont été auto-administrés chez tous les participants.

Le contact a eu lieu avec les médecins généralistes sélectionnés sur les listes de façon aléatoire. Nous leur présentions notre étude, nous prenions leur consentement oral pour participer à l'étude et nous leur laissions les questionnaires pour les remplir. Une deuxième, parfois une troisième visite chez le même médecin étaient nécessaires pour récupérer le questionnaire rempli.

Nous contactons les médecins généralistes du secteur public au niveau des centres de santé pendant les matinées, et les médecins généralistes du secteur privé au niveau de leurs cabinets privés durant les après-midi.

La majorité des médecins contactés ont acceptés de participer à notre étude.

Quelques médecins étaient injoignables : nous les avons contactés à deux reprises et nous ne pouvions pas les joindre.

Une minorité de médecins ont exprimé leur refus de participer.

V. Analyse statistique :

La saisie des données a été faite sur le logiciel SPSS version 16.0 au laboratoire d'épidémiologie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, Université CADI AYYAD.

Les analyses statistiques descriptives, ont fait appel au :

- Calcul des effectifs et des pourcentages, pour les variables qualitatives.
- Calcul des mesures de tendances centrales (moyennes et médianes) et des mesures de dispersion (écart-type) pour les variables quantitatives.

Les analyses bi variées ont fait appel aux tests de :

- Khi 2 pour la comparaison des pourcentages (variables qualitatives)
- Mann-Whitney pour la comparaison des rangs (variables quantitatives)

Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

VI. Considérations éthiques :

Cette étude est un sujet de thèse à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech, accepté par le comité de thèses.

L'équipe de travail a veillé sur l'information du participant, son consentement libre, l'anonymat ainsi que la confidentialité des données fournies par les répondants.

VII.Aspects réglementaires :

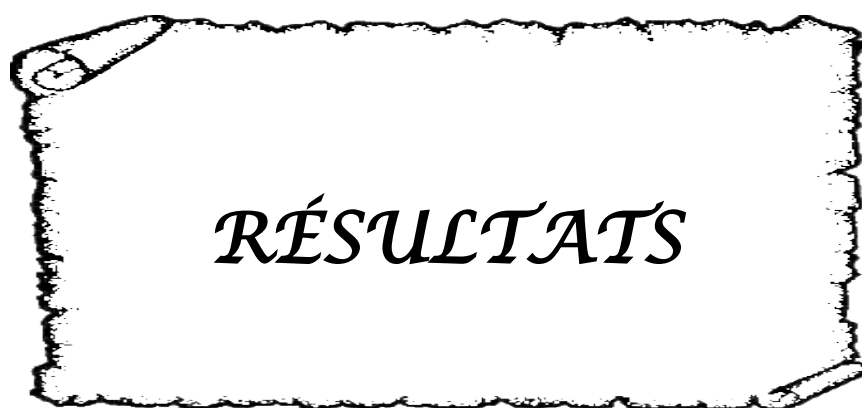
Les autorisations pour la collecte des données ont été obtenues au niveau du Service des Infrastructures et des Actions Ambulatoires Préfectorales (S.I.A.A.P) et au niveau de la délégation régionale de Marrakech, après avoir déposé une demande écrite (Annexe 2, 3, 4).

VIII. Difficultés rencontrées :

Au cours de la réalisation de cette enquête, nous étions confrontés à certaines contraintes :

1. La récupération du questionnaire était rarement immédiate. On nous exigeait de le récupérer après une période allant d'une journée à une semaine selon la disponibilité des médecins. La plupart des questionnaires ont été récupérés après plusieurs visites.
2. Le retard de quelques médecins (13 médecins privés et 5 médecins publics) à remplir le questionnaire : même après trois visites effectuées chez eux, on n'a pas pu récupérer le questionnaire rempli.
3. Le refus de certains médecins (3 médecins privés et 5 médecins publics) de répondre au questionnaire même après plusieurs tentatives de sollicitation de notre part pour les convaincre.
4. Quelques médecins étaient injoignables (2 médecins privés et 2 médecins publics).

b



I. Caractéristiques générales des répondants:

La taille de l'échantillon : au total, 70 sujets (les répondants au questionnaire) ont été inclus dans cette étude.

1. Caractéristiques générales des répondants :

1.1 Age:

La moyenne d'âge de notre échantillon était de $48,3 \pm 10,4$ ans, avec des extrêmes allant de 27 à 70 ans.

1.2 Genre:

Notre échantillon était constitué de 36 (52 %) femmes et 33 (48 %) hommes et 1 non répondant (Figure 1).

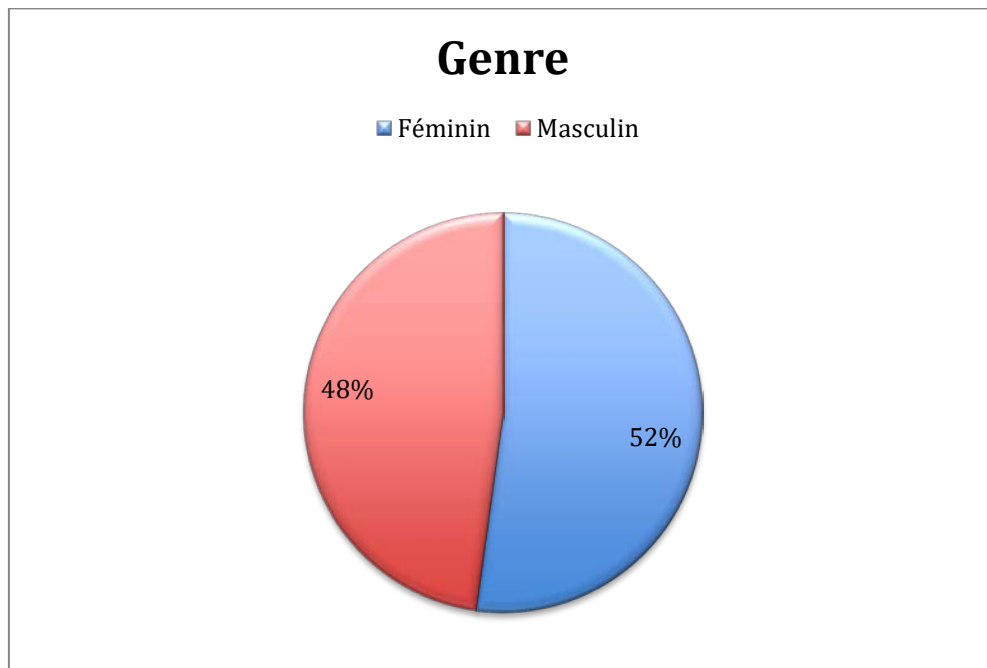


Figure 1: Répartition des participants selon le genre.

1.3 Etat matrimonial:

Soixante cinq (94 %) de nos participants étaient mariés, 2 (3%) étaient veufs, et 2 (3%) étaient célibataires et 1 non répondant (Figure 2).

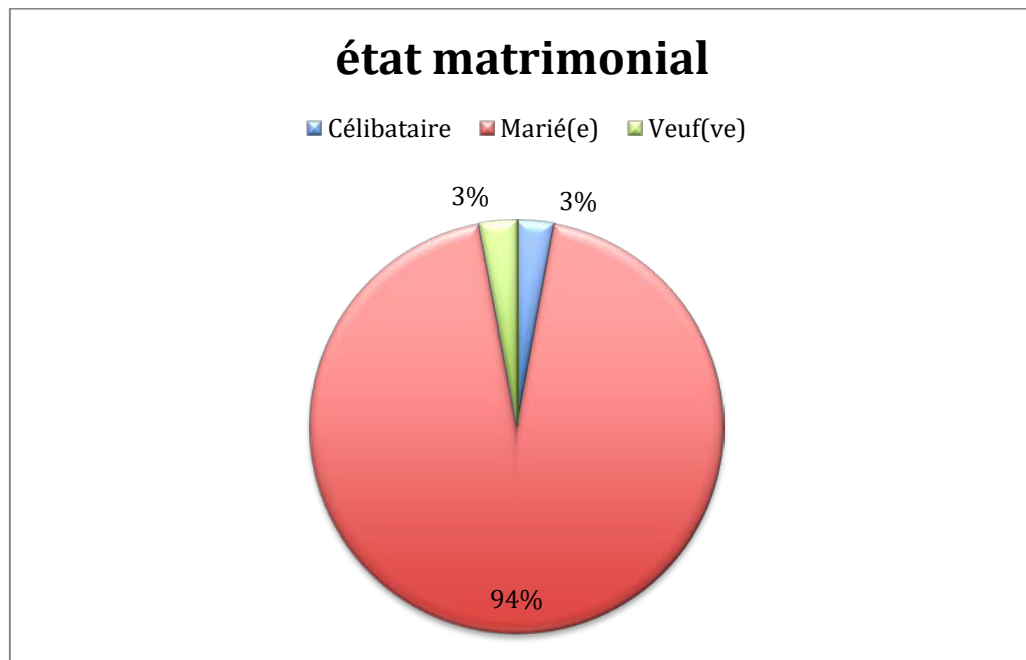


Figure 2: Répartition des participants selon le statut marital.

2. Informations sur la formation initiale :

2.1 Faculté de formation initiale :

Cinq (7 %) de nos participants ont fait leur formation médicale au niveau de la faculté de Marrakech, 38 (56 %) au niveau de la faculté de Casablanca, 20 (29 %) au niveau de la faculté de Rabat, 1 (2 %) au niveau de Fès, et 4 (6 %) au niveau de facultés étrangères (Figure 3).

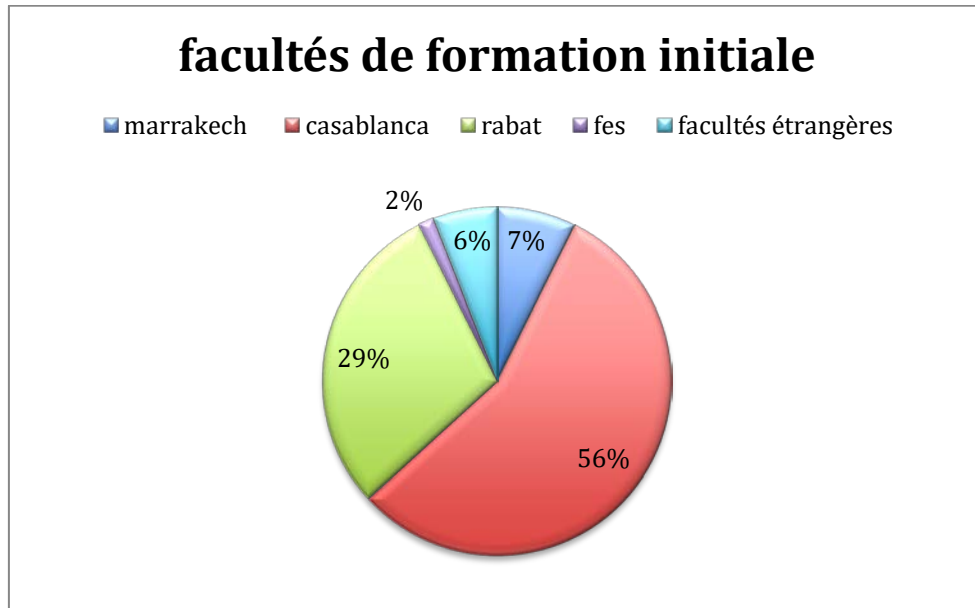


Figure 3: Répartition des participants selon les facultés de formation initiale.

2.2 Pays de formation initiale :

Soixante trois (93 %) de nos participants ont fait leurs études médicales au Maroc, 2 (3 %) en Tunisie, 1 (1 %) en France et 2 (3 %) en Russie (Figure 4).

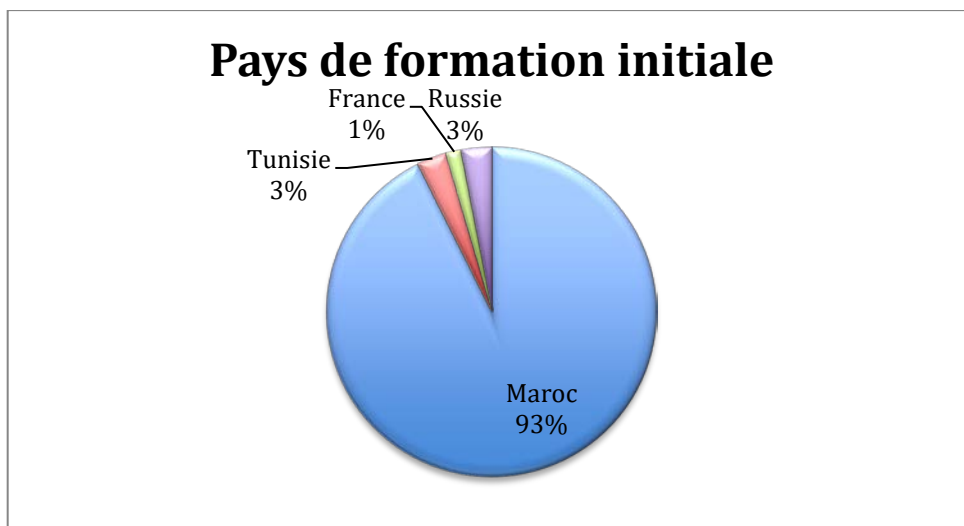


Figure 4: Répartition de nos participants selon le pays de formation médicale

3. Secteur d'exercice :

Trente sept (54 %) des médecins généralistes exerçaient dans le secteur public et 32 (46 %) dans le secteur privé avec 1 non répondant (Figure 5).

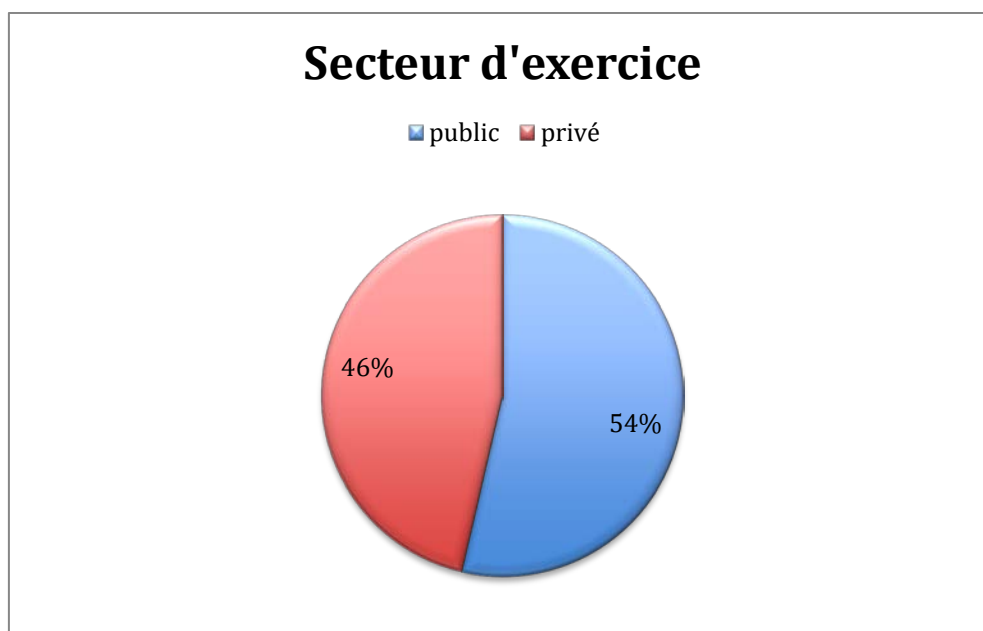


Figure 5: Répartition des participants selon le secteur d'exercice.

Tableau I : tableau récapitulatif des caractéristiques générales des répondants .

	Effectif	%
Age(moyenne ±écart type)	48,2±10,4	
<u>Genre</u>		
Femme	36	52
Homme	33	47
<u>Etat matrimonial</u>		
Célibataire	2	3
Marié	65	93
Veuf	2	3
<u>Faculté de formation initiale</u>		
Marrakech	5	7
Casablanca	38	56
Rabat	20	29
Fès	1	2
Facultés étrangères	4	6
<u>Pays de formation initiale</u>		
Maroc	63	93
Tunisie	2	3
France	1	1
Russie	2	3
<u>Secteur d'exercice</u>		
Public	37	53
Privé	32	46

II. Formation médicale:

1. Formation initiale:

1.1 Acquisitions durant la formation initiale :

Nous avons demandé aux participants si leur formation initiale à la faculté de médecine leur permettait d'acquérir les compétences nécessaires pour une bonne pratique médicale. Cinquante deux (74 %) ont répondu par « Oui » et 18 (26 %) ont répondu par « Non ».

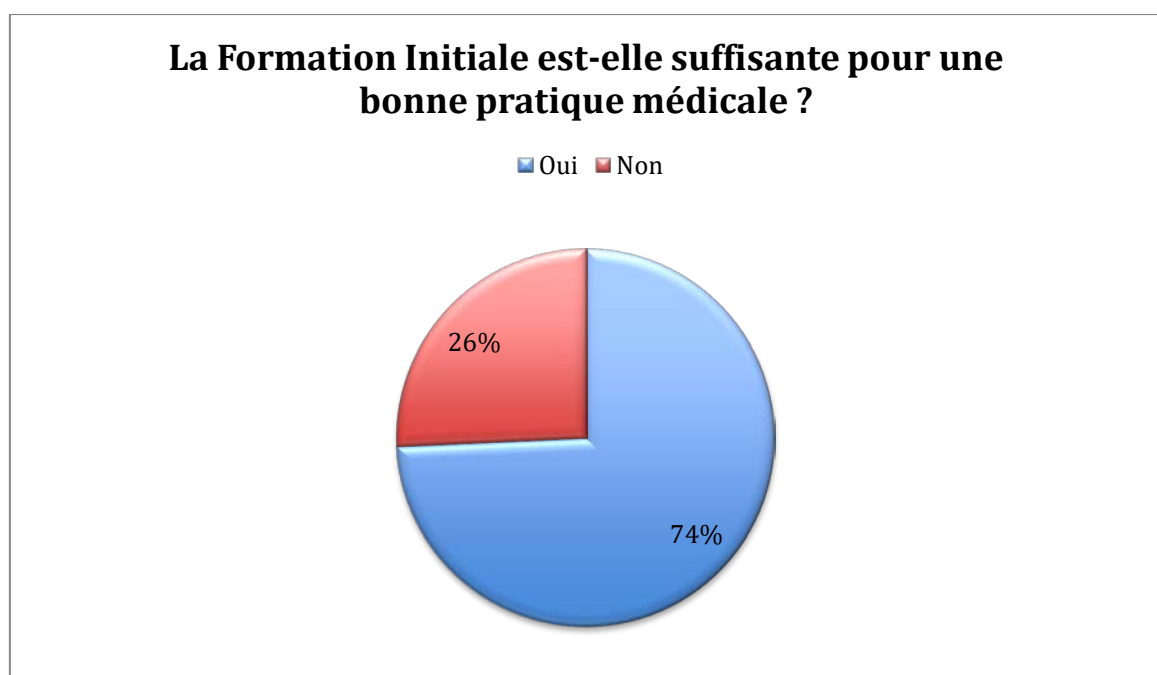


Figure 6 : Répartition des réponses à la question : « votre formation initiale à la faculté de médecine vous permet-elle d'acquérir les compétences nécessaires pour une bonne pratique médicale ? ».

1.2 Satisfaction de la formation initiale :

Nous avons évalué la satisfaction des participants vis-à-vis de leur formation initiale à la faculté de médecine sur une échelle de 6 allant de « pas du tout satisfait » à « tout à fait satisfait ». Trente deux (46%) ont déclaré être « plutôt satisfaits », 24 (34%) «assez satisfaits », 6

(9 %) « tout à fait satisfaits », 4 (6 %) « peu satisfaits », 2 (3%) « pas du tout satisfaits » et 1 seul (2%) a déclaré être « plutôt pas satisfait ».

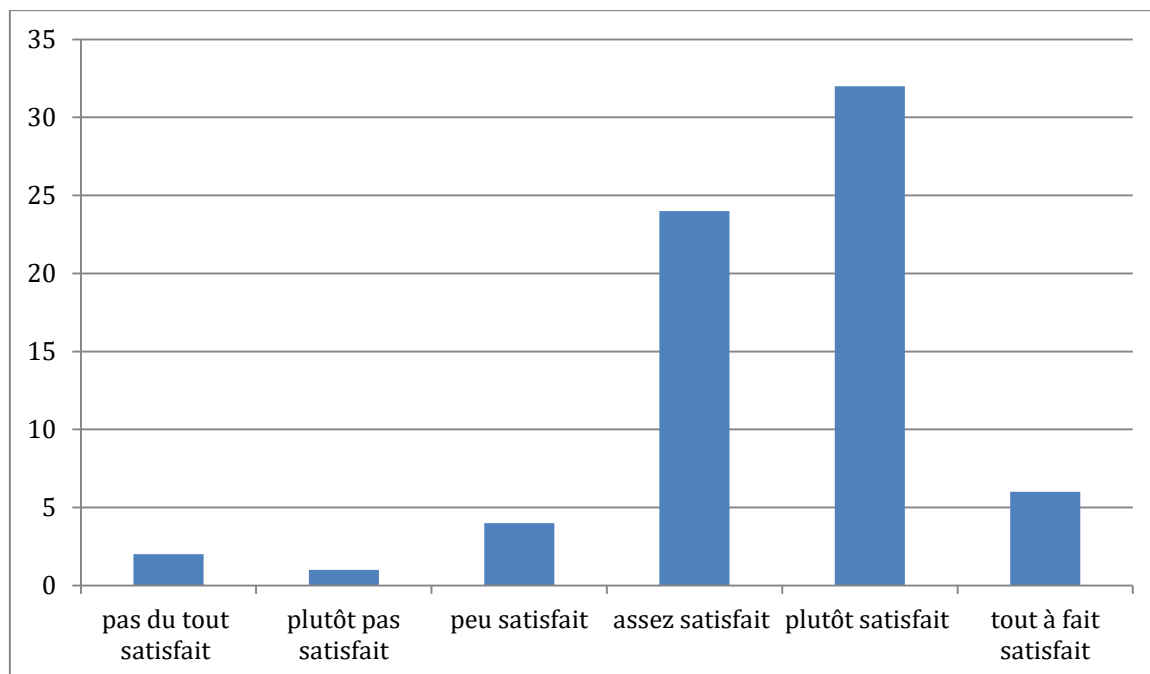


Figure 7 : Répartition des participants selon la satisfaction vis-à-vis de leur formation initiale

1.3 Éléments en plus ou en moins durant la formation initiale :

Nous avons demandé aux participants quels étaient les éléments en plus ou en moins qu'ils auraient voulu avoir durant leur formation initiale.

Tableau II : Eléments en plus que les médecins généralistes auraient voulu avoir durant leur formation initiale

Eléments en plus	Effectif
Formation pratique : travaux pratiques, travaux dirigés, cas cliniques , simulations	28
Plus de stages pour couvrir tous les services	8
Bon encadrement des externes durant les stages avec des objectifs précis à réaliser	6
Apprendre à faire les gestes médicaux surtout les gestes d'urgence	5
Formation en échographie	5
Gestion des services de soins et gestions administratives	5
Formation en communication	4
Formation en gynécologie médicale	4
Aspects juridiques de la profession	3
Formation en psychiatrie : bonne prise en charge des pathologies psychiatriques et relation médecin malade	3
Programmes de santé publique et économie de la santé	3
Anglais médical	2
Informatique	2
Ethique et déontologie	2
Formation médicale continue au niveau de la faculté de médecine	2
Stages en cabinets privés	1

Tableau III : Eléments en moins que les médecins généralistes auraient voulu durant leur formation initiale

Eléments en moins	Effectif
Cours théoriques	9
Nombres d'années d'études	4
Cours trop longs et trop spécialisés	3
Charge des cours	2
Cours d'histologie et d'anatomopathologie	2
Cours sur les maladies rares	1

2. Formations complémentaires :

2.1 Le besoin de faire des formations complémentaires :

Nous avons demandé aux participants s'ils ont oui ou non besoin de faire des formations complémentaires après l'obtention de leur doctorat en médecine. Soixante et un (88 %) ont déclaré en avoir besoin et 8 (12 %) ont déclaré ne pas en avoir besoin avec 1 non répondant.

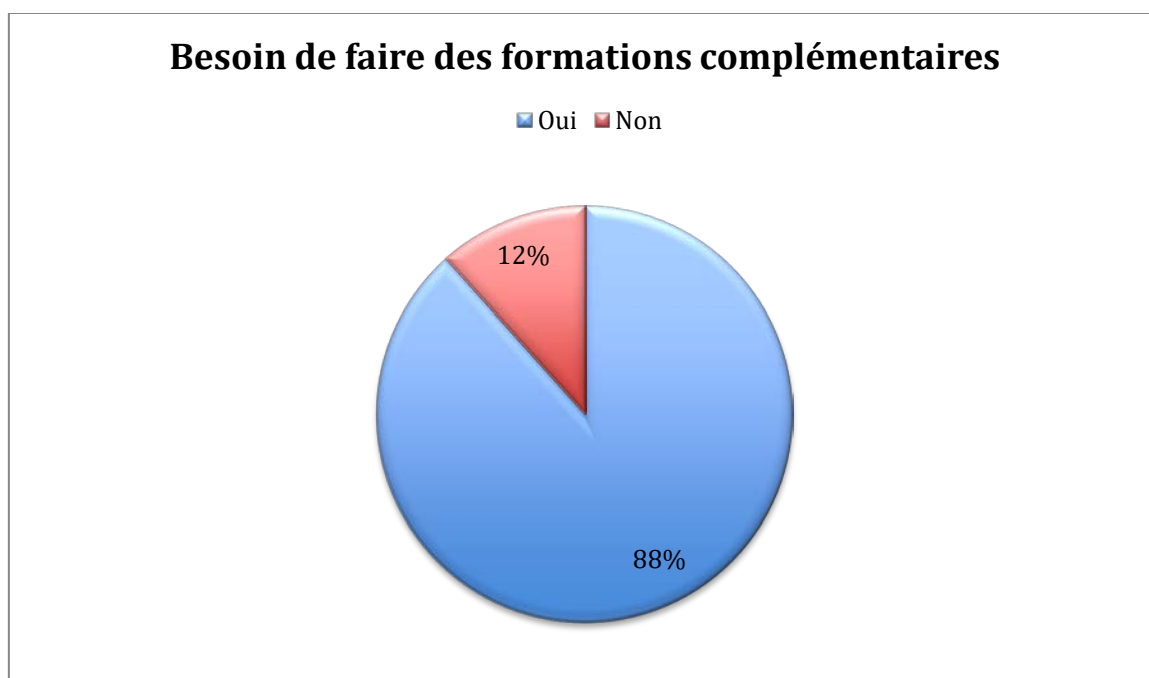


Figure 8 : répartition des participants selon le besoin de faire des formations complémentaires

2.2 Pourcentage de médecins ayant fait des formations complémentaires :

Cinquante huit (88 %) de nos participants ont déclaré avoir fait des formations complémentaires alors que 8 (12 %) seulement ont déclaré ne pas en avoir fait, avec 1 seul non répondant.

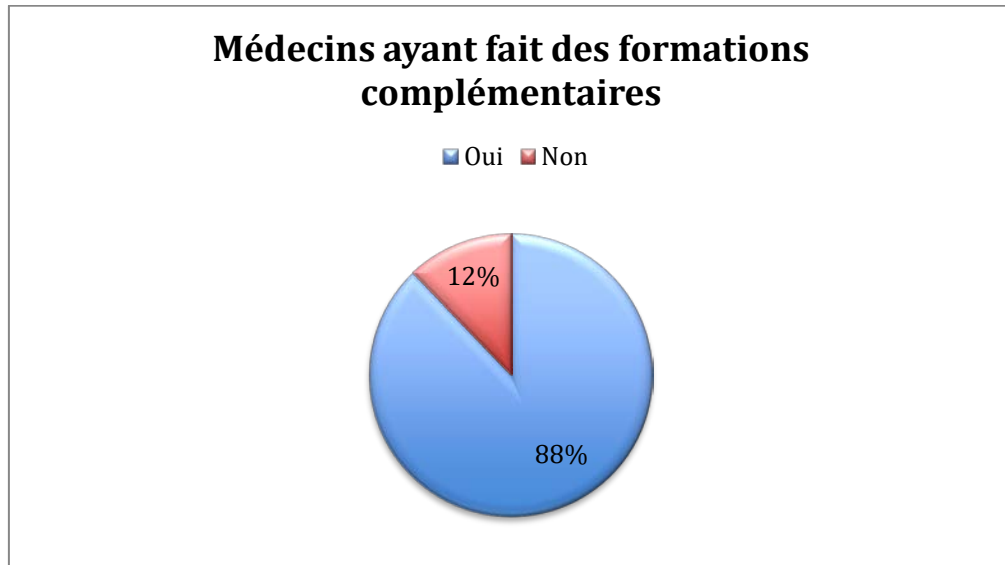


Figure 9 : Proportion des répondants ayant déjà fait ds formations complémentaires

2.3 Types de formation complémentaires :

Nous avons demandé aux participants qui avaient affirmé avoir fait des formations complémentaires quels en étaient les types. Le tableau suivant résume les types de formation complémentaires qui ont été faites par les médecins généralistes.

Tableau IV : les types de formations complémentaires faites par les médecins généralistes .

	Effectif
Echographie	30
Diabétologie	20
Médecine de sport	8
Gynécologie médicale	8
Médecine de travail	8
Nutrition	6
Cardiologie : prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA) et l'interprétation de l'électrocardiogramme (ECG)	4
Prise en charge de la douleur	4
Pneumologie : prise en charge des infections respiratoires aiguës (IRA) et de la tuberculose (TBK)	3
Prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST)	3
Néphrologie : prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (IRC)	2
Médecine communautaire et épidémiologie médicale	2
Expertise médicale	2
Médecine légale	1
Gestion et économie de la santé	1
Antibiothérapie	1
Cancérologie en médecine générale	1
Radiologie standard	1
Biologie	1

3. Choix de la médecine générale :

3.1 Les raisons pour le choix de la médecine générale :

Nous avons demandé à nos participants les raisons pour lesquelles ils ont choisi la médecine générale, et nous avons regroupé leurs réponses dans le tableau suivant :

Tableau V : les raisons pour le choix de la médecine générales

	Effectif
Pour sa globalité (touche à toutes les spécialités)	11
Pour des raisons familiales	8
Pour manque de moyens pour faire la spécialité	7
Par obligation	6
Par conviction	5
Pour être proche des patients (médecin des pauvres)	5
Parce que les études médicales sont trop longues	3
Parce que c'est un rêve d'enfance	3
Par manque de postes de médecins de sport	3
Par amour	2
Je ne sais pas	2
Pour faire de la médecine préventive	2
Parce que la formation médicale est de mauvaise qualité	1
Pour absence de CHU à l'époque	1
Parce qu'elle est sans stress	1

3.2 Influence de l'enseignement sur le choix de la médecine générale :

Nous avons demandé à nos participants d'estimer si l'enseignement à la faculté de médecine encourageait à faire médecine générale ou médecine de spécialité. Douze (17%) ont déclaré que l'enseignement encourage à faire médecine générale, 13 (19 %) qu'il encourageait à faire médecine de spécialité et 44 (64 %) qu'il encourageait à faire les deux.

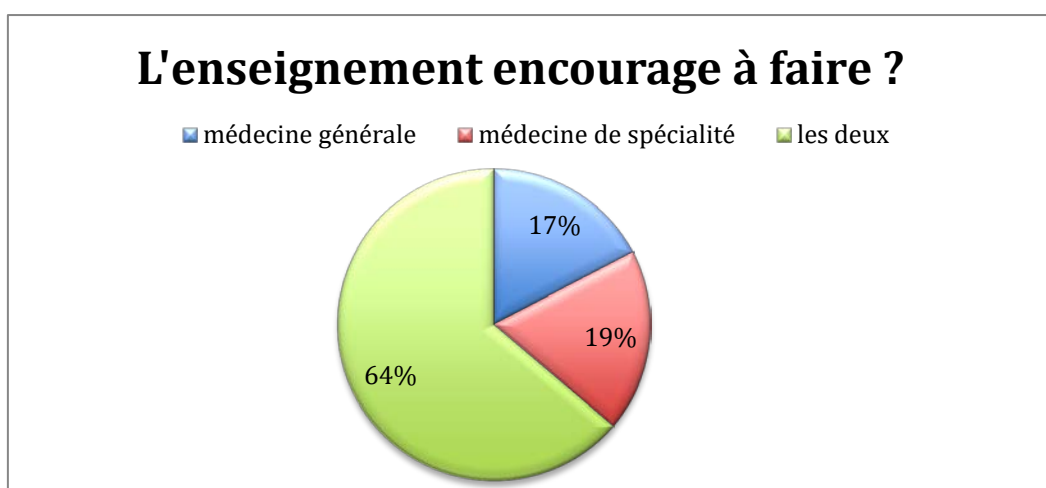


Figure 10 : répartition des réponses à la question : l'enseignement à la faculté de médecine encourage-t-il à faire médecine générale ou médecine de spécialité ?

3.3 Valorisation de la médecine générale :

Vingt trois (34 %) de nos répondants estimaient que la médecine générale était une discipline valorisée alors que 44 (66 %) estimaient qu'elle n'était pas valorisée.

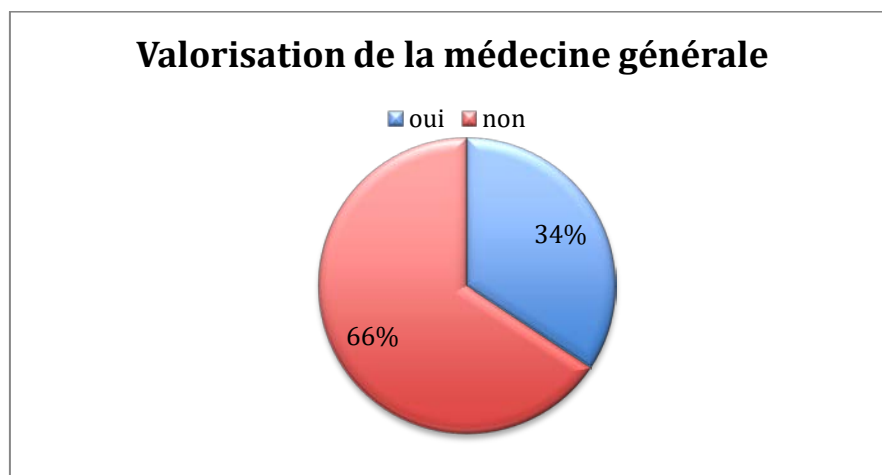


Figure 11 : répartition des réponses à la question :
la médecine générale est-elle une discipline valorisée ?

4. La spécialisation :

4.1 La médecine générale ou la spécialisation ?

Quarante quatre (68 %) de nos répondants affirmaient avoir voulu se spécialiser au lieu de faire médecine générale et 21(32 %) n'ont pas voulu se spécialiser avec 5 non répondants.

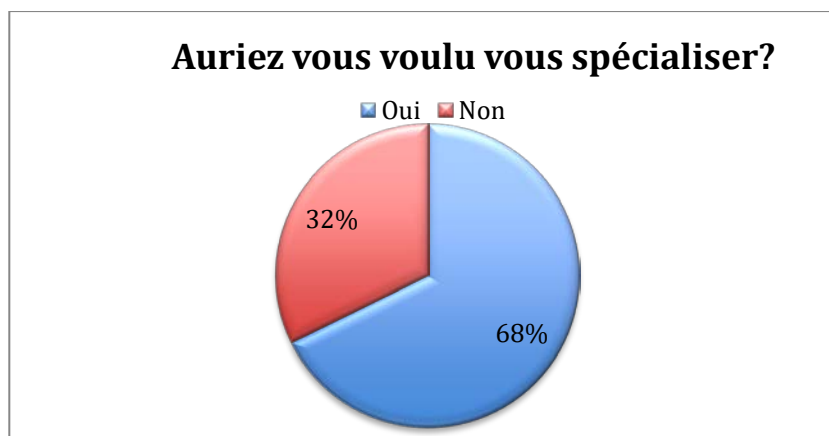


Figure 12 : répartition des réponses à la question :
auriez vous voulu vous spécialiser au lieu de faire médecine générale ?

4.2 Projets de spécialisation :

Vingt (34 %) des répondants affirmaient vouloir toujours se spécialiser au moment de l'enquête et 39(66 %) ne le voulaient pas avec 11 non répondants.



Figure 13 : répartition des réponses à la question : pensez vous toujours à vous spécialiser

III. Pratique médicale :

1. Consultation médicale :

1.1 Nombre de consultants :

En moyenne, les médecins généralistes voyaient 36 ± 26 patients par jour avec un minimum de 5 patients et un maximum de 150 patients.

1.2 Temps consacré pour chaque patient :

En moyenne, les médecins généralistes consacraient 11 ± 7 minutes pour chaque patient avec un minimum de 2 minutes et un maximum de 30 minutes.

1.3 Heures de travail :

En moyenne, les médecins généralistes travaillaient 6 ± 2 heures par jour avec un minimum de 3 heures et un maximum de 10 heures.

1.4 Dossier médical :

Trente huit (55 %) des médecins généralistes entretenaient un dossier médical pour chaque patient et 31 (45 %) ne le faisait pas.

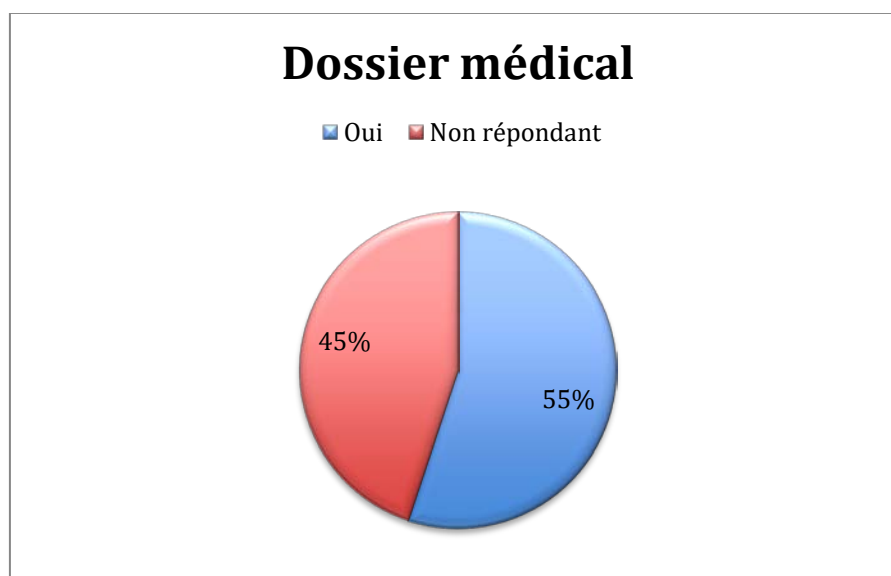


Figure 14 : Répartition des participants selon si oui ou non ils entretenaient un dossier médical pour leurs patients

Nous avons également fait la comparaison entre les médecins généralistes exerçant au secteur public et ceux exerçant au secteur privé en ce qui concerne l'entretien du dossier médical. Nous avons constaté que les médecins privés entretenaient des dossiers plus que les médecins publics avec une différence statistiquement significative ($p < 0,001$).

1.5 Gestion des cas urgents :

Trente trois (47 %) des répondants étaient amenés à gérer des cas urgents alors que 21 (30%) ne le faisaient pas avec 16 non répondants.

Trente (43 %) avaient des trousse d'urgences alors que 32(46 %) n'en avaient pas avec 8 non répondants.

Quatorze (22 %) affirmaient avoir reçu une formation en soins d'urgences alors que 49 (78 %) n'en avaient pas reçu avec 7 non répondants.

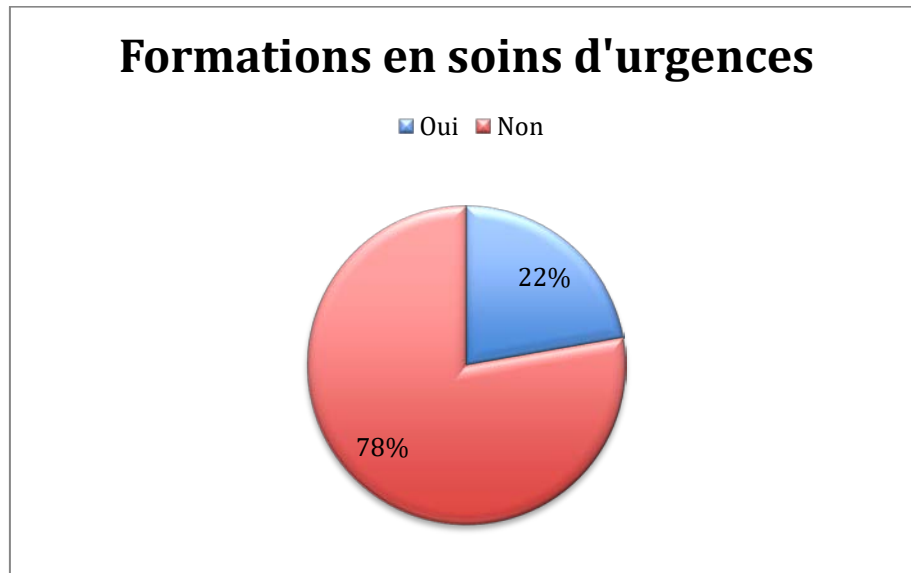


Figure 15 : Répartition des participants
selon si oui ou non ils avaient reçu une formation en soins d'urgences

1.6 Autonomie des patients :

Dix sept (29 %) de nos répondants pensaient que leurs patients avaient une autonomie vis-à-vis de leur propre prise en charge et 41 (71 %) pensaient qu'ils n'en avaient pas avec 12 non répondants.

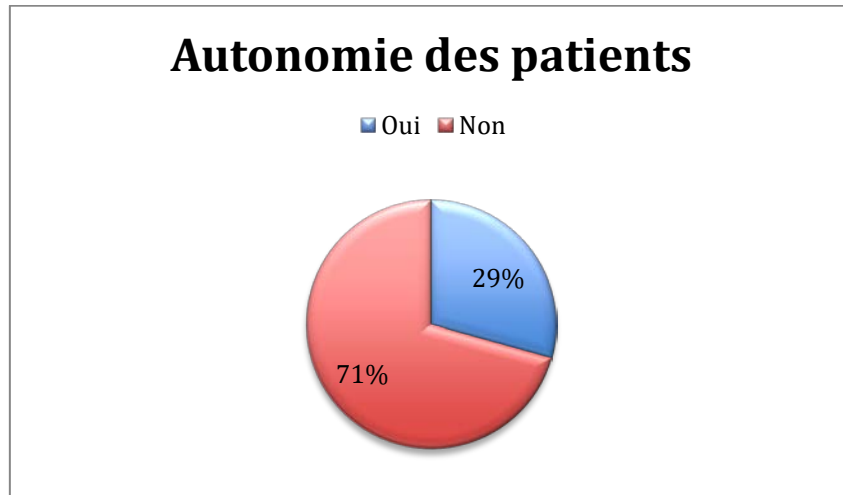


Figure 16 : Répartition des réponses à la question :
pensez vous que vos patients ont une autonomie vis-à-vis de leur propre PEC ?

1.7 Communication :

Trente quatre (49 %) de nos répondants ressentait parfois des difficultés de communications avec leurs patients, 14 (20%) ne le ressentait que rarement, 11 (16 %) jamais, 4 (6 %) toujours et 3 (4 %) le ressentait souvent avec 4 non répondants.

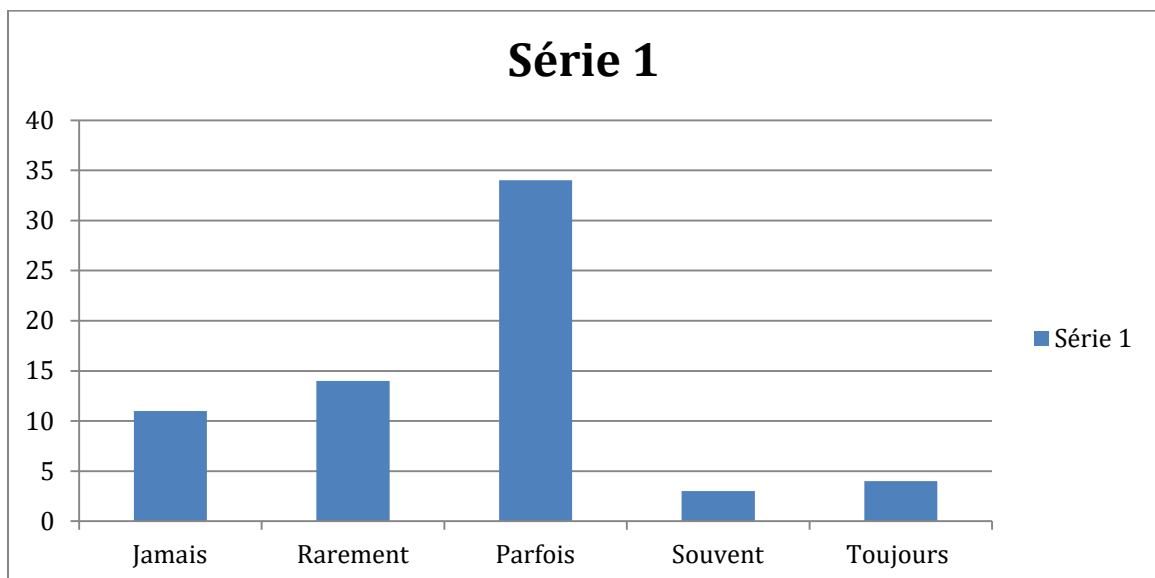


Figure 17 : Répartition des réponses à la question :
ressentez vous des difficultés de communications avec vos patients ?

Ces difficultés étaient d'ordre intellectuel dans 25% des cas, culturel dans 24 % des cas, linguistique dans 16 % des cas, linguistique et culturel dans 9 % des cas, culturel et intellectuel dans 11 % des cas et les trois dans 15 % des cas avec 15 non répondants.

Tableau VI : Types de difficultés de communication

Types de difficultés de communication	Pourcentage des réponses
Culturel	24%
intellectuel	25%
linguistique	16%
Linguistique et culturel	9%
Culturel et intellectuel	11%
Les trois	15%

Dix sept (24 %) de nos répondants avaient reçu une formation en techniques de communications alors que 41 (59 %) n'en avaient pas reçu avec 12 non répondants.

1.8 Accès aux soins des patients :

Selon les répondants à notre questionnaire, l'accès aux soins des patients était contraint par :

- Contraintes économiques (coût du transport, examens de laboratoires...) : 25 réponses
- Contraintes culturelles : 8 réponses
- Contraintes géographiques (zones enclavées) : 6 réponses
- Dépendance économique (femmes, enfants, personnes handicapées...) : 6 réponses

2. Pathologies les plus rencontrées :

Nous avons regroupé les pathologies les plus rencontrées en pratique quotidienne par Les médecins généralistes dans les tableaux suivants :

Tableau VII : les pathologies aiguës les plus rencontrées par les médecins généralistes en pratique quotidienne

Type de pathologies	Effectifs
Infections oto-rhino-laryngologiques : angines, otites, rhinopharyngites	47
Infections respiratoires aiguës	36
Pathologies digestives : diarrhées, gastrite, gastro-entérite, douleur abdominale, colopathies	32
Pathologies gynécologiques : infections génitales, douleurs pelviennes	11
Pathologies urologiques	9
Infections sexuellement transmissibles	7
Pathologies dermatologiques	6
Douleurs articulaires	5
Pathologies psychiatriques	1

Tableau VIII : les pathologies chroniques les plus rencontrées par les médecins généralistes en pratique quotidienne

Type de pathologies	Effectifs
Diabète	56
HTA	54
Arthralgies chroniques	17
Asthme et pneumopathies chroniques	14
Pathologies digestives	12
Pathologies psychiatriques	2

3. Activités de prévention et de sensibilisation :

3.1 Information éducation communication (IEC) :

Trente et un (44%) de nos répondants ont déclaré faire de l'IEC « souvent » pour leurs patients, 20 (29%) ont déclaré le faire « parfois », 10(14%) « toujours », 2(3%) « rarement » et 1 (1%) « jamais ».

3.2 Mesure de la tension artérielle :

Nous avons essayé de savoir si les médecins généralistes procédaient à la mesure de la tension artérielle de manière systématique dans le cadre de la prévention ou seulement si elle se rapportait au motif de consultation. Quarante huit (69%) ont déclaré le faire de façon systématique et seulement 13 (19%) ont déclaré le faire uniquement si elle se rapportait au motif de consultation.

3.3 Sensibilisation et dépistage :

La majorité de nos répondants étaient impliqués dans des activités de sensibilisation :

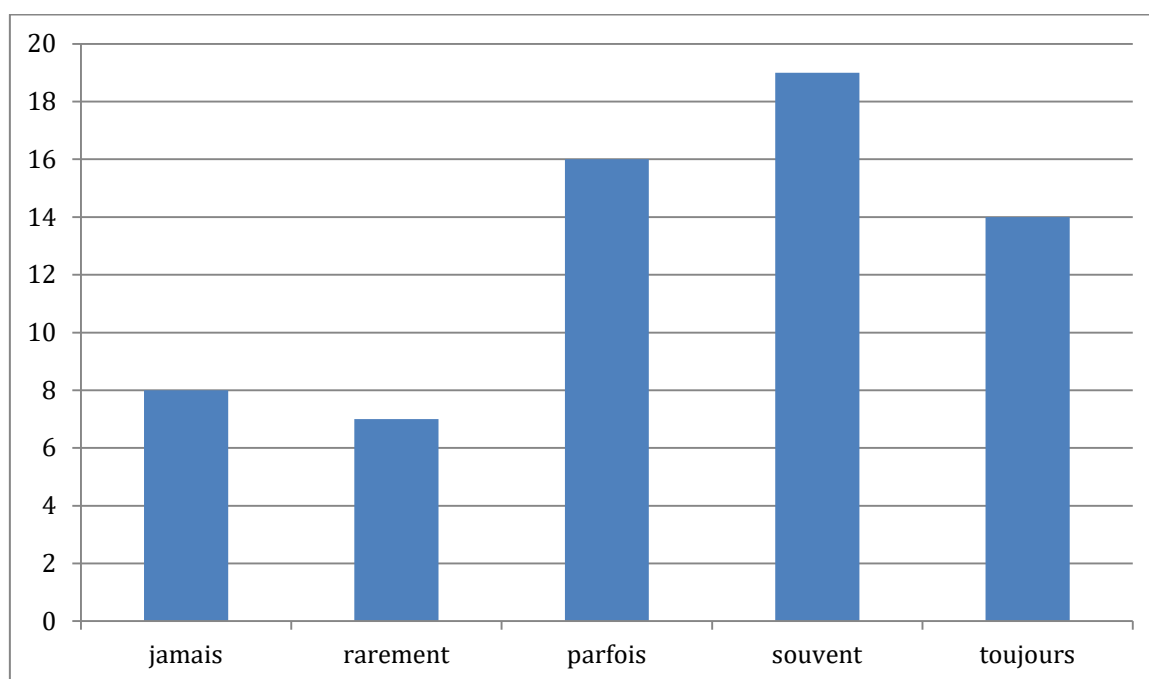


Figure 18: fréquence de participation des médecins généralistes a des activités de sensibilisation

La participation à des activités de dépistage était moins fréquente :

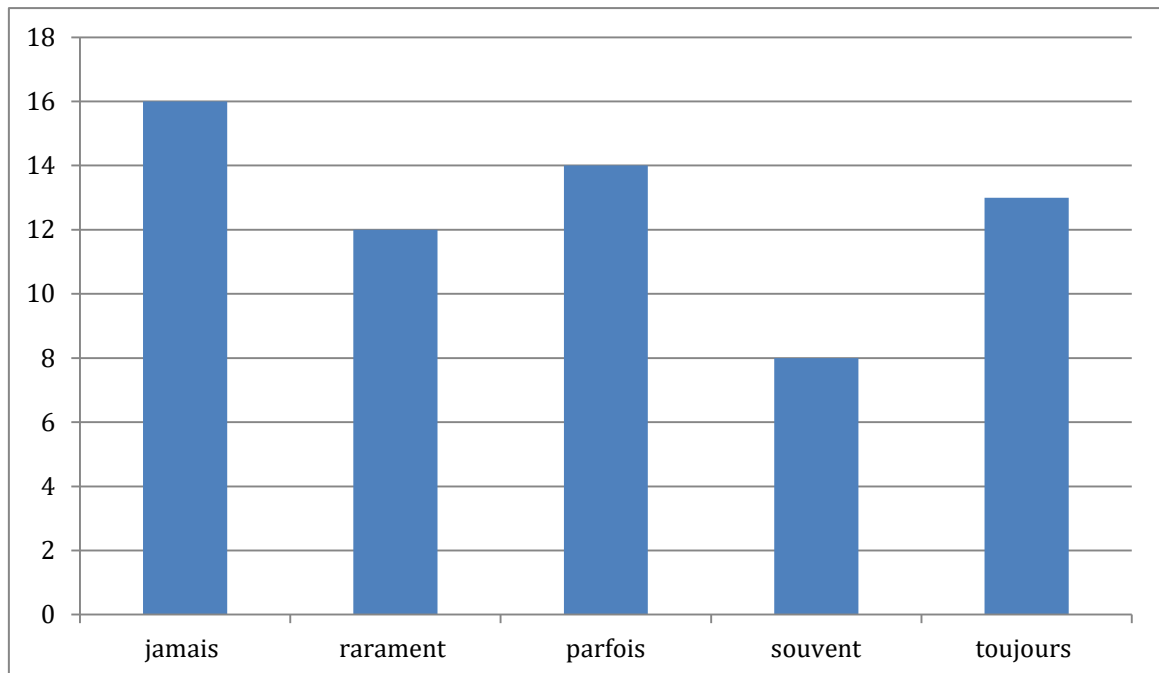


Figure19 : fréquence de la participation des médecins généralistes à des activités de dépistage

4. Communication avec le milieu extérieur :

4.1 Communication avec les spécialistes :

Dans le cadre de l'ouverture de la médecine générale sur les autres spécialités, nous avons demandé aux participants à quelle fréquence ils communiquaient avec leurs collègues spécialistes.

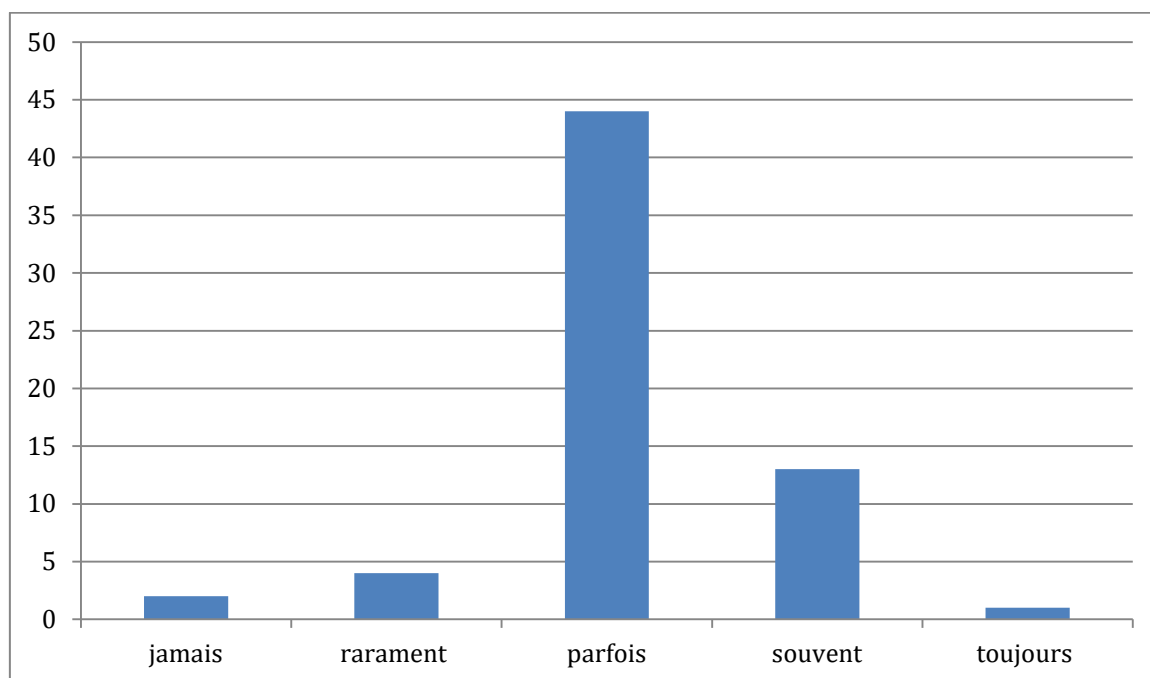


Figure 20 : Fréquence de la communication des médecins généralistes avec leurs collègues spécialistes.

4.2 Ouverture sur les organisations non gouvernementales (ONG) :

Nous avons demandé aux participants s'ils étaient en contact avec des ONG : 53 (76%) ont répondu par non et 11(16%) ont répondu par oui.

IV. Formation continue

1. Importance de la formation médicale continue :

Tous les médecins répondants ont affirmé que la formation médicale continue était importante, et 83% de nos répondants participaient à des activités de FMC tandis que 7% n'y participaient pas avec 6 non répondants.

2. Nombre de formation médicale continue par an :

En moyenne, chaque médecin participait à 7 ± 9 formations par an avec un minimum de 0,5 fois par an et un maximum de 50 fois par an.

3. Moyens utilisés pour la FMC :

Nous avons regroupé les moyens utilisés pour la formation continue rapportés par nos participants dans le tableau suivant :

Tableau IX : Moyens utilisés pour la FMC

Moyens	Effectifs
Congrès médicaux	40
Presse médicale	29
Manuels de médecine	23
FMC associative	17
Groupes d'échange de pratique entre pairs	9
Internet	3
Formations par la délégation et le ministère de la santé	2
Formations payantes : diplômes universitaires (DU) et diplômes interuniversitaires (DIU)	3

4. Thématiques recherchées pour la FMC :

Nous avons regroupé les thématiques recherchées par les médecins généralistes pour la FMC dans le tableau suivant :

Tableau X: Thématiques recherchées pour la FMC par les médecins généralistes

Thèmes	Effectifs
Diabétologie et nutrition	18
Cardiologie : PEC de l'HTA et interprétation de l'ECG	15
Tous les sujets et toutes les actualités	15
Gynécologie médicale	9
PEC des Urgences et gestes médicaux	6
Dermatologie	3
Echographie	3
Psychiatrie	3
Pédiatrie et vaccination	3
PEC des pathologies chroniques	4
Pneumologie	3
Rhumatologie	1

V. Satisfaction professionnelle :

1. Comparaison entre médecins du secteur public et médecins du secteur privé :

Nous avons calculé le score de satisfaction chez tous les médecins de notre échantillon, et nous avons fait la comparaison entre les médecins du secteur public et les médecins du secteur privé, ces derniers sont nettement plus satisfaits professionnellement avec une différence statistiquement significative ($p < 0,001$). (tableau)

2. Satisfaction professionnelle selon le genre :

Nous avons également fait la comparaison entre les médecins hommes et les médecins femmes mais la différence n'était pas statistiquement significative (tableau).

Tableau XI: Comparaisons des médianes du score de l'échelle de Warr-Cook-Wall des différentes catégories des médecins

Catégories	Médiane	p
Hommes	46 [18-63]	0,281
Femmes	42 [19-59]	
Médecins publics	37 [18-55]	<0,001
Médecins privés	48,5 [27-63]	



DISCUSSION

I. Cadre conceptuel : la médecine générale

1. Définitions de la médecine générale :

Définir la médecine générale de façon exhaustive reste très difficile. Historiquement, plusieurs approches descriptives ont été proposées :

1.1 Définition de Leeuwenhorst (1974) :

Le groupe de travail de Leeuwenhorst a été formé lors de la deuxième « European Conference in the teaching of General Practice » en 1974. Il était formé de quinze médecins provenant de onze pays européens différents, et dans un contexte historique où la médecine générale était considérée comme une branche de la profession médicale sans bases de recherche et de formation spécifique. Le groupe de travail a publié une définition [9] qui s'emploie à décrire les types de tâches que doit accomplir un médecin généraliste :

« Le médecin généraliste est un diplômé en médecine qui fournit des soins primaires, personnalisés et continus, aux personnes, aux familles et à la population, indépendamment de l'âge, du sexe et de la maladie. C'est la synthèse de ces fonctions qui est unique. Il prend en charge ses patients au sein de son cabinet médical, à domicile, ou parfois même en clinique ou à l'hôpital. Il tente d'établir un diagnostic précoce. Il inclut et intègre des facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans la gestion de la santé et des maladies. Cela se ressentira dans les soins fournis aux patients. Il prendra une décision initiale pour chaque problème qui se présentera à lui en tant que médecin. Il assurera la continuité des soins pour ses patients atteints d'affections chroniques, récurrentes ou terminales. Des contacts prolongés lui permettent de rassembler l'information selon un rythme adapté au patient, et de construire une relation basée sur la confiance, qui peut être utilisée à des fins professionnelles. Il pratiquera la médecine en collaboration avec d'autres collègues médicaux et non-médicaux. Il saura quand et comment intervenir pour traiter, prévenir, éduquer et promouvoir la santé de ses patients et de leurs familles. Il reconnaîtra sa responsabilité professionnelle envers la communauté. »

Le groupe définit donc le médecin généraliste par son mode d'exercice, ses missions et sa place dans un système de soins. Il adopte donc une approche centrée sur le médecin.

1.2 Première définition de la WONCA (1991) :

La WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians est l'organisation mondiale des médecins généralistes/médecins de famille qui regroupe plus de 200 000 médecins dans 80 pays. En 1991, la WONCA dans sa déclaration sur le rôle du médecin généraliste – médecin de famille au sein des systèmes de santé a produit une définition du rôle du médecin généraliste en s'appuyant sur les travaux du groupe de travail de Leeuwenhorst :

«Le médecin généraliste/médecin de famille est responsable de fournir des soins complets à toute personne qui en fait la demande, et d'organiser l'accès aux services d'autres professionnels si nécessaire. Le médecin généraliste/médecin de famille accepte tous ceux qui cherchent à obtenir des soins, alors que d'autres fournisseurs de soins limitent l'accès à leurs services en fonction de l'âge, du sexe ou du diagnostic. Le médecin généraliste/médecin de famille prend en charge la personne dans le contexte de sa famille, la famille dans le contexte de sa communauté, indépendamment de la race, de la religion, de la culture, ou de la classe sociale. Il possède les compétences cliniques pour fournir la majorité des soins requis, prenant en compte les facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques. En plus de cela, il assume personnellement la responsabilité de la continuité et de la globalité des soins à ses patients. Le médecin généraliste/médecin de famille exerce sa profession en fournissant des soins lui-même, ou au travers des services de tierces personnes, selon les besoins du patient et des ressources disponibles au sein de la communauté qu'il sert. »

Cette définition introduit la notion de discipline avec des caractéristiques propres, définissant des compétences médicales de soins propres au médecin généraliste.

1.3 Les dix principes du CNGE (1995) :

En France, au sein du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), les fonctions du médecin généralistes ont également été décrites [10]. B.Gay a développé une approche alternative en essayant de définir les principes fondamentaux de la discipline « médecine générale ». Il suggère une relation dynamique entre ces principes et les tâches, avec une influence des patients et du système de soins sur ces tâches requises. Cet ensemble détermine ce que doit être le contenu de formation en médecine générale.

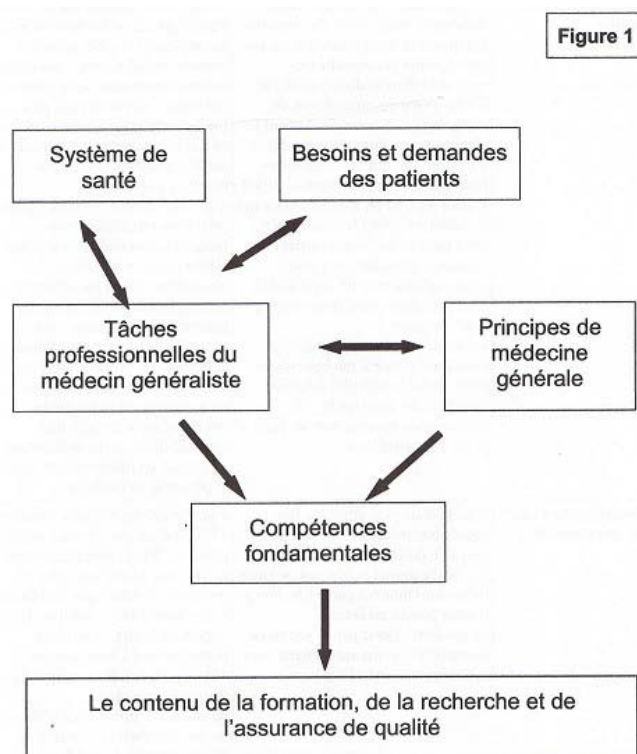


Figure 21 : Relation dynamique entre les principes de la médecine générale et l'influence des patients et du système de soins

Les dix principes suggérés par B.Gay [11] et présentés lors de la réunion inaugurale de la WONCA Europe à Strasbourg en 1995 sont les suivants :

- « 1. un grand champ d'activités défini par les besoins du patient et par ses demandes,
2. une réponse à la plupart des demandes de santé,
3. une approche centrée sur le patient,

4. *une prise en compte de l'environnement du patient (contexte familial, communauté),*
5. *le traitement simultané de plaintes et de pathologies multiples,*
6. *la continuité des soins, une capacité de suivi au long cours,*
7. *la coordination des soins,*
8. *une faible prévalence des maladies graves,*
9. *des soins à un stade précoce des pathologies,*
10. *une efficacité en termes de coûts.»*

Il introduit donc la notion de « champs d'activités défini par les besoins du patient ». il adopte donc une approche centrée sur le patient.

1.4 L'approche de l'OMS Europe (1998) :

La branche européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'OMS Europe a publié un document cadre pour le développement de la médecine générale [12], avec une approche similaire à celle du CNGE. Elle décrit des principes fondamentaux et des tâches déterminées par le système de soins dans lequel le médecin généraliste travaille et par les besoins changeants des patients. Ce document développe ainsi sept caractéristiques qui croisent beaucoup les principes définis par B.Gay :

a. Générale

Les soins administrés par les médecins de famille ne sont pas limités à certaines catégories de la population: ils s'adressent à tout le monde, sans restriction d'âge, de sexe, de milieu social, d'ethnie ni de religion. En médecine de famille aucune catégorie de plaintes ni de problèmes liés à la santé n'est exclue. Elle doit être accessible dans un délai bref. L'accès n'est pas limité par des barrières géographiques, culturelles, administratives ou financières.

b. Continue

La médecine générale est d'abord centrée sur la personne, avant d'être centrée sur la maladie. Elle est basée sur des relations personnelles durables entre le patient et le médecin, elle englobe la santé des individus de manière longitudinale et s'étend sur des périodes importantes de leur vie, sans se limiter à un épisode de recours aux soins.

c. Globale

La médecine générale comprend les soins préventifs, curatifs, de réhabilitation et palliatifs, ainsi que l'éducation pour la santé, en intégrant les domaines bio-médical, psychologique et social. Elle traite des liens entre la souffrance et la maladie et intègre dans les décisions, les aspects humains et éthiques de la relation médecin/patient.

d. Coordonnée

La grande majorité des problèmes dont souffrent les individus peuvent être résolus lors de la première entrevue avec le médecin de famille. Lorsque cela s'avère nécessaire le médecin de famille dirige le patient vers un spécialiste ou vers un autre professionnel de santé. Les médecins de famille informent les patients sur les services proposés et les meilleurs moyens de les utiliser. Les médecins de famille apparaissent comme les conseillers de leurs patients et leurs apportent ou procurent le soutien moral approprié. Ils sont aussi responsables de la coordination des soins et des prises en charge sociales.

e. Collaboratrice

Les médecins de famille devraient être préparés à travailler avec les autres professionnels de santé et les acteurs sociaux. Pour atteindre tous ces objectifs, il est souhaitable que le médecin de famille fasse partie d'une équipe multidisciplinaire dont il pourrait assurer la direction.

f. Orientée vers la famille

En médecine générale, les problèmes individuels sont traités dans leur contexte familial, social et culturel, et ce en fonction des circonstances sociales et d'emploi.

g. Orientée vers la communauté

Les problèmes du patient doivent être examinés en tenant compte du contexte communautaire local. Le médecin de famille devrait identifier les besoins de la communauté concernée en matière de santé en collaborant avec les autres professionnels, avec les institutions médicosociales et avec des associations d'usagers afin d'améliorer les problèmes sanitaires locaux.»

La médecine générale est donc vue comme la cohorte des médecins généralistes d'un pays, avec leur spécificité d'exercice efficient au service d'un système de soins performant.

1.5 Définition de Olesen, Dickinson et Hjortdahl (2000) :

Olesen et al. [13] ont publié en 2000 un projet de révision de la définition du rôle du médecin de famille, qui s'enracine dans la définition de Leeuwenhorst mais considère celle-ci dépassée. Selon eux certains systèmes de santé ne permettent pas aux médecins généralistes de se conformer à toutes les caractéristiques définies par la WONCA en 1991, notamment en ce qui concerne la prise en compte du cadre communautaire et la continuité des soins dans la durée. Ils s'appuient sur l'exemple des médecins généralistes qui travaillent dans les services d'urgence.

La définition qu'ils proposent est la suivante :

« Le médecin généraliste – médecin de famille est un spécialiste formé pour le travail de soins primaires d'un système de santé et formé à prendre les mesures initiales pour fournir des soins aux patients indépendamment du type de problème(s) de santé présenté(s). Le médecin généraliste – médecin de famille prend soin des personnes au sein d'une société, indépendamment du type de maladie ou d'autres caractéristiques personnelles ou sociales. Il organise les ressources disponibles du système de santé à l'avantage de ses patients. Le médecin généraliste s'engage avec des individus autonomes dans les domaines de la prévention, du diagnostic, des soins, y compris palliatifs, de l'accompagnement et de la guérison, en utilisant et en intégrant les sciences biomédicales, la psychologie et la sociologie médicale. »

Cette définition introduit la notion de spécialiste qui fait référence à un mode d'exercice spécifique qui est le premier recours, et à une formation spécifique nécessaire pour exercer.

Cette définition n'a pas obtenu de consensus international. Le travail d'Olesen et al. A été perçu comme l'expression d'un mécontentement. Cependant l'existence de ce contrecourant traduit la complexité de l'élaboration d'une définition et de caractéristiques universelles. Il montre que l'universalité des caractéristiques est limitée par les contraintes de chaque système de santé. Ces contraintes peuvent créer un décalage entre le contenu de la discipline et sa mise en pratique.

1.6 Définition de la WONCA (2002) et révisée en (2011) :

En 2002, la communauté internationale est parvenue à un consensus autour de la « définition Européenne de la médecine générale / médecine de famille » établie par la WONCA Europe. Puis elle a été révisée en 2011 [1,2]. Cette déclaration consensuelle définit la discipline de médecine générale-médecine de famille ainsi que les tâches professionnelles et décrit les compétences essentielles requises pour un médecin généraliste.

Selon cette définition, « la médecine générale-médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires [1]. »

Ce travail consensuel a proposé 11 caractéristiques de la discipline de la médecine générale en 2002 [1], puis en 2011 une douzième caractéristique a été ajoutée après révision [2,14,15], avec 6 compétences fondamentales que doit avoir le médecin généraliste et qu'il doit appliquer dans 3 champs d'activités et tout ceci est intégré dans 3 dimensions qui sont nécessaires à une discipline scientifique centrée sur la personne.

2. Définition de la médecine générale selon la WONCA Europe :

2.1 Discipline et spécialité de la médecine générale-médecine de famille :

La médecine générale-médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires [1,2].

2.2 Les caractéristiques de la discipline de la médecine générale-médecine de famille [1,2] :

- A. Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- B. Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- C. Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- D. Elle Promotent l'empowerment du patient [2]
- E. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- F. Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- G. Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- H. Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- I. Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- J. Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- K. Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- L. Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

2.3 La spécialité de la médecine générale-médecine de famille [1,2] :

Les médecins généralistes-médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

2.4 Les compétences fondamentales de la médecine générale-médecine de famille :

Les douze caractéristiques centrales qui définissent la discipline se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin de famille spécialisé doit maîtriser. Elles peuvent être rassemblées en six compétences fondamentales :

1. La gestion des soins de santé primaires
2. Les soins centrés sur la personne
3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes
4. L'approche globale
5. L'orientation communautaire
6. L'adoption d'un modèle holistique

Le généraliste applique ces compétences dans trois champs d'activité :

- a) démarche clinique,
- b) communication avec les patients,
- c) gestion du cabinet médical.

La figure suivante représente les compétences du médecin généraliste :

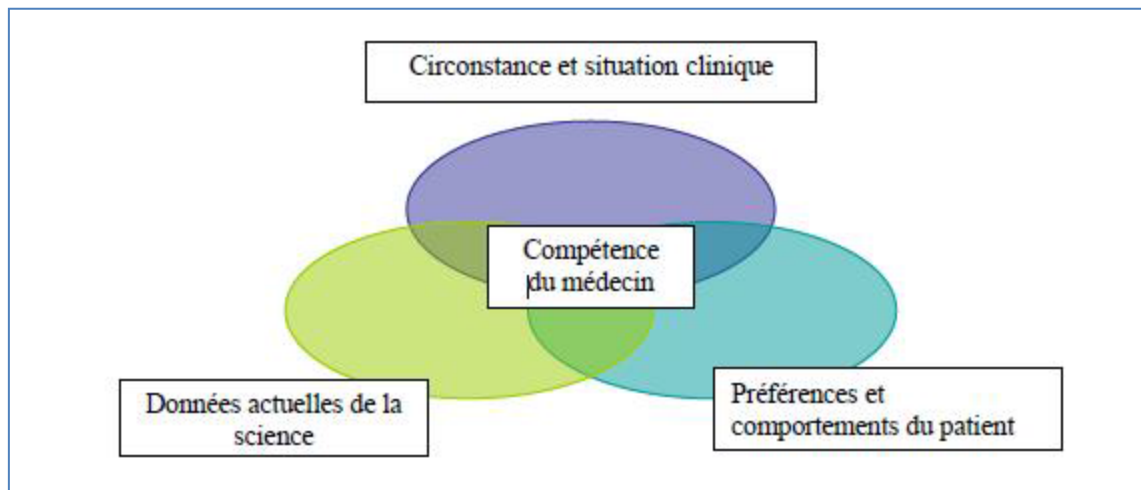


Figure 22: Les bases de la compétence des médecins généralistes

Comme discipline scientifique centrée sur la personne, trois dimensions spécifiques doivent être considérées comme fondamentales [16] :

- a) **Contextuelle:** utiliser le contexte de la personne, la famille, la communauté et la culture.
- b) **Comportementale:** basée sur les capacités professionnelles du médecin, ses valeurs et son éthique.
- c) **Scientifique:** adopter une approche critique basée sur la recherche et maintenir cette approche par une formation continue et une amélioration de la qualité.

La figure suivante représente les dimensions de la médecine générale :

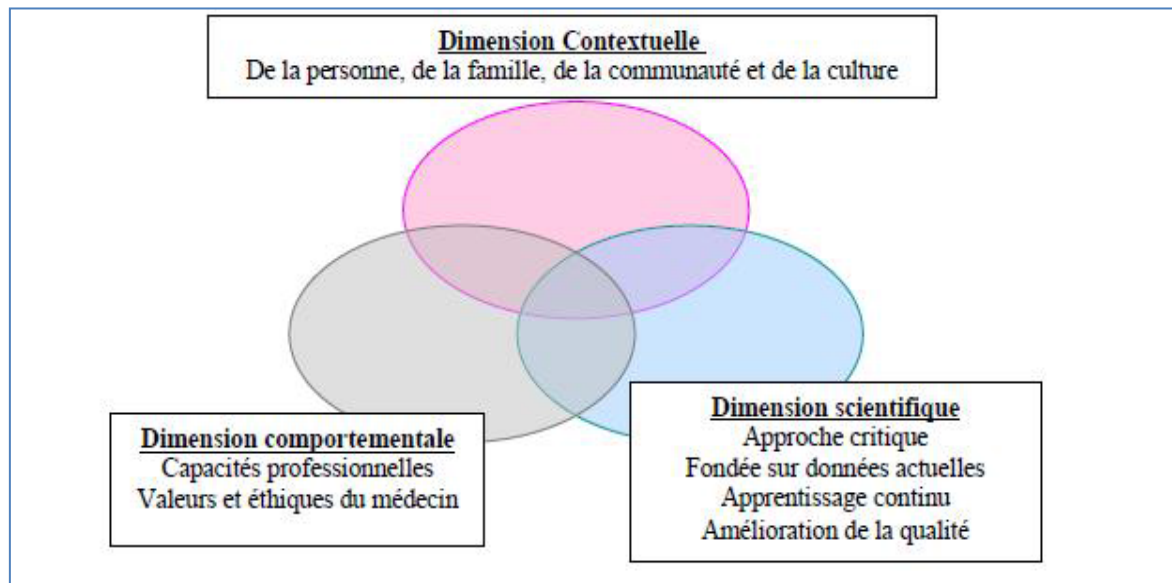


Figure 23 : Les dimensions de la médecine générale

L'interrelation entre les compétences fondamentales, les champs d'activité et les dimensions spécifiques caractérise la discipline et souligne la complexité de cette spécialisation.

C'est cette interrelation complexe des compétences fondamentales qui doit servir de guide et se retrouver dans le développement des programmes de formation, de recherche et d'amélioration de la qualité.

La figure suivante représente la médecine générale comme étant un arbre, les dimensions de la médecine générale représentent les racines, le tronc est représenté par les champs d'activités, les branches par les compétences et les feuilles sont représentées par les caractéristiques de la médecine générale [2,16].

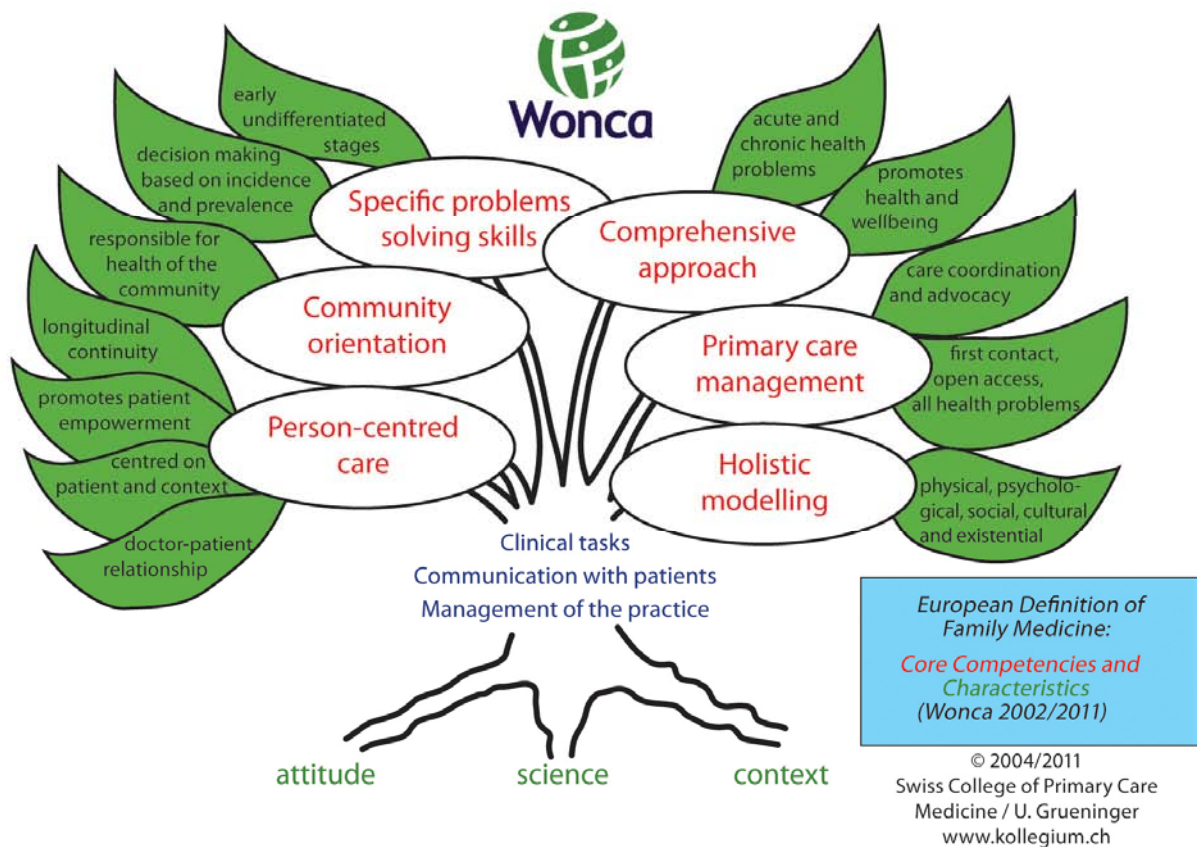


Figure 24: THE WONCA TREE – AS PRODUCED BY THE SWISS COLLEGE OF PRIMARY CARE (Revised 2011)

3. Le médecin cinq étoiles :

Les sociétés et les systèmes de santé évoluent, donc il faudra toujours s'adapter aux besoins du présent et du futur. Il semble cependant que certaines compétences seront toujours essentielles partout, elles définissent le profil du « médecin cinq étoiles »[17].

Le médecin cinq étoiles est :

- **Un dispensateur de soin:** qui considère le patient à la fois en tant qu'individu et membre d'une famille et d'une communauté , et dispense des soins de qualité, complets , continus et personnalisés dans le cadre d'une relation durable basée sur la confiance.

- **Un décideur** : qui choisit quelles approches et techniques utiliser dans un souci d'éthique et de coût-efficacité pour optimiser les soins qu'il dispense.
- **Un communicateur** : capable d'écouter, d'expliquer, et de convaincre pour promouvoir des modes de vie sains, donnant ainsi aux individus et aux groupes les moyens d'améliorer et de protéger leur santé.
- **Un membre influant de la communauté**, qui, ayant gagné la confiance, est capable de concilier les besoins des individus et de la communauté et d'agir au nom de cette dernière.
- **Un gestionnaire** : capable de travailler en harmonie avec des personnes et des organismes à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé pour répondre aux besoins des individus et des communautés, et d'utiliser à bon escient les informations sanitaires disponibles.

4. L'importance de la médecine générale dans le système de santé [4] :

L'expérience internationale démontre que les systèmes de santé basés sur des soins de santé primaire avec des médecins généralistes, fournissent des soins plus rentables et plus efficaces au niveau clinique. Une étude faite aux Etats-Unis a démontré que la mortalité a diminué de 14,4 morts pour 100.000 habitants pendant une période de 11 ans quand le nombre de généralistes a augmenté de un médecin pour chaque 100.000 habitants . Cette étude apporte la preuve que les ressources en soins primaires sont liées à la santé de la population et peuvent aider à réduire les disparités socioéconomiques. Ces résultats sont importants car ils apportent une preuve plus solide de la relation entre le médecin généraliste et la diminution de la mortalité. Les chercheurs affirment aussi que la qualité de soins primaires peut entraîner une meilleure efficacité des soins secondaires et tertiaires.

Nous retenons aussi de cette étude qu'une médecine générale caractérisée par des soins de santé de base centrés sur la personne dans sa globalité peut aussi servir à renverser les effets négatifs des inégalités sociales sur la santé, donc on peut déduire que la promotion de la

médecine générale peut être une stratégie plus facile et moins onéreuse pour lutter contre la mortalité et pour réduire les disparités socioéconomiques en matière de santé.

Une autre étude menée avec un groupe de cardiologues de Casablanca montre que presque 35% des douleurs thoracique vue en consultation cardiologique ne sont pas d'origine cardiaque, donc un premier passage de ses patients chez le médecin généraliste pouvait conduire à une réduction de plus de 35% des dépenses.

De même une étude européenne menée chez des médecins généralistes ayant des cabinets recevant 150 patients par semaine a démontré que le premier passage chez le médecin généraliste a permis une réduction de la consommation des médicaments de presque 34%, et la réduction des dépenses des examens complémentaires de presque 21%.

Donc un investissement en médecine générale est nécessaire pour la recherche et la qualité de prise en charge des dépenses de soins de santé de base [4].

II. La formation médicale :

1. Etat des lieux de la formation médicale au maroc :

Le Maroc compte jusqu'à présent 5 facultés de médecine et de pharmacie [18] :

- La faculté de médecine et de pharmacie de Rabat créée le 16 octobre 1962.
- La faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca créée le 12 septembre 1975.
- La faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech créée le 15 octobre 1999.
- La faculté de médecine et de pharmacie de Fès créée le 20 octobre 1999.
- Et la faculté de médecine et de pharmacie de Oujda créée le 13 octobre 2008.

La moyenne annuelle de formations des médecins généralistes par ces facultés s'établit à 800 diplômés. Les ratios personnel enseignant /étudiants calculés à partir des données du ministère de l'enseignement supérieur dénotent des inégalités importantes entre les facultés : un enseignant pour 4 étudiants à Rabat, un enseignant pour 8 étudiants à Casablanca, un pour

24 à Marrakech et un pour 25 à Fès [19]. Aussi le nombre de médecins pour 10.000 habitants n'est que de 5,1 avec une concentration dans les régions du Grand Casablanca et de Rabat-Salé-Zemmour-zâer. Ainsi , le défi sera d'accroître les effectifs des médecins en formation à travers la relance de l'initiative 3.300 médecins par an à l'horizon 2020, pour faire passer, au terme de cette échéance, le nombre de médecins de 5,1 à 10 pour 10.000 habitants, et ainsi améliorer la distribution des services médicaux dans l'ensemble du pays [19]. Ceci implique un nombre important d'étudiants à former dans chacune des facultés du pays, des étudiants qui ont besoin de matériels de formation de qualité pour couvrir les objectifs de leurs études et leur permettre par la suite d'être un membre efficace dans le système de santé de leur pays [20].

Dans notre échantillon, 7% des médecins généralistes qui ont participé ont fait leur formation médicale initiale au niveau de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 54% au niveau de la faculté de Casablanca, 29% au niveau de la faculté de Rabat, 1% au niveau de la faculté de Fès et 6% au niveau de facultés étrangères (en Tunisie, en France et en Russie).

2. La formation médicale initiale :

2.1 Satisfaction vis-à-vis de la formation médicale initiale :

L'évaluation de la formation médicale initiale a fait l'objet de nombreuses études. Aux états- unis, une évaluation faite par Abraham Flexner avait compris toutes les facultés de médecine du pays, et c'était même étendu aux facultés de médecine canadiennes qui avaient suivi l'exemple [21,22]. Dans les pays francophones, au début des années 90, quelques facultés de médecine (faculté de Tunis, Beyrouth et Louvain) membres de la conférence internationale des doyens des facultés de médecine d'expression française (CIDMEF), se sont volontairement prêtées à un exercice d'évaluation [23,24].

Dans notre étude, nous avons essayé d'évaluer la formation médicale initiale au niveau des facultés marocaines du point de vue des médecins généralistes. Plus des deux tiers de nos répondants ont estimé que la formation médicale initiale qu'ils ont reçue était insuffisante pour

acquérir les compétences nécessaires pour exercer en tant que médecins généralistes, mais globalement ils étaient satisfaits de cette formation initiale. Ils ont donc proposé de se concentrer durant la formation initiale sur les aspects pratique (travaux pratiques, travaux dirigés, cas cliniques, simulations) et de réduire le temps consacré au cours théoriques, de permettre aux étudiants de passer par tous les services avec un bon encadrement, des objectifs bien précis et l'apprentissage des gestes médicaux. Ils ont également souligné l'importance de certaines spécialités comme la radiologie et la gynécologie ainsi que l'importance d'apprendre la gestion et les aspects juridiques de la profession. Et enfin ils ont proposé des stages au niveau des cabinets privé et des programmes de formation continue au sein de leur faculté de formation initiale.

2.2 Formations médicales complémentaires :

La majorité de nos participants ont fait des formations médicales complémentaires après avoir obtenu leur doctorat en médecine afin d'améliorer leur compétences en médecine générale et donc être plus efficace durant leur pratique quotidienne. L'échographie, la diabétologie, la médecine de sport, la gynécologie médicale et la médecine de travail sont les principales formations faites par les médecins. Ces résultats soulignent l'importance de ces spécialités dans la pratique quotidienne du médecin généralistes, et donc l'importance qu'elles devraient revêtir durant la formation initiale des jeunes médecins généralistes.

2.3 Choix de la médecine générale :

Peu de travaux ont été consacrés à l'étude des comportements sociodémographiques et des choix professionnels des étudiants en médecine [25,26]. Quelques études menées en France ont confirmé que la médecine générale n'était pas privilégiée par les étudiants les mieux classés [27]. Ceci explique la faible évolution du nombre de généralistes par rapport aux spécialistes. Une deuxième étude française a confirmée que l'enseignement et l'enseignant avaient un impact sur le choix de la spécialité [28]. L'enseignement est donc un moyen efficace pour intéresser les plus jeunes aux spécialités qui paraîtraient moins attractives [29,30].

Dans notre échantillon, les médecins interrogés ont estimé qu'il n'y avait pas une influence particulière de l'enseignement sur le choix de la médecine générale ou de la médecine de spécialité. Cependant, les deux tiers ont estimé que la médecine générale n'était pas une discipline valorisée. En ce qui est des raisons du choix de la médecine générale, la moitié de nos répondants l'ont choisie par conviction de son intérêt alors que l'autre moitié l'avait choisie par défaut.

2.4 La spécialisation :

Les deux tiers de nos répondants ont affirmé avoir voulu se spécialiser au lieu de faire médecine générale. On a noté également que le un tiers des sujets interrogés ont exprimé un projet de spécialisation dans l'avenir. Ces données confirment donc le manque de motivation pour pratiquer la médecine générale. En France, ce manque de motivation n'a fait que renforcer la tendance de certains généralistes à exercer d'autres activités que la médecine de premier recours : des généralistes exerçant en tant que salarié en oncologie, psychiatrie ou en néphrologie, et des généralistes optant pour un exercice particulier comme l'homéopathie et l'acupuncture [31]. Au Maroc, la majorité des jeunes diplômés en médecine jugent également la formation de base superficielle, ne permettant pas au médecin généraliste de développer les compétences nécessaires pour la pratique professionnelle, la formation de base favorisant et valorisant la pratique spécialisée. Ces médecins déclarent également qu'ils auraient voulu s'inscrire à une spécialité et regrettent le manque de reconnaissance de la médecine générale [32].

III. La pratique médicale :

1. La consultation médicale :

Dans notre échantillon, le nombre moyen de patients vus par jour est de 36 ± 26 patients avec un temps moyen consacré pour chaque patient de 11 ± 7 min pour une durée de travail par jour qui est de 6 ± 2 heures. Ceci montre clairement que le temps consacré pour chaque patient reste très réduit et ne permet pas une bonne pratique de la médecine générale dans sa globalité.

En effet, seule la moitié de nos répondants entretiennent un dossier médical pour chaque patient et nous avons également noté que les médecins exerçant au secteur privé étaient les mieux sensibilisés dans ce sens. Le dossier médical qui est un aspect important de la pratique médicale puisqu'il assure le suivi des patients et ainsi la continuité des soins qui lui sont prodigués. Une enquête menée au Canada par le centre CIRANO en 2013, avait montré que la majorité des médecins généralistes avaient augmenté le temps consacré pour chaque patient et le temps consacré à consigner les informations dans le dossier médical de chaque patient et ce pour mieux respecter les normes de pratique mais aussi par crainte de poursuites pour fautes professionnelles ou par obligation réglementaire. Pour les médecins qui n'avaient pas augmenté le temps consacré au patient, on a remarqué une augmentation de la prescription de tests de laboratoire et ce pour pallier à ce déficit de temps et ceci n'était pas sans répercussion sur l'économie de la santé du pays [33,34].

En ce qui est de la communication avec les patients, la majorité de nos participants ont déclaré avoir des difficultés dans ce sens. Ce qui met le point sur l'intérêt de l'apprentissage des techniques de communication et de la sensibilisation des futurs médecins généralistes sur les différents aspects culturels de la population et ses différences linguistiques et intellectuelles. Aussi la majorité de nos participants ont déclaré que leurs patients n'avaient pas une autonomie vis-à-vis de leur propre prise en charge ce qui montre l'intérêt également de la sensibilisation des jeunes médecins afin qu'ils veillent à renforcer cet aspect ce qui aurait une répercussion positive sur la santé du malade et de la population en général.

2. Les pathologies les plus rencontrées :

L'enquête que nous avons menée a montré que les pathologies aiguës les plus rencontrées durant la pratique quotidienne étaient les infections ORL (angines, otites, rinopharyngites), les infections respiratoires aiguës et les pathologies digestives (diarrhées, gastrite, gastro-entérite, douleur abdominales aiguës, colopathies). Les pathologies chroniques

les plus rencontrées étaient le diabète, l'HTA, les arthralgies chroniques et l'asthme ainsi que les pneumopathies chroniques.

3. Les activités de prévention et de sensibilisation :

La prévention et la sensibilisation des patients sont des piliers importants des soins de santé primaires. Ainsi, la majorité de nos médecins répondants étaient bien conscients de cette réalité puisque la majorité ont déclaré faire des activités de sensibilisation pour leur patients mais la fréquence était moindre concernant le dépistage. Nous avons aussi pris l'exemple de la tension artérielle et les deux tiers de nos répondants ont affirmé prendre la tension artérielle pour tout patient sans qu'elle soit en rapport de son motif de consultation et ce pour dépister et sensibiliser les patients.

4. La communication avec le milieu extérieur :

La communication avec les différents acteurs du système de santé et l'ouverture sur les différents organismes sociaux sont des caractéristiques importantes de la médecine générale. L'OMS dans son rapport sur la santé dans le monde en 2008 affirme que Les équipes de soins primaires ne sauraient assumer la responsabilité complète de leur population sans le soutien de services, d'organisations et d'institutions spécialisés basés en dehors de la collectivité qu'elles desservent [35].

genre et le lieu de résidence sont aussi étroitement liés à l'accès aux bénéfiques des soins de santé. Une étude menée par l'ONDH (observatoire national du développement humain) au niveau des régions de Salé, Azilal et Figuig a montré que les difficultés financières restent l'obstacle majeur devant l'accès aux soins des patients de ces régions avec parfois comme conséquence le renoncement à la consultation [32].

Les résultats de notre étude vont dans le même sens, puisque la majorité des médecins ont estimés que les contraintes économiques étaient le principal obstacle rencontré par leurs patients.

IV. La formation médicale continue :

1. Importance de la formation médicale continue :

La médecine est une science qui change constamment. Chaque jour on assiste à de nouvelles découvertes, de nouvelles recommandations qui peuvent modifier les données existantes ou les remplacer complètement. Donc les médecins, quel que soit leur mode d'exercice, ont le devoir déontologique de se former et d'évaluer leur pratique, pour être toujours au courant des nouvelles données de la science [37]. Cette formation a pour objectif d'améliorer la qualité des soins et donc d'améliorer la pratique médicale quotidienne [38].

Ainsi, la totalité de nos répondants ont confirmé l'importance de la formation médicale continue dans leur pratique quotidienne. Cette conscience s'est reflétée sur la fréquence de leur participation à des activités formatrices qui est d'une moyenne de 7 fois par an, ce qui concorde avec les recommandations françaises qui sont de 4 jours par an ou un effort équivalent [37]. Au Maroc, la FMC, bien qu'elle soit non obligatoire sur le plan légal, connaît un développement rapide sur le plan quantitatif [39]. Les initiatives sont multiples, provenant essentiellement du Ministère de la Santé, des facultés de médecine, mais l'absence d'une coordination préalable et

d'une évaluation à postériori, rendent nécessaire une démarche qualité pour la FMC, garante de pertinence, de succès et d'efficacité.

Les données de la littérature, consacrée à l'impact de la formation continue montre que celle-ci, dès lors qu'elle empreinte des formes pédagogiques didactiques traditionnelles à peu d'effet direct sur les pratiques, et que les modes de formation plus interactifs, plus ancrés dans la pratique effective auraient un impact plus prononcé [37].

2. Moyens utilisés pour la formation médicale continue :

Les moyens de formation continue des médecins sont très diversifiés, diversification correspondant à la multiplicité des modes d'exercice, des conditions d'exercice, des besoins, des possibilités et des personnalités des médecins. Dans notre échantillon, le moyen le plus utilisé était les congrès scientifiques (utilisés par 40 médecins), suivi de la presse médicale et les revues scientifiques (29 médecins), puis les manuels de médecine (23 médecins), la formation médicale associative (17 médecins), les groupes d'échanges de pratiques entre pairs (9 médecins) et enfin l'internet, les programmes du ministère de la santé et les formations payantes (DU et DIU) qui viennent en dernier. Ces données concordent avec les résultats d'une enquête effectuée dans notre faculté auprès des médecins généralistes de Marrakech pour évaluer leur formation initiale en gynécologie obstétrique, et où 25% des répondants utilisaient les congrès comme principale modalité de FMC, suivi des revues scientifiques (20%), des ateliers pratiques (20%) puis internet (18%) et enfin les séminaires (16%) [40]. Une deuxième enquête auprès des médecins généralistes des régions de Tinghir, Ouarzazate et Er-rachidia a montré l'utilisation l'internet par la majorité des médecins interrogés, suivie de l'achat des livres médicaux, la participation à des séminaires et enfin l'abonnement à des revues médicales [41].

Nous avons donc constaté que les médecins généralistes préféraient les méthodes interactives (congrès scientifiques, FMC associative, atelier pratique, groupes d'échange de pratique entre pairs) pour se procurer leur formation continue. En effet, ses moyens permettent

une séparation entre la pratique médicale quotidienne et l'apprentissage qui devient d'autant plus efficace que l'ambiance est détendue et que les échanges d'idées entre confrères et superviseurs se font de façon informelle et conviviale [42]. Cette constatation est appuyée par la littérature internationale. Une étude britannique concernant les médecins généralistes a montré la supériorité des combinaisons entre présentation des cas et ateliers de travail en petits groupes [43]. On note également l'utilisation des groupes d'échanges de pratique entre pairs (GEPP) dans plusieurs pays : en Allemagne où 50% des généralistes allemands sont membres d'un groupe de pairs [44,45], dans les pays d'Europe du nord [46] et en France où les médecins se déclaraient très satisfaits de leur participation à un groupe qui améliorerait la qualité des soins (meilleure application des recommandations) et avait changé leur méthode de travail [47]. Un GEPP est composé de médecins de même spécialité, qui organisent des séances de travail régulières où ils présentent à tour de rôle des dossiers de leurs patients afin de porter un regard critique sur la prise en charge [48].

3. Thèmes recherchés pour la formation médicale continue :

Les thématiques que recherchent la majorité des médecins interrogés rejoignent les éléments en plus qu'ils auraient aimé avoir durant leur formation initiale et les formations complémentaires qu'ils ont faites après l'obtention de leur doctorat en médecine. Ceci confirme et souligne le grand besoin qu'ont les médecins dans ces domaines. Ainsi, on retrouve en premier lieu, la diabétologie et la nutrition, la cardiologie (PEC de l'HTA et l'interprétation de l'ECG), la gynécologie médicale (suivi de grossesse et PEC des infections génitales), ainsi que toutes les actualités dans différentes spécialités médicales. D'autres thèmes sont ressortis mais moins fréquemment, comme l'échographie, la gestion des urgences, la psychiatrie, la dermatologie, la pneumologie, la pédiatrie et la vaccination, la PEC des pathologies chroniques et la rhumatologie.

V. La satisfaction professionnelle :

Récemment, un certain nombre d'études ont exploré la satisfaction professionnelle des médecins [49,50]. Plusieurs recherches ont donc remarqué que les médecins qui sont satisfaits de leur carrière sont plus susceptibles de fournir de meilleurs soins de santé et d'avoir des patients satisfaits [51,52,53].

On note aussi que l'insatisfaction chez les médecins dans une spécialité particulière peut conduire à la diminution du nombre de diplômés en médecine de cette spécialité, une augmentation des taux d'erreurs médicales liées au stress du travail, la syndicalisation, les grèves, et même l'exode de la profession médicale [54,55,56,57,58,59].

Plusieurs études ont aussi montré que les médecins généralistes sont frappés du syndrome d'épuisement professionnel, le burn-out, qui est la principale conséquence de l'insatisfaction professionnelle [60,61,62]. Le burn-out qui a été défini par Maslach et Jackson comme : « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui » [63]. Le burn-out a des conséquences négatives pour la relation de soins. En effet, les médecins généralistes atteints de burn-out répondent moins aux questions des patients, les négligent davantage, ne discutent pas les différentes options de traitement et commettent des erreurs qu'on ne peut attribuer à leur manque de connaissance ou d'expérience [64].

Dans notre échantillon, les médecins généralistes exerçant dans le secteur public étaient moins satisfaits professionnellement que les médecins généralistes exerçant dans le secteur privé avec une différence significative ($p < 0,001$). Cependant, il n'y avait pas de différence significative entre la satisfaction des médecins hommes et des médecins femmes. On a également noté que la majorité de nos répondants (47%) affirmaient que leur travail avait affecté leur santé physique, ce qui serait une source d'insatisfaction professionnelle.

VI. Avantages et limites de l'étude :

Notre étude est l'une des premières études dans le domaine de la médecine générale faites au Maroc. Elle nous a permis d'entrer dans le monde du médecin généraliste et d'approcher cette discipline qui est restée inexplorée pendant longtemps.

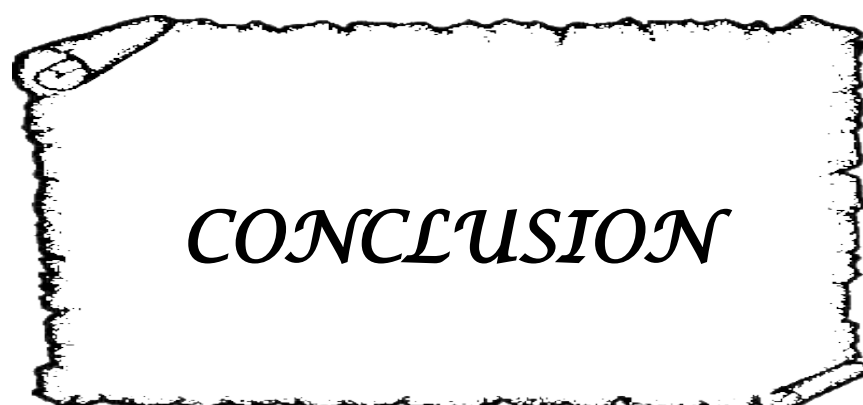
Nous avons choisi un échantillonnage aléatoire pour permettre une meilleure représentativité de l'échantillon étudié.

Par ailleurs, la principale limite de notre étude était sa restriction au niveau de la ville de Marrakech ce qui a limité les informations reçues aux médecins généralistes exerçants dans cette ville et n'a pas permis d'explorer les autres régions.

VII. Recommandations :

Notre travail nous a permis de proposer quelques recommandations pour l'amélioration de la médecine générale :

- Adapter le programme d'enseignement aux besoins du médecin généraliste.
- Intégrer le médecin généraliste dans le corps enseignant au niveau de l'université.
- Valoriser la médecine générale en sensibilisant les étudiants en médecine à son importance.
- Programmer des stages en cabinets privés de médecins généralistes en plus des stages au niveau des centres de santé pour permettre une vision plus large sur la spécialité.
- Mettre des programmes de formation continue pour les médecins généralistes afin qu'ils ne perdent pas le contact avec l'université.
- Permettre des rencontres entre les médecins généralistes et les étudiants pour mieux leur expliquer les dimensions de cette discipline.



La médecine générale est une discipline primordiale dans tout système de santé. Malgré son importance, elle n'est plus valorisée tant par les utilisateurs des services de soins que par les médecins eux-mêmes.

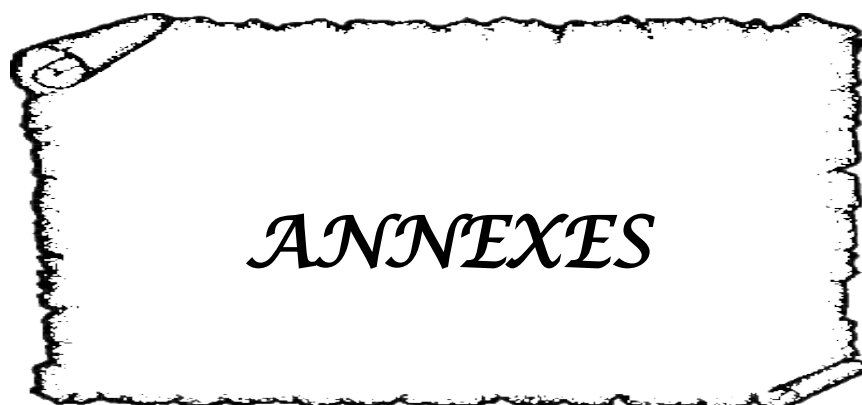
Notre travail nous a permis d'explorer cette discipline du point de vue du médecin généraliste, et de découvrir les aspects de la pratique médicale quotidienne.

Nous avons donc noté les propositions fournies par les médecins généralistes pour une meilleure formation médicale au niveau de l'université dont la principale était de se focaliser sur les cours pratiques et les stages hospitaliers en donnant plus de temps à certaines spécialités comme la radiologie, la gynécologie et la diabétologie. Nous avons également constaté que durant la consultation médicale, le temps consacré pour chaque patient ne permettait pas une bonne pratique de la médecine générale dans sa globalité.

Les médecins généralistes restaient, néanmoins, conscient de l'importance de la formation médicale qui reste une obligation déontologique pour tout médecin.

Notre étude nous a également permis d'explorer la satisfaction professionnelle des médecins généralistes et nous avons constaté que les médecins du secteur public étaient moins satisfaits que ceux du secteur privé avec une différence statistiquement significative ($p < 0,001$), et qu'il n'existait pas de différence par rapport au genre.

Plusieurs recommandations peuvent être déduites de notre étude pour redonner vie à la médecine générale, comme l'adaptation des programmes universitaire aux besoins quotidiens du généraliste, l'intégration des généralistes dans le corps enseignant ou encore la programmation de stages dans des cabinets privés pour les étudiants.



ANNEXE 1:

« Etat de la pratique médicale au niveau de la région de Marrakech: point de vue du médecin généraliste »

Questionnaire

Présentation de l'étude :

- L'enquête à laquelle nous vous invitons à participer porte sur l'état de la pratique médicale du point de vue du médecin généraliste, ainsi que sur leur satisfaction au travail.
- Dans le cadre de ce projet de recherche, nous vous invitons à répondre à ce questionnaire d'une durée de 8 à 10 minutes.
- Toutes les données et les informations reçues des participants seront traitées de manière hautement confidentielles et utilisées uniquement à des fins de recherche.

Section 1 : Informations générales :

1. **Age** :(en années)
2. **Genre** : Féminin Masculin
3. **Etat matrimonial** : célibataire marié(e) divorcé(e) veuf (ve)
4. **Nombre d'enfants** :
5. **Faculté de formation initiale** :
6. **Pays de formation initial** :
7. **Année d'obtention du diplôme du doctorat en médecine** :
8. **Année de début d'exercice** :
9. **Milieu d'exercice** : Urbain Rural
10. **Secteur d'exercice** : Public Privé
11. **Quel est votre responsabilité au niveau du centre de santé ou du cabinet médical ? :**
.....

Section 2 : Formation initiale

1. **Votre formation initiale (à la faculté de médecine) vous permet-elle d'acquérir les compétences nécessaires pour votre pratique médicale?** Oui Non
2. **Qu'auriez vous voulu avoir, en plus ou en moins, pendant votre formation initiale à la faculté de médecine ?**
 - **Eléments en plus :**
 -

- Eléments en moins :
3. Etes-vous satisfait de votre formation initiale au niveau de la faculté de médecine ?
 Pas du tout Satisfait pas satisfait assez peu satisfait assez satisfait satisfait tout à fait satisfait
4. Ressentez vous le besoin de faire des formations complémentaires pour être plus apte à bien gérer les soins de santé primaires? Oui Non
5. Avez-vous faits des formations complémentaires? Oui Non
Si oui, lesquelles?
6. Pourquoi avez-vous choisi la médecine générale ?
.....
.....
7. Quelle est, selon vous, la définition de la médecine générale ?
.....
.....
.....
8. Quelles sont selon vous les compétences que devrait avoir tout médecin généraliste ?
.....
.....
.....
9. L'enseignement à la faculté de médecine encourage à faire :
 Médecine générale Médecine de spécialité Les deux
10. La médecine générale est une spécialité valorisée : Oui Non
11. Auriez-vous voulu vous spécialiser au lieu de faire médecine générale? Oui Non
- Si oui, pourquoi ?
12. Pensez-vous à vous spécialiser ? : Oui Non
- si oui, Pourquoi ?
.....
- Quelle spécialité voudriez-vous faire ? :

Section 3 : Informations sur la pratique médicale

1. Comment estimez-vous le pourcentage de patients que vous voyez en consultation selon les catégories suivantes ?
- | | | | |
|---|-----------------|---|----------------|
| { | Adultes : | { | Hommes : |
| | Enfants : | | Femmes : |
2. Quel est en moyenne le temps consacré à chaque patient? : (en minutes)
3. Combien en moyenne de patients vous voyez par jour ? :
4. Entretenez vous un dossier médical pour chaque patient? : Oui Non
5. Combien d'heures vous travaillez par jour ? :
6. Quelles sont les pathologies les plus rencontrées dans votre pratique? Et avez-vous des protocoles pour leur prise en charge?
Si oui précisez la source .

Pathologies les plus fréquemment rencontrées en pratique quotidienne		Protocole		source			
		Oui	Non	Ministère de la santé	OMS	Efforts personnels	Autres
Aigues	1.						
	2.						
	3.						
Chroniques	1.						
	2.						
	3.						

7. Quelle sont les difficultés que vous rencontrez en terme de gestion médicale des patients ?

.....

8. Quel est approximativement le pourcentage de patients qui ont ne couverture médicale :

.....%

9. Dans votre centre de santé , souffrez vous de rupture de stock de médicaments , surtout pour les maladies chroniques ?

Jamais rarement parfois souvent toujours

10. Dans votre centre de santé, avez-vous l'équipement et le plateau technique nécessaire pour une bonne pratique des soins de santé primaires ?

Oui Non

11. Êtes-vous amenés à gérer des cas urgents? : Oui Non

- Si oui lesquels? :

12. Avez-vous une trousse d'urgences? : Oui Non

13. Avez-vous reçu une formation en soins d'urgence? Oui Non

- Si oui, précisez où :

14. Combien, en moyenne, de patients souffrant de pathologies psychiatriques voyez-vous par jour ? :

...../ jour

- Pouvez-vous estimer le nombre en pourcentage par rapport à tous vos patients ? :%

15. Votre formation initiale, à la faculté de médecine, est elle suffisante pour diagnostiquer et bien prendre en charge les pathologies psychiatriques? Oui Non

16. Vous sentez vous capable de bien mener un entretien psychiatrique? Oui Non

17. Pouvez-vous faire une bonne prise en charge des maladies psychiatriques? Oui Non

18. Ressentez vous le besoin de faire une formation approfondie pour diagnostiquer et bien prendre en charge les pathologies psychiatriques? Oui Non

19. Ressentez vous que vos patients ont une autonomie vis-à-vis de leur propre prise en charge ?

Oui Non

20. Comment faites vous pour renforcer l'autonomie de vos patients?

- Vous leur demandez de faire de l'auto surveillance
- Vous discutez avec eux les différents volets de leur prise en charge
- Vous leur demandez de vous contacter en cas de questions

Autres :

21. Ressentez vous des difficultés de communication avec vos patients?

Jamais rarement parfois souvent toujours

- **Si présentes, les difficultés sont de quel ordre?**
 Linguistique Culturelle Intellectuelle
 Autres :
22. **Avez-vous reçu une formation sur les techniques de communication?** Non
 - **Si oui, où l'avez-vous reçu?**
 Au niveau de votre faculté de formation initiale
 Comme formation complémentaire après avoir obtenu votre doctorat en médecine
 Autres :
23. **Pour vos patients, l'accès au soins est contraint par :**
 Contraintes culturelles
 Contraintes économiques (coût du transport, examens de laboratoires ...)
 Contraintes géographiques (zones enclavées)
 Barrières relatives à l'accueil
 Dépendance économiques (femmes, enfants, personnes handicapées ..)
24. **Quels sont les gestes médicaux que vous faites au cours de votre pratique?**
 Injections Prélèvements sanguins Ponction d'ascite
 Sutures de plaies Plâtre Ponction pleurale
 Elastoplaste pour entorse Fond d'œil
 Insertion de DIU Autres
25. **Etes-vous impliqué dans les activités suivantes ?**
 Suivi de grossesse Vaccination Suivi pédiatriques des enfants Planification familiales
26. **Faites vous de l'information éducation communication (IEC) pour vos patients?**
 Jamais Rarement Parfois Souvent Toujours
 - **Pour quels types de patients? :**
 - **Pour quelle durée de temps en moyenne ? :** (en minutes)
 - **Vous faites de l IEC Au cours de:**
 Consultations Séances consacrées pour l'IEC
27. **Quand est ce que vous procéder à la mesure de la tension artérielle?**
 Si elle se rapporte au motif de consultation
 Pour tout sujet à risque sans rapport avec son motif de consultation
 Pour des patients que vous convoquez spécifiquement pour la mesure de la TA

Items	Jamais	Rarement	souvent	Parfois	Toujours
28. A quelle fréquence les patients vous consultent en premier en cas de problème de santé?					
29. A quelle fréquence faites-vous appel à des collègues spécialistes pour avoir leur avis?					
30. A quelle fréquence référez vous vos patients à un collègue spécialiste ou à une autre structure de soins pour complément de prise en charge?					
31. Écrivez-vous des lettres de références bien détaillées pour tous vos patients référés?					
32. Recevez-vous des comptes rendus des soins administrés et de l'évolution de vos patients?					
33. Les inscrivez vous dans le dossier médical de vos patients?					

34. Prenez vous en compte l'environnement socio-économique, démographique et culturel de vos patients pour adapter leur prise en charge?					
35. Donnez-vous le traitement le moins cher selon la capacité financière des patients?					
36. Adaptez vous le mode d'administration des traitements selon les préférences de vos patients?					
37. Adaptez vous les soins selon la proximité du centre de santé et les possibilités de déplacement de vos patients?					
38. Adaptez vous les RDV selon les contraintes de vos patients pour assurer un meilleur suivi?					
39. Etes-vous impliqués dans des activités de sensibilisation? Par ex: contre le tabac, le cancer du sein,...					
40. Participez-vous à des campagnes de dépistage? Par ex: du diabète, du cancer du sein ..					
41. En cas de patient ayant une pathologie chronique que vous suivez et qui est perdue de vue, essayez vous de le contacter?					
42. Pour un patient connu diabétique, que vous ne suivez pas, qui se présente pour des angines. Après avoir traité les angines, vous lui demandez des bilans pour contrôler son diabète					

43. Faites vous partie d'une organisation non gouvernementale (ONG) Ou Non

- Si oui, laquelle? :

44. Etes vous en contact avec des ONG (protection de l'enfance, des femmes victimes de violence, diabétiques) pour leur référé des patients pour problèmes d'ordre so I? ui Non

- Si oui, lesquelles? :

Section 4 : Formation continue

1. Pensez vous que la formation médicale continue est important Oui Non

2. Participez-vous à des activités de formation médicale continue Oui Non

3. A quelle fréquence faites vous de la Formation Médicale Continue ? : (Nbre de fois / an)

4. Quel moyen utilisez-vous pour la formation médicale continue (FMC)?

La presse médicale Les manuels Les congrès

La FMC associative Les groupes d'échange de pratique entre pairs

Autres :

5. Quelles sont les thématiques que vous recherchez pour votre formation continue?

.....

Section 5 : Satisfaction professionnelle : (L'échelle de Warr- Cook - Wall)

Il ya 9 facteurs de satisfaction au travail énumérés ci-dessous. S' il vous plaît cochez la réponse sur une échelle de 1 à 7 allant de «Extrêmement insatisfait (score 1) à «extrêmement satisfaits» (score 7)

Facteurs de satisfaction	1	2	3	4	5	6	7
• Quantité des responsabilités qui vous sont donnés							
• La liberté de choisir votre propre méthode de travail							
• Quantité de la variété dans votre travail							
• Vos collègues de travail							
• Conditions physiques de travail							
• Possibilité d'utiliser vos compétences							
• Votre taux de rémunération							
• La reconnaissance que vous obtenez pour votre bon travail							
• Vos heures de travail							

6. Pensez-vous que votre travail a affecté votre santé physique récemment? Oui Non

7. D'autres commentaires?

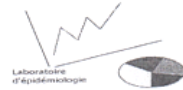
.....
.....
.....
.....

Nous vous remercions d'avoir participé à notre enquête.

Annexe 2 :



Royaume du Maroc
Université Cadi Ayyad
Faculté de Médecine et de Pharmacie Marrakech
Département de Médecine Communautaire – Santé Publique
Laboratoire d'Épidémiologie



Marrakech le : 27/11/2014

**A Monsieur Le Directeur Régional de la Santé
Région Marrakech - Tensift - El Haouz**

Objet : Demande d'autorisation pour la réalisation d'une enquête.

J'ai l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance de bien vouloir nous accorder l'autorisation pour mener une enquête auprès des médecins généralistes exerçant au niveau des centres de santé de la province de Marrakech.

Cette enquête sera réalisée dans le cadre d'un travail de thèse mené dans notre service. Vous trouverez ci-joint une fiche technique résumant les objectifs et le déroulement de cette étude.

Dans l'attente d'une réponse favorable, veuillez agréer, monsieur Le Directeur, l'expression de mes salutations les plus distinguées.



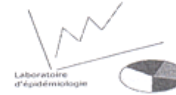
Signé
le Doyen par interim
[Signature]
Pr. Mohamed Amine

Adresse : Laboratoire d'épidémiologie. BP 7010 Sidi Abbad Marrakech Maroc
Tel : +212 24 33 98 75 – Fax : + 212 24 43 70 31
Courriel : laboepidemiopmp@gmail.com

Annexe 3 :



Royaume du Maroc
Université Cadi Ayyad
Faculté de Médecine et de Pharmacie Marrakech
Département de Médecine Communautaire – Santé Publique
Laboratoire d'Épidémiologie



Etat de la pratique médicale au niveau de la région de Marrakech : point de vue du médecin généraliste

Fiche technique

1. Préambule :

La médecine générale est le pilier d'un système de soins efficace. Dans notre contexte on dispose de peu de données concernant la pratique de cette discipline.

2. Objectifs :

- Décrire l'état actuel de la pratique médicale comme le voient les médecins généralistes de la région de Marrakech.
- Evaluer le degré de satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de leur pratique médicale.

3. Population cible :

Les médecins généralistes.

4. Lieux de recrutement :

Les centres de santé et les cabinets privés.

5. Données :

- Données sociodémographiques
- Données concernant la pratique médicale
- Données concernant la satisfaction des médecins généralistes.

6. Utilisations des résultats :

- Les résultats de notre étude pourraient être utilisés pour améliorer la formation des médecins généralistes au niveau des facultés de médecine du pays.
- Ils pourraient également être utilisés pour mieux organiser le système de soin de manière à donner à la médecine générale sa place réelle au sein de ce système.
- Enfin notre enquête de satisfaction permettrait d'améliorer les conditions de la pratique des médecins généralistes.



le Doyen par interim

Pr. Mohamed Amine

Adresse : Laboratoire d'épidémiologie. BP 7010 Sidi Abbad Marrakech Maroc
Tel : +212 24 33 98 75 – Fax : + 212 24 43 70 31
Courriel : laboepidemiopmpm@gmail.com

Annexe 4 :

ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé
Direction Régionale
Région Marrakech Tensift Al Haouz



المملكة المغربية
وزارة الصحة
مديرية الصحة
جهة مراكش تانسيفت الحوز

LE DIRECTEUR REGIONAL DU MINISTERE DE LA SANTE A LA REGION
MARRAKECH TENSIFT AL HAOUZ

A

MONSIEUR LE DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
-MARRAKECH-



Objet : A/S De la demande d'autorisation pour la réalisation d'une enquête

Suite à votre demande d'autorisation pour réalisation d'une enquête N° **61 97** du **1 Décembre 2014** ; je vous informe que votre demande reçoit l'accord de l'Administration.

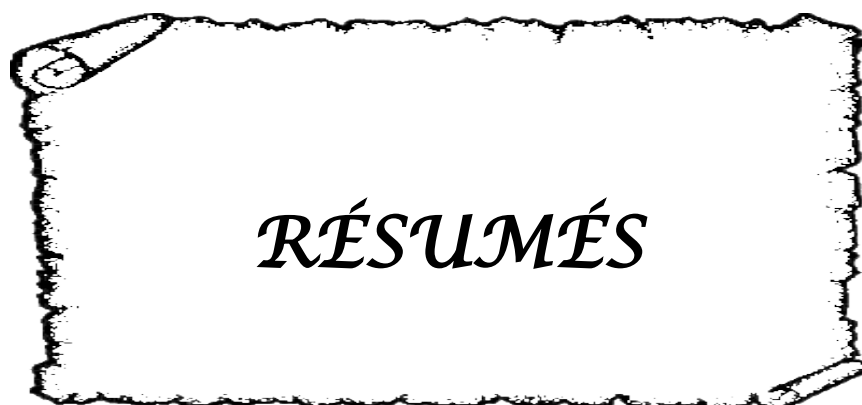
LE DIRECTEUR REGIONAL



Ampliations

- Faculté de Médecine et de Pharmacie Marrakech
- Le Délégué du Ministère de la Santé à la Préfecture de Marrakech
- SRRH
- BO





Résumé :

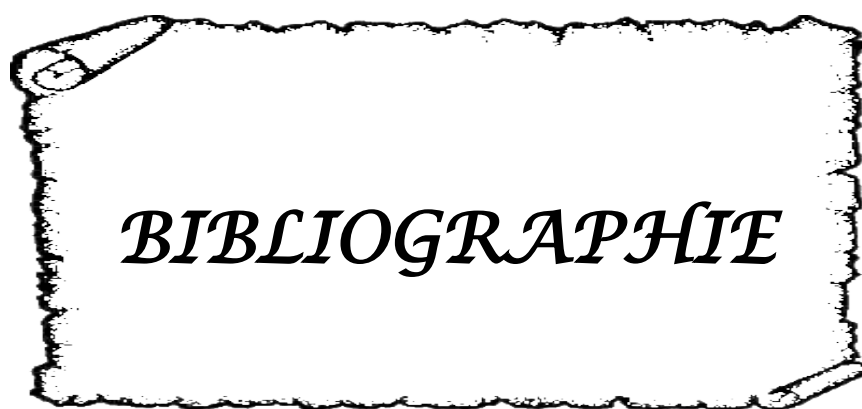
Les systèmes de santé basés sur des soins de santé primaires avec des médecins généralistes, fournissent des soins plus rentables et plus efficaces au niveau clinique. Le but de notre étude était d'évaluer l'état de la pratique médicale du point de vue du médecin généraliste. Il s'agissait d'une étude prospective à type d'enquête menée au niveau de la ville de Marrakech à l'aide d'un questionnaire qui a été administré à 100 médecins généralistes exerçant au secteurs public et privé. Les résultats ont montrés que les médecins généralistes étaient globalement satisfaits de leur formation initiale mais ils auraient voulu plus de stages pratiques. En pratique quotidienne, le temps consacré pour chaque patient ne permet pas une bonne pratique de la médecine générale avec toutes ses caractéristiques. Cependant, les médecins généralistes sont conscients de l'importance de la formation médicale continue. On a noté également que les médecins généralistes restent insatisfaits sur le plan professionnel surtout ceux exerçant au secteur public. Afin d'améliorer la pratique de la médecine générale, il faut adapter les programmes universitaires aux besoins de cette discipline, intégrer les médecins généralistes dans le corps enseignant et programmer des stages en cabinets privés de médecine générale pour redonner a cette discipline sa juste valeur.

SUMMARY:

Health systems based on primary health care with general practitioners, provide more efficient and effective care at the clinical level. The aim of our study was to assess the state of the medical practice of the general practitioner perspective. This was a prospective study. We did an investigation at the city of Marrakech using a questionnaire which was administered to 100 general practitioners (GPs) practicing in public and private sectors. The results showed that GPs were generally satisfied with their initial training but they wanted more practical courses. In daily practice, the time spent for each patient can not be enough for a good practice of general medicine with all its features. However, GPs are aware of the importance of continuing medical education. It was also noted that GPs are dissatisfied professionally especially those practicing in the public sector. In order to improve the practice of general medicine, we must adapt academic programs to the needs of this discipline, integrating GPs in the faculty and program placements in private general practices to give this discipline her fair value.

ملخص:

النظم الصحية القائمة على الرعاية الصحية الأولية والأطباء العاميين، توفر رعاية أكثر كفاءة وفعالية على الصعيد السريري. الهدف من دراستنا هو تقييم حالة الممارسة الطبية من منظور الطبيب العام. تمت الدراسة في مدينة مراكش حيث تم توزيع استبيان على 100 طبيب عام يمارسون في القطاعين العام والخاص. وأظهرت النتائج أن الأطباء كانوا راضين عموما عن تدريبهم الأولي ولكنهم يريدون المزيد من الدورات العملية. في الممارسة اليومية، الوقت الذي يخصصه الطبيب لكل مريض لا يكفي لممارسة جيدة للطب العام بكل خصائصه. أشارت النتائج أيضا أن الأطباء يدركون أهمية التكوين الطبي المستمر. ولوحظ أيضا أن الأطباء غير راضين مهنيا خصوصا أولئك الذين يمارسون في القطاع العام. و بالتالي فإنه من أجل تحسين ممارسة الطب العام، يجب علينا تكيف البرامج الأكاديمية لاحتياجات هذه المهنة، ودمج الأطباء العاميين ضمن هيئة التدريس وبرمجة تداريب في العيادات الخاصة من أجل إعطاء القيمة الحقيقية لهذه المهنة.



BIBLIOGRAPHIE

1. **Europe, W. O. N. C. A.**
La définition européenne de la médecine générale–médecine de famille. Centre Universitaire de Médecine Générale, UCL, Bruxelles, Belgique. 2002 ;
[En ligne]. [http:// www.woncaeurope.org](http://www.woncaeurope.org). (Page consultée le 06/08/2015).
2. **Europe, W. O. N. C. A.**
The European definition of general practice/ family medecine.2011 ;
[En ligne]. [http:// www.woncaeurope.org](http://www.woncaeurope.org). (Page consultée le 09/08/2015).
3. **Organisation mondiale de la santé.**
Déclaration d’Alma–Ata sur les soins de santé primaires.
[En ligne]. [http:// www.who.int](http://www.who.int). (Page consultée le 06 /08/2015).
4. **Naciri Bennai M.**
Etat et perspective de la médecine générale. 21ème Journée du syndicat des médecins du secteur libéral de Safi. 2012 Octobre 5–6; Safi, Maroc.
5. **Cazelles–Bou C, Kandel O.**
Représentations de la médecine générale chez les étudiants en Médecine. [Thèse de Doctorat d’Université]. Poitiers: Université de Poitiers. Faculté de Médecine et de Pharmacie 2007.
6. **Albe–Dermaigny S.**
Motivation des étudiants qui ont choisi la filière médecine générale à l’issu des épreuves nationales classantes en 2004. [Thèse de Doctorat d’Université]. Créteil: Université Paris XII. Faculté de Médecine et de Pharmacie 2006.
7. **Gaucher S, Thabut D.**
L’enseignement et l’enseignant influencent le choix de la spécialité médicale. Enquête auprès de 207 étudiants.
Presse Med. 2013; 42: e89–e95.
8. **Millette B.**
La valorisation de la médecine: nécessité d’une stratégie à plusieurs volets. Forum national sur les soins de santé primaires. 2009 Avril; Rabat, Maroc.
9. **Party, Leeuwenhorst Working.**
The general pactioner in Europe. A Statement by the working party appointed by the second European conference on the teaching of the General practice. Netherlands, 1974.

10. **Gallais, J. L.**
Actes et fonctions du médecin généraliste dans leurs dimensions médicales et sociales.
Doc Rech Med Gen.1994, p: 45.
11. **Gay, B.**
What are the basic conditions for defining general practice. Présentation au premier congrès de la Société Européenne de Médecine générale/Médecine de famille (WONCA Europe). 1995. Strasbourg. France.
12. **Organisation mondiale de la santé.**
Cadres pour le développement professionnel et administratif de la médecine générale/ médecine de famille en Europe. (consulté le 11 /08/2015) [en ligne]. [http:// www.who.int](http://www.who.int).
13. **Olesen, F., Dickinson, J., & Hjortdahl, P.**
General practice—time for a new definition.
BMJ. 2000; 320 (7231):354–57.
14. **Mola E., De Bonis JA, Giancane R.**
Integrating patient empowerment as an essential characteristic of the discipline of general practice/family medicine.
Eur J Gen Pract. 2008; 14 (2): 89–94.
15. **Mola E.**
Patient empowerment, an additional characteristic of the European definitions of general practice/family medicine. The European journal of general practice. 2013; 19(2): 128–31.
16. **Attali C, Bail P, Magnier A, et al.**
Compétences pour le DES de médecine générale.
Revue du praticien médecine générale. 2006; 20(730/731): 525.
17. **Organisation mondiale de la santé.**
Médecins pour la santé. Une stratégie mondiale de l'OMS pour la réorientation de l'enseignement de la médecine et de la pratique médicale en faveur de la santé pour tous, Genève : OMS, 1996 (WHO/HRH/96.1). (consulté le 11 /08/2015) [en ligne]. [http:// www.extranet.who.int](http://www.extranet.who.int).
18. **Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la formation des cadres, et de la recherche scientifique.**
Pour une nouvelle réforme des études médicale au Maroc.
Mai 2005.

19. **Ministère de la santé**
Stratégie sectorielle 2012–2016. Contexte et profil de la santé au Maroc.
[En ligne] : <http://www.sante.gov.ma> (page consulté le : 20/09/2015)
20. **Švab, I., & Katić, M.**
International textbook of family medicine: The application EURACT teaching agenda. Acta Med Acad, 2014; 43(1)
21. **Hastings A M, Fraser R C, McKinley R K.**
Student perceptions of a new integrated course in clinical methods for medical undergraduates.
J Med Educ, 2000;34(2): 101–107.
22. **Bordage, G.**
La recherche en pédagogie médicale en Amérique du Nord: tour d’horizon et perspectives.
Pédagogie médicale, 2000 ; 1(1) : 9–12.
23. **Potvin P.**
Conférence Internationale des Doyens des Facultés de Médecine d’Expression Française :
Politique et méthodologie d’évaluation des programmes d’études médicales et des facultés de Médecine. Texte ratifié par la CIDMEF à la réunion plénière tenue à Tours au mois de mai 2001.
24. **Shaban S, McLean M.**
Predicting performance at medical school: can we identify at-risk students?
Advances in Medical Education and Practice, 2011; 2 : 139
25. **Lanson Y.**
Désintérêt pour la médecine générale lors des épreuves classantes nationales de 2005.
Presse Med. 2006; 35(3): 407–12.
26. **Maggiori L, Brouquet A, Zeitoun JD, et al.**
Avenir de la chirurgie viscérale en France: sondage sur 929 étudiants et résultats des choix des futurs internes après l’examen classant national 2008.
Journal de Chirurgie. 2009; 146(2): 168–74.
27. **Lefèvre JH, Karila L, Kernéis S, et al.**
Désintérêt des futurs médecins pour la médecine générale. Résultats d’une enquête nationale sur les choix de spécialisation auprès de 1 870 externes français.
Presse Med. 2010; 39(3): e58–e65.

28. **Gaucher S, Thabut D.**
L'enseignement et l'enseignant influencent le choix de la spécialité médicale. Enquête auprès de 207 étudiants.
Presse Med. 2013; 42(4): e89–e95.
29. **Glynn RW, Kerin MJ.**
Factors influencing medical students and junior doctors in choosing a career in surgery.
Surgeon. 2010; 8(4): 187–91.
30. **Heikkilä T, Hyppölä H, Kumpusalo E, et al.**
Choosing a medical specialty–Study of Finnish doctors graduating in 1977–2006.
Med Teach. 2011; 33(8): e440–e445.
31. **Ministère français des affaires sociales, des droits de la femme et de la santé.**
Synthèse générale. Le rapport 2006–2007: observation nationale de la de la démographie des professions de santé. 2008. [En ligne]. [http:// www.santé.gouv.fr](http://www.santé.gouv.fr). (Page Consultée le 15 /08/2015)
32. **Observatoire nationale du développement humain (ONDH)**
Etude sur la disparité dans l'accès aux soins de santé au Maroc. Etudes de cas.
[en ligne]. <http://www.ondh.ma>. (Consulté le 10 /09/2015)
33. **Bisaillon S, De Marcellis–Warin N, Mahfouf M, et al.**
Enquête sur certaines pratiques médicales au Québec.
Rapport de projet, Montréal, avril 2013.
34. **McGregor, Margaret J, et al.**
Les analyses trop nombreuses minent–elles la santé des patients ou du système ?
Can Fam Physician 2012 ; 58 : 615–17.
35. **Organisation mondiale de la santé (OMS).**
Rapport de l'OMS sur la santé du monde. 2008.
[en ligne]. [http:// www.who.int](http://www.who.int) (consulté le 11 /08/2015)
36. **Criel B, De Brouwere V, Dugas S.**
Integration of vertical programmes in multi–function health services.
Antwerp, Belgium: ITG Press. 1997.
37. **Bras PL, Duhamel G.**
Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins.
Inspection générale des affaires sociales. Paris, 2008; 57.

38. **Gallois P.**
La formation continue des médecins français. Quelques données sur la situation actuelle. *ADSP*. 2000; 32:30-2.
39. **Llorca G.**
Evaluation de l'efficacité pédagogique immédiate de deux méthodes classiques en formation médicale continue. *Pédagogie médicale*. 2003; 4(1): 26-32.
40. **Ouriagli M, Ait Benkaddour Y .**
Etat de la formation médicale initiale en gynécologie obstétrique: point de vue du médecin généraliste de la ville de Marrakech. [Thèse de Doctorat d'Université]. Marrakech: Université Cadi AYYAD. Faculté de Médecine et de Pharmacie 2015.
41. **Asnaoui Z, Amine M.**
La formation médicale initiale : point de vue des médecins généralistes : exemples des villes Tinghir, ouarzazate et Errachidia. [Thèse de Doctorat d'Université]. Marrakech: Université Cadi AYYAD. Faculté de Médecine et de Pharmacie 2015.
42. **Al Rukban MO, Khalil MS, Al-Zalabani A.**
Learning environment in medical schools adopting different educational strategies. *Educ Res Rev*. 2000; 5(3): 126-9.
43. **Anderson HM, Moore DL, Anaya G, et al.**
Student learning outcomes assessment: a component of program assessment. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2005; 69(2): 256-268.
44. **Gerlach FM, Beyer M, Romer A.**
Quality circles in ambulatory care: state of development and future perspective in Germany. *Int J Qual Health Care*, 1998; 10(1): 35-42.
45. **Wensing M, Broge B, Kaufmann-Kolle P, et al.**
Quality circles to improve prescribing patterns in primary medical care: what is their actual impact?. *J Evaluation Clin Pract*. 2004; 10(3): 457-66.
46. **Beyer M, Gerlach FM, Flies U, et al.**
The development of quality circles/peer review groups as a method of quality improvement in Europe. Results of a survey in 26 European countries. *Fam Pract*. 2003; 20(4): 443-51.

47. **François P, Philibert AC, Esturillo G, et al.**
Groupes d'échange de pratique entre pairs: un modèle pour le développement professionnel continu en médecine générale. *Presse Med.* 2013; 42(1): e21–e27.
48. **Haute Autorité de santé (HAS).**
(consulté le 10 /08/2015)
Les groupes d'analyse des pratiques entre pairs. HAS 2006. [en ligne]. [http:// www.has-santé.fr](http://www.has-santé.fr).
49. **Ahmadiyah N, Cho NL, Kellogg KC, et al.**
Career satisfaction of women in surgery: perceptions, factors, and strategies. *J Am Coll Surg.* 2010; 210(1): 23–8.
50. **Kuhn G, Goldberg R, Compton S.**
Tolerance for uncertainty, burnout, and satisfaction with career of emergency medicine. *Ann Emerg Med.* 2009; 54: 106–13.
51. **Phillips RL, Green LA.**
Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care?
J Fam Pract. 2002; 51: 223–8.
52. **Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, et al.**
Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction?.
J Gen Intern Med. 2000; 15 (2): 122–8.
53. **Deshpande SP, DeMello J.**
An empirical investigation of factors influencing career satisfaction of primary care physicians.
JABFM 2010; 23(6): 762–9.
54. **Pugno PA, Schmittling GT, McGaha AL, et al.**
Entry of US medical school graduates into family medicine residencies: 2005–2006 and 3-year summary. *Fam Med* 2006; 38(9): 626.
55. **Lambert TW, Davidson JM, Evans J, et al.**
Doctors' reasons for rejecting initial choices of specialties as long-term careers.
Med Educ 2003; 37(4): 312–18.

56. **Fahrenkopf, A. M., Sectish, T. C., Barger, L. K., et al**
Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study.
Bmj 2008; *336*(7642): 488–491.
57. **Burke, R. J.**
Stress, satisfaction and militancy among Canadian physicians: a longitudinal investigation.
Soc Sci Med 1996; *43*(4): 517–524.
58. **Kravitz RL, Shapiro MF, Linn LS, et al.**
Risk factors associated with participation in the Ontario, Canada doctors' strike.
Am J Public Health 1989; *79*(9): 1227–33.
59. **Landon BE, Reschovsky JD, Pham HH, et al.**
Leaving medicine: the consequences of physician dissatisfaction.
Medical care. 2006; *44*(3): 234–42.
60. **Grassi L, Magnani K.**
Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians.
Psychother Psychosom 2000; *69*(6): 329–34.
61. **Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Thiebaut E, et al.**
Job stress, coping and burnout among French general practitioners.
Eur Review Appl Psychol 2000; *50*(3): 309–14.
62. **Truchot, D.**
Le burn-out des médecins généralistes: influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire.
Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2009; *167*, No. (6): 422–28.
63. **Leiter M P, Maslach C.**
Nurse turnover: the mediating role of burnout.
J Nurs Manag 2009; *17*(3): 331–339.
64. **Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, et al.**
Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program.
Ann Intern Med 2002; *136*(5): 358–67.

قسم الطبيب

اقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف والأحوال

بإذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، بإذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للسالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثار على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان .. لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنى، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانياتي ،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



حالة الممارسة الطبية في منطقة مراكش: منظور الطبيب العام

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 14 / 12 / 2015
من طرف

السيدة **خديجة أمراوى**

المزداة في 14 غشت 1987 بادويران

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الطب العام – الممارسة الطبية – التكوين المستمر – الرضا الوظيفي.

اللجنة

الرئيس

م. بوسكراوي

السيد

أستاذ في طب الأطفال

المشرف

م. أمين

السيد

أستاذ مبرز في علم الوبائيات السريرية

س. آيت بنعلي

السيد

أستاذ في جراحة الأعصاب والدماغ

س. أمل

السيد

أستاذ في أمراض الجلد

ر. فزاري

السيد

أستاذ في جراحة الأطفال

الحكام