



HAL
open science

Sito-Analyse Des Systèmes-3AB: Cas Du Système Sanitaire Marocain

Sadika Lamaalam, Kaoutar El Menzhi

► **To cite this version:**

Sadika Lamaalam, Kaoutar El Menzhi. Sito-Analyse Des Systèmes-3AB: Cas Du Système Sanitaire Marocain. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences, 2019, 18, pp.25 - 51. 10.9790/0853-1805152551 . hal-02144406

HAL Id: hal-02144406

<https://hal.science/hal-02144406>

Submitted on 17 Jul 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Sito-Analyse Des Systèmes-3AB: Cas Du Système Sanitaire Marocain

Sadika Lamaalam ¹, Kaoutar El Menzhi ²

¹ Intervenante en Développement et PhD Student à la Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales-Souissi, Université Mohamed V- Rabat, Maroc

² Professeur de l'Enseignement Supérieur à la Faculté des Sciences Juridiques, Economiques et Sociales-Souissi, Université Mohamed V- Rabat, Maroc
Corresponding Author: Sadika Lamaalam

Résumé : Le Système sanitaire marocain a connu une évolution importante et des réformes graduelles qui visaient le renforcement de la confiance du citoyen marocain dans son système de santé et la recherche d'une plus grande efficacité.

Ce faisant, l'organisation sanitaire marocaine est aujourd'hui confrontée à des exigences croissantes en matière de performance et de qualité. En effet, son efficacité dépend de sa faculté d'adaptation permanente à un environnement changeant et de sa capacité à développer ses compétences et sa performance managériale. Ainsi, dans cet article, nous allons présenter les résultats d'une étude, que nous avons réalisée auprès de 10 000 usagers et professionnels des organisations sanitaires publiques et privées au niveau de la Région Rabat-Salé-Kénitra, et qui s'attache à démontrer que le développement du secteur sanitaire marocain est tributaire principalement de la valorisation du capital humain.

Mots clés : Sito-Analyse, Système-3AB, Organisations Sanitaires, Management, Capital Social Entrepreneurial, Développement Organisationnel, Valorisation du Capital Humain.

Date of Submission: 10-05-2019

Date of acceptance: 27-05-2019

I. Introduction

Depuis la fin des années 1990, le Maroc traverse une étape phare dans son processus de développement, il entre dans une ère de changement marquée par des transformations économiques, sociales et politiques.

En effet, à partir de décembre 2010, et suite aux changements du contexte politique et socio-culturel à l'échelle nationale, régionale et internationale, le Maroc a initié un vaste processus de réformes et de mesures, en réponse aux revendications des citoyens, devant garantir une gestion participative, solidaire, et efficace de l'action des différents ministères.

Le ministère de la santé s'est engagé à développer et à faire évoluer son système sanitaire et ce à travers l'amélioration de la qualité des prestations, la recherche d'une plus grande équité dans l'accès aux soins, l'universalisation de la couverture médicale et l'organisation et l'amélioration de l'offre hospitalière.

Les syndicats des différentes catégories professionnelles du secteur sanitaire affirment que le secteur de la santé s'enfonce dans la crise et que de nombreuses insuffisances grèvent encore l'efficacité et la performance du secteur. Ce mécontentement des différents professionnels s'est traduit par de nombreuses revendications et grèves des deux secteurs public et privé (à partir du 30 mars 2011 les médecins internes et résidents des CHU du Royaume ont entamé plusieurs grèves, le 24 mars 2011 a été décrété «Journée de la mort du médecin», plusieurs médecins ont présenté des demandes de démission collective en octobre 2018, à partir d'Octobre 2018 les médecins du secteur privé ont entamé une série de grèves...).

Cette situation lamentable du secteur sanitaire nous a conduit à réaliser une étude en vue de l'examen détaillé et approfondi du système sanitaire marocain.

Ce faisant, dans cet article, nous allons présenter les résultats d'une étude, que nous avons réalisée auprès de 10 000 usagers et professionnels des organisations sanitaires publiques et privées au niveau de la Région Rabat-Salé-Kénitra, durant la période 2012-2018 (7 ans), et qui s'attache à démontrer que le développement du secteur sanitaire marocain est tributaire principalement de la valorisation du capital humain.

II. Méthodologie De L'étude

❖ La méthode « Sito-Analyse »

Le système sanitaire est considéré comme un système complexe et dynamique dont l'analyse nécessite une méthodologie spécifique permettant l'obtention de l'image la plus fidèle possible de sa situation réelle.

Ce faisant, nous avons choisi d'étudier le système sanitaire marocain en utilisant une **méthode d'analyse que nous avons nous-même développée à savoir : la Sito-Analyse.**

La Sito-Analyse dont nous voulons présenter ici les principes essentiels fait suite aux nombreux travaux entrepris par **Hassan Zaoual** dans le cadre de sa « Théorie des Sites Symboliques d'Appartenance » (Hassan Zaoual, 1999).

La Sito-Analyse est une méthode d'interactivité dynamique entre « Intervenant-Acteur » permettant de recueillir, de décrire et d'analyser la situation réelle d'un système complexe en profondeur afin d'en tirer une compréhension tout aussi profonde sur les différentes variables pouvant affecter le bon fonctionnement du système analysé.

L'originalité de notre approche réside essentiellement dans notre conception particulière des systèmes complexes que nous qualifions de **Système-3AB.**

Le Système-3AB, que nous avons nous-même développé, est un système d'interaction perpétuelle entre 3 types d'Acteurs interdépendants : Eco-Acteur, Sito-Acteur et Hypo-Acteur. Chacun de ces Acteurs est doté de 3 types de Boîtes qui s'emboîtent :

- ❖ **La Boîte Noire** : qui est faite de croyances, de mythes et de valeurs ;
- ❖ **La Boîte Conceptuelle** : qui est faite de connaissances théoriques et pratiques et de savoir social accumulé ;
- ❖ **La Boîte à Outil** : qui regroupe le savoir-faire, la technique et des modèles d'action.

La distinction entre les trois types d'acteurs est faite sur la base de leur Boîte Noire et plus précisément de leur type de rationalité avec laquelle ils agissent concrètement. Nous distinguons donc :

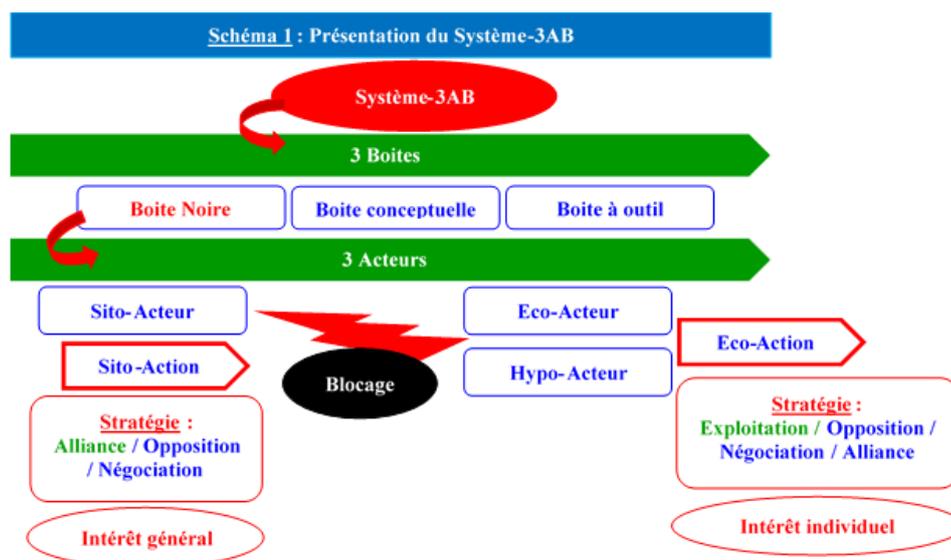
- **Eco-Acteur** : Un acteur qui agit selon une Eco-Rationalité, c'est un Individualiste/Matérialiste/Opportuniste, qui cherche exclusivement son propre intérêt au détriment de l'intérêt général ;
- **Sito-Acteur** : Un acteur qui agit selon une Sito-Rationalité, c'est un Humaniste/Loyal/Responsable, qui est à la recherche de l'harmonie, de la confiance et de l'intérêt général ;
- **Hypo-Acteur** : Un acteur qui se présente comme un Sito-Acteur, c'est un Hypocrite/Egoïste/Malintentionné, qui dissimule sa Eco-Rationalité et son matérialisme afin d'atteindre ses propres objectifs et tirer profit de l'action collective tout en inspirant confiance aux autres acteurs.

Lors d'une action collective, la logique d'action de ces trois types d'acteurs varie selon leur rationalité. Nous distinguons donc deux types de logiques d'action à savoir :

- ✓ **L'Eco-Action** : Dans une action collective, l'**Eco-Acteur et l'Hypo-Acteur** sont motivés par la réalisation de leurs propres objectifs. Ils exploitent les opportunités, maintiennent les participants à l'action collective dans une relation d'asymétrie d'information et dans une situation d'incertitude afin de tirer profit du capital social et des différentes relations sociales qui se tissent entre eux. Ce faisant, leur résistance, en situation de changement, varie en fonction des objectifs qu'ils poursuivent. Ainsi, l'**Eco-Acteur et l'Hypo-Acteur** préfèrent adopter **une stratégie d'exploitation** au détriment des autres types de stratégies (**alliance/opposition/négociation**).
- ✓ **La Sito-Action** : Dans une action collective, l'objectif du **Sito-Acteur** ne se fonde pas sur la réalisation d'intérêt individuel et l'exploitation d'autrui, mais se manifeste par la recherche d'un bénéfice mutuel et l'amélioration du bien-être collectif. Ainsi, il devient un support de confiance qui facilite l'action des acteurs et le développement de la réciprocité généralisée. Les bonnes relations sociales qui se tissent entre les participants à l'action collective réduisent l'incertitude et favorisent la coordination et la coopération, ainsi que le dépassement des intérêts individuels afin d'atteindre des objectifs sociaux généraux visant le mieux-être commun. En situation de changement, sa résistance varie en fonction des objectifs et de l'intérêt collectif poursuivi par les participants à l'action collective. Le Sito-Acteur devient donc un **Sito-Entrepreneur innovateur** qui fait du changement un atout majeur pour la réussite de l'action collective. Ainsi, il préfère adopter **une stratégie d'alliance** au détriment des autres types de stratégies (**négociation/opposition**).

Par ailleurs, dans un Système-3AB (représenté dans le Schéma 1), le conflit entre les trois types d'acteurs est très fort. Les Sito-Acteurs sont toujours frustrés et bloqués par les Eco-Acteurs et les Hypo-Acteurs qui ont suffisamment de pouvoir pour influencer l'environnement qui les entoure.

En effet, la marge de liberté des Sito-Acteurs est limitée par des contraintes créées par les Eco-Acteurs et les Hypo-Acteurs qui voient dans leurs actions un réel danger puisqu'ils ne cherchent que leurs propres intérêts.



Source : Schéma établi par nos soins.

Ainsi, afin de recueillir, de décrire et d'analyser la situation réelle du Système-3AB en profondeur, nous recourons à la Sito-Analyse qui nous permet de tirer une compréhension profonde sur les différentes variables pouvant affecter le bon fonctionnement du Système-3AB analysé. Cette méthode consiste à effectuer les étapes suivantes :

- ❖ **Premièrement** : Analyse générale de la situation (contexte du problème, dysfonctionnements et solutions proposées) ;
- ❖ **Deuxièmement** : Analyse de la typologie d'Acteur (Sito-Acteur/Eco-Acteur/Hypo-Acteur) et les Compétences clés de chaque type d'Acteur (Compétences Personnelles, Compétences Managériales et Compétences Entrepreneuriales) ;
- ❖ **Troisièmement** : Analyse des logiques d'action (Sito-Action/Eco-Action) des différents Acteurs du Système-3AB.

Ainsi, afin de rassembler avec précision l'ensemble des données nécessaires à l'analyse du Système-3AB, nous utilisons d'une part toutes les méthodes de recueil et d'analyse de données et d'autre part la « Grille Sito-Analyse » que nous avons nous-même développée en se basant sur la Boîte Noire, la Boîte Conceptuelle et la Boîte à Outil des Acteurs (Tableau 1).

| Tableau 1 : Grille Sito-Analyse | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------|------------------|---|--|-------------------------|---|--------------------|
| Boîte Noire | | | | Boîte Conceptuelle et Boîte à Outil | | | Résultats |
| Typologie d'Acteur | Typologie d'Action | Rationalité | Caractéristiques | Compétences | Relations | Stratégies | |
| Sito-Acteur | Sito-Action | Sito-Rationalité | -Humaniste -Loyal -Responsable | -Compétences Personnelles -Compétences Managériales -Compétences Entrepreneuriales | -Confiance -Méfiance | -Alliance -Négociation -Opposition | Intérêt général |
| Hypo-Acteur | Eco-Action | Eco-Rationalité | -Hypocrite -Egoïste -Malintentionné | -Compétences Personnelles -Compétences Managériales -Compétences Entrepreneuriales | -Confiance -Méfiance | -Exploitation -Alliance -Négociation -Opposition | Intérêt individuel |
| Eco-Acteur | | | -Individualiste -Matérialiste -Opportuniste | | | | |

Source : ableau établi par nos soins.

Dans cette étude, nous avons considéré le système sanitaire marocain comme un Système-3AB. Ce faisant, nous avons utilisé la Sito-Analyse pour démontrer que le développement de ce système est tributaire principalement de la valorisation du capital humain. Et c'est ainsi, que nous avons réalisé :

- ❖ **Premièrement : Analyse générale de la situation du système sanitaire marocain ;**
- ❖ **Deuxièmement : Analyse de la typologie des Médecins-Managers (Médecins Sito-Managers/Médecins Eco-Managers/Médecins Hypo-Managers) et les Compétences clés de chaque type de Médecins-Managers (Compétences Personnelles, Compétences Managériales et Compétences Entrepreneuriales) ;**
- ❖ **Troisièmement : Analyse des logiques d'action des Médecins-Managers (Sito-Action/Eco-Action).**

Ce faisant, afin de mener à bien notre étude, il nous a semblé opportun de faire une combinaison entre la Grille Sito-Analyse que nous avons développée et la méthodologie mixte de recherche (la « Mixed-Methods Research » dans la littérature anglo-saxonne). Nous avons donc songé à utiliser dans ce but la méthode de « Triangulation » :

- **Une triangulation méthodologique :** nous avons utilisé différentes méthodes de recueil de données quantitatives et qualitatives : questionnaire, récit de vie, entretiens (non-directif, directif, semi-directif), focus groups, observations (systématique, participante, libre, clandestine), recherche-intervention ;
- **Une triangulation des données :** nous avons utilisé des données issues de sources d'information différentes (orales et écrites) ;
- **Une triangulation des participants :** nous avons diversifié les participants afin d'avoir des connaissances supplémentaires et des points de vue différents sur le même objet étudié (divers informateurs et acteurs rencontrés dans les organisations étudiées).

Pour nous, le choix d'adopter la triangulation est un choix stratégique de qualité, ayant pour objectif d'améliorer la validité et la fiabilité de notre étude, de renforcer nos interprétations et de mieux soutenir nos conclusions.

Nous avons donc combiné ces trois types de triangulation avec la Grille Sito-Analyse que nous avons développée en vue de rassembler avec précision l'ensemble des données nécessaires à la réalisation de cette étude, et d'évaluer les résultats obtenus par une méthode/participant en les confrontant aux résultats obtenus par une autre méthode/participant.

Ainsi, le traitement et l'analyse des données issues de la Sito-Analyse ont été réalisés avec le logiciel Excel pour les données quantitatives et avec l'Analyse de Contenu pour les données qualitatives.

De même, il nous a paru indispensable d'utiliser une méthode de validation des données. Pour ce faire, nous avons procédé à une « validité de signifiante » afin de vérifier la valeur informative des données et d'examiner le niveau de concordance entre nous (Intervenant-Chercheur) et acteurs concernés sur la compréhension des items (termes particuliers utilisés par les enquêtés).

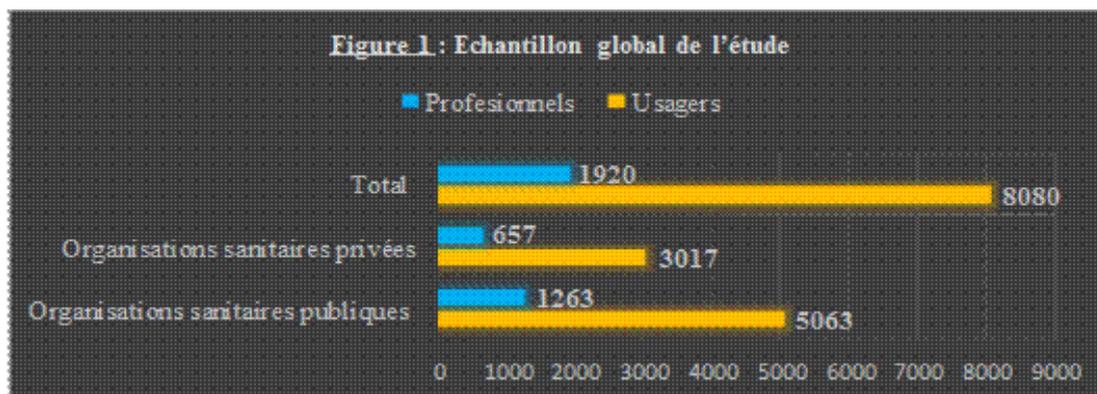
Finalement, nous avons restitué la version finale de l'étude à quelques usagers et professionnels des deux secteurs public et privé impliqués dans la recherche, afin de nous assurer de la validité des résultats de notre étude.

❖ Echantillon de l'étude

L'étude a été réalisée auprès de 10 000 usagers et professionnels des organisations sanitaires publiques et privées, dont 8080 usagers et 1920 professionnels, présentés ainsi (Tableau2/Figure1) :

| Tableau 2 : Echantillon global de l'étude | | | | | | | |
|---|------------------------------------|--------------|-------------|----------------------------------|--------------|-------------|--------------|
| | Organisations sanitaires Publiques | | | Organisations sanitaires Privées | | | Total |
| | Réponses | Non-Réponses | Total | Réponses | Non-Réponses | Total | |
| Usagers | 5000 | 63 | 5063 | 3000 | 17 | 3017 | 8080 |
| Professionnels | 1050 | 213 | 1263 | 325 | 332 | 657 | 1920 |
| • Médecins | 200 | 31 | 231 | 100 | 26 | 126 | 357 |
| • Internes et Résidents | 400 | 67 | 467 | 0 | 0 | 0 | 467 |
| • Personnel paramédical | 300 | 53 | 353 | 150 | 127 | 277 | 630 |
| • Personnel administratif | 150 | 62 | 212 | 75 | 179 | 254 | 466 |
| Total | 6050 | 276 | 6326 | 3325 | 349 | 3674 | 10000 |

Source : Tableau établi par nos soins.



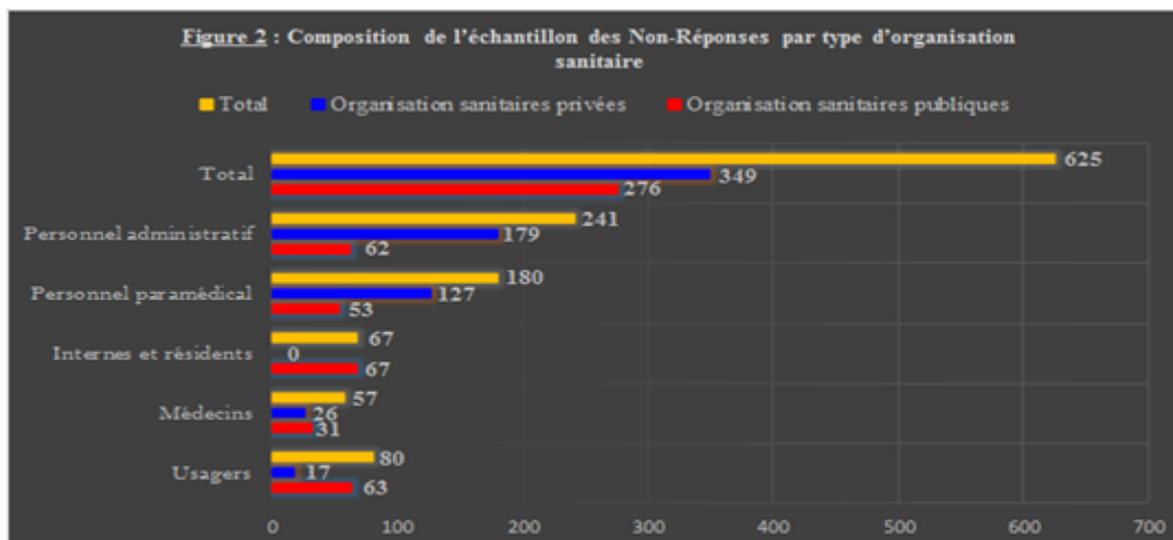
Source : Schéma établi par nos soins.

L'exploitation des questionnaires a donné lieu à un taux de réponse de 94% soit 9375 usagers et professionnels et par la suite à un taux de non réponse de 6% soit 625 usagers et professionnels.

Toutefois, le taux de non réponse s'explique par :

- La réticence et la méfiance de certains interlocuteurs,
- La confidentialité des informations,
- Le risque de licenciement, de sanction et de vengeance,
- La non disponibilité de nos interlocuteurs,
- Le doute sur la sincérité et l'intérêt qu'accorde le gouvernement à ces études,
- La crise de confiance qui existe entre usagers/professionnels et responsables étatiques.

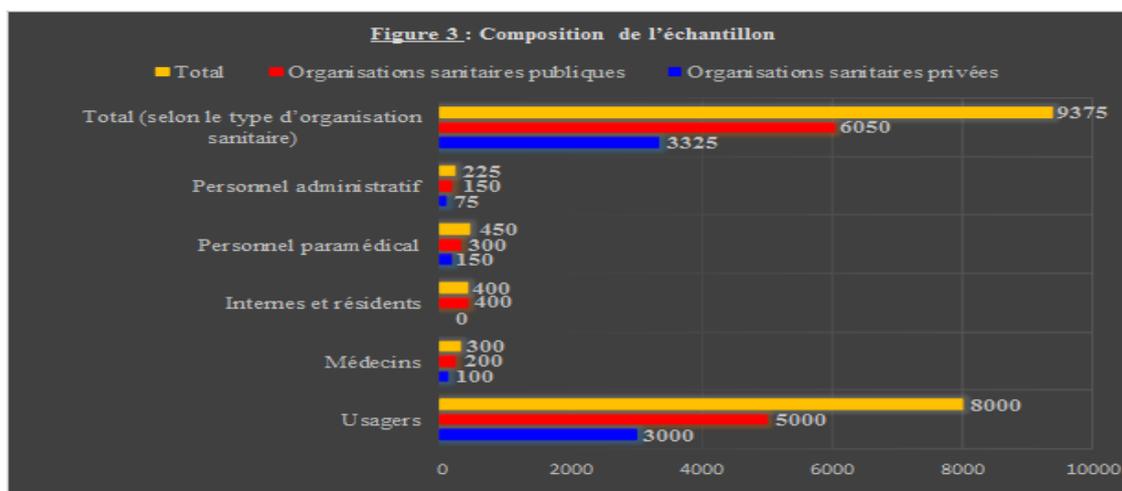
Ce taux de non réponse était plus important chez les professionnels notamment ceux qui travaillent dans des organisations sanitaires privées (Figure2).



Source : Schéma établi par nos soins.

Vu que l'impact des non réponses sur la fiabilité et la validité de l'étude est trop faible, nous n'avons pas procédé à un ajustement à travers les méthodes de correction de la non-réponse. Nous nous sommes limités donc à l'analyse des données relatives aux 9375 usagers et professionnels qui ont accepté de participer à l'étude, dont 8000 usagers (soit 85%) et 1375 professionnels (soit 15%).

L'échantillon des usagers et professionnels qui ont accepté de participer à cette étude, selon le type d'organisation sanitaire, se compose ainsi (Figure 3) :



Source : Schéma établi par nos soins.

Au total, 9375 usagers et professionnels interrogés ont répondu, dont 65% (n = 6050) usagers et professionnels des organisations sanitaires publiques et 35% (n = 3325) des organisations sanitaires privées. Les taux de réponses des usagers selon le type d'organisation sanitaire fréquentée étaient de 62% (n = 5000) chez les usagers des organisations sanitaires publiques et de 38% (n = 3000) chez les usagers des organisations sanitaires privées.

La répartition des 1375 professionnels répondants selon le type d'organisation sanitaire était la suivante : 1050 professionnels travaillant dans des organisations sanitaires publiques (soit 76%) et 325 professionnels travaillant dans des organisations sanitaires privées (soit 24%).

Les taux de réponses selon les différentes catégories de professionnels des organisations sanitaires publiques étaient de 19% chez les médecins (n = 200), de 38% chez les internes et résidents (n = 400), de 29% chez le personnel paramédical (n = 300) et de 14% chez le personnel administratif (n = 150).

Pour les organisations sanitaires publiques, les taux de réponses selon les différentes catégories de professionnels étaient de 31% chez les médecins (n = 100), de 46% chez le personnel paramédical (n = 150) et de 23% chez le personnel administratif (n = 75). Signalant que nous n'avons rencontré aucun interne ou résident dans les organisations sanitaires privées lors de la réalisation de notre étude.

Le tableau suivant (Tableau 3) résume la méthodologie de recherche utilisée dans cette étude : la Sito-Analyse du système sanitaire marocain.

| Tableau 3 : La Sito-Analyse du système sanitaire marocain | | | |
|---|---|---|---|
| Sito-Analyse | Objectifs | Echantillon | Méthode |
| Analyse générale de la situation | Analyse de l'Evaluation de la satisfaction des usagers et professionnels des organisations sanitaires marocaines - Evaluation de la satisfaction globale ; - Facteurs à l'origine de la défaillance du système sanitaire marocain ; - Type de relation entre usagers/professionnels et responsables ; - Type de relation entre usagers et professionnels des organisations sanitaires. | 10 000 Usagers et Professionnels des organisations sanitaires publiques et privées | -Triangulation -Grille "Sito-Analyse" |
| | Analyse Organisationnelle - Evaluation de la satisfaction des usagers et professionnels des organisations sanitaires marocaines ; - Identification des principaux dysfonctionnements qui entravent le bon fonctionnement des organisations sanitaires marocaines ; - Identification du principal acteur qui est à l'origine des différents dysfonctionnements détectés ; - Typologie des médecins : Eco-Médecin et Sito-Médecin. | | |
| Analyse de la typologie d'Acteur et les compétences clés de chaque type d'Acteur | - Typologie de Médecins-Managers : Eco-Manager, Hypo-Managers et Sito-Manager ; - Compétences clés de chaque type de Médecin-Manager. | 60 Managers - 30 Managers du secteur public (chefs de services) ; - 30 Managers du secteur privé (managers de cabinets médicaux) | |
| Analyse des Logiques d'Action des différents acteurs du Système-3AB | - Logique d'action de chaque type de Médecin-Manager ; - Esprit entrepreneurial ; - Capacité d'innovation ; - Développement organisationnel | | |

Source : Tableau établi par nos soins.

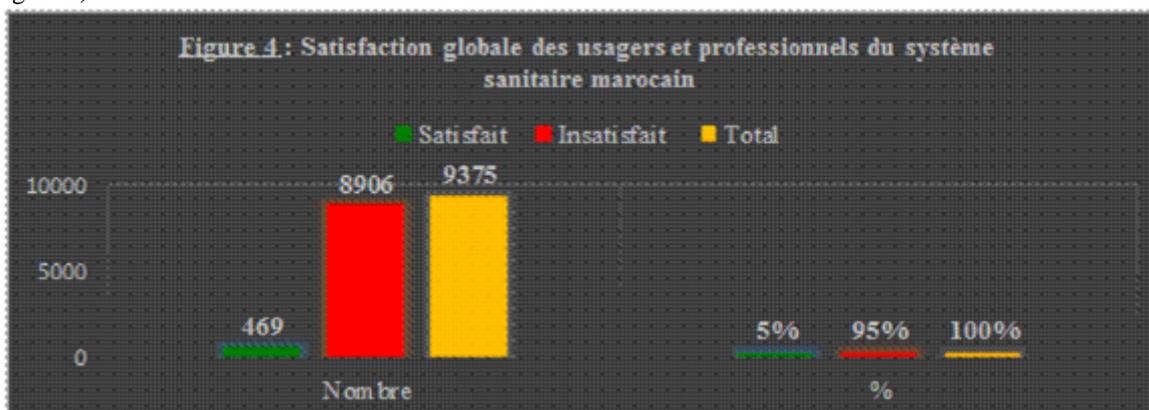
III. Résultats De La Sito-Analyse Du Système-3AB Sanitaire Marocain

❖ Résultats de l'Analyse générale de la situation

➤ Résultats de l'analyse de l'évaluation de la satisfaction des usagers et professionnels des organisations sanitaires marocaines

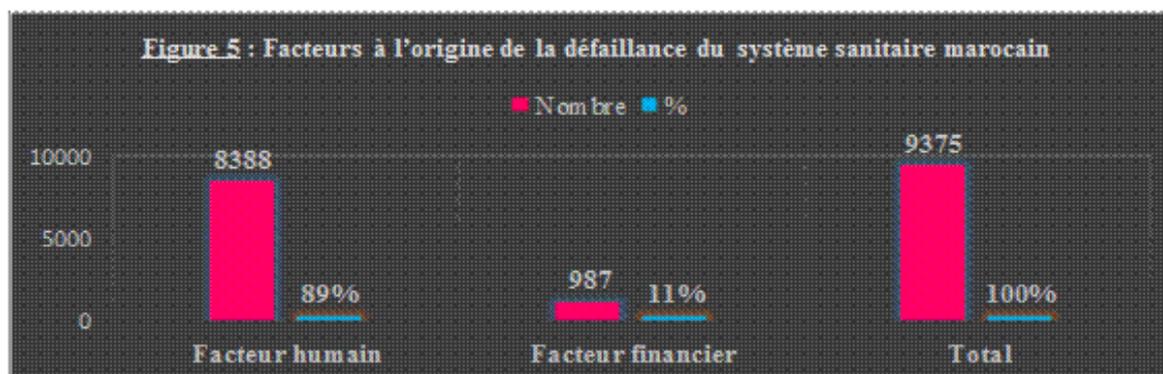
L'évaluation de la satisfaction des usagers et professionnels constitue une étape importante pour l'évolution et l'amélioration de la performance des organisations sanitaires marocaines.

Ainsi, l'analyse des réponses à la question « *Globalement, diriez-vous que vous êtes satisfait du système sanitaire marocain (Gouvernement/Ministère de la santé/Organisations sanitaires publiques/ Organisations sanitaires privées) ?* », a fait apparaître que 5% (n = 469) uniquement des usagers et professionnels enquêtés sont satisfaits du système sanitaire marocain. Néanmoins, 95% (n = 8906) des usagers et professionnels sont insatisfaits du système sanitaire marocain et pensent que toutes les réformes entreprises par les responsables étatiques ne résolvent pas les problèmes du secteur et ne répondent pas aux attentes des usagers/professionnels (Figure 4).



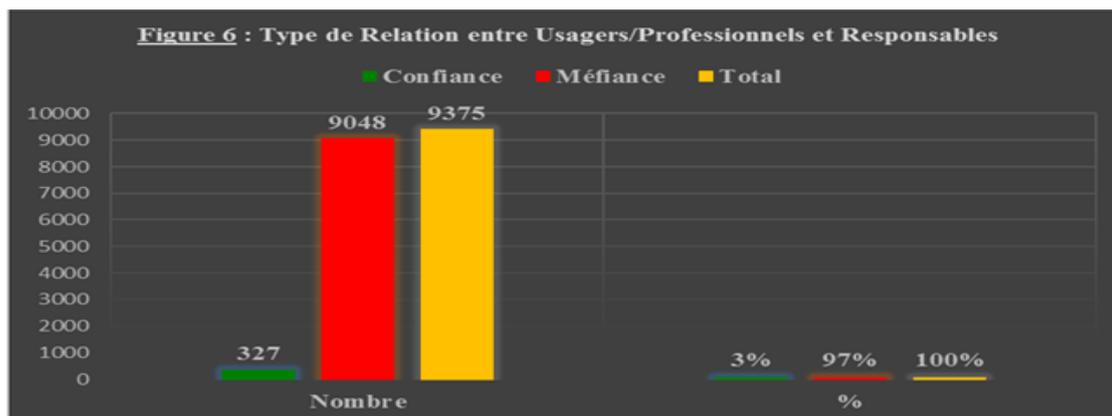
Source : Schéma établi par nos soins.

De même, la grande majorité des usagers et professionnels, soit 89% (n = 8388) pensent que le Facteur Humain est le principal facteur qui est à l'origine de la défaillance du système sanitaire marocain, alors que 11% (n = 987) uniquement pensent que cette défaillance est liée principalement aux manques des ressources financières (Figure 5).



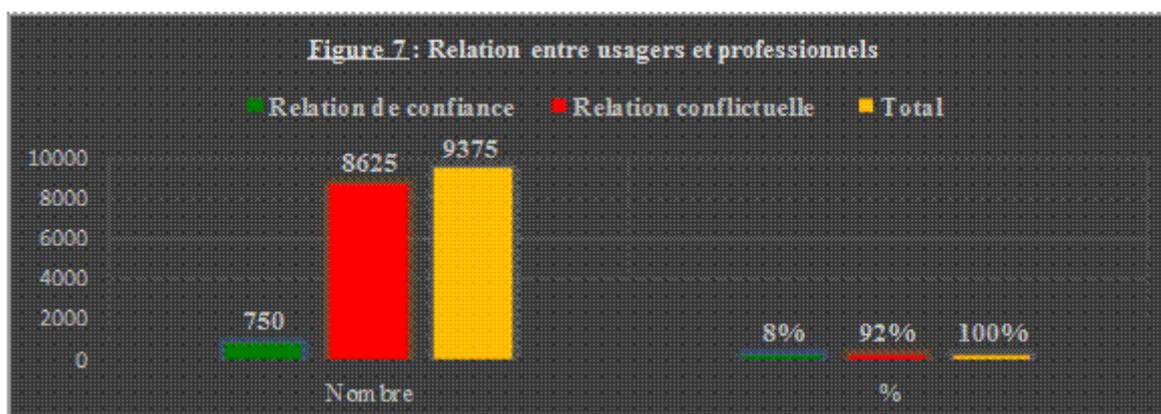
Source : Schéma établi par nos soins.

Ce faisant, 97% (n = 9048) des usagers et professionnels ne font plus confiance aux différents responsables chargés de la promotion du secteur sanitaire marocain, ils parlent même de l'existence d'une crise de confiance et de légitimité. Par ailleurs, 327 usagers et professionnels (soit 3%) font encore confiance aux responsables et pensent qu'ils peuvent contribuer au développement et à la promotion du secteur sanitaire (Figure 6).



Source : Schéma établi par nos soins.

De même, la grande majorité des usagers et professionnels jugeaient négativement la relation entre usagers et professionnels. En effet, 8625 usagers et professionnels (soit 92%) pensent que la relation entre usagers et professionnels est conflictuelle au lieu d'être une relation de confiance. Cependant, 750 usagers et professionnels (soit 8%) pensent que cette relation est plutôt fondée sur la confiance et l'empathie (Figure 7).



Source : Schéma établi par nos soins.

❖ Résultats de l'analyse organisationnelle des organisations sanitaires marocains

Nous avons décidé d'approfondir notre étude en analysant indépendamment chaque type d'organisation sanitaire marocaine : organisations sanitaires publiques et organisations sanitaires privées, et ce à travers une évaluation de la satisfaction, un recensement des différents dysfonctionnements et l'identification du principal acteur qui entrave le bon fonctionnement de l'organisation sanitaire.

Commençons par l'évaluation de la satisfaction des usagers et professionnels des organisations sanitaires publiques et privées.

Pour les organisations sanitaires publiques, et comme nous l'avons signalé auparavant, l'échantillon est composé de 6050 usagers et professionnels dont 5000 usagers (soit 83%) et 1050 professionnels (soit 17%).

L'évaluation de la satisfaction des usagers et professionnels des organisations sanitaires publiques a fait apparaître que 6% (n = 380) uniquement des usagers et professionnels enquêtés sont satisfaits, alors que 94% (n = 5670) sont insatisfaits (Figure 8).

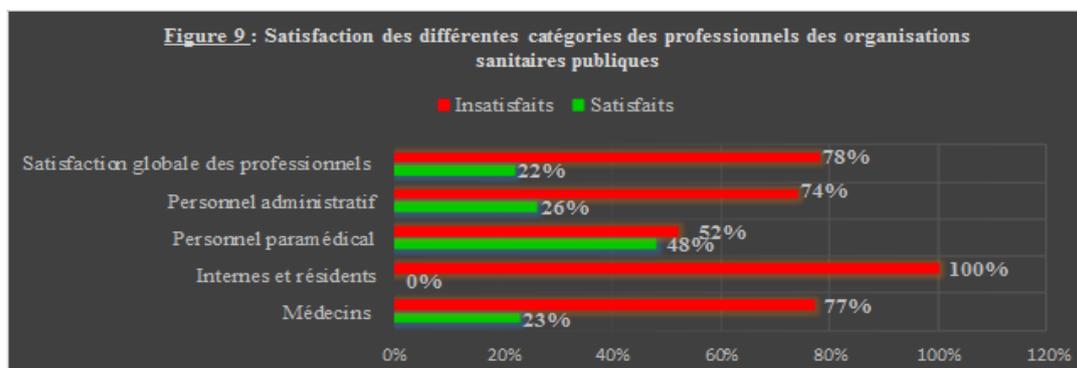


Source : Schéma établi par nos soins.

En effet, 4848 usagers (soit 97%) sont insatisfaits des services fournis par les organisations sanitaires publiques, alors qu'uniquement 152 usagers (soit 3%) sont satisfaits des services reçus. L'un des interlocuteurs a résumé tous les arguments avancés par les usagers satisfaits des organisations sanitaires publiques en disant que « *Je n'ai aucun problème, je suis satisfait. Tu sais très bien qu'au Maroc si tu as de l'argent, du relationnel ou du pouvoir tu ne rencontreras aucun problème. Quand je suis malade j'ai mes propres connaissances qui m'aident, sinon 100 DH est largement suffisante pour résoudre le problème* ».

De même, 822 professionnels (soit 78%) sont insatisfaits de l'organisation et des conditions de travail au sein des organisations sanitaires publiques. En fait, le pourcentage d'insatisfaction était respectivement de 100% (n = 400/400) chez les internes et résidents, de 77% (n = 154/200) chez les médecins, de 74% (n = 111/150) chez le personnel administratif et de 52% (n = 157/300) chez le personnel paramédical.

Par ailleurs, 228 professionnels (soit 22%) sont satisfaits de la situation des organisations sanitaires publiques. En fait, le personnel paramédical avait le pourcentage de satisfaction le plus élevé avec 48% (n = 143/300), suivi par le personnel administratif avec un pourcentage de 26% (n = 39/150) et par les médecins avec un pourcentage de 23% (n = 46/200) (Figure 9).

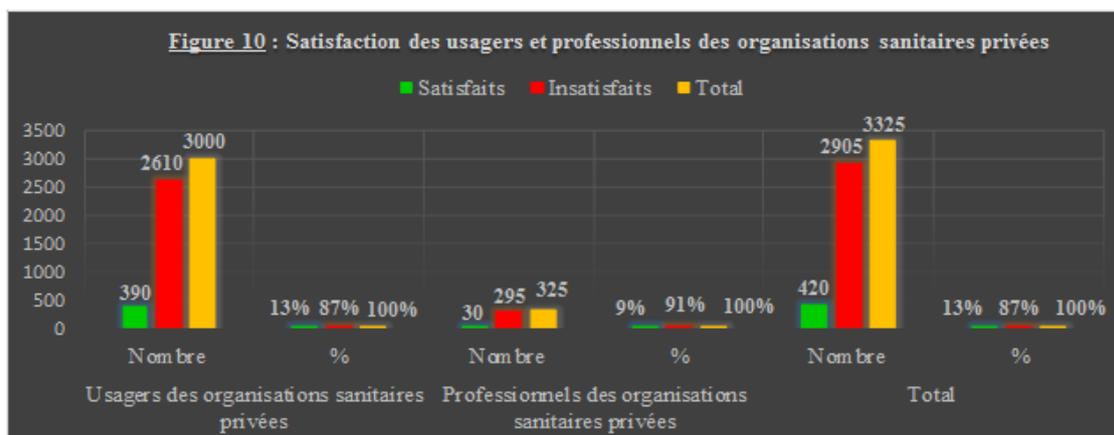


Source : Schéma établi par nos soins.

Ces professionnels satisfaits profitent pleinement de la situation lamentable des organisations sanitaires publiques, l'un de ces interlocuteurs nous a dit que « *Tu sais ce qui est bien dans cette situation, c'est que je peux faire ce que je veux, il n'y a aucun contrôle et même en cas de contrôle on s'arrange entre nous (les fonctionnaires) à l'amiable pour ne pas être sanctionné. En fait, le salaire que je touche à la fin du mois est insuffisant donc je suis obligé de travailler en parallèle dans le secteur privé, et même quand quelqu'un veut que je lui rende service il est obligé de me donner une contrepartie « Hlawwa »* ». La réalité c'est que tous ceux qui préfèrent travailler dans le secteur public cherchent à profiter de cette situation, si la réforme de ce secteur réussit, la majorité vont préférer travailler dans le secteur privé ».

Pour les organisations sanitaires privées, notre échantillon est composé de 3325 usagers et professionnels dont 3000 usagers (soit 90%) et 325 professionnels (soit 10%).

L'évaluation de la satisfaction des usagers et professionnels des organisations sanitaires privées a fait apparaître que 13% (n = 420) des usagers et professionnels enquêtés sont satisfaits, alors que 87% (n = 2905) sont insatisfaits (Figure 10).

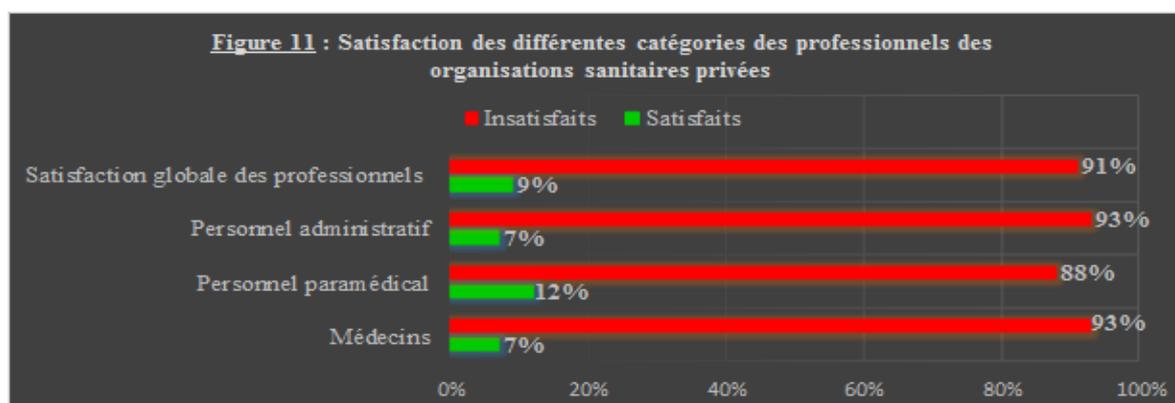


Source : Schéma établi par nos soins.

En effet, uniquement 390 usagers (soit 13%) sont satisfaits des services fournis par les organisations sanitaires privées, alors que 2610 usagers (soit 87%) sont insatisfaits des services reçus par ces organisations. L'un des interlocuteurs a argumenté son insatisfaction des organisations sanitaires privées en disant que « Pour ces médecins privés, ne nous sommes que des vaches à lait. Au Maroc nous n'avons pas des médecins mais des capitalistes sauvages insensibles et dépourvus de toute compassion ».

De même, 295 professionnels (soit 91%) sont insatisfaits de l'organisation et des conditions de travail au sein des organisations sanitaires privées. En fait, le pourcentage d'insatisfaction était respectivement de 93% (n = 93/100) chez les médecins, de 93% (n = 70/75) chez le personnel administratif et de 88% (n = 132/150) chez le personnel paramédical.

Par ailleurs, 30 professionnels (soit 9%) sont satisfaits de la situation des organisations sanitaires privées. En fait, le personnel paramédical avait le pourcentage de satisfaction le plus élevé avec 12% (n = 18/150), suivi par les médecins avec un pourcentage de 7% (n = 7/100) et par le personnel administratif avec un pourcentage de 7% (n = 5/75) (Figure 11).



Source : Schéma établi par nos soins.

L'un des professionnels satisfaits, appartenant à la catégorie du personnel paramédical nous a dit que « Je suis infirmier diplômé de l'Etat et j'ai déjà travaillé dans des organisations sanitaires publiques. J'ai quitté la fonction publique pour diverses raisons, aujourd'hui je travaille dans une organisation sanitaire privée et cela m'arrange. C'est vrai que je suis obligé de travailler plus que 8 heures par jour, dans des conditions parfois défavorables mais en contrepartie j'ai un salaire satisfaisant, j'accumule de l'expérience et en plus de cela je suis récompensé par les patients « une sorte de reconnaissance » de la valeur et de la qualité des services offerts ».

Concernant l'identification des différents dysfonctionnements dont souffrent la majorité des organisations sanitaires publiques et privées, nous avons demandé à nos interlocuteurs de nous citer les différents dysfonctionnements qu'ils ont constaté lors de leurs présence dans les différentes organisations sanitaires publiques et privées. Ensuite, nous avons regroupé l'ensemble de ces dysfonctionnements selon 6 thèmes présentés ci-dessous (Tableau 4).

| Tableau 4 : Dysfonctionnements par thèmes cités par les usagers et professionnels des organisations sanitaires publiques et privées | | |
|---|--|--|
| Dysfonctionnements | Organisations sanitaires publiques | Organisations sanitaires privées |
| Pratiques managériales (87) | 80 (29%) | 77 (29%) |
| ➤ Direction (49) | 43 | 41 |
| ➤ Gestion (21) | 20 | 19 |
| ➤ Relation professionnelle (17) | 17 | 17 |
| Activité Administrative (30) | 30 (11%) | 27 (10%) |
| ➤ Accueil (4) | 4 | 3 |
| ➤ Procédure administrative (7) | 7 | 5 |
| ➤ Programmation (9) | 9 | 9 |
| ➤ Traitement de l'information (10) | 10 | 10 |
| Environnement physique et technique (37) | 37 (13%) | 37 (14%) |
| ➤ Condition de travail (14) | 14 | 14 |
| ➤ Service technique (15) | 15 | 15 |
| ➤ Sécurité (3) | 3 | 3 |
| ➤ Hygiène (5) | 5 | 5 |
| Prestation de soins de santé (66) | 66 (24%) | 60 (23%) |
| ➤ Activité médicale, paramédicale et chirurgicale (30) | 30 | 26 |
| ➤ Radiologie (4) | 4 | 3 |
| ➤ Analyse médicale (7) | 7 | 7 |
| ➤ Pharmacie (25) | 25 | 24 |
| Formation et recherche scientifique (39) | 39 (14%) | 39 (15%) |
| ➤ Formation (28) | 28 | 28 |
| ➤ Recherche scientifique (7) | 7 | 7 |
| ➤ Sensibilisation (4) | 4 | 4 |
| Ethique professionnelle (25) | 25 (9%) | 24 (9%) |
| ➤ Attitude morale (9) | 9 | 9 |
| ➤ Attitude professionnelle (16) | 16 | 15 |
| Total des dysfonctionnements dans les organisations sanitaires publiques et privées (283) | Total des dysfonctionnements dans les organisations sanitaires publiques 277 (100%) | Total des dysfonctionnements dans les organisations sanitaires privées 264 (100%) |

Source : Tableau établi par nos soins.

Nous nous sommes attachés à décomposer chaque thème en sous-thèmes afin d'avoir une vue plus détaillée des différents dysfonctionnements dont souffrent les organisations sanitaires publiques et privées. Ainsi, nous présentons dans les Tableaux 5/6//7/8/9/10, les différents résultats obtenus :

➤ **Tableau 5** : Dans ce Tableau nous présentons les différents dysfonctionnements liés aux pratiques managériales et qui sont au nombre de 87, présentés ainsi :

- Direction : 49 ;
- Gestion : 21 ;
- Relation professionnelle : 17.

| Tableau 5 : Dysfonctionnements liés aux pratiques managériales | | |
|--|------------------------------------|----------------------------------|
| Dysfonctionnements liés aux pratiques managériales | Organisations sanitaires publiques | Organisations sanitaires privées |
| ➤ Direction | | |
| 1. Incompétence managériale | * | * |
| 2. Management peu participatif, autoritaire et déficient | * | * |
| 3. Absence d'une stratégie globale de développement | * | * |
| 4. Possibilités insuffisantes de développement professionnel (formation, stages...) | * | * |
| 5. Manque d'implication du personnel dans la Stratégie | * | * |
| 6. Absence de visibilité quant aux finalités globales (au niveau de l'organisation sanitaire) et collectives (au niveau des équipes) | * | * |
| 7. Manque d'organigramme | | * |
| 8. Manque d'indicateur de performance | | * |
| 9. Une communication insuffisante à différents niveaux de l'organisation sanitaire | * | * |
| 10. Absence de répartition claire des pouvoirs et des responsabilités | * | * |
| 11. Autonomie trop importante du médecin responsable | * | * |
| 12. Incapacité à déléguer | * | * |
| 13. Résistance au changement | * | * |
| 14. Absence d'un contrôle de qualité par les pouvoirs publics | * | * |

| | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|
| 15. | Hostilité à tout contrôle de la cour des comptes | * | * |
| 16. | Absence de toutes disciplines et d'autorité hiérarchique | * | * |
| 17. | Abus de pouvoir | * | * |
| 18. | Délégation de certains services au secteur privé | * | |
| 19. | Gestion d'activités et d'affaires privés en parallèle avec la fonction publique | * | |
| 20. | Concurrence déloyale | | * |
| 21. | Détournement de fonds | * | |
| 22. | Budgétisation surréalistes | * | * |
| 23. | Dépenses inutiles | * | |
| 24. | Reconduction de sommes énormes pour la réalisation des mêmes travaux (électricité, travaux divers de maintenance...) | * | |
| 25. | Marchés publics troqués | * | |
| 26. | Manque de ressources financières (appels aux dons des bienfaiteurs) | * | |
| 27. | Frais de prestations de soins (consultation, hospitalisation, analyse médicale, radiologie...) trop élevés | * | * |
| 28. | Tarifification des certificats médicaux différente de celle déterminée par le règlement intérieur | * | * |
| 29. | Paiement des frais de consultation ou d'hospitalisation « au noir » | | * |
| 30. | Faible indemnisation des gardes du personnel de l'organisation sanitaire | * | * |
| 31. | Injustice par rapport aux salaires | * | * |
| 32. | Absence de couverture sociale | | * |
| 33. | Taux d'imposition trop élevé | * | * |
| 34. | Présence du phénomène des emplois fictifs « fonctionnaires fantômes » | * | |
| 35. | Salariés non déclarés | | * |
| 36. | Migration des médecins | * | * |
| 37. | Démission des médecins | * | * |
| 38. | Mauvais recrutement | * | * |
| 39. | Manque d'accompagnement du personnel au cours de son intégration (recrutement) | * | * |
| 40. | Manque de qualification | * | * |
| 41. | Absence de formation professionnelle | * | * |
| 42. | Attentes professionnelles non satisfaites | * | * |
| 43. | Manque de possibilité de promotion | * | * |
| 44. | Absence de services sociaux pour le personnel | * | * |
| 45. | Grèves | * | * |
| 46. | Absence de référentiel | * | * |
| 47. | Absence de règlement intérieur | * | * |
| 48. | Faible couverture médicale | * | * |
| 49. | Absence d'enquête de satisfaction | * | * |
| ➤ Gestion | | | |
| 50. | Manque d'autonomie du personnel et besoin de validation | * | * |
| 51. | Réunions de suivi et de contrôle sans résultats concrets | * | * |
| 52. | Absence de supervision | * | * |
| 53. | Absence d'une évaluation périodique de la qualité des soins et services | * | * |
| 54. | Escroqueries et stages fictifs | * | * |
| 55. | Rotation du personnel « Turn-over » | | * |
| 56. | Absence de contrôle sur la répartition et la planification des activités | * | * |
| 57. | Imprécision des missions confiées | * | * |
| 58. | Glissement des fonctions et aménagement à l'amiable | * | * |
| 59. | Absence de formalisation écrite et connue sur les rôles et missions de chacun | * | * |
| 60. | Des procédures et des outils de travail inadaptés | * | * |
| 61. | Différence dans les exigences et la pénibilité du travail entre les services médicaux (soins de santé basiques et soins d'urgence : réanimation et maternité) | * | * |
| 62. | Mauvais roulement de la garde notamment dans le service de maternité et réanimation | * | * |
| 63. | Une charge de travail excessive et mal répartie | * | * |
| 64. | Dispersion des équipes de gardes sur plusieurs sites | * | * |
| 65. | Organisation des horaires de travail insatisfaisante | * | * |
| 66. | Inadaptation des horaires de travail aux rythmes biologiques, à la vie sociale et familiale | * | * |
| 67. | Mutations abusives et à l'improviste | * | |
| 68. | Absence fréquente des travailleurs | * | |
| 69. | Perte de temps en bavardages stériles et en occupations inutiles | * | * |
| 70. | Usage massif de téléphone portable en présence des patients | * | * |
| ➤ Relation professionnelle | | | |
| 71. | Déficiences au niveau des relations interpersonnelles : mésentente, jalousie, conflit, stress, harcèlement | * | * |
| 72. | Manque d'écoute, d'esprit d'équipe et de convivialité | * | * |
| 73. | Manque de cohésion interne | * | * |
| 74. | Communication, coordination et coopération défailante entre services et équipes | * | * |

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 75. | Absence de coopération | * | * |
| 76. | Guerre entre responsables | * | * |
| 77. | Rivalité entre spécialiste | * | * |
| 78. | Clanisme | * | * |
| 79. | Primauté aux intérêts personnels | * | * |
| 80. | Non information de l'incompétence, la défaillance et la mauvaise conduite des collègues | * | * |
| 81. | Absence de prise d'initiative | * | * |
| 82. | Personnels démotivés | * | * |
| 83. | Absence ou faible reconnaissance du travail accompli | * | * |
| 84. | Climat de tension entre le personnel et leur hiérarchie et avec le public | * | * |
| 85. | Mauvaise gestion de conflits | * | * |
| 86. | Absence de preuves en cas de conflit | * | * |
| 87. | Se venger des patients en cas de conflit | * | * |

Source : Tableau établi par nos soins.

➤ **Tableau 6 :** Dans ce Tableau nous présentons les différents dysfonctionnements liés à l'activité administrative et qui sont au nombre de 30, présentés ainsi :

- Accueil : 4 ;
- Procédure administrative : 7 ;
- Programmation : 9 ;
- Traitement de l'information : 10.

| Tableau 6 : Dysfonctionnements liés à l'activité administrative | | | |
|---|--|----------------------------------|---|
| Dysfonctionnements liés à l'activité administrative | Organisations sanitaires publiques | Organisations sanitaires privées | |
| ➤ Accueil | | | |
| 1. | Communication insuffisante avec les usagers | * | * |
| 2. | Problème de communication (langue et langage) | * | * |
| 3. | Mauvais accueil et orientation | * | * |
| 4. | Absence de standard | * | * |
| ➤ Procédure administrative | | | |
| 5. | Lourdeur des procédures administratives | * | * |
| 6. | Non-respect de l'ordre des patients (consultation) | * | * |
| 7. | Non-respect du règlement intérieur de l'organisation sanitaire par : corps médical et paramédical, corps administratif, internes, résidents, patients et visiteurs | * | * |
| 8. | Non-respect des procédures administratives par le corps medical | * | * |
| 9. | Non-respect des procédures administratives dans les relations entre services | * | * |
| 10. | Refuser la présence d'un proche auprès du malade | * | * |
| 11. | Impaiement des frais de soins par certains patients | * | * |
| ➤ Programmation | | | |
| 12. | Mauvaise programmation | * | * |
| 13. | Non-respect de la programmation des activités | * | * |
| 14. | Changement de programmation sans information | * | * |
| 15. | Non information des patients en cas d'absence imprévue des médecins ou de défaillance d'équipements | * | * |
| 16. | Non-respect des horaires de travail en vigueur | * | * |
| 17. | Mauvaise gestion de rendez-vous (délais) | * | * |
| 18. | Mauvaise organisation des admissions et des sorties des maladies | * | * |
| 19. | Durée prolongée de séjour | * | * |
| 20. | Mauvaise programmation des visites | * | * |
| ➤ Traitement de l'information | | | |
| 21. | Grande masse d'information à traiter | * | * |
| 22. | Mauvais archivage | * | * |
| 23. | Absence de système informatisé | * | * |
| 24. | Mauvaise gestion de l'information | * | * |
| 25. | Manque d'informations médicales | * | * |
| 26. | Informations médicales imprécises | * | * |
| 27. | Absence de correction des dossiers | * | * |
| 28. | Non préparation des dossiers des patients | * | * |
| 29. | Disparition de dossiers | * | * |
| 30. | Impossibilité d'accès aux dossiers médicaux pendant et après l'hospitalisation | * | * |

Source : Tableau établi par nos soins.

➤ **Tableau 7 :** Dans ce Tableau nous présentons les différents dysfonctionnements liés à l'environnement physique et technique et qui sont au nombre de 37, présentés ainsi :

- Condition de travail : 14 ;
- Service technique : 15 ;
- Sécurité : 3 ;
- Hygiène : 5.

| Tableau 7 : Dysfonctionnements liés à l'environnement physique et technique | | |
|---|------------------------------------|----------------------------------|
| Dysfonctionnements liés à l'environnement physique et technique | Organisations sanitaires publiques | Organisations sanitaires privées |
| ➤ Condition de travail | | |
| 1. Dégradation des conditions de travail | * | * |
| 2. Absence d'uniforme-Patient | * | * |
| 3. Absence d'uniforme et des badges pour le personnel | * | * |
| 4. Absence d'espace privé réservé au personnel | * | * |
| 5. Nuisances physiques au poste de travail (bruit, chaleur, humidité...) | * | * |
| 6. Problèmes d'accessibilités aux soins pour les personnes handicapées et dépendantes | * | * |
| 7. Locaux encombrés | * | * |
| 8. Absence de salles d'attente | * | * |
| 9. Salles d'attente encombrées | * | * |
| 10. Agencement des locaux inadapté | * | * |
| 11. Mauvaise conception des lieux (manque d'espace, éclairage inadapté...) | * | * |
| 12. Chambres médiocres | * | * |
| 13. Médiocrité du transport du personnel | * | * |
| 14. Mauvaise alimentation des patients et du personnel de garde | * | * |
| ➤ Service technique | | |
| 15. Absence d'infrastructure, d'équipement et de logistique | * | * |
| 16. Eloignement des infrastructures sanitaires | * | * |
| 17. Absence d'un système d'aération et de ventilation des salles de consultation | * | * |
| 18. Absence d'équipements médicaux dans les chambres | * | * |
| 19. Absence de lits | * | * |
| 20. Manque de matériel | * | * |
| 21. Matériel inadapté et défectueux | * | * |
| 22. Utilisation du matériel de l'organisation sanitaire à des fins personnelles | * | * |
| 23. Vol du matériel | * | * |
| 24. Manque flagrant d'ascenseurs | * | * |
| 25. Mauvaise gestion de la maintenance des équipements médicaux et des installations techniques | * | * |
| 26. Absence de permanence technique destinée à garantir le fonctionnement de l'ensemble des installations et équipements de l'organisation sanitaire pendant les jours fériés | * | * |
| 27. Mauvaise gestion du système interne de télécommunication | * | * |
| 28. Mauvaise gestion de la maintenance des bâtiments et mobiliers ainsi que du parc automobile | * | * |
| 29. Absence du bulletin d'information relatif à l'état de fonctionnalité des équipements biomédicaux | * | * |
| ➤ Sécurité | | |
| 30. Manque de sécurité au sein de l'organisation sanitaire | * | * |
| 31. Absence d'une liste de consignes de sécurité et d'évacuation | * | * |
| 32. Agressions, viol et violence verbale et physique | * | * |
| ➤ Hygiène | | |
| 33. Non-respect des règles d'hygiène et d'asepsie dans les services | * | * |
| 34. Technique de stérilisation et désinfection inadéquat | * | * |
| 35. Mauvais nettoyage et buandage des linges | * | * |
| 36. Mauvaise gestion des déchets médicaux | * | * |
| 37. Présence d'animaux dans les différents services | * | * |

Source : Tableau établi par nos soins.

➤ **Tableau 8 :** Dans ce Tableau nous présentons les différents dysfonctionnements liés aux prestations de soins de santé et qui sont au nombre de 66, présentés ainsi :

- Activité médicale, paramédicale et chirurgicale : 30 ;
- Radiologie : 4 ;
- Analyse médicale : 7 ;
- Pharmacie : 25.

| Tableau 8 : Dysfonctionnements liés aux prestations de soins de santé | | | |
|---|---|------------------------------------|----------------------------------|
| Dysfonctionnements liés aux prestations de soins de santé | | Organisations sanitaires publiques | Organisations sanitaires privées |
| > Activité médicale, paramédicale et chirurgicale | | | |
| 1. | Mauvaise prise en charge à tous les niveaux | * | * |
| 2. | Pénurie en cadre de santé notamment les médecins spécialistes | * | |
| 3. | Pénurie en cadre paramédical qualifié | * | * |
| 4. | Transfert des patients aux cliniques privés | * | |
| 5. | Risques médicaux | * | * |
| 6. | Qualité de services médicaux et chirurgicaux insatisfaisante | * | * |
| 7. | Conditions défavorables du service des urgences | * | * |
| 8. | Manque de temps pour les soins | * | * |
| 9. | Mauvaise qualité des soins | * | * |
| 10. | Absence d'aide-soignant | * | * |
| 11. | Incompétence (personnel médical et paramédical) | * | * |
| 12. | Les médecins manquent à leur devoir envers les patients (refus de prestation de service) | * | * |
| 13. | Désaccord sur le diagnostic et les options de traitement entre les différents soignants | * | * |
| 14. | Absence de suivi médical | * | * |
| 15. | Traitement inutile ou inapproprié | * | * |
| 16. | Demande d'analyses médicales inutiles | * | * |
| 17. | Erreurs et fautes médicales | * | * |
| 18. | Erreurs de diagnostic et de traitement des médecins internes et résidents | * | |
| 19. | Différents agents s'immiscent dans les activités de soins et dans les prestations ne relevant pas de leurs attributions | * | |
| 20. | Mauvaise administration des médicaments aux patients | * | * |
| 21. | Interruption et retard dans la consultation | * | * |
| 22. | Interruption et retard au bloc | * | * |
| 23. | Non-respect des normes du bloc opératoire | * | * |
| 24. | Manque flagrant de salles d'opérations et de réanimation | * | * |
| 25. | Annulation d'opération sans information du patient | * | * |
| 26. | Pénurie de sang | * | * |
| 27. | Alimentation inadaptée à la situation du patient | * | * |
| 28. | Octroi abusif de certificats médicaux | * | * |
| 29. | Octroi de faux certificats médicaux | * | * |
| 30. | Pratique de la médecine traditionnelle informelle | * | * |
| > Radiologie | | | |
| 31. | Manque flagrant dans certains appareils de radiologie et d'imagerie médicale | * | * |
| 32. | Appareils de radiologie et d'imagerie médicale inutilisables (en prétendant qu'elles sont en panne) | * | |
| 33. | Réactifs de mauvaise qualité | * | * |
| 34. | Manque flagrant dans les radioprotecteurs | * | * |
| > Analyse médicale | | | |
| 35. | Rupture de stock dans les laboratoires d'analyse médicale et de microbiologie | * | * |
| 36. | Envoi de certaines analyses médicales à l'étranger | * | * |
| 37. | Absence de certains dispositifs | * | * |
| 38. | Retard dans l'obtention des résultats | * | * |
| 39. | Erreur dans les résultats obtenus | * | * |
| 40. | Mauvaise interprétation des résultats obtenus | * | * |
| 41. | Absence de réactualisation des protocoles de laboratoire | * | * |
| > Pharmacie | | | |
| 42. | Manque de pharmaciens et de préparateurs spécialisés et expérimentés | * | * |
| 43. | Ordonnance incomplètes ou illisibles | * | * |
| 44. | L'indisponibilité de certains médicaments | * | * |
| 45. | Stocks de médicaments inadéquats | * | * |
| 46. | Condition de stockage non respectées | * | * |
| 47. | Entassements des médicaments | * | * |
| 48. | Absence de classification | * | * |
| 49. | Absence d'étiquetage | * | * |
| 50. | Etiquetage défectueux | * | * |
| 51. | Gaspillage | * | * |
| 52. | Problème de conservation de médicaments | * | * |
| 53. | Rupture de stocks pour les divers fournitures et consommables (coton, fils, pansement ...) | * | * |
| 54. | Vols des médicaments | * | * |
| 55. | Vente illégale des médicaments (médicaments gratuits) | * | * |
| 56. | Obliger les patients à se diriger vers des fournisseurs spécifiques | * | * |

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 57. | Obliger les patients à acheter des médicaments existants dans les stocks | * | * |
| 58. | Prix de médicaments élevés | * | * |
| 59. | Absence de certains médicaments au Maroc | * | * |
| 60. | Absence de sérums médicaux | * | * |
| 61. | Gravité de certains produits vendus (la silicone) | * | * |
| 62. | Médicaments non disponibles dans les centres de proximité (uniquement aux hôpitaux régionaux) | * | |
| 63. | Absence de médicaments et consommables issus de dons | * | * |
| 64. | Des tonnes de médicaments périmés dans les magasins de l'organisation sanitaire | * | * |
| 65. | Mauvaise destruction des médicaments périmés ou non utilisable | * | * |
| 66. | Absence des listes de médicaments vitaux et des dispositifs médicaux disponibles dans des lieux visibles et accessibles aux usagers de l'organisation sanitaire | * | * |

Source : Tableau établi par nos soins.

- **Tableau 9 :** Dans ce Tableau nous présentons les différents dysfonctionnements liés à la formation et la recherche scientifique et qui sont au nombre de 39, présentés ainsi :
- Formation : 28 ;
 - Recherche scientifique : 7 ;
 - Sensibilisation : 4.

| Tableau 9 : Dysfonctionnements liés à la formation et la recherche scientifique | | | |
|--|---|---|---|
| Dysfonctionnements liés à la formation et la recherche scientifique | | Organisations sanitaires publiques | Organisations sanitaires privées |
| ➤ Formation | | | |
| 1. | Système de formation défaillant | * | * |
| 2. | Incompétence des professeurs | * | * |
| 3. | Mauvaise coordination entre direction CHU et Faculté de médecine | * | * |
| 4. | Insuffisance des moyens financiers et techniques | * | * |
| 5. | Absence de formation en Entrepreneuriat et Management | * | * |
| 6. | Surcharge du programme d'études | * | * |
| 7. | Mauvaise organisation des stages | * | * |
| 8. | Mauvaise planification des examens | * | * |
| 9. | Mauvais encadrement des étudiants et stagiaires | * | * |
| 10. | Nombre élevé de stagiaires dans les hôpitaux (stagiaires publics et privés) | * | * |
| 11. | Amphis surpeuplés | * | * |
| 12. | Absentéisme (étudiants et professeurs) | * | * |
| 13. | Pratiques malhonnêtes et plagiat | * | * |
| 14. | Favoritisme et clientélisme | * | * |
| 15. | Management peu participatif (faible participation des étudiants dans la prise de décision) | * | * |
| 16. | Absence de mesures de sécurité (faculté) | * | * |
| 17. | Non vaccination des étudiants | * | * |
| 18. | Absence d'une couverture médicale pour les étudiants médecins | * | * |
| 19. | Faible indemnisation du travail et des gardes des internes et résidents | * | * |
| 20. | Absence de transparence dans l'affectation | * | * |
| 21. | Difficultés à combiner études, stages et vie privée | * | * |
| 22. | Médiocrité du logement étudiant | * | * |
| 23. | Exploitation, violence verbale en stage, harcèlement et pression | * | * |
| 24. | Abus de pouvoir envers les étudiants | * | * |
| 25. | Stress | * | * |
| 26. | Consommation de produits psychoactifs (tabac, alcool...) et psychostimulants | * | * |
| 27. | Trouble psychologique | * | * |
| 28. | Soumission et silence | * | * |
| ➤ Recherche scientifique | | | |
| 29. | Absence de toute évaluation sérieuse des laboratoires de recherche | * | * |
| 30. | Utilisation des laboratoires à des fins personnelles | * | * |
| 31. | Conflits d'intérêt entre professeurs | * | * |
| 32. | Mauvais fonctionnement du comité d'éthique | * | * |
| 33. | Absence d'éthique dans les laboratoires de recherche | * | * |
| 34. | Conduite d'expériences sur les patients sans obtenir leur consentement et même sans se préoccuper de leur bien être | * | * |
| 35. | Non information des patients participant à l'étude des risques encourus | * | * |
| ➤ Sensibilisation | | | |
| 36. | Manque de reconnaissance sociale du statut de l'interne et du | * | * |

| | | | |
|----------|--|---|---|
| résidant | | | |
| 37. | Absence de projet e-santé | * | * |
| 38. | Absence de programme d'éducation aux questions de santé | * | * |
| 39. | Absence d'une culture de détection précoce et préventive | * | * |

Source : Tableau établi par nos soins.

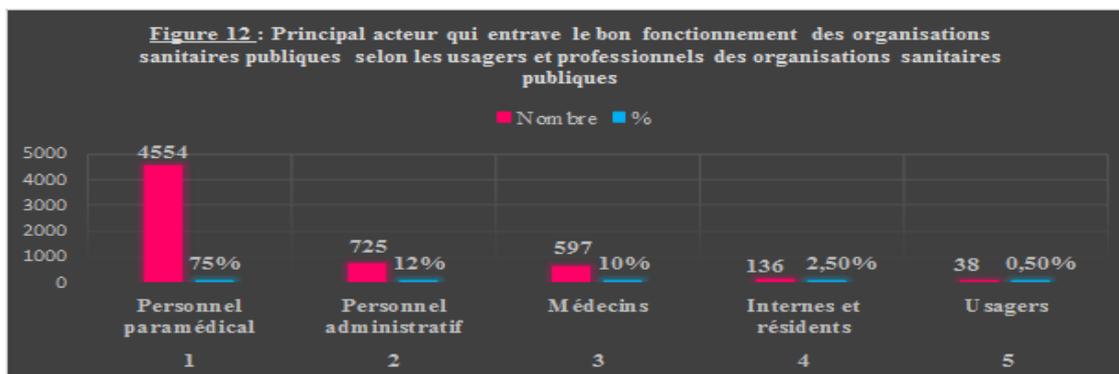
- **Tableau 10 :** Dans ce Tableau nous présentons les différents dysfonctionnements liés à l'éthique professionnelle et qui sont au nombre de 25, présentés ainsi :
- Attitude morale : 9 ;
 - Attitude professionnelle : 16.

| Tableau 10 : Dysfonctionnements liés à l'éthique professionnelle | | | |
|--|---|------------------------------------|----------------------------------|
| Dysfonctionnements liés à l'éthique professionnelle | | Organisations sanitaires publiques | Organisations sanitaires privées |
| ➤ Attitude morale | | | |
| 1. | Manque de savoir-être | * | * |
| 2. | Non-respect de la pluralité culturelle | * | * |
| 3. | Distinction entre les patients selon la classe et la position sociale | * | * |
| 4. | Inégalité de traitement des citoyens | * | * |
| 5. | Discrimination | * | * |
| 6. | Mépris des citoyens | * | * |
| 7. | Omission et négligence | * | * |
| 8. | Absence de tout acte d'abnégation et de compassion | * | * |
| 9. | Anxiété et manque de soutien psychologique | * | * |
| ➤ Attitude professionnelle | | | |
| 10. | Dilapidation des biens publics | * | |
| 11. | Mauvaise réputation des organisations sanitaires | * | * |
| 12. | Personnel médical, paramédical et administratif matérialiste | * | * |
| 13. | Absence de conscience professionnelle et d'esprit du service public | * | * |
| 14. | Manque de respect mutuel entre les citoyens et le personnel en général | * | * |
| 15. | Exploitation des bienfaiteurs | * | * |
| 16. | Manque de respect mutuel entre les citoyens et le personnel en général | * | * |
| 17. | Absence de climat de confiance mutuelle entre le patient et le personnel de l'organisation sanitaire | * | * |
| 18. | Corruption | * | * |
| 19. | Le personnel manque à son devoir de conseil et de renseignement envers les patients | * | * |
| 20. | Non-respect du droit du patient à la connaissance et à la prise de décision au sujet des soins de santé le concernant | * | * |
| 21. | Non-respect de la dignité, de l'intimité et la pudeur des patients | * | * |
| 22. | Absence de demande d'accord et d'autorisation pour faire participer les étudiants à la visite médicale ou aux soins | * | * |
| 23. | Non-respect de la confidentialité des données | * | * |
| 24. | Burnout | * | * |
| 25. | Difficultés à combiner vie professionnelle et vie privée | * | * |

Source : Tableau établi par nos soins.

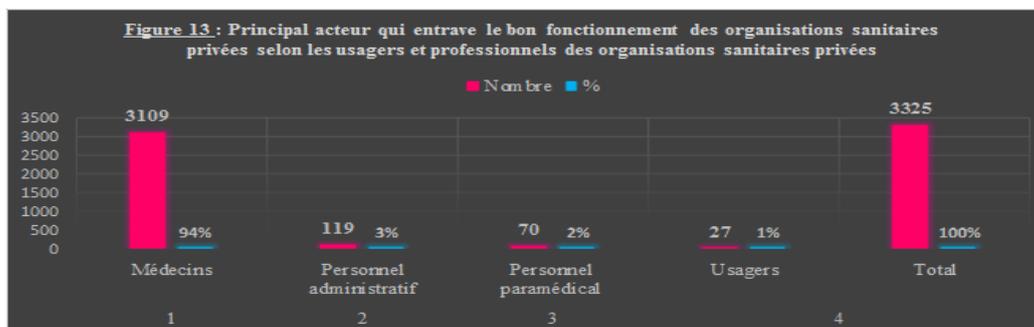
Pour les organisations sanitaires publiques et privées, la majorité des dysfonctionnements étaient liés aux pratiques managériales avec un pourcentage de 29% (n = 80/277) pour les organisations sanitaires publiques et de 29% (n = 77/264) également pour les organisations sanitaires privées. Suivi par les dysfonctionnements liés aux prestations de soins de santé avec un pourcentage de 24% (n = 66/277) pour les organisations sanitaires publiques et de 23% (n = 60/264) pour les organisations sanitaires privées, et enfin les dysfonctionnements liés à la formation et la recherche scientifique avec un pourcentage de 14% (n = 39/277) pour les organisations sanitaires publiques et de 15% (n = 39/264) pour les organisations sanitaires privées.

Dans cette perspective, au niveau des organisations sanitaires publiques, 75% des usagers et professionnels (n = 4554) pensent que le personnel paramédical est le principal acteur qui est à l'origine de la grande majorité des dysfonctionnements dont souffrent les organisations sanitaires publiques. Par contre 12% des usagers et professionnels (n = 725) pensent que le principal acteur qui entrave le bon fonctionnement des organisations sanitaires publiques est le personnel administratif. Pour les médecins, uniquement 10% des usagers et professionnels (n = 597) pensent qu'ils entravent directement le bon fonctionnement des organisations sanitaires publiques (Figure 12).



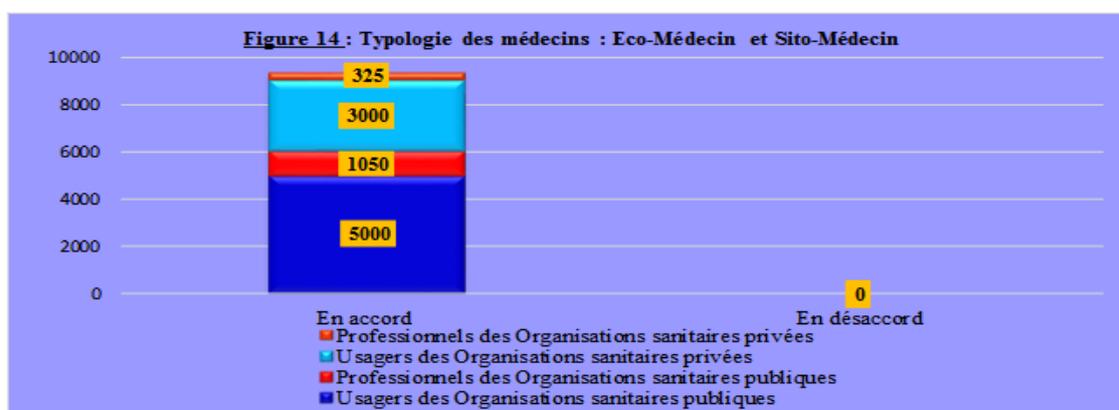
Source : Schéma établi par nos soins.

Par ailleurs, 3109 (soit 94%) usagers et professionnels des organisations sanitaires privées pensent que les médecins sont à l'origine de la grande majorité des dysfonctionnements qu'ils ont pu constater. Par contre, uniquement 119 (soit 3%) usagers et professionnels pensent que le principal acteur qui entrave le bon fonctionnement des organisations sanitaires privées est le personnel administratif. De même, pour le personnel paramédical, uniquement 70 (soit 2%) usagers et professionnels pensent qu'ils entravent directement le bon fonctionnement des organisations sanitaires privées (Figure 13).



Source : Schéma établi par nos soins.

Finalement, l'analyse des réponses à la question « Etes-vous d'accord qu'il existe deux types de médecins : un Eco-Médecin (Eco-Rationalité/Malveillant/Matérialiste) et un Sito-Médecin (Sito-Rationalité/Bienveillant/Humaniste) ? » a fait apparaître que la totalité des usagers et professionnels des organisations sanitaires publiques et privées sont parfaitement d'accord avec cette nouvelle typologie des médecins (Figure 14).



Source : Schéma établi par nos soins.

❖ **Résultats de l'Analyse de la typologie d'Acteur et les compétences clés de chaque type d'Acteur**

Les résultats obtenus de l'analyse organisationnelle ont démontré que la majorité des dysfonctionnements dont souffrent les organisations sanitaires marocaines étaient liés principalement aux pratiques managériales.

Nous avons donc complété l'analyse organisationnelle que nous avons effectuée par une Analyse de la typologie d'Acteur et les compétences clés de chaque type d'Acteur.

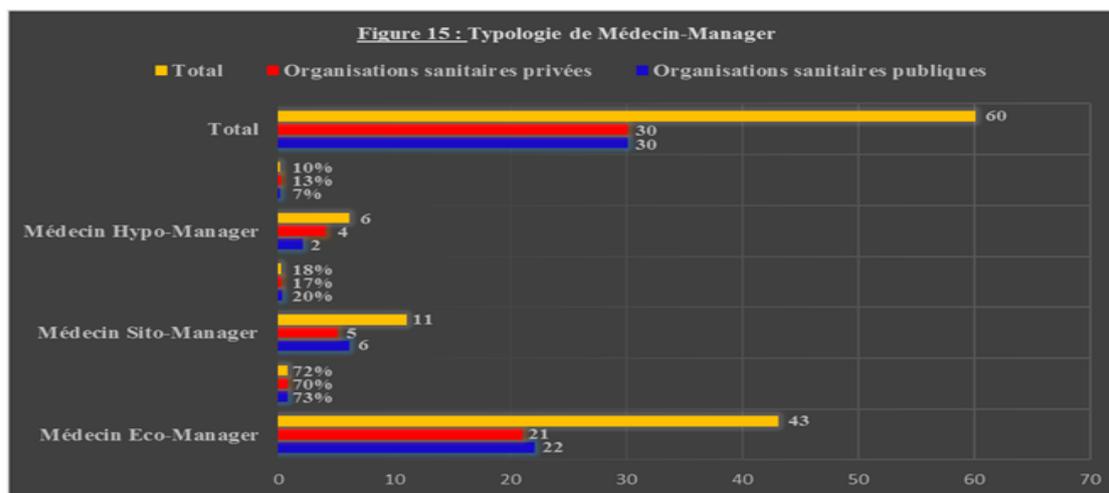
L'objectif de cette analyse est de dresser une nouvelle typologie de Médecins-Managers et de mettre l'accent sur les différentes compétences de chaque type de manager : Eco-Manager, Sito-Manager et Hypo-Manager.

Ainsi, afin de repérer les Médecins Sito-Managers des Médecins Eco-Managers et des Médecins Hypo-Managers, nous avons étudié un échantillon aléatoire de 60 Médecins-Managers dont 30 Médecins-Managers du secteur public (chefs de services) et 30 Médecins-Managers du secteur privé (managers de cabinets médicaux). Notre objectif était donc de choisir le type du Médecin-Manager selon la rationalité avec laquelle il agit concrètement.

En recoupant et en confrontant les résultats obtenus de la triangulation nous avons pu constater que les Médecins Sito-Managers constituent uniquement 18% (11 Médecins Sito-Managers) de l'échantillon total (60 Médecins-Managers). Par ailleurs, la majorité des Médecins-Managers soit 82% (49 Médecins-Managers) agissent selon une Rationalité purement Economique dont 72% de type Médecins Eco-Managers (n = 43) et 10% de type Médecins Hypo-Managers (n = 6).

En fait, au niveau des organisations sanitaires publiques, nous avons pu repérer 22 Médecins Eco-Managers (soit 73%) contre uniquement 6 Médecins Sito-Managers (soit 20%) et 2 Médecins Hypo-Managers (soit 7%).

De même, pour les organisations sanitaires privées, nous avons trouvé 21 Médecins Eco-Managers (soit 70%) contre uniquement 5 Médecins Sito-Managers (soit 17%) et 4 Médecins Hypo-Managers (soit 13%) (Figure 15).



Source : Schéma établi par nos soins.

Ensuite, afin d'approfondir notre étude nous avons effectué une analyse et une identification des compétences de chaque type de Médecin-Manager.

Cette analyse a été faite à partir de la grille d'analyse que nous avons développée et sur la base des résultats obtenus précédemment. Notre échantillon est composé de 35 Médecins-Managers :

❖ **Organisations sanitaires publiques :**

- 9 Médecins Eco-Managers ;
- 6 Médecins Sito-Managers ;
- 2 Médecins Hypo-Managers.

❖ **Organisations sanitaires privées :**

- 9 Médecins Eco-Managers ;
- 5 Médecins Sito-Managers ;
- 4 Médecins Hypo-Managers.

Ainsi, pour le choix du niveau de compétence (compétence peu développée/compétence acceptable/compétence marquée), nous avons choisi le niveau de compétence le plus fréquent chez les deux types de Médecins-Managers étudiés.

De même, nous avons constaté d'une part que les organisations sanitaires privées sont gérées de la même façon que les organisations sanitaires publiques et que le style de management des Médecins Managers (Eco-Managers, Sito-Managers et Hypo-Managers) des organisations sanitaires publiques est le même que celui des Médecins Managers (Eco-Managers, Sito-Managers et Hypo-Managers) des organisations sanitaires privées. Et d'autre part que les logiques d'action et les compétences des Médecins Hypo-Managers sont identiques à celles des Médecins Eco-Managers.

De ce fait, nous avons regroupé l'ensemble des résultats obtenus dans le tableau suivant (Tableau 11) :

| Tableau 11 : Les différentes Compétences des Médecins Eco-Managers, Hypo-Managers et Sito-Managers | | | | | | |
|--|---|-----------------------|--------------------|---------------------------|-----------------------|--------------------|
| | Médecin Eco-Manager Médecin Hypo-Manager | | | Médecin Sito-Manager | | |
| Type de Rationalité | Eco-Rationalité | | | Sito-Rationalité | | |
| Type d'Action | Eco-Action | | | Sito-Action | | |
| Compétences | Compétence peu développée | Compétence acceptable | Compétence marquée | Compétence peu développée | Compétence acceptable | Compétence marquée |
| Compétences personnelles | | | | | | |
| Conscience de soi | | * | | | | * |
| Aptitudes émotionnelles (appartenance/empathie /loyauté/honnêteté/bienveillance/ solidarité ...) | * | | | | | * |
| Confiance en soi | | * | | | | * |
| Maitrise de soi | | * | | | | * |
| Curiosité intellectuelle | | * | | | * | |
| Conscience professionnelle | * | | | | | * |
| Gestion du stress | | | * | * | | |
| Efficacité personnelle | | * | | | * | |
| Compétences managériales | | | | | | |
| Capacité d'analyse et de synthèse | | * | | | * | |
| Rigueur | * | | | | | * |
| Persévérance et Ténacité | | * | | | | * |
| Planification | | * | | | * | |
| Organisation du travail | | * | | | * | |
| Pouvoir | | | * | | * | |
| Autorité et Commandement | | | * | | * | |
| Négociation | | | * | | * | |
| Evaluation et Contrôle | | * | | | * | |
| Gestion de conflit | | * | | | * | |
| Action collective | * | | | | | * |
| Maitrise de l'information | | | * | | * | |
| Délégation et responsabilisation | | * | | | * | |
| Coordination | * | | | | | * |
| Coopération | * | | | | | * |
| Collaboration | * | | | | | * |
| Relations interpersonnelles | * | | | | | * |
| Relationnel | | * | | | | * |
| Réputation | * | | | | | * |
| Confiance et certitude | * | | | | | * |
| Compétences entrepreneuriales | | | | | | |
| Observateur actif | | * | | | * | |
| Talentueux et Polyvalent | | * | | | | * |
| Diversité et Interculturalisme | | * | | | | * |
| Leadership | | * | | | | * |
| Communication | | * | | | | * |
| Ecoute | * | | | | | * |
| Implication | * | | | | | * |
| Gestion du changement | | * | | | * | |
| Résistance au changement | | | * | | | * |
| Capacité à aborder les situations de crise avec calme et sans appréhension | | * | | | * | |
| Capacité d'absorption | | * | | | * | |
| Adaptabilité | | * | | | * | |
| Résolution de problème | | * | | | * | |
| Développement des personnes | * | | | | | * |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|---|
| (Savoir motiver) | | | | | | |
| Mobilisation et animation | * | | | | | * |
| Accompagnement | * | | | | | * |
| Innovation | * | | | | | * |
| Imaginatif | * | | | | | * |
| Perspicacité | * | | | | | * |
| Prise de risque | | * | | | | * |
| Goût pour les situations nouvelles et la mise en place de structures | | * | | | | * |
| Prise d'initiative | * | | | | | * |
| Responsable et socialement raisonnable | * | | | | | * |
| Dynamique sociale | * | | | | | * |
| Amélioration du bien-être et recherche d'intérêt général | * | | | | | * |
| Harmonisateur social | * | | | | | * |

Source : Tableau établi par nos soins.

Ainsi, nous constatons que les Médecins Sito-Managers sont des Sito-Managers Entrepreneurs Innovateurs qui font preuve d'un niveau de compétences personnelles, managériales et entrepreneuriales, plus marqué que celui des Médecins Eco-Managers et des Médecins Hypo-Managers.

En effet, le Médecin Sito-Manager est un leader en développement organisationnel, c'est un visionnaire qui conduit le changement indispensable à la pérennité de l'organisation. Grâce à son exemplarité, ses excellentes relations sociales, sa personnalité inspirante, et sa crédibilité professionnelle, il obtient la confiance des autres et se positionne en tant que stratège capable de fédérer et de mobiliser les énergies autour d'une action collective.

❖ Résultats de l'Analyse des Logiques d'Action des différents acteurs du Système-3AB sanitaire marocain

L'efficacité de l'action collective entre les différents Acteurs du Système-3AB repose principalement sur l'existence de la confiance.

Cependant, l'Analyse des logiques d'action des différents Médecins Managers du Système-3AB a démontré que les Médecins Eco-Managers et les Médecins Hypo-Managers maintiennent les autres Acteurs du Système-3AB dans des relations d'asymétrie d'information et dans des situations d'incertitudes afin d'atteindre leurs propres objectifs (maximiser leurs utilités et leurs profits).

Par ailleurs, notre étude a fait apparaître que les Médecins Sito-Managers sont des harmonisateurs sociaux qui se présentent comme des supports de confiance et des facteurs de sécurité collective facilitant l'action des acteurs au sein des structures de relations à travers la réduction de l'incertitude et le déclenchement des processus collectifs d'apprentissage.

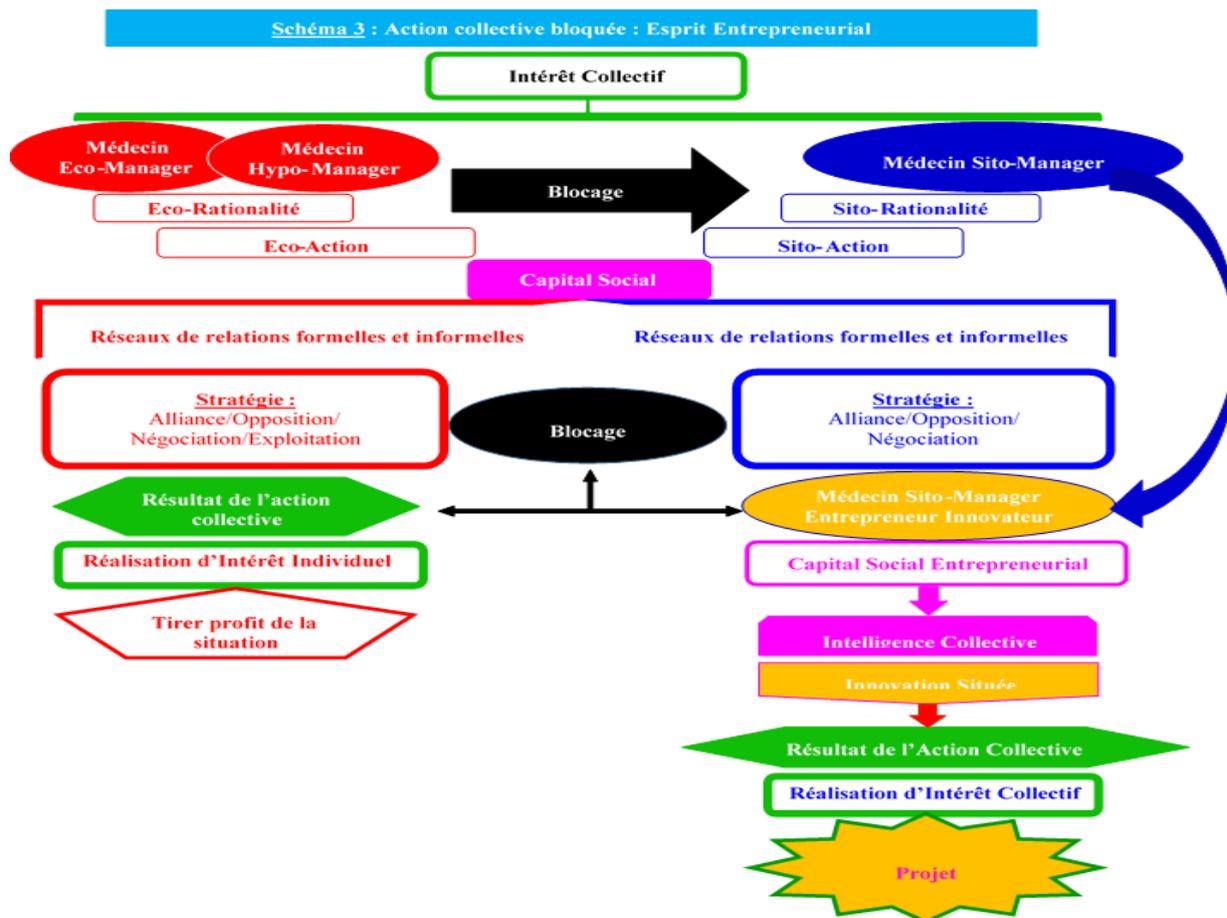
Ainsi, dans le tableau suivant (Tableau 12), nous présentons les différents types de relations et de stratégies fréquemment adoptées par les Médecins Managers lors d'une action collective avec les autres acteurs du Système-3AB. (L'Acteur dans ce système sanitaire peut être un : Médecins, Personnel paramédical, Personnel administratif, Internes et Résidents, Usagers...).

| Tableau 12 : Type de Relations et de Stratégies des Médecins Managers | | | | | | |
|---|--------------|--------------------------|-------------|------------------------|--------------|----------------------|
| | Sito-Acteurs | | Eco-Acteurs | | Hypo-Acteurs | |
| | Relation | Stratégie | Relation | Stratégie | Relation | Stratégie |
| Médecin Sito-Manager | Confiance | Alliance | Méfiance | Opposition Négociation | Confiance | Alliance |
| Médecin Eco-Manager | Méfiance | Exploitation Opposition | Méfiance | Alliance Négociation | Méfiance | Alliance Négociation |
| Médecin Hypo-Manager | Méfiance | Exploitation Négociation | Méfiance | Alliance Négociation | Méfiance | Alliance Négociation |

Source : Tableau établi par nos soins.

Dans cette perspective, le capital social, les normes, les valeurs partagées et la confiance facilitent la coordination et la coopération entre les Acteurs du Système-3AB, ainsi que l'émergence de nouveaux processus d'intelligence collective qui permettent aux différents acteurs de construire un comportement adapté et efficient face à des problèmes complexes et des situations où la prise de décision est très difficile.

Ainsi, nous présentons dans le schéma suivant la synthèse des résultats que nous avons obtenus sur les logiques d'action de chaque type de Médecins-Managers dans le cadre d'une action collective achevée (les objectifs sont atteints) (Schéma 2) :



Source : Schéma établi par nos soins.

Ainsi, sur l'ensemble des médecins enquêtés (300 médecins), et sur la base des différents résultats obtenus antérieurement nous avons choisi les deux meilleurs Médecins Sito-Managers Entrepreneurs Innovateurs des deux types d'organisations sanitaires publique et privée. Il s'agit donc du :

- ❖ **Docteur Jalal Kriem** : Médecin spécialiste en cardiologie à Témara ;
- ❖ **Professeur Jaafar Rhissassi** : Médecin spécialiste en chirurgie cardio-vasculaire infantile au CHU Ibn Sina de Rabat.

Ces deux Médecins Sito-Managers Entrepreneurs Innovateurs entretiennent des relations de confiance, d'estime et de profond respect avec les différents usagers et professionnels du système sanitaire. Ils ont fait preuve d'un niveau de compétences managériales acceptables et d'un niveau de compétences personnelles et entrepreneuriales très marquées.

En effet, l'analyse de leurs actions collectives a démontré qu'ils sont des **Sito-Entrepreneurs Innovateurs** qui ont des qualités humaines de grande valeur et qui font de l'innovation un atout majeur pour la réussite et le développement de leurs organisations.

Ainsi, en faisant de la satisfaction des usagers une priorité et un critère de qualité, ils ont pu améliorer leur offre sanitaire à travers le développement d'un solide capital social entrepreneurial.

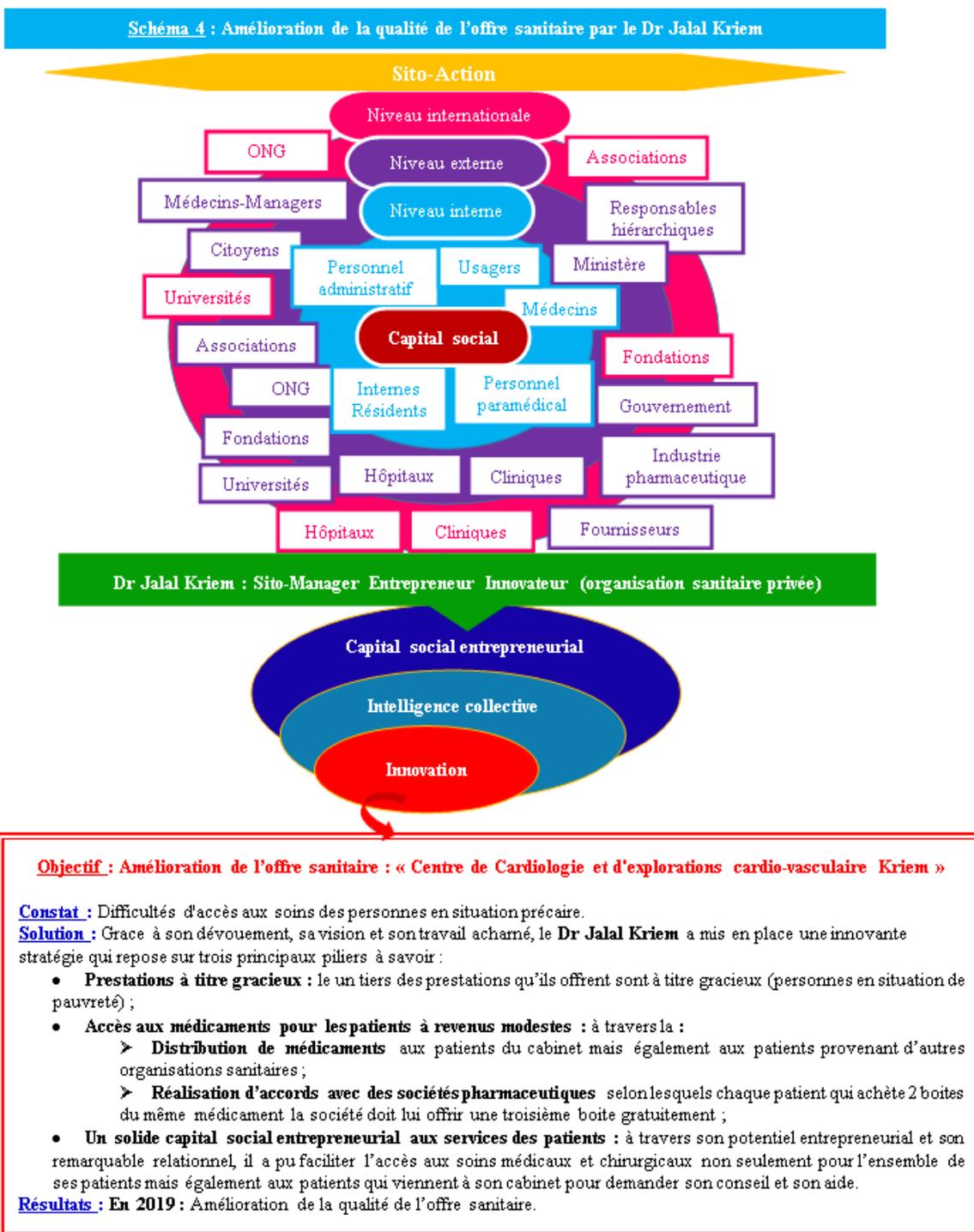
En effet, le **Dr Jalal Kriem** nous a dit que « Pour moi la réalisation du profit est secondaire, je ne veux pas doubler ou tripler mon chiffre d'affaire au détriment de mes valeurs humaines, je n'ai pas besoin d'être membre d'une association pour pouvoir aider les gens, je peux le faire ici dans mon propre cabinet ».

De même, le **Pr Jaafar Rhissassi** nous a dit que « Actuellement, le patient (enfant) a deux choix : soit mourir de sa cardiopathie, soit se faire traiter dans le secteur privé. L'absence d'un service de chirurgie cardiovasculaire pédiatrique est une véritable honte pour les hôpitaux publics marocains... Chaque jour quand je me réveille, j'ai la même pensée : je fais le meilleur métier au monde, je vais encore me battre pour tenter de réaliser mon rêve : un Centre de Cardiologie Pédiatrique ».

Grâce à leur forte **Résilience Entrepreneuriale**, ces deux médecins ont pu concrétiser leur vision ambitieuse et réaliser leurs aspirations en s'engageant dans un processus de changement et d'innovation qui

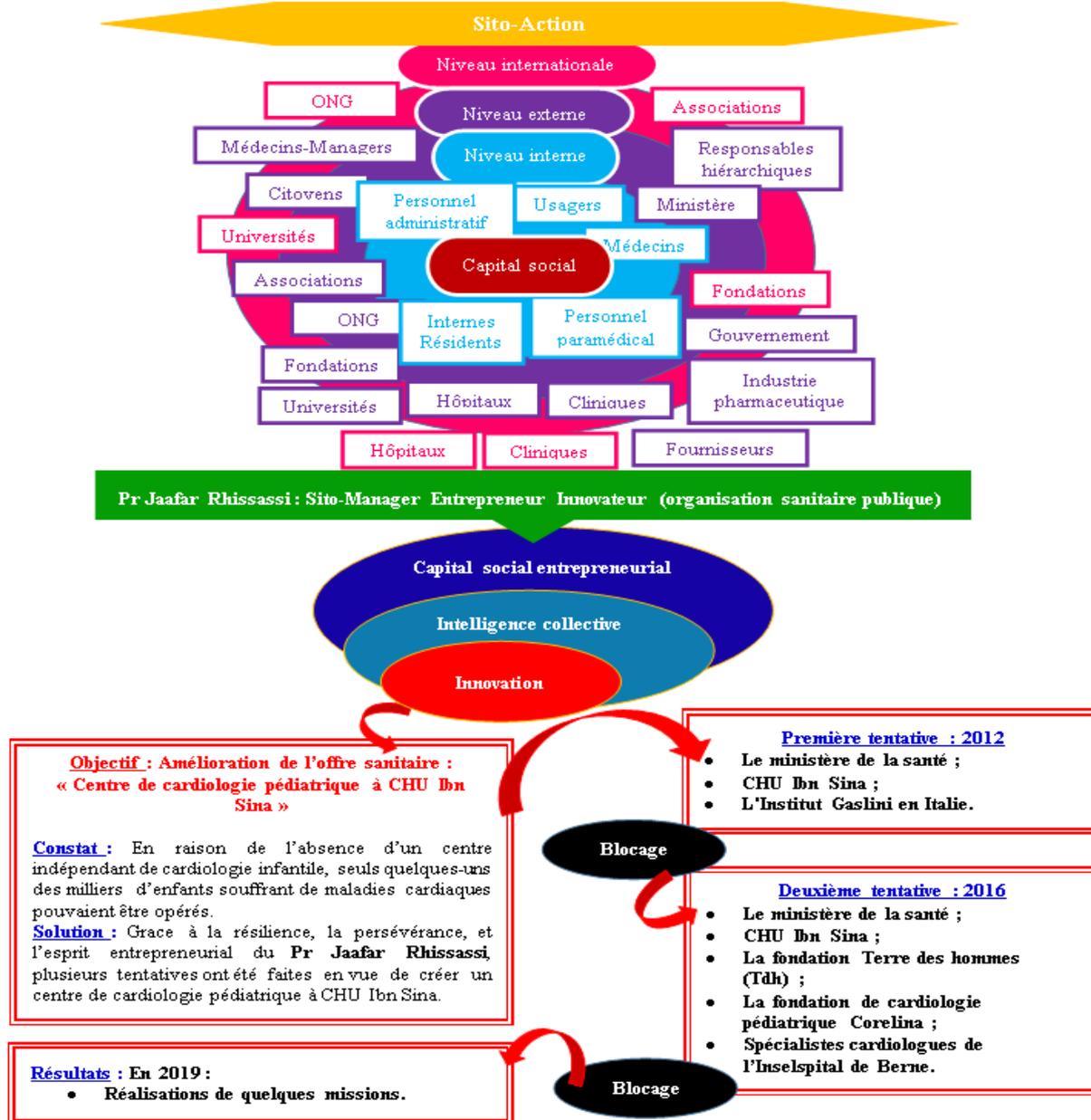
visent la réalisation d'un développement organisationnel, le soulagement de la souffrance des patients et l'amélioration de la qualité de l'offre sanitaire.

Ainsi, dans les deux schémas suivants nous résumons les différentes actions entreprises par nos Sito-Managers Entrepreneurs Innovateurs : **Dr Jalal Kriem** (Schéma 4) et **Pr Jaafar Rhissassi** (Schéma 5).



Source : Schéma établi par nos soins.

Schéma 5 : Amélioration de la qualité de l'offre sanitaire par le Pr Jaafar Rhissassi



IV. Discussion

Notre étude a permis de montrer que le développement du secteur sanitaire est tributaire principalement de la valorisation du capital humain.

En effet, dans cette étude nous avons exploré de manière originale la question du **capital humain** en réalisant une Sito-Analyse du Système-3AB sanitaire marocain. Nous avons donc réalisé conjointement une Analyse générale de la situation du système sanitaire marocain, une Analyse de la typologie des Médecins-Managers et leurs Compétences clés et une Analyse des logiques d'action des Médecins-Managers. Ainsi, il en ressort que la grande majorité des usagers et professionnels des organisations sanitaires publiques et privées étaient insatisfaits de la situation actuelle du secteur et estiment que le facteur humain est à l'origine de la défaillance du système sanitaire marocain.

Ils jugent négativement la relation entre usagers, professionnels et responsables chargés de la promotion du secteur, ils parlent même de l'existence d'une crise de confiance et de légitimité.

Dans cette perspective, les organisations sanitaires publiques et privées souffrent d'une panoplie de dysfonctionnements dont la majorité sont liés principalement aux pratiques managériales.

Ainsi, nous avons pu dresser une nouvelle typologie de managers en se basant sur le type de rationalité avec laquelle ils agissent concrètement.

Nous avons donc constaté que la majorité des Médecins-Managers sont de type **Eco-Acteurs** et **Hypo-Acteurs** qui privilégient l'**Eco-Action**. Ce sont des individualistes, matérialistes et opportunistes qui poursuivent leurs propres objectifs au détriment des usagers, des professionnels et même de l'organisation sanitaire. Ainsi, ils génèrent de l'inefficacité organisationnelle et provoquent la défaillance du système sanitaire dans son ensemble.

Par ailleurs, les Médecins-Managers de type **Sito-Acteurs**, qui privilégient la **Sito-Action**, constituent une minorité. Ce sont des **Sito-Entrepreneurs Innovateurs** qui font preuve d'un niveau de compétences (personnelles, managériales et entrepreneuriales) plus marqué que celui des Médecins Eco-Managers et Hypo-Managers. En effet, le Médecin Sito-Manager est un leader en développement organisationnel, c'est un visionnaire qui conduit le changement indispensable à la pérennité de l'organisation. Grâce à son exemplarité, ses excellentes relations sociales, sa personnalité inspirante, et sa crédibilité professionnelle, il obtient la confiance des autres et se positionne en tant que stratège capable de fédérer et de mobiliser les énergies autour d'une action collective.

Les objectifs des Médecins Sito-Managers se fondent sur la réalisation de l'intérêt général et l'amélioration du bien-être collectif. Par ailleurs, lors d'une action collective, le conflit entre les trois types d'acteurs est très fort. Les Médecins Sito-Managers sont toujours frustrés et bloqués par les Médecins Eco-Managers et les Médecins Hypo-Managers qui cherchent leurs propres intérêts et qui voient dans l'action des Médecins Sito-Managers un réel danger.

Ainsi, et malgré les différentes difficultés qu'ils rencontrent, les Médecins Sito-Managers sont des harmonisateurs sociaux et des supports de confiance qui s'engagent dans des processus de changement et d'innovation qui visent le soulagement de la souffrance des patients et l'amélioration de la qualité de l'offre sanitaire, même au détriment de leur vie personnelle. C'est donc grâce à eux que notre système sanitaire fonctionne encore.

Dans cette perspective, la défaillance du système sanitaire s'explique en grande partie par une « **Crise de Capital Humain** ».

La qualité et l'importance de l'évolution et du maintien du capital humain s'impose de manière déterminante dans l'explication des dynamiques de développement.

La crise du capital humain au Maroc est la résultante de la défaillance de deux systèmes aussi importants que le système sanitaire à savoir : l'Éducation morale et la Formation.

La famille et l'école ont une responsabilité particulière dans la formation de l'enfant en tant que personne et futur citoyen. Ils ont pour principal mission le développement de la conscience et le sentiment d'appartenance chez l'enfant.

L'Éducation morale renvoie donc à la transmission des valeurs et principes fondamentaux nécessaires à la participation active des enfants (futur citoyen) à l'amélioration de la vie commune. Le futur citoyen doit être capable d'accepter les différences, d'être responsable envers autrui, d'être capable de coopérer et de se sentir membre d'une collectivité tout en différenciant son intérêt particulier de l'intérêt général.

Cependant, nous constatons aujourd'hui que nous vivons dans une « **société de défiance** » marquée par une « **crise des valeurs** » et de leur transmission. En effet, la famille et l'école ne jouent plus leur rôle dans la création et le développement d'une génération éduquée et apprenante.

L'absence de la culture de l'engagement et le sens de la responsabilité par rapport aux autres développe l'esprit individualiste et matérialiste chez les individus. C'est pourquoi les valeurs humaines sont délaissées de plus en plus dans nos organisations publiques et privées.

De même, cette crise des valeurs est aggravée par l'incompétence de nos managers, qui est due principalement à l'inadéquation des formations dispensées dans les cursus universitaires aux besoins des organisations publiques et privées.

En effet, **la formation** qui est considérée comme un investissement que l'individu doit effectuer afin de se construire (l'accumulation de connaissances générales et spécifiques, de qualifications et de compétences) et un moyen essentiel pour l'innovation et l'amélioration de la performance des organisations, devient donc un obstacle croissant à la réalisation des objectifs fixés par les différents Sito-Managers.

La crise de l'éducation morale et l'incompétence managériale sont donc la cause principale de la défaillance du système sanitaire marocain. L'absence d'un « **Centre de Cardiologie Pédiatrique à CHU Ibn Sina** » en témoigne cette réalité.

La valorisation du capital humain devient donc une nécessité urgente en raison de sa relation positive avec les processus de développement et son impact favorable sur l'amélioration du bien-être des individus.

En effet, différentes actions peuvent être mises en œuvre pour valoriser le capital humain, en tête desquelles se trouvent : *l'enseignement moral et civique, la formation professionnelle et la reconnaissance de la compétence professionnelle.*

Cependant, la reconnaissance de la compétence professionnelle est quasiment absente dans notre pays. Cet aspect est une des principales limites de notre étude. En effet, nous avons rencontré des médecins très compétents et qui méritent d'être managers, mais cette opportunité ne leur a pas encore été offerte puisque ce ne sont pas les plus compétents qui sont promus. Ce faisant, nous étions obligés d'étudier uniquement les médecins responsables chefs de services, même si ces derniers sont incompétents et ne méritent pas leurs postes de responsabilités.

Finalement, la reconnaissance de la compétence professionnelle n'est pas uniquement une limite pour notre étude mais constitue également un obstacle majeur au développement de notre pays.

V. Conclusion

Dès son intronisation, le 30 juillet 1999, **SM le Roi Mohammed VI** a affiché sa volonté de construire un nouveau Maroc en mettant en œuvre plusieurs réformes : Code du travail, Code de la famille, Instance Équité et Réconciliation (I.E.R.), l'Initiative nationale pour le développement humain, Réforme de la Constitution en 2011 (dans le contexte du « printemps arabe »), Réforme de l'Éducation et de la Formation (Plan national relatif à la généralisation de l'enseignement préscolaire), Réforme de la Santé (RAMED)...

En effet, l'objectif de ces différents projets était d'améliorer les conditions de vie des populations démunies en leur offrant accès aux services et infrastructures de base : éducation, santé, activités génératrices de revenus, routes, eau, électricité, etc.

En revanche, malgré tous les efforts consentis et les réformes successives, qui témoignent la volonté de **SM le Roi Mohammed VI** de moderniser le royaume du Maroc, le développement économique, social et humain du pays accuse toujours un retard flagrant.

En effet, les différentes recherches sur le terrain que nous avons menées, dans le cadre de nos études, au cours de ces dix dernières années, nous ont permis d'être très proche des responsables et des citoyens. Ainsi, nous avons pu comprendre que *l'informalité du monde formel est la cause principale de la situation actuelle de notre pays et que toute réforme qui ne repose pas sur un respect total de la formalité du monde informel est vouée à l'échec et n'apportera que davantage de revendications et voire même une perte progressive de confiance.*

Finalement, dans toute organisation humaine il existe toujours des **Sito-Acteurs** compétents, dévoués et passionnés par l'amélioration du bien-être collectif. Cependant, ces acteurs de l'ombre qui disposent d'un **leadership individuel** exceptionnel doivent franchir une étape additionnelle par le développement d'un **leadership collectif** dans le cadre d'un **agir projectif**, afin d'assurer le **développement humainement soutenable** de notre pays.

Référence

- [1]. Hassan ZAOUAL, « Du rôle des croyances dans le développement économique », Thèse de doctorat d'état, Université de Lille 1, mars 1996. Publiée sous le même titre aux éditions l'Harmattan, 2002.

Remerciements

Nous témoignons toute notre gratitude et notre reconnaissance à tous les citoyens marocains, pour l'aide précieuse et inestimable qu'ils nous ont apporté à la réalisation de cette étude. A nos **Sito-Professeurs Kaoutar El Menzhi et Khalid Belkhoutout**, et à tous les **Sito-Acteurs** du Maroc, vous êtes la fierté de notre pays et nous vous témoignons notre vive reconnaissance.

Sadika Lamaalam. "Sito-Analyse Des Systèmes-3AB : Cas Du Système Sanitaire Marocain." IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS), vol. 18, no. 5, 2019, pp 25-51.