

Année : 2023

Thèse N° :136

LA MÉDECINE GÉNÉRALE FACE AU DÉFI DE LA QUALITÉ

ENQUÊTE TRANSVERSALE AUPRÈS DES PATIENTS CONSULTANT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le : 23 / 03 / 2023

Par

Monsieur BENDAHMANE Abouinane

Pour l'Obtention du Diplôme de

Docteur en Médecine

Mots Clés : Médecine générale, qualité de soin, indicateurs de qualité, satisfaction, Maroc.

Membres du Jury :

Monsieur SBAI IDRISSE KARIM

Professeur en Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène.

Monsieur BOUAITI ELARBI

Professeur en Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène.

Monsieur ZRARA HAMID

Professeur d'immunologie/spécialiste en Biologie Clinique

Monsieur REGGAD AHMED

Professeur de Maladies infectieuses/spécialiste en Médecine Interne

Président du jury

Directeur de thèse

Juge

Juge

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ



DOYENS HONORAIRES :

- 1962 _ 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 _ 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 _ 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 _ 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 _ 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 _ 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 _ 2013 : Professeur Najia HAJJAJ – HASSOUNI
2013 _ 2022 : Professeur Mohamed ADNAOUI

ORGANISATION DECANALE :

- *Doyen*
Professeur Brahim LEKEHAL
- *Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et Etudiantines*
Professeur Amal THIMOU
- *Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération*
Professeur Taoufiq DAKKA
- *Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie*
Professeur Younes RAHALI
- *Secrétaire Général*
Mr. Mohamed KARRA

SERVICES ADMINISTRATIFS :

- *Chef du Service des Affaires Administratives*
Mr. Abdellah KHALED
- *Chef du Service des Affaires Etudiantines, Statistiques et Suivi des Lauréats*
Mr. Azzeddine BOULAAJOUL
- *Chef du Service de la Recherche, Coopération, Partenariat et des Stages*
Mr. Najib MOUNIR
- *Chef du service des Finances*
Mr. Rachid BENNIS
- *Chef du Service Informatique*
Mr. Abdelhakim EL MESSAOUDI

1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne – Clinique Royale
Anesthésie -Réanimation
Pathologie Chirurgicale

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed

Médecine Interne

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aïcha

Gynécologie -Obstétrique

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZAD Rachid

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique Méd. Chef Maternité des

Orangers Rabat

Pr. CHERRAH Yahia
Pr. SOULAYMANI Rachida

Pharmacologie Doyen de la Fac. Phar. Abulcassis Rabat
Pharmacologie- Dir. Centre Anti Poison et de

Pharmacovigilance

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale Doyen de FMPT
Anesthésie Réanimation
Neurochirurgie
Cardiologie
Anatomie
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
FMPA
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. SENOUCI Karima

Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques Doyen de la
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale – Directeur du CHIS Rabat
Immunologie
Chirurgie pédiatrique
Chirurgie Générale
Dermatologie

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. BENTAHILA Abdelali

Urologie Inspecteur du SSM
Pédiatrie

Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Traumatologie – Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi

Chirurgie Pédiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Néphrologie
Cardiologie [Directeur HMI Mohammed V Rabat](#)

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BIROUK Nazha
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Neurologie
Cardiologie
Chirurgie pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie [Directeur Hôp. Ar-razi Salé](#)
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER-RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid

Neurologie [Doyen de la Fac. Méd. Abulcassis Rabat](#)
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed
Pr. AIT OUAMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr Sououd

Pneumo-physiologie
Pédiatrie
Pédiatrie

Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

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

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Urologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pédiatrie

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique [Directeur Hôp. d'Enfants Rabat](#)
Chirurgie Générale
Pédiatrie -
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale [Directeur Hôpital Ibn Sina Rabat](#)
Chirurgie Thoracique
Traumatologie orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique -[Doyen de la FMPR](#)
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AMEUR Ahmed*
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef*
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. CHOHO Abdelkrim*
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RAISS Mohamed
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz* **Janvier**

2004

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

2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina

Pr. BENYASS Aatif*
Pr. DOUDOUH Abderrahim*

Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie *Directeur HMI Moulay Ismail-Meknès*
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie pédiatrique
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie *V-D chargé Aff Acad. Est.*
Chirurgie Générale *Directeur de l' ERPLM*

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie orthopédie *Directeur HM Avicenne-Marrakech*
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Traumatologie orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Rhumatologie *Directeur Hôp. Al Ayachi Salé*
Pédiatrie

Cardiologie
Biophysique

Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. ZERAIDI Najja

Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

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

Rhumatologie
Hématologie
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire. [Directeur Hôpital Ibn Sina Marr.](#)
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*
Pr. BALOUCH Lhousaine*
Pr. BENZIANE Hamid*
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHERKAOUI Naoual*
Pr. EL BEKKALI Youssef*
Pr. EL ABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid

Réanimation Médicale
Pneumo phtisiologie
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie cardio-vasculaire
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation

Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Nouredine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Microbiologie
 Réanimation Médicale
 Pneumo phtisiologie
 Hématologie biologique
 Biochimie-Chimie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie-orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Mars 2009

Pr. ABOUZAHR Ali*
 Pr. AGADR Aomar*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna*
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamyia
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MSSROURI Rahal

Médecine interne
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie *Directeur Hôp. des Spécialités Rabat*
 Anesthésie Réanimation *Directeur de la Clinique Royale*
 Anatomie *Dir. Délégué de la Fondation Ch.Kh.Ibn Zaid*
 Biochimie-Chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie-orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-Entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani*

Radiologie
Cardiologie
Pneumo-Phtisiologie

Mars 2010

Pr. FILALI Karim*
Pr. CHEMSI Mohamed*

Anesthésie-Réanimation [Directeur ERSSM](#)
Médecine Aéronautique

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Physiologie
Microbiologie
Biochimie- Chimie
Chirurgie pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Plastique et Réparatrice
Urologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique

Décembre 2010

Pr. ZNATI Kaoutar

Anatomie Pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed

Chirurgie pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Traumatologie-orthopédie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Chirurgie pédiatrique
Anatomie Pathologique

Février 2013

Pr. AHID Samir [l'UM6SS](#)

Pharmacologie [Doyen de la Faculté de Pharmacie de](#)

Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad

Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie-Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie

Pr. BENSGHIR Mustapha*

Pr. BENYAHIA Mohammed*

Pr. BOUATIA Mustapha

Pr. BOUABID Ahmed Salim*

Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba

Pr. CHAIB Ali*

Pr. DENDANE Tarek

Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali

Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa

Pr. ELFATEMI NIZARE

Pr. EL GUERROUJ Hasnae

Pr. EL HARTI Jaouad

Pr. EL JAOUDI Rachid*

Pr. EL KABABRI Maria

Pr. EL KHANNOUSSI Basma

Pr. EL KHLOUFI Samir

Pr. EL KORAICHI Alae

Pr. EN-NOUALI Hassane*

Pr. ERREGUIG Laila

Pr. FIKRI Meryem

Pr. GHFIR Imade

Pr. IMANE Zineb

Pr. IRAQI Hind

Pr. KABBAJ Hakima

Pr. KADIRI Mohamed*

Pr. LATIB Rachida

Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra

Pr. MEDDAH Bouchra

Pr. MELHAOUI Adyl

Pr. MRABTI Hind

Pr. NEJJARI Rachid

Pr. OUBEJJA Houda

Pr. OUKABLI Mohamed*

Pr. RAHALI Younes

Pr. RATBI Ilham

Pr. RAHMANI Mounia

Pr. REDA Karim*

Pr. REGRAGUI Wafa

Pr. RKAIN Hanan

Pr. ROSTOM Samira

Pr. ROUAS Lamiaa

Pr. ROUIBAA Fedoua*

Pr. SALIHOUN Mouna

Pr. SAYAH Rochde

Pr. SEDDIK Hassan*

Pr. ZERHOUNI Hicham

Pr. ZINE Ali*

Anesthésie Réanimation

Néphrologie

Chimie Analytique et Bromatologie

Traumatologie orthopédie

Anatomie

Cardiologie *Président de la Ligue N. de L. contre les M. CV*

Réanimation Médicale

Anesthésie Réanimation

Radiologie

Neuro-chirurgie

Médecine Nucléaire

Chimie Thérapeutique

Toxicologie

Pédiatrie

Anatomie Pathologique

Anatomie

Anesthésie Réanimation

Radiologie

Physiologie

Radiologie

Médecine Nucléaire

Pédiatrie

Endocrinologie et maladies métaboliques

Microbiologie

Psychiatrie

Radiologie

Médecine Interne

Pharmacologie

Neuro-chirurgie

Oncologie Médicale

Pharmacognosie

Chirurgie Pédiatrique

Anatomie Pathologique

Pharmacie Galénique *Vice-Doyen à la Pharmacie*

Génétique

Neurologie

Ophthalmologie

Neurologie

Physiologie

Rhumatologie

Anatomie Pathologique

Gastro-Entérologie

Gastro-Entérologie

Chirurgie Cardio-Vasculaire

Gastro-Entérologie

Chirurgie pédiatrique

Traumatologie orthopédie

AVRIL 2013

Pr. EL KHATIB MOHAMED KARIM*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

MAI 2013

Pr. BOUSLIMAN Yassir*

Toxicologie

JUIN 2013

Pr. BENALI Bennaceur

Médecine du Travail

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah

Chirurgie Thoracique

Pr. BENCHAKROUN Mohammed*

Traumatologie- Orthopédie

Pr. BOUCHIKH

Mohammed Chirurgie Thoracique

Pr. EL KABBAJ Driss*

Néphrologie

Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira*

Biochimie-Chimie

Pr. HARDIZI Houyam

Histologie- Embryologie-Cytogénétique

Pr. HASSANI Amale*

Pédiatrie

Pr. HERRAK Laila

Pneumologie

Pr. JEAIDI Anass*

Hématologie Biologique

Pr. KOUACH Jaouad*

Génécologie-Obstétrique

Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar

CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE

Pr. SEKKACH Youssef*

Médecine Interne

Pr. TAZI MOUKHA Zakia

Génécologie-Obstétrique

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKASSEM Rachid*

Pédiatrie

Pr. AIT BOUGHIMA Fadila

Médecine Légale

Pr. BEKKALI Hicham*

Anesthésie-Réanimation

Pr. BOUABDELLAH Mounya

Biochimie-Chimie

Pr. DERRAJI Soufiane*

Pharmacie Clinique

Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali

Anatomie

Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim*

Anesthésie-Réanimation

Pr. EL MARJANY Mohammed*

Radiothérapie

Pr. FEJJAL Nawfal

Chirurgie Réparatrice et Plastique

Pr. JAHIDI Mohamed*

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Pr. LAKHAL Zouhair*

Cardiologie

Pr. OUDGHIRI NEZHA

Anesthésie-Réanimation

Pr. RAMI Mohamed

Chirurgie pédiatrique

Pr. SABIR Maria

Psychiatrie

Pr. SBAI IDRISSE Karim*

Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène

AOÛT 2015

Pr. MEZIANE Meryem

Dermatologie

Pr. TAHIRI Latifa

Rhumatologie

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. EL ASRI Fouad*
Pr. ERRAMI Nouredine*

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Oto-Rhino-Laryngologie

JUIN 2017

Pr. ABI Rachid*
Pr. ASFALOU Ilyasse*
Pr. BOUAITI El Arbi*
Pr. BOUTAYEB Saber
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim
Pr. HAFIDI Jawad
Pr. MAJBAR Mohammed Anas
Pr. OURAINI Saloua*
Pr. RAZINE Rachid
Pr. SOUADKA Amine
Pr. ZRARA Abdelhamid*

Microbiologie
Cardiologie
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Oncologie Médicale
Oncologie Médicale
Anatomie
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Chirurgie Générale
Immunologie

PROFESSEURS AGREGES :

MAI 2018

Pr. AMMOURI Wafa
Pr. BENTALHA Aziza
Pr. EL AHMADI Brahim
Pr. EL HARRECH Youness*
Pr. EL KACEMI Hanan
Pr. EL MAJJAOUI Sanaa
Pr. FATIHI Jamal*
Pr. GHANNAM Abdel-Ilah
Pr. JROUNDI Imane
Pr. MOATASSIM BILLAH Nabil
Pr. TADILI Sidi Jawad
Pr. TANZ Rachid*

Médecine interne
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Urologie
Radiothérapie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie-Réanimation
Médecine préventive, santé publique et Hygiène
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Oncologie Médicale

NOVEMBRE 2018

Pr. AMELLAL Mina
Pr. SOULY Karim
Pr. TAHRI Rajae

Anatomie
Microbiologie
Histologie-Embryologie-Cytogénétique

NOVEMBRE 2019

Pr. AATIF Taoufiq*
Pr. ACHBOUK Abdelhafid*
Pr. ANDALOUSSI SAGHIR Khalid
Pr. BABA HABIB Moulay Abdellah*
Pr. BASSIR Rida Allah
Pr. BOUATTAR Tarik
Pr. BOUFETTAL Monsef
Pr. BOUCHENTOUF Sidi Mohammed*
Pr. BOUZELMAT Hicham*

Néphrologie
Chirurgie réparatrice et plastique
Radiothérapie
Gynécologie-Obstétrique
Anatomie
Néphrologie
Anatomie
Chirurgie-Générale
Cardiologie

Pr. BOUKHRIS Jalal*
 Pr. CHAFRY Bouchaib*
 Pr. CHAHDI Hafsa*
 Pr. CHERIF EL ASRI ABAD*
 Pr. DAMIRI Amal*
 Pr. DOGHMI Nawfal*
 Pr. ELALAOUI Sidi-Yassir
 Pr. EL ANNAZ Hicham*
 Pr. EL HASSANI Moulay El Mehdi*
 Pr. EL HJOUJI Abderrahman*
 Pr. EL KAOUI Hakim*
 Pr. EL WALI Abderrahman*
 Pr. EN-NAFAA Issam*
 Pr. HAMAMA Jalal*
 Pr. HEMMAOUI Bouchaib*
 Pr. HJIRA Naouafal*
 Pr. JIRA Mohamed*
 Pr. JNIENE Asmaa
 Pr. LARAQUI Hicham*
 Pr. MAHFOUD Tarik*
 Pr. MEZIANE Mohammed*
 Pr. MOUTAKI ALLAH Younes*
 Pr. MOUZARI Yassine*
 Pr. NAOUI Hafida*
 Pr. OBTEL MAJDOULINE
 Pr. OURRAI ABDELHAKIM*
 Pr. SAOUAB RACHIDA*
 Pr. SBITTI YASSIR*
 Pr. ZADDOUG OMAR*
 Pr. ZIDOUH SAAD*

Traumatologie-Orthopédie
 Traumatologie-Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Neuro-chirurgie
 Anatomie Pathologique
 Anesthésie-Réanimation
 Pharmacie-Galénique
 Virologie
 Gynécologie-Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Radiologie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Dermatologie
 Médecine interne
 Physiologie
 Chirurgie-Générale
 Oncologie Médicale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Parasitologie-Mycologie
 Médecine préventive, santé publique et Hygiène
 Pédiatrie
 Radiologie
 Oncologie Médicale
 Traumatologie-Orthopédie
 Anesthésie-Réanimation

NOVEMBRE 2020

Pr. LALYA ISSAM*

Radiothérapie

SEPTEMBRE 2021

Pr. ABABOU Karim*
 Pr. ALAOUI SLIMANI Khaoula*
 Pr. ATOUF OUAFA
 Pr. BAKALI Youness
 Pr. BAMOUS Mehdi*
 Pr. BELBACHIR Siham
 Pr. BELKOUCH Ahmed*
 Pr. BENNIS Azzelarab*
 Pr. CHAFAI ELALAOUI Siham
 Pr. DOUMIRI Mouhssine
 Pr. EDDERAI Meryem*
 Pr. EL KTAIBI Abderrahim*
 Pr. EL MAAROUFI Hicham*
 Pr. EL OMRI Naoual*
 Pr. EL QATNI Mohamed*

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Oncologie Médicale
 Immunologie
 Chirurgie Générale
 CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
 Psychiatrie
 Médecine des Urgences et des Catastrophes
 Traumatologie-Orthopédie
 Génétique
 Anesthésie-Réanimation
 Radiologie
 Anatomie Pathologique
 Hématologie Clinique
 Médecine Interne
 Médecine Interne

Pr. FAHRY Aicha*	Pharmacie Galénique
Pr. IBRAHIM RAGAB MOUNTASSER Dina*	Néphrologie
Pr. IKEN Maryem*	Parasitologie
Pr. JAAFARI Abdelhamid*	Anesthésie-Réanimation
Pr. KHALFI Lahcen*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. KHEYI Jamal*	Cardiologie
Pr. KHIBRI Hajar	Médecine Interne
Pr. LAAMRANI Fatima Zahrae	Radiologie
Pr. LABOUDI Fouad	Psychiatrie
Pr. LAHKIM Mohamed*	Radiologie
Pr. MEKAOUI Nour	Pédiatrie
Pr. MOJEMMI Brahim	Chimie Analytique
Pr. OUDRHIRI Mohammed Yassaad	Neurochirurgie
Pr. SATTE AMAL*	Neurologie
Pr. SOUHI Hicham*	Pneumo-phtisiologie
Pr. TADLAOUI Yasmina*	Pharmacie Clinique
Pr. TAGAJDID Mohamed Rida*	Virologie
Pr. ZAHID Hafid*	Hématologie
Pr. ZAJJARI Yassir*	Néphrologie
Pr. ZAKARYA Imane*	Pharmacognosie

(*) Enseignants Chercheurs Militaires

2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie-Chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naima	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie <i>Vice-Doyen chargé de la Rech. et de la Coop.</i>
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. RIDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

PROFESSEURS HABILITES :

Pr. AANNIZ Tarik	Microbiologie et Biologie moléculaire
Pr. BENZEID Hanane	Chimie
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie-Chimie
Pr. CHERGUI Abdelhak	Botanique, Biologie et physiologie végétales
Pr. DOUKKALI Anass	Chimie Analytique
Pr. EL BAKKALI Mustapha	Physiologie
Pr. EL JASTIMI Jamila	Chimie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Histologie-Embryologie
Pr. LAZRAK Fatima	Chimie
Pr. LYAHYAI Jaber	Génétique
Pr. OUADGHIRI Mouna	Microbiologie et Biologie
Pr. RAMLI Youssef	Chimie Organique Pharmaco-Chimie
Pr. SERRAGUI Samira	Pharmacologie
Pr. TAZI Ahnini	Génétique (<i>mis en disponibilité</i>)
Pr. YAGOUBI Maamar	Eau, Environnement

Mise à jour le 20/02/2023

KHALED Abdellah

Chef du Service des Affaires Administratives

FMPR

Le Doyen

REMERCIEMENTS

À notre maître et Président du jury Professeur

SBAI IDRISSE KARIM

*Professeur en médecine communautaire (Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène)
FMPP,*

Nous sommes extrêmement reconnaissants de l'honneur que vous nous avez accordé en acceptant de présider le jury de notre soutenance de thèse.

*Nous tenons à exprimer notre profond respect et notre grande estime envers vous.
Merci infiniment.*

À notre cher maître et Directeur de thèse professeur

BOUATTI ELARBI

*Professeur de santé publique et de biostatistiques et chef de service de stérilisation et d'hygiène
de l'hôpital militaire Mohammed V de Rabat.*

On vous suit infiniment reconnaissant pour votre investissement dans ce travail.

On vous remercie pour la confiance que vous nous avez témoigné en nous attribuant ce sujet de thèse, pour votre disponibilité, votre patience et vos conseils qui nous ont été extrêmement précieux tout au long de ce travail.

Vous nous avez toujours réservé un bon accueil malgré vos obligations professionnelles.

Nous sommes très heureux de pouvoir exprimer notre profonde gratitude pour tous les efforts que vous avez déployés afin que ce travail puisse aboutir.

À notre maître et juge Professeur

ZARRA HAMID

Professeur d'immunologie à la FMPP, spécialiste en Biologie Clinique.

Nous vous remercions Professeur, d'avoir accepté de consacrer de votre temps pour juger notre travail par votre expertise. C'est un honneur pour nous que de vous compter parmi cet honorable jury.

Veillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre grand respect.

À notre maître et juge Professeur

REGGAD AHMED

Professeur agrégé en Maladies infectieuses, spécialiste en Médecine Interne.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites cher Professeur en acceptant de siéger dans notre jury de thèse.

Veillez trouver ici cher maître le témoignage de notre profond respect et notre haute considération.

À toute personne ayant contribué, de loin ou de près, à l'aboutissement de ce travail

Je vous remercie.

Et enfin, merci à tout le corps professoral de la FMFR

DEDICACES

À IBHAM, ma mère. Je tiens à te dédier ma thèse avec tout mon amour et ma reconnaissance. Ton soutien, tes encouragements et tes sacrifices ont été inestimables pour moi tout au long de mon parcours universitaire.

Grâce à ta présence constante et à ton amour indéfectible, j'ai pu surmonter les défis et les obstacles qui se sont présentés à moi. Tu as été mon pilier de force et mon guide tout au long de ce voyage.

Je suis profondément reconnaissant de t'avoir comme mère et je te remercie de tout mon cœur pour tout ce que tu as fait pour moi. Cette thèse est un témoignage de notre amour, de notre soutien mutuel et de notre lien éternel.

Avec tout mon amour et ma gratitude.

À ABDELLEAH, mon père. Je tiens à te remercier du fond du cœur pour ta présence et tout ton soutien.

Ton encouragement et ton amour inconditionnel ont été des éléments clés de ma réussite académique. Je suis honoré de te dédier cette thèse en reconnaissance de tout ce que tu as fait pour moi. Ton soutien financier, moral et émotionnel ont été essentiels pour me permettre d'atteindre mes objectifs.

Cette thèse est également un témoignage de notre lien familial solide et de l'amour profond que nous partageons. Je suis chanceux d'avoir un père aussi merveilleux que toi et je te remercie pour tout ce que tu as fait pour moi. Encore une fois, merci du fond du cœur, papa. Je t'aime beaucoup.

À ZINEB, ma sœur. Merci, ma chère sœur, pour tout ce que tu as fait pour moi. Cette thèse est aussi un peu la tienne, car tu y as contribué à ta manière. J'espère que tu seras fière de moi et que nous pourrons célébrer ensemble cette réussite.

Tu as été là pour moi, prête à écouter mes idées, à relire mes travaux, à me reconforter dans les moments de doute et à célébrer mes réussites. Tu as été une alliée indispensable dans cette aventure académique, et je ne saurais jamais assez te remercier pour cela. J'apprécie tout ce que tu fais pour moi et je suis conscient que je peux parfois te solliciter un peu trop. Avec tout mon amour,

À MIMA ZABIWA. Je voudrais te dédier ces quelques mots pour te remercier pour ta sagesse et ton amour inconditionnel. Tu es plus qu'une grand-mère pour moi, tu es un véritable ange dans ma vie.

Tu es une source de sagesse et d'inspiration. J'admire ta force et ta persévérance face aux défis de la vie. Le véritable exemple de bonté, compassion, générosité et bienveillance pour tout le monde.

En mémoire de mes grands-pères OMAR et LAARBI, de ma grand-mère SAADIA, et de mon oncle ABOUINANE, Que vos âmes reposent en paix, sachez bien que je ne vous oublierai jamais.

À RT. Je voulais t'écrire ces quelques mots pour te dire à quel point tu es importante pour moi. Tu es plus qu'une compagne, tu es mon âme sœur, celle avec qui je veux passer le reste de ma vie.

Tu es une personne merveilleuse, pleine d'amour, de bienveillance et de générosité. Ton sourire illumine mes journées et ta présence me remplit de joie.

Je suis tellement heureux de t'avoir dans ma vie et j'ai hâte de passer chaque instant à tes côtés.

À mes tantes MAMAGHA AHLAM et BAHAA. Je tenais à vous écrire ces quelques lignes pour vous dire à quel point vous êtes importantes pour moi. J'ai toujours senti votre amour inconditionnel dans ma vie. Votre présence a été une bénédiction, et je suis reconnaissant pour les moments que nous avons partagés ensemble.

À mes oncles NABIL et MOHAMMED. Votre soutien et votre encouragement ont été une source de réconfort pour moi, et j'ai toujours apprécié les moments que nous avons partagés ensemble. Vous avez toujours été là pour m'écouter et me conseiller, et pour cela je vous en suis très reconnaissant.

Je vous admire pour votre force, votre persévérance et votre bienveillance envers les autres. Vous êtes des modèles pour moi, et je suis fier d'avoir des oncles comme vous.

À mes cousins et cousines (Othmane-Hania-Aya-Ilyas-Lina-Simo-Shems-Malak- Nour-Jouhara-Firdaous-Sirine et Rym). Je dédie cette thèse à vous tous, en espérant que cela puisse être un témoignage de mon appréciation et de mon amour pour chacun de vous. Vous êtes une partie essentielle de ma vie, et je suis fier de vous avoir comme cousins et cousines.

À Blanat. Pour avoir continué à me faire croire en l'amitié, et avoir ajouté de la joie et du bonheur à ma vie. Que notre amitié reste éternelle.

À IBRA. pour les bons moments qu'on a passé ensemble

À Ihab. Pour avoir été mon compagnon pendant nos études et la rédaction de cette thèse.

À mes amis. ma deuxième famille.

À tous ceux qui me sont chers et que je n'ai pas pu citer.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des ressources humaines du secteur public par profil et par réseau, année 2020(6).....	10
Tableau 2 : Analyse univariée, niveau de satisfaction selon le sexe, l'âge et le nombre de visite	44
Tableau 3 : Tableau récapitulant les résultats de l'analyse univariée (milieu)	51
Tableau 4 : Tableau récapitulant les résultats de l'analyse univariée (main d'œuvre).....	59
Tableau 5 : Tableau récapitulant les résultats de l'analyse univariée (moyen).....	63
Tableau 6 : Tableau récapitulant les résultats de l'analyse univariée (machine).....	64
Tableau 7 : Tableau récapitulant les résultats de l'analyse univariée (matériel).....	66
Tableau 8: Tableau incluant le score moyen et le pourcentage d'importance de chaque indicateur.....	66
Tableau 9 : Tableau récapitulant les résultats de l'analyse exploratoire	67
Tableau 10 : Résultat de l'analyse des composantes principale pour la première dimension ..	68
Tableau 11 : Résultat de l'analyse des composantes principales pour la deuxième dimension	69
Tableau 12 Résultat de l'analyse des composantes principales pour la troisième dimension .	70
Tableau 13 : Tableau récapitulant les résultats de l'analyse univariée	93
Tableau 14 : Tableau récapitulant les résultats de l'analyse exploratoire	94

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carré de White (1961)(2).....	6
Figure 2 : Carré de White révisé par Green (2001)(2)	7
Figure 3 : Répartition du SSN selon les secteurs (5).....	9
Figure 4 : Répartition des médecins du secteur privé par région, année 2020.....	11
Figure 5 : Organisation de l'OS par réseaux d'établissement de soins (7).....	12
Figure 6 : Schématisation de la qualité dans le domaine des services et adaptée à la santé (adapté du cycle de la qualité – in AFNOR FD S 99-132 -Avril 2000) (23).....	18
Figure 7 : Diagramme SMART d'un bon indicateur (26)	20
Figure 8 : Modèle d'évaluation de la qualité des soins de santé de Donabedian(29).....	21
Figure 9 : Les principes du SMQ(38).....	26
Figure 10 : Roue de DEMING(39)	28
Figure 11 : Méthode QQQQCCP(43)	32
Figure 12 :Diagramme cause-effet d'Ishikawa(44)	34
Figure 13 : Répartition des participants selon le sexe (n=117)	40
Figure 14 : Répartition des participants selon l'âge (n=117).....	41
Figure 15 : Répartition des participants selon l'âge de 40 ans (n=117).....	41
Figure 16 : répartition des patients selon la fréquence des visites (n=117)	42
Figure 17 : Répartition des participants selon les motifs fréquents de consultation (n=117) ..	43
Figure 18 : Répartition des participants selon leur satisfaction globale (n=117).....	43
Figure 19 : Répartition des participants selon la réputation de leur cabinet (n=117)	45
Figure 20 : Répartition des participants selon les tarifs proposés (n=117)	46
Figure 21 : Répartition des participants selon l'importance de la proximité du cabinet (n=117)	47
Figure 22 : Répartition des participants selon l'importance de l'accessibilité du cabinet (n=117).....	48
Figure 23 : Répartition des participants selon l'importance de la propreté du cabinet (n=117)	49
Figure 24 : Répartition des participants selon l'importance de l'état de la salle d'attente (n=117).....	50

Figure 25 : Répartition des participants selon l'importance de la qualité des sanitaires (n=117)	50
.....	
Figure 26 : Répartition des participants selon l'importance de la qualité de l'accueil (n=117)	52
.....	
Figure 27 : Répartition des participants selon l'importance de la qualité du personnel (n=117)	53
.....	
Figure 28 : Répartition des participants selon l'importance de la qualité de communication (n=117)	54
.....	
Figure 29 : Répartition des participants selon l'importance de la qualité du suivi (n=117) ...	55
Figure 30 : Répartition des participants selon l'importance de la compétence du médecin (n=117)	56
.....	
Figure 31 : Répartition des participants selon l'importance du temps de consultation (n=117)	57
.....	
Figure 32 : Répartition des participants selon l'importance de la réponse en cas d'urgences (n=117)	58
.....	
Figure 33 : Répartition des participants selon l'importance de la facilité d'obtention du rendez-vous (n=117)	60
.....	
Figure 34 : Répartition des participants selon l'importance du délai d'obtention de rendez-vous (n=117)	61
.....	
Figure 35 : Répartition des participants selon l'importance du temps d'attente (n=117)	62
.....	
Figure 36 : Répartition des participants selon l'importance du respect d'ordre de passage (n=117)	63
.....	
Figure 37 : Répartition des participants selon l'importance de la qualité d'équipement (n=117)	64
.....	
Figure 38 : Répartition des participants selon l'importance de la qualité et la propreté du matériel (n=117)	65
.....	
Figure 39 : Diagramme d'Ishikawa pour la satisfaction des patients d'un cabinet médical	82

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE	4
1. MEDECINE GENERALE	5
1.1 Définition.....	5
1.2 Rôles du médecin généraliste	5
1.3 Importance de la médecine générale dans un système de santé	5
1.4 Place du médecin généraliste (MG) dans le système de santé national.....	7
1.4.1 Organisation du SSN.....	7
1.4.2 Ressource humaine.....	9
1.4.3 Circuit de santé au Maroc.....	11
1.5 Médecine générale et nouvelle technologie.....	13
1.5.1 Patient 2.0.....	13
1.5.2 Internet-santé	13
1.5.3 Télémédecine	13
1.5.4 Réseaux sociaux et soins de santé	14
1.5.5 Outils de décision	14
2. LA QUALITE EN SANTE	15
2.1 Définitions	15
2.2 La perception de la qualité.....	16
2.3 Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins.....	18
2.3.1 Définition d'un indicateur	18

2.3.2	Rôles des indicateurs	19
2.3.3	Caractéristique d'un indicateur	19
2.3.4	Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins	20
2.3.4.1	Modèle Donabedian	21
2.4	Management de la qualité.....	24
2.4.1	Le management	24
2.4.2	Le management de la qualité.....	24
2.5	Système de Management de la Qualité (SMQ)	25
2.5.1	Définitions	25
2.5.2	Intérêts	25
2.5.3	Principes	26
2.6	Démarche qualité.....	29
2.6.1	Définitions	29
2.6.2	Objectifs	30
2.6.3	Méthodes	31
	La méthode QQQQCCP	31
	Diagramme cause-effet d'Ishikawa	33
	DEUXIEME PARTIE : MATERIELS ET METHODES.....	35
1.	Type d'étude.....	36
2.	Population.....	36
3.	Conception du questionnaire	36
4.	Analyse statistique.....	37
	TROISIEME PARTIE : RESULTATS.....	39
I.	Données générales	40
	<input type="checkbox"/> Sexes des participants.....	40
	<input type="checkbox"/> Ages des participants.....	40
	<input type="checkbox"/> Fréquences des visites des participants	42

<input type="checkbox"/> Motifs fréquents de consultation	42
II. La satisfaction des patients	43
III. Milieu	44
<input type="checkbox"/> Réputation	44
<input type="checkbox"/> Les tarifs proposés.....	45
<input type="checkbox"/> La proximité	46
<input type="checkbox"/> L'accessibilité.....	47
<input type="checkbox"/> La propreté du cabinet.....	48
<input type="checkbox"/> L'état de la salle d'attente.....	49
<input type="checkbox"/> Qualité des sanitaires.....	50
IV. Main-d'œuvre	51
<input type="checkbox"/> La qualité de l'accueil.....	51
<input type="checkbox"/> La qualité du personnel	52
<input type="checkbox"/> La qualité de communication	53
<input type="checkbox"/> La qualité du suivi	54
<input type="checkbox"/> La compétence du médecin	55
<input type="checkbox"/> Le temps de consultation.....	56
<input type="checkbox"/> La réponse en cas d'urgences	57
V. Moyen.....	59
<input type="checkbox"/> La facilité d'obtention du rendez-vous	59
<input type="checkbox"/> Le délai.....	60
<input type="checkbox"/> Le temps d'attente.....	61
<input type="checkbox"/> Le respect d'ordre de passage	62
VI. Machine.....	64
<input type="checkbox"/> La qualité d'équipement	64
VII. Matériel.....	65
<input type="checkbox"/> La qualité et la propreté du matériel.....	65

VIII. Synthèse des indicateurs.....	66
QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION.....	71
1. La satisfaction globale.....	72
2. Milieu	72
3.1 La réputation.....	72
3.2 Les tarifs proposés.....	73
3.3 La proximité	73
3.4 L'accessibilité.....	74
3.5 L'hygiène, stérilisation et respect de règles d'asepsie.....	74
3. Main d'œuvre	75
3.1 Le médecin	75
4.1 Les assistants	76
4. Moyen.....	76
4.1 Les rendez-vous.....	76
4.2 Le temps d'attente et l'ordre de passage	77
5. Machine	77
La récence de l'équipement.....	77
6. Matériel.....	78
La qualité du matériel	78
CINQUIEME PARTIE : CONCLUSION.....	79
SIXIEME PARTIE : RECOMMANDATIONS	81
RÉSUMÉS	84
ANNEXES	87
REFERENCES.....	95

INTRODUCTION

Pendant des milliers d'années, la médecine était partout identifiée à des pratiques magiques et à des croyances religieuses. Les techniques médicales se limitaient à la phytothérapie et à quelques opérations chirurgicales simples comme la trépanation et la réduction des fractures. Aujourd'hui, la médecine peut être considérée comme l'ensemble des connaissances scientifiques et des moyens de toute nature mis en œuvre pour prévenir, guérir ou soulager les maladies, les blessures ou les infirmités. (1)

La médecine générale occupe une place importante dans le système de soins d'une population, elle assure la prise en charge de plus de 90% de personne qui ont un problème de santé, ceci a été démontré par les travaux de Kerr White aux États-Unis dans les années 50. (2)

En médecine générale, la connaissance de la démarche qualité est devenu une nécessité pour le professionnel de santé. Le concept de la qualité a été contemplé à travers l'histoire et continue d'être un sujet de vif intérêt jusqu'à aujourd'hui. Les discussions sur la qualité ont été initiées par Socrate, Platon, Aristote et d'autres philosophes grecs. L'idéal pour eux était sous l'appellation de "arété", ou excellence.

De nos jours la qualité est abordée dans de nombreuses publications académiques et professionnelles. La définition la plus répandue de la qualité actuellement : « l'aptitude d'un produit ou d'un service à répondre et / ou dépasser les attentes d'un client. » (1)

Les travaux étudiant la qualité dans le domaine de la santé sont nombreux, chapeauté par les études de satisfactions. Ces derniers démontrent l'intérêt de fournir des soins qui tiennent compte des besoins et des préférences des patients, par ailleurs les systèmes de santé accordent une attention croissante au point de vue de l'utilisateur dans l'organisation de l'offre de soins, comme l'exemple de « la décision médicale partagée » analysé dans un rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) publié en 2013 en France qui résume la relation médecin-malade en « No decision about me without me » (3)

L'identification des indicateurs de qualité perçue par les patients consultant en médecine générale permettra, d'une part, l'amélioration de la relation médecin-patient, et d'autre part, promouvoir la qualité de la prise en charge.

Dans notre thèse l'objectif principal était de déterminer les éléments influençant la perception de la qualité des soins par les patients consultant dans un cabinet de médecine générale.

PREMIERE PARTIE : SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE

1. MEDECINE GENERALE

1.1 Définition

La médecine générale, est la discipline prenant en charge le suivi durable, le bien-être et les soins de santé généraux primaires d'une communauté, elle permet un accès non limité et ouvert aux patients, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou d'autres caractéristiques spécifiques de la personne concernée.

1.2 Rôles du médecin généraliste

Le médecin généraliste aussi appelé médecin omnipraticien joue un rôle crucial dans un système de santé en assurant une première ligne de soins à la population. Il est souvent le premier professionnel de santé que les patients consultent pour des problèmes de santé aigus ou chroniques. En tant que spécialiste de la médecine générale, il est formé pour diagnostiquer et traiter une large gamme de maladies et de symptômes, et peut également fournir des conseils de prévention et de santé générale. Le médecin généraliste est également un partenaire de confiance pour les patients, en suivant leur état de santé sur une longue période de temps et en les dirigeant vers des spécialistes si nécessaire. (4)

1.3 Importance de la médecine générale dans un système de santé

Les données provenant de l'étude carré de White en 1961 sur les soins médicaux aux Etats-Unis suggèrent que dans une population de 1000 adultes (âgés de seize ans et plus), au cours d'un mois moyen, 750 connaîtront un épisode de maladie, 250 d'entre eux consulteront un médecin, 9 seront hospitalisés, 5 seront envoyés chez un autre médecin et 1 sera envoyé dans un centre médical universitaire. (2) (Figure1)

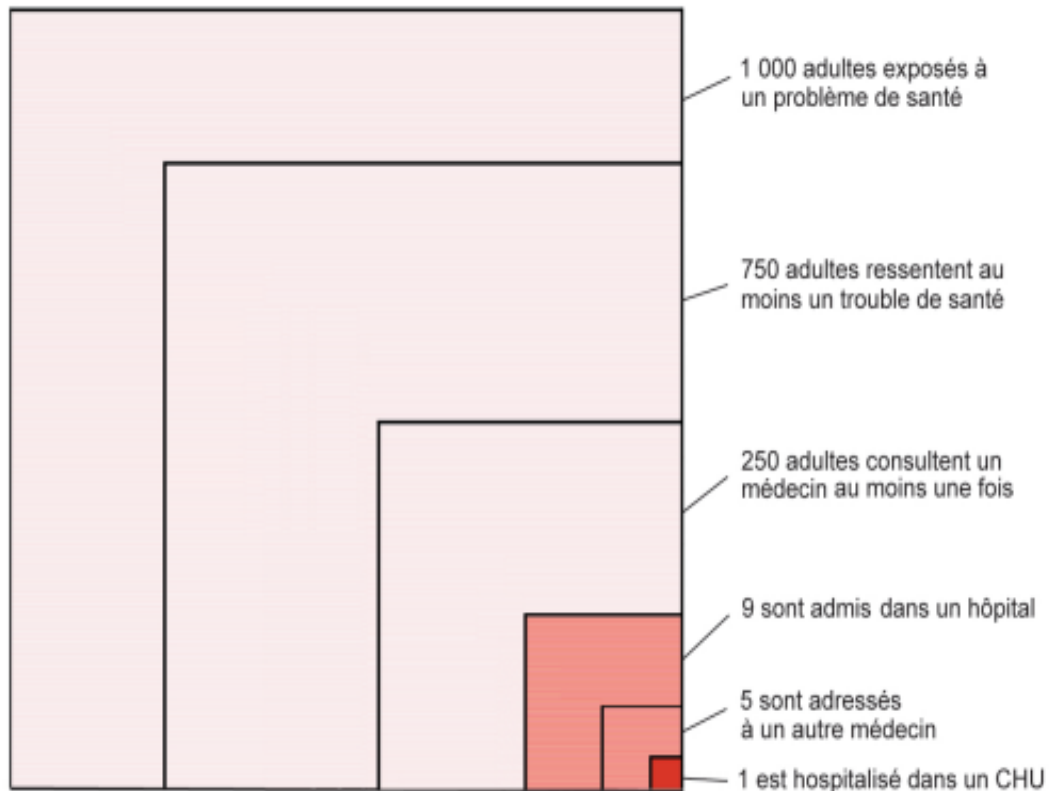


Figure 1 : Carré de White (1961) (2)

Ce qui signifie que les patients qui consultent en CHU (soins tertiaires) ne représentent que 0,1% de la population exposée à un problème de santé par mois

Cette étude a permis une visualisation des soins de première ligne ou soins primaires et du rôle du médecin généraliste et de son rôle de coordination : sur 250 patients qui décident de consulter, 15 sont adressés à un confrère ou à un centre hospitalier.

Ce qui explique l'importance d'inclure l'ensemble des problèmes de santé, les plus courants en soins primaires, dans l'enseignement des futurs médecins, c'est-à-dire les maladies chroniques à prévalence élevée en médecine générale. Cela permettra aux futurs médecins de mieux comprendre les besoins de leurs patients et de les soigner de manière adéquate. (2)

Le temps passe et les mesures se répètent.

K.White a répété plusieurs fois ces mesures, et les résultats sont restées les mêmes. En 2001, l'équipe de Green a actualisé le carré de White grâce à des données plus précises. Sur 1000 personnes exposées à un problème de santé, 800 avaient des symptômes, 217 consultaient un médecin (dont 113 consultaient un généraliste), 8 étaient hospitalisés et moins de 1 était hospitalisé en CHU. Ces nouvelles estimations restent remarquablement stables en 40 ans. (Figure 2)

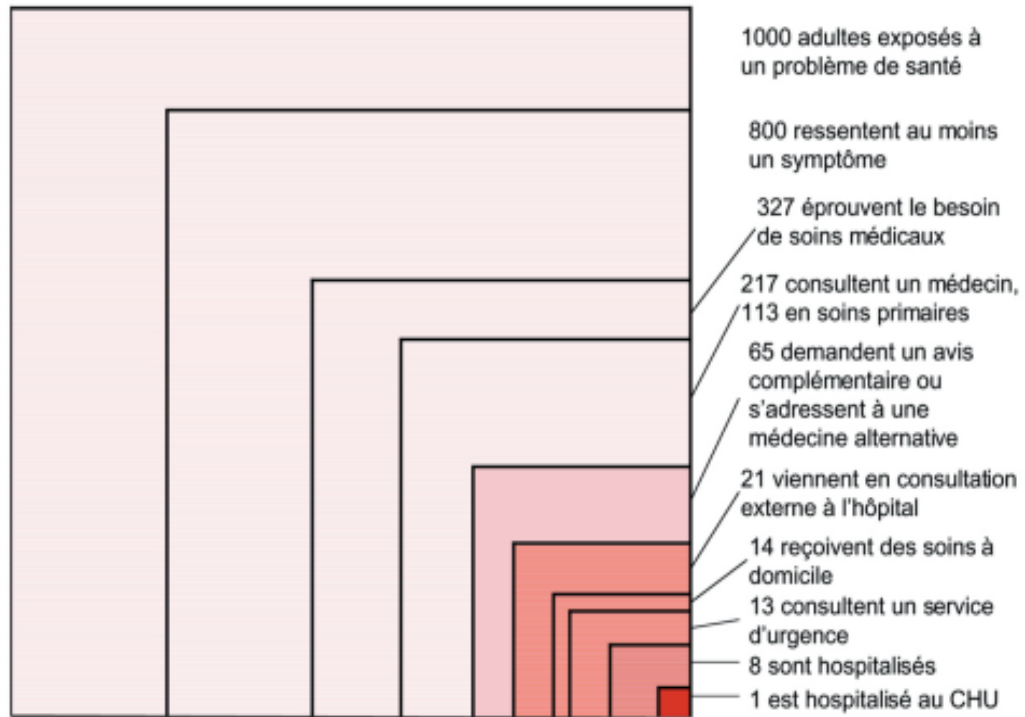


Figure 2 : Carré de White révisé par Green (2001)(2)

Les travaux en question ont eu un impact significatif dans le domaine académique médical en stimulant une réflexion sur la manière de distribuer les soins de santé à la population en général. (2)

1.4 Place du médecin généraliste (MG) dans le système de santé national

1.4.1 Organisation du SSN

Au Maroc, le système de santé comprend plusieurs secteurs différents, y compris le secteur public, le secteur privé non lucratif et le secteur privé lucratif.

Le secteur public de la santé comprend un réseau de centres de soins primaires, de centres de santé, d'hôpitaux régionaux et nationaux, ainsi que des institutions de formation et de recherche en santé. Les services sont financés par le gouvernement et offerts gratuitement ou à un coût modique aux citoyens.

Le secteur privé non lucratif de la santé comprend des cliniques et des hôpitaux gérés par des organisations à but non lucratif, telles que des associations caritatives ou religieuses. Ce secteur offre généralement des services de qualité à un coût abordable pour les citoyens les plus vulnérables ou défavorisés.

Le secteur privé lucratif de la santé comprend des cliniques et des hôpitaux gérés par des entreprises privées qui visent à maximiser les profits. Ce secteur offre généralement des services de qualité supérieure et plus rapides que le secteur public, mais les coûts peuvent être plus élevés. Les personnes qui peuvent se permettre des soins de santé privés ou qui ont une assurance maladie privée sont les plus susceptibles de recourir à ce secteur.

En général, le système de santé marocain est en train d'évoluer pour améliorer la qualité et la disponibilité des soins de santé pour tous les citoyens, quel que soit le secteur dans lequel ils se trouvent. (5) (Figure 3)

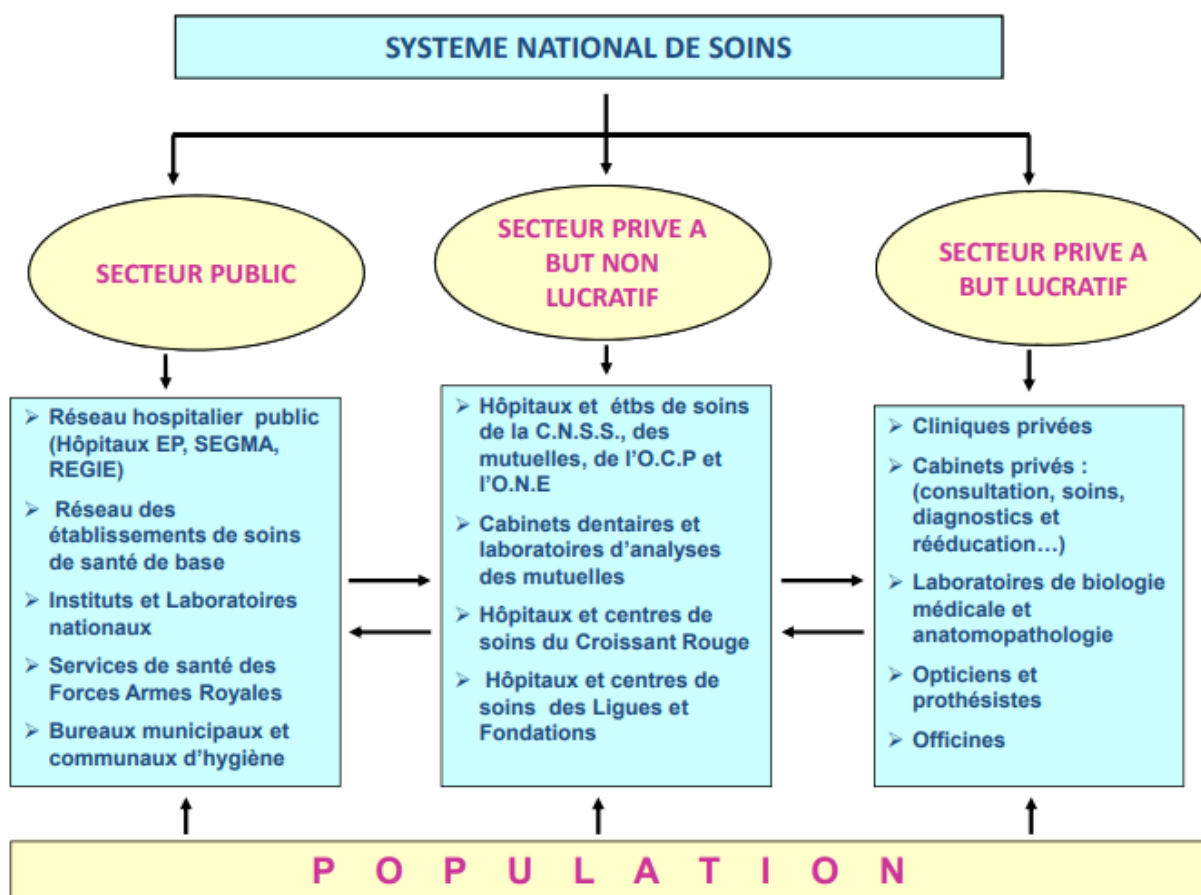


Figure 3 : Répartition du SSN selon les secteurs (5)

1.4.2 Ressource humaine

Le système de santé au Maroc se compose des ressources et institutions qui travaillent ensemble pour offrir une qualité de soins de santé continue à la population. Au cours des dernières années, le Maroc a amélioré son système de santé en augmentant le nombre de professionnels de la santé et d'établissements médicaux pour résoudre la pénurie de personnel (0,68 médecins et 0,84 infirmières pour 1000 habitants). Grâce à la mise en place de l'assurance maladie pour les populations pauvres et vulnérables en 2012, plus de 8,5 millions de personnes ont maintenant accès à des soins de santé gratuits dans le secteur public.

Le secteur public comprend 838 centres de santé urbains et 1274 centres de santé ruraux, ainsi que 149 hôpitaux, comprenant 6 centres universitaires de santé. Il emploie

11953 médecins (dont 3616 généralistes et 8337 spécialistes) et 33837 travailleurs paramédicaux. (6) (Tableau 1)

		RH	RESSP	RISUM	REMS	Total
Personnel médical	Médecins généralistes	1 034	2 461	37	84	3 616
	Médecins Spécialistes	7 675	595	10	57	8 337
	Total Médecins	8 709	3 056	47	141	11 953
	Chirurgiens dentistes	128	170	0	25	323
	Pharmaciens	177	0	0	1	178
	Total corps médical	9 014	3 226	47	167	12 454
Personnel infirmier et technicien de santé	Infirmiers polyvalents	9 164	5 816	12	95	15 087
	Sages femmes	2 400	2 519	3	21	4 943
	Autres	11 054	2 212	33	508	13 807
	Total corps paramédical	22 618	10 547	48	624	33 837
Personnel administratif		1 865	179	0	32	2 076
Personnel techniques		4 029	370	29	25	4 453
Total		37 526	14 322	124	848	52 820

Tableau 1 : Répartition des ressources humaines du secteur public par profil et par réseau, année 2020 (6)

Le secteur privé est constitué de 359 cliniques, 9671 cabinets de consultations, 268 centres de radiologie et 550 laboratoires, et emploie 5182 médecins généralistes et 8440 spécialistes. (6) (Figure 4)

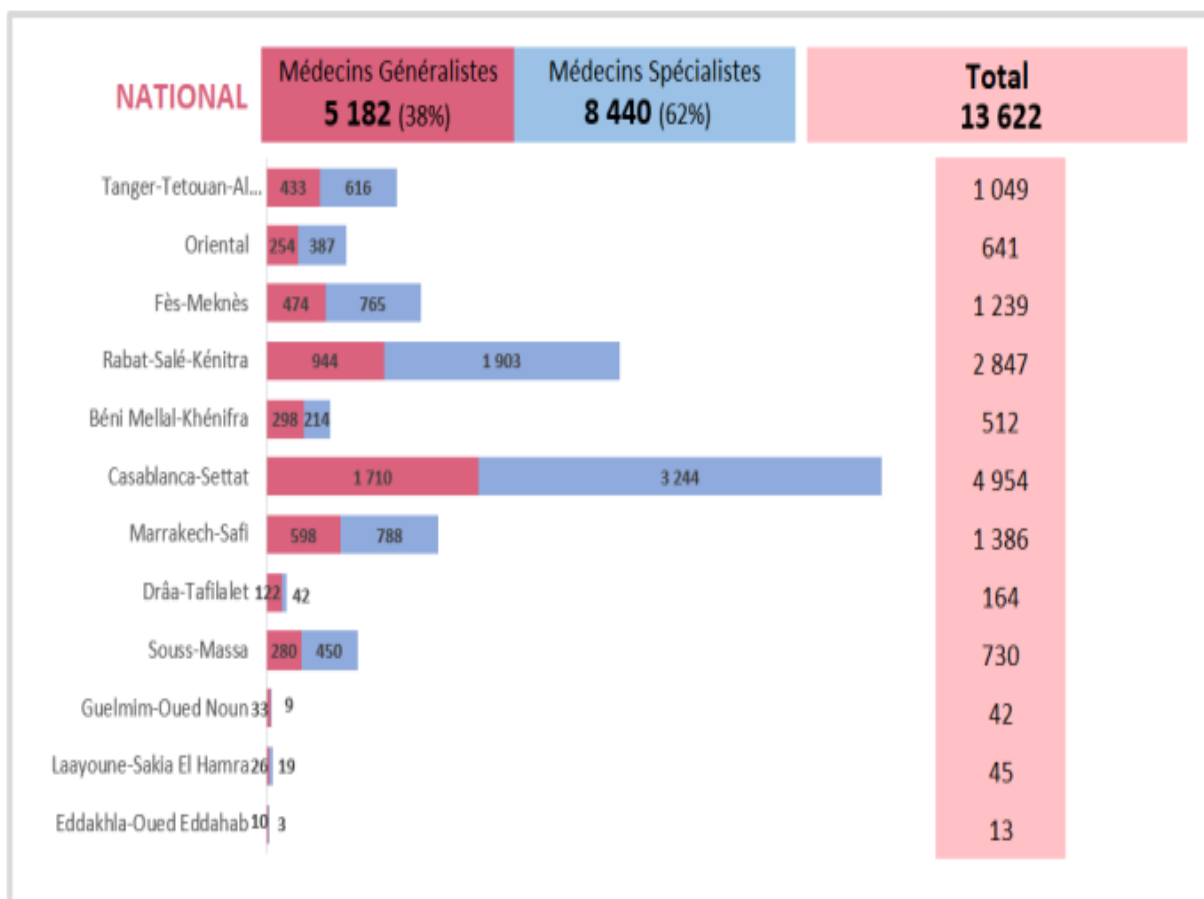


Figure 4 : Répartition des médecins du secteur privé par région, année 2020.

1.4.3 Circuit de santé au Maroc

Le parcours d'un patient dans le système de santé marocain peut être très complexe et il est important de souligner le rôle crucial joué par le médecin généraliste dans ce processus. Le médecin généraliste est souvent le premier point de contact pour un patient en cas de besoin de soins médicaux et cela dans toutes les structures de soins, allant du centre de santé aux CHU (7) (Figure 5)

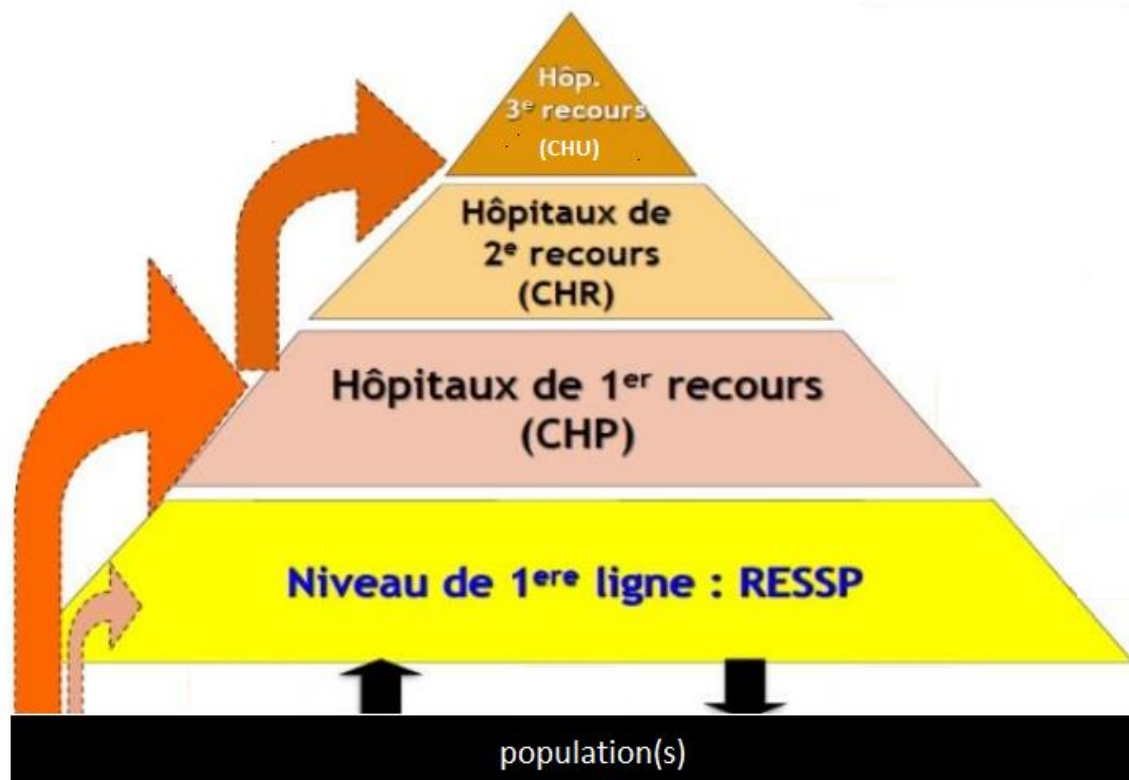


Figure 5 : Organisation de l'OS par réseaux d'établissement de soins (7)

Au Maroc, le respect du circuit de santé va devenir une obligation légale pour toutes les personnes. Cela signifie que pour obtenir des soins médicaux, il faut d'abord consulter un médecin de famille ou un médecin généraliste, qui peut ensuite recommander une consultation avec un spécialiste si nécessaire. Cela permet de garantir une prise en charge adéquate et une utilisation optimale des ressources médicales. Le non-respect de ce circuit pourra entraîner des sanctions administratives et financières.

Le respect du circuit de santé au Maroc est fondé sur la loi n°15-05 relative à la protection de la santé publique et à l'organisation de la santé au Maroc. Cette loi définit les différents niveaux de soins de santé et établit les obligations et les responsabilités des différents acteurs dans le système de santé, y compris les patients.

Ainsi l'institutionnalisation de l'obligation du respect du circuit des soins, avec le passage en premier lieu par les établissements de soins primaires (secteur public) ou un médecin généraliste (secteur privé) a été mentionné dans la note de présentation du projet de loi-cadre n°06-22 (8)

1.5 Médecine générale et nouvelle technologie

1.5.1 Patient 2.0

Le terme "Patient 2.0" ou "Patient exigeant" fait référence à un patient qui est plus informé, connecté et impliqué dans sa propre santé et son traitement. Ce type de patient s'attend à une qualité de soins supérieure et à un accès facile à des informations sur sa condition médicale. Il peut poser des questions à son médecin, faire des recherches sur des traitements potentiels et discuter de ses préférences en matière de soins avec son équipe de soins. (9)

Cette approche participative peut améliorer la qualité des soins en permettant aux patients de prendre des décisions éclairées sur leur traitement. Toutefois, il peut être difficile pour les professionnels de la santé de s'adapter à cette nouvelle approche participative, en particulier si cela nécessite une modification des pratiques médicales établies.

Il est important de noter que le terme "Patient exigeant" peut être interprété de manière négative, car il peut suggérer que les patients sont devenus trop difficiles à satisfaire. Cependant, en considérant le Patient 2.0 comme un partenaire actif dans les soins de santé, plutôt que comme une source d'exigences supplémentaires, les professionnels de la santé peuvent travailler ensemble pour améliorer la qualité des soins et renforcer les relations médecin-patient. (10)

1.5.2 Internet-santé

L'internet de la santé est un terme qui fait référence à l'utilisation d'Internet et des technologies de l'information pour améliorer les soins de santé et la qualité de vie des patients. Cela inclut les applications en ligne pour la gestion de la santé, les systèmes de télémédecine pour les consultations à distance, les plateformes d'éducation en santé pour les patients, les systèmes de gestion de dossiers médicaux en ligne, etc. L'objectif de l'internet de la santé est de rendre les soins de santé plus accessibles, abordables et efficaces pour les patients. (11)

1.5.3 Télémédecine

La télémédecine est une pratique médicale qui permet aux médecins et aux patients de communiquer à distance, souvent par le biais de technologies en ligne telles que la

vidéoconférence ou les appels téléphoniques. Elle vise à rendre les soins de santé plus accessibles, pratiques et efficaces pour les patients, en particulier dans les régions rurales ou isolées où l'accès aux soins de santé peut être limité. La télémédecine peut inclure des consultations en ligne, des examens à distance, des conseils sur la gestion des maladies chroniques, et plus encore.

Il est important de noter que la télémédecine ne peut pas remplacer complètement les soins en personne, et certains types de soins médicaux nécessitent toujours une examination physique en personne. (12) (13)

1.5.4 Réseaux sociaux et soins de santé

Les réseaux sociaux et la médecine peuvent être associés de différentes manières. D'une part, les réseaux sociaux peuvent être utilisés pour diffuser des informations sur la santé et les soins médicaux, ce qui peut aider les gens à mieux comprendre leurs conditions de santé et les options de traitement. D'autre part, les réseaux sociaux peuvent également être utilisés pour fournir un soutien social aux personnes atteintes de maladies chroniques, en leur permettant de se connecter avec d'autres personnes ayant des expériences similaires. (14)

Il est important de noter que les informations sur la santé diffusées sur les réseaux sociaux peuvent ne pas être fiables et ne pas être basées sur des données scientifiques solides. Par conséquent, il est important de consulter un professionnel de la santé qualifié pour obtenir des conseils et des informations fiables sur la santé. En outre, les réseaux sociaux peuvent également être utilisés pour propager des théories du complot sur la santé ou des traitements non éprouvés, ce qui peut entraîner des conséquences néfastes pour la santé publique. (15)

1.5.5 Outils de décision

La technologie a considérablement amélioré les outils de prise de décision médicale ces dernières années. Les plateformes informatiques, les applications mobiles et les systèmes d'information de santé électroniques ont permis aux professionnels de la santé de collecter, stocker et analyser des données à grande échelle, offrant ainsi une meilleure compréhension des maladies et de leur traitement. Les outils de prise de décision assistée par ordinateur (CDS) sont un exemple de l'utilisation de la technologie pour

améliorer la prise de décision médicale. Ces outils peuvent aider les professionnels de la santé à évaluer les patients et à recommander des diagnostics ou des traitements. Les algorithmes de traitement personnalisés et l'intelligence artificielle sont également utilisés pour améliorer la prise de décision médicale. Les patients peuvent également utiliser des applications mobiles pour surveiller leur santé, enregistrer leurs symptômes et suivre leur traitement. Les outils de décision médicale basés sur la technologie sont en constante évolution et ont le potentiel d'améliorer considérablement les soins de santé à l'avenir. (16)

2. LA QUALITE EN SANTE

2.1 Définitions

Selon la littérature plusieurs définitions de la qualité existent ;

Le terme qualité désigne, comme défini dans le dictionnaire (Larousse) :

- L'aspect ou une manière d'être de quelque chose, ensemble de modalités sous lesquelles quelque chose se présente.
- L'ensemble des propriétés, des caractères qui font que quelque chose correspond bien ou mal à sa nature.
- Une manière d'être, de faire, trait de caractère que l'on juge positivement.
- Une condition civile, sociale et juridique de quelqu'un : titre au nom duquel on agit.
- Ce qui rend quelque chose supérieur à la moyenne. (17)

D'après le dictionnaire (Petit Robert) la qualité représente :

- Une manière d'être non mesurable d'une chose, qui donne une valeur plus au moins grande, et s'oppose à la quantité.
- Un trait de caractère d'une personne qui correspond à une valeur morale.
- Une vieille haute condition sociale : noblesse.
- Une condition, situation sociale, civile, juridique d'une personne : état. (18)

Dans le domaine de la santé, le terme qualité se définit comme étant

« Le bon service , au bon moment , délivré par la bonne personne au bon endroit » selon Rachlis et Kushner (19)

Il existe deux formes de la qualité :

La qualité externe : c'est lorsqu'un produit ou un service répond parfaitement aux attentes et besoins des consommateurs. Au quotidien, plusieurs entreprises perdent des parts de marchés, car elles ne parviennent pas à répondre efficacement aux exigences des clients.

La qualité interne : c'est la maîtrise et l'amélioration du fonctionnement de l'entreprise et la satisfaction des parties prenantes, notamment les bénéficiaires, la direction, les actionnaires, le personnel de l'entreprise, et bien évidemment les clients. (20)

2.2 La perception de la qualité

Selon le point de vue de l'observateur, on peut trouver plusieurs types de qualité qui émergent. (21) En effet, les professionnels de santé et leurs patients présentent une perception différente de la qualité, malgré le fait qu'ils ont une finalité d'action identique, soigner et être soigné.

Pour le patient, on parle typiquement de la qualité attendue et la qualité vécue :

Qualité attendue : ce type de qualité répond à la question : **Qu'est-ce que le patient attend de moi/ de la structure ?**

Déterminée par les attentes, implicites ou explicites des patients. Ces attentes sont à leur tour influencées par les expériences antérieures vécues et des besoins spécifiques. Tout patient souhaite bénéficier d'une expertise professionnelle et d'une compétence solide à son chevet. Il s'agit donc de la compétence technique du professionnel, aussi de l'écoute qu'il apporte (capacité à laisser le patient exprimer ses attentes), ou les informations délivrées.

Qualité vécue/ perçue : ce type de qualité répond à la question : **Quelle est la réaction du patient à l'égard du service rendu ?**

Qualité effectivement expérimentée par le patient lors de sa prise en charge au cabinet. Elle est en fonction de la qualité attendue et de la qualité réellement délivrée. C'est une qualité subjective mais mesurable.

Pour le praticien, on parle surtout de la qualité voulue et de la qualité effectivement délivrée :

La qualité voulue/ prévue : ce type de qualité répond à la question : **Qu'est-ce que je peux faire face aux attentes identifiées de ma patientèle ?**

La qualité voulue est donc la qualité promise et conçue par l'organisme. C'est le niveau de qualité qu'on cherche à atteindre, compte tenu des attentes de la patientèle.

La qualité délivrée/ fournie : ce type de qualité répond à la question : **Qu'est-ce que j'ai réellement fait ?**

Ce que reçoit réellement le patient. Elle est idéalement correspondante à la qualité voulue, on insiste surtout sur la qualité délivrée déterminée par la maîtrise d'une prestation de qualité (qui respecte les bonnes pratiques et les recommandations) et la qualité de l'information délivrée au patient.

La présence de variabilité des qualités en fonction des points de vue entre ce qui est voulu et ce qui est vécu aboutit à la création d'écarts (22). Ces écarts peuvent être entre la qualité attendue et voulue (écart de conception), ou la qualité vécue et délivrée (écart de perception) dans le cas des divergences patient-professionnel. Alors que du point de vue du patient, l'écart entre la qualité vécue et attendue (écart de satisfaction) peut être noté, Et du point de vue du professionnel c'est l'écart entre la qualité voulue et délivrée (écart de délivrance). Un des objectifs de la démarche qualité est de réduire ces écarts. (23) (Figure 6)

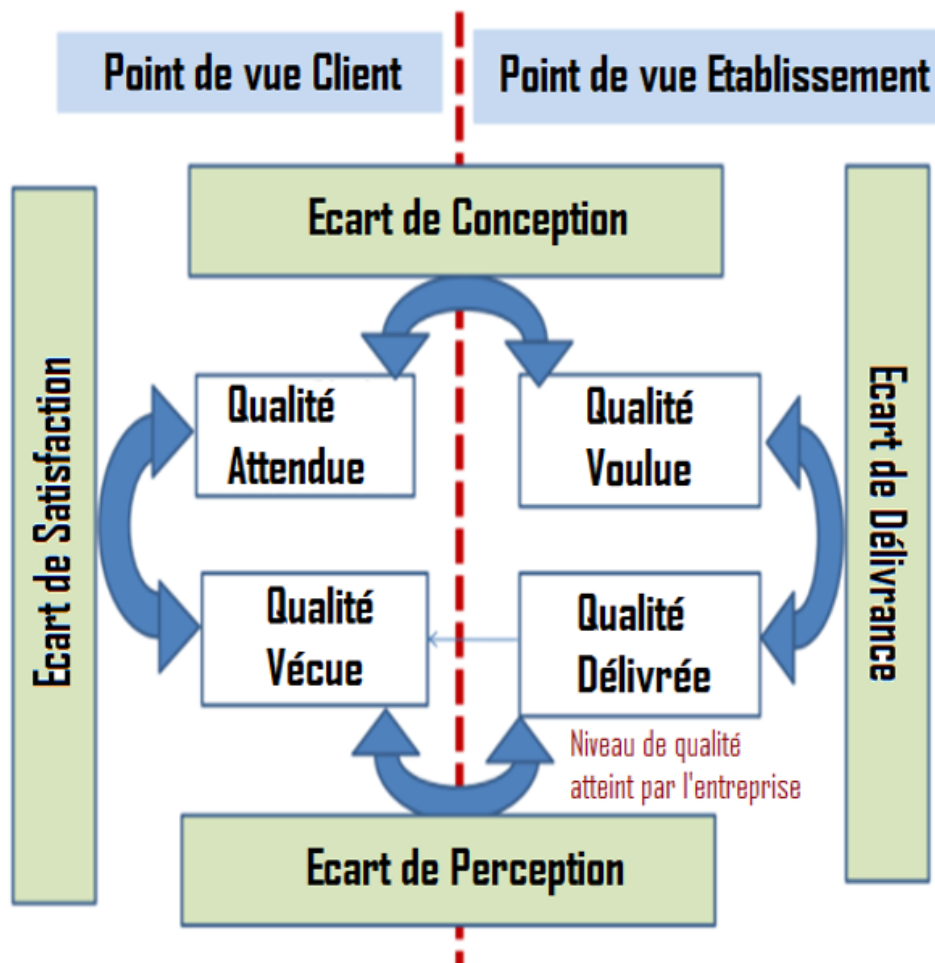


Figure 6 : Schématisation de la qualité dans le domaine des services et adaptée à la santé (adapté du cycle de la qualité – in AFNOR FD S 99-132 -Avril 2000) (23)

2.3 Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins

2.3.1 Définition d'un indicateur

Les indicateurs sont des moyens de mesures spécifiques et objectives qui permettent d'évaluer la situation initiale et les progrès dans les systèmes, ainsi que l'évaluation des services et des interventions. Ce sont des outils d'évaluation et d'aide à la prise de décision, ils sont utilisés pour mesurer une situation ou une tendance et sont dans l'obligation d'être objectifs, à un instant donné, dans un espace bien défini.

Selon la norme ISO 8402, un indicateur est une « information choisie, associée à un phénomène, destinée à en observer périodiquement les évolutions au regard d'objectifs périodiquement définis ». (24)

Selon l'Association Française de Normalisation, membre de l'Organisation internationale de normalisation. Selon les exigences de la norme ISO 9001 : 2008, un indicateur est « un évènement, un fait observable, mesurable et déterminé par un calcul qui identifie de façon qualitative ou quantitative une amélioration ou dégradation du comportement du procédé, processus soumis à examen [...]. C'est donc un instrument de mesure ». (25)

2.3.2 Rôles des indicateurs

L'utilisation d'indicateurs est indispensable pour évaluer les actions réalisées, ainsi en MG peut utiliser ces indicateurs de qualité pour :

- Comprendre le niveau de qualité initial
- Evaluer la variation d'un phénomène
- Déterminer des objectifs quantifiés
- Vérifier que ces objectifs sont atteints (efficacité des actions)
- Suivre le maintien des résultats obtenus (pérennité des changements). (24)

2.3.3 Caractéristique d'un indicateur

Un indicateur se caractérise par cinq critères regroupés selon l'acronyme SMART. L'utilisation de critères SMART pour définir les indicateurs de qualité en santé permet de s'assurer que les objectifs sont clairement définis et atteignables, ce qui facilite leur suivi et leur évaluation. (26) (Figure 7)

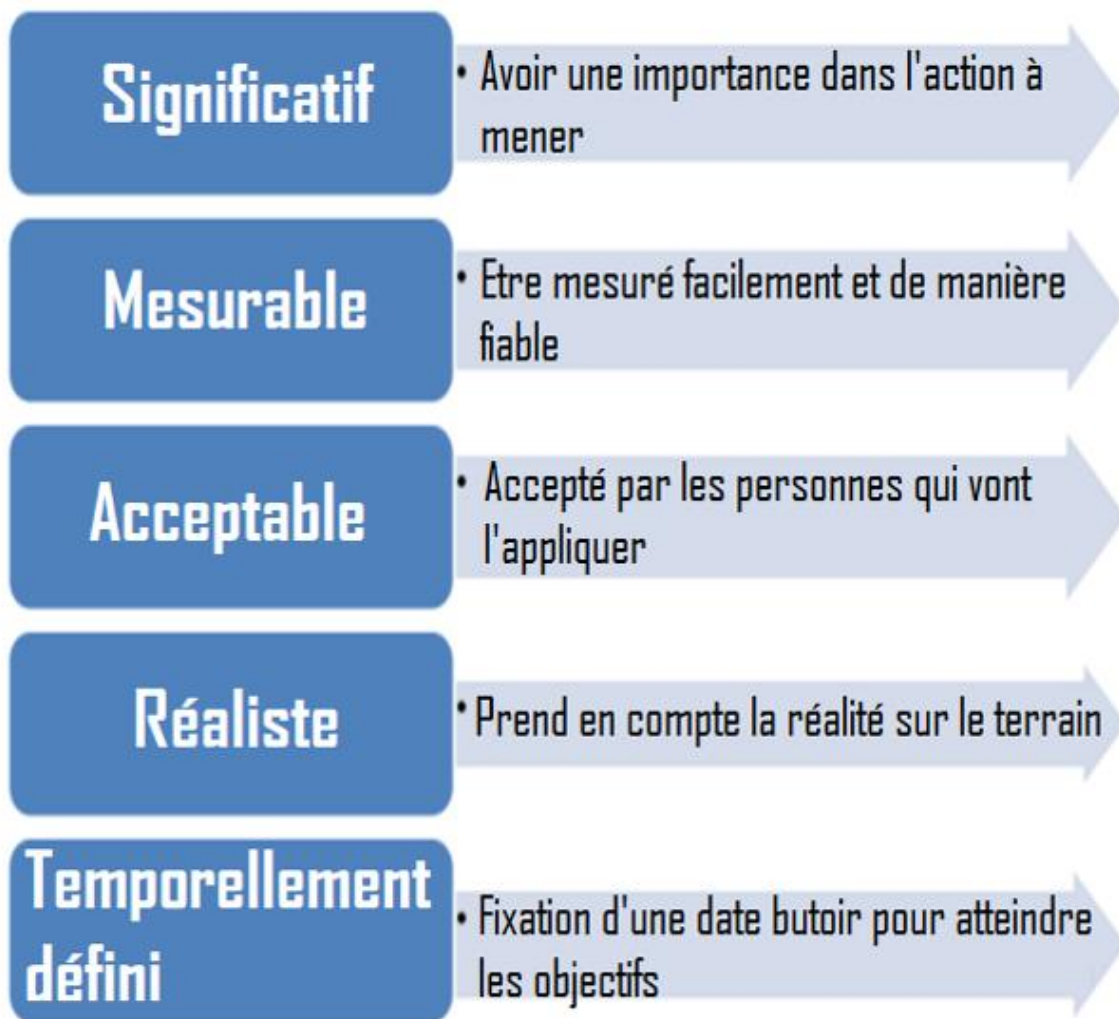


Figure 7 : Diagramme SMART d'un bon indicateur (26)

2.3.4 Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) de la Haute Autorité de santé (HAS) sont des outils développés et validés avec les professionnels de santé, les patients et usagers, conçue pour mesurer un état de santé, d'une pratique ou de la survenue d'un événement, dans l'objectif de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients dans les établissements de santé. Ils sont utilisés dans l'évaluation valide et fiable de la qualité des soins et le suivis de ses variations dans le temps et l'espace. Ils évaluent la structure, le processus ou le résultat, et peuvent être recueillis à partir de différentes sources de données, ils sont aussi utilisés dans la procédure de certification des établissements de santé. (27)

Les IQSS ont pour objectif de mesurer une ou plusieurs dimensions de la qualité des soins. Une analyse de la littérature ou par un consensus d'experts doit préalablement démontrer le lien entre l'indicateur et la qualité des soins. (27)

Il est important de faire la distinction entre les Indicateurs de Qualité des Soins de Santé (IQSS) destinés à surveiller dans le temps les progrès d'amélioration de la qualité des soins ou d'évaluation des pratiques professionnelles, généralement utilisés à l'interne d'une institution ou d'un service et ne permettant pas toujours la comparaison avec d'autres structures, et ceux visant à aider les patients à faire un choix éclairé en comparant les différentes structures. (28)

2.3.4.1 Modèle Donabedian

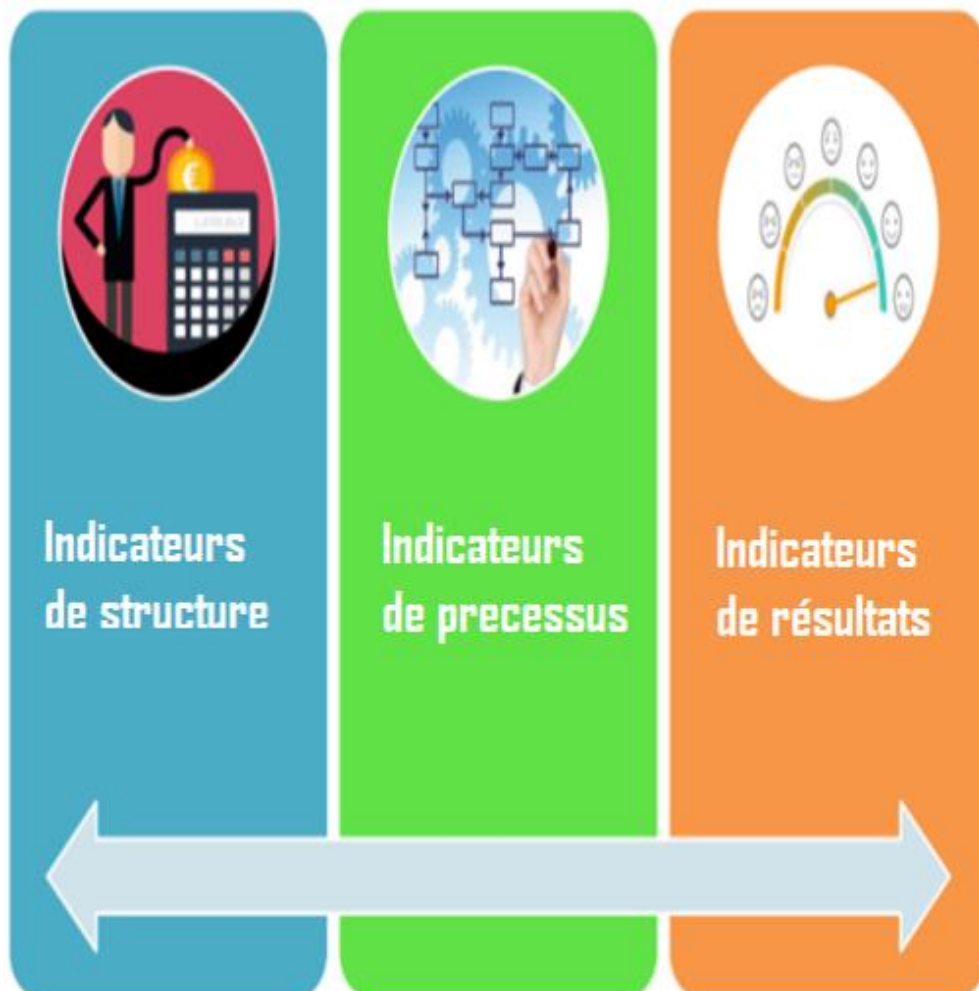


Figure 8 : Modèle d'évaluation de la qualité des soins de santé de Donabedian (29)

Le modèle proposé par Avedis DONABEDIAN est une méthode largement acceptée pour définir les principales dimensions de la qualité des soins de santé. Il s'agit d'un cadre conceptuel et multidimensionnel de la qualité des soins de santé qui est fréquemment utilisé, Il est parti du principe que la mesure de la qualité des soins de santé devait reposer sur trois composantes (**la structure, le processus et les résultats**), et que chaque composante a une influence directe sur la suivante. (30)

- **Indicateurs de structure** : sont utilisé pour mesurer la qualité de la gestion des ressources humaines, financière et matériel, ainsi que l'organisation de la structure nécessaires à la mise en œuvre des processus de soins.

On peut citer quelques exemples d'indicateurs de structure en santé, comme le nombre de médecins dans une structure, la consommation de gants et des abaisse-langue ou l'accessibilité architecturale, ergonomique et informationnelle de l'établissement.

Les avantages de ces indicateurs c'est qu'ils sont simples à calculer, factuels et peu dépendant des caractéristiques des patients accueillis.

Par contre, ces indicateurs présentent des limites : leur lien avec les résultats sur la santé n'est pas toujours démontré, et la qualité des soins n'est pas toujours proportionnelle aux moyens mis en œuvre, ce qui résulte en un risque de mauvaise interprétation. (29,31)

- **Indicateurs de processus** : sont utilisé pour mesurer la qualité de la mise en œuvre d'une activité de soins du processus de prise en charge d'un patient, quand cette dernière est basée sur une recommandation de bonnes pratiques, l'indicateur permet d'évaluer la conformité de la réalisation de cette tâche à la recommandation, l'indicateur analyse donc la sécurité de la réalisation du processus, l'accessibilité, la continuité, le respect des délais ou encore l'implication des professionnels et des services dans les activités concernées.

Comme exemple de ces indicateurs, la tenue du dossier du patient, le respect du processus de stérilisation et des règles d'asepsie.

Les avantages de ces indicateurs : qu'ils sont simple à calculer, peu dépendants des caractéristiques des patients accueillis, permettent de retenir des actions d'amélioration et d'en mesurer l'impact : un dysfonctionnement mesuré fournit en général directement l'action correctrice, sont facile à comprendre pour les professionnels car ils décrivent leurs pratiques, et par définition, ils sont directement liés à la mise en œuvre d'une tâche précise, ce qui encourage sa mise en œuvre pour améliorer le score de qualité.

Les limites que présentent ces indicateurs sont : le lien entre processus mesuré et résultats santé pas toujours démontré, ils montrent qu'une vision fragmentée et partiel de la qualité des soins, donc leurs appréhensions par le public est très dur, surtout pour qui le lien entre respect de procédure et qualité des soins est difficile à établir, ils mesurent la traçabilité d'un acte réalisé, mais cet acte peut être réalisé mais non tracé, et la qualité d'un acte ne se résume pas à sa traçabilité, et il nécessite une mise à jour régulière suite à l'actualisation des recommandations et référentiels, et de l'évolution des données de la science... (29,31,32)

- **Indicateurs de résultats** : mesurent directement les bénéfices ou les risques générés pour le patient en termes d'efficacité, de satisfaction, de sécurité et d'efficience, cela à l'issue de la mise en œuvre d'un processus de soins. Elle comprend, en plus des indicateurs de l'état de santé, d'autres indicateurs liés au coût des soins et à la satisfaction des patients. En fait, ces indicateurs d'état de santé sont divisés en deux catégories :

- **Indicateurs de résultats intermédiaires** : qui se réfèrent à l'activité et à la qualité des étapes du processus telles que le taux d'infection du site opératoire, le taux de vaccination, le pourcentage de réadmission non planifiée, et le taux d'échec.

- **Indicateurs de résultats finaux** : qui se réfèrent à l'effet final de la prestation de soins en termes de santé (qualité de vie, handicap, décès, morbidité, incapacité, inconfort, et satisfaction...), et à la présence de bons événements ou à l'absence de mauvais événements exprimés en termes de qualité de vie, et en termes cliniques et physiologiques.

Ces indicateurs peuvent être bénéfiques pour les médecins généralistes car ils fournissent un cadre pour évaluer la qualité des soins médicaux. Ils permettent de mesurer la structure, le processus et les résultats des soins médicaux pour aider à améliorer la qualité des soins fournis. Ces indicateurs peuvent également aider les médecins généralistes à identifier les domaines dans lesquels ils peuvent améliorer leur pratique pour offrir des soins plus complets et plus efficaces à leurs patients.

Leurs limites sont qu'ils peuvent être difficiles à mesurer à cause des variables d'ajustement à recueillir, et qu'ils nécessitent des échantillons relativement importants pour mettre en évidence des différences statistiquement significatives. (29)

2.4 Management de la qualité

2.4.1 Le management

C'est l'art de diriger l'Homme, est l'ensemble de techniques d'organisation et de ressources mises en œuvre pour l'administration d'une structure, dans le but d'atteindre les objectifs voulus et d'obtenir une performance satisfaisante.

Il existe différentes formes de management dans différents domaines. On trouve par exemple le management organisationnel, le management stratégique, le management de projet mais aussi le management de la qualité.

Il s'agit d'une démarche globale qui repose sur six grandes fonctions génériques : Piloter, Contrôler, Organiser, Déléguer, Animer et Diriger.

Ce processus est fondé sur la mise en œuvre d'une démarche rigoureuse, qui comprends trois étapes :

- La fixation des objectifs.
- La mobilisation des ressources humaines, matérielles, financières, pour les atteindre.
- L'évaluation des résultats obtenus.

Il s'agit donc d'un outil de première nécessité pour atteindre les objectifs et permet également de réduire les coûts et optimiser les bénéfices.

2.4.2 Le management de la qualité

Le management de la qualité, est l'ensemble des actions mises en place, dans le cadre d'une démarche qualité dans le but d'augmenter la qualité de son organisme et sa productivité.

L'ISO 9001 définit les critères applicables à un système de management de la qualité dont les principes sont une forte orientation client. La motivation et l'engagement de la direction, l'approche processus et l'amélioration continue. Il s'agit de donner l'assurance que les clients obtiennent des produits et services uniformes et de bonne qualité avec en retour d'intéressantes retombées commerciales. (33)

2.5 Système de Management de la Qualité (SMQ)

2.5.1 Définitions

Le système de management de la qualité peut se définir comme étant l'ensemble de méthodes et pratiques visant à motiver ainsi que mobiliser tous les acteurs de la structure dans le but d'assurer une satisfaction durable des attentes et besoins des clients, au moindre cout. Son but phare reste le développement de la qualité en permanence. Il aide à diriger et contrôler la structure en matière de qualité et comprend différents outils tel que l'organisation, les processus, les procédures et les ressources. (34,35)

D'après la norme ISO 9000 « diriger et faire fonctionner un organisme avec succès nécessite de l'orienter et de le contrôler méthodiquement et en toute transparence. Le succès peut résulter de la mise en œuvre et de l'entretien d'un système de management conçu pour une amélioration continue des performances tout en répondant aux besoins de toutes les parties intéressées. Le management d'un organisme inclut le management de la qualité parmi d'autres disciplines de management ».

En vue de fournir un service de qualité à ses patients, et répondre à leurs besoins, le médecin et son équipe, s'engageront à améliorer en continu leurs compétences et adopter une stratégie adéquate, en quête de performance. Dans cette vision, ils s'inscriront dans une démarche qualité qui leur fournira les outils nécessaires au but d'atteindre les objectifs fixés et diriger avec succès leur organisme. (36)

2.5.2 Intérêts

Il est possible à toute entreprise ou secteur d'activité d'adopter un système qualité. Les principaux avantages de cette démarche sont le développement de l'organisme, le bon déroulement du travail au sein de la structure, la motivation du personnel et l'atteinte des objectifs centrée sur la satisfaction du client.

La médecine est particulièrement concernée par la mise en place de ce SMQ qui lui permettra de bénéficier comme précédemment mentionné de plusieurs avantages : (37)

- L'amélioration de la performance globale (méthode de travail/qualité des produits et services.).

- L'implication du personnel à travers de nouvelles responsabilités.
- La définition des tâches et responsabilités.
- La maîtrise des risques et leur impact
- L'amélioration de la satisfaction des patients

2.5.3 Principes

Chaque système de management de qualité se base sur huit principes, qui permettent aux structures et aux organismes d'évoluer et de faire améliorer leurs performances en permanence, tout en répondant aux attentes et exigences des parties prenantes.

Ces principes sont basés sur deux normes : ISO 9000 et ISO 9001 qui décrivent respectivement le « Système de management de la qualité-Principes essentiels et vocabulaire » et le « Système qualité-Exigences »

Les sept principes du management de la qualité sont : (Figure 9)



Figure 9 : Les principes du SMQ (38)

1. L'orientation client

La satisfaction des parties prenantes/clients est la base de tout SMQ. L'écoute et la compréhension de leurs attentes est primordiale pour satisfaire leurs besoins et leurs exigences. L'orientation client se fait alors par la mise en œuvre d'un véritable outil de communication avec eux et d'une analyse bien établie de leurs besoins, ainsi qu'une évaluation régulière de leur niveau de satisfaction.

2. Le leadership

Dans chaque SMQ, la direction de l'organisme doit définir clairement ses orientations, et créer les conditions afin que le personnel puisse s'impliquer. Pour cela, elle doit exprimer son réel engagement et définir les objectifs.

3. L'implication du personnel

Pour un bon progrès de l'organisme, l'implication du personnel est indispensable. Chaque membre de l'équipe ou collaborateur doit comprendre et maîtriser son rôle, s'engager et acquérir une autonomie dans la réalisation des tâches qui lui sont confiées.

4. Le management de la qualité par approche système

Gérer et comprendre l'organisation tel qu'un système de processus interdépendants en vue d'un objectif donné, permet d'améliorer son efficacité et son efficacité. Ce principe permet à l'entreprise de clarifier ses activités, son fonctionnement et de mettre à jour ou supprimer les sources de ses dysfonctionnements.

5. Développer des relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs

Les relations mutuellement bénéfiques entre une structure et les fournisseurs, aideront à améliorer leurs capacités et leurs performances. Pour cela, il est nécessaire de définir clairement les obligations des partenaires, de comprendre leurs intérêts, et d'évaluer leurs performances d'une façon régulière.

6. L'amélioration continue

Cette amélioration consiste à développer la performance interne et la satisfaction des patients. Elle passe par l'établissement des objectifs, la recherche des actions d'amélioration, l'évaluation des résultats et la formalisation des changements. Les retours des clients, les audits et la revue du SMQ sont également des outils d'identification des opportunités d'évolution et d'amélioration.

Cette amélioration continue doit être considérée comme un objectif constant de l'entreprise. Ce principe est représenté souvent par un cercle d'actions appelé "Cycle POCA" ou "roue de Deming" (39), schématisée par la (figure 10)

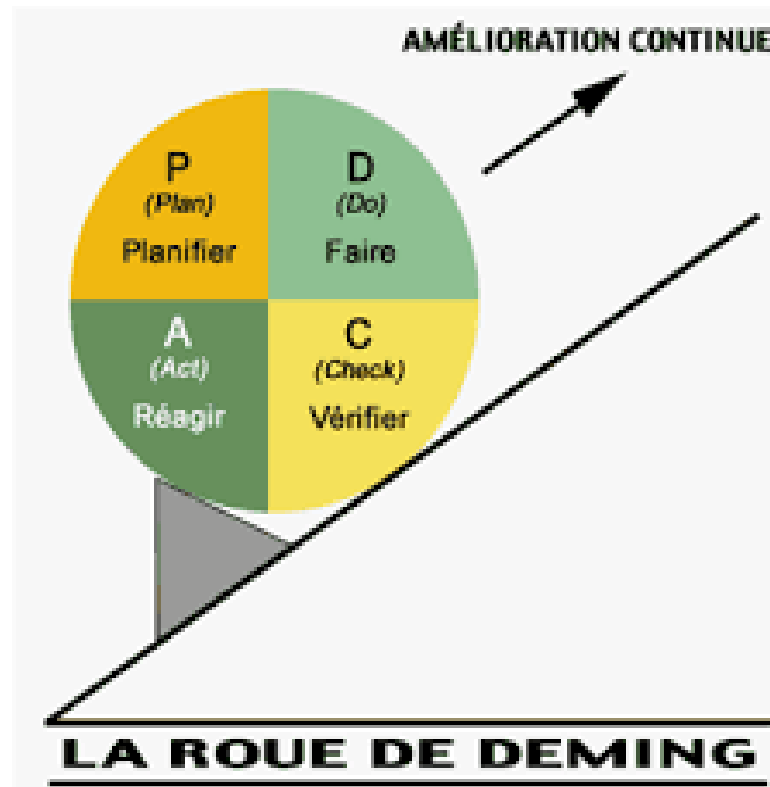


Figure 10 : Roue de DEMING (39)

- PLAN (prévoir, planifier) : cette étape consiste à identifier et définir les problèmes, établir les objectifs, rechercher les solutions les plus adaptées et choisir les indicateurs de performance.
- DO (faire) : C'est la phase de mise en œuvre de la solution proposée.
- CHECK (Vérifier) : Il s'agit de vérifier les résultats, les analyser et de voir s'ils sont à la hauteur des objectifs fixés.
- ACT (Réagir) : Ce sont les actions correctrices à mettre en place pour améliorer la performance. (40)

7. Approche Factuelle pour la prise de décision

Pour prendre les bonnes décisions, il faut se baser sur des données fiables disponibles sous une forme simple permettant leur compréhension et leur analyse. L'utilisation des tableaux de bord et des indicateurs permet de répondre à ce principe et facilite la prise de décision. (38)

2.6 Démarche qualité

2.6.1 Définitions

La démarche qualité peut être définie comme l'ensemble de méthodes et d'actions qu'élabore un organisme afin d'assurer sa mission dans une démarche d'évolution et d'amélioration continue de son service « l'amélioration continue peut-être mesurée au regard de standards tel que les référentiels, Les bonnes pratiques, les lignes directrices... et par rapport aux objectifs déterminés par la politique de l'organisme. Une démarche qualité bien élaborée et bien conduite permet d'une part d'assurer que les objectifs sont en adaptation avec la politique menée, et d'autre part que les dysfonctionnements éprouvés font l'objet du contrôle et d'une analyse visant à les corriger » (41)

Elle s'applique à chaque type de structure privés, publique, commerciales, associatives...etc., et s'adresse ainsi à tous les volets et fonctions de cette structure (direction, ressources, productions, services ou environnement). Cela S'explique par son pouvoir d'adaptation aux changements aussi bien scientifiques que sociaux et économiques.

C'est une démarche dynamique, qui vise l'amélioration permanente et continue de la qualité, de la sécurité des soins, ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles, par rapport à des normes, des référentiels et des recommandations de bonne pratique élaborées par les sociétés savantes. (42)

En médecine, eu égard à la volonté des praticiens d'assurer les soins les plus sûrs et sécurisés, et au profil de la patientèle devenue de plus en plus exigeante, la mise en place d'une démarche qualité, dans ce secteur particulier d'activités trouve toute sa raison d'exister et a pour finalité la prise en charge optimale et sécurisée du patient. (42)

2.6.2 Objectifs

En vue de satisfaire la patientèle et répondre à ses besoins et attentes, le médecin et l'ensemble de ses collaborateurs se doivent de s'engager dans le développement et l'amélioration continue de la performance de la structure de soins. Cela permet de :

- Renforcer la relation de confiance avec les patients, à l'effet de les fidéliser ;
- Accroître la crédibilité de structure ;
- Pérenniser l'activité de la structure et son développement, et améliorer son fonctionnement au quotidien ;
- Répondre aux exigences croissantes de la patientèle et de la réglementation ;
- Assurer un gain concret en ce qui concerne le management et l'organisation de la structure ;
- Structurer et organiser le travail, définir les fonctions et les rôles de chacun, ainsi que les responsabilités ;
- Augmenter la réactivité de l'organisation face à l'imprévu ;
- Susciter la motivation du personnel, et assurer son bien être ;
- Optimiser les ressources financières, matérielles et humaines ;
- Faire intégrer le patient pour la poursuite des différentes étapes de soins, en prenant en considération son avis, et l'avis de son entourage.
- Exécuter les soins, en accord avec les besoins et attentes des patients, et en conformité avec les données actuelles de la science ;
- Garantir la mise à disposition des dispositifs médicaux en conformité avec les réglementations en vigueur ;

- Maîtriser l'hygiène et l'asepsie des matériels et instruments utilisés, et assurer leur maintenance ;
- Gérer des déchets liés à l'activité de soins, et garantir leur suivi. (35)

2.6.3 Méthodes

Plusieurs méthodes existent comme le diagramme de Pareto et le vote pondéré.

Mais les plus utilisées sont :

La méthode QQQQCCP

La méthode QQQQCCP peut être utilisée pour l'élaboration d'indicateurs de qualité dans le secteur médical. Cette approche permet de garantir que les indicateurs sont pertinents, précis et fiables.

Qui (Who) : Identifier les parties prenantes impliquées dans la collecte et l'analyse des données, telles que les professionnels de la santé, les patients et les organisations de santé publique.

Quoi (What) : Définir les indicateurs de qualité que l'on souhaite mesurer, tels que les taux de mortalité, les taux de guérison, la satisfaction des patients, etc.

Où (Where) : Déterminer les sites où les données seront collectées, telles que les hôpitaux, les centres de soins primaires, etc.

Quand (When) : Établir les calendriers de collecte de données, ainsi que la fréquence d'analyse et de mise à jour des indicateurs.

Comment (How) : Déterminer les méthodes de collecte de données, telles que les enquêtes auprès des patients, les dossiers médicaux, etc.

Coût (Cost) : Évaluer les coûts associés à la collecte et à l'analyse des données, ainsi que les ressources nécessaires pour la mise en œuvre de la méthode.

Pourquoi (Why) : Déterminer les avantages escomptés de l'utilisation des indicateurs de qualité, tels que l'amélioration des soins de santé et la réduction des coûts.

En utilisant la méthode QQQQCCP pour l'élaboration d'indicateurs de qualité dans le secteur médical, on peut garantir une approche rigoureuse et systématique pour la mesure de la qualité des soins de santé. Les indicateurs élaborés peuvent aider les professionnels de la santé à évaluer leurs performances et à prendre des décisions informées pour améliorer la qualité des soins offerts aux patients. (43) (Figure 11)

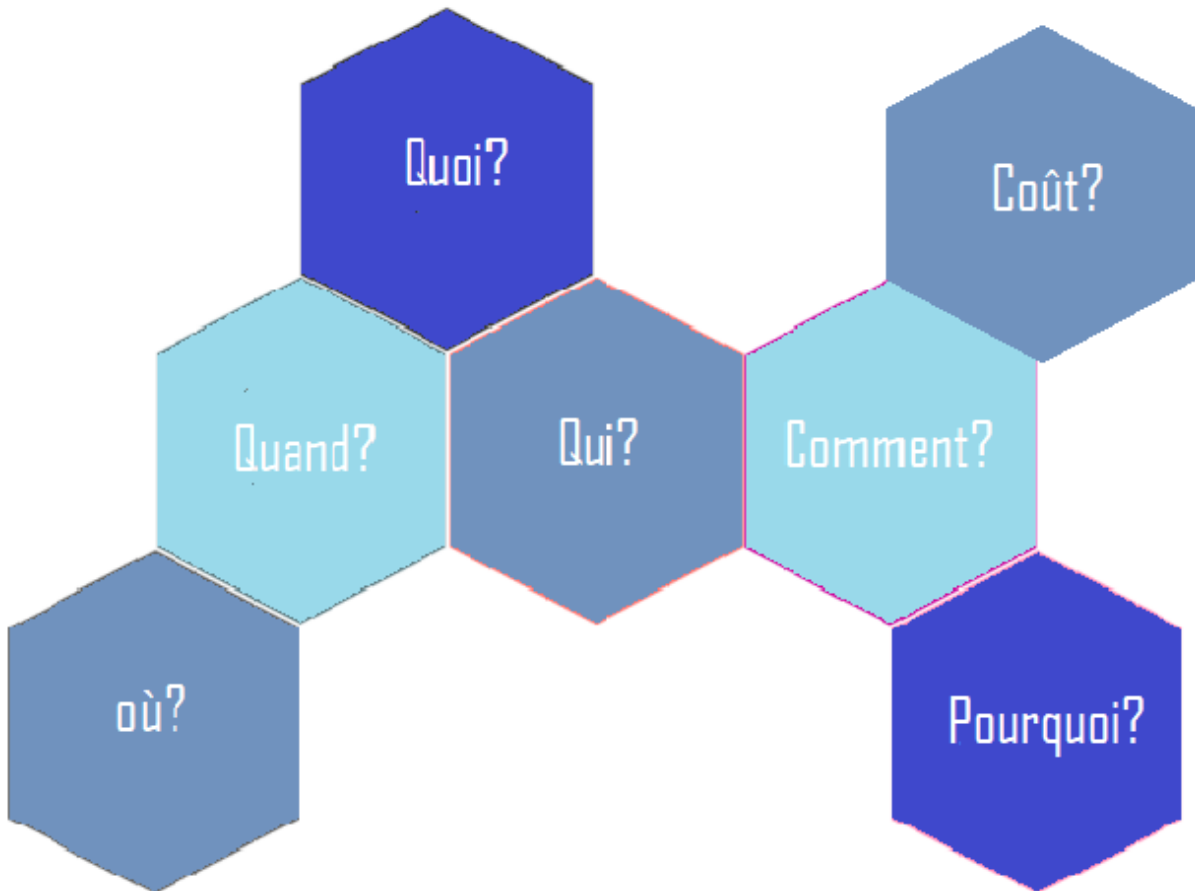


Figure 11 : Méthode QQQQCCP (43)

En médecine, la méthode QQQQCCP peut être utilisée pour comprendre les antécédents médicaux d'un patient, le contexte dans lequel une maladie s'est développée, ou encore pour comprendre les raisons pour lesquelles un traitement donné a été prescrit. La méthode peut également aider à clarifier les informations concernant un patient ou un traitement, ce qui peut être particulièrement utile pour les professionnels de la santé qui travaillent en équipe.

Diagramme cause-effet d'Ishikawa

Le diagramme d'Ishikawa, ou diagramme en arête de poisson, est un outil important pour l'élaboration d'indicateurs de qualité. Ces diagrammes, créés par Kaoru Ishikawa, sont une représentation visuelle des nombreuses causes d'un problème ou d'un effet spécifique, le dessin du diagramme représente le squelette d'un poisson. Cet outil permet de catégoriser les causes potentielles d'un effet spécifique afin d'en identifier la cause profonde. Ces diagrammes en arêtes de poisson sont généralement construits de la droite vers la gauche, chaque grande "côte" du poisson se ramifie pour inclure des arêtes plus petites contenant plus de détails.

La construction du diagramme commence avec l'énoncé du problème, ou l'effet, sur la tête du "poisson" et les catégories des principales causes comme les "côtes" du poisson attachées à l'épine dorsale, une ligne horizontale tracée à partir de l'énoncé du problème. La partie "côtes" du diagramme est généralement constituée des catégories suivantes : Milieu/ Main d'œuvre/ Moyen/ Matériel/ Matière. Les facteurs contributifs ou les causes profondes de chaque catégorie sont ensuite rattachés à chaque "côte" de catégorie, avec certains facteurs contributifs pouvant entrer dans plus d'une catégorie. (44)
(Figure 12)

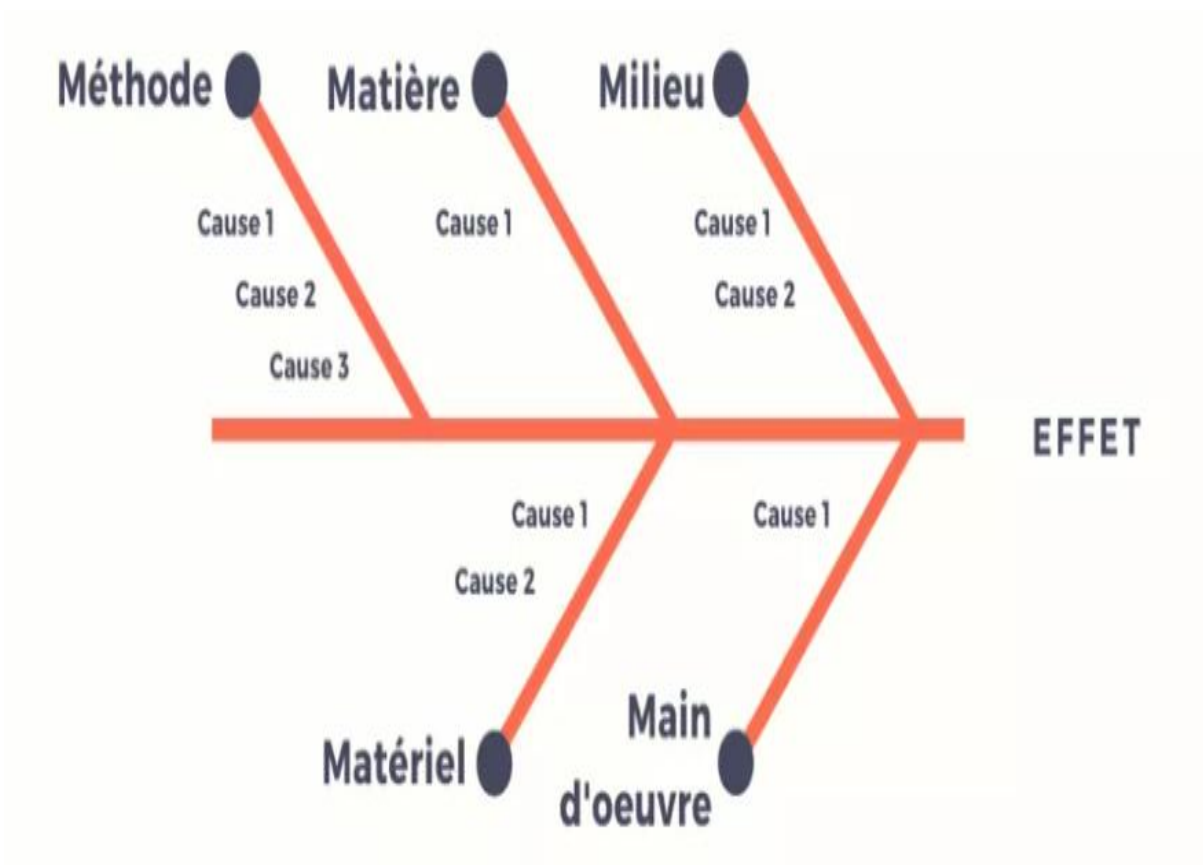


Figure 12 : Diagramme cause-effet d'Ishikawa (44)

En utilisant cette méthode, les professionnels de la santé peuvent visualiser les causes potentielles du problème de santé, ce qui peut aider à identifier les points clés où des améliorations peuvent être apportées. Cette approche peut également aider à impliquer toutes les parties prenantes, à clarifier les responsabilités et à prendre des décisions éclairées pour améliorer les processus et les résultats en matière de santé.

DEUXIEME PARTIE : MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative transversale de type un jour donné concernant les patients consultant en cabinets de médecine générale.

2. Population

Ont été inclus dans notre étude : patients adultes quels que soient leur sexe ou leurs motifs de consultation ayant accepté de participer.

Ont été exclus de l'étude les personnes non autonome, patient présentant des pathologies graves et les enfants moins de 18 ans.

Critère de jugement principal de notre étude était le degré de satisfaction globale des patients selon une échelle de Likert en 5 points.

- Pas du tout satisfait = 1
- Pas satisfait = 2
- Plutôt pas satisfait = 3
- Satisfait = 4
- Très satisfait = 5

3. Conception du questionnaire

Les déterminants de la qualité des soins au niveau du cabinet de MG ont été mesurés chez les patients et regroupé en cinq dimensions selon le diagramme d'Ishikawa (cinq M) (annexe 1) :

- M1 **milieu** : concerne la réputation du cabinet, les tarifs proposés, la difficulté de transport, l'accès, la propreté du cabinet et l'expérience dans la salle d'attente, qualité des sanitaires.
- M2 **main-d'œuvre** : concerne le personnel du cabinet.
- M3 **moyen** : pour la facilité et le délai de la prise des rendez-vous, le temps d'attente et le respect de l'ordre de passage.
- M4 **machine** : concerne la récence de l'équipement.

- **M5 matériel** : concerne la qualité du matériel utilisé.

Pour chaque question, une échelle de Likert en 5 points qui s'échelonnait de " Pas du tout important" à "Très important" a été utilisée pour hiérarchiser le degré d'importance de chaque déterminant.

Pour chaque réponse un score a été attribué :

- Score de 1 si réponse par : Pas du tout important
- Score de 2 si réponse par : Pas important
- Score de 3 si réponse par : Plutôt pas important
- Score de 4 si réponse par : Important
- Score de 5 si réponse par : Très important

A la fin, un score moyen a été désigné pour chaque critère (indicateur). Ce score moyen correspondait à la moyenne des scores individuels obtenus par chaque participant.

4. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée en deux étapes. Dans un premier temps nous avons réalisé une analyse descriptive en présentant les variables qualitatives en fréquence et en pourcentage alors que les variables quantitatives sont présentées avec la moyenne et l'écart type.

La seconde étape de l'analyse statistique est analytique en utilisant une régression logistique binaire.

La variable dépendante était la satisfaction des patients consultant dans un cabinet de médecine générale. Cette variable a été définie en regroupant les réponses possibles de la question "De manière générale, je suis satisfait de la qualité de prise en charge au niveau de mon cabinet" en deux modalités

- Satisfait si le malade répond par satisfait ou très satisfait.
- Non satisfait si le malade répond par pas du tout satisfait, pas satisfait ou plutôt pas satisfait.

Les variables retenues pour l'analyse multivariées correspondaient aux variables ayant un degré de signification p inférieur à 0,3 à l'analyse univariée.

La méthode descendante pas à pas de Wald a été choisi pour la régression logistique multivariée.

Une analyse exploratoire multidimensionnelle a été réalisée grâce à l'analyse factorielle en composante principale (ACP) qui nous a permis de mettre en évidence la relation entre les différentes questions et la satisfaction globale des patients inclus dans la population.

Le principal objectif de cette analyse est de limiter le nombre de variables afin d'isoler les « composante principale » qui correspondent à des « vecteurs » ou « facteurs » expliquant les relations entre les variables étudiées. En d'autres termes, L'ACP nous permettra d'identifier les variables qui expliquent le plus la variance de la satisfaction globale et ainsi de réduire leurs nombres à un petit nombre considéré comme importante selon leur degré d'influence sur la satisfaction globale.

Le logiciel d'analyse statistique utilisé était IBM SPSS Statistics 20 et le seuil de significativité retenu était inférieur à 0,05.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

I. Données générales

Au total, 117 patients ont été inclus dans notre étude.

- **Sexes des participants**

Dans notre étude, 52 % des participants soit (61/117) étaient de sexe masculin, alors que 48 % soit (56/117) étaient de sexe féminin, avec un ratio homme/femme de 1,08. (Figure 13)

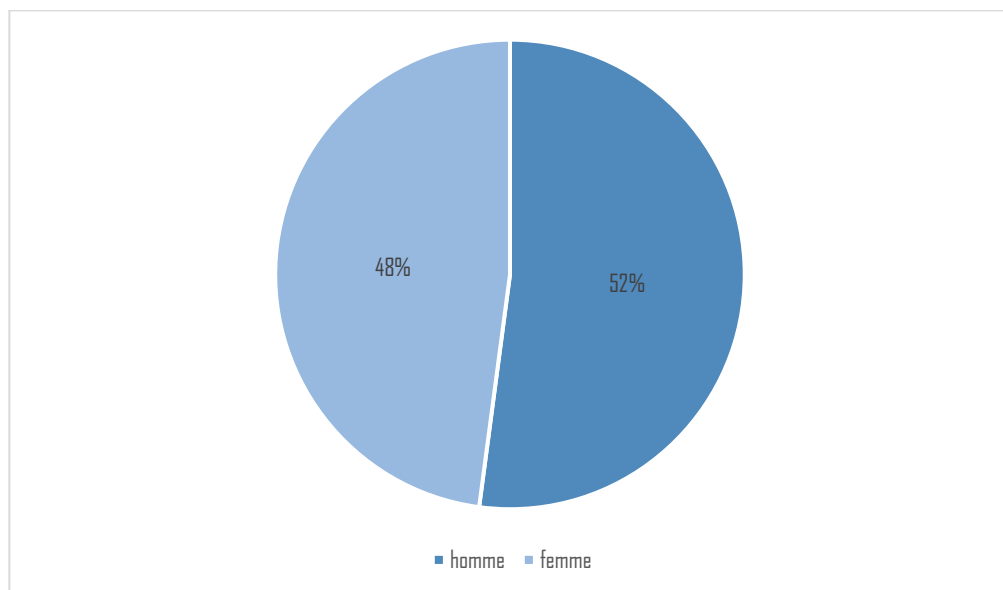


Figure 13 : Répartition des participants selon le sexe (n=117)

- **Age des participants**

L'âge moyen des participants était de 31,7ans, la tranche d'âge qui avait le plus répondu à notre questionnaire était entre 21 et 30 ans. (Figure 14), en plus 78% (91/117) des participants avaient moins de 40 ans et le reste avait plus de 40 ans. (Figure 15)

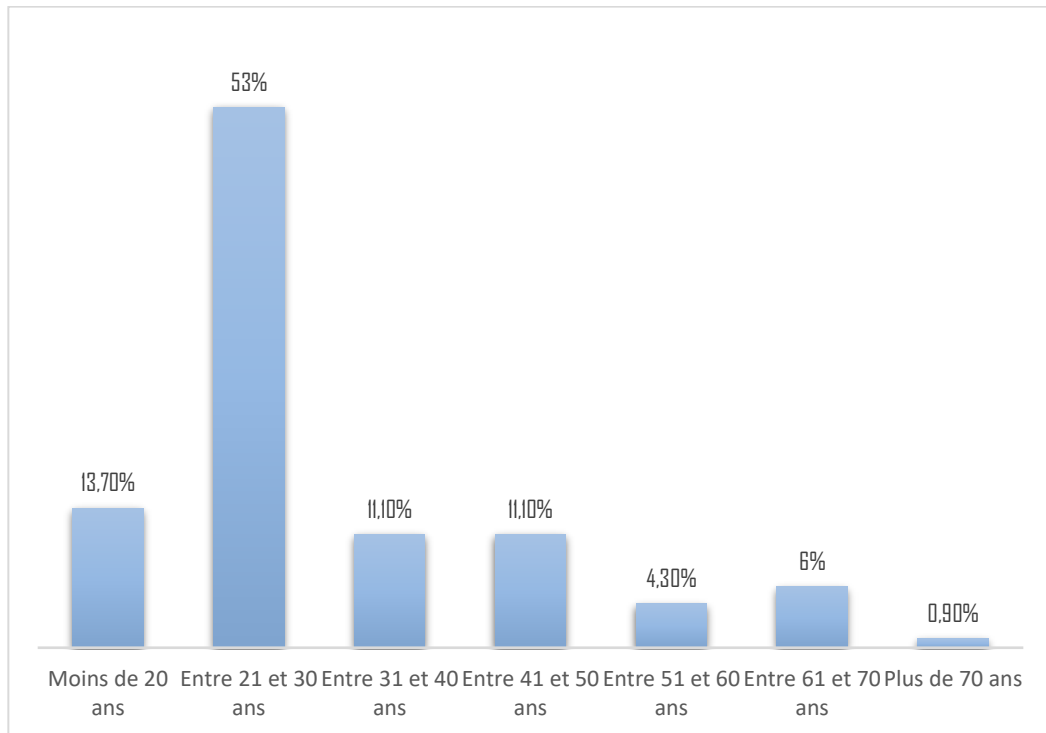


Figure 14 : Répartition des participants selon l'âge (n=117)

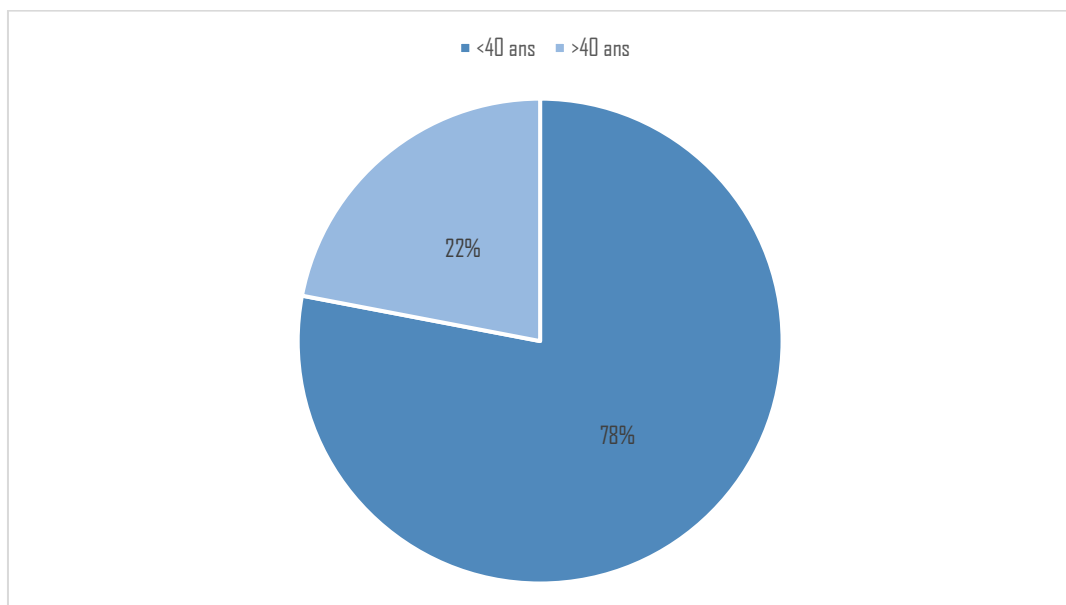


Figure 15 : Répartition des participants selon l'âge de 40 ans (n=117)

- **Fréquences des visites des participants**

Dans notre travail, plus de 47% des participants consultaient plus de 2 fois par an ou plus, alors que 17% consultaient moins d'une fois par an (une fois tous les deux ans ou plus) (Figure 16)

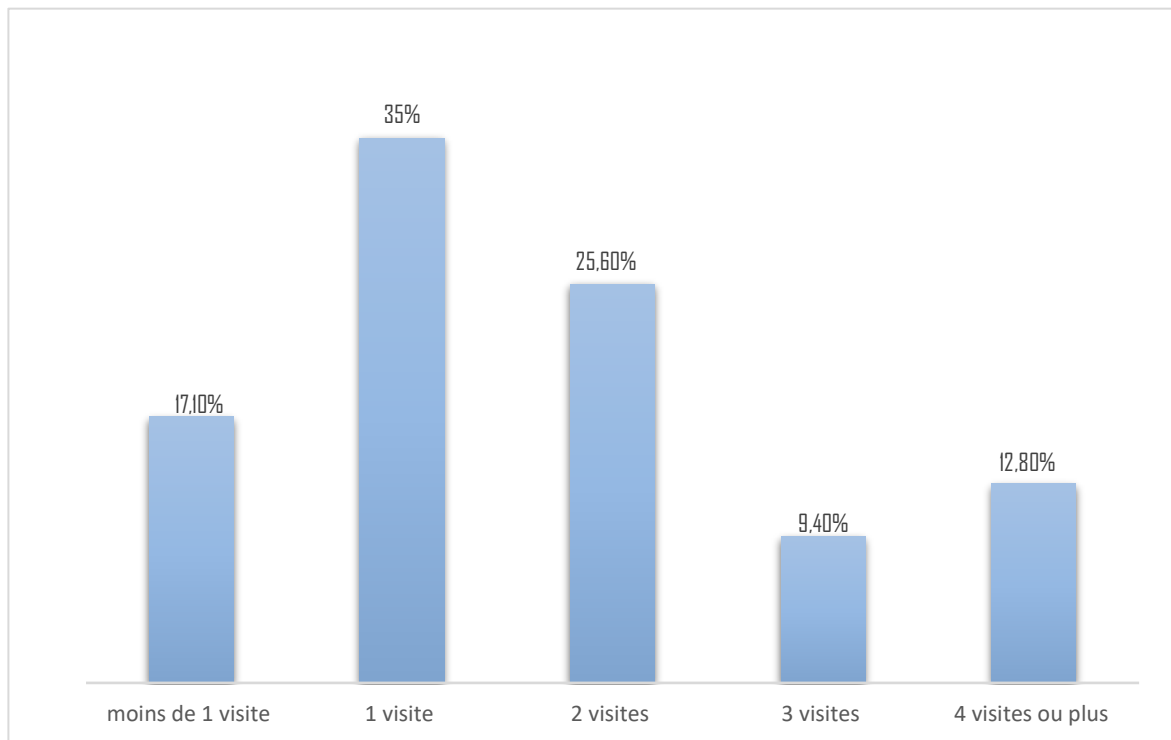


Figure 16 : répartition des patients selon la fréquence des visites (n=117)

- **Motifs fréquents de consultation**

Dans notre étude, les trois motifs de consultation les plus fréquents étaient : la douleur, conseil médical et hyperalgie qui représentaient respectivement 60%, 38,5% et 24,8% (Figure 17)

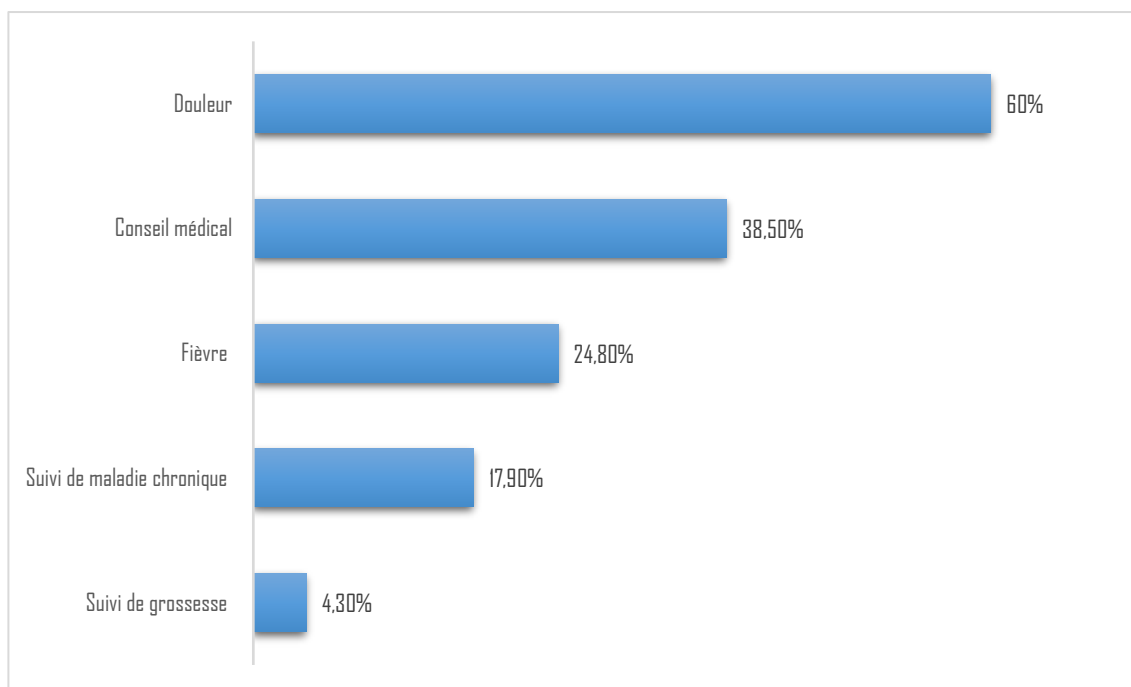


Figure 17 : Répartition des participants selon les motifs fréquents de consultation (n=117)

II. La satisfaction des patients

Dans notre travail, plus de 72% des participants soit (83/117) étaient satisfait à très satisfait de la prise en charge. Pour ce critère le score moyen était de 4 et le score le plus élevé était chez les hommes. (Figure 18)

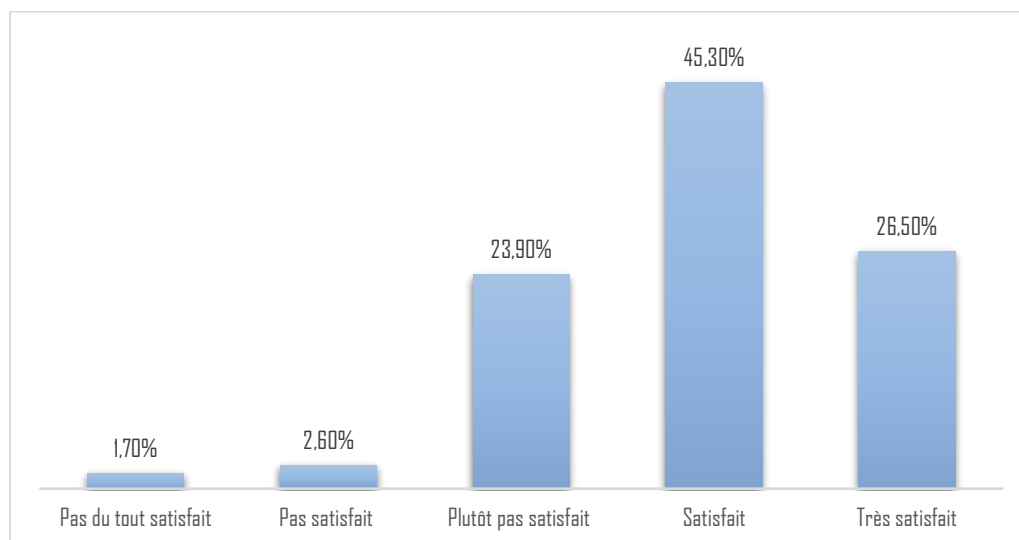


Figure 18 : Répartition des participants selon leur satisfaction globale (n=117)

L'analyse univariée n'a pas identifiée de différence statistiquement significative entre la satisfaction des patients et les variables sexe, âge et nombre de visite chez le médecin généraliste. (Tableau 2)

Tableau 2 : Analyse univariée, niveau de satisfaction selon le sexe, l'âge et le nombre de visite

		Satisfait à très satisfait		Non satisfait		p	Score moyen
		n	%	n	%		
Sexe	Homme	47	40%	14	12%	0,187	4
	Femme	37	32%	19	16%		3,5
Age	Age<40ans	64	55%	27	23%	0,51	
	Age>40ans	20	17%	6	5%		
Nb de visite	0	15	13%	5	4%	0,968	
	1	30	26%	11	9,50%		
	2	20	17%	10	8,50%		
	3	8	7%	3	2,50%		
	4 ou plus	11	9,50%	4	3,50%		

III. Milieu

- **Réputation**

Pour la question : ‘‘Le choix de votre cabinet est basé sur la réputation’’, Plus de 89% des participants considèrent ce critère comme étant important à très important. Pour ce critère le score moyen était de 4,5. (Figure 19)

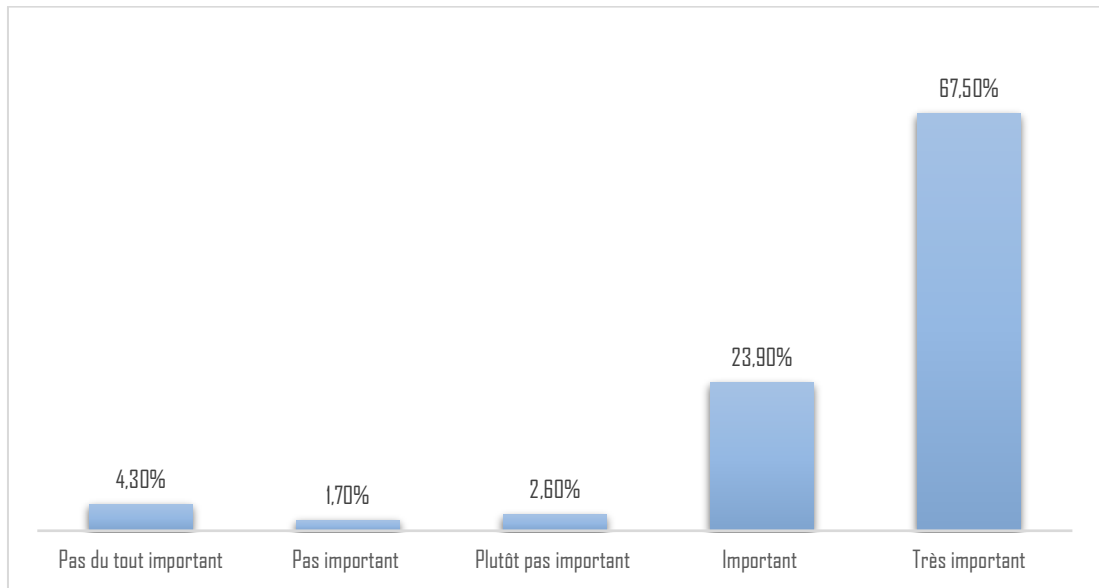


Figure 19 : Répartition des participants selon la réputation de leur cabinet (n=117)

En analyse univariée, on a mis en évidence une différence statistiquement significatif entre le degré de satisfaction (satisfait/non satisfait) et la réputation du cabinet avec un $p=0.002$.

- **Les tarifs proposés**

Pour la question “Le choix de votre cabinet est basé sur les tarifs proposés”. Plus de 49% des participants soit (58/117) considèrent ce critère comme étant important à très important. Pour ce critère le score moyen était de 3.3. (Figure 20)

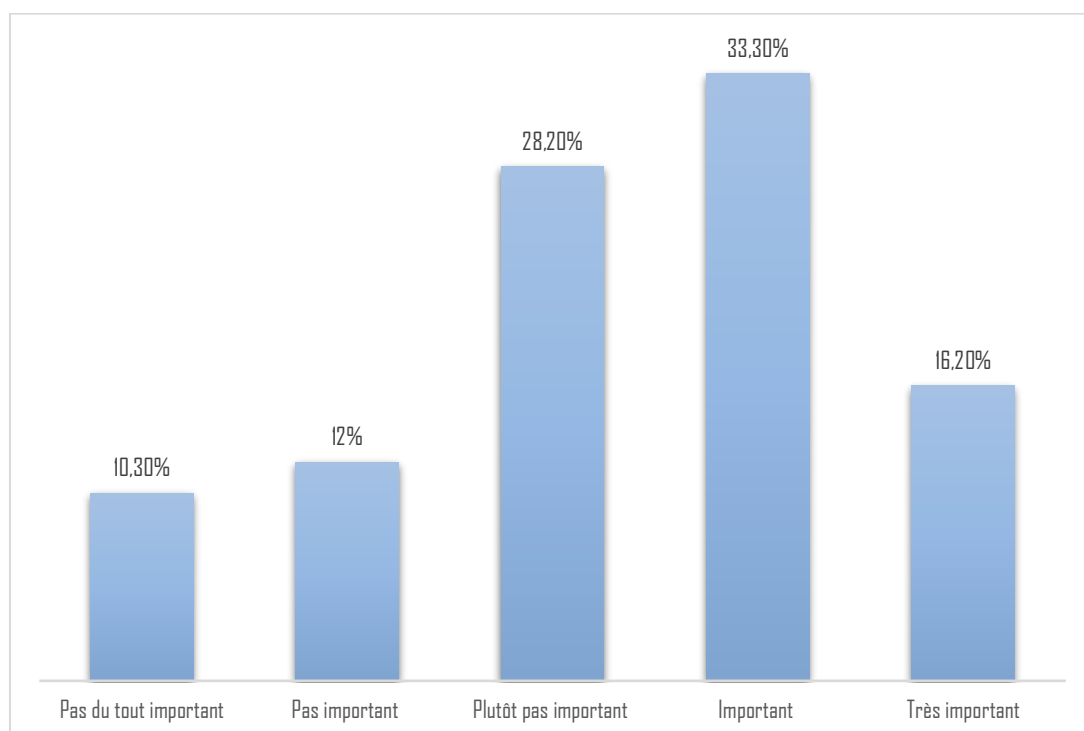


Figure 20 : Répartition des participants selon les tarifs proposés (n=117)

L'analyse univariée n'a pas identifiée de différence statistiquement significative entre la satisfaction et les tarifs avec un $p=0.5$.

- **La proximité**

Pour la question "Le choix de votre cabinet est basé sur la proximité". Plus de 46% des participants soit (54/117) considèrent ce critère comme étant : important à très important. Pour ce critère le score moyen était de 3,3. (Figure 21)

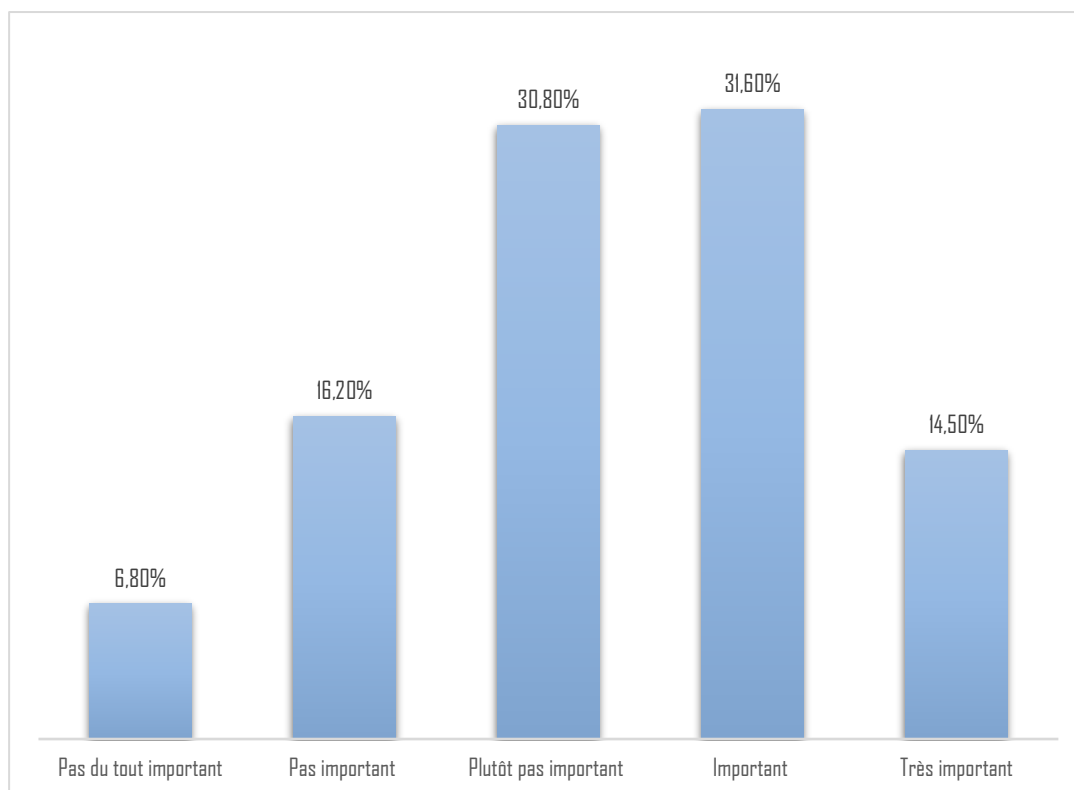


Figure 21 : Répartition des participants selon l'importance de la proximité du cabinet (n=117)

L'analyse univariée n'a pas identifiée de différence statistiquement significative entre la satisfaction et la proximité avec un $p=0,751$.

- **L'accessibilité**

Pour la question "Le choix de votre cabinet est basé sur l'accessibilité" Plus de 68% des participants soit (80/117) considèrent ce critère comme étant : important à très important. Pour ce critère le score moyen était de 3,7. (Figure 22)

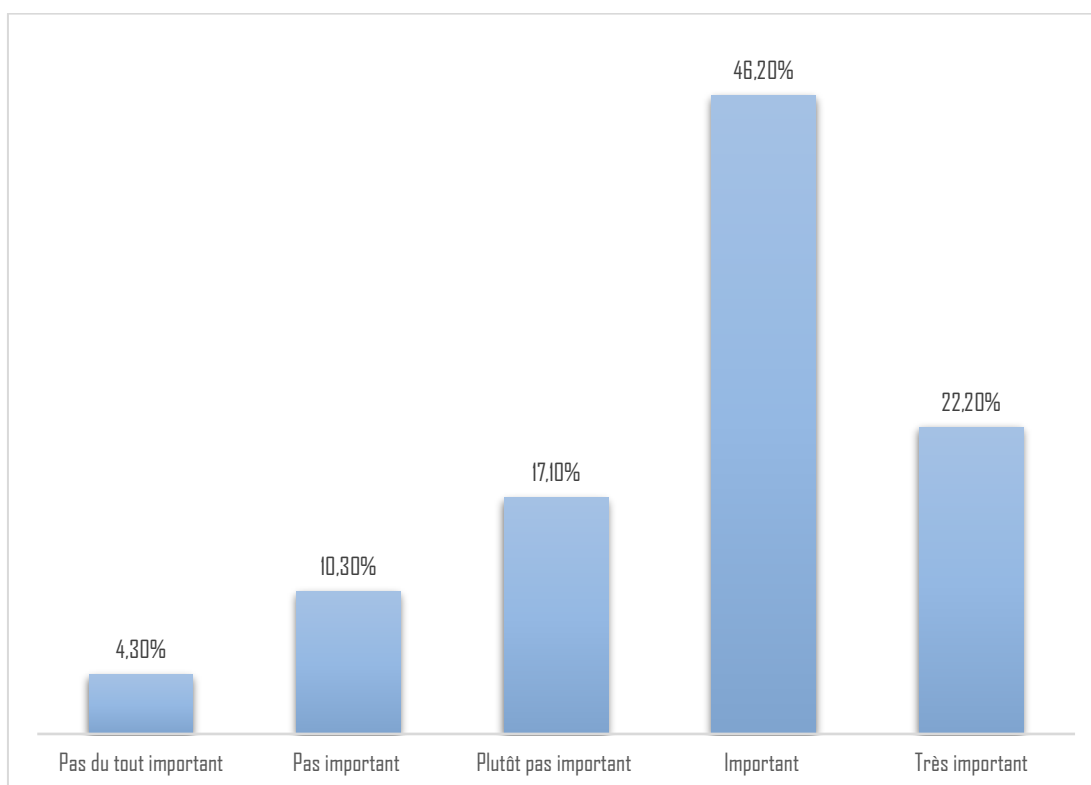


Figure 22 : Répartition des participants selon l'importance de l'accessibilité du cabinet (n=117)

L'analyse univariée n'a pas identifiée de différence statistiquement significative entre la satisfaction et l'accessibilité avec un $p=0,803$.

- **La propreté du cabinet**

Pour la question "Le choix de votre cabinet est basé sur La propreté du cabinet " Plus de 74% des participants soit (87/117) considèrent ce critère comme étant : important à très important. Pour ce critère le score moyen était de 4,1

(Figure 23)

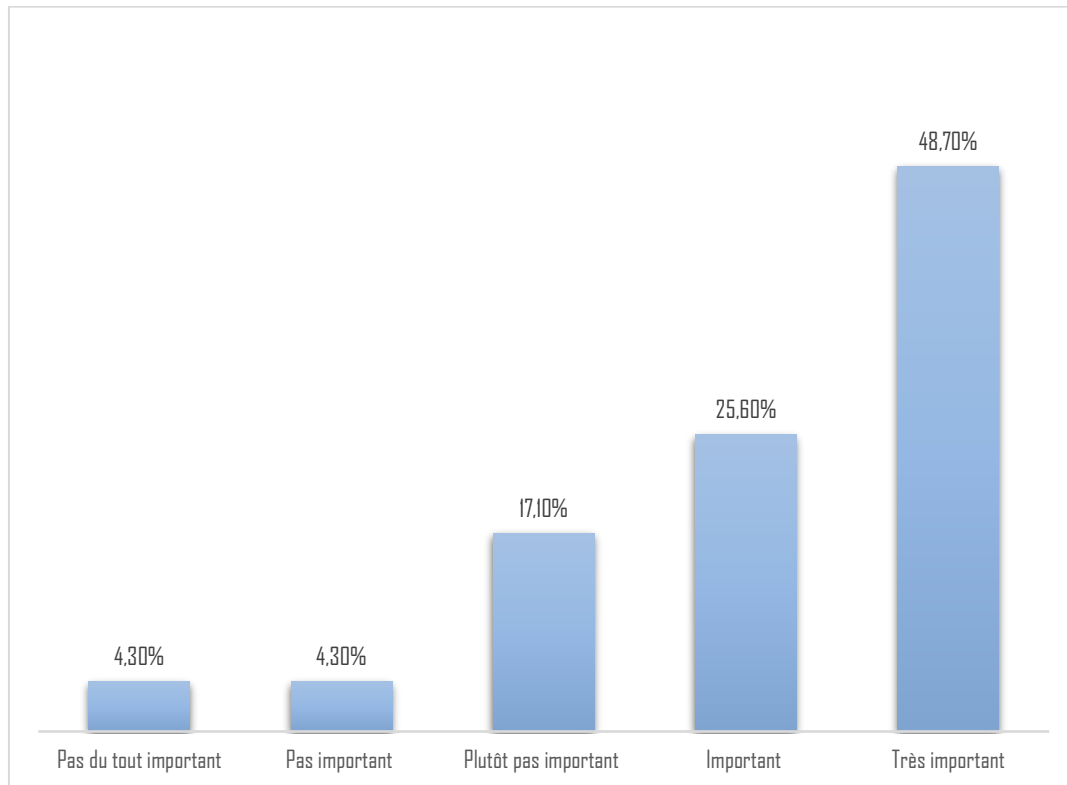


Figure 23 : Répartition des participants selon l'importance de la propreté du cabinet (n=117)

L'analyse univariée n'a pas identifiée de différence statistiquement significative entre la satisfaction et la propreté du cabinet avec un $p=0,096$

- **L'état de la salle d'attente**

Pour la question "Le choix de votre cabinet est basé sur l'état de la salle d'attente" Que 14,5% des participants soit (17/117) considèrent ce critère comme étant très important. Pour ce critère le score moyen était de 3. (Figure 24)

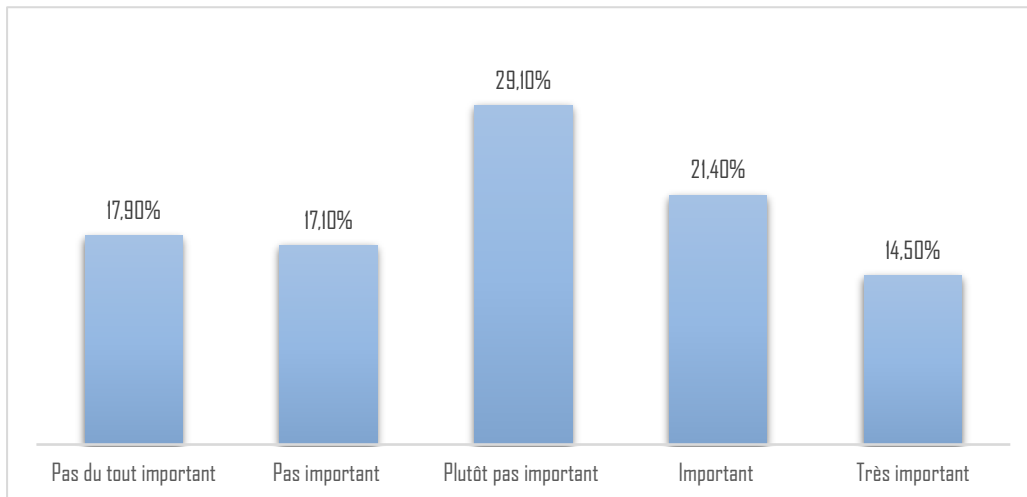


Figure 24 : Répartition des participants selon l'importance de l'état de la salle d'attente (n=117)

L'analyse univariée n'a pas identifiée de différence statistiquement significative entre la satisfaction et l'état de la salle d'attente avec un $p=0,223$

- **Qualité des sanitaires**

Pour la question "Le choix de votre cabinet est basé sur la qualité des sanitaires " Plus de 68% des participants soit (80/117) considèrent ce critère comme étant : important à très important. Pour ce critère le score moyen était de 4.

(Figure 25)

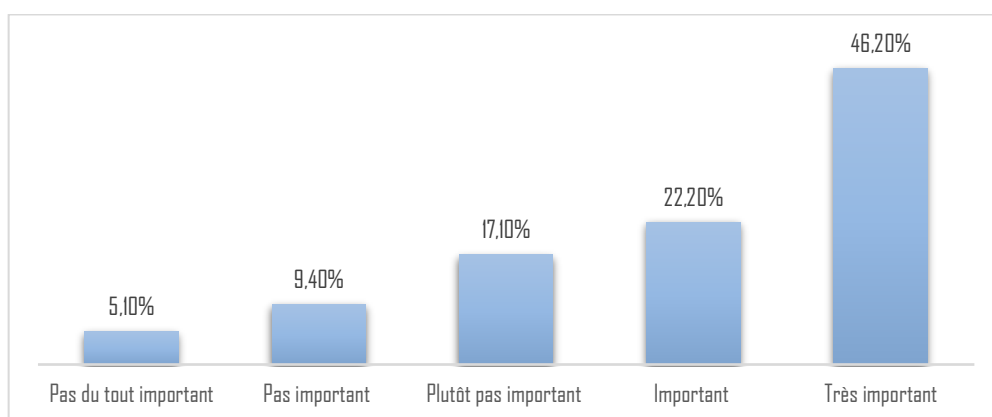


Figure 25 : Répartition des participants selon l'importance de la qualité des sanitaires (n=117)

L'analyse univariée n'a pas identifiée de différence statistiquement significative entre la satisfaction et la qualité des sanitaires avec un $p=0,257$.

Tableau 3 : Tableau récapitulant les résultats de l'analyse univariée (milieu)

		Satisfait à très satisfait		Non satisfait		p	
		n	%	n	%		
Milieu	Réputation	Important à très important	81	69,23%	26	22,22%	0,00 2
		Pas important	3	2,56%	7	5,98%	
	Les tarifs proposés	Important à très important	40	34,19%	18	15,38%	0,5
		Pas important	44	37,61%	15	12,82%	
	La proximité	Important à très important	38	32,48%	16	13,68%	0,75 1
		Pas important	46	39,32%	17	14,53%	
	L'accessibilité	Important à très important	58	49,57%	22	18,80%	0,80 3
		Pas important	26	22,22%	11	9,40%	
	La propreté du cabinet	Important à très important	66	56,41%	21	17,95%	0,09 6
		Pas important	18	15,38%	12	10,26%	
	L'état de la salle d'attente	Important à très important	33	28,21%	9	7,69%	0,22 3
		Pas important	51	43,59%	24	20,51%	
	Qualité des sanitaires	Important à très important	60	51,28%	20	17,09%	0,25 7
		Pas important	24	20,51%	13	11,11%	

IV. Main-d'œuvre

- **La qualité de l'accueil**

Pour la question "Le choix de votre cabinet est basé sur la qualité de l'accueil "

Plus de 86% des participants soit (102/117) considèrent ce critère comme étant :

important à très important. Pour ce critère le score moyen était de 4,2. (Figure 26)

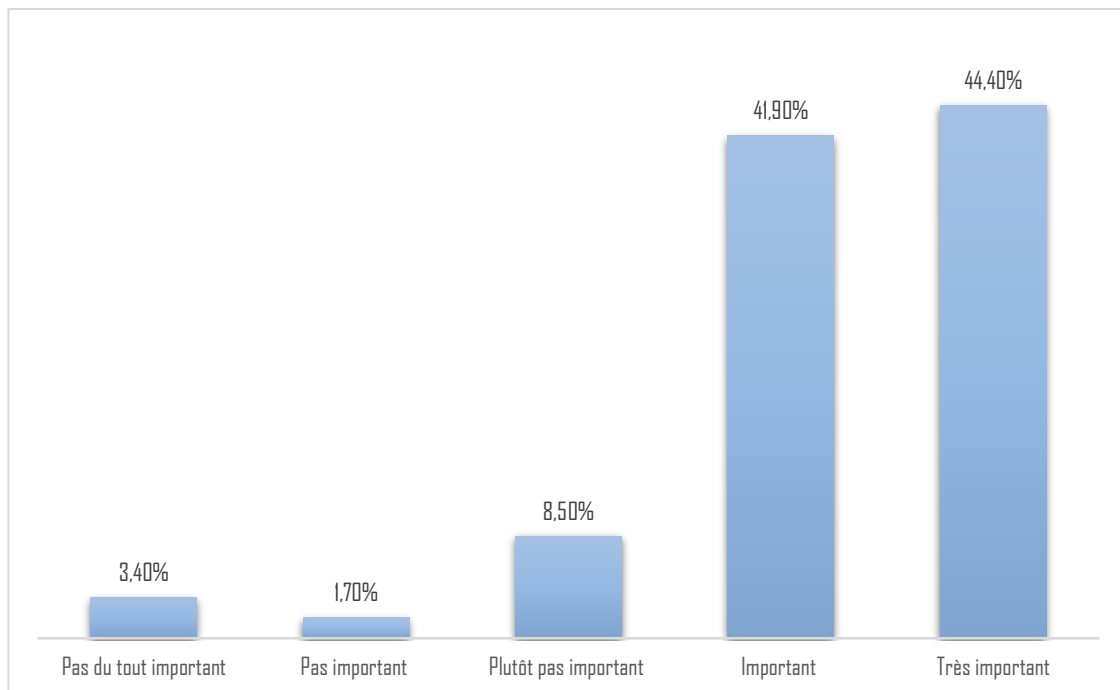


Figure 26 : Répartition des participants selon l'importance de la qualité de l'accueil (n=117)

En analyse univariée, on a mis en évidence une différence statistiquement significatif entre le degré de satisfaction (satisfait/non satisfait) et la qualité de l'accueil avec un $p=0.001$.

- **La qualité du personnel**

Pour la question "Le choix de votre cabinet est basé sur la qualité du personnel "

Plus de 86,4% des participants soit (101/117) considèrent ce critère comme étant : important à très important. Pour ce critère le score moyen était de 4,2. (Figure 27)

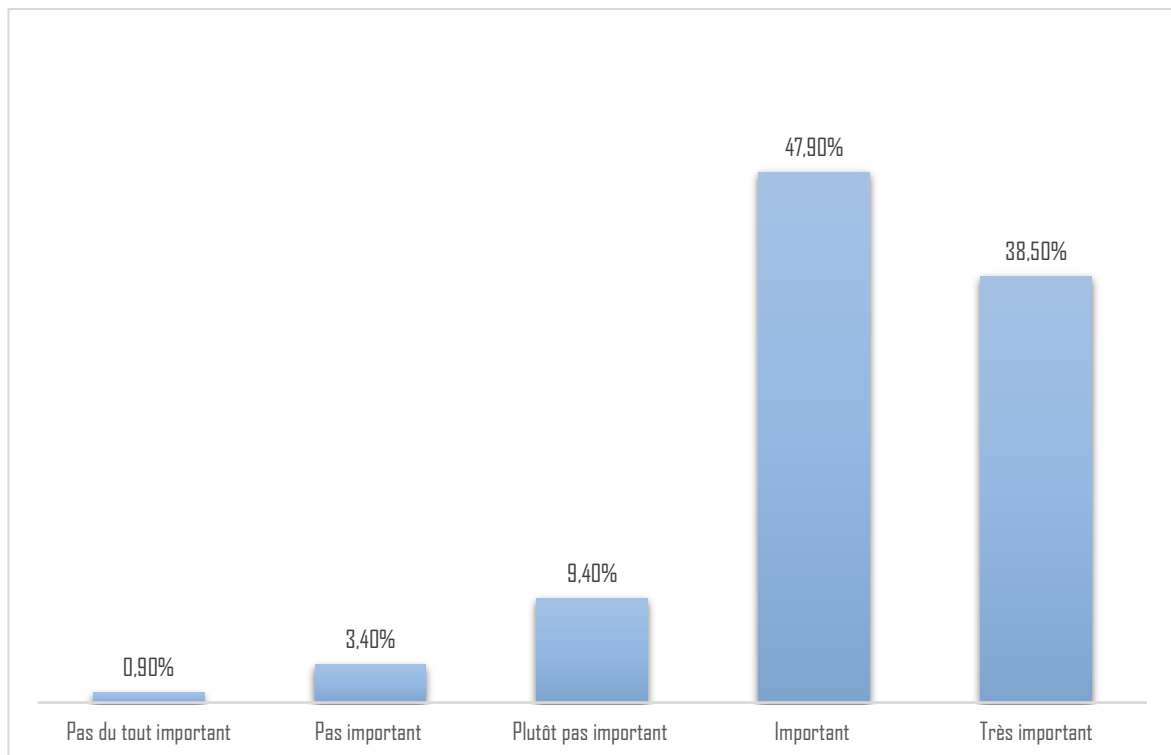


Figure 27 : Répartition des participants selon l'importance de la qualité du personnel (n=117)

L'analyse univariée a montré une différence statistiquement significative entre le degré de satisfaction (satisfait/non satisfait) et la qualité du personnel avec un $p=0.007$.

- **La qualité de communication**

Pour la question "Le choix de votre cabinet est basé sur la qualité de la communication" Plus de 93% des participants soit (109/117) considèrent ce critère comme étant : important à très important. Pour ce critère le score moyen était de 4,6. (Figure 28)

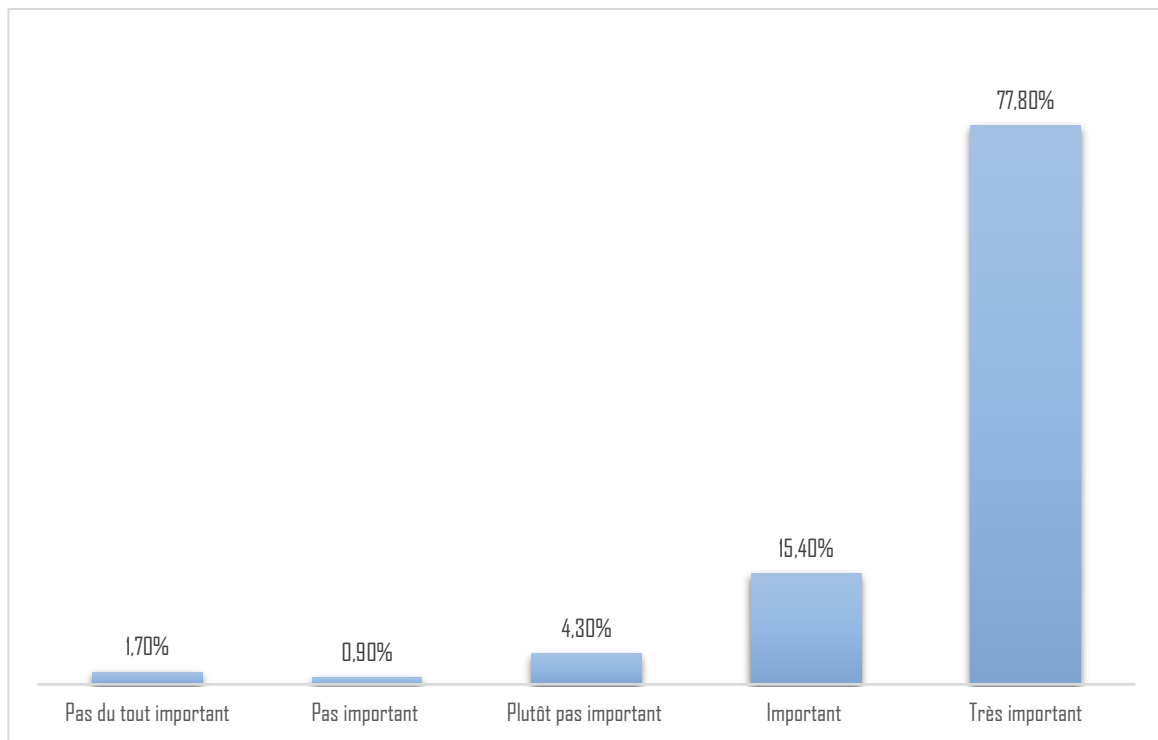


Figure 28 : Répartition des participants selon l'importance de la qualité de communication (n=117)

En analyse univariée, on a mis en évidence une différence statistiquement significatif entre le degré de satisfaction (satisfait/non satisfait) et la qualité de la communication avec un $p=0.002$.

- **La qualité du suivi**

Pour la question “Le choix de votre cabinet est basé sur la qualité du suivi ” Plus de 83% des participants soit (98/117) considèrent ce critère comme étant : important à très important. Pour ce critère le score moyen était de 4,3. (Figure 29)

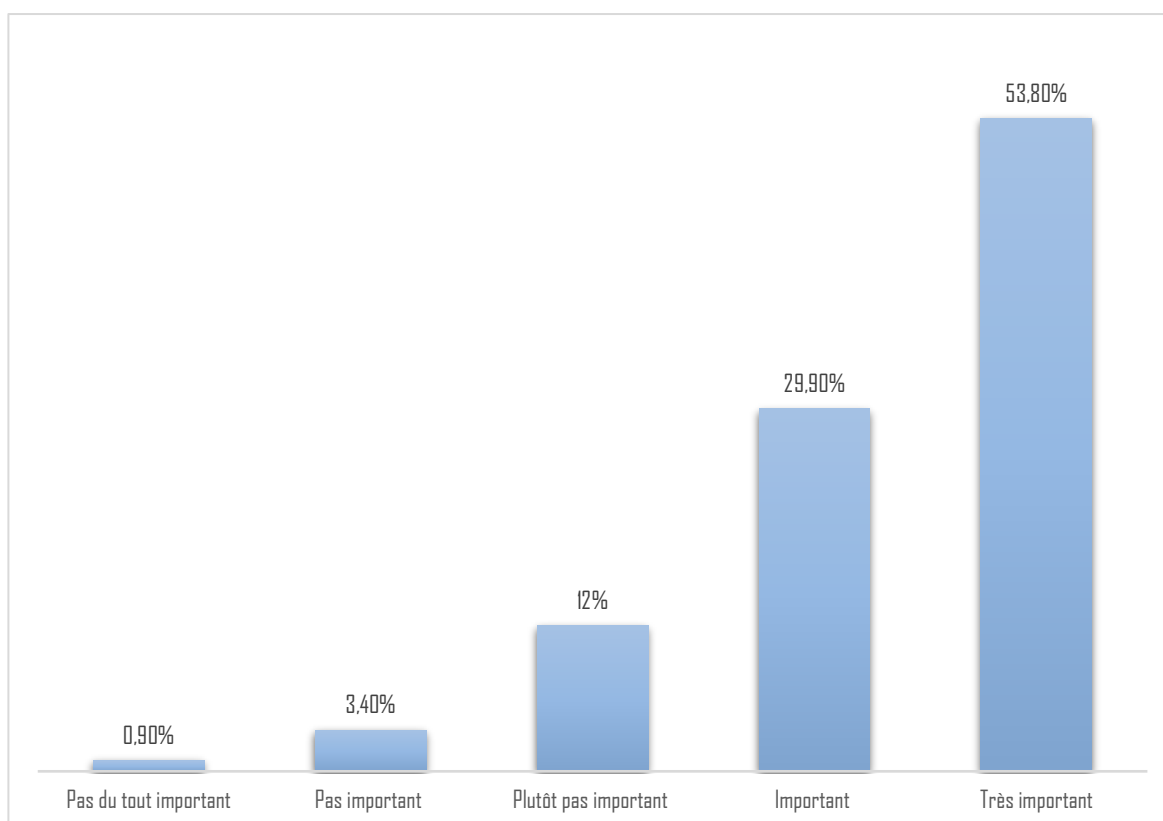


Figure 29 : Répartition des participants selon l'importance de la qualité du suivi (n=117)

L'analyse univariée n'a pas identifiée de différence statistiquement significative entre la satisfaction et la qualité du suivi avec un $p=0,721$.

- **La compétence du médecin**

Pour la question "Le choix de votre cabinet est basé sur la compétence du médecin" Plus de 94% des participants soit (111/117) considèrent ce critère comme étant : important à très important. Pour ce critère le score moyen était de 4,7. (Figure 30)

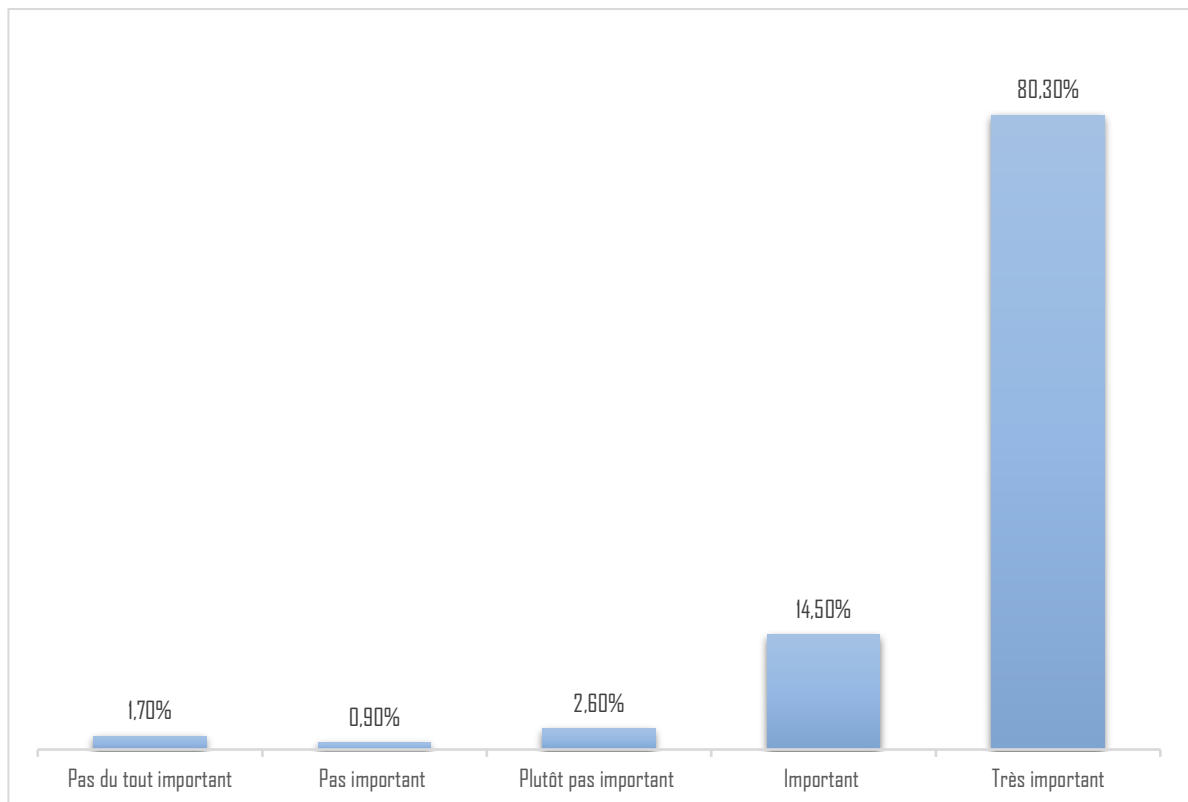


Figure 30 : Répartition des participants selon l'importance de la compétence du médecin (n=117)

L'analyse univariée a montré une différence statistiquement significative entre le degré de satisfaction (satisfait/non satisfait) et la compétence du médecin avec un $p=0.002$.

- **Le temps de consultation**

Pour la question "Le choix de votre cabinet est basé sur le temps de consultation " Plus de 63% des participants soit (74/117) considèrent ce critère comme étant : important à très important. Pour ce critère le score moyen était de 3,7. (Figure 31)

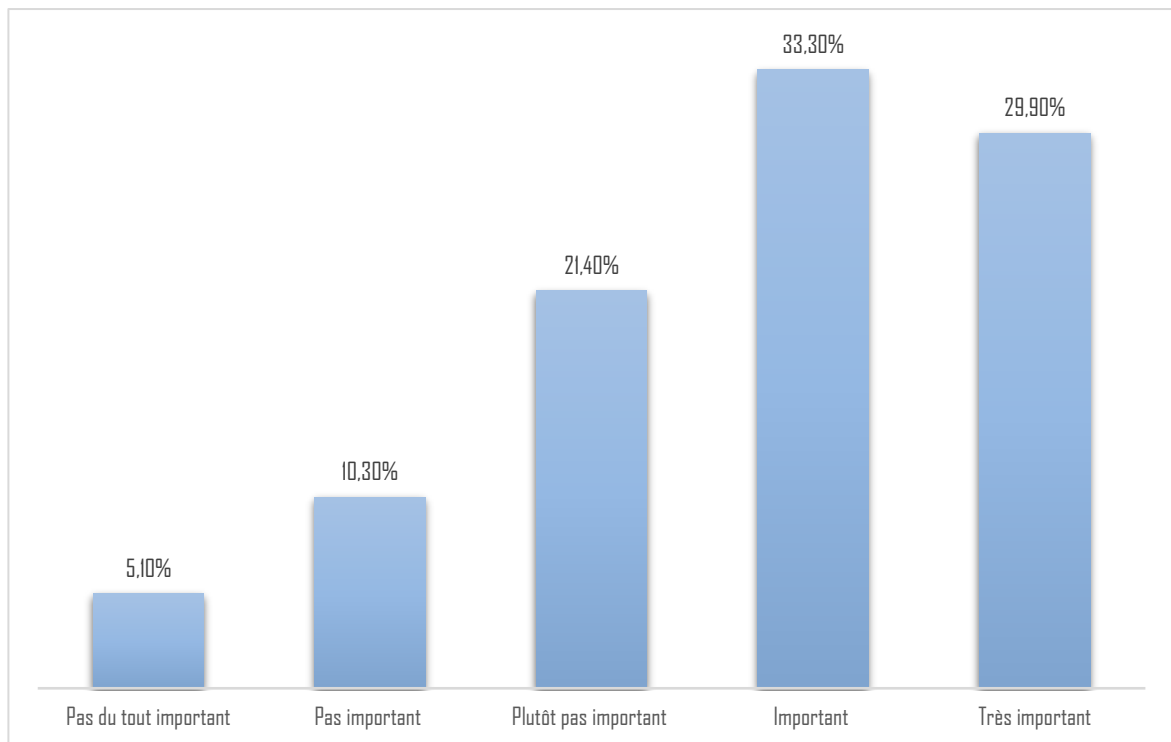


Figure 31 : Répartition des participants selon l'importance du temps de consultation (n=117)

L'analyse univariée n'a pas identifiée de différence statistiquement significative entre la satisfaction et le temps de consultation avec un $p=0,425$

- **La réponse en cas d'urgences**

Pour la question "Le choix de votre cabinet est basé sur la réponse en cas d'urgences" Plus de 79% des participants soit (93/117) considèrent ce critère comme étant : important à très important. Pour ce critère le score moyen était de 4,2. (Figure 32)

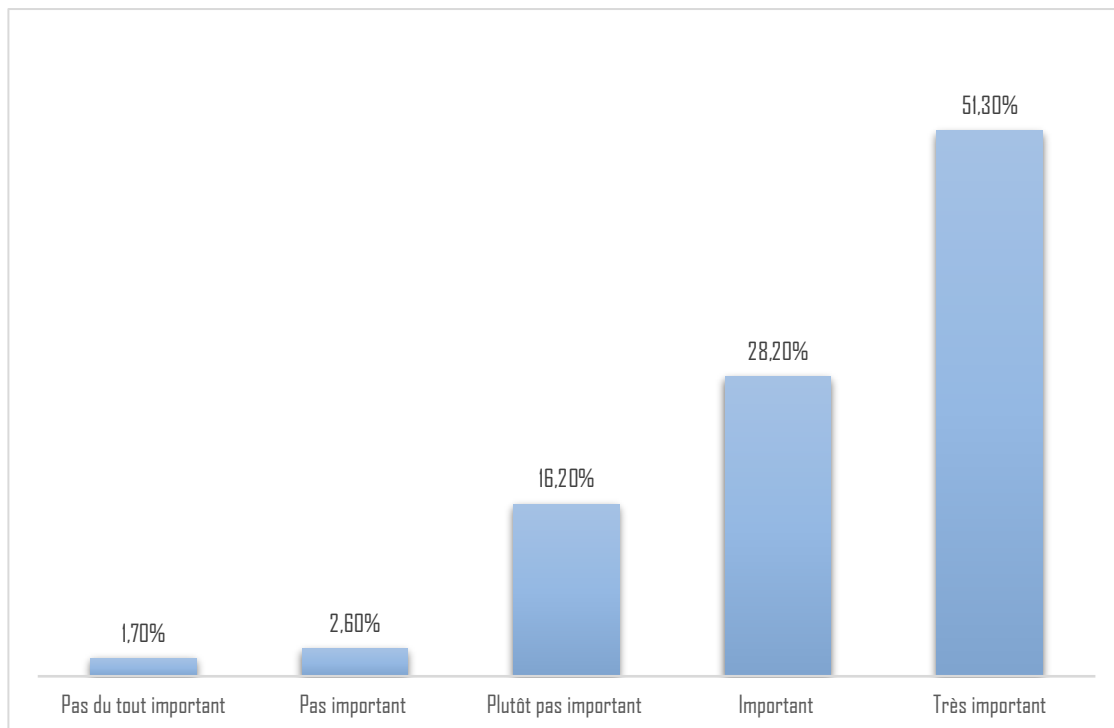


Figure 32 : Répartition des participants selon l'importance de la réponse en cas d'urgences (n=117)

L'analyse univariée n'a pas identifiée de différence statistiquement significative entre la satisfaction et le temps de consultation avec un $p=0,256$.

Tableau 4 : Tableau récapitulant les résultats de l'analyse univariée (main d'œuvre)

		satisfait à très satisfait		non satisfait		p	
		n	%	n	%		
		Main-d'œuvre	La qualité de l'accueil	Important à très important	78		66,67%
Pas important	6			5,13%	1 0	8,55%	
La qualité du personnel	Important à très important		77	65,81%	2 4	20,51 %	0,00 7
	Pas important		7	5,98%	9	7,69%	
La qualité de communication	Important à très important		82	70,09%	2 7	23,08 %	0,00 2
	Pas important		2	1,71%	6	5,13%	
La qualité du suivi	Important à très important		71	60,68%	2 7	23,08 %	0,72 1
	Pas important		13	11,11%	6	5,13%	
La compétence du médecin	Important à très important		83	70,94%	2 8	23,93 %	0,00 2
	Pas important		1	0,85%	5	4,27%	
Le temps de consultation	Important à très important		55	47,01%	1 9	16,24 %	0,42 5
	Pas important		29	24,79%	1 4	11,97 %	
La réponse en cas d'urgences	Important à très important		69	58,97%	2 4	20,51 %	0,25 6
	Pas important		15	12,82%	9	7,69%	

V. Moyen

- **La facilité d'obtention du rendez-vous**

Pour la question “Le choix de votre cabinet est basé sur la facilité d’obtention de rendez-vous” Plus de 78% des participants soit (93/117) considèrent ce critère comme étant : important à très important. Pour ce critère le score moyen était de 4. (Figure 33)

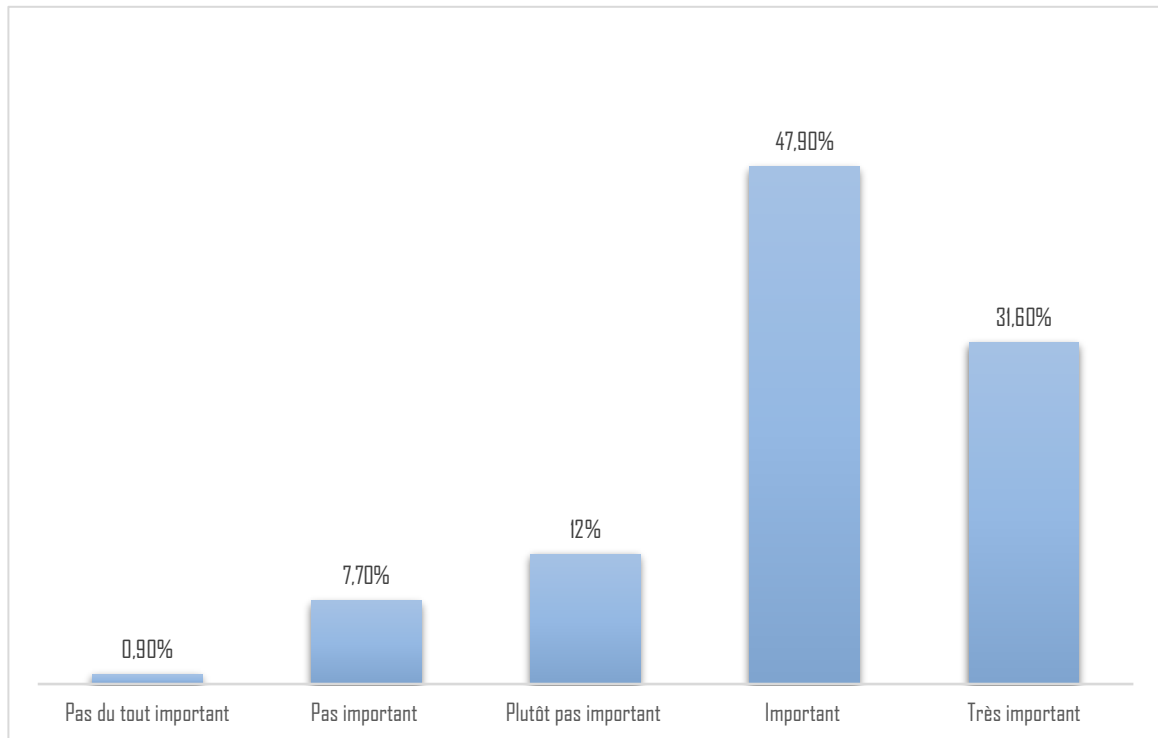


Figure 33 : Répartition des participants selon l'importance de la facilité d'obtention du rendez-vous (n=117)

L'analyse univariée n'a pas identifiée de différence statistiquement significative entre la satisfaction et la facilité d'obtention de rendez-vous avec un $p=0,696$.

- **Le délai**

Pour la question "Le choix de votre cabinet est basé sur le délai d'obtention de rendez-vous" Plus de 79% des participants soit (93/117) considèrent ce critère comme étant : important à très important. Pour ce critère le score moyen était de 4. (Figure 34)

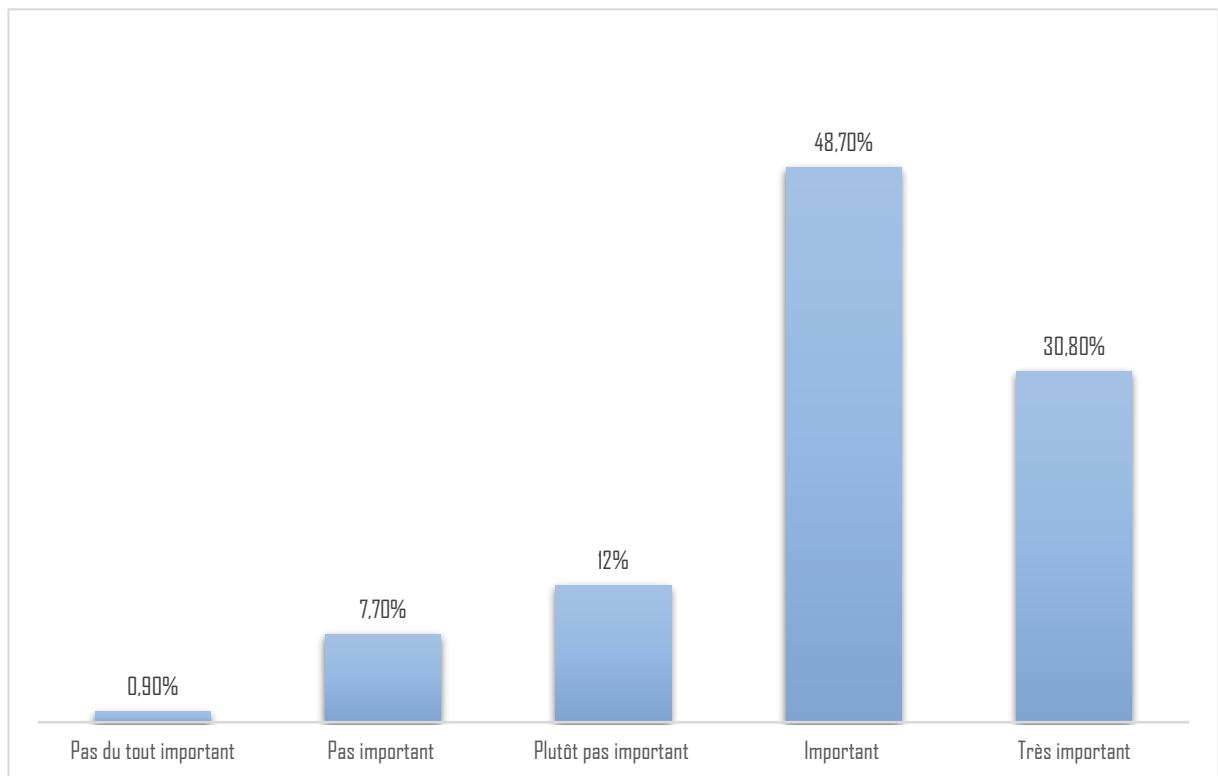


Figure 34 : Répartition des participants selon l'importance du délai d'obtention de rendez-vous (n=117)

On n'a pas identifié dans l'analyse univariée de différence statistiquement significative entre la satisfaction et le délai avec un $p=0,531$.

- **Le temps d'attente**

Pour la question "Le choix de votre cabinet est basé sur le temps d'attente" Plus de 71% des participants soit (84/117) considèrent ce critère comme étant : important à très important. Pour ce critère le score moyen était de 3,8. (Figure 35)

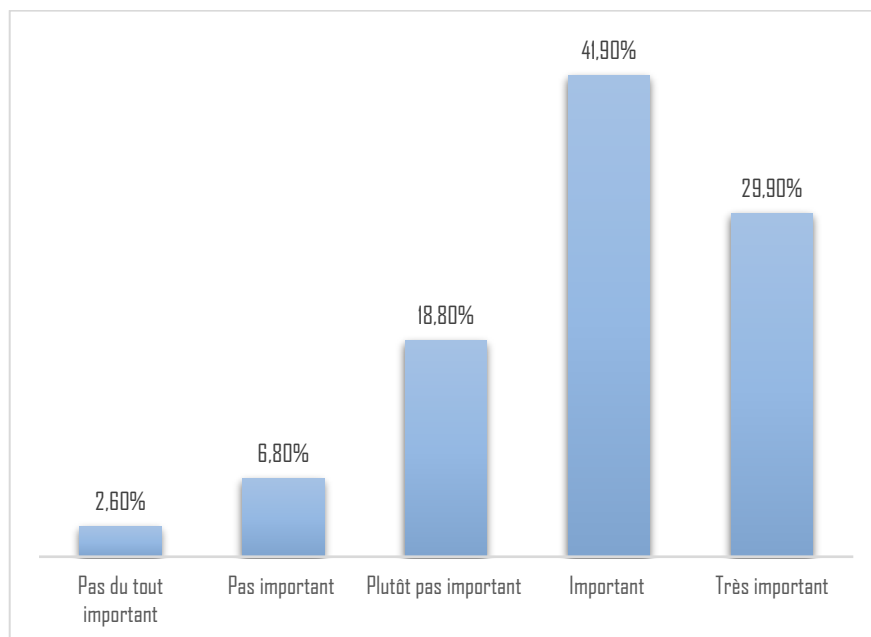


Figure 35 : Répartition des participants selon l'importance du temps d'attente (n=117)

L'analyse univariée n'a pas identifiée de différence statistiquement significative entre la satisfaction et le temps d'attente avec un $p=0,888$.

- **Le respect d'ordre de passage**

Pour la question "Le choix de votre cabinet est basé sur le respect d'ordre de passage" Plus de 86% des participants soit (101/117) considèrent ce critère comme étant : important à très important. Pour ce critère le score moyen était de 4,3. (Figure 36)

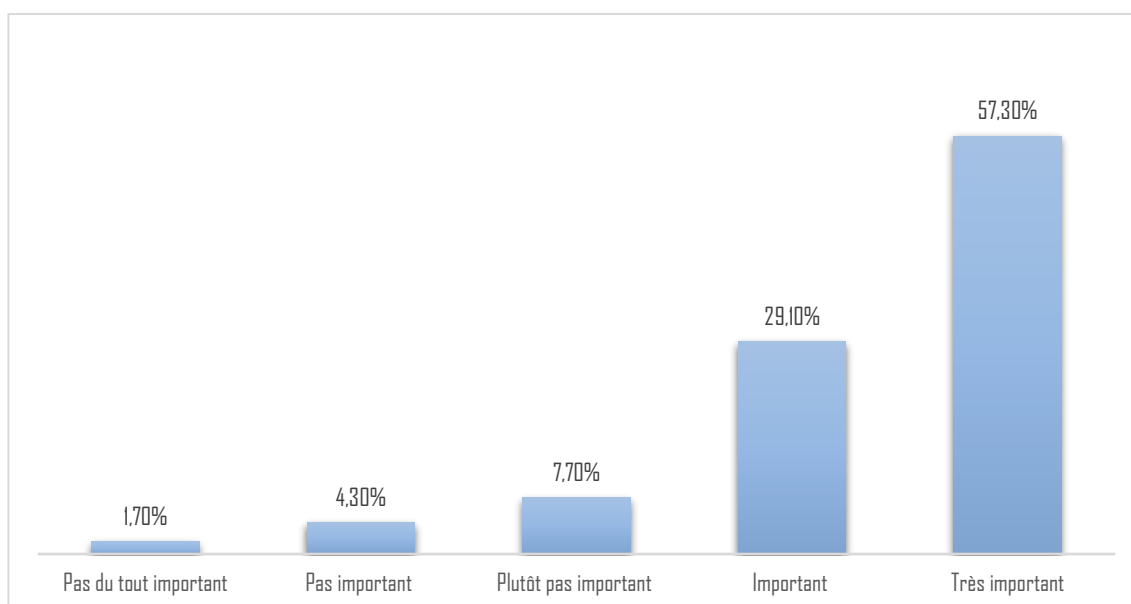


Figure 36 : Répartition des participants selon l'importance du respect d'ordre de passage (n=117)

On n'a pas identifié dans l'analyse univariée de différence statistiquement significative entre la satisfaction et le respect d'ordre de passage avec un $p=0,137$.

Tableau 5 : Tableau récapitulant les résultats de l'analyse univariée (moyen)

		satisfait à très satisfait		non satisfait		p
		n	%	n	%	
		Moyen				
La facilité d'obtention du rendez-vous	Important à très important	66	56,41%	2	23,08%	0,696
	Pas important	18	15,38%	6	5,13%	
Le délai	Important à très important	68	58,12%	2	21,37%	0,531
	Pas important	16	13,68%	8	6,84%	
Le temps d'attente	Important à très important	60	51,28%	2	20,51%	0,888
	Pas important	24	20,51%	9	7,69%	
Le respect d'ordre de passage	Important à très important	75	64,10%	2	22,22%	0,137
	Pas important	9	7,69%	7	5,98%	

VI. Machine

- La qualité d'équipement

Pour la question ‘‘Le choix de votre cabinet est basé sur La qualité d'équipement’’ Plus de 81% des participants soit (95/117) considèrent ce critère comme étant : important à très important. Pour ce critère le score moyen était de 4,1. (Figure 37)

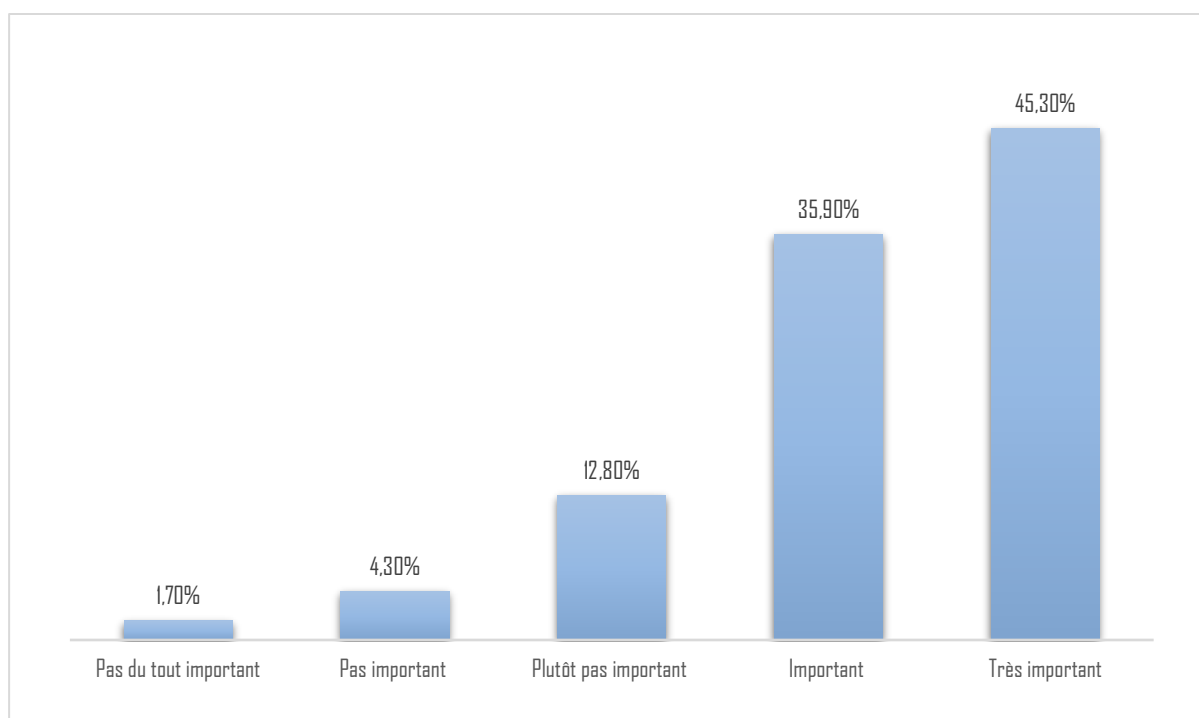


Figure 37 : Répartition des participants selon l'importance de la qualité d'équipement (n=117)

L'analyse univariée n'a pas identifiée de différence statistiquement significative entre la satisfaction et la qualité d'équipement avec un $p=0,142$.

Tableau 6 : Tableau récapitulant les résultats de l'analyse univariée (machine)

	La qualité d'équipement	Important à très important	Satisfait à très satisfait		non satisfait		p
			n	%	n	%	
Machine			71	60,68%	2	20,51%	0,142

VII. Matériel

- **La qualité et la propreté du matériel**

Pour la question “Le choix de votre cabinet est basé sur la qualité du matériel ” Plus de 93% des participants soit (109/117) considèrent ce critère comme étant : important à très important. Pour ce critère le score moyen était de 4,5. (Figure 38)

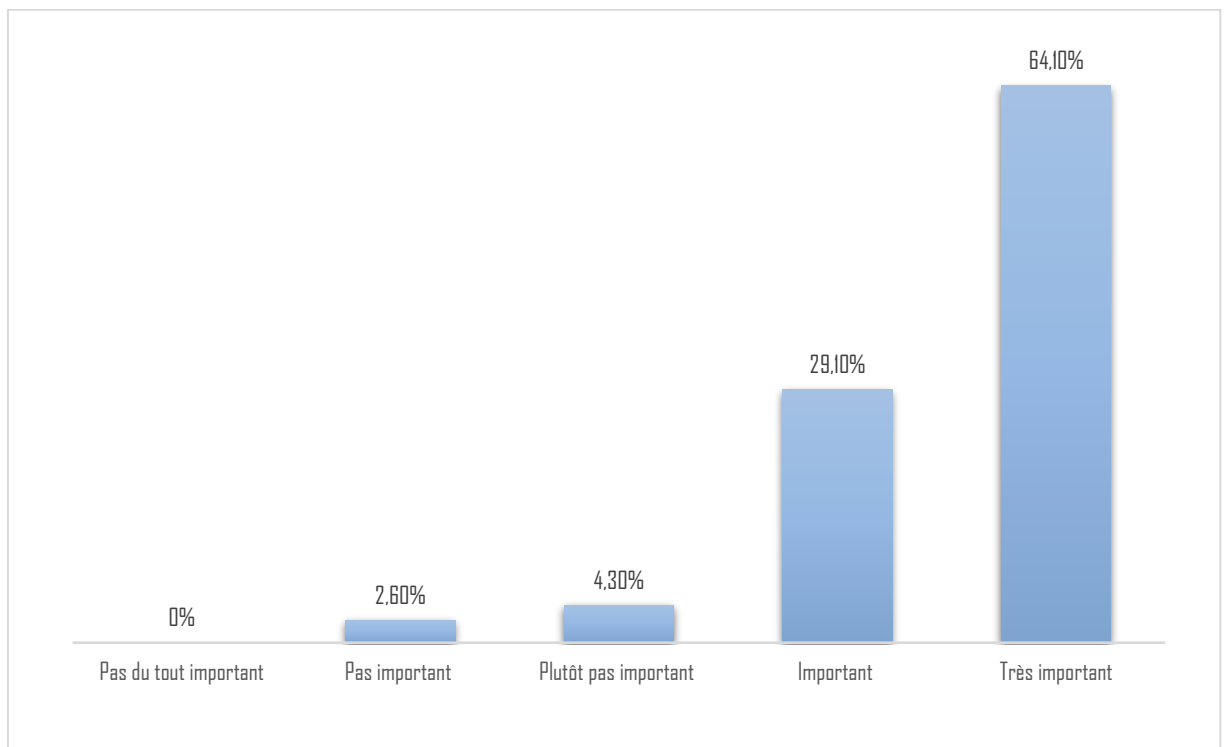


Figure 38 : Répartition des participants selon l'importance de la qualité et la propreté du matériel (n=117)

On n'a pas identifié dans l'analyse univariée de différence statistiquement significative entre la satisfaction et la qualité du matériel avec un $p=0,260$.

Tableau 7 : Tableau récapitulant les résultats de l'analyse univariée (matériel)

			satisfait à très satisfait		non satisfait		p
			n	%	n	%	
			Matériel	La qualité et la propreté du matériel	Important à très important	81	
		Pas important	3	2,56%	5	4,27%	

VIII. Synthèse des indicateurs

Tableau 8: Tableau incluant le score moyen et le pourcentage d'importance de chaque indicateur

	Indicateurs	Score moyen	Important à très important en %
Milieu	Réputation	4,5	91,50%
	Les tarifs proposés	3,3	50%
	La proximité	3,3	46%
	L'accessibilité	3,7	68,50%
	La propreté du cabinet	4,1	74,50%
	L'état de la salle d'attente	3	36%
Main-d'œuvre	Qualité des sanitaires	4	68,50%
	La qualité de l'accueil	4,2	86%
	La qualité du personnel	4,2	86%
	La qualité de communication	4,6	93%
	La qualité du suivi	4,3	84%
	La compétence du médecin	4,7	95%
	Le temps de consultation	3,7	63%
	La réponse en cas d'urgences	4,2	79,50%
	La facilité d'obtention du rendez-vous	4	79,50%
	Le délai	4	79,50%
Moyen	Le temps d'attente	3,8	72%
	Le respect d'ordre de passage	4,3	86,50%
Machin e	La qualité d'équipement	4,1	81%
Matériel	La qualité et la propreté du matériel	4,5	93%
	La satisfaction des patients	4	72%

Analyse de la satisfaction

En analyse univariée, la satisfaction des patients participants à notre questionnaire est statistiquement liée à 5 items

(La réputation, la qualité de l'accueil, la qualité du personnel, la qualité de communication et la compétence du médecin) (Annexe 2).

En analyse multivariée, nous avons retenu 1 item qui est statistiquement liée à la satisfaction des malades : la qualité de l'accueil ($p=0.02$)

En analyse exploratoire (ACP)

L'examen de la matrice de corrélation de 17 éléments sur 25 montre l'existence de nombreuses corrélations significatives différentes de zéro et indique l'existence d'une structure factorielle.

- **Le choix des principaux axes :**

La règle de Kaiser-Guttman a permis d'identifier plusieurs axes ayant une valeur propre haute. Finalement, 3 dimensions ont été retenues qui représentent 54,1% la variance de la satisfaction globale de la population étudiée. La première dimension représente à elle seule plus de 35,1% de la variance commune des questions. (Tableau 8)

Tableau 9 : Tableau récapitulatif des résultats de l'analyse exploratoire

Dimensions	% de la variance	Proportion de la variance globale expliquée
1	35,1	64
2	11,6	24
3	7,4	13
TOTAL	54,10%	100%

- **Interprétation des axes**

L'analyse exploratoire des différents éléments permet d'identifier 3 dimensions selon le degré d'influence sur la variance globale.

- **La dimension N°1**

Cette dimension explique 35,1% de la variance cumulée et comprends 8 questions avec des coefficients de saturation après rotation supérieurs à 0,5.

Cette dimension montre l'importance des caractéristiques interhumaines et de la relation personnel-malade, notamment la communication, La compétence du médecin, et La qualité du personnel.

Alors que L'accueil, et la réputation sont identifiés comme les éléments moyennement importants. Puis l'environnement physique représenté par la qualité d'équipement représente l'élément avec une importance moindre. (Tableau 10)

Tableau 10 : Résultat de l'analyse des composantes principale pour la première dimension

	Variable	Coefficient de saturation après rotation
Caractéristiques interhumaine	Communication (médecin - malade)	0,799
	La compétence du médecin	0,79
	La qualité du personnel	0,737
	L'accueil	0,73
	Réputation	0,709
Environnement physique	La qualité d'équipement	0,56

- **La dimension N°2 :**

La deuxième dimension explique 11,6% de la variance cumulée et comprends 7 éléments dont le coefficient de saturation est supérieur à 0,5.

Dans cette dimension nous pouvons regrouper ces questions en 2 groupes. Premièrement l'environnement physique, avec l'accessibilité, la proximité, la qualité des sanitaires et la propreté du cabinet.

Ensuite, la Réactivité du Professionnel de santé vis-à-vis du patient avec la réponse en cas d'urgences, la qualité du suivi et les tarifs proposés

Le Tableau 11 résume ces variables avec leurs degrés d'importance.

Tableau 11 : Résultat de l'analyse des composantes principales pour la deuxième dimension

	Variable	Coefficient de saturation après rotation
Environnement physique	L'accessibilité	0,743
	La proximité	0,713
	Qualité des sanitaires	0,657
	La propreté du cabinet	0,604
Réactivité du PS vis-à-vis du patient	La réponse en cas d'urgences	0,533
	La qualité du suivi	0,529
	Les tarifs proposés	0,656

- **Dimension N°3 :**

La troisième dimension occupe 7,4% dans l'explication de la variance cumulée et comprends 4 éléments dont le coefficient de saturation est supérieur à 0,5.

Dans la même mesure, nous pouvons regrouper les questions en un seul groupe dans la troisième dimension : la rapidité de la prise en charge qui englobe le délai, la facilité d'obtention du rendez-vous, le temps d'attente et le respect d'ordre de passage. (Tableau 12)

Tableau 12 Résultat de l'analyse des composantes principales pour la troisième dimension

	Variable	Coefficient de saturation après rotation
Rapidité de la PEC	Le délai	0,88
	La facilité d'obtention du rendez-vous	0,84
	Le temps d'attente	0,795
	Le respect d'ordre de passage	0,697

QUATRIEME PARTIE :

DISCUSSION

L'identification des indicateurs de qualité dans un cabinet de médecine générale peut apporter une aide précieuse aux médecins dans la compréhension et la prédiction des comportements des patients. Notre étude a été menée en utilisant un questionnaire auto-administré, prenant moins de cinq minutes à remplir, qui s'est révélé être un moyen efficace pour collecter ces informations. L'étude s'est concentrée sur cinq aspects clés pour déterminer les indicateurs de qualité de service les plus importants selon le point de vue des patients.

Le manque de participation des patients a été une limite importante de notre projet, car cela a restreint la taille de l'échantillonnage disponible pour notre étude.

1. La satisfaction globale

La définition de la satisfaction des patients est un élément qui n'a toujours pas atteint le consensus puisque de nombreux facteurs influent sur celle-ci, ce qui veut dire que la satisfaction n'est pas un concept unique (45). On constate alors que les patients peuvent percevoir un seul indicateur comme déterminant de leur satisfaction, ou plusieurs, de plus ces indicateurs peuvent différer d'un patient à l'autre.

Selon notre étude, il est clair que les patients sont globalement satisfaits de leur expérience au cabinet de médecine. En effet, 71% des participants ont déclaré être satisfaits de manière générale. Cela montre l'engagement du personnel médical à fournir un excellent niveau de soins aux patients, ainsi que l'attention portée aux besoins et aux préoccupations des patients.

2. Milieu

3.1 La réputation

Plusieurs recherches menées au Japon ont trouvé que la réputation des établissements des soins de santé était un indicateur de qualité important pour la satisfaction des patients (46,47), Imanaka et al. ont rapporté que la réputation d'un hôpital était l'un des déterminants les plus importants de la satisfaction générale des patients et que leur jugement sur la qualité des soins hospitaliers y dépend.(48)

Cela est en accord avec les résultats qu'on a trouvé, puisque 89% des patients interrogé dans notre questionnaire rapportent que la réputation est importante dans le choix du cabinet médical, cela peut être expliqué par le fait que les patients qui cherchent à se faire soigner demandent l'avis de leurs proches ou les critiques et commentaires des patients du cabinet sur internet pour effectuer leurs choix.

3.2 Les tarifs proposés

La particularité de l'exercice médical est que l'offre de soins est quasi exclusivement libéral, cela veut dire que le médecin reçoit la rémunération de son travail directement du patient, selon ce qu'il a lui-même déterminé en fonction de paramètres qui lui sont propres dont il est seul juge. (49) Cependant, le patient possède toujours la liberté de quitter le cabinet en n'acceptant pas le montant des honoraires.

Selon R. Crow, H. Gage, S. Hampson et al, les patients s'attendent à recevoir des services de santé de qualité équivalente ou supérieure par rapport au prix facturé pour la prestation. (50)

Cela veut dire que les prix élevés proposés par un cabinet ne se traduisent pas systématiquement par une insatisfaction, ce qui s'explique dans notre étude que seulement 16,5% des participants considèrent les honoraires un critère très important pour leur choix.

3.3 La proximité

Des recherches ont trouvé que les patients n'aiment pas les temps de déplacement et préfèrent un prestataire proche (51), (52), (53) ils préfèrent aussi un prestataire accessible par leur propre moyen de transport ou par les transports publics (51), (54)

Notre enquête a révélé que 46% des participants accordent une grande importance à la proximité du cabinet dans leur choix.

La proximité du cabinet médical peut être un facteur important pour certains patients, en particulier ceux ayant des problèmes de mobilité ou des besoins médicaux urgents. Cependant, pour la majorité des patients, cet élément n'est pas décisif dans le choix d'un fournisseur de soins de santé. Par exemple, Ceux qui sont prêts à voyager pour

recevoir des soins de qualité supérieure. Ils peuvent se rendre dans un autre quartier, une autre ville ou même un autre pays.

3.4 L'accessibilité

Les cabinets médicaux doivent être conçus de manière à être accessibles à tous les patients, de sorte à faciliter l'accès aux soins de santé pour chacun. (55). Le Maroc connaît un grand manque de mesures prise à l'égard de la facilitation d'accès aux services de soins pour les patients présentant des déficiences motrices. Plusieurs bâtiments par exemple ne possèdent pas d'ascenseur ou de passages dédié au chaise roulante.

L'importance de ce point est confirmée dans le résultat trouvé dans notre questionnaire. Plus de 68% des participants considèrent l'accessibilité comme étant importante.

La responsabilité retombe sur le médecin pour choisir un lieu d'exercice qui respecte ces patients et permet un accès aisé à leur établissement de soins.

3.5 L'hygiène, stérilisation et respect de règles d'asepsie

De nos jours, les patients font plus attention aux conditions d'hygiène, de stérilité et de non contamination. Dans une étude menée en Grèce, dans le but de découvrir les perceptions et les attentes des patients par rapport à la qualité de service de santé publique, les patients ont choisis les règles de l'antisepsie et la stérilisation comme étant leur priorité majeure de leur attente et exigence en soins (56).

Une étude faite en Pakistan sur les déterminants de la satisfaction des patients approuve qu'une mauvaise hygiène sanitaire entraîne une mauvaise expérience pour le patient, d'où une diminution de la satisfaction (57).

Nos résultats sont en accord avec ces études, puisque 74% des participants déclarent que ce critère est important pour leur choix.

3. Main d'œuvre

3.1 Le médecin

La compétence technique du médecin ainsi que sa rassurance ont été cités dans la majorité des études comme étant l'indicateur de qualité de service le plus important pour les patients.

Une étude menée en 2000 par JUNYA TOKUNAGA a considéré que la compétence clinique du médecin était la mesure indispensable de la performance professionnelle dans les soins hospitaliers japonais, indépendamment des patients. (46).

On cite aussi une étude menée en 2016 au Kuwait dans cinq cabinets médicaux a révélé que 497 participants ont déclaré que la compétence technique du praticien était l'élément le plus satisfaisant. (58)

Il arrive souvent que les patients ne soient pas en mesure d'évaluer adéquatement la qualité des soins en raison de leurs connaissances limitées. Ainsi, ils peuvent se baser sur la perception de l'amabilité et de la chaleur du médecin ainsi que sur la rassurance qu'ils reçoivent pour évaluer les soins. (59)

Ces points sont en accord avec les résultats qu'on a trouvés, 93% des patients trouvent que la qualité de la communication médecin-malade est importante, et 94% trouvent que la compétence du médecin est importante. Les compétences techniques et les techniques de communication sont des éléments très importants pour le succès de tous les médecins. Un praticien qui réussit est un praticien qui cherche à se développer continuellement, la formation ne s'arrête pas à la faculté, le domaine de la médecine progresse constamment, de nouvelles techniques et technologies émergent tous les jours, il ne faut alors jamais se laisser passer par le temps et chercher à être à jour.

4.1 Les assistants

Il semble que la satisfaction et les attentes des patients avec les soins infirmiers soient les facteurs les plus importants pour évaluer la satisfaction globale avec les soins médicaux, d'après les résultats d'une enquête menée à New York (60)

Cela concorde avec notre étude où plus de 87% des patients considèrent la qualité du personnel importante dans le choix d'un cabinet médical.

Les employés du cabinet médical, tels que les secrétaires, les infirmières et les assistants médicaux, sont souvent les premiers à interagir avec les patients, ils peuvent donc avoir un impact important sur l'expérience globale des patients. Les médecins doivent donc s'assurer que les employés du cabinet ont les compétences nécessaires pour exécuter leur travail avec professionnalisme, empressement et compassion. Les employés du cabinet doivent également être bien formés et informés sur les procédures et les politiques du cabinet, afin de pouvoir offrir des réponses précises et appropriées aux patients. De plus, les médecins doivent s'assurer que le personnel du cabinet est suffisant pour répondre aux besoins des patients, car un personnel insuffisant peut entraîner des retards et des erreurs, ce qui peut affecter la satisfaction des patients.

4. Moyen

4.1 Les rendez-vous

Plusieurs recherches ont prouvé que moins les patients mettent d'efforts et de temps pour obtenir un rendez-vous, plus leur satisfaction va augmenter, un questionnaire d'enquête mené aux Etats-Unis auprès de 8465 patients à trouver qu'une prise de rendez-vous facile fournis un effet positif sur la satisfaction des patients et leurs perception de la qualité des soins fournis. (61)

Les résultats de notre questionnaire confirment ces recherches et indiquent que 78% des patients trouvent que la facilité d'obtention de rendez-vous est importante pour leur choix du cabinet, et que 79% considèrent le délai important.

4.2 Le temps d'attente et l'ordre de passage

Une étude réalisée auprès de 11 352 patients sur une période d'un an dans 44 cliniques ambulatoires d'un grand centre médical universitaire aux Etats-Unis a examiné l'impact des temps d'attente sur la satisfaction des patients, la perception de la qualité des soins et des compétences des médecins. Les résultats ont montré qu'un temps d'attente plus long est négatif pour la satisfaction des patients envers leur fournisseur de soins, et a une relation négative avec la confiance des patients dans leur médecin et la qualité perçue des soins. (62)

Nos résultats indiquent que seulement 29,9% des patients considèrent le temps d'attente très important, alors que plus de 86% de ces derniers trouvent que l'ordre de passage est important dans leur choix. Bien que le temps d'attente long aille un effet négatif sur la satisfaction globale des patients, une salle d'attente pleine reste tout de même un indicateur de qualité important pour la population marocaine, qui corrèle une salle d'attente vide à des compétences faibles du praticien, donc, pour notre population, le plus important sera le respect de l'ordre de passage.

5. Machine

La récence de l'équipement

Une étude réalisée aux États-Unis (2018) a évalué l'impact de la conception de la salle d'examen sur l'expérience des patients dans les cliniques de médecine familiale. Les résultats ont montré que les patients étaient plus satisfaits de leur visite lorsqu'ils avaient accès à un équipement médical moderne et confortable. (63)

Une autre étude menée en Chine a examiné la satisfaction des patients à l'égard de l'équipement médical dans un hôpital public. Les résultats ont montré que les patients étaient plus satisfaits des soins lorsqu'ils avaient accès à un équipement moderne et bien entretenu. (64)

Cela concorde avec notre étude où plus de 81% des patients considèrent ce critère comme étant important.

Un équipement médical moderne et bien entretenu peut offrir aux médecins une meilleure efficacité et une meilleure précision dans les examens et les procédures, ce qui

peut leur permettre de voir plus de patients en une journée et d'offrir un niveau de soins supérieur. En conséquence, cela peut améliorer leur productivité et leur réputation professionnelle, ce qui peut conduire à une croissance de leur pratique et à une augmentation de leurs revenus.

6. Matériel

La qualité du matériel

Une étude menée en 2020 à la Roumanie qui a connu la participation de 1500 patients a trouvé que la qualité du matériel utilisé jouait un rôle primordial dans la perception positive de la qualité des soins. (65)

Cela concorde avec notre étude où plus de 93% des patients considèrent ce critère comme étant important.

L'importance de la qualité et de la propreté du matériel dans un cabinet médical est cruciale pour garantir la sécurité et la satisfaction des patients. Les patients attendent de leur médecin qu'il utilise du matériel propre et en bon état pour leur examen et leur traitement. De plus, l'utilisation de matériel propre réduit le risque d'infection croisée et maintient la réputation du cabinet médical. Il est donc important pour les médecins de s'assurer que tout le matériel est nettoyé et stérilisé correctement après chaque utilisation. Cela peut inclure des outils tels que les tensiomètres, les otoscopes, les stéthoscopes, les seringues, etc.

CINQUIEME PARTIE : CONCLUSION

La satisfaction des patients est un élément crucial pour évaluer la qualité des services de la médecine générale, car elle reflète la capacité des prestataires à répondre aux attentes des patients.

Les attentes des patients varient en fonction de leur perspective et de leurs caractéristiques individuelles, ce qui peut conduire à des perceptions divergentes de traitement similaire.

Ainsi, pour répondre aux attentes croissantes des patients en matière de sécurité, d'efficacité et d'accessibilité des soins, la médecine générale doit faire face au défi de la qualité des soins.

Cela nécessite une réflexion continue sur les pratiques cliniques, l'adaptation aux nouvelles technologies, la formation des professionnels de santé et la collaboration avec les autres acteurs du système de santé.

En développant une culture de l'amélioration continue, la médecine générale pourra relever ce défi et assurer des soins de qualité pour tous.

Plusieurs modèles de management qualité en santé ont été testés et ont été pratiqués dans différents pays développés, mais au Maroc, il est nécessaire d'avoir un outil adapté à la culture et aux caractéristiques des patients marocains.

Dans ce travail, nous avons essayé de proposer des indicateurs de qualité spécifiques à la population marocaine.

Mais d'autres travaux dans le même domaine sont nécessaires pour valider et fiabiliser ces indicateurs.

SIXIEME PARTIE : RECOMMENDATIONS

A l'issue de notre travail, on a pu déterminer les indicateurs de la qualité perçue par les patients dans un cabinet de MG. Pour faciliter leur exploitation par le médecin, ces critères peuvent être organisés selon le diagramme d'Ishikawa.

Dans la figure 39, nous proposons un modèle d'Ishikawa issu de notre expérience avec une population marocaine et qui est adapté au contexte de la pratique de la médecine générale au Maroc.

Ce modèle va servir aux médecins afin d'identifier les problèmes en rapport avec la qualité des soins (présentée par la satisfaction dans notre cas) pour définir un plan d'action adapté à l'origine de la non-qualité.

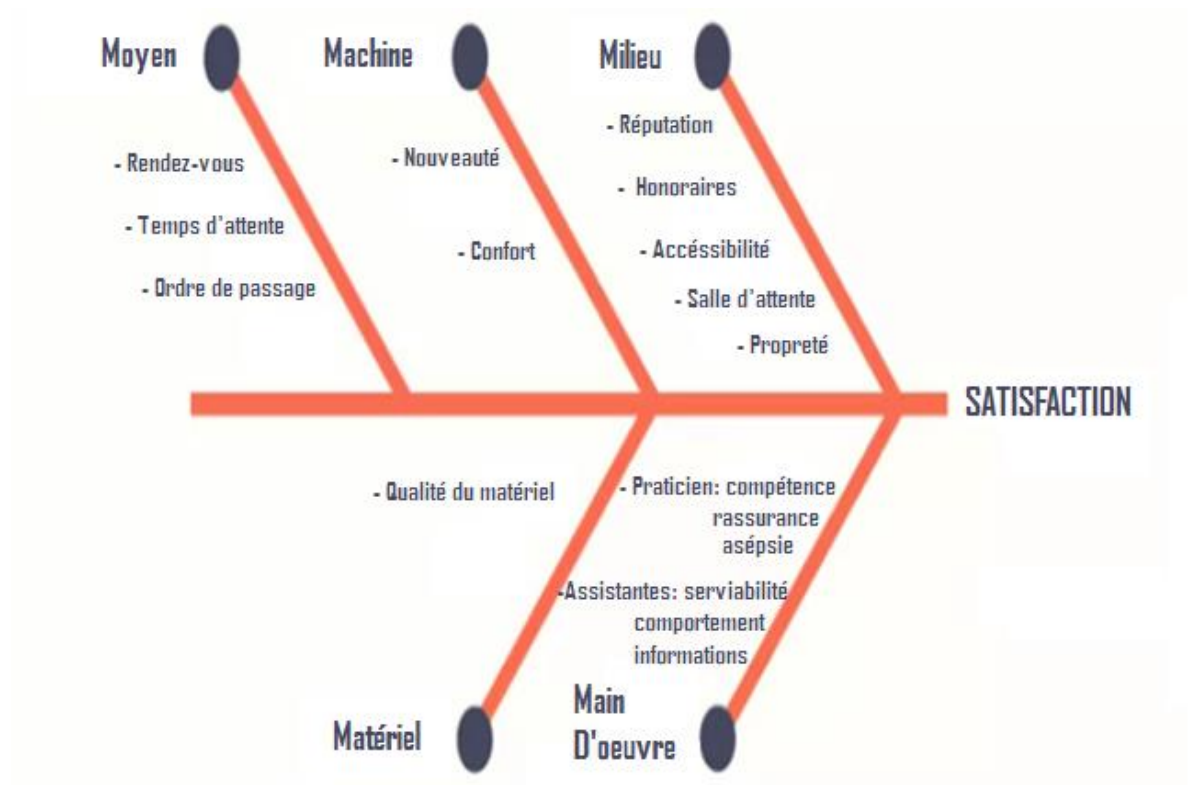


Figure 39 : Diagramme d'Ishikawa pour la satisfaction des patients d'un cabinet médical

RÉSUMÉ

RÉSUMÉ

Titre : La médecine générale face au défi de la qualité
Enquête transversale auprès des patients consultant en médecine générale

Auteur : BENDAHMANE Abouinane

Directeur de thèse : Pr. BOUAITI EL ARBI

Mots clés : Médecine générale, qualité de soin, indicateurs de qualité, satisfaction, Maroc.

Introduction : les médecins ont une compréhension limitée des expériences des patients et de leur satisfaction, cependant, l'élaboration d'indicateurs de qualité de service perçu par les patients peut résoudre ce problème, car ces indicateurs peuvent orienter les médecins sur les différents aspects susceptibles d'affecter la satisfaction de leurs patients améliorant ainsi la qualité de leur prise en charge.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude qualitative transversale de type un jour donné concernant les patients consultant en cabinets de médecine générale.

Résultats :

On dénombre 117 participants retenus dans le cadre de notre étude dont 61 participants de sexe masculin et 56 de sexe féminin.

L'âge moyen était de 31,7ans et plus de 22% des participants consultaient 3 fois par an ou plus.

En analyse univariée, la satisfaction des patients participants à notre questionnaire est statistiquement liée à 5 items : la réputation, la qualité de l'accueil, la qualité du personnel, la qualité de communication et la compétence du médecin.

En analyse multivariée, nous avons retenu 1 item qui est statistiquement lié à la satisfaction des malades : la qualité de l'accueil ($p=0.02$)

En analyse exploratoire (ACP) multivariée, nous avons identifiés 3 dimensions expliquant 54,1% la perception de la qualité des soins en MG.

Ces 3 dimensions englobent 20 indicateurs de qualité choisis pour notre étude.

Conclusion : A l'issue de notre travail, ont conclu que les médecins doivent prendre en considération tous les aspects de la prise en charge des patients afin de les satisfaire.

ABSTRACT

Title : General medicine facing the challenge of quality A cross-sectional survey of patients consulting in general medicine

Author : BENDAHMANE Abouinane

Thesis supervisor: Pr. BOUAITI EL ARBI

Keywords: General medicine, quality of care, quality indicators, satisfaction, Morocco.

Introduction: Doctors have a limited understanding of patients' experiences and satisfaction. However, developing indicators of perceived service quality by patients can solve this problem, these indicators can guide doctors on the different aspects that may affect their patients' satisfaction and, thus, improving the quality of their care.

Material and method: This is a cross-sectional qualitative study conducted on a given day, focusing on patients visiting general practitioner clinics.

Results: We have counted 117 participants in our study, including 61 male and 56 female participants. The average age was 31.7 years, and over 22% of participants consulted three or more times per year.

In univariate analysis, patient satisfaction with our questionnaire was statistically linked to five items (reputation, quality of reception, quality of staff, quality of communication, and physician competence).

In multivariate analysis, we found that only one item was statistically linked to patient satisfaction: the quality of reception ($p=0.02$).

In exploratory multivariate analysis (PCA), we identified three dimensions that explained 54.1% of the perception of the quality of care in general practice. These three dimensions encompassed 20 quality indicators chosen for our study.

Conclusion: At the end of our work, we concluded that doctors should take into consideration all aspects of patient care in order to satisfy them.

ملخص

العنوان: الطب العام أمام تحديّ الجودة دراسة عابرة تتعلق بالمرضى الذين يستشيرون طبيباً عاماً

الكاتب: بندحمان أبو عنان

الأستاذ المشرف: أستاذ بو عيطي العربي

الكلمات الأساسية: الطب العام، جودة الرعاية، مؤشرات الجودة، الرضا، المغرب.

مقدمة: لدى الأطباء فهم محدود لتجارب المرضى ورضاهم، ومع ذلك، يمكن حل هذه المشكلة عن طريق وضع مؤشرات جودة الخدمة المدركة من قبل المرضى، حيث يمكن أن توجه هذه المؤشرات الأطباء إلى الجوانب المختلفة التي يمكن أن تؤثر على رضا المرضى، وبالتالي تحسين جودة رعايتهم.

المواد والطرق: إنها دراسة نوعية عابرة تتعلق بالمرضى الذين يستشيرون طبيباً عاماً في العيادات.

النتائج: تم اختيار 117 مشاركاً لدراستنا، من بينهم 61 ذكراً و56 أنثى من الفئة العمرية المتوسطة عن 31.7 عاماً

وأكثر من 22% من المشاركين كانوا يستشيرون 3 مرات أو أكثر في العام.

في التحليل ذو الاتجاه الواحد، يرتبط رضا المرضى المشاركين بشكل إحصائي في استبيان بـ 5 عناصر (السمعة،

جودة الاستقبال، جودة الموظفين، جودة الاتصال، وكفاءة الطبيب).

في التحليل ذي الاتجاهات المتعددة، اخترنا عنصراً واحداً مرتبطاً بشكل إحصائي برضا المرضى: **جودة الاستقبال**

(P=0.02)

في التحليل الاستكشافي متعدد المتغيرات، حددنا 3 أبعاد تفسر 54.1% من إدراك جودة الرعاية في الطب العام. تشمل هذه الأبعاد 20 مؤشراً على الجودة تم اختيارها لدراستنا.

الاستنتاج: في ختام عملنا، نستنتج أنه يجب على الأطباء مراعاة جميع جوانب رعاية المرضى لإرضائهم.

ANNEXES

Annexe 1

Le questionnaire :

La qualité de service perçue par les patients

Bonjour,

Je réalise une étude sur la perception de la qualité de service des cabinets médicaux au sein de la région de Rabat.

Ce questionnaire est anonyme. L'objectif de cette étude est d'offrir aux médecins une idées sur les attentes de leurs patients, afin d'améliorer les mesures pour les satisfaire.

Exprimez vous librement en cochant une case par question, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse

Je vous remercie pour votre participation.

informations générales du patient :

Description (facultative)

Vous êtes : *

Femme

Homme

Votre âge : *

Moins de 20 ans

Entre 21 et 30 ans

Entre 31 et 40 ans

Entre 41 et 50 ans

Entre 51 et 60 ans

Entre 61 et 70 ans

Plus de 70 ans

Nombre de visite chez le médecin généraliste par an : *

- Aucune
- 1 visite par an
- 2 visites par an
- 3 visites par an
- 4 visites par an ou plus

Motif fréquent de consultation : *

- Fièvre
- Douleur
- Suivi d'une maladie chronique
- Suivi de grossesse
- Conseil médical
- Autre...

Le choix de votre cabinet médical est basé sur :

Sur une échelle de 1 à 5, quel est votre degré d'importance ?

Milieu : *

1 (pas du tout i... 2 (pas importa... 3 (plutôt pas i... 4 (important) 5 (très importa...

La réputation :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les tarifs prop...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La proximité :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'accèsibilité:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La propreté du ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'état de la sall...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualité des sa...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Main-d'œuvre : *

1 (pas du tout i... 2 (pas importa... 3 (plutôt pas i... 4 (important) 5 (très importa...

La qualité de l'...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La qualité du p...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La qualité de c...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La qualité du s...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La compétenc...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le temps de co...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La réponse en ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Moyen *

1 (pas du tout i... 2 (pas importa... 3 (plutôt pas i... 4 (important) 5 (très importa...

La facilité d'obt...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le délai :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le temps d'atte...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le respect d'or...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

⋮

Machine :

Description (facultative)

La qualité d'équipement (échographie /tensiomètre/otoscope ...) : *

	1	2	3	4	5	
Pas du tout important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très important

Matériel:

Description (facultative)

La qualité et la propreté du matériel (gants/abaïsse langue ...) : *

	1	2	3	4	5	
Pas du tout important	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Très important

Annexe 2

Tableau 13 : Tableau récapitulant les résultats de l'analyse univariée

			Satisfait à très satisfait		Non satisfait		p
			n	%	n	%	
Milieu	Réputation	Important à très important	81	69,20%	26	22,20%	0,002
		Pas important	3	2,50%	7	6%	
	Les tarifs proposés	Important à très important	40	34,20%	18	15,40%	0,5
		Pas important	44	37,60%	15	12,80%	
	La proximité	Important à très important	38	32,50%	16	13,70%	0,751
		Pas important	46	39,30%	17	14,50%	
	L'accessibilité	Important à très important	58	49,50%	22	18,80%	0,803
		Pas important	26	22,20%	11	9,40%	
	La propreté du cabinet	Important à très important	66	56,40%	21	17,90%	0,096
		Pas important	18	15,40%	12	10,20%	
	L'état de la salle d'attente	Important à très important	33	28,20%	9	7,70%	0,223
		Pas important	51	43,60%	24	20,50%	
	Qualité des sanitaires	Important à très important	60	51,30%	20	17,10%	0,257
		Pas important	24	20,50%	13	11,10%	
Main-d'œuvre	La qualité de l'accueil	Important à très important	78	66,60%	23	19,60%	0,001
		Pas important	6	5,10%	10	8,50%	
	La qualité du personnel	Important à très important	77	65,80%	24	20,50%	0,007
		Pas important	7	6%	9	7,70%	
	La qualité de communication	Important à très important	82	70,10%	27	23,10%	0,002
		Pas important	2	1,70%	6	5,10%	
	La qualité du suivi	Important à très important	71	60,70%	27	23%	0,721
		Pas important	13	11,10%	6	5,10%	
	La compétence du médecin	Important à très important	83	70,90%	28	24%	0,002
		Pas important	1	0,80%	5	4,20%	
	Le temps de consultation	Important à très important	55	47%	19	16,20%	0,425
		Pas important	29	24,80%	14	12%	
	La réponse en cas d'urgences	Important à très important	69	58,90%	24	20,50%	0,256
		Pas important	15	12,80%	9	7,70%	
La facilité d'obtention	Important à très important	66	56,40%	27	23,10%	0,696	
	Pas important	18	15,40%	6	5,10%		
Moyen	Le délai	Important à très important	68	58,10%	25	21,30%	0,531
		Pas important	16	13,70%	8	6,80%	
	Le temps d'attente	Important à très important	60	51,30%	24	20,50%	0,888
		Pas important	24	20,50%	9	7,70%	

	Le respect d'ordre de passage	Important à très important	75	64,10%	26	22,20%	0,137
		Pas important	9	7,70%	7	6%	
Machine	La qualité d'équipement	Important à très important	71	60,70%	24	20,50%	0,142
		Pas important	13	11,10%	9	7,70%	
Matériel	La qualité et la propreté du matériel	Important à très important	81	69,20%	28	23,90%	0,26
		Pas important	3	2,50%	5	4,27%	

Annexe 3

Tableau 14 : Tableau récapitulatif des résultats de l'analyse exploratoire

Dimensions	% de la variance	Proportion de la variance globale expliquée
1	35,1	64
2	11,6	24
3	7,4	13
TOTAL	54,10%	100%

REFERENCES

1. Daremberg C. Histoire des sciences médicales comprenant l'anatomie, la physiologie, la médecine, la chirurgie et les doctrines de pathologie générale. J.-B. Baillière ; 1870. 760 p.
2. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. 1961. Bull N Y Acad Med. 1996 ; 73(1) : 187-212.
3. Haute Autorité de Santé - Programme d'amélioration de la qualité (PAQ) [Internet]. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_436531/fr/programme-d-amelioration-de-la-qualite-paq
4. Druais PL, Frappé P, Certain MH, Combier M, Gay B. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé. Rapport remis à la ministre de la santé en mars. 2015,;
5. la loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins.pdf [Internet]. [cité 21 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.sante.gov.ma/Reglementation/SYSTEMEDESANTEETOFFREDESAINS/la%20loi%20c-34-09%20relative%20au%20syst%C3%A8me%20de%20sant%C3%A9%20et%20l%20offre%20de%20soins.pdf>
6. Sante en chiffres 2020 VF.pdf [Internet]. [cité 4 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.sante.gov.ma/Documents/2022/11/Sante%20en%20chiffres%202020%20VF.pdf>
7. Bauwens M, Bayer F, Lobbedez T, Couchoud C. Offre de soins. Néphrologie & Thérapeutique. 1 sept 2022 ; 18(5, Supplément 2):18/5S-e3.
8. chambre des representants rapport lect1-06.22 [Internet]. [cité 4 févr 2023]. Disponible sur : https://www.chambre-des-representants.ma/sites/default/files/loi/rapport_lect1-06.22_0.pdf
9. Silber D. Médecine 2.0: les enjeux de la médecine participative. La presse médicale. 2009;38(10):1456-62.
10. Danholt P, Piras EM, Storni C, Zanutto A. Special Issue on The Shaping of Patient 2.0: Exploring Agencies, Technologies and Discourses in New Healthcare Practices. Science & Technology Studies. 2013 ;
11. Lévy JJ, Thoër C. Internet et santé : acteurs, usages, et appropriations. PUQ ; 2012. 510 p.
12. Czuba C. Le recours de la télémédecine en santé au travail. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2019;80(4):284-7.
13. Joseph B, Hadeed G, Sadoun M, Rhee PM, Weinstein RS. Video consultation for trauma and emergency surgical patients. Crit Care Nurs Q. 2012;35(4):341-5.
14. Norman CD. Social media and health promotion. Glob Health Promot. 1 déc 2012 ; 19(4):3-6.

15. Moorhead SA, Hazlett DE, Harrison L, Carroll JK, Irwin A, Hoving C. A new dimension of health care: systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication. *J Med Internet Res.* 23 avr 2013 ;15(4) : e85.
16. Darmoni* S, Griffon** N, Massari*** P. Les systèmes d'aide à la décision médicale. *Réalités industrielles.* 2014;(4):47-50.
17. Larousse É. Définitions : qualité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/qualit%C3%A9/65477>
18. qualité - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/qualite>
19. Canada H. ARCHIVED - Exploring the Link Between Public Involvement/Citizen Engagement and Quality Health Care [Internet]. 2005 [cité 6 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/quality-care/exploring-link-between-public-involvement-citizen-engagement-quality-health-care.html>
20. Dazord A. Le concept de qualité de vie en médecine. *Doul et Analg.* 1 sept 2002 ; 15(3):155-7.
21. Martinowsky M. Recommandations et démarche d'amélioration de la qualité. *Archives de Pédiatrie.* 1 juin 2008 ; 15(5):653-5.
22. Hurlimann C. Approche conceptuelle de la qualité des soins. *Actualité et dossier en santé publique.* 2001;35:23-8.
23. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. - Recherche Google [Internet]. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: https://www.google.com/search?q=Agence+Nationale+d%27Accr%C3%A9ditation+et+d%27C3%89valuation+en+Sant%C3%A9+%28ANAES%29.+Acta+Endosc.&source=lmns&bih=666&biw=1517&rlz=1C1XXVF_frMA994MA998&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwj3wdCx5ID9AhUrtycCHdNwDg8Q_AUoAHoECAEQAA
24. Santé AN d'Accréditation et d'Évaluation en. Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé: principes généraux: mai 2002. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé; 2002.
25. Périgard C. Les indicateurs de qualité dans les systèmes d'information hospitaliers dans le domaine de la biologie médicale: revue de littérature. 2015;
26. Leclerc M. Communauté d'apprentissage professionnelle: guide à l'intention des leaders scolaires. *PUQ;* 2012. 232 p.
27. Comprendre les indicateurs [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 21 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1456737/fr/comprendre-les-indicateurs

28. Programme d'amélioration de la qualité (PAQ) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_436531/fr/programme-d-amelioration-de-la-qualite-paq
29. Ibn El Haj H, Lamrini M, Rais N. Quality of care between Donabedian model and ISO9001V2008. *International Journal for Quality Research*. 2013;7(1).
30. 001 Principes Demarche 0 Assurance Qualite | PDF | Management de la qualité | Risque [Internet]. [cité 7 févr 2023]. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/document/88878671/001-Principes-Demarche-0-Assurance-Qualite>
31. Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press; 2002.
32. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its measurement. *Ann Arbot*. 1980;
33. Lérat-Pytlak J. *Le passage d'une certification ISO 9001 à un management par la qualité totale [PhD Thesis]*. Université des Sciences Sociales-Toulouse I; 2002.
34. GAHOU TAKOU ANGE M. *Evaluation de la prédisposition des pharmacies d'officine au Maroc à la mise en place d'un Système de Management de la Qualité selon la norme ISO 9001 version 2008 dans une perspective de certification [PhD Thesis]*. 2011.
35. Seelbach CL, Brannan GD. *Quality Management*. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cité 7 févr 2023]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557505/>
36. ISO - ISO 9000:2000 - Systèmes de management de la qualité — Principes essentiels et vocabulaire [Internet]. [cité 7 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.iso.org/fr/standard/29280.html>
37. Robelet M. La profession médicale face au défi de la qualité: une comparaison de quatre manuels qualité. *Sciences sociales et santé*. 2001;19(2):73-98.
38. S99-223 GPF de Q• E dispositifs médicaux et gestion des risques • A norme X. *Les 7 principes de management de la qualité [Internet]*. Qualitiso. 2014 [cité 7 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.qualitiso.com/7-principes-management-qualite/>
39. Moen R, Norman C. *Evolution of the PDCA cycle*. 2006.
40. Annoni E, Ravat F, Teste O, Zurfluh G. *Méthode de Développement des Systèmes d'Information Décisionnels: Roue de Deming*. In: *Congrès Informatique des Organisations et Systèmes d'Information et de Décision-INFORSID'06*. 2006. p. 657-73.
41. Doumbo A. *Éléments pour la mise en place d'une démarche qualité au sein du Service Documentation de l'IUFM d'Aquitaine: dossier d'aide à la décision [PhD Thesis]*. 2010.
42. MUNIER L. *La démarche qualité à Nantes Université [Internet]*. Nantes Université. Laurent MUNIER; [cité 7 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.univ-nantes.fr/decouvrir-luniversite/vision-strategie-et-grands-projets/la-demarche-qualite-a-luniversite-de-nantes>

43. LES_OUTILS_ET_METHODES_DE_LA_GESTION_DE_LA_QUALITE.pdf [Internet]. [cité 7 févr 2023]. Disponible sur: https://www.mccours.net/cours/pdf/gestion/LES_OUTILS_ET_METHODES_DE_LA_GESTION_DE_LA_QUALITE.pdf
44. Picarillo AP. Introduction to quality improvement tools for the clinician. *Journal of Perinatology*. 2018;38(7):929-35.
45. Strasser S, Aharony L, Greenberger D. The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Medical care review*. 1993;50(2):219-48.
46. TOKUNAGA J, IMANAKA Y, NOBUTOMO K. Effects of patient demands on satisfaction with Japanese hospital care. *International Journal for Quality in Health Care*. 1 oct 2000;12(5):395-401.
47. Influence of length of stay on patient satisfaction with hospital care in Japan - PubMed [Internet]. [cité 9 févr 2023]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12515335/>
48. Imanaka Y, Araki S, Murata K, Nobutomo K. Determinants of patient satisfaction and intention to continue service utilization: Analysis of a survey of outpatients at general hospital. [Nihon Koshu Eisei Zasshi] *Japanese Journal of Public Health*. 1993;40(8):624-35.
49. Charon JA, Joachim F. *Service patient, service gagnant*. Wolters Kluwer France; 1995.
50. Crow H, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. Measurement of satisfaction with health care: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health technology assessment*. 2002;
51. Dijs-Elsinga J, Otten W, Versluijs MM, Smeets HJ, Kievit J, Vree R, et al. Choosing a hospital for surgery: the importance of information on quality of care. *Med Decis Making*. 2010;30(5):544-55.
52. Orr D, Sidiki SS, McGhee CN. Factors that influence patient choice of an excimer laser treatment center. *J Cataract Refract Surg*. mars 1998;24(3):335-40.
53. Merle V, Germain JM, Tavolacci MP, Brocard C, Chefson C, Cyvoct C, et al. Influence of infection control report cards on patients' choice of hospital: pilot survey. *J Hosp Infect*. mars 2009;71(3):263-8.
54. Haynes R, Lovett A, Sünnerberg G. Potential accessibility, travel time, and consumer choice: geographical variations in general medical practice registrations in Eastern England. *Environment and Planning A*. 2003;35(10):1733-50.
55. L'accessibilité du cabinet médical [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 10 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/laccessibilite-cabinet-medical>

56. Karydis A, Komboli-Kodovazeniti M, Hatzigeorgiou D, Panis V. Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care. *International journal for quality in health care*. 2001;13(5):409-16.
57. Naseer M, Zahidie A, Shaikh B. Determinants of patient's satisfaction with health care system in Pakistan: a critical review. *Pakistan Journal of Public Health*. 1 juin 2012;2(2):52-61.
58. Ali DA. Patient satisfaction in Dental Healthcare Centers. *Eur J Dent*. 2016;10(3):309-14.
59. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine*. 1997;45(12):1829-43.
60. Abramowitz S, Coté AA, Berry E. Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach. *QRB Qual Rev Bull*. avr 1987;13(4):122-30.
61. Otani K, Kurz RS, Harris LE, Byrne FD. Managing primary care using patient satisfaction measures/practitioner application. *Journal of healthcare Management*. 2005;50(5):311.
62. Bleustein C, Rothschild DB, Valen A, Valatis E, Schweitzer L, Jones R. Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. *The American journal of managed care*. 2014;20(5):393-400.
63. Matić Z, Oh Y, Lim L, Zimring C. Placing Users at the Center: Evaluating Exam Room Design for Improved User Experience. *HERD*. 1 oct 2022;15(4):152-66.
64. Liang H, Xue Y, Zhang Z ruo. Patient satisfaction in China: a national survey of inpatients and outpatients. *BMJ Open*. 1 sept 2021;11(9):e049570.
65. Druică E, Mihăilă V, Burcea M, Cepoi V. Combining Direct and Indirect Measurements to Assess Patients' Satisfaction with the Quality of Public Health Services in Romania: Uncovering Structural Mechanisms and Their Implications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. janv 2020;17(1):152.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

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

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

Les médecins seront mes frères.

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

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

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.



**Déclaration
Genève, 1948**



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



جامعة محمد الخامس بالرباط
Université Mohammed V de Rabat

أطروحة رقم: 136

سنة: 2023

الطب العام أمام تحدي الجودة

دراسة عابرة تتعلق بالمرضى الذين يستشيرون طبيباً عاماً
أطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم: 2023/ 03 / 23
من طرف

السيد بندحمان أبو عنان

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية: الطب العام، جودة الرعاية، مؤشرات الجودة، الرضا، المغرب.

أعضاء اللجنة

رئيس الأطروحة

السيد السباعي إدريسي كريم

مدير الأطروحة

أستاذ في الطب الوقائي والصحة العامة والصحة النظافة

مشرف

السيد بو عيطي العربي

أستاذ في الطب الوقائي والصحة العامة والصحة النظافة

مشرف

السيد زرارة حميد

أستاذ في المناعة ومتخصص في علم الأحياء

السيد أحمد ركاد

أستاذ في الأمراض التعفننية والمعدية