

Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : "Exploration de l'état de la préparation et de mise en Suvre des mécanismes nationaux Maroc à la lumière du premier instrument d'enquête de l'OMS"

Auteur : Vandoornick, Annabelle

Promoteur(s) : 27047; Bodson, Oriane

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/22622>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Exploration de l'état de préparation et de mise en œuvre des
mécanismes nationaux d'accréditation au Maroc à la lumière du
premier instrument d'enquête de l'OMS

Mémoire présenté par **Annabelle VANDOORNICK**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé Publique
Finalité spécialisée en praticien spécialisé de Santé Publique

Année académique 2024 - 2025

Exploration de l'état de préparation et de mise en œuvre des
mécanismes nationaux d'accréditation au Maroc à la lumière du
premier instrument d'enquête de l'OMS

Mémoire présenté par **Annabelle VANDOORNICK**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé Publique
Finalité spécialisée en praticien spécialisé de Santé Publique
Année académique 2024 - 2025
Promoteur : Dr. **Blerta MALIQI**
Co-promoteur : Dr. **Oriane BODSON**
Année académique 2024 – 2025

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement l'ensemble des personnes qui ont accepté de participer à cette recherche, en m'accordant de leur temps et en partageant leurs expériences avec sincérité. Leur parole a été précieuse pour éclairer ce sujet complexe qu'est l'accréditation hospitalière dans un contexte de réforme.

Je remercie tout particulièrement le Professeur Zakaria Belrhiti pour son accompagnement sur le terrain, sa disponibilité, sa rigueur bienveillante et la confiance qu'il m'a accordée tout au long de cette aventure. Merci également au Pr Anne-Françoise Donneau et au Dr Oriane Bodson, mes encadrantes à l'Université de Liège, pour leur regard, leurs encouragements, et leur accompagnement.

Je souhaite également adresser mes sincères remerciements au Dr Blerta Maliqi et à son équipe pour l'opportunité qui m'a été offerte de collaborer avec l'Organisation Mondiale de la Santé. Le terrain de collecte a été une expérience extrêmement enrichissante, autant humainement qu'intellectuellement.

Merci aussi au Centre pour le Partenariat et la Coopération au Développement (PACODEL) pour l'octroi d'une bourse de voyage ayant facilité mon déplacement sur le terrain, ainsi qu'à son équipe pour leurs conseils et leur disponibilité lors de la préparation de cette mobilité.

Merci aux équipes pédagogiques croisées dans le cadre de ce cursus, ainsi qu'à mes collègues de promotion avec qui j'ai partagé d'intenses moments de réflexion, de doute, et de belle complicité.

Merci à celles et ceux qui m'ont soutenue de près ou de loin : mes collègues, mes ami(e)s, et ma famille. Un merci particulier à mon compagnon, pour sa patience inébranlable, son soutien quotidien et pour avoir gérer seul nos enfants pendant 6 semaines.

Enfin, une pensée toute particulière pour ma maman, disparue peu après la remise de mon protocole. Je lui dédie ce travail, avec l'espoir qu'elle serait fière du chemin parcouru.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	1
INTRODUCTION.....	2
1. QUALITÉ DES SOINS ET ACCRÉDITATION.....	2
a. Généralités	2
b. <i>L'accréditation hospitalière dans les pays à revenu faible et intermédiaire</i>	3
c. <i>Le contexte marocain</i>	4
d. <i>Défis persistants et spécificités contextuelles</i>	5
2. L'OUTIL OMS.....	6
3. CADRES D'ANALYSE DE L'ACCRÉDITATION HOSPITALIÈRE : EXPLORATION ET CHOIX	7
4. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	9
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	9
1. TYPE D'ÉTUDE ET CADRE GÉNÉRAL	9
2. OUTIL OMS ET ADAPTATION QUALITATIVE	10
3. COLLECTE DES DONNÉES	10
4. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES.....	12
5. ASPECTS RÉGLEMENTAIRES	12
a. <i>Comités d'éthique.....</i>	12
b. <i>Vie privée et protection des données</i>	12
c. <i>Information et consentement.....</i>	13
d. <i>Assurance</i>	13
RÉSULTATS.....	13
1. ANALYSE MACRO-POLITIQUE SELON LE CADRE DES COURANTS MULTIPLES DE KINGDON	13
a. <i>Courant des problèmes : une prise de conscience récente mais partagée.....</i>	13
b. <i>Courant des solutions : des instruments disponibles mais sans ancrage durable</i>	15
c. <i>Courant politique : une dynamique en marche, entre affichage et réalité.....</i>	16
d. <i>Synthèse : la fenêtre d'opportunité comme convergence des trois courants.....</i>	17
2. ANALYSE MÉSO-INSTITUTIONNELLE SELON LE CADRE DE KUCHENMÜLLER	18
a. <i>Gouvernance : entre contrôle centralisé, réappropriation et intégration stratégique..</i>	18
b. <i>Standard et processus : héritages, outils et structuration</i>	19
c. <i>Partenariats et soutiens : des leviers externes face à l'absence d'ancrage national...</i>	20
d. <i>Leadership : Figures clés, mobilisation collective et professionnalisation</i>	21
e. <i>Ressources : ajustements ponctuels, adaptation et investissement.....</i>	22
f. <i>Culture organisationnelle : entre méfiance, apprentissage et intégration.....</i>	23
g. <i>Synthèse : une institutionnalisation contrastée</i>	24

3. ANALYSE MICRO-HUMAINE ET ORGANISATIONNELLE SELON LA THÉORIE DE LA DIFFUSION DES INNOVATIONS DE ROGERS	24
a. <i>Avantage relatif : une valeur ajoutée à confirmer</i>	25
b. <i>Compatibilité : entre adhésion et frottements institutionnels</i>	25
c. <i>Complexité : une mise en œuvre fragile</i>	25
d. <i>Possibilité d'essai : entre enthousiasme initial et abandon prématué.....</i>	26
e. <i>Observabilité : des bénéfices peu visibles.....</i>	26
f. <i>Synthèse: une appropriation à géométrie variable.....</i>	26
DISCUSSION	27
1. VALIDATION DE LA DÉMARCHE ET CADRE INTERPRÉTATIF.....	27
2. CONVERGENCES ET APPRENTISSAGES	27
3. TENSIONS ET DÉFIS PERSISTANTS	30
4. LIMITES, APPORTS, PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS	32
a. <i>Limites méthodologiques et précautions d'interprétation</i>	32
b. <i>Apports analytiques et méthodologiques.....</i>	33
c. <i>Perspectives de recherche et d'action.....</i>	33
d. <i>Recommandations pour un ancrage durable</i>	33
CONCLUSION.....	35
BIBLIOGRAPHIE	36
ANNEXES	42
1. ANNEXE 1 : OUTIL OMS – TABLE DES MATIÈRES SIMPLIFIÉE	42
2. ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN	43
3. ANNEXE 3 : ACCORDS COMITÉS D'ÉTHIQUE	46
4. ANNEXE 4 : FICHE D'INFORMATION.....	51
5. ANNEXE 5 : SYNTHÈSE VISUELLE DE L'ANALYSE MACRO-POLITIQUE AU MAROC, ADAPTÉE DU CADRE DES COURANTS MULTIPLES DE KINGDON (1995).....	54
6. ANNEXE 6 : TRAJECTOIRE D'INSTITUTIONNALISATION DE L'ACCREDITATION AU MAROC À PARTIR DU CADRE DE KUCHENMÜLLER ET AL. (2022)	55
7. ANNEXE 7 : APPROPRIATION DIFFÉRENCIÉE DE L'ACCREDITATION SELON LE MODÈLE DE DIFFUSION DES INNOVATIONS DE ROGERS (1983) /GREENHALGH (2004)	56
8. ANNEXE 8 : DYNAMIQUES SYSTÉMIQUES DE L'ACCREDITATION HOSPITALIÈRE AU MAROC : ENTRE LEVIERS VERTUEUX ET BLOCAGES PERSISTANTS	57
9. ANNEXE 9 : ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT	58

RÉSUMÉ

Introduction : Dans un contexte de refonte du système de santé marocain, l'accréditation hospitalière émerge comme un levier stratégique pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Ce mémoire propose une étude de cas exploratoire menée au Maroc, mobilisant un outil d'enquête récemment élaboré par l'Organisation Mondiale de la Santé, encore en phase d'expérimentation, afin d'analyser les dynamiques d'appropriation, de mise en œuvre et d'impact perçu de l'accréditation dans un système en transition.

Méthodes : Une approche qualitative, inductive et multiniveaux a été adoptée. Quinze acteurs clés ont été interrogés au travers d'entretiens semi-directifs et de focus group. Les profils ciblés couvraient une diversité de secteurs (public, privé lucratif, privé non lucratif) et de fonctions (cadres qualité, chefs de projet accréditation, responsables institutionnels, experts impliqués dans la gouvernance ou la formation). Les entretiens ont été guidés par une adaptation contextualisée de l'outil OMS. L'analyse s'est appuyée sur trois cadres théoriques complémentaires : Kingdon (mise à l'agenda politique), Kuchenmüller (institutionnalisation), et Rogers (diffusion des innovations).

Résultats : Les résultats montrent des avancées encourageantes mais aussi de nombreux défis. L'accréditation est désormais mieux reconnue politiquement, et certains projets pilotes ont permis de sensibiliser les acteurs et d'améliorer les pratiques. Cependant, plusieurs obstacles persistent : un leadership national limité, l'absence de leviers incitatifs, une complexité perçue élevée et des systèmes de suivi et de retour d'information encore faibles.

Discussion : Cette recherche confirme que l'accréditation hospitalière ne peut être réduite à un outil technique : elle fait partie d'un processus de transformation structurelle nécessitant une convergence entre leadership politique, capacités institutionnelles, engagement professionnel et alignement des incitations. Des recommandations concrètes sont formulées pour renforcer les conditions de sa mise en œuvre durable, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Mots-clés : accréditation hospitalière, qualité des soins, gouvernance en santé, réforme sanitaire, Maroc, étude qualitative, OMS.

ABSTRACT

Introduction : In the context of major health system reform in Morocco, hospital accreditation is emerging as a key strategy to improve the quality and safety of care. This thesis presents an exploratory case study conducted in Morocco, using a new tool developed by the World Health Organization (WHO), still under testing, to explore how accreditation is understood, implemented, and perceived in a health system in transition.

Methods : A qualitative, inductive, and multi-level approach was used. Fifteen key actors were interviewed through ten semi-structured interviews. The participants came from different sectors (public, for-profit private, non-profit private) and functions (quality managers, accreditation project leaders, institutional decision-makers, and experts involved in governance or training). The interviews were guided by an adapted version of the WHO tool. Three conceptual frameworks were used: Kingdon (political agenda setting), Kuchenmüller (policy institutionalization), and Rogers (innovation diffusion).

Results : The results show encouraging progress but also many challenges. Accreditation is now better recognized politically, and some pilot projects have helped raise awareness and improve practices. However, many obstacles remain: limited national leadership, a lack of incentives, high perceived complexity, and weak feedback and performance monitoring systems.

Discussion : Accreditation should not be seen only as a technical tool. It is part of a broader system transformation, which requires political leadership, strong institutions, committed professionals, and adapted support mechanisms. This study offers practical recommendations for improving implementation in middle-income countries like Morocco.

Keywords: hospital accreditation, quality of care, health governance, health reform, Morocco, qualitative study, WHO.

LISTES DES ABRÉVIATIONS

AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANAM	Agence Nationale de l'Assurance Maladie
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DHSA	Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires
DPRF	Direction de la Planification et des Ressources Financières
GST	Groupement Sanitaire Territorial
HAS	Haute Autorité de Santé
IRES	Institut Royal des Études Stratégiques
ISQua	<i>International Society for Quality in Health Care</i>
LMICs	<i>Low- and Middle-Income Countries</i> (Pays à revenu faible et intermédiaire)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
QHSE	Qualité, Hygiène, Sécurité, Environnement
RAMED	Régime d'Assistance Médical

PRÉAMBULE

Infirmière de formation et de terrain, j'ai exercé pendant plusieurs années dans un service de gériatrie hospitalière, confrontée au quotidien aux enjeux de coordination, de traçabilité et de qualité des soins. C'est en vivant de l'intérieur les limites du système, mais aussi les efforts déployés par les équipes pour améliorer la prise en charge, que j'ai progressivement ressenti le besoin d'élargir ma compréhension au niveau systémique.

Curieuse de comprendre les leviers d'action à une échelle plus macro, je me suis engagée dans un master en Sciences de la Santé Publique avec l'envie de faire le lien entre l'expérience de terrain et les dynamiques institutionnelles. Le thème de la qualité des soins, de son pilotage et de son institutionnalisation s'est alors naturellement imposé à moi.

L'opportunité d'un terrain au Maroc, en partenariat avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Université Mohammed VI des Sciences et de la Santé (UM6SS), m'a permis d'explorer ces enjeux sous un autre angle, dans un contexte de réforme profonde du système de santé. J'y ai découvert une pluralité d'acteurs, des tensions mais aussi une véritable volonté d'amélioration, souvent portée par des individus engagés, parfois seuls, parfois collectivement.

À travers cette étude, j'ai cherché à comprendre comment l'accréditation peut devenir un levier de transformation, à quelles conditions elle est réellement appropriée, et comment elle s'inscrit dans les pratiques, les discours et les stratégies de gouvernance.

Ce mémoire est le fruit de cette immersion, mêlant données de terrain, lectures croisées et regards d'acteurs. Il ne prétend pas à l'exhaustivité, mais souhaite contribuer à une réflexion plus globale sur la qualité comme pilier des systèmes de santé, ici et ailleurs.

INTRODUCTION

1. QUALITÉ DES SOINS ET ACCRÉDITATION

a. GÉNÉRALITÉS

La qualité des soins est définie par l'OMS comme: « *la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux individus et aux populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats de santé souhaités et sont conformes aux connaissances professionnelles fondées sur des données probantes* »¹. Elle constitue un enjeu majeur à l'échelle mondiale : dans les pays à revenu faible et intermédiaire (LMICs), jusqu'à 15 % des décès seraient liés à des soins de mauvaise qualité, soit 5,7 à 8,4 millions de morts par an. Ces défaillances entraînent par ailleurs des pertes économiques considérables, estimées entre 1400 et 1600 milliards de dollars. Même dans les pays à revenu élevé, la qualité des soins reste un défi majeur, avec 1 patient sur 10 subissant un préjudice lors de l'hospitalisation et un risque d'infection associée aux soins pour 7 patients hospitalisés sur 100 (2).

Il existe « *sept composantes mesurables de la qualité des services de santé qui accroissent les chances d'obtenir les résultats de santé souhaités* » (3): I) l'efficacité, assurant des traitements fondés sur des preuves et adaptés aux besoins; II) la sécurité, évitant les préjudices pour les patients; III) la centralité du patient, en tenant compte de ses préférences, besoins et valeurs; IV) la disponibilité en temps utile, réduisant les délais d'attente préjudiciables; V) l'équité, garantissant que la qualité des soins ne dépende pas du genre, de l'origine ethnique ou de la situation géographique; VI) l'intégration, assurant la continuité des services tout au long de la vie; et enfin, VII) l'efficience, optimisant l'utilisation des ressources disponibles pour éviter le gaspillage. Ainsi, « *des soins de haute qualité améliorent les résultats pour la santé et réduisent le gaspillage* » (3).

Conscients de cet enjeu, de nombreux pays ont intégré cette exigence de qualité des soins dans leurs principes démocratiques et constitutionnels, insistant sur l'accès équitable et la continuité des services de santé. De plus, dans le cadre de la couverture sanitaire universelle (CSU), visant à garantir l'accès à des services de santé de qualité sans préjudice financier,

¹ Cette définition est dérivée de celle produite par l'*Institute of Medicine*(1)

l'amélioration de la qualité des soins est une priorité absolue (4). Une question fondamentale émerge alors: A quoi bon fournir des soins à tous, s'ils ne sont pas de qualité ?

Dans les LMICs, le processus de mise en place de la CSU constitue une opportunité d'améliorer la qualité des services de santé. En effet, « *lors de la création et de la maturation d'un système de santé, il est possible de le guider, de l'encourager et de l'influencer dans la direction souhaitée. À mesure que ce système se développe, l'exigence de qualité peut être intégrée de manière systématique à toutes les politiques, processus et institutions concernées.* » (3). La maximisation de l'accès à des services de santé sûrs et de qualité à un prix abordable demeure donc une question cruciale pour de nombreux pays.

Au niveau des établissements de soin, « *la qualité et la sécurité des soins correspondent à une attente légitime des usagers des services de santé, à une obligation éthique des professionnels et à une exigence de performance pour les gestionnaires* » (5). Ainsi, l'amélioration de la qualité des soins a été une préoccupation constante à travers diverses initiatives (6), telles que l'assurance qualité et les programmes axés sur l'amélioration continue. Alors que l'assurance qualité compare les performances actuelles aux normes établies, l'amélioration de la qualité vise à éléver continuellement les attentes en matière de performances.

L'accréditation émerge alors comme un outil opérationnel, fournissant des normes et des critères précis aux organisations de santé pour évaluer et améliorer leurs performances. Définie par l'*International Society for Quality in Health Care* (ISQua), l'accréditation est « *un processus d'auto-évaluation et d'examen externe par les pairs utilisé par les organismes de santé et de protection sociale pour évaluer avec précision leur niveau de performance par rapport aux normes établies et pour mettre en œuvre des moyens en vue d'améliorer continuellement le système de santé ou les services sociaux* » (7). Elle vise à garantir que les pratiques répondent aux exigences de qualité et de sécurité dans la prise en charge du patient (8). Et en plus de sécuriser les soins, elle peut nourrir une culture organisationnelle forte lorsqu'elle est portée par le leadership (9).

b. L'ACCRÉDITATION HOSPITALIÈRE DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE ET INTERMÉDIAIRE

L'accréditation hospitalière se développe progressivement dans les LMICs comme levier d'amélioration de la qualité des soins, même si sa mise en œuvre y diffère des modèles occidentaux. Deux revues récentes apportent un éclairage précieux sur ces particularités.

Mansour et al. (10) ont examiné le développement de l'accréditation hospitalière à travers une revue de la littérature, en se concentrant sur la manière dont les politiques et pratiques d'accréditation sont transférées entre les pays, en particulier dans les LMICs. Ils montrent que les

politiques d'accréditation dans les LMICs sont souvent issues de transferts internationaux, portés par des acteurs nationaux et appuyés par des bailleurs. Mais ces modèles sont toutefois adaptés localement plutôt que simplement copiés, en fonction des priorités nationales.

Smits et al. (11), quant à eux, soulignent l'émergence d'approches innovantes : ajustement des normes, incitations financières ciblées, intégration dans les mécanismes de financement, avec un objectif d'amélioration globale plutôt que de distinction élitiste. Les LMICs s'attachent à renforcer collectivement la qualité en soutenant aussi les établissements les plus fragiles.

c. LE CONTEXTE MAROCAIN

Au Maroc, la généralisation de la CSU est devenue une priorité nationale, inscrite dans une réforme globale du système de santé. Pour être pleinement effective, cette couverture doit s'accompagner d'un renforcement de la qualité des soins, condition essentielle pour garantir un accès réel, équitable et durable aux services de santé.

Le système de santé marocain fait face à des défis majeurs, dans un contexte de transition épidémiologique, démographique et sociale. Les maladies non transmissibles représentent désormais 74 % des décès et mobilisent plus de 73 % des dépenses publiques de santé. Le vieillissement de la population accentue cette pression, avec une proportion de plus de 60 ans passée de 7,2 % en 1960 à 10,8 % en 2019 (12).

Depuis la Constitution de 2011, l'accès équitable aux soins est inscrit comme un droit fondamental (article 31) (13). Toutefois, de fortes inégalités subsistent, notamment en lien avec le revenu, le lieu de résidence ou le niveau d'éducation, exacerbées par un dualisme marqué entre secteurs public et privé. Le coût des soins reste un frein majeur: 10 % des ménages y consacrent 30 % de leurs revenus, et 3 % atteignent des seuils qualifiés de « *dépenses catastrophiques* » par l'OMS (12). Le système souffre aussi d'un déficit de ressources humaines, estimé à 10 000 médecins et 70 000 infirmiers manquants et d'un écart de productivité entre secteurs public et privé (12).

Face à ces enjeux, une stratégie d'amélioration de la qualité a été initiée dès les années 1990, avec le lancement d'un programme national d'assurance qualité en 1999 (14). L'accréditation hospitalière, introduite dans les années 2000, s'inscrit dans cette logique de reconnaissance et de renforcement des capacités des établissements à garantir des soins sûrs et efficaces (15).

Cette dynamique a connu une nouvelle impulsion avec l'adoption, en juillet 2022, de la loi-cadre 06-22 (16) qui pose les bases de la réforme du système national de santé. Ce texte

fondateur marque une volonté politique forte de refonder la gouvernance sanitaire, à travers quatre piliers structurants.

Le premier pilier est la généralisation de la CSU, qui vise à offrir à l'ensemble de la population une protection contre le risque maladie, en combinant assurance maladie obligatoire et mécanismes de solidarité nationale.

Le deuxième pilier concerne la réorganisation de l'offre de soins autour des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST), établissements publics dotés de l'autonomie financière et administrative, chargés de la planification, de la coordination et de la gestion intégrée des services de santé à l'échelle régionale. Cette territorialisation vise à corriger les inégalités d'accès et à renforcer la continuité des soins, en adaptant l'offre aux besoins locaux et en assurant une meilleure articulation entre les différents niveaux de prise en charge.

Le troisième pilier repose sur la transformation numérique du système de santé. Il s'agit d'instaurer une gouvernance de l'information fondée sur des systèmes d'information interconnectés, fiables et accessibles, permettant de mieux suivre les parcours de soins, d'évaluer la performance des établissements et de renforcer la transparence.

Enfin, le quatrième pilier est la création d'une Haute Autorité de Santé (HAS), instance nationale indépendante, chargée notamment de l'évaluation de la qualité des soins, de l'accréditation des établissements, de l'encadrement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et de la formulation d'avis sur les politiques de santé. Cette autorité succède à l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) et se voit confier un rôle central dans la régulation, la normalisation et l'amélioration continue du système.

Dans ce nouveau paysage institutionnel, l'accréditation hospitalière est appelée à jouer un rôle central : elle constitue un levier de professionnalisation, de responsabilisation des structures, et d'amélioration continue, en lien avec la logique d'autonomie et de contractualisation que la réforme entend promouvoir.

d. DÉFIS PERSISTANTS ET SPÉCIFICITÉS CONTEXTUELLES

À l'échelle internationale, l'accréditation hospitalière suscite des débats quant à son impact réel sur la qualité des soins. L'étude d'Araujo et al. (17) souligne, à travers une méta-analyse de 36 études quantitatives, un effet globalement positif sur la sécurité et l'efficience, mais nuancé par la grande hétérogénéité des contextes et des programmes étudiés. De leur côté, Alhawajreh et al. (18) insistent sur les difficultés de mise en œuvre liées aux contraintes de terrain (manque de temps, surcharge administrative, flou des objectifs), plaidant pour une lecture

contextuelle fondée sur la théorie de la normalisation des pratiques. Ces deux travaux mettent en évidence des limites communes : complexité de l'évaluation, absence d'objectifs clairs, et chevauchements avec d'autres mécanismes réglementaires (19).

Au Maroc, la littérature nationale vient enrichir ce diagnostic avec des analyses ancrées dans les réalités du système de santé. Elle met en évidence des faiblesses persistantes en matière de gestion, de sécurité des soins et de satisfaction des usagers, malgré l'existence de cadres structurés comme les concours Qualité (20). Elle souligne également un faible taux de mise en œuvre des recommandations issues des évaluations (21), une dispersion des démarches qualité souvent portées par des dynamiques locales non coordonnées (22), ainsi qu'un manque de cadre juridique stable, de coordination interinstitutionnelle et d'appropriation par les professionnels (23).

2. L'OUTIL OMS

Face à la diversité des expériences, aux résultats contrastés relevés dans la littérature, et à la difficulté de comparer les dispositifs existants (souvent hétérogènes, peu évalués dans la durée et ancrés dans des contextes spécifiques), l'OMS a récemment développé un outil international visant à cartographier et analyser de manière plus systématique les dynamiques d'accréditation dans les établissements de santé.

Intitulé *Global Assessment of Accreditation Practices, Processes and Systems*, cet outil vise à mieux documenter l'état de préparation, la force de mise en œuvre et l'impact perçu des processus d'accréditation, en particulier dans les LMICs. L'objectif affiché est de générer des données comparatives et de nourrir les futures orientations politiques de l'OMS et de ses partenaires.

Conçu à l'origine sous forme de questionnaire structuré, l'outil repose majoritairement sur des questions fermées, des choix de réponses et des indicateurs quantitatifs (fréquences, pourcentages). Il est conçu pour être complété par un panel d'acteurs nationaux impliqués dans la mise en œuvre de l'accréditation, permettant ainsi de dresser un profil-pays consolidé.

Trois grandes sections structurent l'outil :

- la première, centrée sur l'état de préparation, explore notamment l'environnement réglementaire, les politiques et incitations, la gouvernance, le financement, les capacités de formation et les normes mobilisées;
- la deuxième analyse la force de mise en œuvre, à travers la portée, la profondeur, et les défis concrets rencontrés sur le terrain;

- la troisième interroge l'impact perçu et les dispositifs d'évaluation, afin de mieux cerner les effets attendus ou observés de l'accréditation sur la qualité des soins et la performance organisationnelle.

Pour préserver la confidentialité du contenu détaillé de cet outil encore non publié, une table des matières simplifiée est proposée en **annexe 1** permettant au lecteur de saisir la structuration générale du cadre.

3. CADRES D'ANALYSE DE L'ACCRÉDITATION HOSPITALIÈRE : EXPLORATION ET CHOIX

Pour enrichir l'analyse et rendre compte de la complexité du phénomène étudié, la littérature scientifique propose plusieurs cadres conceptuels permettant une lecture à plusieurs niveaux. Dans le cas de l'accréditation hospitalière, ces cadres permettent d'explorer les dynamiques politiques qui ont permis son inscription à l'agenda (macro), les conditions de son institutionnalisation dans les organisations (méso), et les modalités de son adoption par les professionnels de santé (micro).

À l'échelle des politiques publiques, le cadre des *Multiple Streams* de Kingdon (24) est largement utilisé pour analyser les conditions d'émergence d'une réforme à l'agenda gouvernemental. Il met en évidence la nécessaire convergence entre un problème perçu, des solutions disponibles, et un contexte politique propice, permettant l'ouverture d'une « fenêtre d'opportunité ». Ce modèle est particulièrement utile pour comprendre l'inscription de l'accréditation dans les priorités sanitaires nationales. Toutefois, son ancrage nord-américain a suscité plusieurs critiques dans les LMICs. Song et al. (25) soulignent notamment que le modèle original ne rend pas compte des temporalités politiques souvent plus longues dans ces pays, ni de la complexité liée à une gouvernance fragmentée entre acteurs étatiques, donateurs et partenaires techniques. Ils pointent aussi la dépendance accrue à l'aide extérieure, qui peut conditionner la mise à l'agenda plus que les dynamiques internes. Leur adaptation du modèle propose donc une lecture plus contextuelle, tenant compte des relations de pouvoir asymétriques, des cycles politiques étirés et de la place centrale des bailleurs dans la définition des priorités de réforme.

Dans le même registre macro-politique, le *policy triangle* de Walt et Gilson (26) propose d'analyser toute politique en croisant quatre dimensions : contenu, contexte, acteurs et processus. Ce cadre offre une vision globale utile pour décrire l'environnement réformateur, mais reste plus descriptif et moins adapté à la compréhension des dynamiques de changement dans le temps, notamment dans des réformes longues et fragmentées comme l'accréditation.

À l'échelle institutionnelle, le cadre de Kuchenmüller et al. (27) permet d'analyser les conditions d'institutionnalisation durable de pratiques fondées sur des données probantes dans les systèmes de santé. L'accréditation hospitalière peut s'inscrire dans cette logique, en tant que démarche reposant sur des référentiels construits à partir de standards internationaux et de données empiriques. Ce modèle identifie six domaines interdépendants : gouvernance, standards/processus, partenariats, leadership, ressources et culture organisationnelle, et intègre une lecture temporelle des phases de stabilisation (de l'émergence à la désinstitutionnalisation). Il permet d'apprécier le niveau d'ancrage des démarches qualité, dont l'accréditation, au sein des établissements de santé.

D'autres cadres institutionnels ou systémiques récents, comme les *Learning Health Systems* (28) ou *ACES-GLEAM* (29) insistent sur l'adaptation des standards de qualité aux spécificités locales et sur les capacités d'apprentissage au sein des établissements de santé. Cependant, leur mise en œuvre suppose des prérequis techniques et numériques importants, tels qu'un système d'information performant et une capacité d'analyse de données structurée, encore rarement réunis dans le contexte étudié.

À l'échelle des comportements professionnels et organisationnels, la théorie de la diffusion des innovations d'Everett Rogers (30), revisitée par Greenhalgh et al. (31) pour le secteur de la santé, permet d'explorer les facteurs d'appropriation ou de résistance à une innovation comme l'accréditation. Elle repose sur cinq attributs influençant l'adoption : l'avantage relatif (perçu par rapport aux pratiques antérieures), la compatibilité (avec les valeurs, normes et routines existantes), la complexité (réelle ou perçue), la possibilité d'essai (*trialability*) et l'observabilité des résultats. Ce cadre permet de structurer l'analyse des perceptions professionnelles et des dynamiques d'engagement local.

Enfin, deux approches complémentaires viennent enrichir ce panorama. Le modèle *Knowledge-to-Action* (32) analyse les conditions de transformation des connaissances en action concrète dans les organisations de santé. La *Force Field Analysis* (33), quant à elle, aide à repérer les forces motrices et les résistances qui influencent la réussite des processus de changement, comme l'accréditation.

Malgré leur richesse, ces cadres sont souvent utilisés de manière isolée. Or, pour analyser un processus transversal comme l'accréditation, il apparaît essentiel de les articuler. C'est le parti pris de cette étude : croiser trois modèles théoriques complémentaires pour explorer

les temporalités (émergence, mise en œuvre, appropriation), les échelles d'analyse (système, institution, acteur), et les logiques sous-jacentes (politique, structurelle, comportementale).

Le modèle de Kingdon éclaire les conditions de mise à l'agenda (macro), celui de Kuchenmüller aide à comprendre les dynamiques d'institutionnalisation dans les organisations de santé (méso), et le cadre de Rogers met en lumière les leviers et freins à l'adoption concrète de l'accréditation par les professionnels (micro). Ensemble, ils permettent une lecture intégrée et contextualisée de la trajectoire de l'accréditation au sein d'un système de santé en transition.

4. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Ce mémoire s'intéresse au rôle que peut jouer l'accréditation hospitalière comme levier de transformation. Il profite pour ce faire de l'opportunité offerte par le développement de l'outil d'enquête développé par l'OMS sur les pratiques d'accréditation comme ancrage méthodologique et entend explorer ces dynamiques à travers une étude de cas appliquée au Maroc.

Notre question de recherche est la suivante : « *Dans quelle mesure l'articulation entre les dynamiques politiques nationales, les mécanismes de gouvernance institutionnelle et les facteurs organisationnels et humains explique-t-elle l'état de préparation, la force de mise en œuvre et l'impact perçu du processus d'accréditation hospitalière au Maroc, dans un contexte de réforme du système de santé ?* »

À travers cette étude, plusieurs objectifs secondaires sont poursuivis, à savoir:

- Explorer les effets perçus de l'accréditation sur la qualité des soins, les dynamiques organisationnelles et les pratiques professionnelles au Maroc;
- Identifier les facteurs facilitants et les obstacles à l'appropriation de l'accréditation dans différents types d'établissements (publics, privés à but non lucratif et privé lucratif) dans le contexte marocain;
- Formuler des recommandations pour renforcer l'ancrage de l'accréditation comme levier de gouvernance qualité au sein du système de santé marocain.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. TYPE D'ÉTUDE ET CADRE GÉNÉRAL

Cette étude repose sur une approche qualitative exploratoire et inductive, visant à comprendre en profondeur le rôle de l'accréditation hospitalière comme levier structurant dans un contexte de réforme du système de santé. Elle se concentre sur le cas du Maroc, à un moment

charnière marqué par la mise en œuvre de la loi-cadre 06-22, qui consacre la qualité comme principe directeur de la réforme du système de santé et prévoit la création d'une Haute Autorité de Santé.

Compte tenu de l'objectif principal de notre étude, une démarche inductive a permis d'ancrer l'analyse dans les réalités politiques, institutionnelles et humaines, en laissant émerger les logiques d'appropriation, les tensions et les leviers à partir des données recueillies.

2. OUTIL OMS ET ADAPTATION QUALITATIVE

L'outil *Global Assessment of Accreditation Practices, Processes and Systems* a servi de base pour la construction de notre guide d'entretien (**annexe 2**). Un important travail d'appropriation a été mené. L'outil a d'abord été traduit de l'anglais vers le français. Ses questions ont ensuite été reformulées sous une forme ouverte plus propice aux échanges qualitatifs. Cette adaptation avait pour objectif de faciliter l'exploration inductive des expériences tout en restant fidèle à la structure originale. La version en français a été transmise à l'OMS afin de contribuer à l'amélioration de l'accessibilité de l'outil dans les contextes francophones. Notre posture rejoint les recommandations de l'OMS, qui souligne qu' « *il y a un besoin urgent de renforcer les capacités d'évaluation qualitative et contextuelle dans les pays à revenu faible et intermédiaire, afin d'éclairer la prise de décision au-delà des seuls indicateurs cliniques* » (34).

3. COLLECTE DES DONNÉES

Ce projet a été réalisé grâce à une collaboration étroite avec le Professeur Zakaria Belrhiti, encadrant local à l'Université Mohammed VI des Sciences et de la Santé (UM6SS) et à l'École Internationale de Santé Publique (EISP), ainsi qu'à l'appui d'un représentant du bureau local de l'OMS au Maroc.

La collecte des données s'est appuyée sur plusieurs sources complémentaires, dans le but de croiser les regards et de mieux comprendre les dynamiques à l'œuvre. Elle repose sur une triangulation incluant: I) une revue ciblée de la littérature scientifique et grise; II) une analyse documentaire de politiques et plans nationaux; III) des entretiens qualitatifs approfondis. Elle s'est déroulée entre octobre et novembre 2024, sur une durée de six semaines.

Un mapping structurel a permis d'identifier les acteurs clés susceptibles de contribuer à l'étude. L'échantillon a été constitué selon une méthode dite « boule de neige », permettant d'identifier progressivement les personnes ressources à partir d'un noyau initial de contacts clés. Cette méthode, bien que concentrée, a permis d'atteindre une diversité d'acteurs tout en respectant les contraintes logistiques du terrain.

Au total, quinze personnes ont participé à cette étude, à travers dix entretiens semi-directifs, réalisés en individuel ou sous forme de *focus group*. La durée des échanges variait entre 40 minutes et 1h30, et l'ensemble des entretiens a été conduit en langue française. Les participants provenaient de secteurs diversifiés : secteur public (3 personnes), secteur privé non lucratif (4 personnes) et secteur privé lucratif (1 personne), auxquels s'ajoutent des acteurs institutionnels (4 personnes), académiques (1 personne) et internationaux (2 personnes) impliqués à différents niveaux du processus d'accréditation. Les profils couvraient une pluralité de fonctions : cadres qualité, responsables de projets accréditation, experts en gouvernance sanitaire ou encore formateurs.

Le **Tableau 1** ci-dessous présente la répartition détaillée des entretiens et le profil des participants.

Tableau 1: Profil des participants à la recherche

	NOMBRE DE PARTICIPANTS	CATÉGORIE	RÔLE/INSTITUTION
INTERVIEW 1 (I1)	2	Secteur public	Cadre qualité CHU avec appuis d'un représentant fondation
INTERVIEW 2 (I2)	4	Secteur privé non lucratif	Gestionnaire qualité fondation + Responsables qualité de 3 centres hospitaliers
INTERVIEW 3 (I3)	1	Acteur international	Expert OMS
INTERVIEW 4 (I4)	1	Secteur public	Agent retraité
INTERVIEW 5 (I5)	1	Acteur institutionnel	ANAM
INTERVIEW 6 (I6)	2	Acteurs institutionnels	DHSA
INTERVIEW 7 (I7)	1	Acteur académique	UM6SS
INTERVIEW 8 (I8)	1	Acteur institutionnel	DPRF
INTERVIEW 9 (I9)	1	Secteur privé	Responsable QHSE
INTERVIEW 10 (I10)	1	Acteur international	Expert délégation européenne au Maroc

La majorité des entretiens ont été réalisés en présentiel à Rabat ou à Casablanca, et dans certains cas à distance. Tous les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des

participants, puis transcrits intégralement à l'aide d'un logiciel hors ligne², afin de garantir la confidentialité et d'éviter tout transfert de données vers des serveurs en ligne. Les transcriptions ont ensuite été anonymisées.

Une exception concerne un entretien dans le secteur privé lucratif, retranscrit a posteriori à partir de notes prises pendant la rencontre. L'enregistrement n'a pas été autorisé : un accord institutionnel formel aurait été nécessaire.

4. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des données collectées s'est déroulée en deux phases. La première phase a consisté en un codage manuel thématique des matériaux recueillis, guidé par la structure de l'outil OMS. À cette étape, les verbatims ont été triés par mots-clés et idées rattachées aux trois axes de l'outil (préparation, mise en œuvre, impact). Ce codage initial a permis de structurer le corpus et de repérer des récurrences ou des contrastes entre acteurs.

Dans un second temps, un codage axial plus interprétatif a été conduit à partir des trois cadres théoriques présentés précédemment, afin de croiser les niveaux macro, méso et micro d'analyse. La mobilisation de ces cadres théoriques s'est faite a posteriori, dans une posture de *théories empruntées*, cohérente avec les standards méthodologiques en Santé Publique. Ce choix permet d'interpréter les résultats à plusieurs niveaux.

5. ASPECTS RÉGLEMENTAIRES

a. COMITÉS D'ÉTHIQUE

Cette étude a été soumise au comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège le 10/09/24 sous la référence 2024/285. Aucune objection n'a été émise par le Comité à la réalisation de cette étude, celle-ci n'entrant pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine. L'étude a aussi été approuvée par le Comité d'Éthique de l'Université Mohammed VI des Sciences et de la Santé (UM6SS, Maroc). Dans ce dernier cas, un accord oral préalable a été obtenu avant la collecte, avec l'envoi du document officiel a posteriori. Les documents d'accords et d'approbation éthique sont consultables en **annexe 3**.

b. VIE PRIVÉE ET PROTECTION DES DONNÉES

Toutes les données ont été traitées conformément à la loi du 25 mai 2018 relative au Règlement General sur la Protection des Données. Aucune coordonnée permettant de retrouver un participant n'est mentionnée. Les données ont été anonymisées et sont stockées dans un

² DaVinci Resolve®

ordinateur avec mot de passe. Les données sont utilisées uniquement à des fins de recherche et ne seront pas conservées au-delà du temps nécessaire.

c. INFORMATION ET CONSENTEMENT

Dans le cadre de cette recherche qualitative, une fiche d'information, consultable en **annexe 4**, a été transmise à chaque participant. Celle-ci précisait les objectifs de l'étude, les conditions de participation, les modalités de traitement des données (confidentialité, anonymisation), ainsi que le droit à refuser ou interrompre l'entretien à tout moment. Lors de chaque rencontre, une phase d'introduction permettait de recadrer la recherche et de reformuler oralement les éléments clés de cette fiche avec rappel des droits des participants et de l'assurance que l'anonymat serait respecté. Le consentement à la participation ainsi qu'à l'enregistrement ou à la prise de notes a ainsi été explicitement demandé et obtenu verbalement, dans le respect des pratiques culturelles locales.

d. ASSURANCE

Étant donné que la recherche n'est pas soumise à la loi de 2004 relatives aux expérimentations sur la personne humaine, l'étude est couverte par l'assurance responsabilité civile du Département des Sciences de la Santé Publique de l'Université de Liège.

RÉSULTATS

Cette section présente les principaux résultats issus de l'analyse qualitative, structurés selon une approche multi-niveaux articulant dynamiques politiques, institutionnelles et humaines.

1. ANALYSE MACRO-POLITIQUE SELON LE CADRE DES COURANTS MULTIPLES DE KINGDON

Cette lecture s'appuie sur le cadre des courants multiples de Kingdon (24), tel qu'adapté aux LMICs par Song et al. (25). Elle explore comment l'accréditation hospitalière a émergé dans l'agenda politique marocain.

a. COURANT DES PROBLÈMES : UNE PRISE DE CONSCIENCE RÉCENTE MAIS PARTAGÉE

La problématique de la qualité des soins s'est imposée progressivement dans le débat public marocain, notamment à travers la loi 34-09 de 2011 (35), qui introduisait quelques critères qualité mais sans dispositif contraignant. Cette absence de cadre opérationnel clair a entraîné une hétérogénéité des pratiques, souvent marquées par une culture orale, une traçabilité limitée et l'impossibilité d'un suivi structuré.

I4 – secteur public: « *Il y a une disparité entre la législation et la réalité. Il n'y a rien qui est écrit au niveau opérationnel. Chacun à sa manière, sans référentiel ou règles.* »

Les entretiens révèlent que les professionnels perçoivent un écart persistant entre le discours politique et la réalité opérationnelle. Cette absence de cadre est une source d'incertitude.

Par ailleurs, plusieurs documents stratégiques récents dont les rapports de l'IRES (12), l'avis du Conseil de la Concurrence 2023 (36), la Stratégie Nationale Qualité (37), le Plan Santé 2025 (38) ou encore la Stratégie Nationale de financement de la santé 2021 (39) convergent vers un constat partagé : les démarches qualité sont dispersées, les rôles institutionnels restent flous, et l'absence de pilotage systémique freine toute progression cohérente. Cette fragmentation renforce la difficulté à inscrire la qualité dans une dynamique collective durable.

I5 – acteur institutionnel: « *Aujourd'hui, il n'y a toujours pas de mécanismes clairs pour suivre l'application concrète de ces normes qualité. On a des textes, on a une stratégie, mais on manque cruellement d'outils opérationnels.* »

Cette absence d'outils, évoquée ici, reflète une faiblesse dans la capacité à mettre en œuvre efficacement les orientations nationales. C'est dans ce vide qu'émerge l'idée d'un instrument comme l'accréditation, capable d'ancrer les objectifs qualité dans des mécanismes de suivi concrets.

Certains acteurs identifient une instabilité des initiatives et une absence de continuité récurrentes dans les politiques qualité, y compris dans les tentatives passées d'instaurer une accréditation nationale.

I6 – acteurs institutionnels: « *On avait lancé des choses dans les années 2000, mais on n'a pas su capitaliser. On repart à chaque fois de zéro.* »

L'expression « *on repart à chaque fois de zéro* » illustre un cycle répétitif d'accréditation dans lequel les efforts précédents ne sont ni consolidés ni capitalisés. Ce phénomène traduit un défaut de mémoire institutionnelle : les savoirs, compétences et dispositifs mis en place lors des précédentes tentatives ne sont pas suffisamment archivés, partagés ou intégrés dans les réformes ultérieures. La temporalité des projets est souvent dictée par les financements ou les injonctions extérieures, sans ancrage systémique. Cette dynamique produit une démobilisation progressive des acteurs et une méfiance vis-à-vis des nouvelles initiatives, perçues comme potentiellement éphémères.

D'autres expriment la nécessité de reconnaître les acquis passés et de les transmettre aux structures qualité en construction, comme la Haute Autorité de Santé.

I3 – acteur international: « *Cette transition doit également s'appuyer sur les expériences accumulées depuis les années 1940, voire plus de 30 ans d'efforts dans le domaine de la santé.* »

b. COURANT DES SOLUTIONS : DES INSTRUMENTS DISPONIBLES MAIS SANS ANCRAGE DURABLE

Sur le papier, le Maroc n'est pas démunie en matière de dispositifs d'appui à la qualité. Depuis le début des années 2000, plusieurs initiatives ont été mises en place : création d'un référentiel national, formation d'experts visiteurs, expérimentation dans certains hôpitaux pilotes. La plupart de ces démarches d'accréditation ont été soutenues par des partenaires internationaux, notamment l'OMS ou l'Union Européenne.

I5 - acteur institutionnel: « *Un travail a été fait sur trois versions d'un référentiel national d'accréditation ; le dernier, en appui avec l'Union Européenne, a permis le développement d'un programme d'expert visiteur au Maroc avec pilotages d'audits dans des établissements clés afin de valider une formation théorique d'expert visiteur et déclencher les process d'accréditation hospitalière au Maroc. Cette formation ne s'est limitée qu'à ce projet qui n'a pas perduré dans le temps.* »

Ces initiatives ont permis d'introduire progressivement les standards de la qualité dans les discours et les pratiques institutionnelles. Cette citation illustre à la fois la capacité du pays à initier des dispositifs techniques robustes et l'incapacité à les inscrire dans la durée. Faute de relais durables, elles sont souvent restées ponctuelles, sans capitalisation ni mécanismes de pérennisation.

La création de la HAS, prévue par la loi 06-22, est censée incarner cette volonté de structuration durable, mais son absence de fonctionnement effectif illustre les limites de cette dynamique.

I3 – acteur international: « *Elle existe déjà ? Non, elle existe sur le papier parce que le roi a décidé de la créer. La loi, elle est là. Le problème, c'est qu'on attend juste la préparation des textes pour nommer le directeur ou le président.* »

Ces propos rendent compte d'un décalage entre l'annonce politique et la mise en œuvre concrète. Cette absence d'opérationnalisation entretient un climat d'attente et de flottement institutionnel. Elle reflète un problème plus général : des réformes votées mais qui restent en suspens, faute de décisions concrètes pour les appliquer.

Ce flou se répercute également dans les pratiques de terrain. En l'absence d'une autorité nationale active, les démarches d'accréditation restent le plus souvent de nature volontaire et relèvent d'initiatives isolées.

I2 – secteur privé non lucratif: « *En attente de la Haute Autorité de Santé, les seules démarches qualité sont de nature volontaire et s'inscrivent à l'international.* »

Cette situation crée un vide institutionnel où les acteurs manquent de repères clairs, et où les standards internationaux tendent à pallier l'absence d'un cadre national consolidé.

Le processus de réforme contient des leviers prometteurs. Le développement des Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) ouvre une perspective de solution structurelle, notamment en matière de financement. Leur autonomie financière, encore à concrétiser, pourrait favoriser une meilleure appropriation locale des démarches d'accréditation:

I5 – acteur institutionnel: « *Les GST feront des recettes propres qu'ils pourront réinvestir après avoir payé toutes leurs charges... Ce budget va certainement soulager les finances publiques de l'État...* »

Cette décentralisation budgétaire offre ainsi un début de réponse aux incertitudes évoquées par les professionnels :

I2 – secteur privé non lucratif: « *Pour la budgétisation : au fur et à mesure, parce que la démarche ne permet déjà pas d'établir un budget préalable.* ».

Si elle est accompagnée d'un encadrement stratégique clair, l'accréditation pourrait contribuer à transformer un obstacle récurrent, l'imprévisibilité financière, en opportunité pour soutenir la mise en œuvre des dispositifs existants. Le courant des solutions gagnerait ainsi en solidité et en portée opérationnelle.

c. COURANT POLITIQUE : UNE DYNAMIQUE EN MARCHE, ENTRE AFFICHAGE ET RÉALITÉ

La mise à l'agenda de l'accréditation hospitalière ne peut être comprise sans analyser la dynamique politique qui la sous-tend. Depuis le discours royal de 2018 sur la généralisation de la CSU, la qualité des soins est érigée en priorité stratégique. La promulgation de la loi-cadre 06-22 et des lois connexes (07-22 à 09-22) en 2022 marque un tournant législatif important. Ces textes actent la création d'une Haute Autorité de Santé, censée piloter les démarches qualité et l'accréditation à l'échelle nationale. Ainsi des signaux positifs émergent, notamment avec les nominations à la tête de la HAS et de l'ANAM à l'automne 2024.

Cependant, l'inclusion du secteur privé reste floue, tant au niveau des textes que des dispositifs de mise en œuvre.

I2 – secteur privé non lucratif: « *Si tu lis les textes, tu remarques l'absence totale du secteur privé* »

L'absence de visibilité sur le périmètre des établissements concernés par l'accréditation nationale, ou encore sur les modalités de reconnaissance des démarches volontaires, alimente les incertitudes.

La question des incitations reste également en suspens. Plusieurs pistes sont évoquées, comme le lien entre accréditation et autorisation de fonctionnement ou encore l'introduction d'une nouvelle fonction sanitaire liée à la qualité. Toutefois, aucune de ces mesures n'a encore été inscrite dans un dispositif opérationnel. Cela entretient une forme d'ambiguïté, où les intentions politiques sont affirmées, mais les leviers de transformation restent faibles. Certaines propositions visent à mieux valoriser l'engagement qualité à travers des mécanismes de reconnaissance ou d'incitation financière. Un répondant imagine une réforme plus ambitieuse :

16 – acteurs institutionnels: « *Cette nouvelle fonction sanitaire viendrait avec des motivations qui vont changer les paramètres de la motivation intrinsèque... maintenant mon salaire va bouger si je fais un effort. »*

Ces propositions, encore à l'état d'idées, traduisent une volonté de décloisonner les logiques administratives traditionnelles.

Enfin, la nécessité d'une approche inclusive émerge comme une condition essentielle pour structurer durablement la réforme.

15 – acteur institutionnel: « *On aura besoin d'en parler avec tous les responsables autour de la même table... on doit inviter toutes les parties prenantes pour donner leur avis sur le comment. »*

Ce verbatim traduit une attente explicite de participation dans la définition des modalités d'implémentation. Au-delà de la simple consultation, cette demande renvoie à une volonté de co-construction des politiques publiques, dans une logique de gouvernance partagée. L'absence de tels mécanismes pourrait compromettre l'adhésion des parties prenantes et maintenir l'accréditation dans une logique descendante, peu propice à son institutionnalisation.

En somme, même si des avancées politiques sont visibles, leur mise en œuvre reste lente et incomplète. La réforme progresse par petites étapes, sans décisions claires ni calendrier précis, ce qui crée un décalage entre les intentions affichées et les changements concrets.

d. SYNTHÈSE : LA FENÊTRE D'OPPORTUNITÉ COMME CONVERGENCE DES TROIS COURANTS

Dans le cas marocain, la fenêtre d'opportunité s'est ouverte par le courant politique, avec la promulgation de la loi cadre 06-22 et les lois connexes (07-22 à 09-22), qui ont marqué une volonté politique affirmée d'améliorer la qualité des soins.

Le problème de la qualité est aujourd'hui clairement identifié. Les outils techniques existent, même s'ils restent peu institutionnalisés. La dynamique politique s'est renforcée avec la nomination de responsables à la tête de la HAS, ce qui pourrait accélérer le processus. Mais comme le soulignent plusieurs intervenants, cette fenêtre reste fragile tant que les textes

d'application ne sont pas opérationnalisés, que les incitations ne sont pas concrétisées, et que les moyens ne sont pas au rendez-vous.

I5 – acteur institutionnel: « *Le moment est venu de ne plus tergiverser. Si on veut que ça fonctionne, il faut que les décisions suivent rapidement.* »

Le Maroc se trouve ainsi à un moment charnière. La convergence des flux ouvre une brèche : celle d'inscrire durablement l'accréditation dans les politiques de santé.

Cette fenêtre d'opportunité ne pourra se transformer en réforme effective qu'à condition d'un ancrage solide au sein des institutions de santé elles-mêmes. C'est précisément ce que nous explorerons dans la section suivante, à travers une lecture méso-institutionnelle du processus d'accréditation.

Le visuel présenté en annexe 5 illustre cette analyse sous forme schématique, en représentant les trois courants définis par Kingdon et leur convergence dans le contexte marocain, donnant lieu à une fenêtre d'opportunité politique.

2. ANALYSE MÉSO-INSTITUTIONNELLE SELON LE CADRE DE KUCHENMÜLLER

Pour mieux comprendre comment l'accréditation prend forme dans les établissements de santé marocains, cette section s'appuie sur le cadre conceptuel proposé par Kuchenmüller et al. (27). Dans cette analyse, ce cadre nous sert de fil conducteur pour explorer comment l'accréditation s'est installée (ou pas) dans les pratiques des établissements publics, privés non lucratifs et privés lucratifs au Maroc. Il permet d'enrichir l'approche macro-politique en offrant un regard plus proche du terrain, centré sur les dynamiques internes aux organisations.

a. GOUVERNANCE : ENTRE CONTRÔLE CENTRALISÉ, RÉAPPROPRIATION ET INTÉGRATION STRATÉGIQUE

Dans le secteur public, les établissements restent fortement dépendants d'un pilotage centralisé. Cette centralisation limite leur marge de manœuvre pour porter une démarche d'accréditation propre.

I6 – acteurs institutionnels: « *Le secteur public est soumis à l'approbation du Ministère de la Santé pour ses plans financiers* »

L'obligation d'approbation des plans financiers par le Ministère de la Santé est révélatrice de ce verrou structurel. Cette contrainte nuit à l'autonomie stratégique des établissements, freinant leur capacité à intégrer la qualité dans leurs priorités managériales.

À cette restriction s'ajoute un manque de vision consolidée :

I5 – acteur institutionnel: « *On est dans une étape de construction de l'organisation... la vision est là, mais on n'a pas encore de stratégie* »

Ce flou organisationnel empêche l'émergence d'une gouvernance qualité alignée et cohérente avec les nouvelles orientations politiques. L'analyse suggère ainsi que l'institutionnalisation de la gouvernance qualité reste, dans le public, à un stade précoce.

Dans le secteur privé non lucratif, une gouvernance plus horizontale se structure :

I2 – secteur privé non lucratif: « *Il y a une gouvernance clinique qui se met en place par le comité médical d'établissement... mais aussi une gouvernance managériale autour de la qualité* »

Cette articulation témoigne d'une appropriation de la fonction qualité par les équipes et traduit une forme de semi-institutionnalisation, même si cette dynamique reste encore dépendante de soutiens extérieurs, notamment au travers de l'appui de fondation.

Dans le secteur privé lucratif, la gouvernance qualité est plus consolidée. Elle s'inscrit dans une logique d'alignement stratégique, portée au plus haut niveau de l'organisation.

I9 – secteur privé lucratif: « *La qualité est portée par la direction générale. On a une feuille de route partagée, avec un reporting tous les mois sur les indicateurs* »

Ce mode de pilotage traduit une (ré)institutionnalisation avancée, dans laquelle la qualité devient un levier de gouvernance pleinement intégré aux décisions opérationnelles.

b. STANDARD ET PROCESSUS : HÉRITAGES, OUTILS ET STRUCTURATION

Dans le secteur public, les premiers référentiels d'accréditation ont été élaborés dès les années 2000, mais sans qu'un dispositif de pérennisation ne les accompagne. Ce manque de continuité est souligné dans les récits recueillis :

I6 – acteurs institutionnels: « *On avait commencé à partir de 2007 pour mettre en place le référentiel, le tester... mais il n'a pas perduré* »

Cette interruption révèle à la fois une faible capitalisation sur les expériences passées et une difficulté à inscrire les outils dans des cadres institutionnels durables.

Le secteur privé non lucratif s'est appuyé sur le référentiel Qmentum (40) d'Accréditation Canada pour structurer ses démarches d'accréditation. La mise en œuvre est progressive, collective et ancrée dans le quotidien :

I2 - secteur privé non lucratif: « *On s'est formé à Qmentum International... on travaille référentiel par référentiel avec des groupes de travail, chaque référentiel a son sponsor* »

Les standards commencent à être intégrés dans les pratiques quotidiennes grâce à un pilotage collaboratif, même si ce processus dépend encore d'un organisme extérieur pour sa reconnaissance.

Dans le privé lucratif, les standards sont directement intégrés dans les systèmes de gestion.

I9 – secteur privé lucratif: « *Le tableau de bord qualité est alimenté chaque mois, service par service.*

On suit les plans d'action et les audits en continu »

Cet ancrage profond des outils de suivi dans le fonctionnement interne, où la qualité devient un processus routinisé, est piloté à travers des indicateurs précis et des audits réguliers. Cela reflète une institutionnalisation avancée, caractérisée par une responsabilisation claire des équipes, une réactivité face aux écarts et une culture du suivi ancrée dans les pratiques quotidiennes.

Un constat transversal émerge des entretiens : un effet cumulatif des dispositifs qualité a pu être observé dans les établissements étudiés. Cet effet se manifeste par l'articulation progressive de plusieurs composantes complémentaires, telles que les certifications, notamment la certification ISO 9001, qui évalue le système de management de la qualité au sein des organisations, et la certification Qmentum d'Accréditation Canada, centrée sur la qualité et la sécurité des soins. Mais aussi les référentiels internes, les cercles qualité, les audits réguliers et les partenariats extérieurs.

c. PARTENARIATS ET SOUTIENS : DES LEVIERS EXTERNES FACE À L'ABSENCE D'ANCRAGE NATIONAL

Dans le secteur public, les projets d'accréditation s'appuient fortement sur des partenariats extérieurs. Le soutien de fondations ou d'acteurs internationaux y est souvent décrit comme un filet de sécurité indispensable pour compenser le manque de dispositifs internes.

I1 – secteur public: « *La fondation représente un gilet de sauvetage. Un appui en termes de formation, d'infrastructure, de préparation au terrain* »

L'expression « gilet de sauvetage » illustre la dépendance à ces soutiens ponctuels, tant pour la formation, que pour l'aménagement des infrastructures ou l'assistance méthodologique. Cette dépendance traduit une désinstitutionnalisation persistante : en l'absence de dispositif national structuré, les fonctions essentielles du pilotage qualité sont déléguées à des acteurs tiers.

Cette configuration se retrouve dans le secteur privé non lucratif, où la fondation joue un rôle moteur dans l'opérationnalisation de la démarche qualité.

I2 – secteur privé non lucratif: « *La fondation pilote aussi le projet accréditation. Elle soutient la rédaction des procédures, les audits, et même la communication* »

La fondation agit à la fois comme catalyseur et garant méthodologique du projet. Ce recours à un appui extérieur permet de progresser rapidement, mais il pose la question de savoir si le système pourra un jour s'approprier durablement cette expertise.

Face à l'absence d'un programme national, l'ensemble des acteurs, publics comme privés, se tournent vers des standards internationaux, et notamment vers Accréditation Canada.

I2- secteur privé non lucratif: « *On est accompagné par Accréditation Canada, on a adapté les standards au contexte local, mais on vise aussi une reconnaissance internationale* »

Pour le secteur privé lucratif, cette adhésion est aussi une manière de renforcer sa visibilité et de répondre à une logique de positionnement stratégique.

d. LEADERSHIP : FIGURES CLÉS, MOBILISATION COLLECTIVE ET PROFESSIONNALISATION

Dans les établissements publics, le leadership qualité repose encore très largement sur des individus. Cette dépendance aux figures engagées rend les dynamiques qualité vulnérables aux départs ou aux changements de poste, et limite la capacité des établissements à s'engager durablement dans une démarche d'accréditation, qui requiert une continuité institutionnelle et un pilotage transversal.

I4 – secteur public: « *Les procédures étaient écrites, archivées, et puis par la suite je suis partie* »

Ce verbatim montre qu'en l'absence d'une fonction qualité intégrée dans l'organigramme et soutenue institutionnellement, les acquis sont fragiles et rarement consolidés.

Dans le secteur privé non lucratif, la mobilisation autour de la qualité émerge d'une dynamique ascendante, portée par les équipes de terrain. L'initiative est décrite comme un mouvement collectif, dans lequel les professionnels se sont approprié le changement et l'ont incarné au quotidien.

I2 – secteur privé non lucratif: « *Ce qui a fait la différence, c'est que les gens du terrain ont porté le projet. On a construit une équipe qui croyait au changement* »

Cette forme d'engagement crée les conditions favorables à l'adhésion aux référentiels d'accréditation et à leur contextualisation dans les pratiques locales. Celui-ci révèle que, lorsque les leviers d'adhésion sont internes et soutenus par une vision partagée, la dynamique qualité peut s'ancrer durablement dans la culture institutionnelle, et faciliter l'intégration progressive des exigences liées à l'accréditation.

Dans le secteur privé lucratif, la fonction qualité bénéficie d'un ancrage fort au sein des structures décisionnelles.

I9 – secteur privé lucratif: « *Le personnel qualité est formé, mobilisé à temps plein, intégré dans les équipes de pilotage stratégique* »

Cette configuration témoigne d'une approche où la qualité n'est plus perçue comme un complément mais comme un levier stratégique intégré au pilotage de l'établissement. La continuité des actions, la capacité à se projeter dans une vision à long terme et la professionnalisation du rôle traduisent une dynamique de (ré)institutionnalisation aboutie.

e. RESSOURCES : AJUSTEMENTS PONCTUELS, ADAPTATION ET INVESTISSEMENT

Dans le secteur public, les ressources restent limitées et fragmentées, entravant l'ancrage durable de la qualité dans les pratiques et compromettant la préparation effective à une démarche d'accréditation. Cette insuffisance est exprimée sans détour :

I6 – acteurs institutionnels: « *Par rapport aux moyens, il n'y a pas réellement d'appuis de la part des décideurs politiques, à part la mise à niveau des structures sanitaires* »

Ce constat traduit une politique d'ajustements ponctuels plutôt qu'une stratégie de consolidation. L'absence d'allocation budgétaire dédiée à la qualité, et a fortiori à l'accréditation, témoigne d'un engagement encore marginal au niveau structurel. Cela limite la capacité à déployer les processus normalisés, à constituer des équipes pérennes et à se préparer aux exigences d'un audit externe.

Dans le secteur privé non lucratif, les besoins exprimés viennent davantage du terrain. Une enquête de satisfaction évoquée par un responsable qualité révèle une demande quasi exclusive de formations :

I2 – secteur privé non lucratif: « *Dans les enquêtes de satisfaction du personnel, on y trouvait pratiquement que des demandes de formation* »

Cette attente reflète une culture émergente de la qualité, nourrie par une volonté interne d'amélioration continue. Elle constitue un levier potentiel pour l'accréditation, à condition que cette demande de formation puisse être structurée autour des référentiels visés. Le défi réside dans la capacité à accompagner cette dynamique ascendante par un cadre formel, des ressources pérennes et un suivi des compétences en lien avec les critères d'accréditation.

Le secteur privé lucratif, quant à lui, illustre une approche plus proactive. L'investissement dans les ressources humaines dédiées à la qualité est assumé comme un levier de performance, mais également comme une condition préalable à la réussite d'une démarche d'accréditation internationale.

I9 – secteur privé lucratif: « *Ce sont des professionnels aguerris, avec un suivi RH précis. On a une équipe dédiée à l'amélioration continue* »

Cette configuration permet une stabilité des compétences et une gouvernance qualitative alignée sur les objectifs stratégiques de l'établissement. Elle facilite l'appropriation des standards externes, la préparation à l'évaluation et l'amélioration continue exigée par les organismes d'accréditation.

Enfin, sur le plan académique, des initiatives se développent pour renforcer les capacités des cadres de santé.

I7 – acteur académique: « *On a introduit trois modules qualité dans le master, puis un MBA accréditation, qui a intéressé plusieurs institutions, y compris l'assurance maladie* ».

Ces formations spécialisées répondent à une demande croissante de professionnalisation, mais peinent encore à structurer un véritable vivier national d'experts. L'offre reste fragmentée ce qui limite la diffusion des compétences et freine la constitution d'un corps intermédiaire capable de porter la réforme et soutenir l'accréditation.

L'analyse des ressources révèle ainsi une fragmentation structurelle : entre dépendance dans le public, mobilisation ascendante dans le non lucratif, stratégie d'investissement dans le privé lucratif et initiatives universitaires isolées, le système reste hétérogène.

f. CULTURE ORGANISATIONNELLE : ENTRE MÉFIANCE, APPRENTISSAGE ET INTÉGRATION

Dans le secteur public, l'accréditation reste perçue avec prudence, voire scepticisme.

I1 – secteur public: « *L'accréditation n'est pas perçue qu'avec curiosité, mais aussi avec méfiance* »

L'idée reflète une culture institutionnelle encore marquée par la distance à l'égard des réformes importées. Ce rapport ambivalent traduit une appropriation limitée des référentiels et des exigences liés à l'accréditation. En l'absence d'exemples inspirants, de reconnaissance concrète des efforts qualité et d'intégration dans les routines professionnelles, l'accréditation est souvent perçue comme une exigence technocratique, détachée du vécu des équipes. Loin d'être portée comme un processus d'amélioration continue, elle est encore perçue comme une contrainte imposée d'en haut, difficile à relier au quotidien professionnel.

Dans le secteur privé non lucratif, une dynamique culturelle plus participative se développe. La ritualisation de moments dédiés à la qualité traduit un engagement collectif, qui facilite l'intégration des logiques d'accréditation dans le quotidien de travail.

I2 – secteur privé non lucratif: « *Chaque lundi matin, on démarrait par 10 minutes qualité... ça a vraiment changé la manière dont les équipes se parlaient* »

Cette initiative, à la fois simple et régulière, favorise l'appropriation des enjeux qualité et crée un espace de dialogue interprofessionnel. Elle témoigne d'une transition où la qualité devient un élément structurant des pratiques relationnelles et professionnelles, posant ainsi les bases culturelles nécessaires à une démarche d'accréditation.

Dans le secteur privé lucratif, enfin, la qualité est pleinement intégrée à la logique de gestion. Il y a une culture de la performance où l'accréditation est non seulement comprise, mais valorisée comme un levier d'efficience et de compétitivité. L'appropriation des référentiels au travers de l'accréditation ne repose pas uniquement sur une volonté d'amélioration clinique, mais s'inscrit dans une stratégie globale de gestion et de positionnement sur le marché. Cela permet

une mobilisation plus fluide autour des audits externes et un alignement des équipes sur des objectifs normés et partagés. L'accréditation devient un outil de pilotage.

g. SYNTHÈSE : UNE INSTITUTIONNALISATION CONTRASTÉE

Le Maroc avance aujourd’hui à plusieurs vitesses en matière de qualité et d'accréditation hospitalière. L'analyse méso-institutionnelle met en évidence trois trajectoires contrastées.

Du côté du secteur public les choses bougent doucement. Longtemps dépendant de l'aide extérieure, il commence tout juste à adopter des standards internationaux grâce au soutien de fondations. Cette dynamique naissante traduit une tentative de pré-institutionnalisation, encore fragile, dans un contexte marqué par l'absence de stratégie nationale consolidée. Le secteur non lucratif avance vers une semi-institutionnalisation. Il utilise des références qualité reconnues à l'international, des pratiques cohérentes se mettent en place, portées par une gouvernance participative et un appui stratégique des fondations. Le secteur privé lucratif affiche le plus haut niveau de maturité institutionnelle. L'accréditation y est perçue comme un axe stratégique, elle est intégrée dans le pilotage global des établissements et soutenue par des ressources humaines dédiées.

Cette progression, bien que réelle, s'effectue en silo, faute d'un programme national d'accréditation opérationnel. En somme, chacun avance à son rythme, selon ses ressources, ses priorités et ses contraintes.

*Ce processus non linéaire, marqué par des phases d'élan et de ralentissement, est représenté en **annexe 6**, et propose une modélisation inspirée du processus d'institutionnalisation de Kuchenmüller. Ce visuel illustre les différences de vitesse d'appropriation entre secteurs et les conditions encore fragiles d'un passage à une institutionnalisation consolidée.*

3. ANALYSE MICRO-HUMAINE ET ORGANISATIONNELLE SELON LA THÉORIE DE LA DIFFUSION DES INNOVATIONS DE ROGERS

L'appropriation de l'accréditation hospitalière au Maroc ne repose pas uniquement sur des textes ou des structures formelles. Elle est aussi profondément façonnée par les dynamiques humaines, c'est-à-dire par la manière dont les individus perçoivent, expérimentent et s'approprient cette réforme. Pour mieux comprendre ces mécanismes, cette section mobilise le cadre conceptuel d'Everett Rogers (30) sur la diffusion des innovations, revisitée par Greenhalgh et al. (31).

a. AVANTAGE RELATIF : UNE VALEUR AJOUTÉE À CONFIRMER

L'avantage relatif se réfère au degré auquel l'innovation est perçue comme meilleure par rapport aux pratiques existantes.

I2 – secteur privé non lucratif: « *L'accréditation est un outil de gestion de problème, d'excellence des services et de rentabilité* ».

I9 – secteur privé lucratif: « *L'objectif premier de l'accréditation dans le secteur privé, c'est d'assurer une meilleure qualité des soins et assurer la sécurité des patients. Avoir un référentiel de bonnes pratiques. Promouvoir une démarche qualité continue au sein de l'hôpital, meilleure traçabilité, satisfaction du patient et des professionnels*

L'accréditation est souvent perçue par les professionnels comme une opportunité d'amélioration. Elle est valorisée pour sa capacité à structurer les pratiques, à améliorer la qualité des soins et à offrir une meilleure reconnaissance, aussi bien en interne qu'en externe. Dans les établissements les plus avancés, notamment privés, elle est même intégrée dans une logique de performance.

I4 – secteur public: « *Après les premières visites et évaluations, on avait souvent l'impression que le travail était terminé, alors qu'il aurait dû se poursuivre* ».

Mais cette perception n'est pas toujours durable. Une fois les audits passés, l'essoufflement menace, faute de reconnaissance ou d'impacts tangibles sur les conditions de travail.

b. COMPATIBILITÉ : ENTRE ADHÉSION ET FROTTEMENTS INSTITUTIONNELS

L'adhésion dépend aussi de la capacité du référentiel à s'adapter aux valeurs et réalités du contexte local. Certains y retrouvent des principes en accord avec une pratique humaine des soins:

I2 – secteur privé non lucratif: « *Accréditation Canada est reconnu à l'échelle mondiale pour sa démarche qualité centrée sur le patient et la famille, qui favorise des soins respectueux, empathiques, culturellement adaptés* ».

À l'inverse, d'autres soulignent des décalages avec la réglementation ou les logiques administratives nationales, rendant l'application difficile, voire contre-intuitive:

I1 – secteur public: « *La réglementation actuelle dans la fonction publique est un défi majeur dans la mise en place de programme d'accréditation. Elle ne colle pas vraiment facilement avec les exigences des référentiels canadiens* ».

L'enjeu n'est donc pas uniquement d'importer un standard, mais de l'articuler aux contraintes spécifiques du système.

c. COMPLEXITÉ : UNE MISE EN ŒUVRE FRAGILE

Le déploiement de l'accréditation apparaît comme une démarche floue et mal balisée, en particulier dans les environnements peu préparés.

I3 – acteur international: « *On savait pas qui va faire ça, qui va s'occuper de l'accréditation, à qui s'adresser, si on veut faire ça au niveau du Maroc... ».*

Ce constat met en lumière une confusion persistante quant aux responsabilités, aux circuits de décision et à la coordination du projet. Ce manque d'organisation renforce la surcharge des équipes déjà mobilisées sur d'autres priorités.

I6 – acteurs institutionnel: « *Le responsable à l'époque est alors passé au secrétariat général et le projet porté à l'époque étant personne-dépendant ne s'est pas poursuivi ».*

L'absence d'un portage collectif structuré conduit à une dépendance vis-à-vis d'initiatives individuelles. En l'absence d'ancrage institutionnel, l'innovation ne survit pas aux mobilisations ponctuelles.

d. POSSIBILITÉ D'ESSAI : ENTRE ENTHOUSIASME INITIAL ET ABANDON PRÉMATURÉ

La capacité à tester l'innovation sur une petite échelle avant une adoption complète est un élément crucial selon Rogers. Plusieurs initiatives pilotes d'accréditation ont existé au Maroc, soutenues par des financements internationaux et nationaux, mais elles ont souvent manqué de continuité et se sont soldées par un abandon. Ces essais limités soulignent l'absence d'une stratégie d'ancrage et de suivi, faisant de l'expérimentation un facteur de démobilisation plutôt qu'un levier d'apprentissage collectif.

e. OBSERVABILITÉ : DES BÉNÉFICES PEU VISIBLES

Un frein important réside dans la difficulté à observer des effets concrets de l'accréditation. Peu d'outils permettent de mesurer l'impact sur la qualité réelle des soins ou sur la satisfaction des professionnels.

I8 – acteur institutionnel: « *Pour l'instant, le suivi est principalement axé sur la quantité. Par exemple, des indicateurs sur le nombre de patients pris en charge ».*

Sans indicateurs clairs, les professionnels ont du mal à percevoir les bénéfices de leur engagement, ce qui peut limiter l'adhésion.

f. SYNTHÈSE: UNE APPROPRIATION À GÉOMÉTRIE VARIABLE

L'adoption de l'accréditation hospitalière au Maroc ne se fait pas de la même manière partout, ni au même rythme. L'analyse des dynamiques humaines et organisationnelles avec le cadre de Rogers montre que cette réforme reste, pour beaucoup, un projet encore fragile.

Dans certains établissements, elle commence à prendre racine. Lorsqu'elle s'appuie sur un leadership engagé, des équipes formées et un vrai accompagnement, elle peut devenir un outil structurant et motivant. Mais ailleurs, elle reste difficile à suivre au quotidien. Le manque de

reconnaissance, l'absence de résultats visibles ou encore la surcharge de travail font que de nombreux professionnels peinent à y voir un bénéfice concret.

Pour mieux comprendre cette diversité, la théorie de Rogers propose une lecture en profils d'adoptants. Certains établissements ou professionnels sont très moteurs : ils lancent des projets qualité ambitieux, mobilisent leurs équipes et cherchent à s'améliorer en continu. D'autres sont plus prudents : ils attendent de voir comment les choses évoluent ou d'avoir un cadre plus clair au niveau national. Enfin, certains restent en marge, faute de moyens, de soutien ou d'intérêt perçu.

Le visuel présenté en annexe 7 synthétise l'analyse des facteurs perçus influençant l'adoption de l'accréditation hospitalière selon les professionnels, à partir du modèle de diffusion des innovations de Rogers (30), enrichi par Greenhalgh et al. (31).

DISCUSSION

1. VALIDATION DE LA DÉMARCHE ET CADRE INTERPRÉTATIF

L'accréditation, en tant qu'outil structurant et normé, s'inscrit dans un champ plus large de démarches qualité. Cette distinction est importante à souligner : toutes les initiatives d'amélioration continue ne relèvent pas d'un processus d'accréditation formel, même si elles en partagent certains principes et visent des objectifs similaires.

L'analyse des résultats a permis de faire émerger une compréhension systémique de l'accréditation. Celle-ci n'est pas qu'une procédure technique, mais un processus, influencé par les structures, les pratiques et les personnes.

Plutôt qu'une mise en perspective linéaire, cette discussion interroge les apprentissages, les leviers activés et les tensions à chaque niveau d'analyse étudié, en les confrontant aux trajectoires documentées dans la littérature scientifique et dans d'autres contextes de LMICs. Elle permet ainsi d'identifier dans quelle mesure le cas marocain s'aligne ou diverge des trajectoires observées.

2. CONVERGENCES ET APPRENTISSAGES

A l'échelle politique, les résultats de l'étude révèlent des signaux positifs et encourageants. La loi-cadre 06-22 a permis de mettre noir sur blanc l'importance de la qualité dans les soins, ce qui constitue un socle fort et légitime sur lequel peuvent s'appuyer les réformes. Ce positionnement rejoue deux études (6,19) qui montrent combien l'engagement politique est essentiel pour faire émerger et porter l'accréditation.

Selon les types d'acteurs institutionnels, chaque secteur semble jouer un rôle spécifique dans les dynamiques d'amélioration de la qualité. Le secteur privé lucratif agit souvent comme un pionnier technique, porté par une logique de performance et de compétitivité, en lien avec les observations de Smits et al. (11). Le secteur privé non lucratif privilégie quant à lui des démarches plus participatives, alignées avec les logiques d'appropriation décrites par Rogers (30), s'appuyant sur la mobilisation des équipes autour d'une mission sociale. Le secteur public, enfin, progresse par paliers, porté par des projets soutenus mais sans stratégie étatique consolidée. Une dynamique fragmentée qui reflète les constats de Mansour et al. (10) sur les trajectoires d'accréditation observées dans de nombreux LMICs.

Cette diversité de postures est confirmée par une classification empirique récente des établissements privés marocains (41), qui distingue trois profils selon la taille, la gouvernance et le statut juridique. Les structures à but lucratif, souvent plus grandes et institutionnalisées, sont plus enclines à adopter des démarches visibles d'accréditation, tandis que les établissements non lucratifs ou à gouvernance associative s'inscrivent dans une approche plus progressive, contrainte par les ressources mais guidée par leur mission sociale. Ces éléments renforcent la nécessité d'adapter les dispositifs d'accompagnement aux profils, aux moyens et aux motivations des acteurs impliqués.

Dans la réalité observée, le cadrage politique semble avoir amorcé une dynamique ascendante dans certains établissements, se traduisant par la désignation de référents qualité, la participation à des cycles de formation, et l'appropriation progressive d'outils de suivi. Ces démarches, bien que souvent menées dans un contexte de ressources limitées, favorisent la montée en compétence des équipes, les apprentissages collectifs et l'évolution des pratiques. Elles relèvent d'une « transformation silencieuse » (32), où même de petits pas, comme l'instauration de rituels qualité hebdomadaires dans un établissement privé non lucratif, permettent de structurer une culture du travail collaboratif, à l'image de ce que décrivent Greenfield et Braithwaite (42). Cette dynamique constitue un premier palier vers l'institutionnalisation de l'accréditation dans les pratiques quotidiennes.

Une étude récente menée dans des hôpitaux marocains (43) met en lumière des effets concrets des démarches qualité sur l'organisation du travail, le renforcement des compétences et l'appropriation d'outils structurants. Ces observations trouvent un écho dans nos propres données, en particulier dans les établissements ayant bénéficié d'un soutien extérieur, que ce soit de la part de fondations ou de partenaires techniques. Plusieurs répondants ont décrit

l'introduction d'audits internes, la mise en place de réunions transversales, ou encore des formations ciblées qui ont permis de renforcer les savoir-faire des équipes et de favoriser leur engagement. Ce type d'appui semble créer une dynamique positive où accompagnement méthodologique, développement des savoir-faire et responsabilisation des équipes s'alimentent mutuellement.

Une autre étude nationale (44) souligne l'importance du leadership local, des capacités internes et du contexte environnemental, autant de variables déterminantes dans la réussite ou la fragilité des démarches engagées, qu'il s'agisse d'amélioration continue ou d'accréditation hospitalière proprement dite. Ces facteurs sont également apparus de manière récurrente dans notre corpus, notamment à travers des témoignages de professionnels évoquant la difficulté à maintenir une dynamique sans figures motrices claires ou en cas de turnover important. À l'inverse, lorsque des professionnels engagés parviennent à fédérer une équipe et à mobiliser la direction autour d'un projet commun, les démarches semblent plus facilement s'ancrer dans le temps.

Parallèlement, nous avons pu observer que certains établissements ont su combiner plusieurs dispositifs, comme les référentiels ISO, les cercles qualité ou les conventions de partenariat. Ces dispositifs, loin d'agir isolément, créent une dynamique qui renforce progressivement la gouvernance qualité locale et prépare, de manière implicite ou explicite, le terrain à une démarche d'accréditation. Il ne s'agit pas seulement d'ajouter des outils, mais de les articuler dans un pilotage cohérent, en lien avec les exigences de traçabilité, de redevabilité et d'amélioration continue propres aux référentiels d'accréditation.

Un retour d'expérience de l'Institut National d'Oncologie (45) démontre effectivement que cette dynamique de structuration progressive semble particulièrement efficace lorsqu'elle s'appuie sur un pilotage local clair et une implication transversale des professionnels, conditions également relevées dans le processus d'accréditation hospitalière étudié par Mohssine et al. (43). Toutefois, leur étude souligne aussi que ces avancées peuvent être fragiles en l'absence de stratégie de consolidation post-audit et de mécanismes d'appropriation durable.

Les résultats de notre étude illustrent que cette diversité de profils et de trajectoires peut devenir une richesse si elle s'inscrit dans une stratégie d'apprentissage collectif. Il ne s'agit donc pas seulement de reconnaître ces rythmes différenciés, mais de construire des mécanismes d'appui adaptés. Cette vision rejoint les réflexions d'Akhnif (46) et Greenhalgh (31), qui invitent à penser les systèmes de santé comme des ensembles vivants, où les changements ne viennent pas

d'un plan imposé d'en haut, mais d'une capacité collective à apprendre, s'ajuster, et évoluer. Cela suppose de renforcer les retours d'expérience, de reconnaître les efforts des équipes, et d'aligner progressivement les structures autour d'une culture de qualité partagée, moteur essentiel d'un processus d'accréditation pérenne.

Certaines initiatives récentes traduisent cette logique, à l'image du modèle TESLA testé dans un CHU marocain (47). Ce modèle propose une approche intégrée de gouvernance en réseau, combinant outils numériques, transversalité fonctionnelle et logique d'amélioration continue. Bien qu'encore expérimentale, cette approche offre des pistes concrètes pour penser une gouvernance hospitalière apte à porter un processus d'accréditation de manière plus pérenne et adaptative.

Même si les effets mesurables restent limités, plusieurs répondants évoquent une évolution culturelle : traçabilité accrue, meilleure structuration, reconnaissance du rôle des responsables qualité. Ces effets intangibles, mais réels, ont été bien documentés par Desveaux et al. (9) et Mitchell et al. (32) : l'accréditation agit comme dispositif de professionnalisation, même si ses bénéfices restent parfois invisibles pour les équipes du terrain, faute de retour structuré ou d'outils d'évaluation. Ces constats rejoignent ceux de l'OMS (34), qui invitent à ne pas se limiter aux indicateurs formels pour comprendre en profondeur les dynamiques internes que l'accréditation peut faire émerger.

3. TENSIONS ET DÉFIS PERSISTANTS

A l'échelle macro-politique, les réformes hospitalières passées au Maroc, marquées par des tentatives parfois inabouties, laissent un héritage de blocages structurels (48). Manque de coordination, cloisonnements, et faible reconnaissance des fonctions qualité freinent encore l'institutionnalisation durable de l'accréditation. Ces fragilités sont récurrentes dans les récits recueillis et expliquent en partie les blocages actuels.

Une boucle de démobilisation émerge clairement : des projets sont lancés sans dispositif de consolidation, l'élan initial s'essouffle, les équipes se découragent, et la culture de qualité ne s'installe pas. Ce schéma a été mis en lumière par les répondants ayant vécu plusieurs tentatives avortées depuis les années 2000, sans capitalisation sur les acquis.

Le premier blocage tient à l'écart entre les intentions politiques et les moyens opérationnels. Si la loi et les institutions existent, leur traduction concrète tarde. À la date de l'étude, il n'y avait pas encore de directives opérationnelles claires, ce qui alimente l'incertitude sur le terrain. Ce constat est partagé par les acteurs interrogés, et largement confirmé dans la

littérature (16,18) : un cadre juridique sans traduction fonctionnelle engendre un climat d'attente et de flottement.

Au niveau institutionnel, la fragmentation sectorielle crée un isolement des efforts : chaque acteur avance dans son périmètre, avec peu de mise en commun. Le privé lucratif avance vite mais partage peu. Le public expérimente mais reste dépendant des aides. Or, pour progresser ensemble, il faut croiser les expériences. Desveaux et al. (9) insistent sur l'importance de créer des espaces de retour d'expérience, pour que les avancées locales bénéficient à tous. Nos données montrent que sans mécanismes de diffusion, les pratiques prometteuses restent invisibles, et donc non reproductibles. Cela alimente une boucle de désengagement : les efforts restent isolés, les résultats sont peu valorisés, les équipes perdent confiance.

Un autre défi important réside dans le manque de données fiables pour objectiver les effets de l'accréditation. Beaucoup d'établissements n'ont pas de système d'information adapté. Les indicateurs sont peu précis et ne reflètent pas ce qui compte vraiment pour les patients ou les soignants. Hussein et al. (33) rappellent que sans mesure claire, on ne peut ni motiver, ni corriger, ni apprendre. Cette invisibilité freine l'engagement : les équipes ne voient pas ce que leurs efforts produisent. Cela entretient un cercle vicieux : pas de preuve, pas de reconnaissance, donc moins de motivation à continuer.

Sur le plan organisationnel et humain, un frein récurrent concerne la capacité des professionnels à porter les démarches qualité. Comme les résultats l'ont montré, malgré des formations émergentes, l'absence de reconnaissance officielle et de stratégie nationale cohérente limite la professionnalisation de la fonction qualité. Cela illustre le « *déficit de capacité systémique* » décrit par l'OMS (34). Dans cette optique, la création d'un vivier d'experts visiteurs, soutenu par une offre de formation certifiante et continue, est essentielle. La future HAS pourrait jouer un rôle moteur en harmonisant les standards, en lien avec les institutions académiques, pour assurer une montée en compétence durable des ressources humaines en qualité et en accréditation.

Par ailleurs, l'accréditation reste souvent perçue comme un projet ponctuel. Beaucoup d'efforts sont consentis en amont mais retombe ensuite. Ce phénomène, bien documenté dans la littérature (9,30,31,41), montre que sans soutien continu, les dynamiques qualité restent fragiles. Le rôle des leaders est crucial, mais leur départ peut suffire à éteindre la dynamique enclenchée.

Enfin, nos données empiriques font apparaître une tension entre injonctions descendantes et appropriation locale. Certains acteurs expriment leur méfiance vis-à-vis de réformes perçues comme imposées sans consultation. Cela fait écho aux appels de Mitchell et al. (32) à ancrer l'accréditation dans une gouvernance partagée, capable d'aligner les objectifs institutionnels avec les réalités du terrain.

En résumé, faire avancer l'accréditation au Maroc ne passera pas uniquement par des normes ou des audits. Cela nécessitera de bâtir un environnement qui encourage l'apprentissage, la coopération et la reconnaissance des efforts. C'est en misant sur ces leviers humains et systémiques que l'accréditation pourra s'ancrer durablement dans les pratiques de soin.

L'annexe 8 propose un visuel sur les dynamiques systémiques de l'accréditation hospitalière au Maroc.

4. LIMITES, APPORTS, PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS

a. LIMITES MÉTHODOLOGIQUES ET PRÉCAUTIONS D'INTERPRÉTATION

Comme toute étude qualitative exploratoire, cette recherche comporte des limites liées à la méthode, à l'échantillonnage et au terrain d'enquête.

L'échantillon, bien que diversifié en termes de secteurs et de profils institutionnels, reste restreint (15 personnes interrogées via 10 entretiens semi-directifs et focus group). Le recours à une méthode dite « boule de neige » a permis d'accéder à des interlocuteurs clés, mais introduit un biais de sélection, en favorisant des réseaux engagés ou sensibilisés à la question de la qualité.

En outre, l'analyse s'est centrée sur des cadres qualité, chefs de projet et responsables institutionnels, sans inclure les professionnels de santé de première ligne, pourtant au cœur des dynamiques d'appropriation. Dès lors, l'analyse micro-humaine mobilisée à travers le cadre de Rogers se focalise sur les perceptions organisationnelles de l'innovation par les porteurs de projet, et non sur celles des professionnels de terrain ou des usagers. Cette posture reste pertinente pour comprendre les logiques de diffusion à partir des niveaux décisionnels, mais pourrait être enrichie, dans de futures recherches, par une approche plus participative incluant des soignants et des acteurs de proximité.

Les établissements étudiés sont tous situés en milieu urbain, ce qui ne permet pas de « *capturer la réalité du monde rural, où les contraintes d'accès, de gouvernance locale et de ressources sont plus aiguës* » (26).

D'un point de vue thématique, certains champs comme les systèmes d'information, les indicateurs de performance, le feedback et le suivi restent plus superficiellement explorés, faute de données accessibles ou de profils ciblés dans le temps impari sur le terrain.

Comme toute étude de cas exploratoire, ce travail comporte des limites. Celles-ci ne remettent pas en cause la valeur de la démarche, mais invitent à interpréter les résultats avec prudence, en tenant compte du contexte spécifique de la recherche, notamment des contraintes liées au temps et à l'accès au terrain. Cela étant, comme le rappellent l'OMS (34) ce type de recherche qualitative permet justement de dégager des enseignements utiles même sur des échantillons restreints, en révélant des tensions structurelles souvent absentes des données quantitatives.

b. APPORTS ANALYTIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES

Cette étude propose une lecture multiniveaux des dynamiques d'accréditation, en mobilisant les cadres de Kingdon, Kuchenmüller et Rogers. Ce croisement répond aux recommandations de Smith et al. (11) et Nicklin et al. (6), qui appellent à articuler dimensions structurelles et culturelles pour comprendre les réformes en santé. Par ailleurs, l'adaptation qualitative de l'outil de l'OMS, encore en phase de test, montre l'intérêt d'une approche inductive et contextualisée.

c. PERSPECTIVES DE RECHERCHE ET D'ACTION

Cette étude ouvre plusieurs pistes de recherche complémentaires. Il serait utile d'explorer les perceptions des professionnels de santé de première ligne, notamment en milieu rural, afin d'enrichir l'analyse micro-humaine par une lecture plus ancrée dans les réalités du terrain. La réflexion pourrait également être étendue à d'autres lignes de soins comme les soins primaires, la santé mentale ou les structures communautaires, en lien avec les objectifs de la CSU. D'un point de vue institutionnel, l'impact des incitations financières, symboliques ou réglementaires sur l'engagement des établissements reste à documenter. Le suivi du déploiement de la HAS et de son articulation avec les GST constituera également un point d'observation clé. Enfin, les modalités d'intégration des usagers dans la gouvernance qualité (comités de patients, retours d'expérience) apparaissent encore marginales, mais représentent un levier essentiel pour renforcer la légitimité et la pertinence des démarches engagées.

d. RECOMMANDATIONS POUR UN ANCRAGE DURABLE

Les résultats obtenus permettent de formuler plusieurs pistes d'action pour renforcer l'ancrage structurel, institutionnel et humain de l'accréditation hospitalière au Maroc. Ces

recommandations, formulées à une échelle étudiante, s'inscrivent dans une volonté de soutenir une culture qualité durable, adaptée aux réalités du système.

Premièrement, la mise en place d'un fonds d'amorçage dédié à l'accréditation apparaît essentielle pour soutenir les premières initiatives, en particulier dans les établissements publics ou périphériques. Ce type de levier financier a été identifié comme un catalyseur important dans les LMICs afin de compenser l'absence de ressources initiales et d'amorcer un changement organisationnel (11,34).

Deuxièmement, un système d'incitations différencierées pourrait encourager l'engagement progressif des établissements dans la démarche. Une reconnaissance symbolique (attestation, visibilité, appui politique) peut encourager les débuts, tandis qu'un accompagnement réglementaire ou financier renforcé pourrait être réservé aux structures plus avancées dans la mise en œuvre. Cette logique graduelle est conforme aux enseignements tirés de la littérature sur l'adoption des innovations et l'institutionnalisation progressive des réformes qualité (29,30).

Troisièmement, pour renforcer la crédibilité et l'apprentissage collectif autour de l'accréditation, il est recommandé de créer un système national de retour d'expérience, combinant indicateurs quantitatifs (taux de conformité, suivi des audits) et matériaux qualitatifs (récits de mise en œuvre, obstacles rencontrés). Un tel dispositif favoriserait la consolidation d'une gouvernance fondée sur les données probantes et l'amélioration continue (27,28).

Enfin, le renforcement des capacités en gouvernance qualité et en accréditation constitue un enjeu transversal. La création de formations ciblées (certificats d'auditeurs, modules universitaires), adossées à des projets de recherche-action sur l'accréditation, permettrait de professionnaliser cette fonction, aujourd'hui encore peu structurée dans le système marocain. Le développement de viviers d'experts locaux est essentiel pour assurer la pérennité du processus (33).

CONCLUSION

Ce mémoire s'inscrit dans un moment charnière pour le système de santé marocain, engagé dans la généralisation de la couverture sanitaire universelle et la promotion de la qualité des soins. À travers l'étude de l'accréditation hospitalière, il s'est attaché à comprendre comment celle-ci s'ancre, ou non, dans les politiques publiques, les structures institutionnelles et les pratiques professionnelles.

L'analyse multiniveaux menée dans ce travail montre que l'accréditation ne se réduit pas à une procédure technique : elle engage des enjeux politiques, institutionnels et professionnels à tous les niveaux du système. En mobilisant trois cadres conceptuels (Kingdon, Kuchenmüller, Rogers), l'étude a permis de cartographier les dynamiques différencierées à l'œuvre dans les trois secteurs : un secteur privé lucratif structuré autour de logiques de performance, un secteur non lucratif en structuration ascendante, et un secteur public encore en quête de stratégie claire et de moyens durables.

Malgré la diversité des trajectoires, des constantes apparaissent : portage local fort, expérimentations pilotes et appuis extérieurs jouent un rôle moteur, mais restent insuffisants en l'absence de vision nationale consolidée. Ces tensions et opportunités soulignent la nécessité d'une gouvernance plus intégrée pour faire de l'accréditation un véritable levier d'amélioration continue.

Les résultats font écho aux analyses d'une étude récente nationale (23) qui soulignait une « mise en œuvre partielle, hétérogène et vulnérable aux changements institutionnels », freinée par une coordination insuffisante, une appropriation limitée et un cadre juridique longtemps flou. Les constats de cette recherche confirment ce diagnostic, tout en illustrant que des marges de manœuvre existent pour renforcer l'ancrage d'une culture qualité et de l'accréditation comme levier stratégique.

Ce mémoire, rédigé avec le regard encore en construction d'une étudiante, n'a pas pour objectif de poser une vérité définitive. Il vise plutôt à alimenter la réflexion collective sur les conditions d'émergence d'une accréditation hospitalière progressive, adaptée au contexte local et construite avec les acteurs, au service d'une amélioration continue et durable.

BIBLIOGRAPHIE

1. Institute of Medecine (US). Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume I [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 1990 [cited 2024 May 15]. Available from: <http://www.nap.edu/catalog/1547>
2. World Health Organization. Services de santé de qualité [Internet]. [cited 2024 Apr 13]. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
3. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), World Health Organization (WHO), World Bank Group. La qualité des services de santé : Un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle. OECD Publishing; 2019:29-41. ISBN: 978-9264674523.
4. World Health Organization. Health care accreditation and quality of care: exploring the role of accreditation and external evaluation of health care facilities and organizations. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 May 7]:5-18. Available from: <http://apps.who.int/iris>
5. Haute Autorité de Santé (HAS). Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022 [cited 2024 May 7]:12-15. Available from: <https://www.has-sante.fr>
6. Nicklin W, Engel C, Stewart J. Accreditation in 2030. *Int J Qual Health Care*. 2021 Jan 1;33(1):1–5. doi: 10.1093/intqhc/mzaa156.
7. International Society for Quality in Health Care. Guidance on designing healthcare external evaluation programmes including accreditation. Dublin: ISQua; 2015 [cited 2024 May 7]:4–11. Available from: <https://ccpsh.org/sites/default/files/tools/Guidance%20on%20Designing%20Healthcare%20External%20Evaluation%20Programmes%20including%20Accreditation.pdf>
8. Hurlimann C. Approche conceptuelle de la qualité des soins. In: Bertrand D, coord. Les principes généraux de la qualité. Actualité et dossier en santé publique (ADSP). 2001;(35):25-30. ISSN: 1243-275X.

9. Desveaux L, Mitchell JI, Shaw J, Ivers NM. Understanding the impact of accreditation on quality in healthcare: A grounded theory approach. *Int J Qual Health Care*. 2017 Nov 1;29(7):941–7. doi: 10.1093/intqhc/mzx136.

10. Mansour W, Boyd A, Walshe K. The development of hospital accreditation in low- and middle-income countries: a literature review. *Health Policy Plan*. 2020 Apr 8;35(6):684–700. doi: 10.1093/heapol/czaa011.

11. Smits H, Supachutikul A, Mate KS. Hospital accreditation: lessons from low- and middle-income countries. *Glob Health*. 2014 Sep 4 [cited 2024 May 7];10:65. Available from: <http://www.globalizationandhealth.com/content/10/1/65>

12. IRES. Rapport de synthèse des journées de réflexion prospective de l'IRES sur le thème "Quel système de santé au Maroc, à l'aune de la souveraineté nationale et de la généralisation de la couverture sociale ?" 2022 Mai. 35p.

13. Royaume du Maroc, Constitution de 2011, Digithèque MJP [Internet]. [cited 2024 Apr 24]. Available from: <https://mjp.univ-perp.fr/constit/ma2011.htm>

14. Chahouati W. La Qualité dans les hôpitaux publics marocains : Enjeux et pistes d'amélioration. *IJAFAME*. 2021 Mar 26;2(2):214–35.

15. Guetibi S, Hammoumi ME. Démarche qualité et certification des établissements de santé. *CIGIMS*. 2015 May. 16p.

16. Loi-cadre-n°-06-22-relative-au-système-national-de-santé.pdf [Internet]. [cited 2024 Oct 9]. Available from: <https://amdie.gov.ma/wp-content/uploads/2024/02/Loi-cadre-n%C2%B0-06-22-relative-au-système-national-de-santé.pdf>

17. Araujo CAS, Siqueira MM, Malik AM. Hospital accreditation impact on healthcare quality dimensions: a systematic review. *Int J Qual Health Care*. 2020 Nov 9;32(8):531–44. doi: 10.1093/intqhc/mzaa090.

18. Alhawajreh MJ, Paterson AS, Jackson WJ. Impact of hospital accreditation on quality improvement in healthcare: A systematic review. *PLoS One*. 2023 Dec 5;18(12):1–20. doi: 10.1371/journal.pone.0294180.

19. Shaw C. Accreditation is not a stand-alone solution. *East Mediterr Health J.* 2015 Mar 1;21(3):226–31. ISSN: 1020-3397.
20. Mounabih A. L'Approche Qualité dans le Système de Santé Marocain : Opportunités d'Amélioration. [Mémoire de maîtrise]. Égypte: Université Senghor. 2013.
21. Dhaim A, Aouane M, Klifi AE, Zahraoui A, Ijoub R, Gueddour RB. The hospital accreditation program in Morocco after 5 years of launch [Le programme d'Accréditation hospitalière au Maroc après 5 ans de lancement]. 2016;14(3).
22. Meziane S, Chbab Y, Taous M, Bourkhiss B. Quality and safety of care: Moroccan experience. *J Public Health Afr.* 2023 Jul 26;14(7):5. ISSN: 2038-9930.
23. Moustatraf A. L'accréditation comme outil d'amélioration de la qualité des soins au Maroc : Enjeux, défis et perspectives. *IJAFAAME.* 2024 Oct 3;5(10):59-87. doi: 10.5281/ZENODO.13885123.
24. Kingdon JW. *Agendas, Alternatives and Public Policies.* New York: Harper Collins; 1995. 280 p. ISBN: 978-0673523891.
25. Song Yuanyuan. A review of ambiguity, timing, and the multiple-streams policy analysis framework. *Int J Sci Res Arch.* 2023 Nov 30;10(2):152–5. doi: 10.30574/ijrsa.2023.10.2.0904.
26. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy Plan.* 1994 Dec 1;9(4):353–70. doi: 10.1093/heapol/9.4.353.
27. Kuchenmüller T, Boeira L, Oliver S, Moat K, El-Jardali F, Barreto J, et al. Domains and processes for institutionalizing evidence-informed health policy-making: a critical interpretive synthesis. *Health Res Policy Syst.* 2022 Mar 4;20(1):27. doi: 10.1186/s12961-022-00820-7.
28. El-Kareh R, Brenner DA, Longhurst CA. Developing a highly-reliable learning health system. *Learn Health Syst.* 2023;7(3):e10351. doi: 10.1002/lrh2.10351.

29. Dharmagunawardene D, Bowman P, Avery M, Greenfield D, Hinchcliff R. Factors influencing the establishment of hospital accreditation programs in low- and middle-income countries: a scoping review. *Health Policy Plan.* 2025 Feb 18;czaf011. doi: 10.1093/heapol/czaf011.

30. Rogers EM. *Diffusion of innovations.* 3.ed. New York, NY: Free Press [u.a.]; 1983. 453 p. ISBN: 978-0029266502.

31. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 2004;82(4):581-629. doi: 10.1111/j.0887-378X.2004.00325.

32. Mitchell JI, Graham ID, Nicklin W. The unrecognized power of health services accreditation: more than external evaluation. *Int J Qual Health Care.* 2020 Aug 1;32(7):445–55. doi: 10.1093/intqhc/mzaa063.

33. Hussein M, Pavlova ,Milena, and Groot W. An evaluation of the driving and restraining factors affecting the implementation of hospital accreditation standards: A force field analysis. *Int J Healthc Manag.* 2023 Apr 3;16(2):167–75. doi: 10.1080/20479700.2022.2084810.

34. World Health Organization. *Health Care Accreditation and Quality of Care: Exploring the Role of Accreditation and External Evaluation of Health Care Facilities and Organizations.* Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 May 7]. Executive summary, p. v–viii. Available from: <http://apps.who.int/iris>

35. Loi-cadre-n°-34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins.pdf [Internet]. [cited 2025 Apr 12]. Available from: <https://www.cnops.org.ma/sites/default/files/2022-10/la%20loi%20cadre%20n%C2%B0%2034-09%20relative%20au%20syst%C3%A8me%20de%20sant%C3%A9%20et%20%C3%A0%20l%E2%80%99offre%20de%20soins.pdf>

36. Conseil de la Concurrence (Maroc). Avis A422 relatif au fonctionnement concurrentiel du secteur de la santé au Maroc [Internet]. Rabat (MA): Conseil de la Concurrence; 2023 Aug [cited 2025 Apr 16]. Available from: <https://conseil-concurrence.ma>

37. Ministère de l'Industrie et du Commerce (Maroc). Projet de politique nationale de la qualité à l'horizon 2035: document de travail – Semaine nationale de la qualité 2023 [Internet]. Rabat (MA): Ministère de l'Industrie et du Commerce; 2023 [cited 2025 Apr 16]. Available from: <https://mcinet.gov.ma>

38. Ministère de la Santé (Maroc). Plan Santé 2025 [Internet]. Rabat (MA): Ministère de la Santé; 2018 Sep [cited 2025 Apr 16]. Available from: <https://sante.gov.ma>

39. Ministère de la Santé (Maroc). Financement de la santé au Maroc: enjeux, contraintes et perspectives [Internet]. Rabat (MA): Ministère de la Santé; 2021 [cited 2025 Apr 16]. Available from: <https://sante.gov.ma>

40. AC_Qmentum-International-General-One_Pager_EN_v2.pdf [Internet]. [cited 2025 Apr 14]. Available from: https://accreditation.ca/files/AC_Qmentum-International-General-One_Pager_EN_v2.pdf

41. Zbiri S, Belghiti Alaoui A, El Badisy I, Diouri N, Belabbes S, Belouali R, Belrhit Z. Private hospitals in low- and middle-income countries: a typology using the cluster method, the case of Morocco. *BMC Health Serv Res.* 2024;24:1231. doi:10.1186/s12913-024-11660-2.

42. Greenfield D, Braithwaite J. Developing the evidence base for accreditation of healthcare organisations: a call for transparency and innovation. *Qual Saf Health Care.* 2009 Jun 1;18(3):162–3. doi: 10.1136/qshc.2009.032359.

43. Mohssine N, Raji I, Lanteigne G, Amalik A, Chaouch A. Impact organisationnel de la préparation à l'accréditation en établissement de santé au Maroc. *Santé Publique.* 2015;27(4):503–13. doi: 10.3917/spub.154.0503.

44. Zaadoud B, Chbab Y, Chaouch A. The sustainability assessment of the quality improvement in Morocco primary health care facilities. *Int J Clin Skills.* 2021;15(4):427–34.

45. El Haouachim I, Elomari K, Bennani M, Bekkali R. Quality Approach Model Implementation in Public Hospitals - The National Institute of Oncology (Morocco) as a Case Study. *Int J Curr Res Rev.* 2022 Jan 1;14:15–21. doi: 10.24874/IJQR17.02-17.

46. Akhnif EH. La Couverture Sanitaire Universelle au Maroc : Le rôle du ministère de la santé en tant qu'Organisation Apprenante [doctoral thesis]. Bruxelles (BE): Université catholique de Louvain; 2019.

47. Boudak M, Elouadi A. L'hôpital public marocain : quel modèle managérial et organisationnel pour l'avenir ?. In: 10^e Conférence Francophone en Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers-GISEH2020, 2020 Oct [cited 2025 May 7]. Available from : <https://hal.science/hal-03198906v1>

48. Boudallaa I, Elkachradi R, Assarag B, Chrifi H, Kadouri A. The challenges of hospital reform in Morocco. *Int J Adv Res*. 2022 Apr;10(4):733–742. doi: 10.21474/IJAR01/14608.

ANNEXES

1. ANNEXE 1 : OUTIL OMS – TABLE DES MATIÈRES SIMPLIFIÉE

Section	Domaine	Sous domaine
I.	Préparation du système de santé	<ul style="list-style-type: none">1. Politique et directives2. Environnement réglementaire et juridique3. Objectifs et incitations pour l'accréditation4. Structures et accords de gouvernance5. Financement6. Capacité de la main-d'œuvre en santé7. Culture organisationnelle8. Systèmes d'information9. Normes10. Processus d'accréditation11. Retour d'information et suivi
II.	Force de mise en œuvre de l'accréditation	<ul style="list-style-type: none">1. Statut, portée et profondeur de la mise en œuvre2. Défis liés à la mise en œuvre
III.	Impact perçu de l'accréditation	<ul style="list-style-type: none">1. Impact perçu de l'accréditation2. Recherche et évaluation

2. ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien pour une étude qualitative sur l'accréditation dans les établissements de santé au Maroc

(Propriété intellectuelle de l'Organisation Mondiale de la Santé - OMS)

Remarque : Ce guide d'entretien est basé sur un outil développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour l'évaluation des systèmes d'accréditation. Cet outil est encore en cours de finalisation à la date de rédaction de ce document.

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

- Présentation de l'objectif de l'étude.
- Explication des modalités de l'entretien ou du focus group (durée, format, anonymat, consentement éclairé).
- Préciser l'importance des réponses ouvertes et sincères.
- Consentement pour l'enregistrement (si applicable).

Présentation:

« Bonjour et merci d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Je m'appelle Annabelle Vandoornick, étudiante en master en Sciences de la Santé Publique en Belgique. Cette recherche vise à explorer la manière dont l'accréditation des établissements de santé s'implante au Maroc, en s'appuyant sur un outil récemment développé par l'OMS pour mieux comprendre les dynamiques nationales.

Plus précisément, il s'agit de mieux cerner l'état de préparation du système de santé, la force de mise en œuvre actuelle et l'impact perçu de ces démarches, à travers le regard d'acteurs impliqués à différents niveaux. L'objectif est de produire une analyse contextualisée des freins, des leviers, et des conditions de succès d'une politique nationale d'accréditation.

L'entretien durera environ 45 minutes à une heure. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse : l'intérêt est d'entendre votre expérience et votre regard sur le sujet. L'entretien est enregistré avec votre accord pour des raisons de retranscription, et les propos seront entièrement anonymisés dans le mémoire final. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions, demander à arrêter l'entretien à tout moment, ou retirer votre participation sans justification.

Avant de commencer, avez-vous des questions ? Si vous êtes d'accord, puis-je activer l'enregistrement ? »

QUESTIONS D'OUVERTURE GÉNÉRALE

- Pouvez-vous vous présenter et partager votre expérience ou connaissance de l'accréditation dans les établissements de santé ?
- Selon vous, pourquoi l'accréditation est-elle importante dans le système de santé ?

THÈMES ET DIMENSIONS À EXPLORER

1. Préparation du système de santé à la mise en œuvre de l'accréditation (Readiness)

Ce premier thème aborde la capacité des systèmes de santé à se préparer efficacement à l'accréditation. Il vise à explorer le contexte politique et institutionnel, ainsi que les ressources humaines, financières et techniques disponibles.

Ce que l'on souhaite explorer :

- Le cadre réglementaire et juridique pour l'accréditation au Maroc.
- Les motivations qui justifient l'introduction de l'accréditation.
- Le rôle des organismes responsables et les modalités de gouvernance.
- Les incitations ou barrières pour les établissements à adopter l'accréditation.
- Les principaux défis rencontrés dans la phase de préparation.

2. Force de mise en œuvre de l'accréditation (Implementation Strength)

Ce thème examine les processus par lesquels l'accréditation est mise en œuvre dans les établissements de santé, à savoir l'étendue et l'intensité de l'application des normes. Il s'agit de comprendre l'organisation du processus, sa fréquence, et son lien avec les initiatives d'amélioration de la qualité.

Ce que l'on souhaite explorer :

- Comment l'accréditation est-elle déployée au Maroc (types et niveaux de services accrédités) ?
- La fréquence et la durabilité des processus d'accréditation dans les établissements.
- Les relations entre la mise en œuvre de l'accréditation et l'amélioration continue de la qualité.
- Les défis liés à l'application des normes et aux exigences d'accréditation.

3. Impact perçu de l'accréditation (Impact)

Ce thème est consacré à l'impact perçu de l'accréditation sur la qualité des soins, l'organisation des établissements, ainsi que sur les résultats cliniques et économiques. Il permet d'analyser comment l'accréditation influence le fonctionnement interne des structures et les résultats obtenus pour les patients.

Ce que l'on souhaite explorer :

- Les améliorations perçues de la qualité des soins (adhésion aux standards, expérience patient, résultats cliniques).
- Les effets organisationnels (efficience, compétences du personnel, impact sur les systèmes de gestion).

- Les répercussions économiques et sur les performances financières des établissements.
- Les impacts inattendus, positifs ou négatifs, de l'accréditation.

CONCLUSION

- Résumé des points discutés et retour sur les points clés.
- Questions supplémentaires ou préoccupations des participants.
- Remerciement pour leur temps et leurs contributions.

« Je vous remercie d'avance pour votre participation et votre collaboration à cette étude. Les informations que vous partagerez contribueront à une meilleure compréhension de l'impact de l'accréditation sur la qualité des soins dans les établissements de santé au Maroc, et elles pourront, à terme, soutenir des améliorations dans les pratiques de gestion de la qualité ».

3. ANNEXE 3 : ACCORDS COMITÉS D'ÉTHIQUE



UNIVERSITÉ MOHAMMED VI
DES SCIENCES ET DE LA SANTÉ
UM6SS

**Comité d'Ethique de l'Université Mohammed VI des Sciences de
et la Santé de Casablanca**

Casablanca, le 29/11/2024

Mme VANDOORNICK Annabelle
Centre Hospitalier Bois de l'Abbaye
Belgique

NUMERO DOSSIER : CE/UM6SS/44/24

Dans sa séance du 28/11/2024 le Comité d'Ethique de l'Université Mohammed VI des Sciences et de la Santé a examiné le dossier du projet de recherche intitulé ci-après :

TITRE ET REFERENCES

Titre : « Exploration de l'état de préparation et de mise en œuvre des mécanismes nationaux d'accréditation au Maroc à la lumière du premier instrument d'enquête de l'OMS ».

Investigateurs : • Mme VANDOORNICK Annabelle
Centre Hospitalier Bois de l'Abbaye, Belgique

DOCUMENTS EXAMINÉS

- La demande d'approbation par le comité ;
- Le protocole complet de l'étude ;
- Le guide d'entretien ;
- Le CV de l'investigateur ;
- Le formulaire de consentement des participants ;
- L'attestation sur l'honneur de non démarrage de l'étude ;
- L'attestation sur l'honneur de non soumission à un autre comité d'éthique.

DELIBERATION ET AVIS

Les membres ayant participé aux délibérations sont :

- | | |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| • BJIJOU Youns | Président & Directeur Délégué de la Fondation Cheikh Khalifa |
| • BELOUALI Radouane | Rapporteur & Directeur de l'Ecole Internationale Mohammed VI de Santé Publique, UM6SS |
| • MESMOUDI Rachid | Secrétaire Général et Directeur Exécutif de la Fondation Cheikh Khalifa |
| • ADNAOUI Mohammed | Président de l'Université Mohammed VI des Sciences et de la Santé |
| • BAHLAOUI Abdelkrim | Vice-Président aux affaires pédagogique de l'Université Mohammed VI des Sciences et de la Santé |
| • BALOUCH Lhousaine | Directeur de la Faculté Mohammed VI de Pharmacie, UM6SS |
| • BEN YAHYA Ihsane | Doyen de la Faculté Mohammed VI de Médecine Dentaire, UM6SS |
| • EL ADIB Ahmed Rhassane | Doyen de la Faculté Mohammed VI de Médecine, UM6SS |
| • FARES Rachid | Doyen de la Faculté Mohammed VI des Sciences Infirmières et Professions de Santé, UM6SS |
| • JIOUDI Basma | Directrice de l'Ecole Supérieure Mohammed VI du Génie Biomédical, UM6SS |
| • BAMOU Yusf | Directeur du Laboratoire Mohammed VI d'Analyses Médicales |

1/2



- BARROU Lhoucine
- BENNANA Ahmed
- SAIR Khalid

- Directeur Médical de l'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Directeur de l'Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Directeur de l'Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa

Aux termes des délibérations, le Comité d’Ethique de l’Université Mohammed VI des Sciences et de la Santé a validé le projet.

REFERENCES DU COMITE D’ETHIQUE DE L’UNIVERSITE MOHAMMED VI DES SCIENCES ET DE LA SANTE

Le Comité d’Ethique de l’Université Mohammed VI des Sciences et de la Santé suit une procédure de qualité de son fonctionnement et se base pour ses délibérations sur :

- La Déclaration Universelle des Droits de l’Homme (1948) ;
- La Déclaration Universelle sur la Bioéthique et les Droits de l’Homme (2005) ;
- La Déclaration d’Helsinki (version 2013) ;
- Les lignes directrices internationales d’éthique pour la recherche en matière de santé impliquant des participants humains (version 2016) ;
- La loi n° 03-94 relative au don, au prélèvement et à l’utilisation du sang humain (BO du 06/09/1995) ;
- La loi n° 16-98 relative au don, au prélèvement et à la transplantation d’organes et de tissus humains (BO du 16/09/1999) ;
- La loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l’égard du traitement des données à caractère personnel (BO du 05/03/2009) ;
- La décision du Ministre de la Santé n° 02/D.R.C/00 du 03-12-2012 relative aux recherches biomédicales interventionnelles ;
- La loi n° 28-13 relative à la protection des personnes participants aux recherche biomédicales (BO du 17/09/2015) ;
- Le règlement intérieur du Comité.

Pour le Comité d’Ethique
Pr Radouane BELOUALI


Université Mohammed VI
des Sciences et de la Santé
Pr. Radouane BELOUALI
Directeur de l’Ecole Internationale
de Santé Publique

De: BELRHITI, Zakaria zbelrhit@um6ss.ma 
Objet: Re: Confirmation de l'accord oral pour le comité d'éthique au Maroc
Date: 20 février 2025 à 13:28
À: Vandoornick Annabelle.Vandoornick@student.uliege.be

ZB

Bonjour Chère Annabelle,

A qui de droit,

En effet, par ce mail, je confirme que le comité éthique de recherche biomédicale de l'Université Mohammed VI des Sciences et de la Santé a donné une approbation préalable orale à la participante Annabelle Vandoornick pour démarrer sa collecte de données en septembre en attendant la délivrance de l'accord final par les membres du comité éthique.

A toute fins utiles
Zakaria

Pr. Zakaria Belrhit (MD-MPH-PhD-ITM/VUB, Belgium), <https://www.researchgate.net/>
Assistant Professor EISP, UM6SS, Casablanca, Morocco



ECOLE INTERNATIONALE MOHAMMED VI
DE SANTÉ PUBLIQUE
UM6SS



UNIVERSITÉ MOHAMMED VI
DES SCIENCES ET DE LA SANTÉ
UM6SS



Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, 10 septembre 2024

Madame la **Prof. A-F. DONNEAU**
Madame **Annabelle VANDOORNICK**
Département de Santé Publique
CHU B23

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: 2024/285

"Exploration de l'état de préparation et de mise en oeuvre des mécanismes nationaux d'accréditation au Maroc à la lumière du premier instrument d'enquête de l'OMS."
Protocole : v1

Cher Collègue,

Le Comité d'Ethique constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n'émet pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur D. LEDOUX
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET
Secrétariat administratif : 04/323.21.58
Coordination scientifique: 04/323.22.65
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>



MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

4. ANNEXE 4 : FICHE D'INFORMATION

Titre de l'étude : *Exploration de l'état de préparation et de mise en œuvre des mécanismes nationaux d'accréditation au Maroc à la lumière du premier instrument d'enquête de l'OMS*

Co-promoteur de l'étude : *Docteur Bodson Oriane, Département des sciences de la santé publique de l'Université de Liège ; Avenue de l'hôpital, 1, Liège-4000, Belgique.*

Comité d'éthique : *Comité d'éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège, Belgique ; Comité d'Ethique pour la Recherche Biomédicale de l'UM6SS (CERB/UM6SS) – Casablanca, Maroc*

Investigateur principal : *Vandoornick Annabelle, étudiante de master en Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège – Belgique.*

Introduction

Nous avons le plaisir de vous inviter à participer à une étude qualitative qui explore l'état de préparation et les mécanismes d'accréditation des établissements de santé au Maroc. L'étude s'appuie sur un nouvel outil d'enquête développé par l'OMS. Celui-ci vise à recueillir des perspectives précieuses de la part des professionnels de santé, gestionnaires d'établissements et responsables de la mise en œuvre des politiques d'accréditation.

Avant de confirmer votre participation, nous vous encourageons à prendre connaissance des détails de cette étude, y compris son organisation, les avantages potentiels pour le système de santé, ainsi que les éventuels risques. Ce processus vous permettra de donner un « consentement éclairé », en étant pleinement informé des implications de votre participation.

N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous pourriez avoir à l'investigateur ou à son représentant. Votre contribution est essentielle et nous vous remercions d'avance pour votre précieuse collaboration.

Déroulement de l'étude

L'étude sera dirigée par Annabelle Vandoornick, étudiante de master en Sciences de la Santé Publique. Ce projet vise à combiner la recherche académique avec les réalités pratiques du terrain.

Le recrutement des participants se fera par le biais d'une méthode de "snowballing". Cette approche implique que chaque participant puisse, si possible, recommander d'autres contacts pertinents qui pourraient enrichir la recherche. Cette méthode nous permettra d'atteindre des experts clés et d'obtenir des perspectives diversifiées sur les mécanismes d'accréditation.

Pour participer à l'étude, il est important d'être un professionnel de santé, un cadre impliqué dans la gestion des accréditations hospitalières, ou un témoin clé avec une expérience significative dans ce domaine.

Les entretiens, réalisés en langue française, se dérouleront en individuel ou collectif et comprendront des questions ouvertes visant à recueillir vos observations et réflexions sur les mécanismes d'accréditation et leur impact perçu sur la qualité des soins. Après avoir accepté de participer, vous serez contacté pour fixer un rendez-vous. Les entretiens pourront avoir lieu en présentiel ou à distance, en fonction de vos disponibilités. La durée estimée de chaque entretien est d'environ 60 à 90 minutes.

Nous vous remercions sincèrement pour votre considération et pour la précieuse contribution que vous apporterez à cette étude.

Confidentialité et anonymat

Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude seront strictement confidentielles et anonymisées. Les données seront utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche scientifique et dans l'optique d'améliorer les pratiques de santé publique. Aucune information permettant de vous identifier ne sera publiée.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous êtes libre de refuser de participer ou de retirer votre consentement à tout moment, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire. Aucune conséquence ne découlera de votre retrait de l'étude.

Enregistrement des données et prise de notes

Afin d'assurer la précision et la rigueur de l'analyse dans le cadre de cette étude, il est proposé d'enregistrer l'entretien. L'enregistrement permet de capturer fidèlement vos propos sans interrompre la fluidité de la discussion pour des prises de notes intensives. Cela permet également de minimiser les pauses fréquentes pendant l'entretien, ce qui favorise un échange plus naturel et spontané.

L'enregistrement nous permet de :

- **Capturer les informations avec exactitude** sans omission, afin d'éviter toute perte de détails importants.
- **Faciliter l'analyse** des réponses en revenant sur des éléments précis de la discussion après l'entretien.
- **Maintenir la fluidité de l'échange**, en limitant les interruptions dues à la prise de notes.

Cependant, si vous ne souhaitez pas être enregistré(e), il est également possible de se limiter à la prise de notes manuelle, même si cette méthode peut s'avérer moins précise et plus chronophage.

Toutes les données enregistrées seront **confidentielles**, et seul l'équipe de recherche y aura accès. Une fois l'analyse terminée, les enregistrements seront supprimés, et aucune donnée permettant de vous identifier ne sera partagée dans les publications ou rapports issus de cette étude.

Si à tout moment pendant l'entretien vous souhaitez arrêter l'enregistrement, vous pouvez le signaler et cela sera respecté sans question.

Absence de risques et bénéfices attendus

Cette étude ne comporte aucun risque majeur pour vous. Le seul inconvénient est le temps consacré à l'entretien. Cependant, votre participation contribuera à une meilleure compréhension et amélioration des mécanismes d'accréditation dans le système de santé marocain. Cela pourrait avoir un impact positif sur les politiques de santé futures et la qualité des soins fournis aux populations.

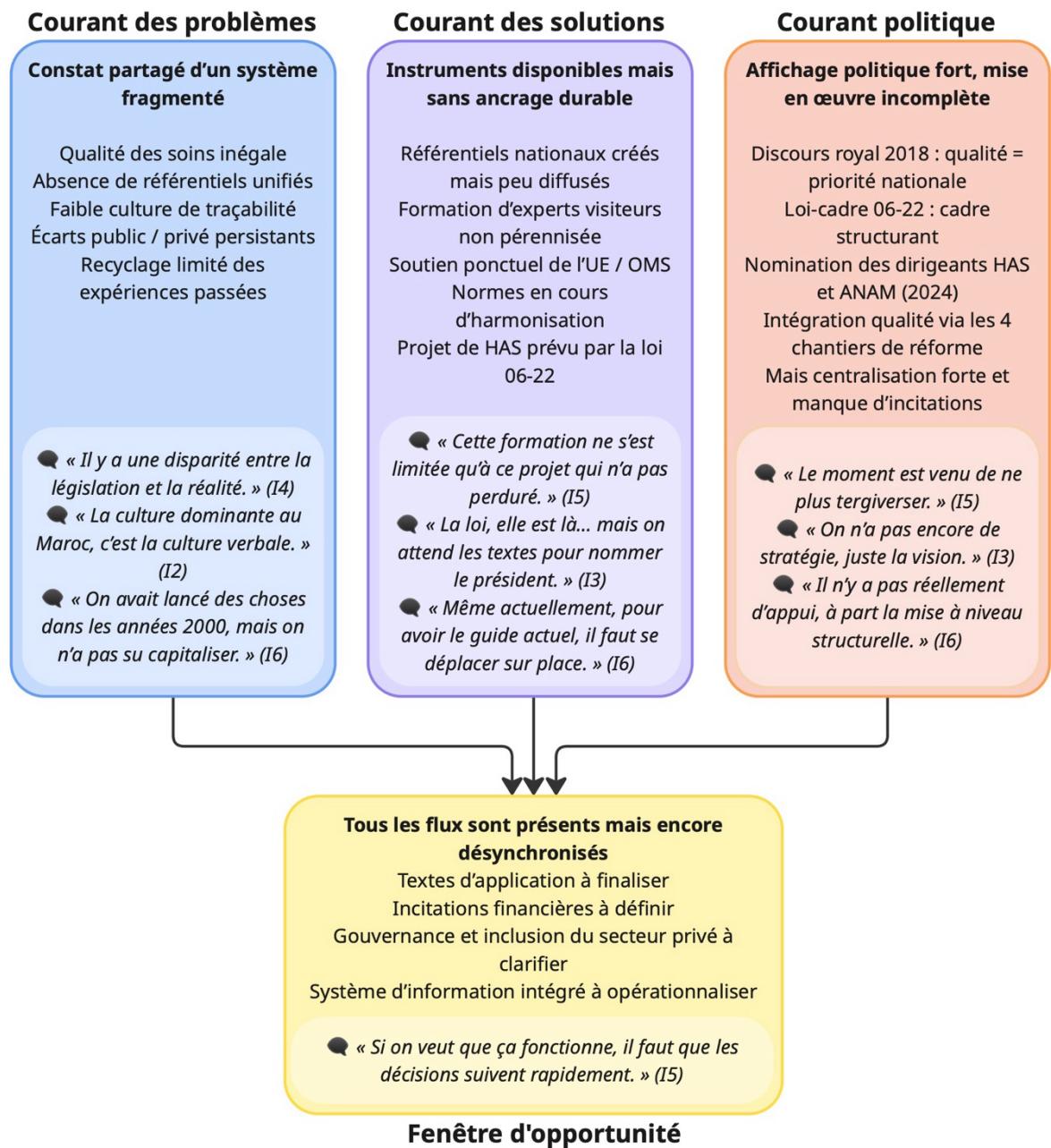
Partenariat

Sous la supervision locale du Pr. Zakaria Belhriti, enseignant-chercheur, ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre d'une collaboration entre l'Université de Liège en Belgique et l'Université Mohammed VI des Sciences et de la Santé (UM6SS) et l'École Internationale de Santé Publique (EISP), en tant qu'universités partenaires.

Contact

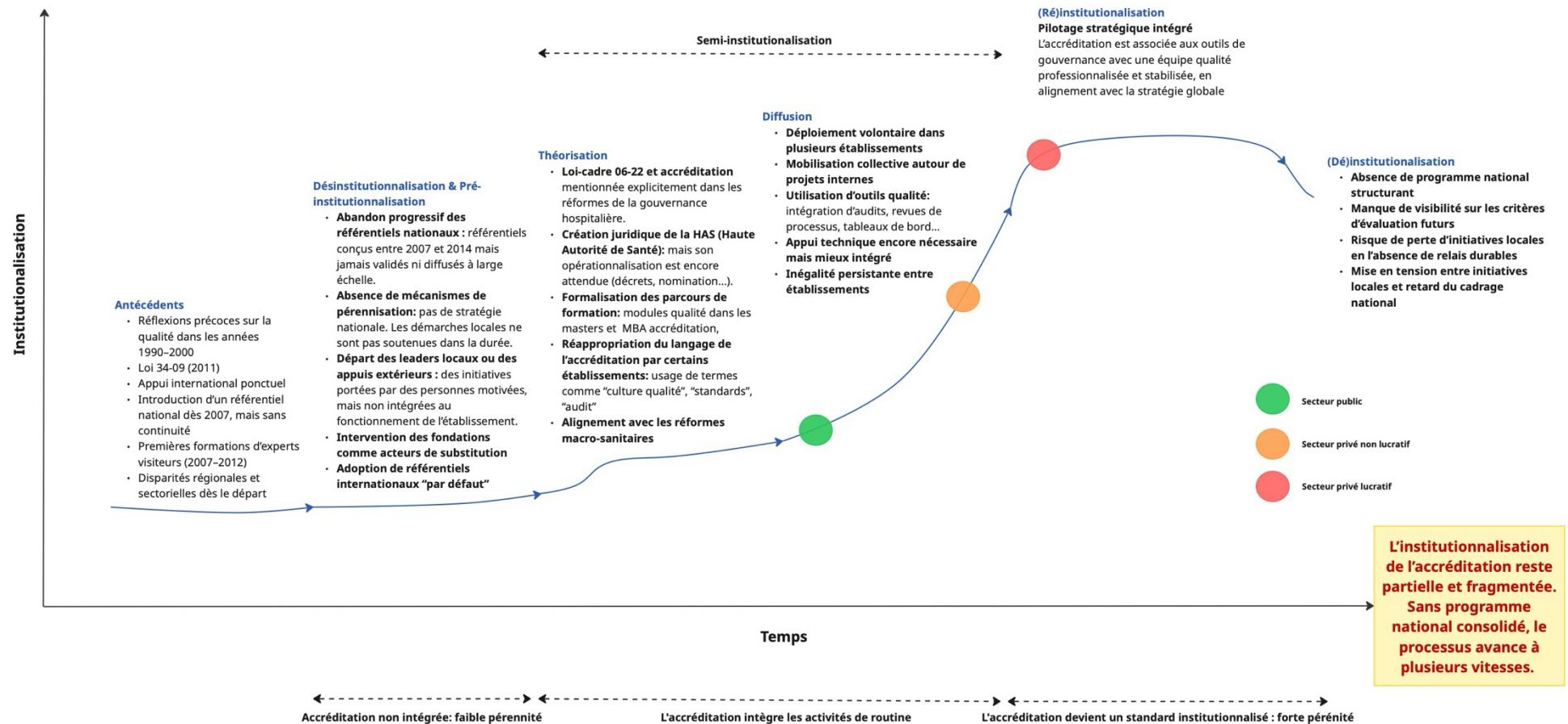
Si vous avez besoin d'informations complémentaires, mais aussi en cas de problème ou d'inquiétude, vous pouvez contacter le principal investigator (Vandoornick Annabelle) au numéro de téléphone suivant +32/483194180 ou par e-mail. annabelle.vandoornick@student.uliege.be.

5. ANNEXE 5 : SYNTHÈSE VISUELLE DE L'ANALYSE MACRO-POLITIQUE AU MAROC, ADAPTÉE DU CADRE DES COURANTS MULTIPLES DE KINGDON (1995)



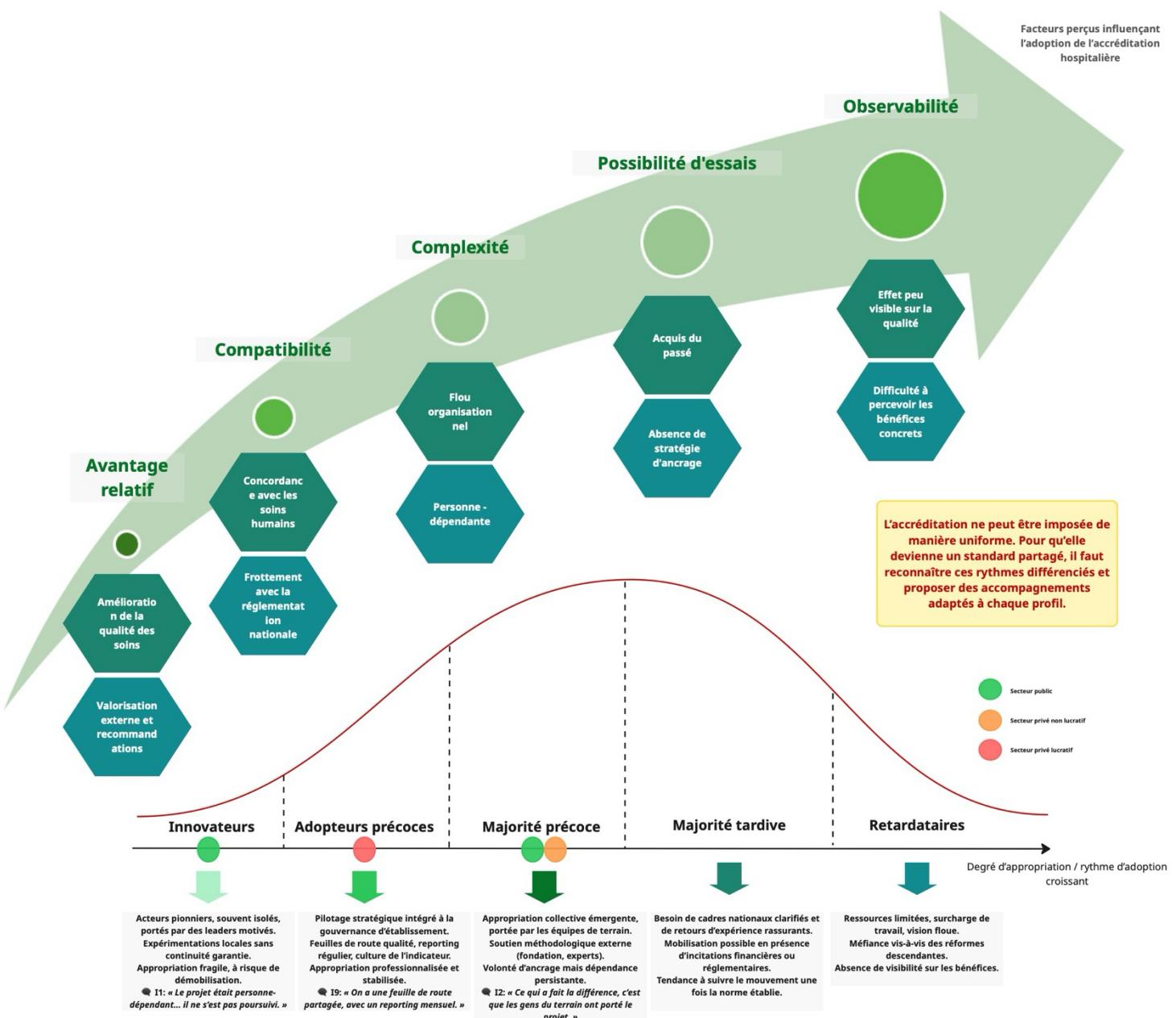
Notes : Ce visuel illustre la mobilisation des trois courants du modèle de Kingdon dans le cas de l'accréditation hospitalière au Maroc : un courant des problèmes largement partagé, un courant des solutions existant mais sans ancrage durable, et un courant politique affiché mais encore incomplet. La convergence de ces courants, encore désynchronisés, limite l'ouverture effective d'une fenêtre d'opportunité pour une réforme structurelle et durable de la qualité des soins.

6. ANNEXE 6 : TRAJECTOIRE D'INSTITUTIONNALISATION DE L'ACCREDITATION AU MAROC À PARTIR DU CADRE DE KUCHENMÜLLER ET AL. (2022)



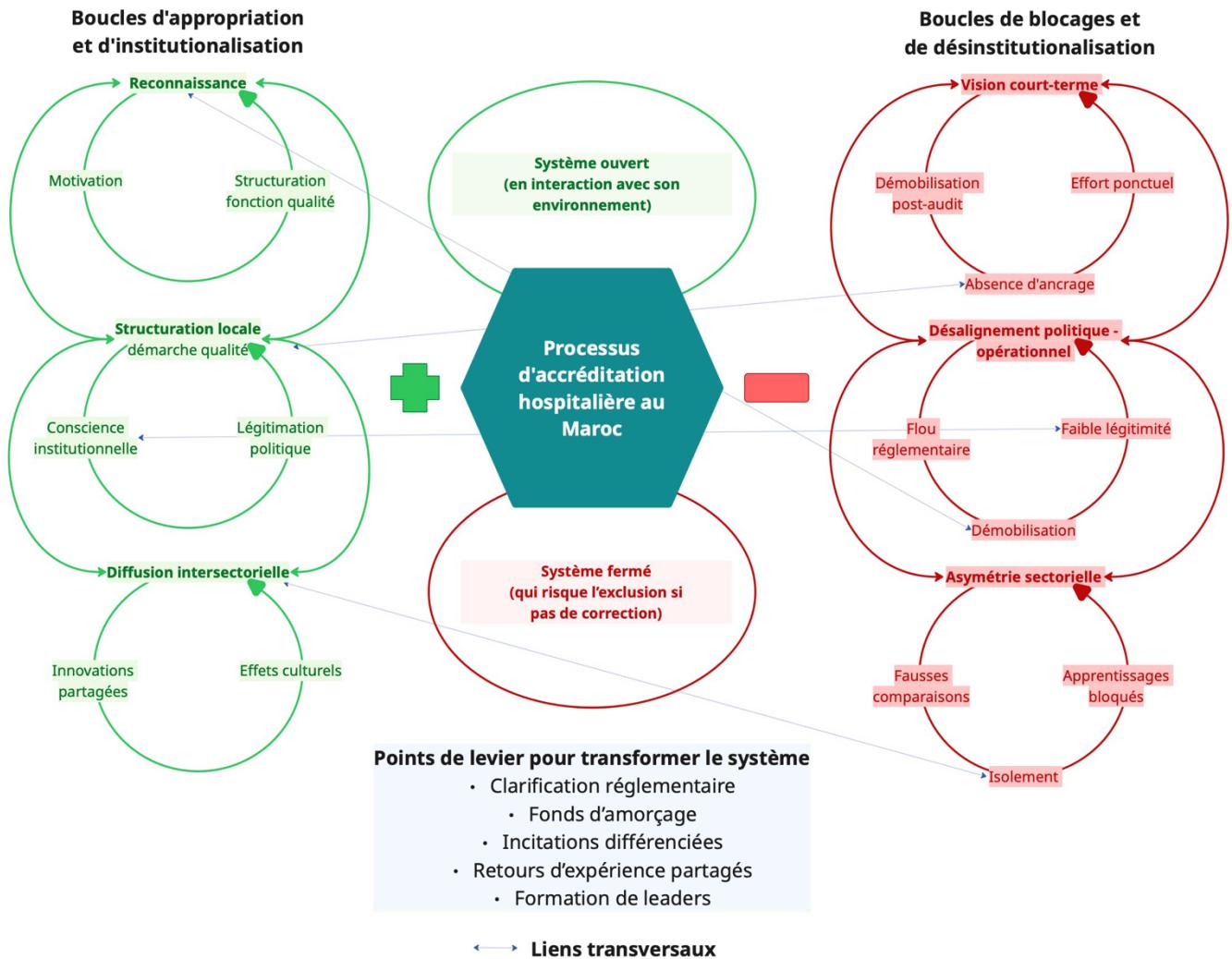
Notes: Cette modélisation illustre l'application des cinq étapes du processus d'institutionnalisation de Kuchenmüller et al. à partir des données empiriques recueillies. Elle différencie également les dynamiques selon les secteurs (public, privé non lucratif, privé lucratif).

7. ANNEXE 7 : APPROPRIATION DIFFÉRENCIÉE DE L'ACCREDITATION SELON LE MODÈLE DE DIFFUSION DES INNOVATIONS DE ROGERS (1983) /GREENHALGH (2004)



Notes : Ce visuel illustre d'une part les cinq attributs majeurs de l'innovation et d'autre part les profils d'appropriation observés, classés selon une courbe d'adoption allant des innovateurs aux retardataires. Chaque profil est illustré par des extraits de terrain et contextualisé par type de structure (public, privé non lucratif, privé lucratif).

8. ANNEXE 8 : DYNAMIQUES SYSTÉMIQUES DE L'ACCRÉDITATION HOSPITALIÈRE AU MAROC : ENTRE LEVIERS VERTUEUX ET BLOCAGES PERSISTANTS



Notes : Ce visuel met en évidence les boucles dynamiques qui influencent le processus d'accréditation hospitalière au Maroc. Les boucles vertes traduisent des dynamiques d'appropriation et d'institutionnalisation, tandis que les boucles rouges reflètent les freins systémiques. Le système oscille ainsi entre ouverture et blocage, selon sa capacité à activer les bons leviers.

9. ANNEXE 9 : ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT



Engagement de non plagiat.

Je soussigné(e) VANDOORNICK Annabelle

Matricule étudiant : s2302299

Déclare avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Liège et des dispositions du Règlement général des études et des évaluations. Je suis pleinement conscient(e) que la copie intégrale ou d'extraits de documents publiés sous quelque forme que ce soit (ouvrages, publications, rapports d'étudiant, internet, etc...) sans citation (i.e. mise en évidence de la citation par des guillemets) ni référence bibliographique précise est un plagiat qui constitue une violation des droits d'auteur relatifs aux documents originaux copiés indûment ainsi qu'une fraude. En conséquence, je m'engage à citer, selon les standards en vigueur dans ma discipline, toutes les sources que j'ai utilisées pour produire et écrire le mémoire que je dépose.

Fait le 19 mai 2025 à ANS,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Annabelle VANDOORNICK'.