

Vers une politique nationale de qualité des soins au Maroc : leviers, obstacles et perspectives à l'aide d'un outil autoévaluatif de l'OMS.

Auteur : Lizati, Amira

Promoteur(s) : Bodson, Oriane; 27048

Faculté : Faculté de Médecine

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

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/25446>

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.

Vers une politique nationale de qualité des soins au Maroc : leviers, obstacles
et perspectives à l'aide d'un outil autoévaluatif de l'OMS.

Mémoire présenté par **Amira LIZATI**

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 2025-2026

Vers une politique nationale de qualité des soins au Maroc : leviers, obstacles
et perspectives à l'aide d'un outil autoévaluatif de l'OMS.

Mémoire présenté par **Amira LIZATI**

En vue de l'obtention du grade de Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Promoteur : **Dr. Oriane BODSON**

Co-promoteur : **Dr. Zakaria BELRHITI**

Année académique 2025-2026

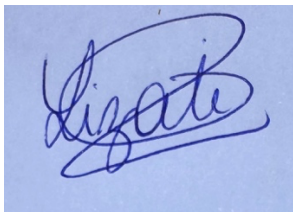
Engagement de non-plagiat.

Je soussigné(e) LIZATI Amira
Matricule étudiant : S2306456

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 à Huy, le 13/05/2025

Signature



REMERCIEMENTS

Avant toute chose, je tiens à remercier profondément tous les participants de cette étude. Je les remercie pour leur disponibilité, leur participation, leur sincérité et surtout pour leur confiance. Sans leurs contributions, cette recherche qualitative n'aurait pu être réalisée.

Je remercie également Monsieur Zakaria Belrhiti, professeur encadrant de l'Université Mohammed VI des Sciences et de la Santé (UM6SS). Il a été mon référent tout au long de mon étude de terrain au Maroc. Ses conseils, son savoir et ses contacts m'ont permis de mener à bien cette recherche.

Je remercie aussi Dr Anne-Françoise Donneau, encadrante au sein de l'Université de Liège (ULiège), pour sa bienveillance tout au long de ce cursus.

Une attention particulière pour Dr Oriane Bodson, promotrice de ce projet. Je la remercie chaleureusement pour son accompagnement, ses conseils ainsi que pour ses encouragements tout au long de cette expérience académique.

Je tiens à remercier l'ensemble du corps professoral de ce master en santé publique. Par leur enseignement et leur passion, ils m'ont rendu curieuse et critique.

Mes remerciements se dirigent naturellement vers l'Université de Liège pour la bourse qui m'a été octroyée. Sans cette aide financière, ce projet n'aurait pu se dérouler de manière sereine.

Enfin, je remercie de tout cœur ma famille ainsi que mes amis qui m'ont soutenu avec ferveur tout au long de ce parcours. Merci pour leurs oreilles attentives, pour les bras tendus lors des moments de doutes et de stress.

Table des matières

PRÉAMBULE	1
INTRODUCTION.....	2
1. Qualité des soins et politiques de santé.....	2
a. Concepts généraux	2
b. La qualité des soins dans les pays à revenus faibles, intermédiaires et élevés : la Couverture Sanitaire Universelle comme engagement mondial.	3
c. Le contexte du système marocain	4
d. Enjeux persistants et réalités contextuelles	6
2. Présentation de l’outil pilote de l’OMS	6
3. Approches analytiques multiniveaux de la qualité des soins	8
a. Analyse macro-politique : le cadre des courants multiples de Kingdon	8
b. Analyse méso-institutionnelle : le cadre de Kuchenmüller	8
c. Analyse micro-organisationnelle et humaine : la diffusion des innovations de Rogers	9
4. Problématique de recherche et objectifs de l’étude.....	9
a. Problématique et question de recherche.....	9
b. Objectif principal.....	10
c. Objectifs spécifiques	10
d. Pertinence scientifique et sociale de l’étude	10
1. Design de l’étude et démarche de recherche	11
2. De l’outil OMS au guide d’entretien : démarche d’adaptation qualitative	11
3. Collecte des données.....	12
4. Traitement et analyse des données	14
5. Considérations éthiques, légales et assurances.....	14
RÉSULTATS.....	15
1. Analyse macro-politique à partir du modèle des courants multiples de Kingdon	16
a. Le courant des problèmes : une reconnaissance progressive des limites du système de santé	16
b. Le courant des solutions : multiplication des initiatives et structuration progressive des outils qualité.....	17
c. Le courant politique : une volonté politique affirmée mais confrontée à des fragilités institutionnelles.....	18
d. Synthèse des trois courants	19
2. Analyse méso-institutionnelle selon le cadre de Kuchenmüller	19
a. Gouvernance : entre réforme structurelle et fragmentation opérationnelle.....	20
b. Standards et routines : institutionnalisation encore incomplète	21
c. Partenariats et action collective : une dynamique encore inégalement fédérée	21
d. Leadership et engagement : une volonté politique forte mais des capacités variables.....	22
e. Ressources : un facteur central de fragilité institutionnelle	23
f. Culture : le cœur du processus d’institutionnalisation	23
g. Synthèse du cadre conceptuel	24
3. Analyse micro-organisationnelle et humaine selon la diffusion des innovations de Rogers24	
a. Avantage relatif : perception de la supériorité de l’innovation	24
b. Compatibilité : ajustement aux valeurs culturelles, religieuses et sociales	25
c. Complexité : lisibilité des dispositifs et appropriation des pratiques.....	25
d. Possibilité d’essai : expérimentation progressive et dispositifs pilotes.....	26
e. Visibilité des résultats : rôle des indicateurs et feedback	26
f. Synthèse	26

DISCUSSION.....	27
1. La construction progressive d'une vision stratégique de la qualité des soins au Maroc.....	27
2. Des dynamiques communes et des enseignements partagés autour de la qualité des soins	29
3. Entre ambition réformatrices et contraintes structurelles : des défis toujours présents....	31
4. Limites de l'étude, contribution scientifiques et perspectives d'évolution.....	32
a. Limites méthodologiques et éléments de prudence dans l'interprétation des résultats	32
b. Contribution analytiques et méthodologiques de l'étude	33
c. Perspectives de recherche et pistes d'actions futures	33
d. Recommandations pour renforcer durablement l'ancrage des démarches qualité.....	34
CONCLUSION	35
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	37
ANNEXES	43

RÉSUMÉ

Introduction : La qualité des soins est non seulement un enjeu majeur de santé publique mais également un pilier essentiel de la couverture sanitaire universelle. Au Maroc, les réformes récentes de son système de santé témoignent d'une volonté politique de renforcer la qualité des soins, malgré l'absence d'une politique nationale de qualité des soins. Cette étude vise à analyser la vision stratégique de la qualité des soins au Maroc, de comprendre les leviers et obstacles liés à son développement, le tout à partir d'un outil autoévaluatif élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Méthodes : Cette étude qualitative (exploratoire) repose sur douze entretiens semi-directifs. Ces entretiens ont abouti à un échantillon de quinze professionnels issus du système de santé marocain (décideurs, responsables institutionnels, praticiens, experts académiques représentants de l'OMS). Le guide d'entretien a été conçu en se basant sur l'outil pilote d'autoévaluation des politiques et des stratégies nationales en matière de qualité des soins, par l'OMS. L'analyse des données collectées a été effectuée suivant une approche thématique articulée sur plusieurs niveaux : macro, méso et micro.

Résultats : Il ressort de cette étude, une orientation politique incontestable en faveur de l'amélioration de la qualité des soins au Maroc. En effet, celle-ci est renforcée par des réformes législatives récentes au sein du système de santé. Cependant, il a été identifié que plusieurs défis subsistent. Ceux-ci englobent un fractionnement de la gouvernance, l'absence de cadres de références coordonnés, des lacunes en matière de ressources et une institutionnalisation insuffisante de la culture qualité. Parallèlement, les acteurs opérant sur le terrain mettent en œuvre des stratégies d'ajustement pour faire face aux contraintes organisationnelles, ce qui met en évidence une divergence entre les directives stratégiques et les conditions du terrain.

Discussion : Les conclusions de cette étude soulignent que les enjeux liés à la qualité des soins au Maroc dépassent les dimensions techniques et réglementaires et s'inscrivent dans des dynamiques organisationnelles, culturelles et institutionnelles complexes. L'outil de l'OMS apparaît pertinent pour structurer l'analyse des documents liés à la qualité, tout en nécessitant une adaptation au contexte marocain. Le renforcement d'une politique nationale de qualité suppose une meilleure articulation entre les niveaux stratégique, organisationnel et opérationnel.

Mots-clés : Qualité des soins ; Politique nationale de santé ; Maroc ; Étude qualitative ; OMS.

ABSTRACT

Introduction : Quality of care is not only a major public health issue but also an essential pillar of universal health coverage. In Morocco, the recent reforms of its health system show a political will to strengthen the quality of care, despite the absence of a national policy on the quality of care. This study aims to analyze the strategic vision of the quality of care in Morocco, to understand the levers and obstacles related to its development, all from a self-assessment tool developed by the World Health Organization (WHO).

Methods : This exploratory qualitative study is based on twelve semi-structured interviews. These interviews led to a sample of fifteen professionals from the Moroccan health system (decision-makers, institutional managers, practitioners, academic experts representatives of the WHO). The interview guide was built on the WHO pilot tool for self-assessment of national policies and strategies on quality of care. The analysis of the collected data was carried out according to a thematic approach articulated on several levels: macro, meso and micro.

Discussion : The conclusions of this study highlight that issues related to the quality of care in Morocco exceed the technical and regulatory dimensions and are part of complex organizational, cultural and institutional dynamics. The WHO tool appears relevant to structure the analysis of documents related to quality, while requiring adaptation to the Moroccan context. The strengthening of a national quality policy requires better coordination between the strategic, organizational and operational levels.

Keywords : Quality of care ; National health policy ; Morocco ; Quantitative study ; WHO.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Profil des interviewés de l'étude
-----------	-----------------------------------

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMO	Assurance Maladie Obligatoire
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
GST	Groupement Sanitaire Territorial
HAS	Haute Autorité de Santé
ODD	Objectifs Développement Durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PNAQ	Programme National d'Assurance Qualité
PNS	Plan National de Santé
PP	Politiques publiques
PRFI	Pays à revenus faibles ou intermédiaires
PSNQ	Politiques et Stratégies nationales relative à la Qualité
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>

PRÉAMBULE

Sage-femme de formation, j'ai toujours été sensible à la qualité et à la sécurité des soins. En 2018, j'ai eu l'opportunité de réaliser un stage en salle d'accouchement à Settat, au Maroc. Ce stage m'a permis d'observer la réalité de terrain, ses forces et ses limites. Cette expérience m'a incité à m'intéresser au concept de la qualité des soins dans sa globalité.

C'est pourquoi, j'ai saisi l'opportunité qui s'offrait à moi de réaliser mon mémoire en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) au Maroc. Ce choix m'a permis de dépasser ma zone de confort – l'obstétrique- et un retour à mes racines marocaines. J'ai ainsi pu étudier la qualité des soins au sens large du terme, ce qui m'a permis de mieux comprendre les leviers et les obstacles à sa mise en œuvre et analyser le décalage entre politiques et pratiques souvent décriées par la population marocaine.

Le Maroc traverse actuellement une phase de refonte globale de son système de santé, visant l'accès, l'équité et la qualité des soins. Néanmoins, certains événements récents tels que les mobilisations du mouvement GenZ 212 à la suite du décès de huit femmes dans un hôpital à Agadir, rappellent l'urgence de renforcer la sécurité et la confiance dans le système de santé. Par ailleurs, sa Majesté le Roi Mohammed VI appuie cet objectif, lors de son discours en octobre 2025.

Cette étude porte sur la mise en application pilote d'un outil de soutien à l'élaboration et l'actualisation des Politiques et Stratégies Nationales de Qualité (PSNQ) au Maroc. Par une approche qualitative, elle vise à identifier les forces, faiblesses et défis liés à la mise en œuvre des politiques, et à contribuer à la réflexion sur une culture durable de la qualité et de la sécurité, avec un impact direct sur la santé publique et le bien-être de la population

INTRODUCTION

1. Qualité des soins et politiques de santé

a. Concepts généraux

La qualité des soins constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale(1). Elle représente un déterminant essentiel de la performance des systèmes de santé et de l'amélioration durable de l'état de santé des populations(1). Malgré les progrès réalisés dans plusieurs pays, la mauvaise qualité des soins demeure responsable d'un important fardeau sanitaire, économique et social, aussi bien dans les pays à revenus faibles et intermédiaires (PRFI) que dans les pays à revenus élevés (1).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la qualité des soins correspond à : *« la mesure dans laquelle les services de santé fournis aux personnes et aux populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats sanitaires souhaités et sont conformes aux connaissances professionnelles fondées sur les données probantes. Cette définition de la qualité des soins englobe la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs et suppose que la qualité puisse être mesurée et continuellement améliorée grâce à la prestation des soins fondés sur des données probantes qui tiennent compte des besoins et préférences de celles et ceux qui utilisent les services de santé- patients, famille et communautés (2) ».*

Cette définition met en évidence le caractère multidimensionnel de la qualité des soins et souligne l'importance d'une approche globale intégrant les dimensions techniques, organisationnelles et humaines des systèmes de santé.

L'OMS identifie sept dimensions de la qualité des soins(2). Les soins doivent :

- Être efficaces, en fournissant des soins fondés sur les données probantes aux personnes qui en ont besoin ;
- Être sans risques, afin d'éviter tout préjudice lié aux soins ;
- Être centrés sur la personne, en répondant aux besoins, attentes et préférences des patients ;
- Être dispensés en temps opportun, afin de réduire les délais d'attente préjudiciables ;
- Être équitables, indépendamment de l'âge, du sexe, du niveau socio-économique ou du lieu de résidence ;

- Être intégrés, en assurant la continuité et la coordination des soins entre les différents niveaux du système de santé ;
- Et être efficaces, en optimisant l'utilisation des ressources disponibles et en limitant le gaspillage(2).

La qualité des soins ne se limite donc pas aux résultats cliniques ; elle implique également la sécurité des patients, l'expérience des usagers, l'organisation des services et la capacité du système de santé à répondre de manière équitable aux besoins de la population(1).

Dans cette perspective, la couverture sanitaire universelle (CSU) constitue un objectif majeur de santé publique au niveau mondial(3,4). Inscrite par les objectifs de développement durable (ODD) des Nations Unies, elle vise à garantir à toutes les populations l'accès à des services de santé essentiels, de qualité, sans difficultés financières(4). La CSU est étroitement liée à la qualité des soins, puisque l'accès aux soins ne peut améliorer durablement la santé des populations que si les services fournis sont efficaces, sûrs et équitables(3). Elle contribue ainsi à réduire les inégalités sanitaires et à renforcer les systèmes de santé dans une perspective de développement durable.

b. La qualité des soins dans les pays à revenus faibles, intermédiaires et élevés : la Couverture Sanitaire Universelle comme engagement mondial.

Le poids de la mauvaise qualité des soins est particulièrement important dans les PRFI, où les systèmes de santé sont confrontés à des contraintes structurelles, financières et organisationnelles importantes(1,5). A l'échelle mondiale, près d'1,8 milliard de personnes, soit 24% de la population mondiale, vivent dans des contextes où il est difficile de fournir des soins de qualité(1). Chaque année, la mauvaise qualité des soins entraîne entre 5,7 et 8,4 millions de décès dans ces pays, représentant au moins 15% des décès totaux enregistrés(1). Près de 60% des décès répertoriés sont directement liés à la mauvaise qualité des soins, tandis que les autres seraient associés à l'absence d'accès au système de santé(1).

Au-delà des conséquences sanitaires, cette situation engendre également des pertes économiques considérables, estimées entre 1400 et 1600 milliards de dollars par an en raison des pertes de productivité associées(1).

Dans les pays à revenus élevés, en dépit des ressources plus importantes et des systèmes de santé plus développés, la qualité des soins reste un défi important. Selon l'OMS, un patient sur dix subit un préjudice lors de l'hospitalisation, et sept patients hospitalisés sur cent

peuvent contracter une infection associée aux soins de santé(1). Ces données soulignent que la qualité des soins constitue un enjeu universel, quel que soit le niveau de développement économique (1).

Dans ce contexte, la qualité des soins de santé occupe une place centrale dans les politiques internationales de santé, notamment à travers les Objectifs de Développement Durable (ODD), adoptés par les Nations unies en 2015(1,6,7). L'objectif 3.8 des ODD vise spécifiquement l'atteinte de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), définie comme la possibilité pour chaque individu d'accéder à des services de santé essentiels de qualité sans difficulté financière (1,8,9).

L'objectif premier de la CSU est que toutes les personnes ayant besoin de soins puissent bénéficier de services de santé de haute qualité sans subir des difficultés financières(1). Les soins de qualité- incluant la promotion de la santé, la prévention, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs- font ainsi partie intégrante de la définition même de la CSU(1). L'OMS souligne d'ailleurs que l'amélioration de l'accès aux soins ne peut produire des bénéfices réels sur la santé des populations si les services fournis ne sont pas suffisamment efficaces et sécurisés(1).

Dans son rapport publié le 5 octobre 2023, l'OMS rappelle également que les soins de santé primaires constituent un levier essentiel pour atteindre la CSU, améliorer l'équité d'accès aux soins et renforcer l'efficacité des systèmes de santé(1,5,9).

c. Le contexte du système marocain

A l'instar de nombreux pays à revenu intermédiaire, le Maroc connaît une transition épidémiologique marquée par une augmentation progressive des maladies chroniques et non transmissibles, notamment le diabète, les maladies cardiovasculaires et les cancers(10). Ces pathologies représentent aujourd'hui une part importante de la charge de morbidité nationale et constituent un enjeu majeur pour les politiques publiques de santé (5,10–13).

Parallèlement, le Maroc a enregistré des progrès significatifs en matière d'indicateurs sanitaires, notamment une augmentation de l'espérance de vie à la naissance, passée de 42,9 ans en 1955 à 77 ans en 2019 (11,13–15).

Depuis plusieurs années, le pays a engagé d'importantes réformes visant à renforcer la protection sociale et améliorer l'accès aux soins(10). La mise en œuvre progressive de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) depuis 2005 a constitué une étape majeure dans le

processus de généralisation de la CSU(16,17). En 2024, l'AMO couvrait environ 86% de la population marocaine(16–18).

Cette dynamique de réforme s'est renforcée avec l'adoption de la loi-cadre n°06-22 relative au système national de santé, promulguée en décembre 2022 (19). Cette loi est le socle principal de la nouvelle politique nationale de santé au Maroc, remplaçant ainsi progressivement la loi 34-09 (20). La loi-cadre n°06-22 vient redéfinir : la philosophie de la politique publique de santé marocaine (équité, qualité et gouvernance), les différents axes stratégiques dont les quatre principaux sont :

- Le renforcement de la gouvernance ;
- Le développement des ressources humaines ;
- La mise à niveau de l'offre des soins ;
- Et la digitalisation du système de santé (19).

Et enfin, le pilier de la qualité des soins à travers la régulation, la planification territoriale et la création d'instance de contrôle (19,21).

D'autres réformes structurantes ont également été adoptées, notamment :

- La loi n°07-22 portant sur la création de la Haute Autorité de la Santé (HAS) qui va introduire : l'organe de pilotage et d'évaluation de la qualité des soins, le mandat d'évaluer la qualité des prestations publiques et privées, le pouvoir d'accréditer les établissements de santé et enfin un rôle de veille, de normalisation et conseil dans les politiques publiques (22).
- La loi n°08-22 relative aux Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) qui vise à rapprocher la gestion des soins du citoyen, à améliorer la qualité des services, la continuité et la coordination à l'échelle régionale et enfin à instaurer une logique de pilotage territorial de la qualité (via indicateurs, gestion de ressources, circuits de soins,etc) (23) ;
- La loi n°09-22 relative à la fonction sanitaire qui concerne spécifiquement le pilier de la valorisation des ressources humaines dans le secteur de santé, dont les objectifs principaux sont : la reconnaissance des professionnels concernés, les garanties juridiques et la protection, la formation continue et la rémunération et motivation(24).
- Le plan national de la santé 2025 dont les trois piliers sont : l'organisation et le développement de l'offre des soins et l'amélioration de l'accès aux services de santé,

le renforcement des programmes nationaux de santé et de lutte contre les maladies, et l'amélioration de la gouvernance et l'utilisation des ressources(25,26).

Ces réformes traduisent une volonté politique forte de renforcer la qualité, l'équité et la résilience du système de santé marocain.

d. Enjeux persistants et réalités contextuelles

Malgré les avancées enregistrées, le système de santé marocain reste confronté à plusieurs défis structurels. Des disparités importantes persistent entre les zones urbaines et rurales, notamment en matière d'accès aux infrastructures, aux ressources humaines et aux services spécialisés (27–29).

Le Maroc compte 36 897 105 habitants dont 40% vivent en milieu rural(12,29). Les inégalités territoriales sont accentuées par des écarts socio-économiques, des différences de revenus et un accès inégal aux services de santé (11,29,30). Selon le rapport du ministère de la santé publié en 2022, le ratio habitants/médecin est estimé à 2269 dans le secteur public et à 2587 dans le secteur privé(29).

Par ailleurs, le système de santé marocain demeure confronté à plusieurs difficultés :

- Une répartition inégale des ressources humaines (29) ;
- Des capacités hospitalières limitées(29) ;
- Des difficultés de gouvernance(29) ;
- Des insuffisances dans les systèmes d'information sanitaire(29) ;
- Ainsi que des mécanismes de suivi et d'évaluation encore insuffisamment développés (5,29,31).

La qualité des soins apparaît ainsi comme une priorité affichée des réformes sanitaires marocaines, mais dont la mise en œuvre demeure encore hétérogène selon les territoires et les structures de soins(29).

2. Présentation de l'outil pilote de l'OMS

Dans le cadre du renforcement des politiques de qualité des soins, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a développé un outil pilote d'autoévaluation des politiques et stratégies nationales relatives à la qualité des soins (PSNQ), sur base du guide d'élaboration des PSNQ de l'OMS(32). Cet outil pilote, intitulé « *PSNQ Review Checklist* », constitue un instrument

d'appui destiné à soutenir l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale des documents de stratégie nationale pour la qualité des soins.

Présenté sous la forme d'un outil Excel auto-administré et destiné à une utilisation internationale, il est structuré autour de 11 domaines : les généralités, les objectifs et priorités nationaux en matière de santé, la définition locale de la qualité des soins, la cartographie et l'engagement des parties prenantes, l'analyse de la situation, la gouvernance et la structure organisationnelle pour la qualité, les méthodes et interventions d'amélioration, les systèmes d'information sanitaire et de gestion des données, les indicateurs de qualité et mesures essentielles, la planification organisationnelle ainsi que le renforcement des capacités. L'outil intègre également un tableau de synthèse (« *Score card* ») permettant d'obtenir une vue d'ensemble des évaluations réalisées à travers les commentaires, retours et scores attribués à chaque domaine.

Dans le cadre de cette étude, cet outil n'a pas été mobilisé dans son objectif initial d'évaluation des politiques et stratégies nationales de qualité des soins (PSNQ), en raison de l'absence de documents de ce type dans le contexte marocain.

En somme, cet outil vise à accompagner les États dans l'analyse de leurs politiques de qualité et dans l'identification des forces, limites et priorités d'amélioration des systèmes de santé. Il repose sur une approche globale et systémique de la qualité des soins et permet d'évaluer plusieurs dimensions essentielles : la gouvernance et le leadership ; l'implication des parties prenantes ; les normes et référentiels ; les systèmes d'information ; les mécanismes d'amélioration continue ; les ressources humaines ainsi que les ressources financières et organisationnelles(32).

Selon l'OMS, l'amélioration de la qualité des soins nécessite une approche intégrée impliquant l'ensemble des acteurs du système de santé(1). La qualité des services dépend à la fois de l'environnement dans lequel évolue le système de santé, des capacités institutionnelles, des ressources disponibles et des pratiques des professionnels de santé(1). Les gouvernements doivent ainsi mettre en place des politiques nationales cohérentes, renforcer la gouvernance, développer les compétences des professionnels, améliorer les systèmes d'information et mobiliser les patients ainsi que les communautés dans les démarches d'amélioration de la qualité(1).

L'OMS souligne également l'importance des soins de santé primaires comme fondement d'un système de santé performant et équitable(1). Le suivi continu des indicateurs de qualité,

l'utilisation de données fiables, les systèmes d'apprentissage fondés sur l'expérience de terrain ainsi que le partage des connaissances sont considérés comme des leviers essentiels pour améliorer durablement les systèmes de santé(1).

Par ailleurs, l'implication des populations et des usagers apparaît comme un élément central de l'amélioration de la qualité des soins. La compréhension des attentes et des besoins des patients permet non seulement d'adapter les services de santé, mais également de renforcer la confiance entre les citoyens et les institutions sanitaires(1).

Dans le contexte marocain, cet outil présente un intérêt particulier dans la mesure où il pourrait contribuer à structurer une future politique nationale de qualité et à harmoniser les démarches d'évaluation et d'amélioration continue des soins.

Afin de préserver la confidentialité de cet outil pilote, non publié à ce jour, un tableau simplifié de l'outil est proposé en **annexe 1** afin de visualiser la structure générale.

3. Approches analytiques multiniveaux de la qualité des soins

L'analyse de la qualité des soins nécessite une approche multiniveau permettant de comprendre les interactions entre les dimensions politiques, institutionnelles, organisationnelles et humaines des systèmes de santé.

a. Analyse macro-politique : le cadre des courants multiples de Kingdon

Au niveau macro-politique, le cadre des courants multiples développé par J. Kingdon permet d'analyser les conditions d'émergence des politiques publiques de santé(33).

Selon cette approche, les réformes apparaissent lorsque trois dynamiques convergent : la reconnaissance d'un problème, l'existence de solutions disponibles et un contexte politique favorable(33).

Dans le domaine de la qualité des soins, cette approche permet de comprendre comment les enjeux liés à la sécurité des patients, à l'équité ou à la performance des systèmes de santé deviennent progressivement des priorités politiques.

b. Analyse méso-institutionnelle : le cadre de Kuchenmüller

Au niveau méso-institutionnel, les travaux de Kuchenmüller mettent en évidence le rôle central des institutions dans la mise en œuvre des politiques de qualité(34,35).

Cette approche s'intéresse notamment aux mécanismes de gouvernance, aux capacités de coordination, aux dispositifs réglementaires, aux systèmes d'évaluation ainsi qu'aux capacités organisationnelles des institutions de santé(34,35).

Elle permet d'analyser la manière dont les orientations stratégiques nationales sont traduites en dispositifs opérationnels au sein des structures de santé.

c. Analyse micro-organisationnelle et humaine : la diffusion des innovations de Rogers

Au niveau micro-organisationnel, la théorie de la diffusion des innovations développée par E. Rogers permet d'analyser les mécanismes d'adoption des nouvelles pratiques au sein des organisation de santé(36).

Selon cette approche, l'intégration des démarches qualité dépend notamment : des caractéristiques de l'innovation, des dynamiques professionnelles, de la culture organisationnelle, des mécanismes de communication et du niveau d'adhésion des professionnels de santé(36).

Cette perspective met en évidence l'importance des facteurs humains et organisationnels dans la réussite des politiques de qualité des soins(36).

4. Problématique de recherche et objectifs de l'étude

a. Problématique et question de recherche

Malgré les réformes engagées ces dernières années et la reconnaissance croissante de la qualité des soins comme priorité nationale, le système de santé marocain demeure confronté à plusieurs défis structurels et organisationnels. Les initiatives relatives à la qualité des soins restent encore fragmentées, avec une mise en œuvre hétérogène selon les structures et les territoires, ainsi qu'une absence de politique nationale de qualité pleinement formalisée et standardisée.

Dans ce contexte, il apparaît pertinent d'interroger la manière dont les politiques et stratégies de qualité des soins sont conçues, perçues et mises en œuvre au sein du système de santé marocain, ainsi que les leviers et obstacles influençant leur développement.

La présente étude s'articule ainsi autour de la question de recherche suivante :

Quelle est la vision stratégique en matière de qualité des soins au Maroc, et comment s'articule-t-elle entre le contexte national, les leviers identifiés et les barrières rencontrées ? Cette question vise à mieux comprendre les dynamiques institutionnelles, organisationnelles et humaines qui influencent la structuration des politiques de qualité des soins dans le contexte marocain.

b. Objectif principal

L'objectif principal est d'analyser la vision stratégique de la qualité des soins au Maroc et de comprendre son articulation entre contexte national, les leviers d'amélioration et les obstacles rencontrés.

c. Objectifs spécifiques

Afin de répondre à cette problématique, plusieurs objectifs spécifiques ont été définis :

- Identifier les leviers favorisant l'amélioration de la qualité des soins au Maroc ;
- Identifier les obstacles à la mise en œuvre des politiques et stratégies de qualité ;
- Analyser la cohérence des réformes et stratégies existantes en matière de qualité des soins ;
- Évaluer la pertinence de l'outil d'autoévaluation des PSNQ développé par l'OMS ;
- Comprendre la manière dont les acteurs du système de santé perçoivent et s'approprient les démarches qualité dans le contexte marocain.

d. Pertinence scientifique et sociale de l'étude

Cette recherche s'inscrit dans le contexte de transformation du système de santé marocain, marqué par la généralisation progressive de la CSU et des réformes visant la gouvernance, l'équité et la qualité des soins. Sur le plan scientifique, elle contribue à la compréhension des dynamiques de qualité des soins dans un pays à revenu intermédiaire à travers une approche qualitative et un cadre multiniveaux inspiré des PSNQ de l'OMS.

Sur le plan opérationnel, ce travail vise à éclairer les décideurs et acteurs institutionnels engagés dans les réformes sanitaires et à contribuer à la construction d'une politique nationale de qualité des soins plus structurée, cohérente et adaptée au contexte marocain.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Design de l'étude et démarche de recherche

Cette étude adopte une démarche qualitative à visée exploratoire afin d'étudier la vision stratégique de la qualité des soins au Maroc. Fondée sur une logique inductive, elle cherche à appréhender de manière approfondie les perceptions, les expériences ainsi que les représentations des différents acteurs du système de santé.

Le recours à cette approche méthodologique s'explique par la complexité du sujet, qui implique de saisir les dimensions institutionnelles, organisationnelles et discursives entourant la question de la qualité des soins. L'étude porte spécifiquement sur le contexte marocain, dans une phase déterminante caractérisée par l'application de la loi-cadre 06-22. Cette réforme érige la qualité des soins en principe fondamental du système de santé et prévoit notamment la mise en place de la Haute Autorité de Santé (HAS).

A travers l'analyse des discours d'acteurs stratégiques, cette recherche vise à mettre en lumière les facteurs susceptibles de soutenir l'amélioration de la qualité des soins, à repérer les freins entravant l'application des politiques de qualité, ainsi qu'à évaluer la cohérence des stratégies actuellement déployées dans ce domaine.

2. De l'outil OMS au guide d'entretien : démarche d'adaptation qualitative

Le guide d'entretien (**Annexe 2**) est basé sur l'outil pilote d'autoévaluation des politiques et stratégies nationales de qualité des soins de l'OMS, « *PSNQ Review Checklist* ». Cet outil est développé dans le point 2. Présentation de l'outil pilote de l'OMS de ce travail.

Dans le cadre de cette étude, cet outil n'a pas été mobilisé dans son objectif initial d'évaluation des politiques et stratégies nationales de qualité des soins (PSNQ), en raison de l'absence de documents de ce type dans le contexte marocain. Cependant, celui-ci a été une référence méthodologique pour la construction du guide d'entretien, facilitant ainsi l'analyse des réformes récentes, à travers les textes législatifs liés à la qualité des soins au Maroc.

Un travail d'appropriation et d'adaptation de l'outil a été réalisé : il a été traduit en français, puis réorganisé en grandes thématiques afin de rendre sa structure plus adaptée au contexte de l'étude. Les questions ont également été reformulées de manière plus ouverte pour favoriser des échanges plus approfondis et éviter une logique de réponses binaires de type

« oui-non ». Cette adaptation visait ainsi à faciliter l’exploration inductive des perceptions et des expériences des participants, tout en restant fidèle à l’architecture et aux dimensions initiales de l’outil.

Ce guide a donc permis d’orienter les entretiens autour des principales dimensions de la qualité des soins, tout en laissant une flexibilité aux participants pour partager leurs perceptions, leurs expériences et leurs points de vue. Bien qu’expérimenté dans le contexte marocain, cet outil conserve avant tout une vocation internationale, pensée pour être utilisée et évaluée dans différents systèmes de santé.

3. Collecte des données

La collecte des données s’est déroulée au Maroc, entre octobre et novembre 2025, sur une durée de sept semaines. Cette étude a été réalisée dans le cadre d’une collaboration étroite avec le Professeur Zakaria Belrhiti, encadrant local à l’Université Mohammed VI des Sciences et de la Santé (UM6SS), dont le soutien a contribué à faciliter l’accès au terrain ainsi qu’aux différents acteurs du système de santé marocain. Avant le lancement des entretiens, une démarche de cartographie des parties prenantes (« *Stakeholder mapping* ») a été menée afin de repérer les acteurs clés susceptibles d’apporter une contribution pertinente à l’étude, en tenant compte de leur expertise, de leur position institutionnelle et de leur implication dans les questions relatives à la qualité des soins au Maroc.

À partir de cette première identification, l’échantillonnage a reposé sur une méthode dite « boule de neige », consistant à élargir progressivement le recrutement des participants grâce aux recommandations formulées lors des premiers entretiens. Cette approche, fréquemment mobilisée dans les recherches qualitatives exploratoires, s’est avérée particulièrement adéquate à l’étude d’enjeux institutionnels ardu, où l’accès aux acteurs stratégiques peut être restreint. La taille de l’échantillon a augmenté progressivement jusqu’à atteindre le principe de saturation des données, c’est-à-dire le moment où les entretiens ne permettaient plus de faire émerger de nouvelles informations significatives. Au total, douze entretiens ont été réalisés, dont quinze personnes interviewées.

Comme présenté dans le **Tableau 1**, la population étudiée est composée d’acteurs impliqués dans le système de santé marocain, incluant des décideurs, des professionnels de santé et des parties prenantes institutionnelles.

Ces acteurs ont été sélectionnés en raison de leur expertise et de leur implication dans les processus liés à la qualité des soins.

Tableau 1 : Profil des interviewés de l'étude

	NOMBRE DE PARTICIPANTS	CATEGORIE	ROLE / INSTITUTION
INTERVIEW 1 (I1)	4	Acteurs académiques	UM6SS
INTERVIEW 2 (I2)	1	Acteur académique	UM6SS
INTERVIEW 3 (I3)	1	Secteur privé d'utilité public à but non lucratif	Gestionnaire Qualité Fondation
INTERVIEW 4 (I4)	1	Secteur public	Responsable qualité
INTERVIEW 5 (I5)	1	Acteur international	Expert OMS
INTERVIEW 6 (I6)	1	Acteur académique	UM6SS
INTERVIEW 7 (I7)	1	Acteur contextuel	Expert externe
INTERVIEW 8 (I8)	1	Acteur institutionnel	Ex-Secrétaire Général
INTERVIEW 9 (I9)	1	Acteur institutionnel	DHSA
INTERVIEW 10 (I10)	1	Secteur privé	Chef de service CHU
INTERVIEW 11 (I11)	1	Secteur privé	Responsable qualité Fondation
INTERVIEW 12 (I12)	1	Acteur institutionnel	Oncologie

La plupart des entretiens ont eu lieu en présentiel à Rabat ou à Casablanca, avec quelques-uns réalisés à distance via Microsoft Teams. La durée de ces échanges variait entre 45 minutes et 1h30.

Avec l'accord des participants, les entretiens ont été enregistré à l'aide de l'outil *Plaud In Note*, un enregistreur vocal sécurisé respectant les normes du règlement général sur la protection des données (RGPD). Cet outil a facilité une retranscription intégrale et anonymisée.

Cependant, certains participants ont choisi de ne pas être enregistrés ou ont exprimé des réserves quant à l'utilisation de leurs paroles, craignant que cela puisse entraîner des répercussions.

Dans ces cas, des notes détaillées ont été prises lors des entretiens. Cette situation a été prise en compte dans l'analyse, notamment en ce qui concerne les conditions de production du discours.

4. Traitement et analyse des données

Les données ont été analysées selon une approche thématique. Cette analyse s'est déroulée en plusieurs étapes : une phase de familiarisation avec les données, suivie d'un codage initial, puis d'un regroupement des codes en thèmes.

Les verbatims ont été extraits à partir de mots-clés, en s'appuyant sur les 11 domaines définis dans l'outil pilote de l'OMS. Ce premier niveau de codage a permis d'organiser le corpus, tout en faisant émerger des régularités ainsi que des différences entre les acteurs étudiés.

Cette démarche a permis de mettre en lumière 9 thématiques clés, telles que la volonté politique, la mise en œuvre des politiques, la culture qualité et les conditions qui influencent le discours.

Les données ont été organisées selon trois niveaux d'analyse :

- Niveau macro : dimensions stratégiques et politiques,
- Niveau méso : fonctionnement des institutions hospitalières,
- Niveau micro : acteurs de terrain.

L'analyse a été réalisée de manière itérative, en confrontant en continu les données empiriques avec le cadre théorique utilisé.

5. Considérations éthiques, légales et assurances

Les principes éthiques ont été respectés tout au long de l'étude. Les participants ont été informés des objectifs de la recherche, des modalités de recueil des données ainsi que de leur droit de retrait à tout moment.

Un consentement éclairé a été obtenu préalablement à chaque entretien. Les participants ont été informés des conditions d'enregistrement et d'utilisation des données grâce à une fiche d'information.

En vertu de la loi du 25 mai 2018 relative au règlement général sur la protection des données (RGPD)(37), l'anonymat et la confidentialité des données ont été garantis. Aucune information permettant d'identifier les participants n'a été conservée dans les résultats. Les données ont fait l'objet d'une anonymisation et ont été stockées dans un disque dur avec mot

de passe. L'usage des données est exclusivement réservé à des fins de recherche. La conservation de ces données est limitée au cadre de cette étude.

Par ailleurs, l'autorisation des membres du Comité d'éthique médicale hospitalo-facultaire universitaire de Liège (CHU/ULiège) a été obtenue le 25 mars 2025 ; l'étude n'entrant pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine. Le numéro de référence attribué est le 2025/220. **(Annexe 3)**

Étant donné que l'étude a été réalisée sur le territoire marocain, une autorisation a également été obtenue auprès du Comité d'études de l'Université Mohammed VI des Sciences et de la Santé. Un accord verbal a d'abord été donné à mon arrivée à Rabat, suivi d'un accord écrit reçu le 30/05/2025, validant la réalisation du projet d'étude au Maroc. La référence attribuée est CE/UM6SS/53/25. **(Annexe 3)**

Le formulaire de consentement éclairé ainsi que la fiche d'information se trouve en **annexe 4**.

Vu que l'étude n'est pas soumise à la loi de 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine(38), 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 propose une analyse approfondie et croisée du processus de qualité des soins au Maroc. Elle vise à examiner la vision stratégique de la qualité des soins dans le pays, ainsi qu'à comprendre la manière dont celle-ci s'articule avec le contexte national, les facteurs favorisant l'amélioration de la qualité des soins et les contraintes entravant la mise en œuvre des politiques de qualité.

Pour atteindre cet objectif, trois cadres conceptuels sont mobilisés : la théorie des courants multiples de Kingdon(33) (niveau macro-politique), le cadre d'institutionnalisation des politiques publiques de Kuchenmüller(34,35) (niveau méso-institutionnel) et la théorie de la diffusion des innovations de Rogers(36) (niveau micro-organisationnel et humain).

1. Analyse macro-politique à partir du modèle des courants multiples de Kingdon

L'analyse macro-politique de la qualité des soins au Maroc s'appuie sur la théorie des courants multiples de Kingdon, selon laquelle l'émergence d'une politique publique résulte de la convergence de trois dynamiques : le courant des problèmes, le courant des solutions et le courant politique(33). Lorsqu'ils se rejoignent, ces trois courants ouvrent une « *fenêtre d'opportunité* » permettant l'inscription d'un enjeu à l'agenda politique et la mise en œuvre d'une réforme(33). Dans le contexte marocain, cette grille d'analyse permet de comprendre comment la question de la qualité des soins s'est progressivement institutionnalisée, tout en mettant en évidence les limites qui freinent encore sa concrétisation.

a. Le courant des problèmes : une reconnaissance progressive des limites du système de santé

La qualité des soins s'est progressivement imposée comme un problème public au Maroc à travers l'accumulation de dysfonctionnements organisationnels, réglementaires et structurels observés au sein du système de santé. Plusieurs acteurs interrogés décrivent un système marqué par l'absence d'une vision nationale cohérente, le manque de référentiels standardisés et une faible institutionnalisation des démarches qualité.

L'adoption de la loi 34-09(20,39) en 2011 a constitué une première reconnaissance institutionnelle de la qualité des soins. Toutefois, cette réforme est restée limitée par l'absence de mécanismes d'application réellement contraignants. Cette situation a favorisé des pratiques hétérogènes entre établissements, souvent caractérisées par une culture orale, une faible traçabilité et l'absence de dispositifs structurés de suivi et d'évaluation.

I1 : « *On n'avait pas de référentiels officiel* »

I5 : « *Il n'y a pas de texte de loi donc du coup, il n'y a pas d'obligation* »

Les entretiens révèlent également un important décalage entre les discours institutionnels et les réalités du terrain. Malgré l'existence de plusieurs stratégies nationales centrées sur le patient et l'amélioration des services comme par exemple, le Plan Santé 2025(25), plusieurs répondants évoquent une faible traduction opérationnelle de ces engagements. Ce déphasage est illustré par le verbatim suivant : I2 : « *Entre le slogan institutionnel d'une stratégie centrée sur la qualité et le positionnement de la qualité en dernière place, vous allez comprendre qu'il y a un décalage entre ce qu'on dit et ce qu'on va faire* ».

Plusieurs interviewés soulignent également l'absence de continuité des réformes et la difficulté à pérenniser les démarches qualité dans le temps. Certains projets sont décrits comme temporaires, dépendants des financements ou de certaines dynamiques institutionnelles ponctuelles. 15 : « *Les démarches commencent mais après elles s'arrêtent* »

19 : « *Ça fait depuis 2007 qu'on est dans l'accréditation... sans aboutir* »

Cette instabilité contribue à renforcer le sentiment d'essoufflement et des stagnations de réformes.

La reconnaissance du problème a aussi été renforcée par certains événements sociaux et politiques récents. Les revendications liées à l'accès aux soins, portées notamment par les mouvements de jeunes (GENZ 212) et amplifiées après le décès de plusieurs femmes à Agadir(40), ont contribué à médiatiser les carences du système de santé et à accroître la pression sur les décideurs publics. La qualité des soins devient ainsi progressivement un enjeu politique, social et sociétal.

b. Le courant des solutions : multiplication des initiatives et structuration progressive des outils qualité

Face aux limites identifiées, plusieurs solutions ont été développées progressivement afin de structurer les démarches qualité au Maroc. Le courant des solutions se traduit principalement par l'émergence de dispositifs techniques, réglementaires et organisationnels portés par des experts nationaux, des institutions publiques ainsi que des organisations internationales(33). Les premières expériences remontent aux années 1990 avec le Programme National d'Assurance Qualité (PNAQ)(26), présenté par plusieurs participants comme une étape fondatrice dans l'introduction de la culture qualité au Maroc. 12 : « *Le premier plan national d'assurance qualité (...) va définir quelles sont les attentes en termes de qualité en santé* »

Cette dynamique a ensuite été renforcée par l'élaboration de référentiels, le développement du concours qualité, les démarches d'accréditation et les premières politiques de sécurité des patients.

Les entretiens mettent également en évidence le rôle important joué par les partenaires internationaux, notamment l'OMS et l'USAID, dans l'introduction des outils méthodologiques et des approches d'évaluation. Comme l'explique un interviewé : 12 : « *ça a commencé d'abord par des expériences pilotes (...) avec un organisme américain (...) puis par l'USAID* »

Plusieurs dispositifs ont ainsi été expérimentés dans certaines provinces avant d'être progressivement étendus à d'autres structures. Toutefois, ces démarches sont restées largement dépendantes de projets pilotes et de financements ponctuels. Comme le souligne un participant : 19 : « *La cellule technique travaille par projet... quand le projet finit, tout s'arrête* ».

Parallèlement, plusieurs réformes récentes témoignent d'une volonté de renforcer l'institutionnalisation de la qualité des soins : création de la Haute Autorité de Santé(22), intégration de la qualité dans les budgets-programmes(25), réforme de la gouvernance hospitalière(19), généralisation de la couverture sanitaire universelle et développement du numérique en santé(8,41,42). A ce sujet, des participants affirment : 13 : « *La couverture sanitaire universelle (...) exige aujourd'hui une culture de qualité des soins* »

12 : « *On avait institutionnalisé pour la première fois la qualité (...) dans le budget programme du ministère de la Santé* ».

Néanmoins, malgré la multiplication des initiatives, les entretiens montrent que plusieurs solutions demeurent inachevées, peu coordonnées ou insuffisamment opérationnalisées. L'absence de politique et de stratégie nationale formalisée et de référentiels harmonisés continue de limiter l'efficacité des réformes engagées.

c. Le courant politique : une volonté politique affirmée mais confrontée à des fragilités institutionnelles

Le courant politique renvoie au contexte institutionnel et aux dynamiques de pouvoir qui influencent l'inscription d'un problème à l'agenda gouvernemental(33). Dans le cas marocain, les entretiens mettent en évidence l'existence d'une volonté politique forte autour de la réforme du système de santé, notamment à travers l'impulsion royale(43), la généralisation de la CSU(41,44) et les réformes législatives engagées(19,22–24) depuis plusieurs années.

Plusieurs répondants insistent sur le rôle central du leadership politique dans l'avancement des démarches qualité. Comme l'exprime un participant : 17 : « *Quand on a cherché l'engagement politique...ça a tout changé* ». D'autres évoquent aussi l'importance d'un portage institutionnel : 12 : « *Il faut un porteur, il faut un portage* ».

L'intégration de la qualité dans les orientations stratégiques nationales et dans les budgets du ministère de la Santé traduit une reconnaissance politique croissante de cet enjeu.

Cette dynamique est soutenue par une volonté politique de haut niveau. Plusieurs interviewés évoquent explicitement l'implication royale dans la réforme du système de santé : 13 : « *Il y a une volonté d'un très haut niveau, c'est-à-dire euh une volonté royale* ».

Cependant, cette dynamique reste fragilisée par plusieurs facteurs. Les entretiens soulignent une fragmentation du leadership, une instabilité des responsables administratifs, un manque de coordination entre les institutions ainsi qu'une difficulté à assurer la continuité des réformes sur le long terme. Plusieurs actions sont perçues comme temporaires, dépendantes de certaines personnalités importantes ou limitées à des périodes de mobilisation spécifique. Cette instabilité apparaît clairement dans le verbatim suivant : 17 : « *Un nouveau secrétaire général peut dissoudre l'unité qualité...* ».

De nombreux participants mentionnent une forme d'ajournement politique et une lenteur dans l'exécution des réformes. En dépit de l'existence d'un cadre légal, de stratégies et de projets nationaux, plusieurs dispositifs demeurent en attente d'application concrète. Comme l'exprime un répondant : 12 « *Tout est cours* », tandis qu'un autre affirme : 18 « *On attend toujours...consultants...stratégie...* ».

d. Synthèse des trois courants

L'analyse selon le modèle de Kingdon(33) montre que les trois courants sont aujourd'hui présents dans le contexte marocain : les problèmes sont clairement identifiés, plusieurs solutions ont été formulées et une volonté politique existe.

Toutefois, la convergence de ces courants demeure partielle et encore fragile, ce qui limite l'ouverture d'une véritable fenêtre d'opportunité permettant une institutionnalisation complète et durable de la qualité des soins au Maroc.

2. Analyse méso-institutionnelle selon le cadre de Kuchenmüller

Dans la continuité du modèle de Kingdon(33), le cadre méso-institutionnel développé par Kuchenmüller (34,45) permet d'analyser la manière dont les réformes engagées se traduisent (ou non) en pratiques institutionnalisées au sein des organisations de santé. Cette approche considère qu'une réforme ne devient réellement institutionnalisée que lorsque qu'elle dépasse le stade de l'initiative ponctuelle pour s'inscrire durablement dans les routines, les structures et les pratiques professionnelles (34,45).

Dans le contexte marocain, les réformes actuelles traduisent une dynamique de transformation importante, mais encore incomplète. Le système semble ainsi se situer dans

une phase de **semi-institutionnalisation**(34,45), caractérisée par la coexistence entre nouvelles réformes formelles et anciennes routines organisationnelles.

L'analyse peut être structurée autour des six dimensions du cadre de Kuchenmüller(34,45).

a. Gouvernance : entre réforme structurelle et fragmentation opérationnelle

Le premier domaine concerne la gouvernance des réformes(34,45). Les entretiens mettent en évidence une volonté de transformation structurelle importante au niveau central. Plusieurs acteurs soulignent l'existence d'une réforme systémique fondée sur une réorganisation de la gouvernance sanitaire, notamment à travers la territorialisation et la création de nouvelles structures.

Un interviewé évoque ainsi : *13« la mise en œuvre actuellement de ce qu'on appelle la Haute Autorité de la Santé »* destinée à instaurer « cette culture de qualité » dans les différents établissements de santé au Maroc. Le même entretien souligne également *13 « tout un changement de gouvernance »* autour de la territorialisation hospitalière et de la mutualisation des ressources. Un participant rappelle quant à lui que *14 : « le Maroc (...) est en cours d'une réelle réforme du système national de santé »*, avec une volonté « *d'aller vers la décentralisation du système de santé* ».

Cependant, malgré ces transformations structurelles, les mécanismes de coordination demeurent fragiles. Plusieurs verbatims montrent un fonctionnement encore fortement pyramidal et hermétique. L'entretien 4 dépeint la qualité comme « *un programme vertical (...) qui descend d'une manière verticale vers le niveau opérationnel* ». L'entretien 5 expose également « *un cloisonnement entre les services* », tandis que l'entretien 2 insiste sur le fait que « *le problème de la qualité c'est qu'elle est multidisciplinaire* ».

Cette difficulté de coordination se manifeste par un écart important entre les décisions stratégiques et leur application concrète. L'entretien 1 souligne « *un gap entre ce qu'on veut faire, c'est-à-dire la vision des managers, et l'application des règles par les opérationnels sur le terrain* ». L'entretien 5 reprend cette idée en affirmant : « *Il y a un gap entre la vision des managers et l'application sur le terrain* ».

Par conséquent, si la réforme semble politiquement institutionnalisée au niveau central, son appropriation organisationnelle, quant à elle, demeure partielle. Ainsi, on observe que les structures changent rapidement, mais que les pratiques de coordination et les routines professionnelles ont tendance à évoluer de manière plus lente.

b. Standards et routines : institutionnalisation encore incomplète

Le second domaine porte sur les standards, protocoles et routines organisationnelles(34,45). Le cadre de Kuchenmüller considère qu'une réforme n'est réellement institutionnalisée que lorsque les nouvelles pratiques deviennent routinières et intégrées dans le fonctionnement quotidien des organisations(34,45).

Or, les données montrent que cette stabilisation reste inachevée au Maroc. Plusieurs acteurs décrivent une qualité encore perçue comme une démarche administrative ou ponctuelle plutôt qu'une pratique intégrée. Un participant affirme ainsi que le programme qualité est vécu comme *I4 « quelque chose d'administratif et quelque chose que nous devons faire malgré nous »*. L'entretien 6 évoque un *« concours qualité (...) devenu un objet (...) corrompu »*.

Les routines restent également fragiles et dépendantes des individus. Un interviewé résume cette situation par une formule particulièrement révélatrice : *I4 « Quand le point qualité part en congé, il n'y a plus de qualité »*. De même, un autre participant souligne que *I9« la qualité reste un dossier secondaire »*.

Cette faible institutionnalisation se traduit par une appropriation limitée des outils qualité. Un participant indique que *I1 « les gens ne se sentent pas concernés »* lorsqu'on parle de qualité et considèrent que *I1« c'est le département qualité qui doit faire de la qualité »*. Plusieurs verbatims montrent également que les professionnels appliquent parfois les procédures sans en comprendre le sens : *I1 « on répondait à ce qu'on leur demandait mais sans savoir le pourquoi du comment »*.

Face à ces résistances, les acteurs développent des formes d'adaptation pragmatique ou de bricolage organisationnel. Les participants expliquent par exemple que les dimensions qualité ont dû être traduites dans *I1« un jargon plus parlant aux gestionnaires »*. *I8« il faut laisser l'hôpital se mettre d'accord sur certaines démarches »*.

Cette coexistence entre nouvelles normes et anciennes routines illustre pleinement la phase de semi-institutionnalisation décrite par Kuchenmüller(34,45).

c. Partenariats et action collective : une dynamique encore inégalement fédérée

Le troisième domaine concerne les partenariats et les mécanismes d'action collective nécessaires à l'institutionnalisation des réformes(34,45). Plusieurs entretiens montrent une volonté d'élargir les acteurs impliqués dans la politique qualité.

Un participant insiste sur l'importance *12 « d'élargir le parterre de partenariats »*, en incluant les établissements publics, privés, les organisations internationales, les partenaires civils et les représentants des usagers. Le même interrogé affirme : *12« J'attends que la HAS fasse fédérer l'ensemble des opinions autour d'une thématique commune qui est la qualité »*.

Cependant, les logiques de coopération demeurent encore fragiles. *19 « Chacun travaille... puis abandonne le dossier qualité »*. Cette absence de continuité collective vient limiter la consolidation des réformes dans le temps.

Par ailleurs, les tensions entre les niveaux hiérarchiques et opérationnels freinent l'action collective. Une personne souligne que *17« le ministre dépend de la technostructure »* ce qui révèle qu'il existe des rapports de dépendance complexes dans la gouvernance du système.

Cela montre que des partenariats existent mais qu'ils restent encore insuffisamment stabilisés pour produire une véritable dynamique institutionnelle collective durable.

d. Leadership et engagement : une volonté politique forte mais des capacités variables

Le quatrième domaine concerne le leadership et l'engagement des acteurs(34,45). Les entretiens révèlent une forte impulsion politique en faveur de la réforme sanitaire. *13« Le volet légal et la volonté en même temps »*, traduisant l'existence d'un engagement institutionnel au niveau central.

Toutefois, cette volonté politique se heurte à des difficultés importantes de mise en œuvre locale. Plusieurs acteurs insistent sur la nécessité de renforcer l'accompagnement du changement. *12 : « Pour pouvoir élaborer une politique, il faut préparer le terrain »*. Un participant insiste également sur la nécessité d'une approche plus *13« bottom-up »* (→ une approche venant du terrain).

Le leadership apparaît aussi fragilisé par la surcharge de travail et les contraintes quotidiennes. *19 « Les directeurs disent : on n'a pas le temps, on gère les crises »*. Cette pression opérationnelle limite les capacités d'appropriation des démarches qualité.

Enfin, les stratégies de motivation restent souvent empiriques ou individualisées. *11« la seule solution qu'on a trouvée (...) c'est l'entretien annuel avec une prime de rendement »*, tandis que d'autres évoquent des résistances liées à la peur de l'évaluation ou des audits.

Ces éléments montrent que l'engagement politique existe, mais que sa traduction en leadership organisationnel durable demeure encore incomplète.

e. Ressources : un facteur central de fragilité institutionnelle

Le cinquième domaine concerne les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à l'institutionnalisation des réformes(34,45). Les entretiens convergent fortement sur ce point et décrivent des contraintes structurelles importantes.

I1 « Un délai d'attente énorme, des spécialités indisponibles et des équipements en panne ». I7 « Les responsables disent : on n'a pas d'équipement, pas de RH ». I9« il fallait des équipements, des formations... mais pas de budget ».

Les ressources humaines constituent un enjeu particulièrement central. Un participant rappelle que la qualité des soins dépend *I3« de la disponibilité des ressources humaines, de leur formation, de leur distribution équitable »*. Cette dimension explique les efforts actuels de formation et de territorialisation des filières médicales.

Toutefois, les capacités locales restent fragiles. Certains verbatims montrent des difficultés de professionnalisation de la fonction qualité. *I9 : « On forme n'importe qui responsable qualité »*. L'entretien 5 souligne également que le travail des qualitiens est *« souvent limité à la rédaction »*.

Dans le cadre de Kuchenmüller, cette faiblesse des ressources compromet directement la transition vers une phase de ré-institutionnalisation durable(34,45).

f. Culture : le cœur du processus d'institutionnalisation

Enfin, le sixième domaine — la culture — constitue la dimension la plus profonde du cadre de Kuchenmüller(34,45). Une réforme n'est réellement institutionnalisée que lorsque les acteurs considèrent certaines pratiques comme normales, légitimes et allant de soi(34,45).

Or, les entretiens montrent qu'au Maroc, la culture qualité reste encore en construction *I1« la culture qualité n'était pas propagée »* et que les professionnels *« ne savaient pas »* réellement ce qu'impliquait la qualité. Plusieurs acteurs soulignent également une faible appropriation des outils et une confusion autour du concept même de qualité.

La qualité reste souvent associée à l'audit, au contrôle ou à la paperasse administrative.

I6 « Le concours qualité (...) n'a jamais été pris comme une occasion de revoir une procédure. »

I1 « On a arrêté de parler de qualité pour parler davantage de sécurité du patient. »

Cependant, certains verbatims montrent l'émergence progressive d'une culture plus intégrée.

I2 «C'est l'action qui fait renforcer la culture ». La participation aux évaluations, aux audits et aux démarches collectives contribuerait progressivement à normaliser les pratiques qualité.

Une personne résume finalement l'objectif de la réforme en affirmant que *13 « la culture qualité doit devenir inconsciente et routinière »*. Cette phrase reflète précisément la logique d'institutionnalisation décrite par Kuchenmüller : une réforme devient institutionnalisée lorsqu'elle cesse d'être perçue comme une contrainte externe pour devenir une pratique ordinaire intégrée aux routines professionnelles(34,45).

g. Synthèse du cadre conceptuel

Le Maroc paraît engagé dans une transition dite « *hybride* » ce qui veut dire que les structures et les politiques évoluent rapidement, mais que l'internalisation culturelle et organisationnelle des nouvelles pratiques demeure encore partielle. Cette situation expose donc la réforme à un risque de désinstitutionnalisation renouvelée en cas de changement politique, de résistance bureaucratique, de fragilité des capacités locales ou encore de fatigue réformatrice.

3. Analyse micro-organisationnelle et humaine selon la diffusion des innovations de Rogers

La théorie de la diffusion des innovations de Rogers explique qu'une innovation — entendue comme toute idée, pratique ou dispositif perçu comme nouveau par les acteurs — ne s'impose pas automatiquement(36). Elle se diffuse progressivement au sein d'un système social à travers des processus de communication, d'apprentissage et d'interactions entre individus et groupes(36). Dans une approche micro-organisationnelle, l'attention se porte sur les comportements des acteurs, leurs perceptions, leurs arbitrages cognitifs et moraux, ainsi que sur les dynamiques sociales qui facilitent ou freinent l'adoption du changement(36).

Dans le contexte marocain, l'analyse met en évidence une forte hybridation des référentiels (professionnels, internationaux, religieux et culturels), qui structure la manière dont les innovations en santé sont perçues, acceptées ou rejetées. Cette dynamique peut être interprétée à travers les cinq caractéristiques de Rogers(36).

a. Avantage relatif : perception de la supériorité de l'innovation

L'adoption d'une innovation dépend d'abord de la perception de sa valeur ajoutée par rapport aux pratiques existantes(36). Dans les discours analysés, l'ouverture aux référentiels internationaux est souvent associée à une prise de conscience de leur utilité :

I1 « Le fait d'être engagé dans une démarche internationale nous a ouvert les yeux sur ce qui se fait ailleurs ».

Cependant, cet avantage relatif reste concurrencé par des logiques locales de légitimité sociale où la norme écrite est parfois secondaire. La confiance envers le médecin, par exemple, repose davantage sur une autorité sociale que sur des standards formalisés :

I12 « Au Maroc... le patient... a une confiance aveugle envers son médecin ».

Ainsi, l'innovation est perçue comme bénéfique lorsqu'elle améliore la qualité ou la sécurité des soins, mais son avantage est parfois relativisé par des logiques culturelles et relationnelles.

b. Compatibilité : ajustement aux valeurs culturelles, religieuses et sociales

La compatibilité constitue un facteur central dans le contexte marocain, où les innovations doivent s'inscrire dans un système de valeurs fortement structuré par la culture et la religion(36). Plusieurs discours montrent que les pratiques professionnelles sont interprétées à travers un référentiel moral et religieux :

I4« Dans notre religion ces principes de qualité existent déjà » ;

I2 « Le Mektoub... Est-ce que tu as fait ton travail dès que tu dois le faire ou pas ? » ;

I2 « Ne rien faire c'est aussi nuire » ;

I6 « Vous ne pouvez pas vivre dans une communauté où vous faites du mal... » ;

I11 « Nous devons travailler correctement, sans corruption car nous aurons tous des comptes à rendre à Allah ».

La religion joue ici un rôle de cadre interprétatif de l'action professionnelle et de la responsabilité.

Par ailleurs, certaines innovations internationales sont rejetées lorsqu'elles entrent en conflit avec les référentiels locaux : *I1 « Le GCI c'était niet parce que c'est anglophone ».*

Ainsi, l'innovation est d'autant plus adoptée qu'elle est reconfigurée dans un langage culturel et moral local.

c. Complexité : lisibilité des dispositifs et appropriation des pratiques

La complexité perçue des innovations constitue un frein important à leur diffusion(36). Plusieurs entretiens mettent en évidence un système encore fragmenté et insuffisamment structuré en matière de pilotage et de qualité. Les acteurs évoquent un manque de structuration des mécanismes de suivi : *I2« Il manque un puzzle... c'est le suivi et l'évaluation ». I2 « Sans système d'information... impossible de mesurer ».*

Le déficit de système d'information et de traçabilité est également souligné : I7 « *Sans système d'information... impossible de mesurer* » I5 « *Dossier patient (...) informatisé (...) incohérences* » I11 « *Il n'y a pas une réédition des comptes* ».

Cette complexité organisationnelle limite l'appropriation des innovations, restant perçues comme difficiles à opérationnaliser.

d. Possibilité d'essai : expérimentation progressive et dispositifs pilotes

La diffusion des innovations est facilitée lorsqu'elles peuvent être testées à petite échelle(36). Cette logique apparaît indirectement à travers l'exécution partielle de dispositifs ou d'outils, souvent sans évaluation automatique : I5 « *Il y a pas mal de personnel soignant qui signale mais... pas de retour derrière pour eux, c'est problématique !* », I3 « *pas tout à fait... il y a un manque d'application, le manque d'un plan d'action* ».

Le manque de mécanismes de retour d'expérience restreint la capacité d'apprentissage organisationnel et donc la généralisation des innovations.

e. Visibilité des résultats : rôle des indicateurs et feedback

La visibilité des résultats constitue un levier essentiel de diffusion(36). Or, les entretiens montrent une faiblesse importante des systèmes de suivi-évaluation.

Le manque d'indicateurs et de feedback est récurrent : I5 « *Est-ce qu'il y a des indicateurs ?* », I6 « *Des événements indésirables oui mais où sont les feedbacks ?* »

Les systèmes de reporting sont souvent décrits comme administratifs plutôt que réellement orientés vers la performance : I8 « *Ce n'étaient pas des indicateurs de résultats, mais des indicateurs de process* », I5 « *Il faudrait un dispositif d'évaluation* », I2 « *On a besoin de monitorer tout ce système-là* ».

L'insuffisance de données concluantes et de retour terrain restreint la capacité des acteurs à saisir les effets des innovations : I6 « *C'est fou ! III n'y a jamais de compte à rendre* », I11 « *Je n'ai pas les données* ».

Cette faible visibilité réduit l'impact d'exercices d'innovations, vu que les avantages restent peu démontrés ou insuffisamment annoncés. Ainsi, les innovations éprouvent un déficit de visibilité de leurs effets, limitant leur diffusion et leur validation.

f. Synthèse

À la lumière de Rogers, la diffusion des innovations dans le système de santé marocain apparaît comme un processus fortement conditionné par l'interaction entre référentiels

multiples : internationaux, professionnels, mais aussi religieux et culturels(36). L'innovation n'est pas seulement évaluée sur ses performances techniques, mais aussi sur sa compatibilité morale et sociale(36). La légitimité sociale peut ainsi primer sur les normes formelles, tandis que les dispositifs de suivi et de pilotage restent insuffisamment structurés pour assurer une diffusion fluide et visible des innovations(36).

Dans ce contexte, l'adoption du changement dépend moins de la seule supériorité technique des innovations que de leur capacité à s'inscrire dans un système de valeurs hybride, où la religion, la culture et les logiques professionnelles coexistent et s'arbitrent en permanence.

Pour une meilleure visualisation de l'ensemble des résultats, vous trouverez en **annexe 5**, un tableau récapitulatif des résultats.

DISCUSSION

1. La construction progressive d'une vision stratégique de la qualité des soins au Maroc

Cette étude avait pour objectif d'analyser la vision stratégique de la qualité des soins au Maroc et de comprendre son articulation entre le contexte national, les leviers identifiés et les barrières rencontrées. Les résultats mettent en évidence un système de santé engagé dans une dynamique importante de transformation, portée par les récentes réformes du secteur sanitaire et par une volonté politique croissante de renforcer la gouvernance, l'organisation territorial des soins et la qualité des services de santé.

L'étude de J. Pannetier(46), insiste sur le fait qu'une réforme du système de santé doit reposer sur une vision politique cohérente ainsi que sur un financement qui, à long terme est capable de répondre aux défis de la santé publique du pays(46).

Les réformes récentes du système de santé marocain, notamment les lois 06-22, 07-22, 08-22 et 09-22(19,22–24), traduisent une volonté politique de renforcer la gouvernance, la territorialisation des soins et la régulation du système de santé. Ces transformations s'inscrivent dans un contexte marqué par la généralisation de la protection sociale, la restructuration de l'offre de soins et la création de nouvelles institutions telles que les Groupements Sanitaires Territoriaux (GST) et la Haute Autorité de Santé (HAS).

Cette dynamique peut être analysée à la lumière des travaux de Walt et al. sur les politiques publiques (PP) de santé dans les pays à revenus faibles et intermédiaires (PRFI)(47). Selon cette approche, les PP ne résultent pas seulement des décisions techniques ou relationnelles, mais sont influencés par des processus complexes combinant dimensions politiques, institutionnelles, sociales et économiques(47). En ce qui concerne le Maroc, ses réformes actuelles traduisent donc une volonté de transformation systémique qui dépasse la seule réorganisation administrative de son système de santé. De plus, la qualité des soins semble progressivement s'imposer comme une priorité nationale à travers la convergence d'une volonté politique forte, de réformes structurelles ambitieuses et de nouveaux référentiels de gouvernance sanitaire.

L'étude a mis en avant l'existence d'un décalage persistant entre les ambitions stratégiques affichées, les cadres normatifs produits et leur mise en œuvre effective sur le terrain. Plusieurs obstacles majeurs ont été identifiés, notamment : un leadership fragmenté, des difficultés de coordination, des contraintes structurelles importantes ainsi qu'une faible institutionnalisation de la culture qualité.

Cette tension apparaît particulièrement observable dans la gouvernance interinstitutionnelle des nouvelles réformes. Malgré que les lois 06-22 à 09-22 (19,22–24,48) proposent une vision stratégique structurée de la transformation du système de santé, les rôles, responsabilités et mécanismes de coordination entre les différents acteurs (ministères, autorités territoriales, GST, HAS et établissements de santé) demeurent encore partiellement flous ou fragmentés. Cette situation paraît ralentir l'opérationnalisation effective des réformes et restreindre leur acquisition par les acteurs du terrain.

Dans cette perspective, la loi 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins(20,39), encore partiellement en vigueur, constitue un élément particulièrement intéressant pour analyser les continuités et ruptures introduites par les nouvelles réformes. L'ancien modèle reposait principalement sur une gouvernance centralisée et relativement cloisonnée, dont les limites apparaissent aujourd'hui dans les difficultés de coordination, de régulation et d'intégration des soins. Les nouvelles lois, en particulier la loi 06-22, traduisent ainsi une tentative de dépassement de ces limites à travers une logique de territorialisation, d'intégration et de restructuration de la gouvernance sanitaire.

De plus, cette tension rejoint les travaux de M. Crozier sur la sociologie des organisations (49). Selon Crozier, les organisations ne fonctionnent pas uniquement à travers des règles

formelles, mais également autour des jeux d'acteurs et de zones d'incertitudes qui constituent des sources de pouvoir(49). Au Maroc, on observe que les réformes actuelles cherchent à transformer les équilibres organisationnels existants par l'introduction de nouvelles structures de gouvernance et de coordination. Toutefois, les résultats ont montré que chaque acteur, administration centrale, direction hospitalière, professionnel de santé ou structure territoriale conserve des marges d'autonomie et des intérêts propres.

L'écart observé entre les textes et les pratiques peut ainsi être interprété comme étant une difficulté à modifier des routines organisationnelles. Cette lecture rejoint également l'analyse stratégique développée par Crozier et Friedberg, selon laquelle les résistances organisationnelles émergent lorsque les acteurs perçoivent une menace sur les ressources, leur autonomie ou leur position dans le système(50).

Dans cette perspective, la qualité des soins ne peut être réduite à une simple question technique ou réglementaire. Elle constitue également un objet de pouvoir, de négociation et de régulation sociale.

2. Des dynamiques communes et des enseignements partagés autour de la qualité des soins

Les résultats mettent en évidence plusieurs convergences importantes entre les discours des acteurs interrogés.

Tout d'abord, l'ensemble des participants reconnaît l'existence d'une dynamique nationale de réforme du système de santé orientée vers l'amélioration de la qualité des soins.

Ensuite, les participants soulignent que la qualité des soins ne peut être réduite à une logique strictement technique. Les dimensions humaines, organisationnelles, relationnelles et culturelles apparaissent comme des composantes essentielles de la qualité.

Cette observation rejoint le modèle de la culture organisationnelle développé par Edgar Schein. Selon cet auteur, la culture organisationnelle repose sur trois niveaux : les artefacts visibles, les valeurs affichées et les postulats fondamentaux implicites qui orientent réellement les comportements(51,52). Au Maroc, les réformes actuelles paraissent principalement agir au niveau des structures et des normes formelles, sans changer en profondeur les représentations professionnelles liées à la qualité des soins.

Les résultats évoquent ainsi que la qualité demeure davantage perçue comme une logique de contrôle et de conformité que comme une dynamique collective d'apprentissage et d'amélioration continue.

En outre, cette étude met en lumière l'apport important de l'outil pilote développé par l'OMS. Cet outil a permis de visualiser et de comprendre de manière globale le fonctionnement du système de santé autour de la qualité des soins. Il offre une lecture structurée des différentes dimensions de la gouvernance qualité et permet d'identifier les forces, les lacunes et les niveaux de développement du système.

L'outil répond également aux huit domaines définis dans le guide d'élaboration des PSNQ de l'OMS, notamment : la gouvernance, les services de santé, les ressources humaines, les systèmes d'information, l'engagement des patients, les mécanismes de régulation ; le financement, l'amélioration continue de la qualité(32).

Les résultats peuvent également être interprétés à travers l'analyse cognitive des politiques publiques (PP) développée par Gardon et al. Cette approche considère que les PP reposent sur des référentiels cognitifs qui définissent les problèmes prioritaires, les solutions légitimes et les modes d'actions considérés comme pertinents(53).

Les résultats montrent également que les réformes qualité ne sont pas appliquées de manière strictement descendante. Elles sont continuellement retraduites, adaptées et reconfigurées par les acteurs du terrain. Cette dynamique rejoint l'approche *actor-oriented* développée par Norman Long, selon laquelle les politiques publiques sont toujours transformées par les acteurs locaux en fonction de leurs ressources, de leurs contraintes et de leurs représentations(53).

Enfin, l'étude met en évidence une dimension originale : l'importance des référentiels religieux et moraux dans les représentations de la qualité des soins. Plusieurs interviewés se sont référés de manière explicite à des références religieuses pour définir leur responsabilité professionnelle et leur devoir moral envers les patients. Cette observation suggère que, pour certains professionnels, la qualité des soins ne repose pas uniquement sur des normes techniques ou administratives, mais également sur une obligation morale et spirituelle de devoir « bien faire ».

3. Entre ambition réformatrices et contraintes structurelles : des défis toujours présents

Bien que des dynamiques positives ont été observées, l'étude a mis en évidence plusieurs tensions persistantes qui limitent l'institutionnalisation durable des démarches qualité.

Une des tensions concerne la gouvernance du système de santé. Les résultats montrent un leadership fragmenté et une coordination insuffisante entre les différents niveaux du système. Bien que les réformes actuelles visent à renforcer l'intégration des soins et la gouvernance territoriale, leur mise en œuvre reste limitée par des logiques organisationnelles fermées.

L'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (50) permet d'éclairer cette situation. Selon ces auteurs, toute réforme organisationnelle modifie les rapports de pouvoir existants et génère des stratégies d'adaptation ou de résistance chez les acteurs concernés(50). Dans le contexte marocain, l'introduction des GST et de la HAS redéfinit potentiellement les lignes de pouvoir entre l'administration centrale, les établissements hospitaliers, les professionnels de santé et les acteurs territoriaux.

Les pratiques de « *bricolage* » décrites par les participants illustrent cette capacité d'adaptation des acteurs aux contraintes locales. Cette observation rejoint les travaux de Strauss sur la « *trame de la négociation* », selon lesquels les règles organisationnelles sont continuellement négociées, ajustées et retraduites par les acteurs du terrain(54,55).

Les politiques qualité ne sont donc pas appliquées de manière mécanique. Elles sont continuellement réinterprétées selon : les ressources disponibles, les cultures organisationnelles locales, les contraintes structurelles et les rapports de pouvoir propres à chaque établissement(55).

Cette dynamique contribue à expliquer l'hétérogénéité observée dans les pratiques qualité entre secteurs public et privé, ainsi qu'entre établissements et territoires.

Les résultats rejoignent également les travaux de Parashar et al., où leur étude a montré que la mise en œuvre d'une politique publique ne dépend pas seulement des textes ou des ressources, mais surtout des interactions humaines et des dynamiques de pouvoirs(56). De plus, Balkissa Ibrahim Aladou expose dans son étude l'importance de tenir compte des réalités locales dans l'amélioration des politiques de santé en matière de qualité des soins(57). Les professionnels interrogés décrivent des situations où les rapports hiérarchiques, les

contraintes institutionnelles et les logiques de pouvoir influencent directement les pratiques de qualité.

Par ailleurs, les résultats mettent en évidence une forte discontinuité des démarches qualité, souvent caractérisées par des initiatives ponctuelles, des interruptions ou des changements de priorités. Cette observation rejoint les travaux de Belghiti Alaoui et al., qui montrent que le renforcement du système de santé marocain est influencé par plusieurs temporalités simultanées : la dynamique des services, la dynamique de programmation, la dynamique des réformes et la dynamique du renforcement des capacités(58).

Enfin, malgré l'importance des référentiels religieux et moraux mobilisés par certains professionnels, les résultats montrent que ces valeurs coexistent avec des perceptions de corruption, des contraintes organisationnelles et un faible développement de la culture qualité. Cette tension montre que les valeurs individuelles, bien qu'importantes, ne suffisent pas à elles seules à produire une culture qualité institutionnalisée.

4. Limites de l'étude, contribution scientifiques et perspectives d'évolution

a. Limites méthodologiques et éléments de prudence dans l'interprétation des résultats

Cette étude présente plusieurs limites méthodologiques qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

D'une part, le recrutement des participants reposait sur un échantillonnage de type « *boule de neige* ». Cette méthode, bien qu'adaptée à l'identification d'acteurs impliqués dans les politiques qualité, peut favoriser une certaine homogénéité des profils et des discours recueillis.

D'autre part, cette étude repose sur une approche qualitative, c'est-à-dire que les résultats produits correspondent à des perceptions, à des expériences ou encore à des interprétations, tirées des acteurs interrogés. Ces résultats ne visent pas à produire une généralisation statistique, mais bien à comprendre les logiques, les représentations et les dynamiques sociales qui structurent les politiques qualité dans le contexte marocain.

Ensuite, l'analyse reposant sur des discours déclaratifs sont susceptibles d'être influencés par les positions institutionnelles, les expériences professionnelles ou les représentations individuelles des participants.

Enfin, malgré la pertinence de l'outil pilote de l'OMS, celui-ci apparaît relativement rigide et insuffisamment adaptable aux spécificités organisationnelles, culturelles et sociales du système de santé marocain. En effet, les réalités locales observées dans cette étude – telles que les logiques informelles, les rapports de pouvoir et les mécanismes locaux de négociation – restent difficilement appréhendées à travers une approche standardisée.

b. Contribution analytiques et méthodologiques de l'étude

Malgré ces limites, cette étude présente plusieurs apports importants.

Sur le plan analytique, elle propose une lecture multidimensionnelle des politiques qualité au Maroc en articulant les dimensions institutionnelles, organisationnelles, relationnelles et culturelles.

L'étude mobilise également plusieurs cadres théoriques complémentaires – sociologie des organisations, analyse stratégique, analyse cognitive des politiques publiques et approches *actor-oriented* – permettant de mieux comprendre la complexité de la mise en œuvre des réformes qualité(51,52,55).

Sur le plan méthodologique, l'utilisation combinée des entretiens qualitatifs et de l'outil pilote OMS a permis d'obtenir une vision globale et structurée du système de santé autour des enjeux de qualité des soins.

Cette étude contribue également à documenter des dimensions encore peu explorées dans la littérature marocaine, notamment : le rôle des dynamiques organisationnelles, les logiques de pouvoir, les mécanismes de traduction locale des politiques publiques et l'influence des référentiels religieux et moraux dans les représentations de la qualité des soins.

c. Perspectives de recherche et pistes d'actions futures

Les résultats de cette étude ouvrent plusieurs perspectives importantes pour les recherches futures.

Pour commencer, il serait pertinent d'approfondir l'analyse des mécanismes de traduction locale des politiques publiques qualité au niveau des établissements de santé et des territoires.

Ensuite, de futures recherches pourraient explorer plus spécifiquement les différences entre secteur public et secteur privé dans l'appropriation des démarches qualité.

De plus, la question du rôle des valeurs religieuses et morales dans les pratiques professionnelles mériterait d'être davantage étudiée dans le champ de la santé publique marocaine.

Par ailleurs, les effets des nouvelles réformes institutionnelles – notamment les GST et la HAS – sur les rapports de pouvoir, les mécanismes de coordination et la gouvernance qualité devraient faire l'objet d'un suivi longitudinal.

Enfin, l'évolution future d'une Politique Nationale de Qualité à l'horizon 2035 constitue un champ de recherche particulièrement important pour comprendre les transformations du système de santé marocain.

d. Recommandations pour renforcer durablement l'ancrage des démarches qualité

Les résultats de cette étude permettent de formuler plusieurs recommandations pour favoriser un ancrage durable des démarches qualité au Maroc.

Dans un premier temps, les futures réformes devraient davantage intégrer les dimensions organisationnelles, culturelles et relationnelles de la qualité des soins. Une approche centrée uniquement sur la production de normes ou la restructuration administrative apparaît insuffisante pour transformer durablement les pratiques.

Dans un second temps, le développement d'une véritable culture qualité constitue un enjeu central. Cette transformation a besoin d'un travail à long terme portant sur : la formation initiale et continue, le développement d'une culture d'apprentissage, la participation des professionnels, le renforcement du feedback organisationnel et la valorisation des démarches d'amélioration continue.

Plusieurs participants ont d'ailleurs souligné l'importance d'introduire les notions de qualité, d'éthique et de responsabilité collective dès le plus jeune âge. Le développement d'une culture qualité ne peut être limité au secteur de la santé ; il suppose une évolution plus large des normes sociales et organisationnelles.

De plus, les résultats mettent en évidence l'importance de renforcer les mécanismes de transparence, de redevabilité et de lutte contre la corruption. Ces dimensions apparaissent essentielles pour favoriser l'institutionnalisation durable des démarches qualité.

Enfin, les futures politiques qualité gagneraient à mieux intégrer les réalités locales et les spécificités culturelles marocaines. Les outils internationaux, notamment ceux proposés par l'OMS, devraient être davantage contextualisés afin de tenir compte des dynamiques organisationnelles, des contraintes structurelles et des référentiels culturels propres au système de santé marocain.

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était d'analyser la vision stratégique de la qualité des soins au Maroc et de comprendre son articulation entre le contexte national, les leviers identifiés et les barrières rencontrées.

Les résultats mettent en évidence un système de santé engagé dans une dynamique importante de transformation, portée par les réformes récentes du secteur sanitaire et par une volonté politique croissante de renforcer la gouvernance, l'organisation territoriale des soins et la qualité des services de santé.

L'analyse des entretiens a cependant mis en évidence l'existence d'un décalage persistant entre les ambitions stratégiques affichées, les cadres normatifs produits et leur mise en œuvre effective sur le terrain. Plusieurs obstacles majeurs ont été identifiés, comme : un leadership fragmenté, des difficultés de coordination, des contraintes structurelles importantes, une faible institutionnalisation de la culture qualité et un déficit de suivi et d'évaluation.

L'étude montre également que les politiques qualité sont fortement influencées par les dynamiques organisationnelles, les rapports de pouvoir, les stratégies d'acteurs, les réalités territoriales et les référentiels culturels propres au Maroc.

La présente étude met en avant la pertinence de l'outil pilote développé par l'OMS. En effet, cet outil a permis d'obtenir une vision globale et structurée du système de santé autour des enjeux liés à la qualité des soins. Son principal apport est sa capacité à organiser l'analyse selon les huit domaines du guide d'élaboration des PSNQ de l'OMS, ce qui permet d'identifier les forces, les faiblesses et les priorités du système marocain.

La recherche souligne également les limites d'une approche standardisée dans un contexte marqué par des spécificités organisationnelles, sociales, culturelles et territoriales importantes.

Par conséquent, on y apprend que l'amélioration durable de la qualité des soins ne peut reposer seulement sur des outils techniques ou réglementaires. Mais qu'elle requiert une approche contextualisée, intersectorielle, participative et territorialisée, capable ainsi d'intégrer les réalités locales, les logiques des acteurs et les besoins des populations.

Dans cette perspective, le développement d'une vraie culture qualité apparaît alors comme un enjeu majeur pour le système de santé marocain. Cette transformation implique le renforcement des capacités institutionnelles et organisationnelles, mais également une évolution des pratiques professionnelles, des mécanismes de gouvernance et des modes de participation des acteurs.

Enfin, les réformes actuelles représentent une opportunité réelle pour le Maroc de consolider durablement la qualité des soins comme un pilier central de la réforme sanitaire. Si les défis restent nombreux, les dynamiques engagées ouvrent la possibilité d'un système de santé plus intégré, plus équitable et davantage centré sur la qualité et la sécurité des soins.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. WHO. Quality health services [Internet]. 20 juill 2020 [cité 15 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
2. Services de santé de qualité [Internet]. [cité 10 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
3. Raimondeau J. Chapitre 1. La santé publique, concepts et définitions de base. Fondamentaux. 2021;4:19-37.
4. Couverture sanitaire universelle. Fédération Internationale du Diabète [Internet]. [cité 20 mai 2026]. Disponible sur: <https://idf.org/fr/manging-diabetes/universal-health-coverage/>
5. Banque mondiale | Blogs [Internet]. [cité 22 mai 2024]. Graphique : L'évolution des causes de décès dans les pays à faible revenu. Disponible sur: <https://blogs.worldbank.org/fr/opendata/graphique-l-evolution-des-causes-de-deces-dans-les-pays-faible-revenu>
6. WHO [Internet]. [cité 25 mai 2024]. SDG Target 3.8 | Achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to quality essential health-care services and access to safe, effective, quality and affordable essential medicines and vaccines for all. Disponible sur: [https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/sdg-target-3.8-achieve-universal-health-coverage-\(uhc\)-including-financial-risk-protection](https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/sdg-target-3.8-achieve-universal-health-coverage-(uhc)-including-financial-risk-protection)
7. WHO [Internet]. [cité 25 mai 2024]. Universal Health Coverage. Disponible sur: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/universal-health-coverage>
8. OMS Région Méditerranée orientale. Le Maroc s'engage dans le cadre du Pacte mondial CSU2030 pour la couverture sanitaire universelle [Internet]. 2024 [cité 12 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.emro.who.int/fr/mor/morocco-news/le-maroc-sengage-dans-le-cadre-du-pacte-mondial-csu2030-pour-la-couverture-sanitaire-universelle.html>
9. WHO. World statistics 2023 [Internet]. 2023 [cité 20 mai 2024]. 119 p. Disponible sur: [file:///Users/yassinelizati/Downloads/9789240074323-eng%20\(1\).pdf](file:///Users/yassinelizati/Downloads/9789240074323-eng%20(1).pdf)
10. OMS. L'OMS au Maroc: la santé pour tous, par tous [Internet]. 2019 2018 [cité 10 mai 2024]. p. 36. Disponible sur: <https://www.emro.who.int/images/stories/morocco/documents/who-morocco-annual-report-2019-2020.pdf?ua=1>
11. Paul É, Bodson O, Ridde V, Fecher F. La couverture santé universelle dans les pays à revenus faibles et intermédiaires : analyses économiques. Reflets et perspectives de la vie économique. 2016;LV(1):57-71. doi:10.3917/rpve.551.0057

12. Royaume du Maroc, Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Revue du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale [Internet]. 2022 [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.echelle11.com/wp-content/uploads/2023/10/Revue-N%C2%B0-2-du-Ministere-de-la-Sante-et-de-la-Protection-Sociale.pdf>
13. WHO. National Quality Policy and Strategy: Driving change for stronger health systems and improved health outcomes [Internet]. [cité 12 mai 2024]. Disponible sur: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/quality-of-care/national-quality-policy-and-strategy/national-quality-policy-strategy.pdf?sfvrsn=1515fbe5_2&download=true
14. WHO [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Universal health coverage (UHC). Disponible sur: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
15. Maroc en chiffres | Téléchargements | Site institutionnel du Haut-Commissariat au Plan du Royaume du Maroc [Internet]. [cité 7 mai 2026]. Disponible sur: https://www.hcp.ma/downloads/Maroc-en-chiffres_t22407.html
16. MAP C avec. Le blanc-seing de Chami: plus de 86% de Marocains couverts par l'AMO. Challenge.ma [Internet]. 20 nov 2024 [cité 14 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.challenge.ma/le-blanc-seing-de-chami-plus-de-86-de-marocains-couverts-par-lamo-291581/>
17. Sanlam [Internet]. 2025 [cité 14 mai 2026]. Qu'est-ce que l'AMO et qui peut en bénéficier ? Disponible sur: <https://sanlam.ma/fr/contenu-editorial/blog/quest-ce-que-lamo-et-qui-peut-en-beneficier/>
18. Abimbola S, Negin J, Martiniuk AL, Jan S. Institutional analysis of health system governance. Health Policy and Planning. 1 nov 2017;32(9):1337-44. doi:10.1093/heapol/czx083
19. Scribd [Internet]. [cité 6 oct 2025]. Loi 06.22 | PDF. Disponible sur: <https://www.scribd.com/document/728255196/loi-06-22>
20. la loi cadre n° 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins.pdf [Internet]. [cité 4 nov 2025]. Disponible sur: <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>
21. Le Système National De Santé (loi Cadre - Préparation Examens Echelle 11 & Master ISPITS/ISSS/ENSP [Internet]. 7 août 2023 [cité 19 mai 2024]. Disponible sur: <https://echelle11.com/cours/le-systeme-national-de-sante-loi-cadre-06-22/>
22. Scribd [Internet]. [cité 6 oct 2025]. Loi Cadre N°07-22 HAS | PDF. Disponible sur: <https://www.scribd.com/document/769157248/loi-cadre-n-07-22-HAS>

23. Scribd [Internet]. [cité 6 oct 2025]. Loi N° 08.22 Promulguée Par Le Dahir N° 1.23.50 Du 28 Juin 2023 Relatif À La Création Des Groupements Sanitaires Territoriaux | PDF. Disponible sur: <https://www.scribd.com/presentation/769826155/Loi-n-08-22-promulguee-par-le-dahir-n-1-23-50-du-28-juin-2023-relatif-a-la-creation-des-groupements-sanitaires-territoriaux>
24. Qarbach O. Loi 09.22 et Fonction Sanitaire - Droits, Rémunération et Carrière dans les GST [Internet]. [cité 14 mai 2026]. Disponible sur: <https://echelle11.com/documents/loi-0922-et-fonction-sanitaire-droits-remuneration-et-carriere-dans-les-gst>
25. MAR_Morocco_Plan-de-santé-2025.pdf [Internet]. [cité 19 sept 2025]. Disponible sur: https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/public_file_rep/MAR_Morocco_Plan-de-sant%C3%A9-2025.pdf
26. Scribd [Internet]. [cité 14 mai 2026]. Programme National d'Assurance Qualité | PDF | Management de la qualité | Assurance. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/document/617850152/PROGRAMME-NATIONAL-D-ASSURANCE-QUALITE>
27. Institut Royal des Etudes Stratégiques. 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? »: vers une nouvelle trajectoire sanitaire du Royaume. [Rapport de synthèse] [Internet]. mai 2022 [cité 12 mai 2024]. p. 35. Disponible sur: https://www.ires.ma/wp-content/uploads/2022/10/MODELE_DE_SANTE_FUTUR_RAPPORT_DE_SYNTHESE.pdf
28. Institut Royal des Etudes Stratégiques. Rapport de synthèse de la journée de réflexion prospective sur le thème: « L'approche basée sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé » vers un nouveau paradigme de développement [Internet]. janv 2023 [cité 12 mai 2024]. p. 28. Rapport Rapport de synthèse. Disponible sur: https://www.ires.ma/sites/default/files/docs_publications/rapport-de-synthese-dss_ires.pdf
29. Royaume du Maroc, Ministère de la Santé et de la Protection sociale. Santé en chiffres 2022 [Internet]. 2022 [cité 12 mai 2024]. p. 119. Disponible sur: <https://www.sante.gov.ma/Documents/2024/04/Sante%20en%20chiffre%202022%20VF.pdf>
30. WHO. Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on e-Health [Internet]. Geneva; 2016 [cité 12 mai 2024]. p. 160. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780-eng.pdf?sequence=1>

31. Royaume du Maroc, Ministère de la santé et de la Protection sociale. Santé en chiffres 2021 [Internet]. [cité 12 mai 2024]. p. 123. Disponible sur: [https://www.sante.gov.ma/Documents/2024/04/Sante%20en%20chiffre%202021%20VF%20\(2\).pdf](https://www.sante.gov.ma/Documents/2024/04/Sante%20en%20chiffre%202021%20VF%20(2).pdf)
32. WHO. Handbook for national quality policy and strategy [Internet]. 2018 [cité 12 mai 2024]. Disponible sur: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789241565561-eng.pdf?sequence=1>
33. Arsenault MP, Thibault G. La théorie de Kingdon. KinoQuébec [Internet]. [cité 24 févr 2025];(00020). Disponible sur: <https://bel.uqtr.ca/id/eprint/3975/1/Fiche20.pdf>
34. 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 Sys*. 4 mars 2022;20(1):27. doi:10.1186/s12961-022-00820-7
35. Kuchenmüller T, Chapman E, Takahashi R, Lester L, Reinap M, Ellen M, et al. A comprehensive monitoring and evaluation framework for evidence to policy networks. *Evaluation and Program Planning*. 1 avr 2022;91:102053. doi:10.1016/j.evalprogplan.2022.102053
36. Théorie de la diffusion des innovations: les phases de l'adoption – E. Rogers. SI & Management [Internet]. 29 mai 2017 [cité 15 mai 2026]. Disponible sur: <http://www.sietmanagement.fr/theorie-de-la-diffusion-des-innovations-les-phases-de-ladoption-e-rogers/>
37. 1 [Internet]. [cité 20 mai 2026]. Disponible sur: https://wallex.wallonie.be/files/pdfs/9/43747_Loi_portant_cr%C3%A9ation_de_l'Autorit%C3%A9_de_protection_des_donn%C3%A9es_25-05-2018-04-09-2018.pdf
38. Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations s... - Strada lex [Internet]. 2011 [cité 20 mai 2026]. Disponible sur: https://www.stradalex.com/fr/sl_src_publ_leg_be_moniteur/toc/leg_be_moniteur_fr_07122011_1/doc/mb2011018410
39. Sadkaoui M, Zerouali S, Saaoudi E. Refonte du système de santé Marocain: Analyse des dynamiques institutionnelles. *revistamultidisciplinar.com*. 1 mars 2025;7:111-32. doi:10.23882/rmd.25253
40. Roger S. Au Maroc, l'hôpital d'Agadir, symbole de la défaillance des services de santé publics dénoncée par la génération Z. *Le Monde* [Internet]. 9 oct 2025 [cité 17 mai 2026]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/afrique/article/2025/10/07/maroc-l-hopital-d-agadir-symbole-de-la-defaillance-des-services-de-sante-publics-denoncee-par-la-generation-z_6644972_3212.html

41. es-siari par S. La généralisation de la CSU au Maroc : la résilience [Internet]. 2024 [cité 7 mai 2026]. Disponible sur: <https://ecoactu.ma/la-generalisation-de-la-csu-au-maroc-la-resilience/>
42. Textes juridiques | Ministère de la Transition Numérique et de la Réforme de l'Administration [Internet]. [cité 2 mai 2026]. Disponible sur: https://www.mmmp.gov.ma/fr/textes-juridiques?field_type_textes_juridiques_target_id=16&page=0
43. Bouhrara par I. Discours Royal du 10 octobre 2025 : du sérieux royal à la refondation morale, sociale et économique du Maroc [Internet]. 2025 [cité 17 mai 2026]. Disponible sur: <https://ecoactu.ma/discours-royal-serieux-refondation-morale-sociale/>
44. Amine Tehraoui: Sous le leadership de SM le Roi, la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) au centre du projet social du Maroc. Le7tv.ma [Internet]. 6 déc 2025 [cité 7 mai 2026]. Disponible sur: <https://fr.le7tv.ma/2025/12/06/amine-tehraoui-sous-le-leadership-de-sm-le-roi-la-couverture-sanitaire-universelle-csu-au-centre-du-projet-social-du-maroc/>
45. Kuchenmüller T, Chapman E, Takahashi R, Lester L, Et. A. A comprehensive monitoring and evaluation framework for evidence to policy networks. Evaluation and Program Planning. 2022. doi:10.1016/j.evalprogplan.2022.102053
46. Pannetier J. La réforme du système de santé danois : entre rupture et inspirations pour la France. Les Tribunes de la santé. 2025;86(4):59-69. doi:10.1684/seve1.2025.86
47. Walt G, Gilson L. Can frameworks inform knowledge about health policy processes? Reviewing health policy papers on agenda setting and testing them against a specific priority-setting framework. Health Policy and Planning. 2014. doi:10.1093/heapol/czu081
48. BO_7178_fr [Internet]. [cité 28 oct 2025]. Disponible sur: <https://amdie.gov.ma/wp-content/uploads/2024/02/Loi-cadre-n%C2%B0-06-22-relative-au-systeme-national-de-sante.pdf>
49. Ballé C. Sociologie des organisations [Internet]. Presses Universitaires de France; 2015 [cité 13 mai 2026]. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/sociologie-des-organisations--9782130652236> doi:10.3917/puf.balle.2015.01
50. Pirotton G. L'Analyse Stratégique:
51. Autissier D, Vandangeon-Derumez I, Vas A, Johnson K. Chapitre 31. Edgard Schein. Stratégie d'entreprise. 2018;3:305-12. doi:10.3917/dunod.autis.2018.01.0305
52. Vandangeon-Derumez I. XXIX. Edgar H. Schein – La culture organisationnelle. In: Les Grands Auteurs en Management [Internet]. EMS Éditions; 2017 [cité 8 oct 2025]. p.

- 453-71. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/les-grands-auteurs-en-management--9782376870432-page-453> doi:10.3917/ems.charr.2017.01.0453
53. Gardon S, Gautier A, Naour GL. Chapitre 5 - L'analyse cognitive des politiques publiques. Éditions Quæ [Internet]. Éditions Quæ; 2020 [cité 13 mai 2026]. Disponible sur: <https://books.openedition.org/quae/36615>
54. Bungener M. La Trame de la Négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme, Anselm L Strauss, textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger [Internet]. 1992 [cité 13 mai 2026]. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1992_num_10_4_1742
55. Strauss A. La trame de la négociation [Internet]. [cité 14 févr 2026]. Disponible sur: https://labo.nonmarchand.org/pmwiki/uploads/Textes/AnselmStraussLaTrameDeLaNegociation/AnselmStrauss_Latramedelanegociation.pdf
56. Parashar R, Gawde N, Gupt A, Gilson L. Unpacking the implementation blackbox using « actor interface analysis »: how did actor relations and practices of power influence delivery of a free entitlement health policy in India? Health Policy and Planning. 2020. doi:10.1093/heapol/czaa125
57. Aladou BI. L'Efficacité des politiques de santé sur la qualité des soins dans les pays en développement. Journal of Business and Technologies [Internet]. 13 janv 2025 [cité 20 mai 2026];1(4). Disponible sur: <https://jobt.org/index.php/publications/article/view/22>
58. Belghiti Alaoui A, De Brouwere V, Meessen B, Bigdeli M. Decision-making and health system strengthening: bringing time frames into perspective. Health Policy and Planning. 2020. doi:10.1093/heapol/czaa086

ANNEXES

Annexe 1 : Outil pilote OMS : un tableau simplifié

Domaine	Contenu principal
1. Généralités	Présentation générale de la PSNQ
2. Objectifs et priorités nationales	Priorités de santé du pays
3. Définition de la qualité des soins	Définition locale de la qualité
4. Parties prenantes	Acteurs impliqués dans la qualité
5. Analyse de la situation	Diagnostic dy système de santé
6. Gouvernance	Organisation et pilotage
7. Méthodes d'amélioration	Actions et outils d'amélioration
8. Systèmes d'information	Gestion et utilisation des données
9. Indicateurs de qualité	Suivi et évaluation des performances
10. Planification organisationnelle	Organisation et mise en œuvre
11. Renforcement des capacités	Formation et développement des compétences
12. Score Card	Synthèse des scores et commentaires

Guide d'entretien pour une étude qualitative sur l'élaboration et l'actualisation des politiques et stratégies nationales relatives à la qualité des soins : une étude de cas au Maroc

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

Remarque : Ce guide d'entretien est basé sur un outil pilote développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) servant d'instrument pour soutenir l'évaluation à mi-parcours et à la fin d'un document de stratégie nationale de qualité.

Introduction et consentement

- Présentation de l'objectif de l'étude.
- Explication des modalités de l'entretien ou du focus groupe dirigé (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 Amira Lizati, étudiante en master en Sciences de la Santé Publique à l'ULiège, en Belgique. Cette étude vise à analyser la vision stratégique du Maroc en matière de qualité des soins et comprendre comment les leviers politiques, institutionnels et réglementaires s'articulent avec les obstacles à la mise en œuvre d'une politique nationale de qualité, à travers l'application pilote d'un outil de soutien, développé par l'OMS, à l'élaboration et à l'actualisation des politiques de qualité des soins.

L'entretien durera environ 45 à 60 minutes. Il n'y a pas de bonnes 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 à 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 me parler de votre rôle/ expérience dans le domaine de la santé au Maroc ?
- Quelles sont vos responsabilités actuelles en lien avec la qualité des soins ?
- Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ? Avec quels autres acteurs travaillez-vous le plus souvent ?

Vision stratégique et cadre national (10-15 min)

- Selon vous, quelle est aujourd'hui la vision stratégique du Maroc en matière de qualité et sécurité des soins ?
- Quels sont, à votre avis, les principaux textes, lois ou stratégies qui structurent cette future politique ?
- Comment cette vision s'est-elle évoluée au fil du temps (par rapport aux réformes de santé, aux orientations OMS, etc.) ?
- Quels sont les aspects les plus solides de cette stratégie nationale ?
- Et à l'inverse, quels sont les angles morts ou éléments encore peu développés ?

Leviers, acteurs et obstacles à la mise en œuvre (10-15 min)

- Quels sont les principaux leviers institutionnels et politiques qui soutiennent aujourd'hui la qualité des soins au Maroc ?
- Quels rôles jouent les acteurs clés (ministère, directions régionales, hôpitaux, associations professionnelles) ?
- Quelles sont, selon vous, les principales difficultés ou résistances à la mise en œuvre effective des politiques qualité ?
- Comment jugez-vous la cohérence entre les orientations nationales et la réalité de terrain ?
- Dans quelle mesure les cadres internationaux (HAS, OMS, IRCA) influencent-ils ou inspirent-ils les politiques marocaines ?

Regard sur l'évaluation des politiques qualité (10-15 min)

- Selon vous, quels critères devraient être utilisés pour évaluer la qualité d'une politique ou d'une stratégie nationale de qualité des soins ?
- Quelles sont les dimensions incontournables qui devraient apparaître dans tout texte stratégique sur la qualité ?
- Quelle place accorder à l'analyse documentaire (textes, lois, stratégies) pour comprendre une politique qualité ?

Recommandations et perspectives (10 min)

- Quelles évolutions prioritaires recommanderiez-vous pour renforcer la politique nationale de qualité des soins au Maroc ?
- Quels leviers pourraient être renforcés pour favoriser la mise en œuvre effective des textes ?

- Quelles bonnes pratiques internationales pourraient inspirer le Maroc ?
- Que pensez-vous de la place de la recherche et de l'évaluation dans la construction de politiques publiques de santé ?
- Si vous deviez formuler un conseil pour des chercheurs ou décideurs qui cherchent à évaluer la qualité des politiques de santé, lequel serait-il ?

Conclusion

Merci beaucoup pour cet échange. Vos propos m'aideront à confronter les résultats de mon analyse documentaire avec une lecture experte et à enrichir la discussion de mon mémoire. Souhaitez-vous ajouter un point que vous jugez essentiel pour comprendre la dynamique actuelle de la qualité des soins au Maroc ?

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



Sart Tilman, le 25/03/2025

Madame le **Prof. A-F. DONNEAU**
Madame **Amira LIZATI**
Service des **SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE**

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: 2025/220

"Étude de la mise en application pilote d'un outil de soutien à l'élaboration et l'actualisation de politiques et stratégies nationales relatives à la qualité des soins : Une étude de cas au Maroc. "
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

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

Monsieur le Professeur Didier LEDOUX Intensiviste, CHU	Président
Monsieur le Docteur Etienne BAUDOUX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	Vice-Président
Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur le Professeur Pierre FIRKET Généraliste, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur Resmi AGIRMAN Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU	
Madame Viviane DESSOUROUX / Monsieur Pascal GRILLI (suppléant) Représentant (e) des patients, membres extérieurs au CHU	
Madame Régine HARDY / Madame la Professeure Adélaïde BLAVIER (suppléante) Psychologue, CHU Psychologue, membre extérieure au CHU	
Madame Isabelle HERMANS Assistante sociale, CHU	
Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame la Docteure Marie-Paule LECART Rhumato-gériatre, CHU	
Madame Marie LIEBEN Philosophe, membre extérieure au CHU	
Madame Patricia MODANESE Infirmière cheffe d'unité, CHU	
Madame la Professeure Anne-Simone PARENT Pédiatre, CHU	
Monsieur le Professeur Marc RADERMECKER Chirurgien, CHU	
Monsieur Stéphane ROBIDA Juriste, membre extérieur au CHU	
Madame Isabelle ROLAND / Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN (suppléant) Pharmacien, CHU Pharmacologue, ULiège	
Madame la Docteure Liliya ROSTOMYAN Endocrinologue, membre extérieure au CHU	
Madame la Docteure Isabelle RUTTEN Radiothérapeute, membre extérieure au CHU	
Madame Cécile THIRION Infirmière cheffe d'unité, CHU	



Casablanca, le 30/10/2025

Mme LIZATI Amira
Université de Liège - Belgique

NUMERO DOSSIER : CE/UM6SS/53/25

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 : « Etude de la mise en application pilote d'un outil de soutien à l'élaboration et l'actualisation de politiques et stratégies nationales relatives à la qualité des soins : Une étude de cas au Maroc ».

Investigateurs :

- Mme LIZATI Amira
Université de Liège - Belgique
- Pr BELRHITI Zakaria
Ecole Internationale Mohammed VI de Santé Publique
Université Mohammed VI des Sciences de la Santé

DOCUMENTS EXAMINES

- La demande d’approbation par le comité ;
- Le protocole complet de l’étude ;
- Les CV des membres de l’équipe ;
- La fiche d’information du participant ;
- Le formulaire de consentement du participant ;
- 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 Mohammed VI des Sciences et de la Santé
- BELOUALI Radouane Rapporteur & Directeur de l’Ecole Internationale Mohammed VI de Santé Publique
- MESMOUDI Rachid Secrétaire Général & Directeur Exécutif de la Fondation Mohammed VI des Sciences et de la Santé
- ADNAGUI Mohammed Président de l’Université Mohammed VI des Sciences et de la Santé
- BAHLAOUI Abdelkrim Vice-Président aux Affaires Académiques et Pédagogiques de l’Université Mohammed VI des Sciences et de la Santé
- BALOUCH Lhousaine Directeur Académique du Collège Pharmacie, UM6SS
- BEN YAHYA Ihsane Directrice Académique du Collège de Médecine Dentaire, UM6SS



- EL ADIB Ahmed Rhassane Directeur du Site de Marrakech de la Fondation Mohammed VI des Sciences et de la Santé & Doyen de la Faculté Mohammed VI de Médecine, UM6SS
- FARES Rachid Directeur Académique du Collège Sciences Infirmières et Professions de la Santé, UM6SS
- JIoudi Basma Directrice Académique du Collège Ingénierie, UM6SS
- BAMOU Yusuf Directeur du Laboratoire Mohammed VI d’Analyses Médicales
- Oubaaz Abdelbarre Directeur de l’Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
- BARROU Lhoucine Directeur Médical de l’Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
- BENNANA Ahmed Directeur du Site de Rabat de la Fondation Mohammed VI des Sciences et de la Santé
- SAIR Khalid Directeur du Site de Casablanca de la Fondation Mohammed VI des Sciences et de la Santé
- EL KETTANI EL HAMIDI Chafik Directeur de l’Hôpital Universitaire International Mohammed VI
- NOUSSAIR Mustapha Directeur Médical de l’Hôpital Universitaire International Mohammed VI

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 SANTÉ

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° 28-13 relative à la protection des personnes participants aux recherche biomédicales (BO du 17/09/2015) ;
- 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 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 décision ministérielle n°34 de mars 2022 qui annule et remplace la décision du Ministre de la Santé n° 02/D.R.C/00 du 03-12-2012 relative aux recherches biomédicales interventionnelles ;
- Le règlement intérieur du Comité.

Pour le Comité d’Ethique

Annexe 4 : Fiche d'information et de consentement

Titre de l'étude : *Vers une politique nationale de qualité des soins au Maroc : leviers, obstacles et perspectives à l'aide d'un outil autoévaluatif de l'OMS.*

Promoteur : Docteur Oriane Bodson, Département des Sciences de la Santé Publique de l'université de Liège ; Avenue de l'hôpital, 1, 4000 Liège, Belgique. Oriane.Bodson@uliege.be

Co-promoteur : Professeur Zakaria Belrhiti, École Internationale Mohammed VI de Santé Publique Université Mohammed VI des Sciences de la Santé, Maroc.

Comité d'éthique : Comité d'éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (2025/220), Belgique

Comité d'éthique de l'Université Mohammed VI des Sciences de la Santé (CE/UM6SS/53/25), Casablanca (Maroc)

Investigatrice principale : Amira Lizati, étudiante de master en Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège, Belgique. Amira.lizati@student.uliege.be

Introduction

Vous êtes invité(e) à participer à une étude de recherche qualitative dans le cadre d'un mémoire au sein de l'Université de Liège. L'objectif principal de cette étude est d'analyser la vision stratégique de la qualité des soins au Maroc et de comprendre son articulation entre contexte national, les leviers d'amélioration et les obstacles rencontrés.

Avant de confirmer votre participation, je vous prie de bien lire attentivement ces quelques pages d'information et de poser toutes les questions que vous souhaitez à l'investigatrice avant de donner un « *consentement éclairé* ».

Déroulement de l'étude

L'étude sera menée par Amira Lizati, étudiante de master en Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège.

L'étude a pour but d'analyser la vision stratégique de la qualité des soins au Maroc et de comprendre son articulation entre contexte national, les leviers d'amélioration et les obstacles rencontrés. Le tout, à l'aide d'un outil autoévaluatif pilote développé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

L'étude vise donc à :

- Identifier les leviers favorisant l'amélioration de la qualité des soins au Maroc ;
- Identifier les obstacles à la mise en œuvre des politiques et stratégies de qualité ;
- Analyser la cohérence des réformes et stratégies existantes en matière de qualité des soins ;
- Évaluer la pertinence de l'outil d'autoévaluation des PSNQ développé par l'OMS ;
- Comprendre la manière dont les acteurs du système de santé perçoivent et s'approprient les démarches qualité dans le contexte marocain.

Cette étude sera menée jusqu'à la fin de l'année académique 2025-2026.

L'échantillonnage reposera sur une méthode « boule de neige », consistant à élargir le recrutement des participants grâce aux recommandations des premiers entretiens. Cette méthode permettra l'atteinte d'acteurs clés et d'obtenir des points de vue multiples sur la qualité des soins.

Pour la participation à cette étude, les conditions suivantes doivent être remplies :

- Être un professionnel de santé,
- Être impliqué dans la qualité des soins
- Ou être un témoin clé ayant une expérience notable dans ce domaine.

Les entretiens se dérouleront en français.

Si vous acceptez de vous joindre à cette étude, vous serez contacté pour fixer un rendez-vous, selon vos disponibilités. Les entretiens pourront se dérouler à distance via Microsoft Teams ou en présentiel, à Rabat ou Casablanca. La durée de ces entretiens sera d'environ 45 à 90 minutes.

Anonymat et confidentialité

Les données recueillies dans le cadre de ce projet d'étude seront strictement confidentielles et anonymisées. Elles seront utilisées uniquement dans le cadre de cette recherche scientifique. Aucun tiers n'aura accès aux informations identifiantes à quelque étape que ce soit.

Participation volontaire

La participation à cette étude doit être sur base volontaire uniquement. Aucune rémunération ni aucun frais ne vous seront imputés. Vous êtes libre de mettre un terme à votre participation à tout moment. Il vous sera simplement demandé d'en informer la principale investigatrice de ce projet et/ou son promoteur.

Traitement et analyse des données

Dans le cadre de ce mémoire, les données recueillies issues des entretiens semi-directifs et/ou focus groupes seront :

- Enregistrées avec l'accord au préalable des participants de cette étude, à l'aide d'un enregistreur vocal ;
- Retranscrits avec exactitude et respectant les éléments non-verbaux ;
- Anonymisées, c'est-à-dire qu'aucune information permettant d'identifier le participant ne sera conservé ;
- Stockées dans un disque dur avec un mot de passe ;
- Et supprimées à l'issue du traitement de celles-ci.

Le traitement des données se fera en plusieurs étapes afin de garantir la confidentialité et la sécurité des informations recueillies.

Notons que seul l'étudiant chercheur et son promoteur auront accès aux fichiers contenant les données. Aucun tiers n'aura accès aux informations identifiantes à quelque étape que ce soit.

Étape 1 : Collecte des données

- Entretiens semi-directifs et/ou focus groupes, en présentiel ou à distance via Microsoft Teams,
- Enregistrement via un enregistreur vocal, avec le consentement préalable des interviewés
- Données stockées uniquement sur un disque dur externe avec mot de passe.

Étape 2 : Traitement des données

- Enregistrements retranscrits en respectant exclusivement les discours et les éléments non-verbaux ;

- Anonymisation des données sensibles (noms, lieux, etc.) et remplacées par un code (I1, I2...) ;
- Suppression des enregistrements audio.

Étape 3 : analyse et rédaction

- L'analyse sera réalisée à partir des transcriptions pseudonymisées uniquement ;
- Les résultats présentés dans le travail de recherche (citations, résumés d'entretien, etc.) seront entièrement anonymisés : aucune donnée ne permettra de remonter aux participants.
- Aucun document papier ne sera conservé. Si des notes sont prises à la main, elles seront scannées puis détruites. Seuls les documents numériques seront conservés, dans un disque dur avec mot de passe.

Absence de risques et bénéfices attendus

Cette étude ne comporte aucun risque pour le participant. Le seul inconvénient est le temps consacré à l'entretien. Mais, votre participation permettra une meilleure compréhension du concept de qualité des soins au Maroc.

Partenariat

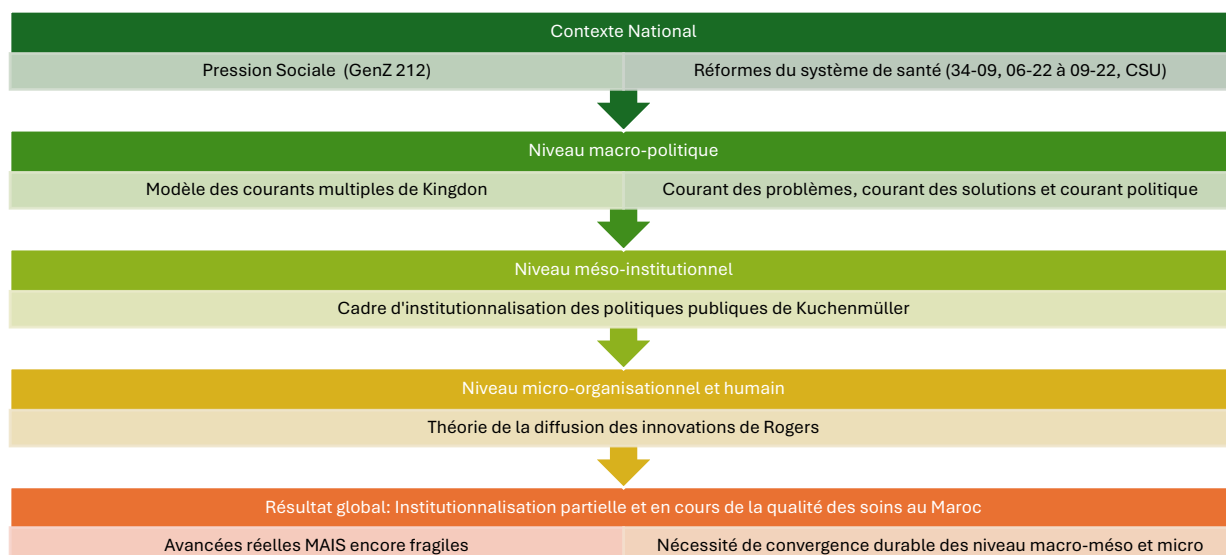
Cette étude a été réalisée dans le cadre d'une collaboration étroite entre l'Université de Liège et le Professeur Zakaria Belrhiti, professeur à l'Université Mohammed VI des Sciences et de la Santé (UM6SS).

Contact

En cas de soucis ou s'il vous faut de plus amples informations sur ce projet, n'hésitez pas de contacter la principale investigatrice Amira Lizati dont le numéro de téléphone est +32497864137 ou par courriel amira.lizati@student.uliege.be .

Annexe 5 : Vue d'ensemble des résultats de l'étude

Processus d'institutionnalisation de la qualité des soins au Maroc : selon l'analyse intégrée de Kingdon (macro) – Kuchenmüller (méso) – Rogers (micro)



Zoom sur les résultats globaux pour chaque niveau

Inscription progressive de la qualité des soins à l'agenda politique mais mise en œuvre encore incomplète	Institutionnalisation partielle et hétérogène des politiques qualité	Adoption hétérogène et incomplète des démarches qualité
---	--	---

Légende : Niveaux : Macro, Méso, Micro. → : dynamique globale du processus