



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2024

Thèse N°176

**Généralisation de la couverture médicale : Contrainte de
mise en place au CHU Mohammed VI
(Résistance au changement)**

THESE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 01/07/2024

PAR :

Mlle. EL HORRE WIAM

Née le 02 Février 1999 à MARRAKECH

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES

Couverture médicale- Résistance - Changement- Généralisation - Contrainte

JURY

Mr. R. BENELKHAÏAT

Professeur de Chirurgie Viscérale

Président

Mme. N. MANSOURI HATTAB

Professeur de Chirurgie Maxillo-Faciale

Mr. M. EL BOUIHI

Professeur de Chirurgie Maxillo-Faciale

Rapporteurs

Mme. F. MANOUDI

Professeur de Psychiatrie

Juge



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

{ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ
الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ
وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ
لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ
وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ }

سورة الأختاف

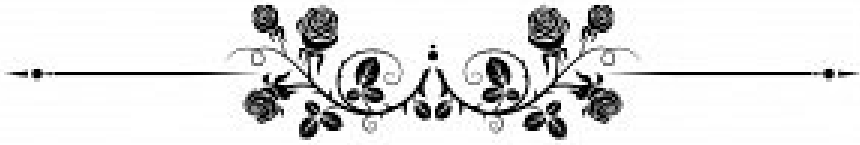


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ



Serment d'Hippocrate

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

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

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

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

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

Les médecins seront mes frères.

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

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

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

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



LISTE DES PROFESSEURS



**UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH**

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyenne à la Recherche et la Coopératio

: Pr. Hanane RAISS

Vice doyenne aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Ghizlane DRAISS

Vice doyen chargé de la Pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGU

LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL ENSEIGNANTS CHERCHEURS PERMANANT

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie

13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
28	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
29	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
30	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
31	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
34	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
35	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
36	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
37	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique

38	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
40	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
43	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
44	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
45	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
46	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
47	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
48	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
49	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
50	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
51	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
52	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
53	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
54	KHOUCANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
55	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
56	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
57	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
58	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
59	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
60	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
61	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophtalmologie
62	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique

63	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation
64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
65	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
66	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
67	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
68	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
69	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
73	LAKMICH Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
74	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
75	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
76	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
77	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
78	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
80	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
81	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
82	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
83	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
84	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
85	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
86	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
87	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie

88	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
89	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie
90	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
91	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
92	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
93	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
94	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
95	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
96	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
97	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
98	BOURRAHOUE Aicha	P.E.S	Pédiatrie
99	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
100	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
101	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
102	TAZI Mohamed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
103	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
104	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
105	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
106	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
107	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
108	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
109	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
110	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
111	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
112	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie

113	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
114	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
115	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
116	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
117	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
118	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
119	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
120	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
121	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
122	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
123	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
124	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
125	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
126	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
127	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
128	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
129	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
130	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
131	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
132	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embyologie cytogénétique
133	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
134	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
135	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
136	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
137	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)

138	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
139	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie–embyologie cytogénétique
140	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie–virologie
141	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie–réanimation
142	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
143	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
144	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
145	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
146	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
147	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
148	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
149	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
150	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
151	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
152	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
153	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie–orthopédie
154	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
155	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
156	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie–réanimation
157	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
158	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio–vasculaire
159	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
160	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio–vasculaire
161	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie

162	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
163	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophtalmologie
164	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
165	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie
166	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-patologique
167	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
168	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie

169	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
170	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
171	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
172	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
173	GEBRATI Lhoucine	Pr Hab	Chimie
174	FDIL Naima	Pr Hab	Chimie de coordination bio-organique
175	LOQMAN Souad	Pr Hab	Microbiologie et toxicologie environnementale
176	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
177	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
178	MILOUDI Mouhcine	Pr Ag	Microbiologie-virologie
179	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
180	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
181	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
182	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
183	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
184	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
185	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
186	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie

187	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
188	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
189	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
190	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
191	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
192	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
193	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
194	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
195	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
196	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
197	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
198	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
199	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
200	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
201	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
202	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
203	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
204	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
205	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
206	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
207	EL-QADIRY Rabiyy	Pr Ass	Pédiatrie
208	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
209	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
210	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
211	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique

212	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
213	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
214	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
215	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
216	EL KHASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
217	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
218	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
219	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
220	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
221	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
222	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
223	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organnique
224	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
225	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
226	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
227	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
228	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
229	FASSI FIHRI Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
230	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
231	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
232	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
233	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
234	YAHYAOUUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
235	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
236	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie

237	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
238	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
239	SBAI Asma	Pr Ass	Informatique
240	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
241	CHEGGOUR Mouna	Pr Ass	Biochimie
242	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
243	ZOUITA Btissam	Pr Ass	Radiologie
244	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
245	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
246	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie
247	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
248	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
249	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
250	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
251	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
252	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
253	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
254	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
255	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
256	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
257	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
258	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
259	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
260	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
261	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie

262	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
263	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
264	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
265	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
266	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
267	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
268	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
269	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
270	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale
271	AHMANNA Hussein-choukri	Pr Ass	Radiologie
272	AIT M'BAREK Yassine	Pr Ass	Neurochirurgie
273	ELMASRIOUI Joumana	Pr Ass	Physiologie
274	FOURA Salma	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
275	LASRI Najat	Pr Ass	Hématologie clinique
276	BOUKTIB Youssef	Pr Ass	Radiologie
277	MOUROUTH Hanane	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
278	BOUZID Fatima zahrae	Pr Ass	Génétique
279	MRHAR Soumia	Pr Ass	Pédiatrie
280	QUIDDI Wafa	Pr Ass	Hématologie
281	BEN HOUMICH Taoufik	Pr Ass	Microbiologie-virologie
282	FETOUI Imane	Pr Ass	Pédiatrie
283	FATH EL KHIR Yassine	Pr Ass	Traumato-orthopédie
284	NASSIRI Mohamed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
285	AIT-DRISS Wiam	Pr Ass	Maladies infectieuses
286	AIT YAHYA Abdelkarim	Pr Ass	Cardiologie

287	DIANI Abdelwahed	Pr Ass	Radiologie
288	AIT BELAID Wafae	Pr Ass	Chirurgie générale
289	ZTATI Mohamed	Pr Ass	Cardiologie
290	HAMOUCHE Nabil	Pr Ass	Néphrologie
291	ELMARDOULI Mouhcine	Pr Ass	Chirurgie Cardio-vasculaire
292	BENNIS Lamiae	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
293	BENDAOUH Layla	Pr Ass	Dermatologie
294	HABBAB Adil	Pr Ass	Chirurgie générale
295	CHATAR Achraf	Pr Ass	Urologie
296	OUMGHAR Nezha	Pr Ass	Biophysique
297	HOUMAID Hanane	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
298	YOUSFI Jaouad	Pr Ass	Gériatrie
299	NACIR Oussama	Pr Ass	Gastro-entérologie
300	BABACHEIKH Safia	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
301	ABDOURAFIQ Hasna	Pr Ass	Anatomie
302	TAMOUR Hicham	Pr Ass	Anatomie
303	IRAQI HOUSSAINI Kawtar	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
304	EL FAHIRI Fatima Zahrae	Pr Ass	Psychiatrie
305	BOUKIND Samira	Pr Ass	Anatomie
306	LOUKHNATI Mehdi	Pr Ass	Hématologie clinique
307	ZAHROU Farid	Pr Ass	Neurochirurgie
308	MAAROUFI Fathillah Elkarim	Pr Ass	Chirurgie générale
309	EL MOUSSAOUI Soufiane	Pr Ass	Pédiatrie
310	BARKICHE Samir	Pr Ass	Radiothérapie
311	ABI EL AALA Khalid	Pr Ass	Pédiatrie

312	AFANI Leila	Pr Ass	Oncologie médicale
313	EL MOULOUA Ahmed	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
314	LAGRINE Mariam	Pr Ass	Pédiatrie
315	OULGHOUL Omar	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
316	AMOCH Abdelaziz	Pr Ass	Urologie
317	ZAHLAN Safaa	Pr Ass	Neurologie
318	EL MAHFOUDI Aziz	Pr Ass	Gynécologie-obstétrique
319	CHEHBOUNI Mohamed	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
320	LAIRANI Fatima ezzahra	Pr Ass	Gastro-entérologie
321	SAADI Khadija	Pr Ass	Pédiatrie
322	DAFIR Kenza	Pr Ass	Génétique
323	CHERKAOUI RHAZOUANI Oussama	Pr Ass	Neurologie
324	ABAINOU Lahoussaine	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
325	BENCHANNA Rachid	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
326	TITOU Hicham	Pr Ass	Dermatologie
327	EL GHOUL Naoufal	Pr Ass	Traumato-orthopédie
328	BAHI Mohammed	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
329	RAITEB Mohammed	Pr Ass	Maladies infectieuses
330	DREF Maria	Pr Ass	Anatomie pathologique
331	ENNACIRI Zainab	Pr Ass	Psychiatrie
332	BOUSSAIDANE Mohammed	Pr Ass	Traumato-orthopédie
333	JENDOUI Omar	Pr Ass	Urologie
334	MANSOURI Maria	Pr Ass	Génétique
335	ERRIFAIY Hayate	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
336	BOUKOUB Naila	Pr Ass	Anesthésie-réanimation

337	OUACHAOU Jamal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
338	EL FARGANI Rania	Pr Ass	Maladies infectieuses
339	IJIM Mohamed	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
340	AKANOUR Adil	Pr Ass	Psychiatrie
341	ELHANAFI Fatima Ezzohra	Pr Ass	Pédiatrie
342	MERBOUH Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
343	BOUROUMANE Mohamed Rida	Pr Ass	Anatomie
344	IJDDA Sara	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques

LISTE ARRETEE LE 09/01/2024



DÉDICACES

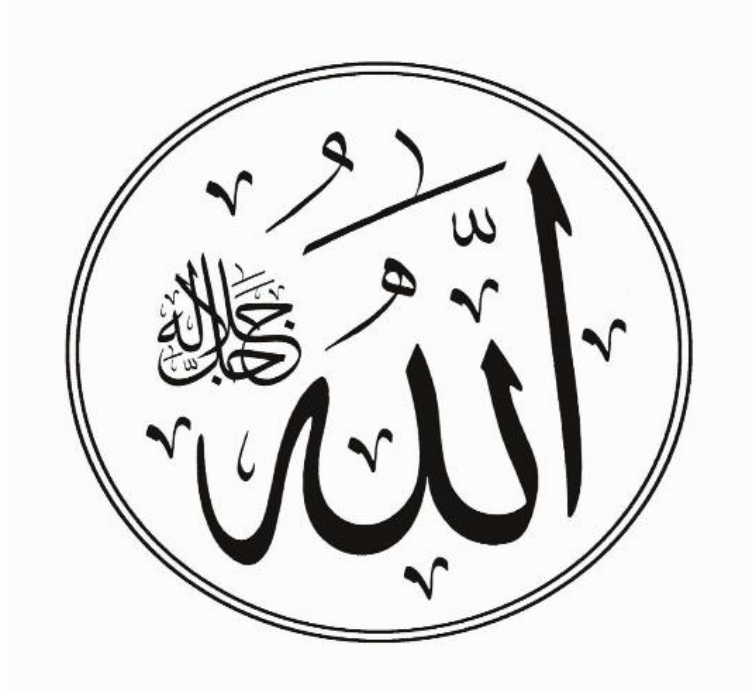


*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...
Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude,
Mon amour, mon respect, et ma reconnaissance...
Aussi, c'est tout simplement que...*



Je dédie cette thèse à...

C'est avec amour, respect et gratitude que je dédie cette thèse à :



Louange à ALLAH tout puissant, Qui m'a permis de voir ce jour, qui m'a aidé et qui m'a donné la force, le courage et la patience.

Je vous dois ce que j'étais, ce que je suis et ce que je serais.

Louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.

(قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ) [البقرة: 32]

*À mes merveilleux parents, Les êtres Les plus chers,
Que ce modeste travail, qui est avant tout le vôtre, soit l'expression des vœux
que vous n'avez cessé de formuler dans vos prières.*

*À ma très chère et adorable mère,
JAMILA DIA EDDINE*

*À la plus douce et merveilleuse des mamans, celle qui m'a tout donné sans
compter.*

*Tous les mots du monde ne suffiront jamais à exprimer ce que je ressens pour
toi. Tu es une mère exceptionnelle dont je suis fière d'être la fille, et avec qui je
me sens toujours guidée, soutenue et aimée.*

*Tu n'as jamais cessé de m'encourager et de m'inspirer. Ton amour, ta générosité,
ton éducation exemplaire et ta présence constante ont façonné la personne
que je suis aujourd'hui. Je t'en suis infiniment reconnaissante.*

*Que Dieu, le plus puissant, te protège, te procure santé, bonheur et longue vie.
Je vous dédie ce travail en témoignage de mon profond amour.*

« Je t'aime, Maman »

*A mon très cher père :
ABDELLATIF EL HORRE*

*À celui qui m'a soutenu toute ma vie, à celui à qui je dois ce que je suis.
Chaque étape de mon parcours a été marquée par ta présence bienveillante et
tes encouragements inébranlables. Tes conseils avisés et ta sagesse m'ont guidé
sur le chemin de la médecine, et c'est avec une profonde joie que je partage
cette réussite avec toi.*

*Tu as toujours été ma principale source de motivation, le moteur de mes ambi-
tions. Je te serai éternellement reconnaissante, cher papa, pour tous tes sacri-
fices.*

*Que Dieu, le plus puissant, te protège, te procure santé, bonheur et longue vie.
Avec un immense amour et respect, je te dédie ce travail.*

« Je t'aime, Papa. »

*À mon cher frère,
Moncef EL HORRE,*

A mon meilleur ami, à tous nos éclats de rires et tous nos souvenirs.

Tu es un frère au grand cœur, attentionné et courageux.

À travers les méandres de cette aventure académique, tu as été ma source de lumière, ma boussole dans l'obscurité des doutes, et ma motivation constante. J'implore Dieu de te préserver, te procurer le bonheur, la réussite et t'aider à réaliser tes rêves.

Je suis fière de toi et je te souhaite tout le bonheur du monde, le succès et l'amour.

Je te dédie ce travail en témoignage de ma profonde affection, en souvenir de notre indéfectible union.

Sache bien que je serai toujours là pour toi.

« Je t'aime, MON »

*A ma chère sœur,
Dr WISSAL EL HORRE*

À la plus belle, et la plus merveilleuse grande sœur,

Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour envers toi. Ton soutien inconditionnel m'a donné la force et la motivation nécessaires pour aller de l'avant, même lorsque les obstacles semblaient insurmontables. Chaque jour, tu es une source inépuisable d'inspiration, m'encourageant à évoluer constamment. Puisse l'amour et la fraternité nous unir à jamais.

Je te souhaite une vie pleine de sérénité, de succès, chère docteur, et tout le bonheur du monde.

Et je te dédie ces pages en témoignage de ma profonde gratitude et en reconnaissance de tout ce que tu as apporté à ma vie.

« Je t'aime, WIS »

*A ma chère sœur,
WIJDANE EL HORRE
Et son mari : KHALID RAFIK*

À la plus douce grande sœur, ma seconde mère, mon guide de vie, et celle qui trace le chemin avant moi.

En cherchant des mots pour m'exprimer, je me sens chargé de mémoire, de rires et d'aventures au fil des années.

Merci d'être une sœur aussi exceptionnelle. Chaque éclat de rire partagé et chaque souvenir précieux du bon vieux temps me remplissent de joie, de bonheur et de gratitude.

Merci de m'avoir encouragé tout au long de mon parcours et d'avoir toujours cru en moi, même lorsque j'avais des doutes sur mes propres capacités.

« Je t'aime, WIJ »

Je tiens également à exprimer ma gratitude envers Khalid Rafik, ton merveilleux mari, qui m'a apporté un soutien important. Je suis reconnaissante pour sa générosité et son encouragement.

Que Allah veille sur vous deux, vous protège de tout mal, et comble vos vies de santé et de bonheur.

Avec tout mon amour et ma reconnaissance infinie, à vous, je dédie cette thèse.

*A mes chers neveux,
ILYAS RAFIK, ADAM RAFIK*

Vous êtes une source infinie de joie et d'inspiration dans ma vie.

Vous apportez tant de bonheur à notre famille. Vos sourires illuminent nos journées et votre innocence réchauffe nos cœurs. Vous êtes des trésors précieux, et je suis tellement fière d'être votre tante.

Que vos vies soient inondées de bonheur, de santé et de réussite. Que tous vos rêves les plus précieux se réalisent et que vous grandissiez avec sagesse et amour.

Je vous dédie cette thèse en témoignage de ma profonde affection et de ma gratitude pour toute la joie que vous apportez dans nos vies.

« ILY, ADAM, Je vous aime plus que les mots ne puissent l'exprimer »

*A ma chère meilleure amie,
Dr OUMAIMA OULOUGOUM,
Et sa famille :*

Si, il y a 14 ans, on m'avait demandé si nous serions là aujourd'hui, ensemble, à célébrer notre soutenance de doctorat en médecine, j'aurais sans doute souri devant ce beau rêve.

Et voilà, "HERE WE ARE", rien n'a changé, nous sommes toujours les mêmes étudiantes ambitieuses du collège, assises côte à côte sur une table en bois en 2011, rêvant de l'avenir.

Chère Dr. Oum, tu as été ma confidente, ma complice tout au long de cette aventure. Je me sens heureuse et chanceuse d'avoir une sœur de cœur comme toi. Je te remercie en cette merveilleuse journée, pour ton encouragement, ta motivation et ton énergie positive.

Tu m'inspires, un peu plus chaque jour.

À nos rêves, à nos souvenirs, aux rires et aux pleurs, et aux années à venir. Je te dédie ma thèse en signe d'admiration pour l'être presque parfait que tu es.

« Je t'aime, OUM »

*A mes très chères amies, le plus beau cadeau que la FMPM m'a offert :
Dr IMANE EL HARRADI, Dr MERIEM EL GAZZAR, Dr KHAOULA EL
HARCHI, Dr FATIMA ZAHRA EL IDRISSE*

Ladies and doctors,

Aux longues gardes que nous avons passées ensemble, à nos rires incontrôlables, à la joie partagée et à votre soutien inconditionnel.

Ce parcours, avec ses hauts et ses bas, m'a offert votre amitié précieuse et m'a permis de connaître ces âmes douces, courageuses, ambitieuses.

Je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de réussite, et je vous remercie énormément pour tous les moments formidables que nous avons partagés. Je vous dédie ce travail en reconnaissance de la grande affection que vous me témoignez, et pour vous exprimer toute la gratitude et l'amour que je vous porte.

« Ladies, je vous aime »

À mes chères amis et collègues de la FMPPM :

HAJAR EL HILALI, KHAOULA EL HOUNI, HAFSA EL BOUAMI, NOUR-REDDINE EL GOUDALI, EL BAGAR HAJAR, CHAIMAA ELARGANE,

Ce parcours académique n'aurait pas été le même sans votre présence et votre soutien constants. Chaque jour passé ensemble, à travailler côte à côte, à partager nos idées et nos défis, a été une source d'inspiration et de motivation.

Je vous suis profondément reconnaissante.

Que cette dédicace témoigne de mon immense gratitude envers vous tous.

« MERCI ! »

À mes chers professeurs de la faculté de Médecine et de pharmacie de Marrakech UCA.

À toutes mes enseignantes et enseignants tout au long de mes études.

À tous ceux qu'ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Et Enfin, à moi-même, à toi WIAM, tu mérites.



REMERCIEMENTS



À notre maître et président de thèse : Professeur BENEKHAJAT, Professeur de l'enseignant supérieur et chef de service de Chirurgie viscérale à l'hôpital IBN-TOFAIL de Marrakech,

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant aimablement de présider ce prestigieux jury de thèse. Je vous remercie sincèrement pour la confiance que vous m'avez accordée. J'ai eu la chance de travailler sous votre direction et de bénéficier de l'étendue de votre savoir. Vos remarquables qualités humaines et professionnelles ont toujours suscité ma profonde admiration. Veuillez accepter, cher Maître, l'expression de mes remerciements, de ma reconnaissance et l'assurance de mes sentiments respectueux.

À mon maître et rapporteur de thèse Professeur EL BOUJHI, Professeur de chirurgie maxillo-faciale à l'hôpital IBN-TOFAIL de Marrakech,

Vous m'avez fait un immense honneur et un grand privilège en acceptant avec gentillesse et spontanéité, de diriger et d'encadrer mon travail. Je tiens à exprimer ma sincère gratitude pour votre disponibilité, votre sympathie et votre bienveillance.

Je vous remercie chaleureusement pour votre guidance, vos conseils et le temps précieux que vous m'avez accordé. Votre patience, votre disponibilité, vos encouragements et vos conseils ont été essentiels dans la réalisation de ce travail. Votre compétence, dynamisme et rigueur ont suscité en moi une grande admiration et un profond respect.

Veuillez accepter, cher Maître, l'expression de mon estime, ma sincère reconnaissance et ma profonde gratitude.

À mon maître et rapporteur de thèse Professeur MANSOURI, Professeur de l'enseignant supérieur et chef de service de chirurgie maxillo-faciale à l'hôpital IBN-TOFAIL de Marrakech,

Je suis profondément reconnaissante d'avoir eu la chance de travailler sous votre direction.

Je tiens à vous adresser mes sincères remerciements pour votre précieuse guidance et votre soutien tout au long de ma thèse. Votre expertise, votre dévouement et votre bienveillance ont été des éléments essentiels à la réussite de ce travail.

Votre accompagnement attentif, votre présence et votre disponibilité ont suscité en moi une grande admiration.

En espérant avoir été à la hauteur de vos attentes, veuillez accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À mon maître et juge de thèse Professeur Fatiha MANOUDI, Professeur
de Psychiatrie et chef de service de psychiatrie au CHU Mohammed VI
de Marrakech,

Directrice de l'hôpital Ibn Nafis,

Je tiens à exprimer ma sincère reconnaissance pour avoir accepté de faire partie du jury de ma thèse. Votre expertise a grandement enrichi la qualité de l'évaluation.

Tout au long de notre cursus en médecine, vous nous avez transmis la richesse de la clinique psychiatrique.

Veillez recevoir ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A MA FACULTÉ, LA FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE MARRAKECH,

A MONSIEUR LE DOYEN PROFESSEUR BOUSKRAOUI MOHAMED,
A TOUS LES ENSEIGNANTS DE LA FMPM

Avec toute ma reconnaissance et ma plus haute considération.



LISTE DES TABLEAUX & FIGURES



Liste des tableaux :

- **Tableau 1** : Répartition des participants selon l'âge et le profil.
- **Tableau 2** : Répartition des participants selon le profil et l'ancienneté d'exercice.
- **Tableau 3** : Perspectives des participants sur les avantages de la généralisation de la couverture médicale.
- **Tableau 4** : Les principales raisons du changement selon l'avis des participants.
- **Tableau 5** : Les contraintes d'ancrage du nouveau système de la couverture médicale.
- **Tableau 6** : Corrélation entre le genre et la résistance au changement.
- **Tableau 7** : Corrélation entre l'âge et la résistance au changement.
- **Tableau 8** : Corrélation entre le profil et la résistance au changement.
- **Tableau 9** : Corrélation entre l'ancienneté et la résistance au changement.
- **Tableau 10** : Corrélation entre le niveau de connaissance du changement et la résistance.
- **Tableau 11** : Corrélation entre le temps consacré aux procédures administratives et la résistance au changement
- **Tableau 12** : Corrélation entre la satisfaction des communications et la résistance au changement.
- **Tableau 13** : Corrélation entre l'implication des participants et la résistance au changement.
- **Tableau 14** : Corrélation entre la présence d'une équipe ou Leadership et la résistance au changement.
- **Tableau 15** : Corrélation entre le recours au support et la résistance au changement.
- **Tableau 16** : Corrélation entre le degré de motivation et la résistance au changement.

Liste des figures :

- **Figure 1** : Taux de réponse.
- **Figure 2** : Répartition des participants selon la tranche d'âge.
- **Figure 3** : Répartition des âges chez les femmes de l'échantillon.
- **Figure 4** : Répartition des âges chez les hommes de l'échantillon.
- **Figure 5** : Répartition des participants selon le sexe.
- **Figure 6** : Répartition des participants selon le profil.
- **Figure 7** : Répartition des participants selon l'ancienneté d'exercice.
- **Figure 8** : Attitude initiale vis-à-vis de la généralisation de la couverture médicale.
- **Figure 9** : L'impact anticipé de la généralisation de la couverture médicale sur la santé de la population au Maroc.
- **Figure 10** : L'impact anticipé de la généralisation de la couverture médicale sur le système de santé marocain.
- **Figure 11** : Niveau de connaissance du personnel hospitalier concernant le changement.
- **Figure 12** : Les principales raisons du changement selon l'avis des participants.
- **Figure 13** : La perception des contraintes d'ancrage du nouveau système de la couverture médicale.
- **Figure 14** : Les inquiétudes du personnel concernant le changement.
- **Figure 15** : L'impact du changement sur la charge de travail.
- **Figure 16** : Temps consacré aux procédures administratives.
- **Figure 17** : La réaction initiale des participants face au changement.
- **Figure 18** : La résistance des participants au changement.
- **Figure 19** : Le degré de résistance.
- **Figure 20** : Les manifestations de la résistance.
- **Figure 21** : les raisons de résistance.
- **Figure 22** : Niveau d'information des participants.
- **Figure 23** : Moyens de communication.
- **Figure 24** : Les messages clés délivrés au cours du changement.
- **Figure 25** : Satisfaction à l'égard des communications.

- **Figure 26** : L'implication du personnel dans le changement.
- **Figure 27** : Présence d'une équipe responsable du changement.
- **Figure 28** : Présence du leadership et l'implication de la haute direction.
- **Figure 29** : Le rôle du climat de travail sain.
- **Figure 30** : Le support offert aux destinataires.
- **Figure 31** : Nature des supports offerts.
- **Figure 32** : Niveau d'engagement des participants.
- **Figure 33** : Degré de motivation des participants.
- **Figure 34** : Impact de la motivation extrinsèque.
- **Figure 35** : Types de motivation extrinsèque.
- **Figure 36** : Impact de la motivation intrinsèque.
- **Figure 37** : Types de motivation intrinsèque.
- **Figure 38** : Corrélacion entre le sexe et la résistance au changement.
- **Figure 39** : Corrélacion entre l'âge et la résistance au changement.
- **Figure 40** : Corrélacion entre le profil et la résistance au changement.
- **Figure 41** : Corrélacion entre l'ancienneté et la résistance au changement.
- **Figure 42** : Corrélacion entre le niveau de connaissance du changement et la résistance.
- **Figure 43** : Corrélacion entre la satisfaction des communications et la résistance au changement.
- **Figure 44** : Corrélacion entre l'implication des participants et la résistance au changement.
- **Figure 45** : Corrélacion entre le recours au support et la résistance au changement.
- **Figure 46** : Corrélacion entre le degré de motivation et la résistance au changement.
- **Figure 47** : Organisation et cadrage de la CMB.



LISTE DES ABRÉVIATIONS



LISTE DES ABRÉVIATIONS

- BAF** : Bureau d'admission et de facturation.
- IDE** : Infirmier diplômé d'état.
- OMS** : Organisation mondiale de la Santé.
- CSU** : Couverture sanitaire universelle.
- CMU** : Couverture maladie universelle.
- CMB** : Couverture médicale de base
- AM** : Assurance maladie
- AMO** : Assurance maladie obligatoire
- RAMED** : Régime d'Assistance Médicale aux Personnes Economiquement Démunies.
- CNSS** : La Caisse Nationale de Sécurité Sociale
- CNOPS** : Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
- ANAM** : L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie
- RSU** : Registre Social Unifié
- ODD** : Objectifs de développement durable.
- NHS** : National Health Service.
- IDH** : Indice de développement humain.
- **OMFAM** : Œuvres de mutualités des fonctionnaires et agents assimilés du Maroc.
- **CMR** : Caisse Marocaine de Retraite.
- **MGPAP** : Mutuelle générale des personnels des administrations publiques.
- **MFAR** : Mutuelle des Forces Armées Royales.
- **MGEN** : Mutuelle générale de l'éducation nationale.
- MFA** : Mutuelle des forces auxiliaires.
- **OIT** : Organisation internationale du travail.
- **UNICEF**: United Nations of International Children's Emergency Fund.



PLAN



INTRODUCTION	1
MATÉRIEL ET MÉTHODES	4
RESULTATS	10
I- ANALYSE DESCRIPTIVE	10
A- Taux de réponse	10
B- Caractéristiques générales de l'échantillon	10
1. L'âge :	10
2. Le genre :	12
3. Le profil :	12
4. Ancienneté d'exercice :	13
C- Attitude envers la généralisation de la couverture médicale	14
1. La perception initiale de la généralisation de la couverture médicale	14
2. Évaluation de l'impact anticipé de la généralisation de la couverture médicale sur la santé de la population au Maroc	15
3. Évaluation de l'impact de la généralisation de la couverture médicale sur le système de santé marocain	16
4. Les avantages de la généralisation de la couverture médicale	16
5. Niveau de connaissance du personnel hospitalier concernant le changement (la mise en œuvre de la généralisation de la couverture médicale)	17
6. Les principales raisons du changement :	18
7. Contraintes liées à l'ancrage du nouveau système de couverture médicale au Maroc	20
8. Les inquiétudes concernant les changements liés à la généralisation de la couverture médicale	22
9. L'impact du changement sur la charge de travail	22
10. Le temps consacré aux procédures administratives	23
D- La résistance au changement	24
1. Réaction initiale au changement	24
2. La résistance au changement	24
3. Le degré de résistance	25
4. Manifestations de la résistance	26
5. Les causes de la résistance	26
E- Les approches de gestion	28
1. La Communication	28
2. L'implication du personnel	30
3. L'équipe affiliée / Leadership	31
4. Le support offert aux destinataires	32
F- La motivation des participants	33
1. Niveau d'engagement des participants envers la réussite de l'initiative	33
2. Degré de motivation des participants envers la réussite de l'initiative	34
G- Recommandations	35
1. Impact de la motivation extrinsèque sur la mise en place du changement	35

2. Types de motivation extrinsèque	35
3. Impact de la motivation intrinsèque sur la mise en place du changement	36
4. Types de motivation intrinsèque	37
II- ANALYSE ANALYTIQUE	38
1. Corrélation entre le genre et la résistance au changement	38
2. Corrélation entre l'âge et la résistance au changement	40
3. Corrélation entre le profil et la résistance au changement	41
4. Corrélation entre l'ancienneté et la résistance au changement	42
5. Corrélation entre le niveau de connaissance du changement et la résistance	44
6. Corrélation entre le temps consacré aux procédures administratives et la résistance au changement	45
7. Corrélation entre la satisfaction de la communication et la résistance au changement	46
8. Corrélation entre l'implication au changement et la résistance	47
9. Corrélation entre la présence d'une équipe ou Leadership responsable de la mise en place du changement et la résistance	49
10. Corrélation entre le recours au support et la résistance au changement	50
11. Corrélation entre le degré de motivation et la résistance au changement	51
DISCUSSION	53
A- Généralités et définitions :	54
I. La GENERALISATION DE LA COUVERTURE MEDICALE	54
1. Définition de la CSU	54
2. Les grandes étapes de la généralisation de l'assurance maladie dans le monde	55
3. Le système de la couverture médicale marocain	58
II. Contraintes de Généralisation de la couverture médicale au Maroc	63
1. Défis financiers	63
2. Défis organisationnels	64
3. Pénurie des ressources humaines	65
4. Lacunes en matière d'infrastructure en équipements et qualité de soins	67
5. Résistance du personnel au changement	68
III. Résistance au changement :	68
1. Définitions :	68
2. Les causes de la résistance au changement	70
3. Les manifestations de la résistance	72
4. Stratégies pour lever les résistances au changement	73
B- Discussion des résultats	75
1. Taux de réponse	75
2. Caractéristiques sociodémographiques	75

3. Perception et attitudes des participants envers la généralisation de la couverture médicale	78
4. Niveau de connaissance du personnel hospitalier concernant le changement et ses raisons	79
5. Contraintes liées à l'ancrage du nouveau système de couverture médicale au Maroc	80
6. Les inquiétudes concernant les changements liés à la généralisation de la couverture médicale	82
7. L'impact du changement sur la charge de travail	83
8. Réaction initiale au changement et Manifestation de la résistance	84
9. Les causes de résistance au changement	84
10. Les moyens de gestion du changement et leurs corrélations avec la résistance	85
11. La motivation	89
12. La corrélation entre les données sociodémographique et la résistance	90
Forces et limites de l'étude	92
RECOMMANDATIONS	95
CONCLUSION	98
RESUMES	100
ANNEXES	107
BIBLIOGRAPHIE	116



INTRODUCTION



Selon l’OMS, la couverture sanitaire universelle (CSU) signifie la capacité de tous les citoyens à accéder aux services de santé préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont ils ont besoin, où et quand ils en ont besoin, sans rencontrer de contraintes financières. [1]

En réponse aux exigences universelles de développement et d'amélioration du système de santé, le Maroc a promulgué la loi 65-00 [2], portant sur le code de la couverture médicale de base, qui a établi les fondements de la couverture médicale par l’instauration d’une assurance maladie obligatoire (AMO) basée sur le principe de mutualisation, et d’un régime d’assistance médicale (RAMED) basé sur les principes de solidarité et d’assistance sociale.

Lors de son discours annuel prononcé à l'occasion de l'anniversaire de son accession au trône le 29 juillet 2020, le Roi Mohammed VI a annoncé une réforme globale du système de protection sociale, visant la généralisation de la couverture médicale à toute la population marocaine. Cette réforme a pour but de garantir le respect des principes d’équité et d’égalité des citoyens face à l’accès géographique et financier à des services de santé de qualité. [3]

Conformément aux orientations royales, le Maroc a lancé la Loi Cadre n° 09-21 [4], qui constitue le dispositif juridique fondateur de la progressivité de l’universalisation de la couverture maladie. Ce projet, prévu sur une période de cinq ans, de 2021 à 2025, nécessite la mise en place d’une réforme de gestion du système de santé marocain afin de surmonter les différents défis et contraintes rencontrés lors de sa mise en place.

Dans le secteur de la santé, les hôpitaux sont souvent sous pression en raison des demandes illimitées de soins et des ressources limitées. Par conséquent, la mise en place d’un processus de changement devient une nécessité majeure pour faire face à l’évolution continue de l’environnement socio-économique pour garantir une amélioration sûre et durable des établissements hospitaliers ainsi que leurs performances globales. Dans ce contexte, plusieurs réactions peuvent être manifestées envers un changement qui touche l’hôpital, notamment la résistance.

La résistance au changement est définie comme une réaction foncièrement négative à l'égard du changement.[5] Elle apparaît comme un frein inévitable qui constitue l'une des principales causes d'échecs des initiatives de changement.

Objectifs de l'étude

L'objectif de notre étude était de déterminer la résistance du personnel de santé au changement lié à la généralisation de la couverture médicale au Maroc, considérée parmi les principales contraintes de la mise en place de ce projet. Nous nous sommes alors assigné les objectifs suivants :

- Identifier la résistance au changement chez le personnel de santé : Évaluer l'ampleur de la résistance.
- Relever les causes et les manifestations de cette résistance : Analyser les facteurs sous-jacents et les formes de résistance observées.
- Établir les moyens de gestion de cette résistance : Proposer des recommandations pour atténuer la résistance et faciliter la mise en œuvre du changement.



MATERIELS ET METHODES



I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique explorant les contraintes rencontrées lors de la mise en œuvre de la généralisation de la couverture médicale au CHU Mohammed VI, parmi lesquels nous ciblons spécifiquement la résistance au changement.

II. Matériel d'étude et méthode d'échantillonnage :

La population ciblée par l'étude était représentée par les professionnels de santé exerçants au service de chirurgie maxillo-faciale à l'hôpital IBN TOFAIL à MARRAKECH, ainsi que le personnel d'administration et du bureau d'admission et de facturation (BAF) à l'hôpital IBN TOFAIL.

Ces professionnels étaient de différents profils (médecins, personnel infirmier et paramédical, agents administratifs et agents de facturation.)

1- Critères d'inclusion :

- Les résidents en service de chirurgie maxillo-faciale.
- Les infirmiers du service de chirurgie maxillo-faciale (IDE).
- Le personnel administratif responsable de la facturation à l'administration de l'hôpital IBN TOFAIL.
- Les agents de facturation au BAF de l'hôpital (Bureau d'admission et de facturation).

2- Critère d'exclusion :

- Médecins, Infirmiers ou personnel administratif approchés et informés ne désirant pas participer à l'étude.
- Les internes.
- Les étudiants de médecine et étudiants infirmiers en stage de chirurgie maxillo-faciale, au moment de l'étude.
- Médecins, Infirmiers n'exerçant pas au service de chirurgie maxillo-faciale.
- Le personnel administratif qui ne s'occupe pas de la facturation.

III. Déroulement de l'enquête et recueil des données :

L'étude a duré 1 an, du mois Avril 2023 à Avril 2024.

L'enquête a débuté en Novembre 2023 et s'est étalée sur une période de 3 mois pour la collecte des réponses.

Le recueil des données a été effectué à l'aide d'un questionnaire (voir annexe) anonyme auto-administré.

L'instrument d'enquête a été élaboré et développé sur la base d'une revue de littérature.

Après une brève introduction du contexte de l'enquête et une explication des objectifs et des finalités de l'étude, les participants ont été invités à donner leur consentement oral. Les questionnaires ont été distribués directement aux résidents, infirmiers, et le personnel administratif en format papier, par le biais de visites sur leurs lieux de travail.

IV. Le questionnaire (Annexe 1) :

La collecte des données s'est effectuée à l'aide d'un questionnaire anonyme, rédigé en langue française, employant un vocabulaire simple et facilement compréhensible. Ce questionnaire comprend 36 questions réparties en 5 sections principales, couvrant les informations suivantes :

1. Informations démographiques (4 Questions) :

Ces données incluent le genre, l'âge, le poste au sein de l'hôpital, et l'expérience professionnelle (l'ancienneté d'exercice en années).

2. L'attitude envers la généralisation de la couverture médicale (11 Questions) :

Cette partie inclut des questions portant sur la première impression concernant le changement induit par la généralisation de la couverture médicale :

- Perception initiale de la généralisation de la couverture médicale.
- Bénéfices et avantages de la généralisation de la couverture médicale.
- Les principales raisons de la généralisation de la couverture médicale.

- Les contraintes liées à l’ancrage du nouveau système (Bascule du RAMED vers AMO TA-DAMON).
- Les inquiétudes concernant les changements potentiels dans les procédures administratives ou opérationnelles liées à cette initiative (effet sur la charge de travail).
- Le temps passer à régler les procédures administratives liées à cette généralisation.

3. La résistance au changement (5 Questions) :

Cette partie comporte des questions sur la résistance :

- La présence ou l’absence de la résistance.
- Son degré.
- Les manifestations de la résistance.
- Les raisons justifiant cette résistance.

4. Les approches de gestion (12 Questions) :

Cette partie est composée de cinq sous-sections explorant les différents moyens de surmontée la résistance :

- A. La Communication (4 Questions) :** Rôle de la communication relative au changement.
- B. L’implication du personnel (1 Questions) :** Rôle de la participation du personnel au changement.
- C. L’équipe affiliée ou Leadership (3 Questions) :** Rôle de la présence d’un leadership dans la mise en place du changement.
- D. Le support offert aux destinataires (2 Questions) :** l’importance de l’aide au cours de l’implantation du changement.
- E. La motivation du personnel (2 Questions) :** Le degré de la motivation et d’engagement du personnel dans la réussite de ce projet.

5. Les recommandations (4 Questions) :

Les répondants ont été invité à fournir des recommandations jugées essentielles pour surmonter la résistance, en incluant des motivations intrinsèques et extrinsèques du personnel.

V. Analyse statistique :

L'analyse des données recueillies sur les questionnaires a été réalisée de manière anonyme par saisie sur Google Forms et Excel 2021.

Ensuite l'analyse statistique des résultats a été réalisé à l'aide du logiciel JAMOVI.

Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme significative pour l'étude de l'association entre les variables quantitatives.

VI. Considérations éthiques :

La participation à l'enquête était volontaire et anonyme, dans le but d'encourager les réponses complètes et honnêtes. Avant de débiter, une explication des objectifs et des finalités de l'étude a été présenté à tous les participants, suivie de la sollicitation de leur consentement oral.



RESULTATS



I. ANALYSE DESCRIPTIVE :

A- Taux de réponse :

Au cours de notre enquête, nous avons distribué 46 questionnaires sous forme de fiches papier. Nous avons réussi à récupérer 36 de ces questionnaires, ce qui représente un taux de participation de 78,3 %. Les 10 fiches manquantes incluent celles qui ont été écartées en raison d'un manque de réponses complètes, ainsi que celles qui n'ont pas été récupérées.

Par conséquent, la taille effective de l'échantillon sur lequel nous avons basé nos analyses et nos résultats est de 36 participants.

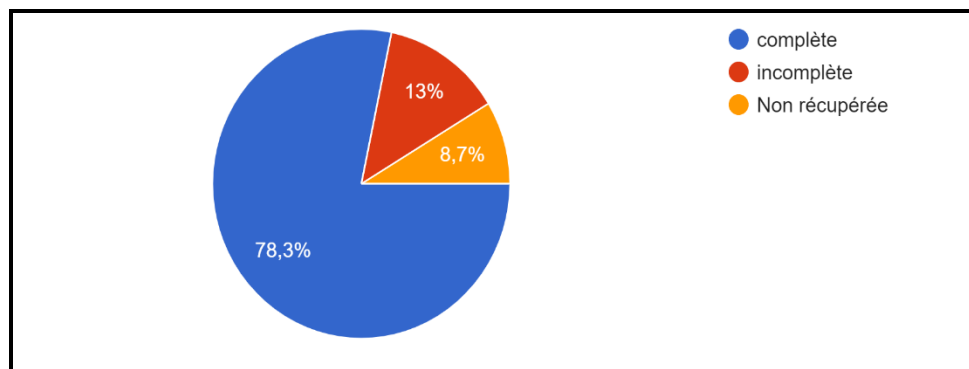


Figure 1 : Taux de réponse.

B- Caractéristiques générales de l'échantillon :

1. L'âge :

- La moyenne d'âge des participants était de 32 ans.
- La majorité des âges des participants se situent dans la tranche d'âge de 31 à 40 ans, représentant 66.7% de l'échantillon total (n=24), suivie par la tranche d'âge inférieur ou égale à 30ans avec un pourcentage de 30.6 % (n=11). L'âge d'un seul répondant est estimé entre 41 et 50 ans, soit 2.7%.

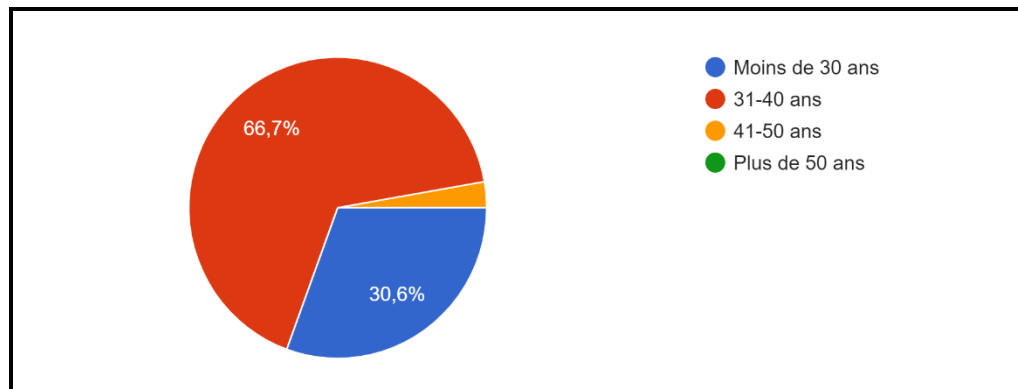


Figure 2 : Répartition des participants selon la tranche d'âge

- Répartition des âges des participants selon le sexe :

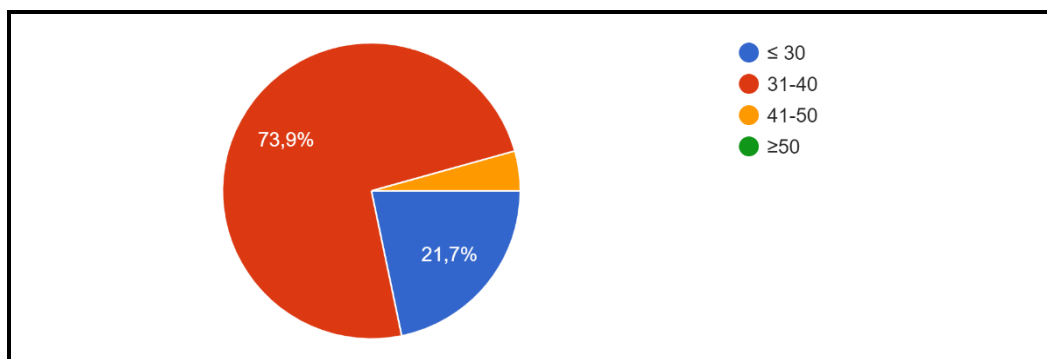


Figure 3 : Répartition des âges chez les femmes de l'échantillon

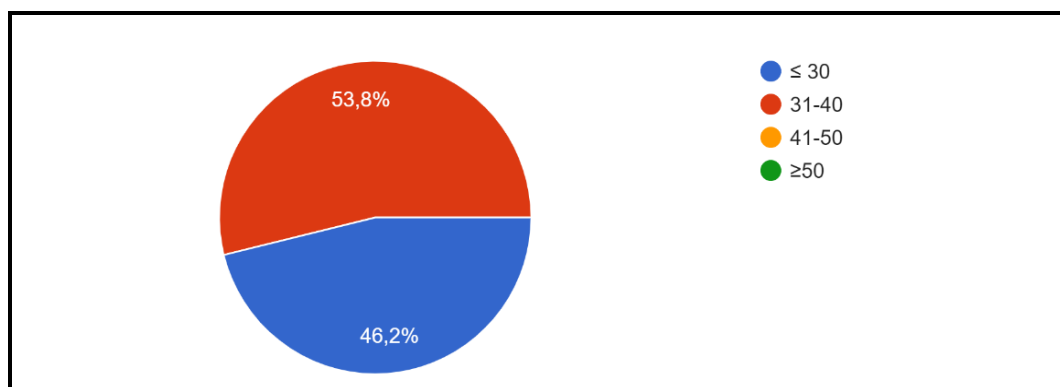


Figure 4 : Répartition des âges chez les hommes de l'échantillon

- La répartition selon les différentes tranches d'âge et le profil des participants :

Tableau 1 : Répartition des participants selon l'âge et le profil

Age	Profil médical : résident/e		Profil infirmier/e et Paramédical		Profil administratif et agent de BAF		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
≤30	8	53.4	1	10	2	18.2	11	30.5
31-40	7	46.6	8	80	9	81.8	24	66.7
41-50	0	0	1	10	0	0	1	2.8
≥50	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	15	100	10	100	11	100	36	100

2. Le genre :

- Les résultats indiquent que parmi les 36 participants de l'étude, la majorité, soit 23 participants (63,9%), étaient de sexe féminin, tandis que 13 participants (36,1%) étaient de sexe masculin. (Figure5)
- Le sexe ratio H/F est donc de 0.56, ce qui révèle une prédominance féminine.

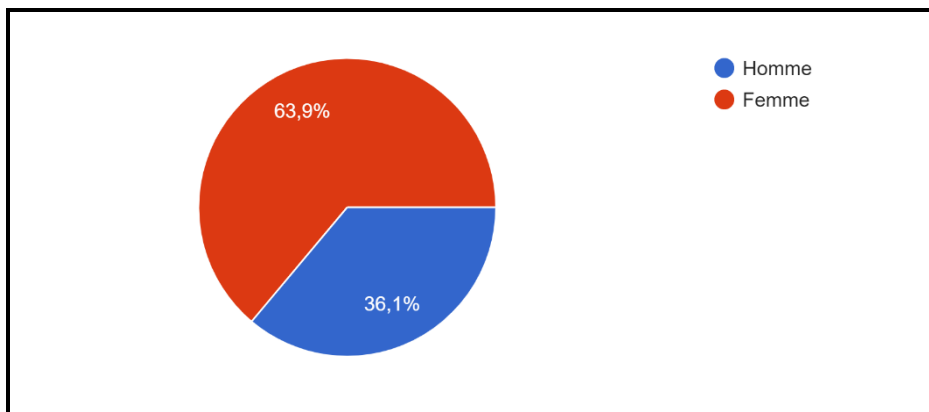


Figure 5 : Répartition des participants selon le sexe.

3. Le profil :

- La composition de notre échantillon révèle une grande diversité de profils professionnels. Les résidents du service de chirurgie maxillo-faciale constituent la part la plus importante, représentant 41,7 % de l'échantillon, soit n=15. Ils sont suivis par le personnel administratif responsable de la facturation à l'administration de l'hôpital IBN TOFAIL et les agents de facturation au BAF, ensemble représentant 30,6% (n=11).
- Les infirmiers du service de chirurgie maxillo-faciale (IDE) sont également bien représentés, avec 27,8 % (n=10).

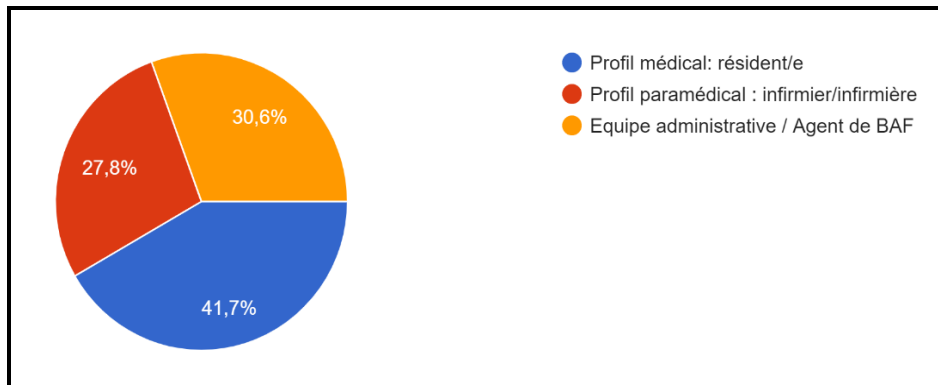


Figure 6 : Répartition des participants selon le profil

4. Ancienneté d'exercice :

Notre échantillon est principalement composé de participants ayant une ancienneté d'exercice entre 6 et 10 ans, représentant 47.2 % (n=17). En outre, 13 participants, soit 36.1%, possèdent une ancienneté inférieure ou égale à 5 ans. Enfin, 6 participants, représentant 16.7 %, ont une ancienneté entre 11 et 15 ans.

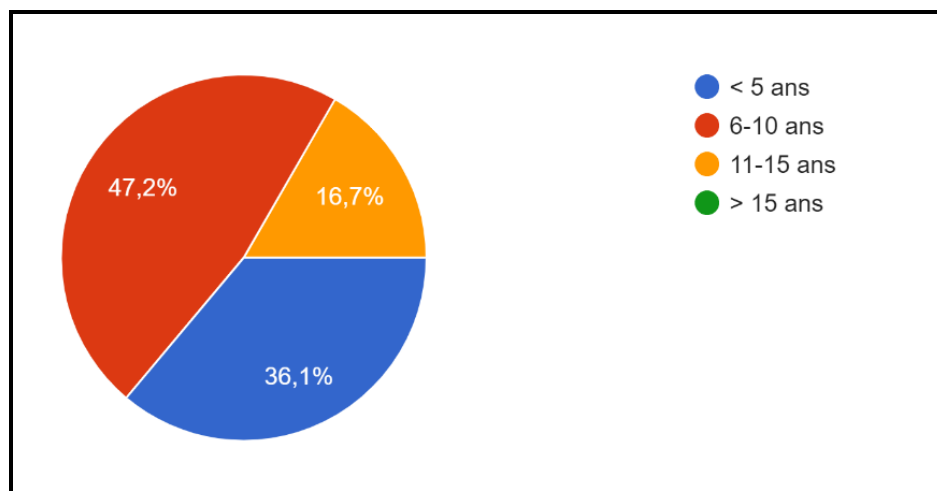


Figure 7 : Répartition des participants selon l'ancienneté d'exercice

Tableau 2 : Répartition des participants selon le profil et l'ancienneté d'exercice

Ancienneté D'exercice	Profil médical : résident/e		Profil infirmier/e et Paramédical		Profil administratif et agent de BAF		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
≤5	12	80	0	0	1	9.1	13	36.1
6-10	3	20	9	90	5	45.45	17	47.2
11-15	0	0	1	1	5	45.45	6	16.7
≥15	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	15	100	10	100	11	100	36	100

C- Attitude envers la généralisation de la couverture médicale (11 Questions) :

1. La perception initiale de la généralisation de la couverture médicale :

Les résultats de notre étude révèlent une diversité de la perception initiale des participants concernant la généralisation de la couverture médicale. Parmi les répondants, une majorité écrasante de 80,6 % (n=29) ont exprimé une forte préférence en faveur de cette généralisation, tandis que 19,4 % (n=7) ont adopté une position neutre. Ces données suggèrent qu'il existe un consensus majoritaire en faveur de ce changement, bien que certaines voix restent neutres (**Figure 8**).

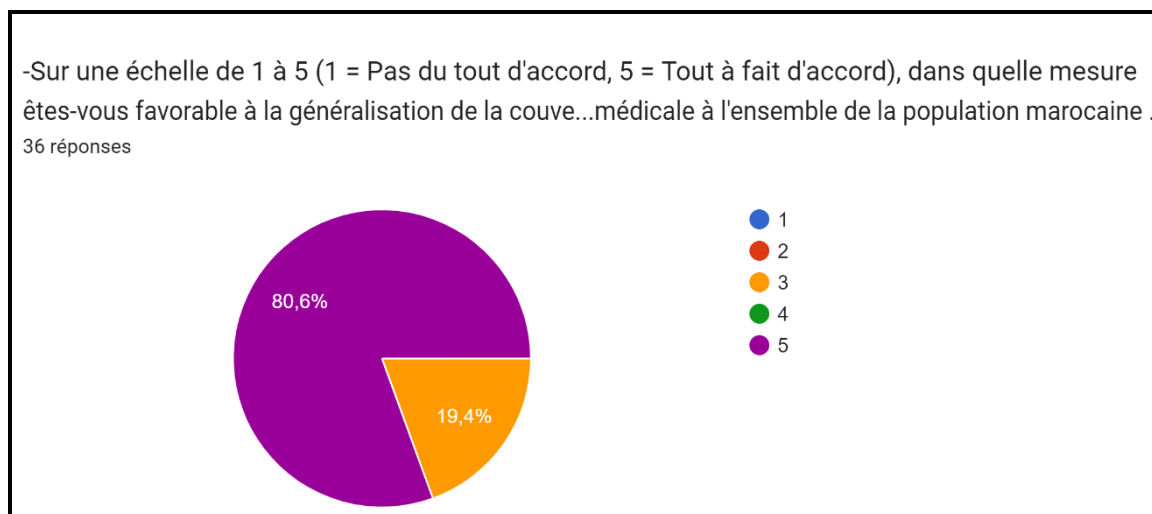


Figure 8 : Attitude initiale vis-à-vis de la généralisation de la couverture médicale

2. Évaluation de l'impact anticipé de la généralisation de la couverture médicale sur la santé de la population au Maroc :

Les résultats de cette question indiquent qu'une majorité (55,5%) du personnel hospitalier est positive quant à l'impact de la généralisation de la couverture médicale sur la santé de la population marocaine. Parmi ceux-ci, 44,4% (n=16) des participants ont exprimé une opinion très positive, tandis que 11,1% (n=4) ont indiqué une opinion plutôt positive.

Cependant, une proportion non négligeable des répondants 30,6% (n= 11) reste neutre concernant cet impact.

Seulement 13,6%(n=5) ont exprimé une opinion plutôt négative, et aucun n'a considéré l'impact comme très négatif.

Ces résultats suggèrent une tendance majoritairement favorable à la généralisation de la couverture médicale, avec une proportion notable de neutralité qui suggère l'existence de certaines réserves et incertitudes vis-à-vis à cette réforme majeure. (Figure9)

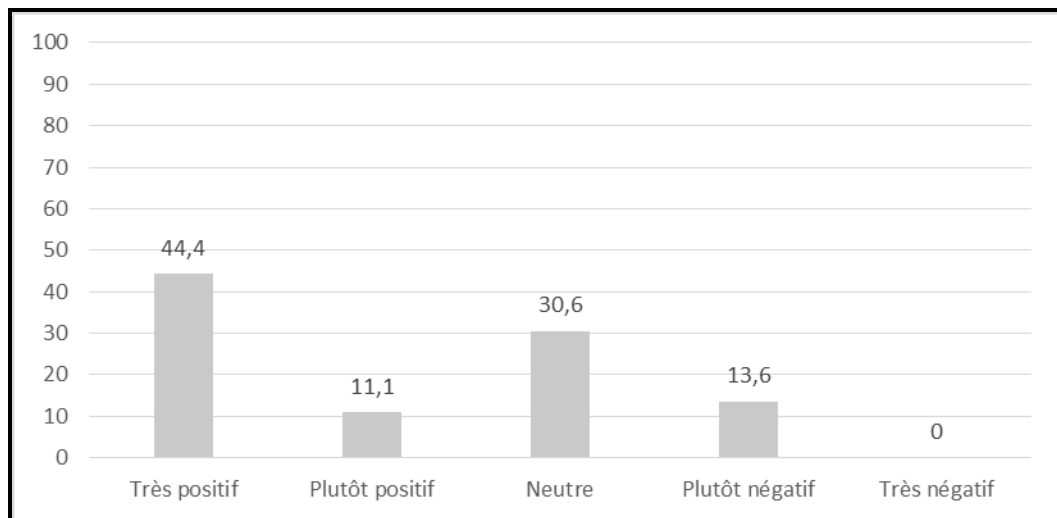


Figure 9 : L'impact anticipé de la généralisation de la couverture médicale sur la santé de la population au Maroc.

3. Évaluation de l'impact de la généralisation de la couverture médicale sur le système de santé marocain :

La majorité des participants à l'enquête (n=25) soit 69.4% ont déclaré que la généralisation de la couverture médicale à l'ensemble de la population marocaine serait bénéfique pour le système de santé du pays. Environ 16,7% (n=6) des répondants se déclarent incertains quant à cette question. Tandis qu'une proportion plus faible, soit 13.9% (n=5) des participants expriment un désaccord avec cette idée.

Ces résultats reflètent une prédominance d'opinions favorables à cette réforme. (Figure 10)

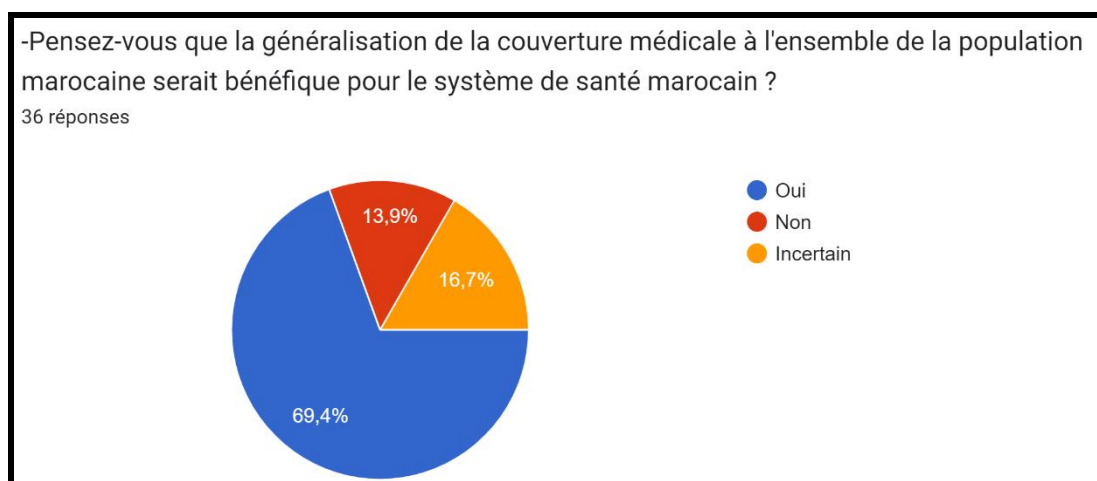


Figure 10 : L'impact anticipé de la généralisation de la couverture médicale sur le système de santé marocain.

4. Les avantages de la généralisation de la couverture médicale :

D'après les réponses données par les candidats qui ont exprimé un avis favorable sur l'impact positif de la généralisation de la couverture médicale au Maroc, il ressort plusieurs avantages pour lesquelles cette réforme pouvait être considérée comme bénéfique. (Voir tableau 3).

Tableau 3 : Perspectives des participants sur les avantages de la généralisation de la couverture médicale.

Catégorie des avantages :	Réponses des participants
L'accès aux soins :	<ul style="list-style-type: none"> « Améliorer l'accessibilité aux soins. » « Réduire les inégalités en garantissant que tous les citoyens ont les mêmes chances de bénéficier de soins de qualité. » « Amélioration de la satisfaction au travail en travaillant dans un environnement où les patients ont un meilleur accès aux soins. »
La qualité des soins :	<ul style="list-style-type: none"> « La généralisation de la couverture médicale peut être une solution permettant aux patients d'obtenir une prise en charge pour les médicaments non fournis par le secteur privé. » « ...Créer une concurrence entre le secteur privé et public, augmenter la qualité des soins et des services fournis par l'hôpital public. » « ...Et être mieux préparé pour gérer les crises sanitaires, telles que les pandémies, comme celle de la COVID-19. »
Avantages pour le personnel soignant :	<ul style="list-style-type: none"> « L'un des piliers essentiels de cette réforme réside dans la valorisation et le renforcement des ressources humaines, notamment par le biais de la formation et des rémunérations motivantes. » « Meilleure collaboration interprofessionnelle. » « Productivité accrue. » « Simplifier le circuit des patients. » « Une meilleure collaboration et coordination des efforts entre les différents professionnels de la santé. » « Une augmentation de la demande de soins peut stimuler les opportunités de formation continue et de développement professionnel pour le personnel hospitalier. »
Avantages pour le système de santé marocain :	<ul style="list-style-type: none"> « La mise à jour du système technologique. » « La traçabilité des actes médicaux. » « L'amélioration de l'infrastructure médicale, des hôpitaux et des services. »

5. Niveau de connaissance du personnel hospitalier concernant le changement (la mise en œuvre de la généralisation de la couverture médicale) :

Sur un total de 36 participants, une majorité significative, soit 72.2% (n=26) ont indiqué qu'ils étaient modérément au courant de la nouvelle réforme, à savoir la généralisation de la couverture médicale. Cependant, un nombre non négligeable de personnes, soit 19.4% (n=7) ont déclaré être très au courant de la réforme, tandis que 8,3%(n=3) ne sont pas du tout au courant de ce changement majeur.

Ces résultats soulignent l'importance de la communication au sein de l'hôpital et révèlent la nécessité d'informer le personnel sur la nouvelle réforme par le biais de réunions d'information, de sessions de formation ou d'autres mesures.

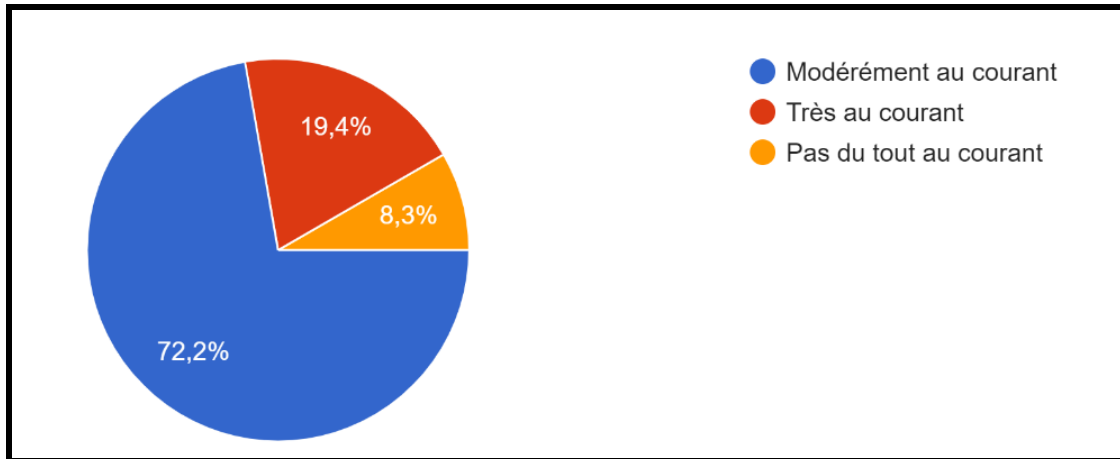


Figure 11 : Niveau de connaissance du personnel hospitalier concernant le changement.

6. Les principales raisons du changement :

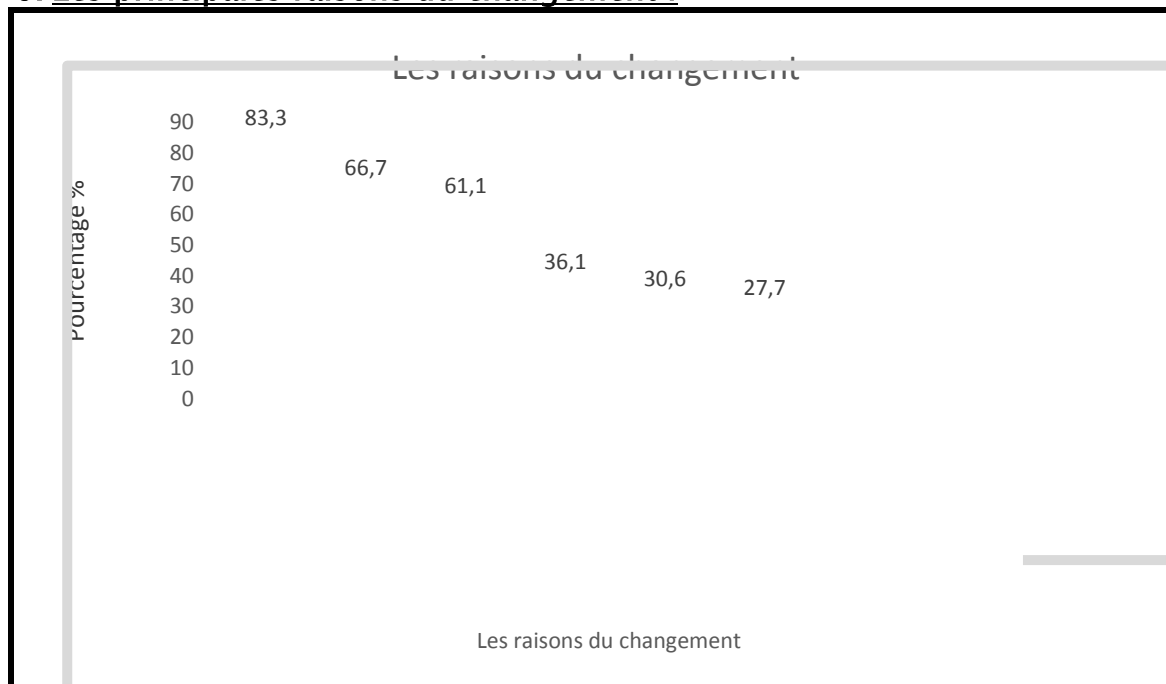


Figure 12 : Les principales raisons du changement selon l'avis des participants.

A partir de ces résultats, on observe :

- Le personnel de l'hôpital considère l'exclusion des inégalités d'accès aux soins la principale raison sous-tendant la généralisation de la couverture médicale, avec un pourcentage significatif des participants de 83.3% (n=30) soulignant l'importance de réduire les disparités en matière de santé publique.
- Par ailleurs, 66.7% (n=24) des répondants ont mis l'accent sur la nécessité d'améliorer la qualité des services de santé proposés par les hôpitaux publics.
- Une majorité significative, représentant 61.1% (n=22) des répondants, ont jugé la réduction des coûts élevés des soins de santé parmi les causes principale de ce changement.
- En outre, 36.1%, soit n=13 ont souligné la nécessité d'assurer une sécurité sociale contre les risques
- 30.6% (n=11) des participants, ont également mis en valeur la sensibilisation de la population à l'importance de la couverture médicale, en mettant en évidence le rôle crucial de l'éducation et de la communication dans la promotion de la santé.
- Enfin, 27.7%, soit n=10 des répondants ont évoqué la pression croissante de la société civile et des organisations internationales comme un facteur influent.

Ces résultats soulignent la diversité des facteurs motivant la généralisation de la couverture médicale au Maroc.

Tableau 4 : Les principales raisons du changement selon l'avis des participants.

Les principales raisons du changement	Nombre de réponses	Pourcentage
L'exclusion des inégalités d'accès aux soins	30	83.3%
Améliorer la qualité des services de santé offerts par l'hôpital public	24	66.7%
Réduire les coûts élevés des soins de santé	22	61.1%
Assurer la sécurité sociale contre les risques, notamment la pandémie du Covid 19	13	36.1%
Sensibiliser la population à l'importance de la couverture médicale	11	30.6%
La pression croissante de la société civile et des organisations internationales	10	27.7%

7. Contraintes liées à l'ancrage du nouveau système de couverture médicale au Maroc :

7.1 Perception des contraintes :

La majorité des participants soit 63.9% (n=23) ont déclaré avoir constaté des contraintes liées à l'ancrage du nouveau système (Bascule du RAMED vers L'AMO TADAMON).

Ce constat met en évidence les défis rencontrés dans la mise en œuvre effective de la réforme de la couverture médicale. (Figure 13)

36 réponses

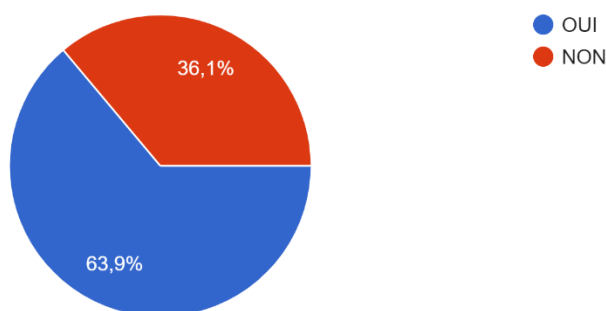


Figure 13 : La perception des contraintes d'ancrage du nouveau système de la couverture médicale.

7.2 La nature des contraintes :

Après avoir collecté et analysé les réponses des participants concernant les contraintes majeures liées à la transition du système RAMED vers l'AMO TADAMON, plusieurs défis ont été identifiés. Parmi ceux-ci, la fermeture des droits d'accès à la couverture de base pour certains bénéficiaires est particulièrement préoccupante.

D'autres défis sont détaillés dans le tableau suivant. (Tableau 5)

Tableau 5 : Les contraintes d’ancrage du nouveau système de la couverture médicale.

Type de con- trainte	Description	Réponses des participants
Fermeture des droits d'accès à la couverture de base	Perte de la couverture médicale pour certains bénéficiaires du système RAMED lors de la bascule vers AMO TADAMON.	<p>« La résistance des patients "les anciens Ramedistes " après suspension de droit d'accès à la couverture de base. »</p> <p>« Contraintes liées aux difficultés de régler les documents administratifs des patients anciens bénéficiaires du RAMED. »</p> <p>« Résistance des patients anciens Ramedistes au changement imposé. »</p>
Complexité administrative et procédurale	Procédures complexes et longues pour l'inscription des bénéficiaires.	<p>« Difficultés d'enregistrement dans le nouveau système. »</p> <p>« Erreurs dans les données. »</p> <p>« Erreurs dans l'identification des patients. »</p> <p>« L'augmentation des tâches administratives imposées aux médecins. »</p> <p>« La Complexité administrative accrue en matière de gestion des dossiers médicaux et des réclamations d'assurance. »</p>
Ressources financières limitées	Pénurie de ressources financières pour gérer le nouveau système.	<p>« L'augmentation des tarifs d'hospitalisation. »</p> <p>« L'impossibilité de payer les nouveaux frais d'hospitalisation, fixés à 1500 dirhams. »</p> <p>« Manque de ressources pour les patients démunis. »</p> <p>« Le prépaiement nécessaire pour bénéficier des soins médicaux et paramédicaux est élevé par rapport à la capacité financière des patients. »</p>
La migration des patients vers le secteur privé	Préférence croissante des patients pour le secteur privé de la santé	<p>« Diminution du nombre de patients consultant. »</p> <p>« Longues durée d'attente. »</p>

8. Les inquiétudes concernant les changements liés à la généralisation de la couverture médicale :

En menant notre recherche, nous avons constaté que la majorité du personnel participant a exprimé des inquiétudes liées aux changements induits par la généralisation de la couverture médicale à raison de 83.3% des répondants (n=30). **(Figure 14)**

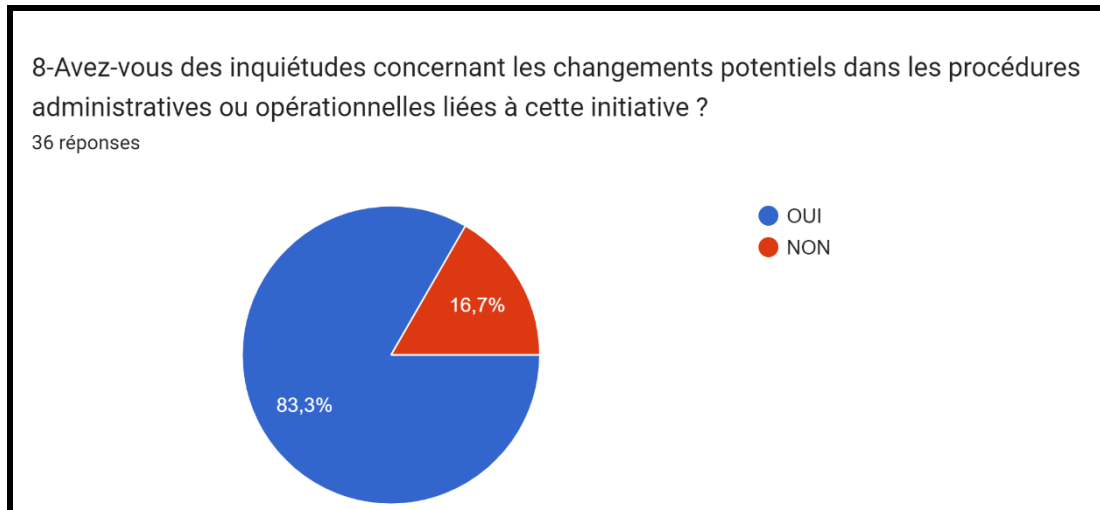


Figure 14 : Les inquiétudes du personnel concernant le changement.

9. L'impact du changement sur la charge de travail :

Les résultats de cette question révèlent que la majorité des participants, soit 61,1% (n=22), ont constaté un impact négatif du changement sur leur charge de travail. Tandis que 38.9% (n=14) n'ont perçu aucun effet.

Ce constat met en évidence les défis liés à la gestion de la charge de travail suite à la mise en œuvre de la nouvelle réforme. **(Figure 15)**

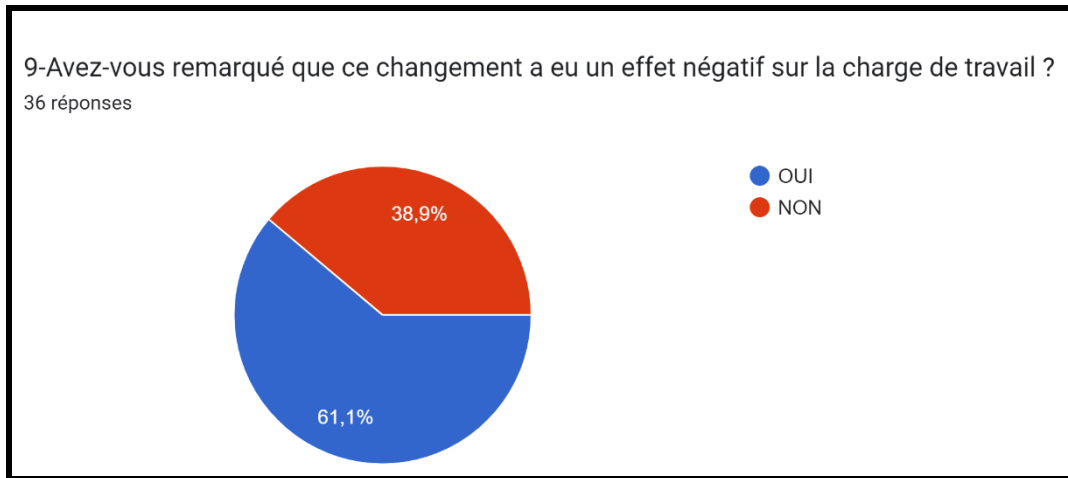


Figure 15 : L'impact du changement sur la charge de travail.

10. Le temps consacré aux procédures administratives :

On constate que presque la moitié des participants, soit 52,8% (n=19), ne dépasse pas une heure pour régler les procédures administratives liées à la généralisation de la couverture médicale, tandis que 36,1% (n=13) consacrent de 1 à 3 heures à ces tâches. Enfin, seulement 4 répondants, soit 11,1% dépensent entre 4 à 6 heures par jour pour chaque dossier. (Figure 16)

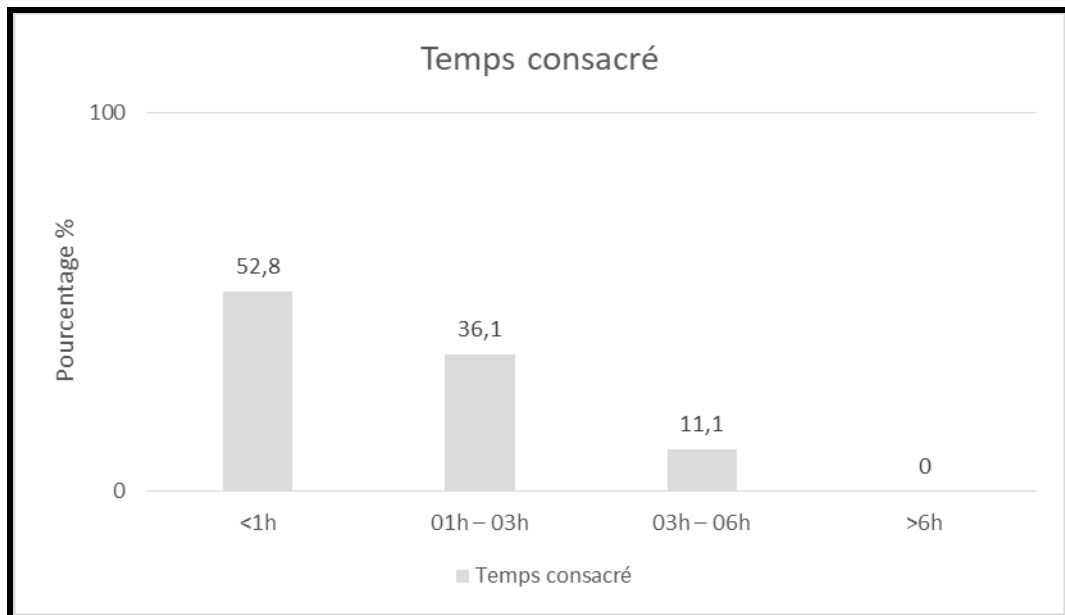


Figure 16 : Temps consacré aux procédures administratives.

D- La résistance au changement (5 Questions) :

1. Réaction initiale au changement :

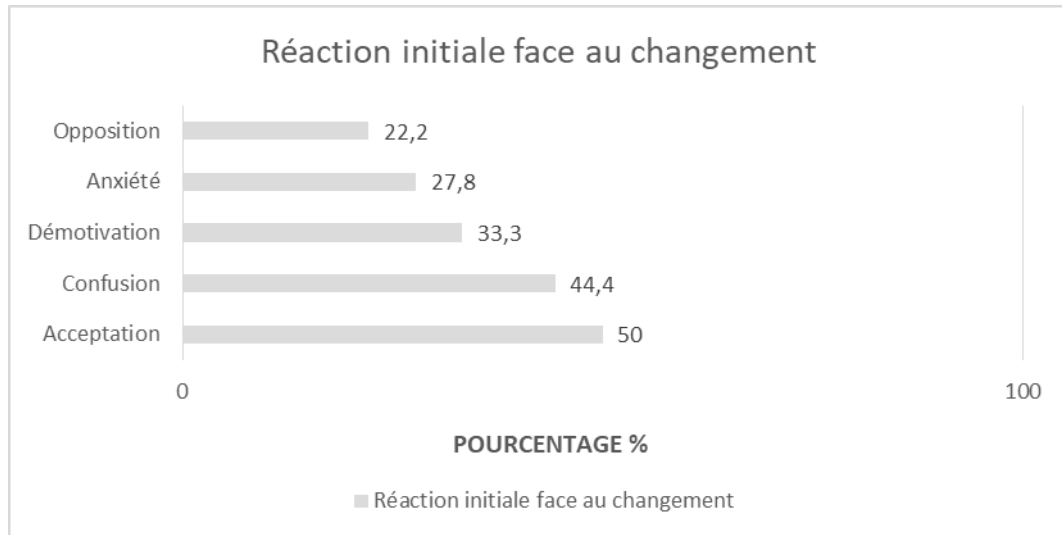


Figure 17 : La réaction initiale des participants face au changement.

La figure 17 met en lumière la diversité des réactions initiales face à la généralisation de la couverture médicale. Cette diversité reflète la complexité des perceptions et des expériences individuelles liées au changement.

La moitié des répondants, soit 50% (n=18), ont exprimé une acceptation initiale. En outre, 16 participants, soit 44,4%, ont déclaré être confus, tandis que 33,3% (n=12), ont manifesté une démotivation.

Environ 27,8% (n=10) des participants ont exprimé de l'anxiété, tandis que 22,2% ont fait part d'une opposition totale.

2. La résistance au changement :

La majorité des participants, soit 80,6% (n=29), exprime une résistance face au changement lié à la généralisation de la couverture médicale. Cependant, il est également important de souligner qu'une proportion non négligeable des participants (19,4%, n=7) ne manifeste pas de résistance. Cette proportion, bien que minoritaire, représente un élément positif qui peut être considérée comme un levier pour faciliter l'adoption du changement. (Figure 18)

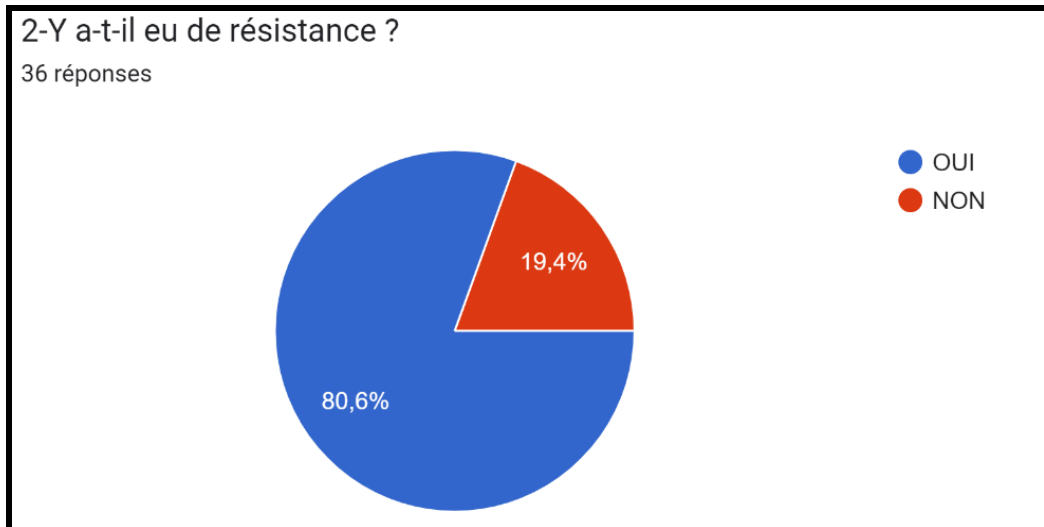


Figure 18 : La résistance des participants au changement.

3. Le degré de résistance :

Selon les résultats recueillis, la majorité des répondants, représentant 72,2% (n=26), ont qualifié ce niveau de résistance comme étant moyen. Cependant, une minorité significative de 19,4% (n=4) des participants ont indiqué l'absence de résistance. En revanche, 8,3% (n=3) des répondants ont rapporté une forte résistance.

Ces résultats mettent en lumière une diversité d'attitudes envers le changement au sein de l'échantillon étudié. (Figure 19)

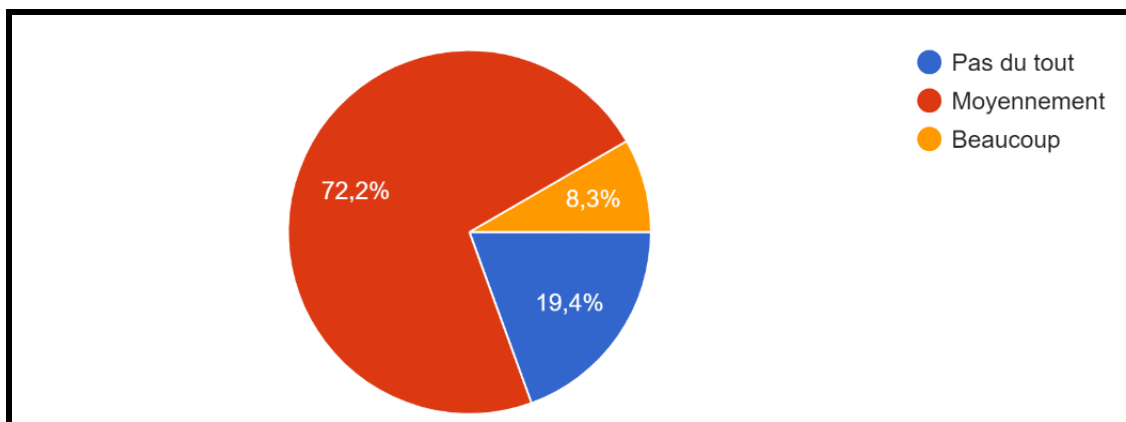


Figure 19 : Le degré de résistance.

4. Manifestations de la résistance :

Les résultats de cette enquête révèlent que la majorité des participants, soit 66,7% (n=20), ont identifié la démotivation comme la principale manifestation de la résistance au changement. En outre, 46,97% (n=14) des participants ont exprimé leur résistance par une augmentation des erreurs lors de l'enregistrement ou traitement des dossiers.

De plus, 40% des répondants, soit n=12, ont noté une baisse de la productivité, tandis que 26,7% (n=8) ont choisi de mentionner une mauvaise qualité de travail.

Environ 13,3% (n=4) des participants ont indiqué à la fois les grèves et le refus de croire au changement comme manifestations de résistance.

Enfin, un seul participant (3.3%) a souligné l'aggravation des retards et de l'absentéisme.

(Figure 20)

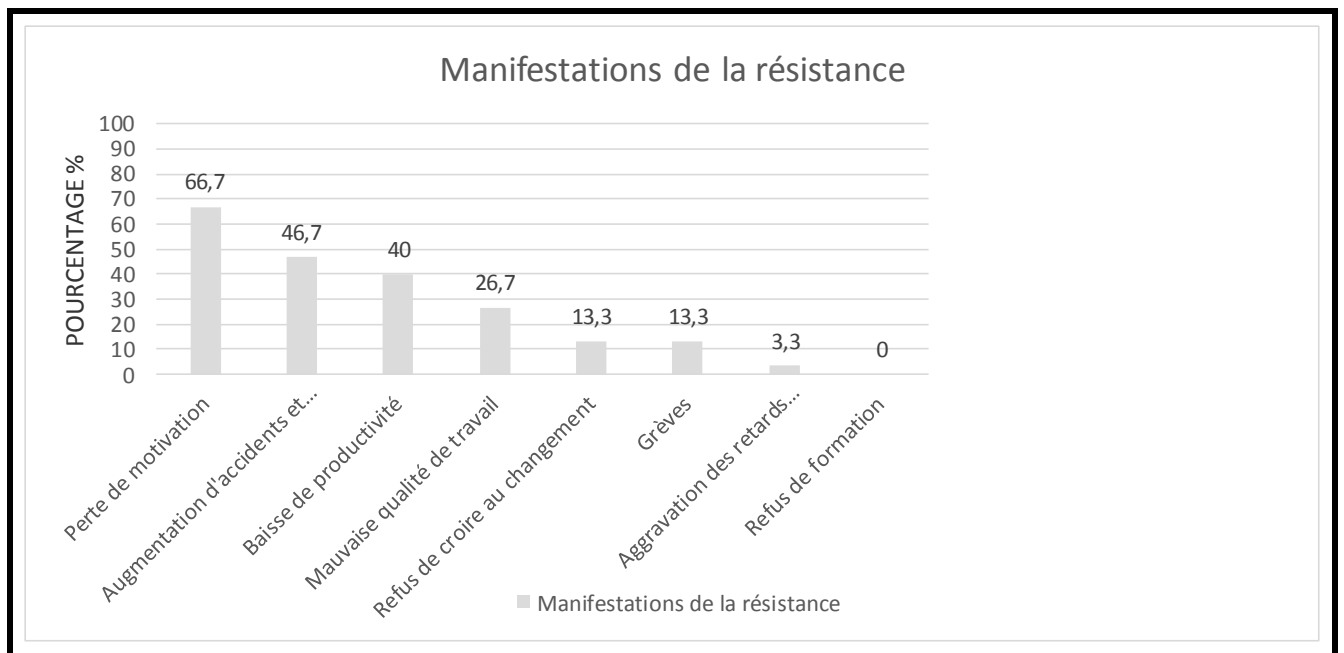


Figure 20 : Les manifestations de la résistance.

5. Les causes de la résistance :

Les données recueillies révèlent une diversité de raisons expliquant la résistance au changement dans le cadre de la généralisation de la couverture médicale.

- En premier lieu, 83,9 %, soit 26 participants, ont déclaré que l'absence de communication est la principale cause de résistance au changement, tandis que 77,4 %, soit 24

participants, considèrent l'absence de formation et d'encadrement comme un facteur majeur.

- Ensuite, 64,5 %, soit 20 participants, ont cité le manque d'outils technologiques et de ressources comme étant des obstacles importants.
- Pour 45,2 %, soit 14 participants, l'absence d'implication du personnel dans la mise en place de la nouvelle réforme de couverture médicale ainsi que l'augmentation des tâches administratives ont été identifiées comme des causes significatives.
- Ensuite, 35,5 %, soit 11 participants, ont souligné le caractère imposé et non volontaire du changement, tandis que 29 %, soit 9 participants, ont évoqué une mauvaise compréhension du changement.
- Enfin, 12,9 %, soit 4 participants, ont mentionné les barrières psychologiques telles que la peur de l'inconnu et la perte de sécurité, tandis que 9,7 %, soit 3 participants, ont souligné les barrières sociales telles que le mauvais climat de relations de travail.

(Figure 21)

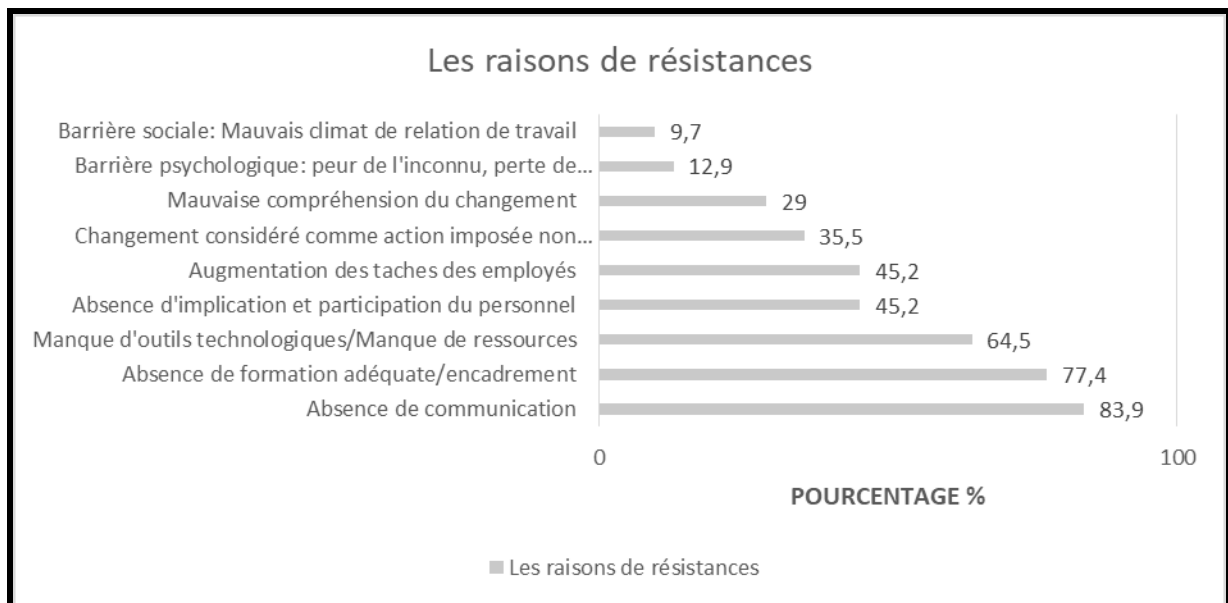


Figure 21 : les raisons de résistance.

E- Les approches de gestion (10 Questions) :

1. La Communication (4 Questions) :

1.1- Niveau d'information des participants concernant la généralisation de la couverture médicale :

La moitié des participants, soit 50% (n=18), ont déclaré avoir été informés de la mise en place de la généralisation de la couverture médicale. (Figure 22)

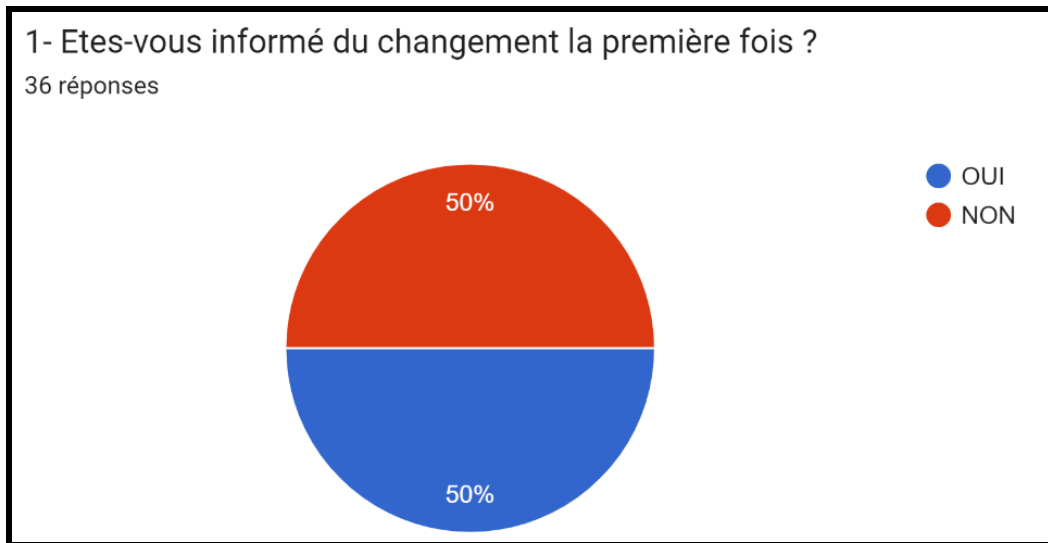


Figure 22 : Niveau d'information des participants.

1.2- Les moyens de communication utilisés pour informer le personnel du changement :

Parmi les 18 participants informés de la mise en place du changement concernant la généralisation de la couverture médicale, 13 répondants ont déclaré avoir été informés par le biais de réunions, 22,2 % (n=4) ont choisi les affiches, et un seul participant, soit 5,6 %, a mentionné les démonstrations comme moyen d'information. (Figure 23)

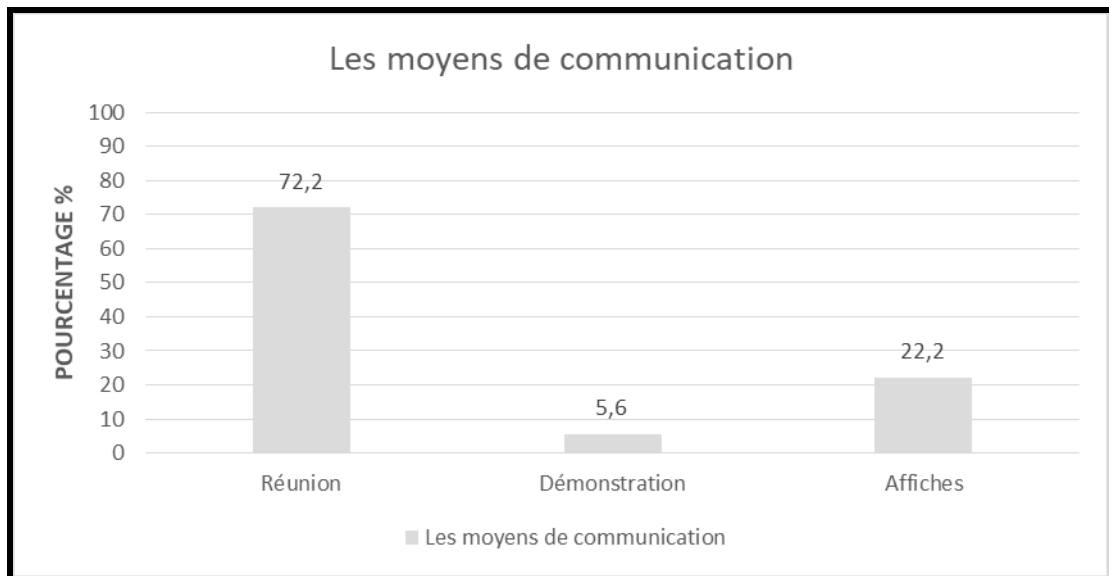


Figure 23 : Moyens de communication.

1.3- Les messages clés délivrés au début et pendant le processus de changement :

Parmi les 18 participants informés de la mise en place du changement relatif à la généralisation de la couverture médicale, 14 répondants, représentant 63,6 %, ont rapporté avoir été informés par le déroulement du changement. En outre, 27,3 % (n=6) ont identifié les raisons du changement comme message clé transmis, tandis que 2 participants, soit 9,1 %, ont mentionné avoir été informés des objectifs du changement. (Figure 24)

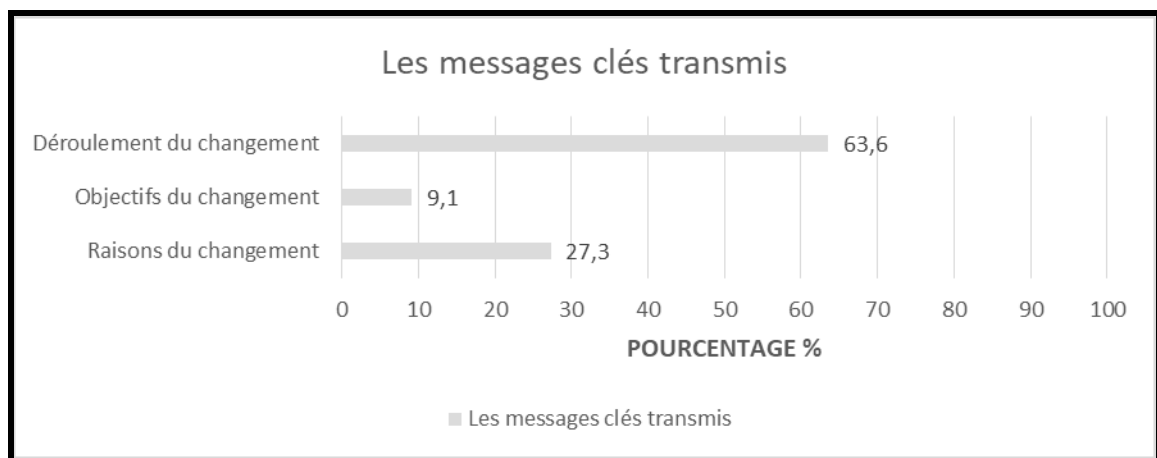


Figure 24 : Les messages clés délivrés au cours du changement.

1.4- Satisfaction des communications :

Les résultats de cette question révèlent que la grande majorité des participants, soit 80,6% (n=29), ont considéré les communications comme insatisfaisantes. En revanche, 19,4 % (n=7) des participants ont exprimé leur satisfaction à l'égard des communications. (Figure 25)

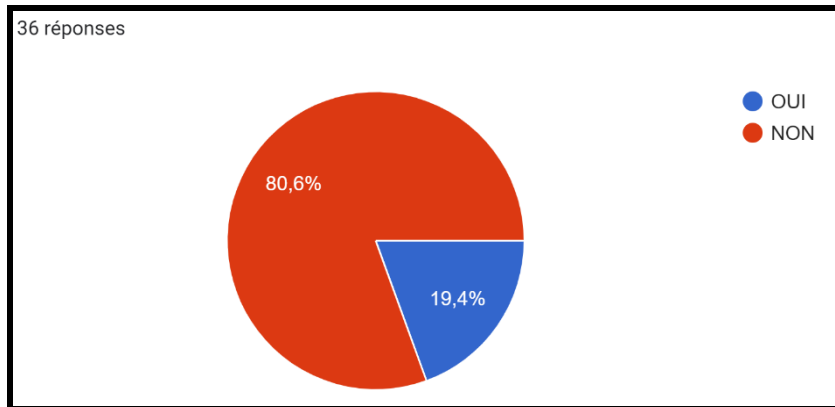


Figure 25 : Satisfaction à l'égard des communications.

2. L'implication du personnel (1 Question) :

La majorité des participants, soit 80.6% (n=29), ont déclaré ne pas avoir été impliqués dans la mise en place du changement lié à la généralisation de la couverture médicale. Cependant, il est également important de souligner qu'une proportion non négligeable des participants (19,4%, n=7) ont été impliqués.

Cela suggère que la plupart des répondants n'ont pas eu l'opportunité de participer activement au processus de décision ou de mise en œuvre du changement. (Figure 26)

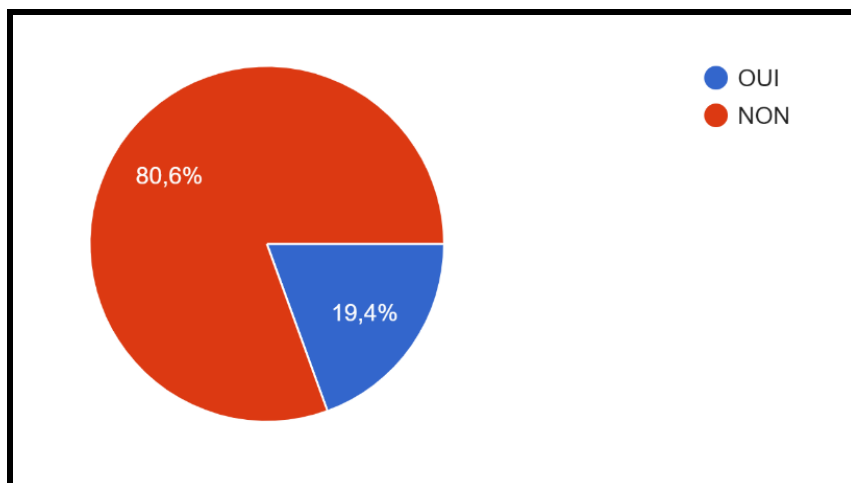


Figure 26 : L'implication du personnel dans le changement.

3. L'équipe affiliée / Leadership (3 Questions) :

3.1 Equipe responsable du changement :

Les résultats de cette enquête révèlent que la grande majorité des participants, soit 88,9% (n=32), ont indiqué l'absence d'une équipe responsable du changement. En revanche, 11,1% (n=4) des participants ont mentionné la présence de cette équipe. (Voir Figure 27)

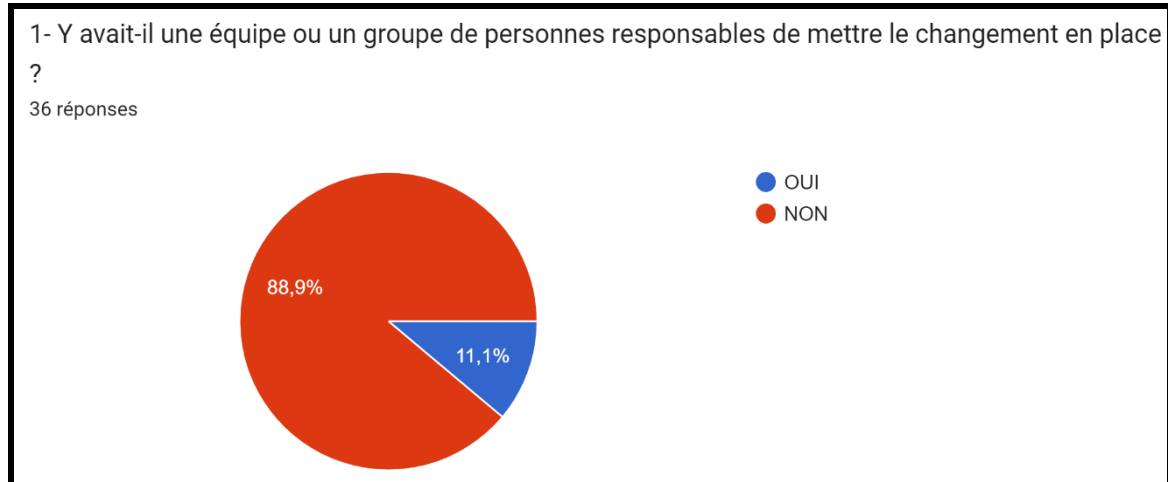


Figure 27 : Présence d'une équipe responsable du changement.

3.2 Le leadership et l'implication de la haute direction :

Selon les participants, 69,4% soit n=25 estiment que la présence d'un leadership et l'implication de la haute direction peuvent faciliter la mise en place du changement, tandis que 30,6% des répondants, soit n=11 expriment une opposition à l'égard du leadership. (Figure 28)

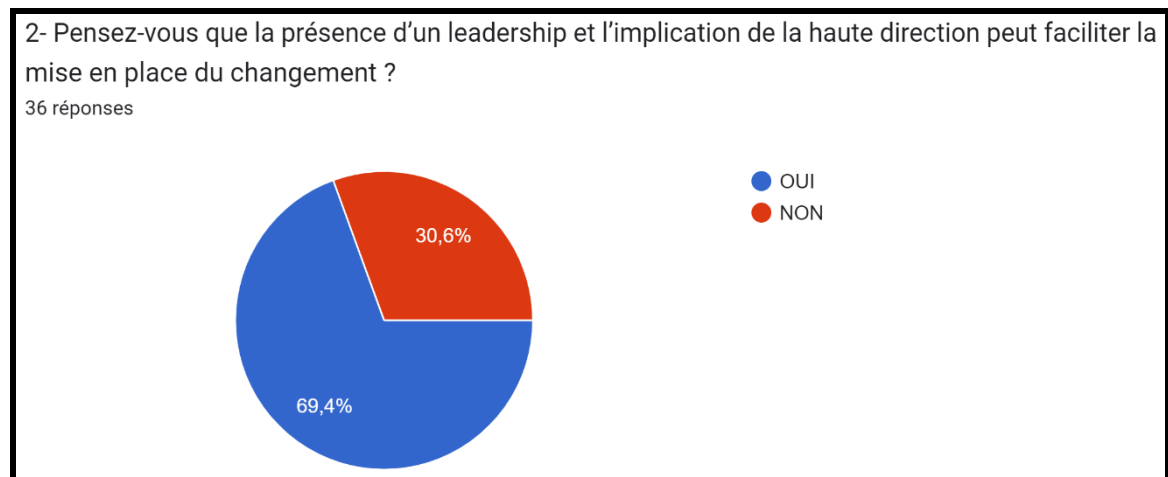


Figure 28 : Présence du leadership et l'implication de la haute direction.

3.3 3.3- Le climat de travail sain :

La totalité des 36 participants, soit 100% considère que le climat de travail favorable comme étant un outil essentiel pour réduire les forces restrictives liées à la généralisation de la couverture médicale, et pour renforcer la solidarité du groupe. (Figure 29)

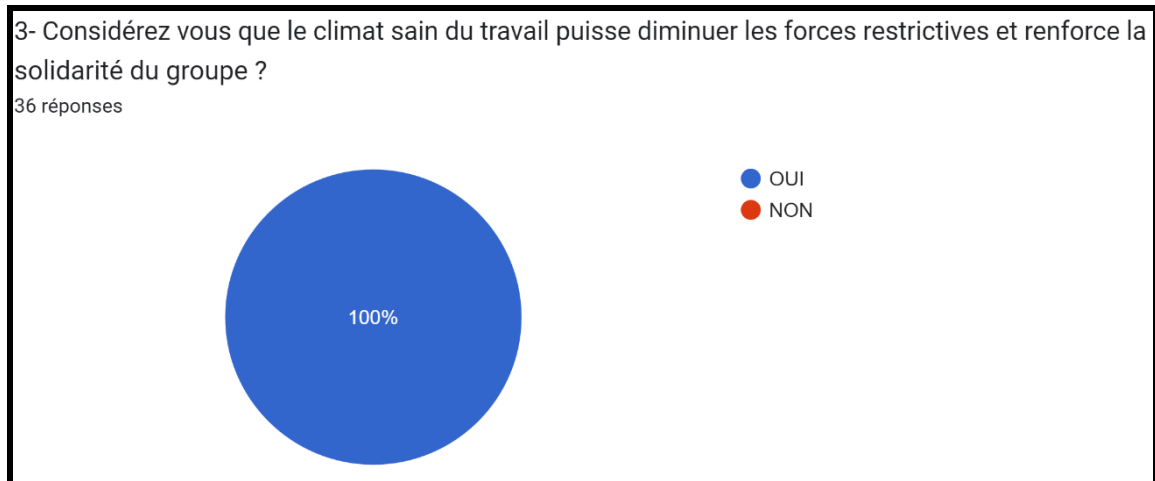


Figure 29 : Le rôle du climat de travail sain.

4. Le support offert aux destinataires (2 Questions) :

4.1 -Le taux d'utilisation du support :

Les résultats de cette question révèlent que la grande majorité des participants, soit 80,6% (n=29) n'ont pas bénéficié de support lors de l'implantation du changement. En outre, 19,4% (n=7) des participants ont signalé avoir bénéficié d'un tel soutien. (Figure 30)

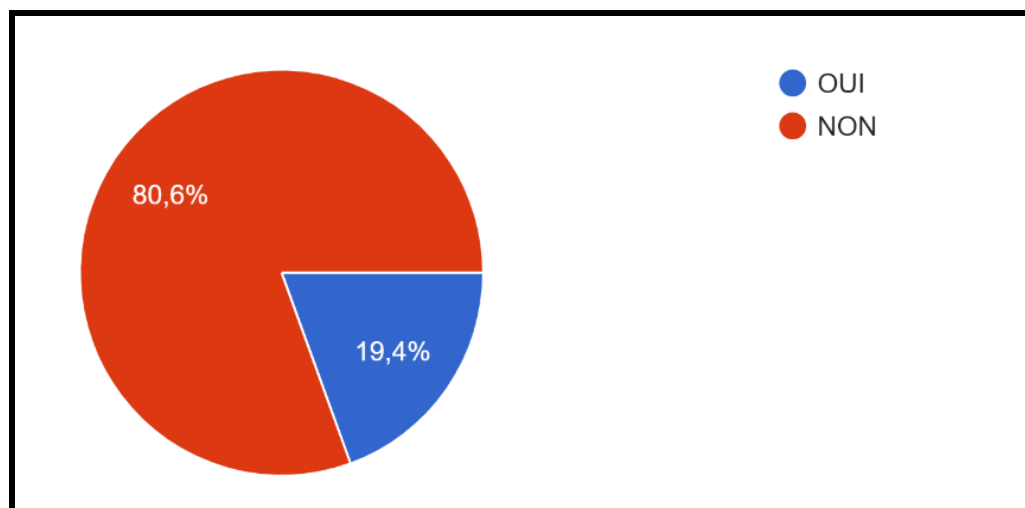


Figure 30 : Le support offert aux destinataires.

4.2 Nature des supports offerts :

Parmi les 8 participants qui ont bénéficié d'un support lors de la mise en place du changement relatif à la généralisation de la couverture médicale, tous les 8 répondants, représentant 88.9%, ont rapporté avoir bénéficié d'une formation (notamment une formation animée par la direction régionale de la CNSS). En outre, 11.1%, (un seul répondant) a déclaré l'utilisation des documents imprimés comme support, tandis qu'aucun participant n'a bénéficié du soutien d'un service de consultation et d'orientation. (Figure 31)

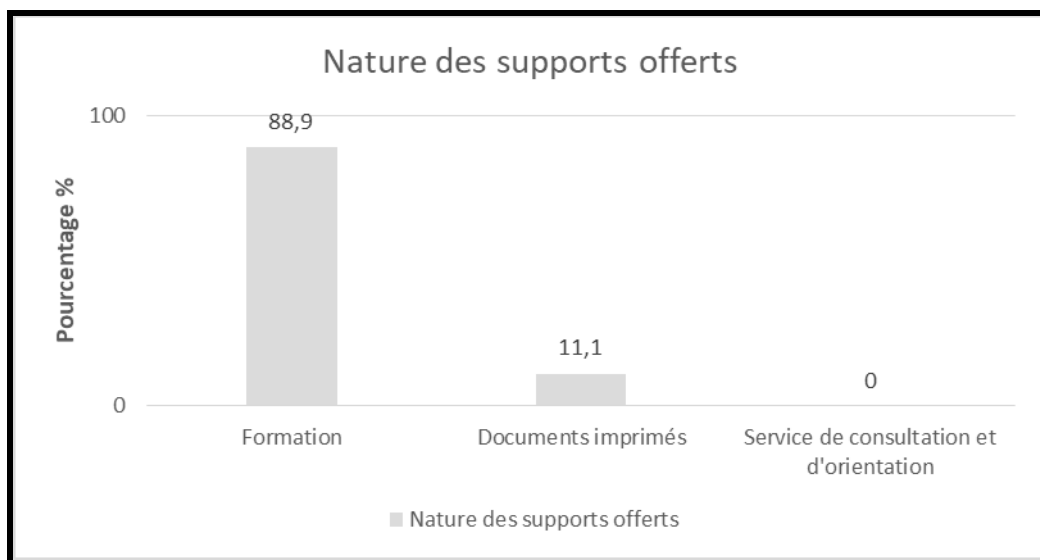


Figure 31 : Nature des supports offerts.

F- La motivation des participants (2 Questions) :

1. Niveau d'engagement des participants envers la réussite de l'initiative :

Parmi les 36 réponses recueillies, 77,8% des répondants (n=28) se disent prêts à s'engager personnellement dans la réussite de cette initiative, tandis que 22,2% des répondants (n=8) ne sont pas prêts à s'engager.

Ces résultats indiquent un fort niveau d'engagement personnel envers l'initiative. La majorité des participants sont prêts à investir de leur temps et de leurs efforts pour assurer le succès de la couverture médicale généralisée. (Figure 32)

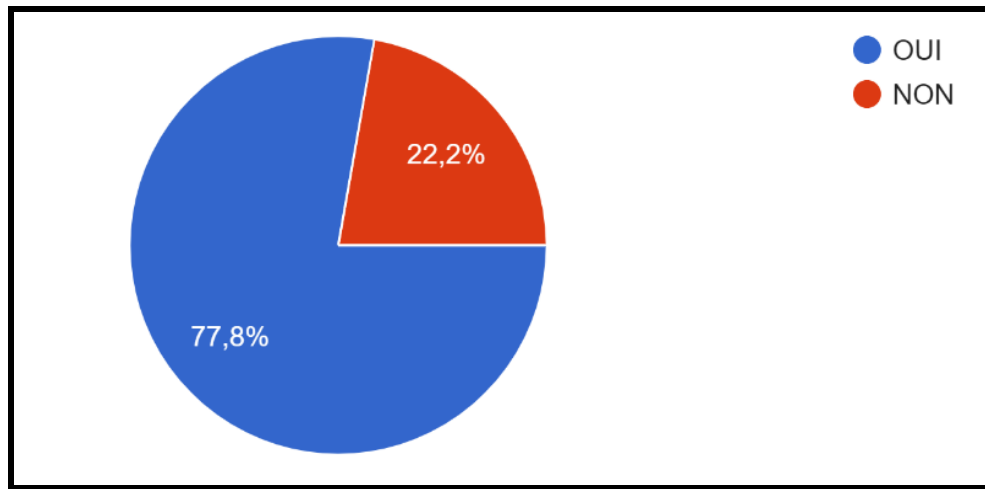


Figure 32 : Niveau d'engagement des participants.

2. Degré de motivation des participants envers la réussite de l'initiative :

Parmi les 36 réponses recueillies concernant le degré de motivation des participants :

- La majorité représentée par 58,3%, soit (n=21) se disent moyennement motivés.
- 22,2%, soit (n=8) affirment ne pas être motivés du tout.
- 19,4%, soit (n=7) se déclarent très motivés.

Cette diversité de motivations souligne la complexité des facteurs qui influencent l'engagement des employés face au changement. (Figure 33)

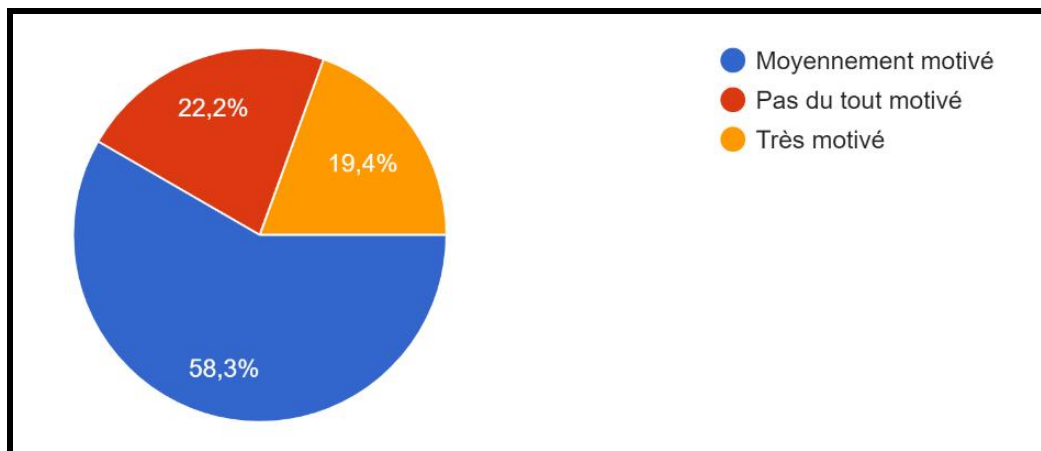


Figure 33 : Degré de motivation des participants.

3. Recommandations (4 Questions) :

3.1 Impact de la motivation extrinsèque sur la mise en place du changement :

Les résultats concernant l'impact potentiel de la motivation extrinsèque du personnel sur la mise en place du changement révèlent que :

- La grande majorité, soit 94,4% des répondants (n=34) pensent que la motivation extrinsèque aura un impact positif.
- Une minorité, soit 5,6% des répondants (n=2) ne partagent pas cet avis. (Figure 34)

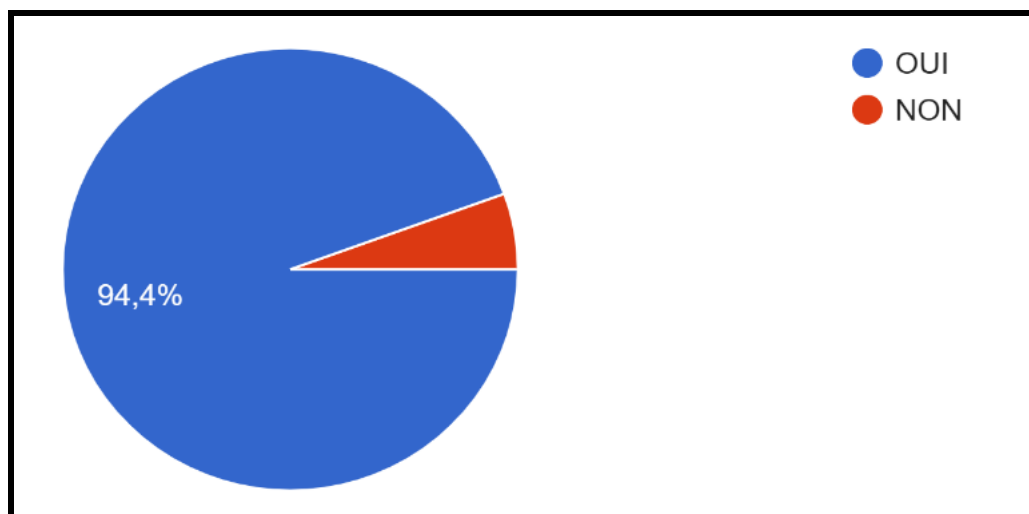


Figure 34 : Impact de la motivation extrinsèque.

3.2 Types de motivation extrinsèque :

Les données recueillies révèlent une diversité des types de motivation extrinsèque aidant à surmonter la résistance au changement dans le cadre de la généralisation de la couverture médicale. L'analyse de ces données permet de comprendre les facteurs clés qui stimulent l'engagement des employés et favorisent l'adoption du nouveau système :

- En premier lieu, 94,1 %, soit 32 participants, ont déclaré que les récompenses financières telles que les primes, les augmentations de salaire et les cotations à l'acte sont les principales sources de motivation.
- Tandis que 58,8 %, soit 20 participants, ont considéré le Feedback positif et les retours positifs encourageants de la part de leurs supérieures hiérarchiques comme un outil important de motivation.

- Ensuite, 52,9 %, soit 18 participants, ont déclaré être motivés par les opportunités de promotion, les perspectives d'avancement professionnel et l'obtenir d'un meilleur poste.
- De plus, 29,4% des répondants, soit n=10, ont signalé que les reconnaissances sociales ; telles que les éloges, les titres honorifiques et les certificats, contribuent à leur motivation.
- Enfin, 11,8% soit 4 participants, ont valorisé l'importance des récompenses matérielles, tels que les cadeaux ou les voyages. (Figure 35)

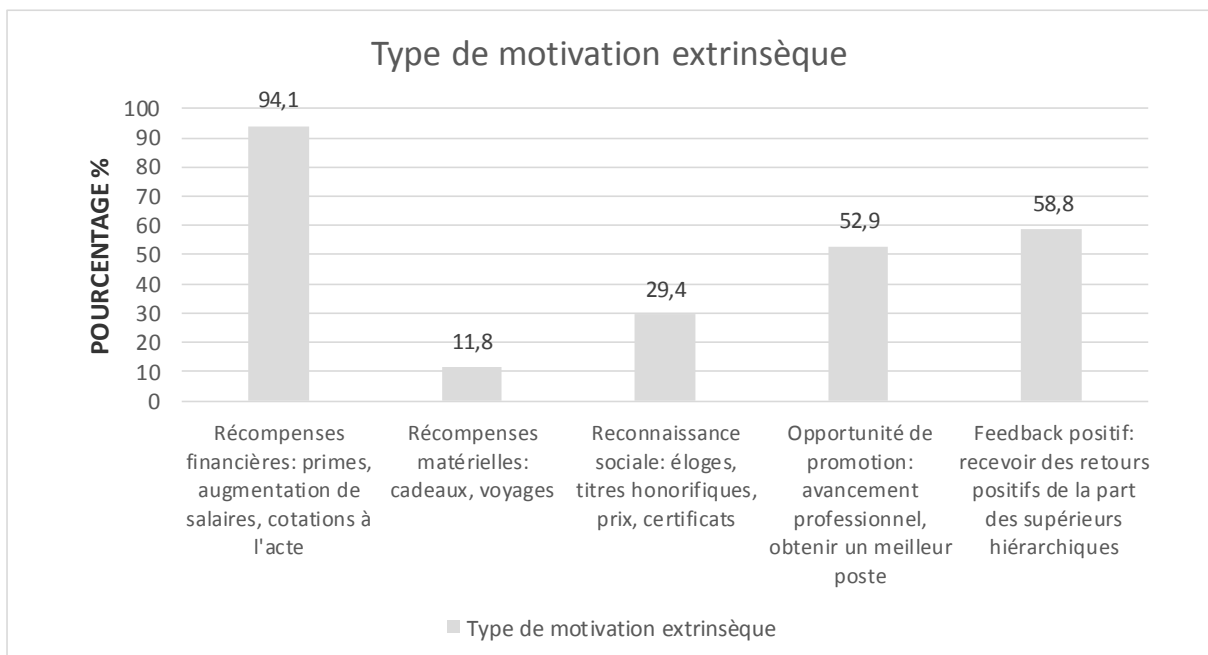


Figure 35 : Types de motivation extrinsèque.

3.3 Impact de la motivation intrinsèque sur la mise en place du changement :

Les résultats concernant l'impact potentiel de la motivation intrinsèque du personnel sur la mise en place du changement révèlent que :

- La majorité, soit 88,9% des répondants (n=32) pensent que la motivation intrinsèque aura un impact positif.
- Une minorité, soit 11,1% des répondants (n=4) ne partagent pas cet avis. (Figure 36)

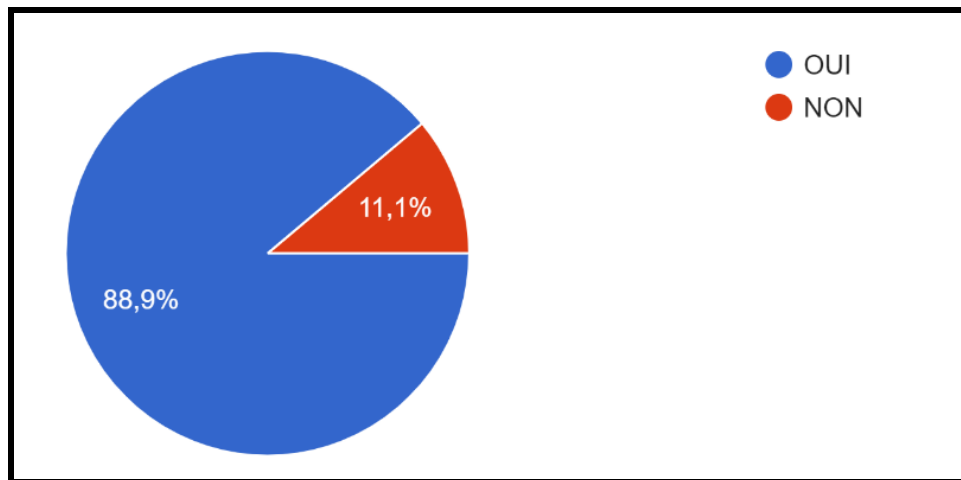


Figure 36 : Impact de la motivation intrinsèque.

3.4 Types de motivation intrinsèque :

Les données recueillies révèlent une diversité des types de motivation intrinsèque aidant à surmonter la résistance au changement dans le cadre de la généralisation de la couverture médicale. L'analyse de ces données permet de comprendre les facteurs clés qui stimulent l'engagement des employés et favorisent l'adoption du nouveau système :

- En premier lieu, 62.5 %, soit 20 participants, ont identifié le développement professionnel, notamment la formation et l'apprentissage continue de nouvelles compétences comme leur principale source de motivation intrinsèque.
- Ensuite, 59,4 %, soit 19 participants, ont considéré que la collaboration et les relations positives dans un environnement de travail sain constituent un facteur important de motivation.
- De plus, 31.3 % des participants, soit n=10, ont déclaré être motivés par l'autonomie et le contrôle sur la manière dont ils accomplissent leur travail. Cela suggère que la liberté d'action peut stimuler l'engagement et la responsabilisation des employés.
- Enfin, 21.9%, soit 7 répondants, ont trouvé leur motivation dans l'intérêt qu'ils portent à leur travail. (Figure 37)

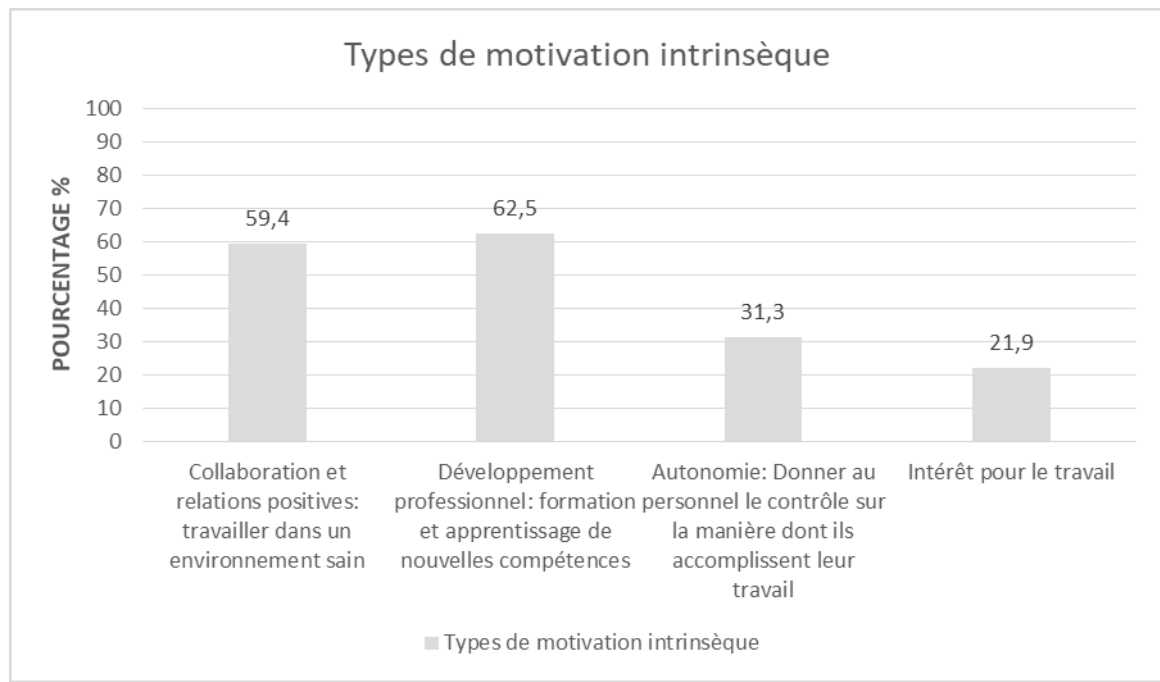


Figure 37 : Types de motivation intrinsèque.

II. ANALYSE ANALYTIQUE :

Suite à l'analyse descriptive des données, une étude analytique bivariée a été menée afin d'identifier les facteurs clés déterminant l'impact de la résistance au changement sur la mise en place de la généralisation de la couverture médicale.

Cette analyse a permis de quantifier l'influence de chaque facteur étudié sur la résistance au changement.

L'analyse statistique a été réalisée en calculant la valeur "p" de signification pour chacun des facteurs étudiés. Cette valeur permet de déterminer si l'association entre un facteur donné et la résistance au changement est statistiquement significative. Un seuil de signification de 0,05 a été utilisé. (P=0.05)

Dans notre étude, nous avons choisi d'utiliser le test du Chi-2 est utilisé pour déterminer si une relation significative existe entre deux variables catégorielles. Toutefois, en raison de la taille restreinte de notre échantillon (36 participants) et des fréquences attendues potentiellement faibles dans notre tableau de contingence, nous avons également utilisé le test exact de Fisher pour obtenir une évaluation plus précise de la signification statistique.

1. Corrélation entre le genre et la résistance au changement :

Les résultats de l'analyse du test du chi-deux, visant à étudier la relation entre le sexe des répondants et leur résistance au changement, indiquent qu'il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre ces deux variables.

En d'autres termes, la distribution des réponses concernant la résistance au changement n'est pas significativement différente entre les hommes et les femmes.

Les données révèlent que parmi les répondants de sexe féminin, seuls 5 ne sont pas résistants au changement, tandis que 18 manifestent de la résistance, ce qui donne un total de 23 réponses. De même, parmi les répondants de sexe masculin, 2 participants ne sont pas résistants, et 11 expriment leur résistance, pour un total de 13 réponses.

A noter que le seuil de signification statistique fixé à 0,05, l'analyse bi variée confirme l'absence d'une association significative entre le sexe et la résistance ($P=0.644$).

Étant donné la taille restreinte de notre échantillon, nous avons opté pour l'utiliser du test exact de Fisher dans notre analyse bivariée afin d'assurer des résultats fiables malgré les fréquences attendues potentiellement faibles dans notre table de contingence. La valeur p déduite par ce test $p=1.00$, confirme notre hypothèse initiale.

Ces résultats sont illustrés au niveau du tableau 6.

Tableau 6 : Corrélation entre le genre et la résistance au changement.

Sexe	Résistance au changement			Valeur P
	NON	OUI	TOTAL	
Femme	5	18	23	0.644 (Test du chi-2) 1.00 (Test exact de Fisher)
Homme	2	11	13	
Total	7	29	36	

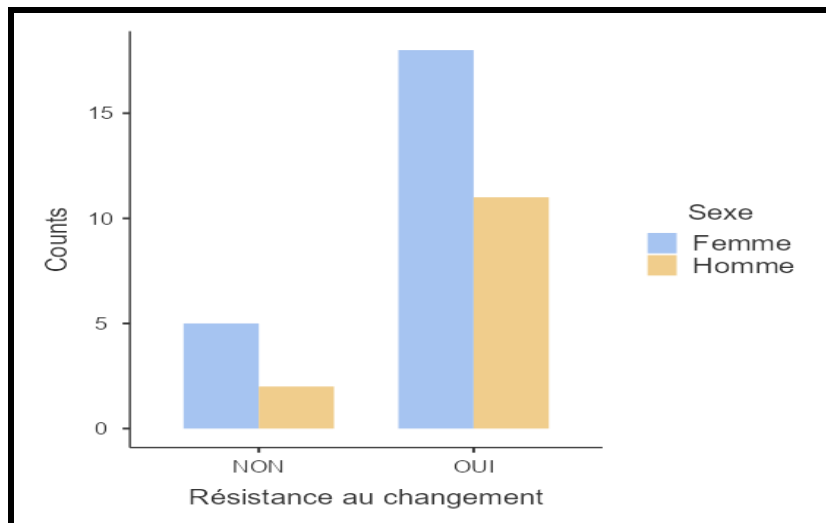


Figure 38 : Corrélation entre le sexe et la résistance au changement.

2. Corrélation entre l'âge et la résistance au changement :

- Les données révèlent que parmi les répondants âgés de moins de 30 ans, il y a 1 non résistant et 10 résistants, totalisant 11 réponses.
- Dans la tranche d'âge de 31 à 40 ans, il y a 5 non résistants et 19 résistants, totalisant 24 réponses.
- Pour les participants âgés de 41 à 50 ans, il y a 1 non résistant et aucun résistant, totalisant 1 réponse.

Les résultats d'une analyse du test du chi-deux, visant à examiner la relation entre l'âge des participants (regroupé en trois catégories : moins de 30 ans, 31-40 ans, 41-50 ans) et leur résistance au changement, indiquent une valeur $p = 0,085$ qui est légèrement supérieure au seuil de signification statistique (0,05).

En raison de la taille restreinte de notre échantillon, nous avons utilisé le test exact de Fisher dans notre analyse bivariée afin d'assurer des résultats fiables. La valeur p déduite par ce test $p = 0,183$.

Par conséquent, il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre ces deux variables. (Tableau 7, Figure 39).

Tableau 7 : Corrélation entre l'âge et la résistance au changement.

Catégorie d'âge	Résistance au changement			Valeur P
	NON	OUI	TOTAL	
Moins de 30 ans	1	10	11	0.085 (Test du chi-2) 0.183 (Test exact de Fisher)
31-40 ans	5	19	24	
41-50 ans	1	0	1	
Total	7	29	36	

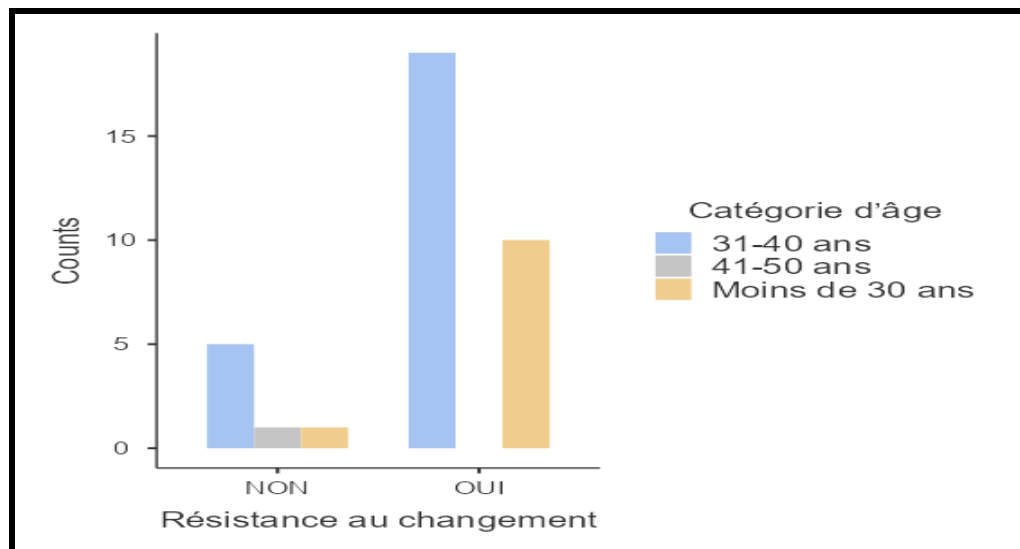


Figure 39 : Corrélation entre l'âge et la résistance au changement.

3. Corrélation entre le profil et la résistance au changement :

Tableau 8 : Corrélation entre le profil et la résistance au changement.

Le Profil	Résistance au changement			Valeur P
	NON	OUI	TOTAL	
Equipe administrative/Agent de BAF	2	9	11	0.583 (Test du chi-2) 0.592 (Test exact de Fisher)
Profil médical (Résidents)	2	13	15	
Profil Paramédical(infirmiers/infirmières)	3	7	10	
Total	7	29	36	

Les résultats illustrés dans le tableau 8, visant à étudier la relation entre le profil professionnel des répondants et leur résistance au changement, indiquent qu'il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre ces deux variables dans notre étude.

- Dans le groupe de l'équipe administrative et les agents de BAF, comprenant un total de 11 membres, parmi lesquels 9 ont manifesté une résistance au changement et 2 ont montré une absence de résistance.
- Le profil médical (résidents) se compose de 15 individus, avec 13 résistants au changement et 2 non-résistants.
- Le profil paramédical (infirmier/infirmière IDE) comprend 10 membres, parmi lesquels 7 ont exprimé une résistance au changement et 3 n'ont pas montré de résistance.

Les valeurs de p résultant du test du chi-2 ($p = 0,583$) et du test exact de Fisher ($p = 0,592$) indiquent toutes les deux une valeur de p supérieure à 0,05. Cela suggère que la répartition de la résistance au changement semble être relativement uniforme à travers tous les profils professionnels étudiés.

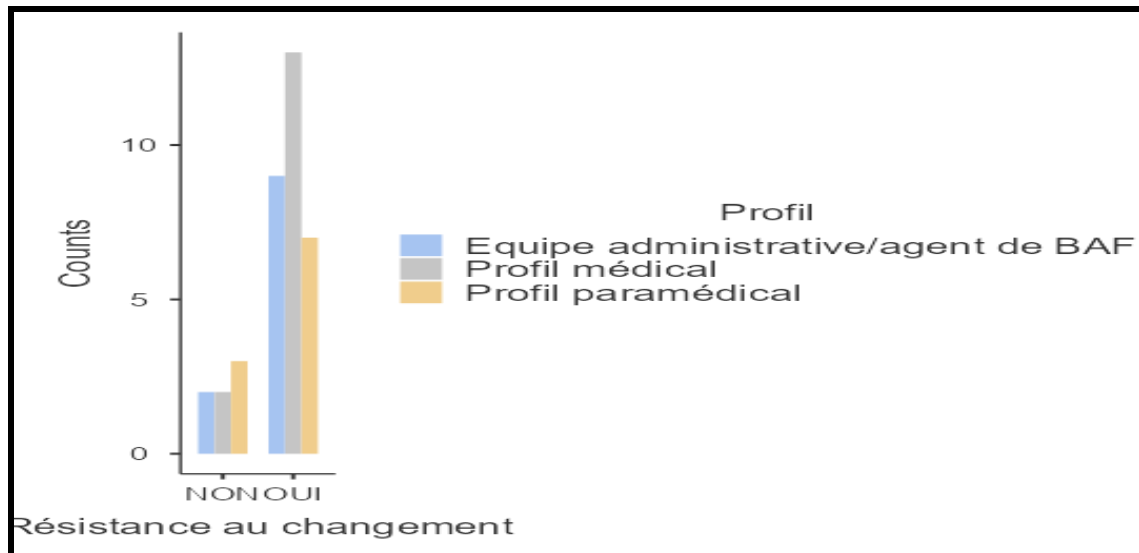


Figure 40 : Corrélation entre le profil et la résistance au changement.

4. Corrélation entre l'ancienneté et la résistance au changement :

Les résultats de l'analyse bivariée, visant à étudier la relation entre l'ancienneté des répondants et leur résistance au changement, indiquent la présence d'un lien statistiquement significatif entre ces deux variables.

Répartition par ancienneté d'exercice :

- 11-15 ans :
 - ✓ 6 répondants ont manifesté de la résistance au changement.
 - ✓ Total : 6 répondants.
- 6-10 ans :
 - ✓ Sur un total de 17 répondants, tous ont déclaré leur résistance.
- Moins de 5 ans :
 - ✓ 7 répondants ne sont pas résistants au changement.
 - ✓ 6 répondants sont résistants au changement.
 - ✓ Total : 13 répondants.

Les valeurs de p résultant du test du chi-2 ($p < 0.001$) et du test exact de Fisher ($p < 0.001$) indiquent toutes deux une valeur de p inférieure à 0,05.

En d'autres termes, selon notre étude, l'ancienneté des employés est significativement liée à leur résistance au changement.

Tableau 9 : Corrélation entre l'ancienneté et la résistance au changement.

Ancienneté	Résistance au changement			Valeur P
	NON	OUI	TOTAL	
11-15 ans	0	6	6	< 0.001 (Test du chi-2) < 0.001 (Test exact de Fisher)
6-10 ans	0	17	17	
< 5 ans	7	6	13	
Total	7	29	36	

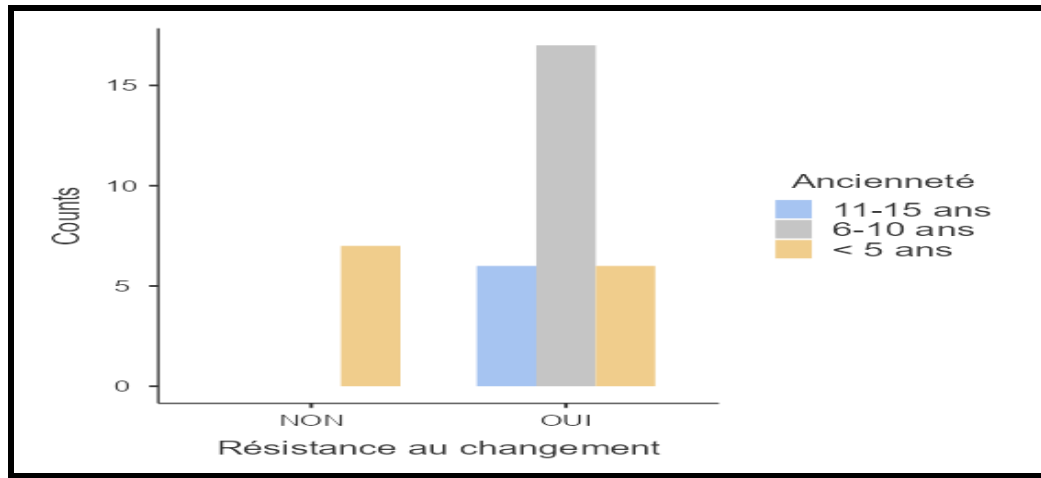


Figure 41 : Corrélation entre l'ancienneté et la résistance au changement.

5. Corrélation entre le niveau de connaissance du changement et la résistance :

Tableau 10 : Corrélation entre le niveau de connaissance du changement et la résistance.

Niveau de connaissance du changement	Résistance au changement			Valeur P
	NON	OUI	TOTAL	
Modérément au courant	0	26	26	<p>< 0.001 (Test du chi-2) < 0.001 (Test exact de Fisher)</p>
Pas du tout au courant	0	3	3	
Très au courant	7	0	7	
Total	7	29	36	

Les résultats illustrés dans le tableau 10, visant à étudier la relation entre le niveau de connaissance des répondants et leur résistance au changement, indiquent l'existence d'un lien statistiquement significatif entre ces deux variables dans notre étude.

- Tous les 26 répondants ayant un niveau de connaissance modéré ont exprimé une résistance au changement.
- Les 3 participants ayant un faible niveau de connaissance ont tous déclaré leur résistance.

- Aucun des 7 répondants ayant un très haut niveau de connaissance du changement, n'a manifesté de résistance.

Les valeurs de p obtenues à la fois par le test du chi-2 ($p < 0.001$) et le test exact de Fisher ($P < 0.001$) indiquent toutes deux une valeur inférieure au seuil de signification fixé à 0,05.

Ces résultats suggèrent la présence d'une relation statistiquement significative entre la résistance au changement et le niveau initial de connaissance des répondants. (Figure 42)

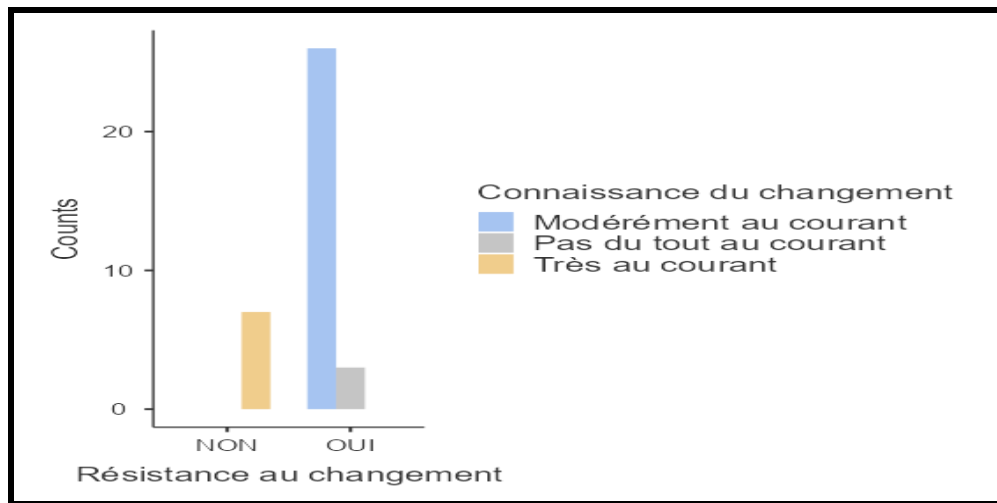


Figure 42 : Corrélation entre le niveau de connaissance du changement et la résistance.

6. Corrélation entre le temps consacré aux procédures administratives et la résistance au changement :

Les résultats de l'analyse bivariée, visant à étudier la relation entre le temps consacré à régler les procédures administratives liées à la généralisation de la couverture médicale et la résistance au changement, indiquent qu'il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre ces deux variables.

Répartition par Temps consacré :

- 1-3 heures :
 - ✓ 1 seul répondant n'a pas exprimé de résistance au changement.
 - ✓ 12 répondants ont manifesté de la résistance.
 - ✓ Total : 13 répondants.
- 4-6 heures :
 - ✓ Les 4 répondants ont manifesté tous une résistance au changement.

✓ Total : 4 répondants.

- < 1 heure :

✓ 6 répondants n'ont pas exprimé de résistance au changement.

✓ 13 répondants ont exprimé leur résistance.

✓ Total : 19 répondants.

Les valeurs de p résultant du test du chi-2 ($p = 0.142$) et du test exact de Fisher ($p = 0.231$) indiquent toutes les deux une valeur de p supérieure à 0,05. Cela suggère qu'il n'y a pas de relation statistiquement significative entre le temps consacré à régler les procédures administratives liées à la généralisation de la couverture médicale et la résistance au changement.

En d'autres termes, la charge de travail créée par cette généralisation ne semble pas influencer de manière significative leur résistance au changement, selon notre étude. (Tableau 11)

Tableau 11 : Corrélation entre le temps consacré aux procédures administratives et la résistance au changement.

	Résistance au changement			
Temps consacré aux procédures administratives	NON	OUI	TOTAL	Valeur P
1-3 heures	1	12	13	0.142 (Test du chi-2) 0.231 (Test exact de Fisher)
4-6 heures	0	4	4	
< 1 heure	6	13	19	
Total	7	29	36	

7. Corrélation entre la satisfaction de la communication et la résistance au changement :

On a constaté la présence d'une relation statistiquement significative entre la satisfaction des communications et la résistance au changement.

La valeur $p < 0.001$, déduite à la fois par le test chi-2 et le test exact de Fisher, est inférieure au seuil de signification statistique fixé à 0,05.

Parmi les 36 répondants :

- Les 7 répondants qui ont exprimé leur satisfaction en regard des communications sont tous non résistants au changement.

- Tandis que les 29 participants non satisfaits des communications ont tous exprimé leur résistance.

En d'autres termes, la communication entre les différents profils impliqués et participants à la généralisation de la couverture médicale influence de manière significative leur résistance au changement, selon notre étude. (Tableau 12, Figure 43)

Tableau 12 : Corrélation entre la satisfaction des communications et la résistance au changement.

La satisfaction des communications	Résistance au changement			Valeur P
	NON	OUI	TOTAL	
NON	0	29	29	< 0.001 (Test du chi-2) < 0.001 (Test exact de Fisher)
OUI	7	0	7	
Total	7	29	36	

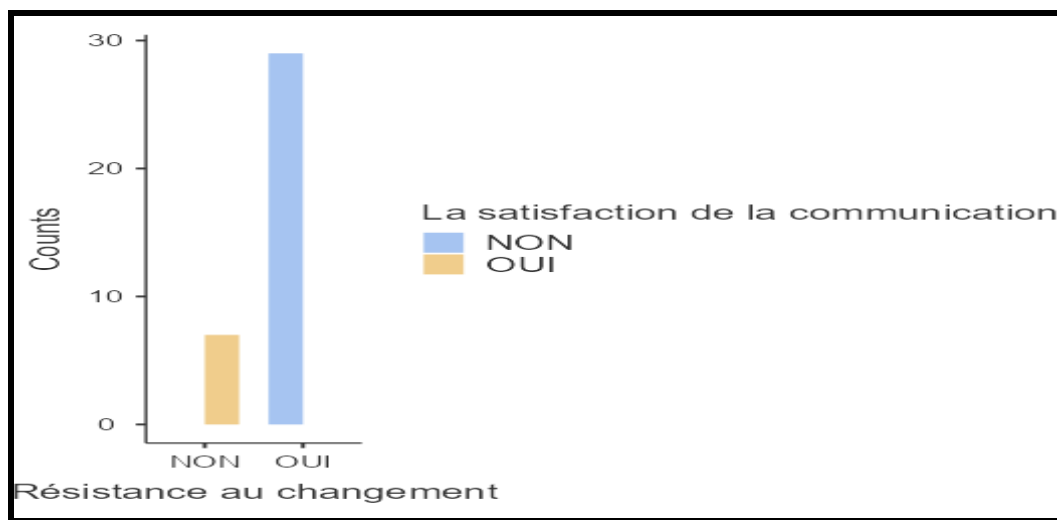


Figure 43 : Corrélation entre la satisfaction des communications et la résistance au changement

8. Corrélation entre l'implication au changement et la résistance :

Les résultats de l'analyse bivariée, visant à étudier la relation entre l'implication des répondants à la mise en place de la généralisation de la couverture médicale et leur résistance au changement, indiquent qu'il y a un lien statistiquement significatif entre ces deux variables.

Répartition selon l'implication au changement :

- Participants impliqués :
 - ✓ 7 répondants n'ont pas manifesté de résistance.
 - ✓ Total : 7 répondants.
- Participants non impliqués :
 - ✓ Les répondants ont manifesté tous une résistance au changement.
 - ✓ Total : 29 répondants.

La valeur de p résultant du test du chi-2 et du test exact de Fisher ($p < 0.001$) est inférieure au seuil fixé à 0,05.

En d'autres termes, l'implication des participants dans la mise en place du changement concernant la généralisation de la couverture médicale influence de manière significative leur résistance, selon notre étude. (Tableau 13, Figure 44)

Tableau 13 : Corrélation entre l'implication des participants et la résistance au changement.

L'implication des participants	Résistance au changement			Valeur P
	NON	OUI	TOTAL	
NON	0	29	29	< 0.001 (Test du chi-2) < 0.001 (Test exact de Fisher)
OUI	7	0	7	
Total	7	29	36	

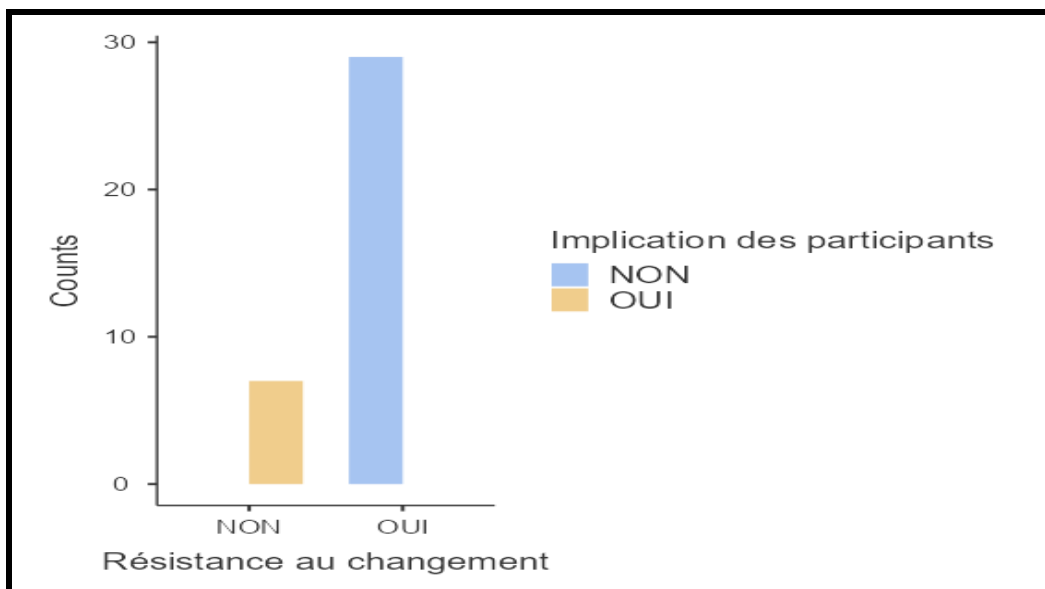


Figure 44 : Corrélation entre l'implication des participants et la résistance au changement.

9. Corrélation entre la présence d'une équipe ou Leadership responsable de la mise en place du changement et la résistance :

Les résultats d'une analyse du test du chi-deux, visant à examiner la relation entre la présence d'une équipe ou Leadership responsable de la mise en place du changement et la manifestation de la résistance, indiquent une valeur $p = 0,766$ qui est légèrement supérieure au seuil de signification statistique (0,05).

La valeur du test exacte de Fisher $p = 1.00$ et également supérieur à 0.05, confirmant l'hypothèse initiale.

Parmi les 36 répondants :

- 32 répondants qui ont déclaré l'absence d'une équipe ou Leadership responsable à la mise en place du changement, il y en a 26 participants qui ont exprimé leur résistance, ainsi que 6 répondants n'ont pas exprimé de résistance.
- Tandis que les 4 participants qui ont déclaré la présence d'une équipe ou Leadership responsable à la mise en place du changement, 3 répondants ont exprimé leur résistance et un seul participant n'a manifesté aucune résistance.

Ces résultats suggèrent l'absence de relation statistiquement significative entre la manifestation de la résistance et la présence d'une équipe ou Leadership responsable de la mise en place du changement, selon notre étude. (Tableau 14)

Tableau 14 : Corrélation entre la présence d'une équipe ou Leadership et la résistance au changement.

Présence d'une équipe ou Leadership	Résistance au changement			Valeur P
	NON	OUI	TOTAL	
NON	6	26	32	0.766 (Test du chi-2) 1.00 (Test exact de Fisher)
OUI	1	3	4	
Total	7	29	36	

10. Corrélation entre le recours au support et la résistance au changement :

Tableau 15 : Corrélation entre le recours au support et la résistance au changement.

Recours au support	Résistance au changement			Valeur P
	NON	OUI	TOTAL	
NON	0	29	29	< 0.001 (Test du chi-2) < 0.001 (Test exact de Fisher)
OUI	7	0	7	
Total	7	29	36	

Les résultats illustrés dans le tableau 15, visant à étudier la relation entre le recours au support et la résistance au changement, indiquent la présence d'un lien statistiquement significatif entre ces deux variables dans notre étude.

- Participants bénéficiant d'un support :
 - ✓ 7 répondants n'ont pas manifesté de résistance.
 - ✓ Total : 7 répondants.
- Participants ne bénéficiant pas d'un support :
 - ✓ Les répondants ont manifesté tous une résistance au changement.
 - ✓ Total : 29 répondants.

Les valeurs de p résultant du test du chi-2 et du test exact de Fisher ($p < 0.001$) sont toutes les deux inférieures au seuil fixé à 0,05.

Ces résultats suggèrent la présence d'une relation statistiquement significative entre la résistance au changement et le recours à un support d'aide. **(Figure 45)**

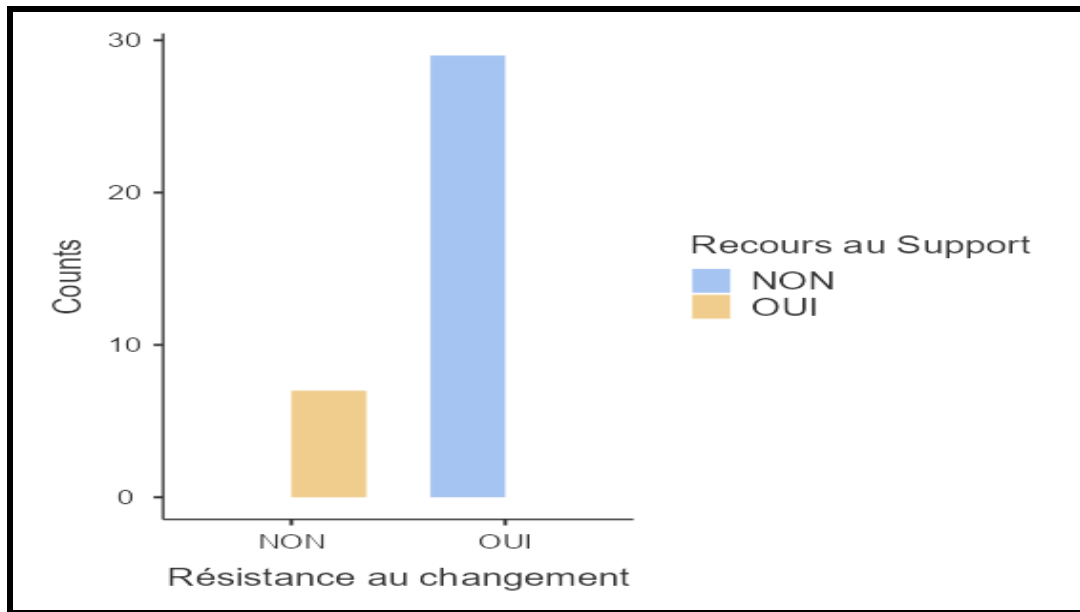


Figure 45 : Corrélation entre le recours au support et la résistance au changement.

11. Corrélation entre le degré de motivation et la résistance au changement :

On a constaté la présence d'une relation statistiquement significative entre le degré de motivation des participants et leur résistance au changement.

Les valeurs de p résultant du test du chi-2 et du test exact de Fisher ($p < 0.001$) sont inférieures au seuil de signification fixé à 0,05.

Parmi les 36 répondants :

- Les 7 répondants qui ont déclaré un degré élevé de motivation n'ont manifesté aucune résistance au changement.
- Les 8 participants ayant déclaré une absence de motivation sont tous résistants.
- Tandis que les 21 participants ayant un degré modéré de motivation ont tous exprimé leur résistance au changement.

En d'autres termes, la motivation des répondants face au changement influence de manière significative leur résistance, selon notre étude. (Tableau 16, Figure 46)

Tableau 16 : Corrélation entre le degré de motivation et la résistance au changement.

Le degré de motivation	Résistance au changement			Valeur P
	NON	OUI	TOTAL	
Moyennement motivé	0	21	21	< 0.001 (Test du chi-2)
Très motivé	7	0	7	
Pas du tout motivé	0	8	8	
Total	7	29	36	< 0.001 (Test exact de Fisher)

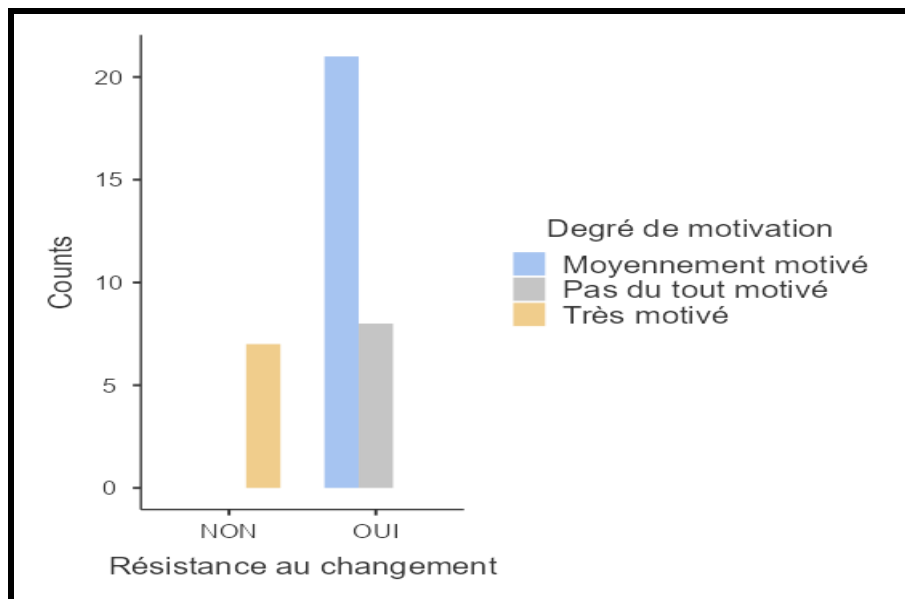


Figure 46 : Corrélation entre le degré de motivation et la résistance au changement.



DISCUSSION



À notre connaissance, notre travail constitue la première étude au Maroc visant à analyser les contraintes liées à la généralisation de la couverture médicale au CHU Mohammed VI. Cette enquête étudie la résistance au changement chez trois catégories des participants : les résidents, les infirmiers IDE du service maxillo-facial de l'hôpital IBN-TOFAIL, et le personnel de la facturation (BAF et administration).

Pour mener cette étude, nous avons distribué un questionnaire anonyme auto-administré en format papier après avoir visité leurs lieux de travail.

A-Généralités et définitions :

I. La GENERALISATION DE LA COUVERTURE MEDICALE :

1. Définition de la CSU :

Selon l'OMS, la couverture sanitaire universelle (CSU) signifie la capacité de tous les citoyens à accéder aux services de santé préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont ils ont besoin, où et quand ils en ont besoin, sans rencontrer de contraintes financières. [1]

L'Organisation internationale du travail (OIT) définit la CSU comme "une couverture de sécurité sociale qui permet à tous les individus et à leurs familles d'accéder aux soins de santé dont ils ont besoin, sans subir de difficultés financières". [6]

La couverture sanitaire universelle (CSU) a obtenu le consensus de la communauté en tant que sous-objectif du Programme de développement durable adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2015. Cette nouvelle réforme vise à assurer un accès équitable aux soins de santé et à réduire, voire éliminer, l'appauvrissement des populations engendré par les dépenses de santé non couvertes.[7]

Les objectifs de la CSU reposent principalement sur l'amélioration de l'état de santé des individus, ce qui affecte leur bien-être. Cet impact positif se répercute indirectement sur l'ensemble de la société, contribuant ainsi au développement, comme l'indique l'indice du développement humain IDH. Cela est assuré par l'accessibilité des services de santé, et les coûts

abordables, ce qui stimule la croissance économique du pays. En outre, la CSU permet aux états de satisfaire l'obligation du droit international à la santé sur une base non discriminatoire.[8]

La Déclaration d'Alma Ata [9] marque une orientation politique visant à dépasser l'idée d'une santé réservée aux élites et à promouvoir une approche participative impliquant la collaboration avec les communautés pour offrir des soins de santé primaires. Cette nouvelle dynamique est identifiée sous le terme « santé mondiale » (global health), défini par (Koplan et al 2009): « *an area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide* ». [10]

2. Les grandes étapes de la généralisation de l'assurance maladie dans le monde :

La couverture médicale occupe une place primordiale dans la vie des populations, constituant un pilier essentiel de la santé et du bien-être individuel et collectif.

L'organisation des systèmes d'assurance santé est profondément influencée par l'histoire de chaque pays, façonné par son contexte social, économique, politique et culturel.

a) L'histoire de la couverture médicale :

L'idée de la couverture médicale a des racines profondes dans l'histoire humaine, évoluant en réponse des besoins sociaux, économiques et politiques de diverses sociétés.

Bien avant l'émergence des systèmes d'assurance maladie modernes, des formes d'assistance et de prévoyance existaient déjà :

- **Antiquité et moyen âge :**

Dans des sociétés anciennes telles que l'Égypte et la Grèce antiques, les pratiques médicales communautaires, éloignées des systèmes modernes, reposaient souvent sur la charité et la bienfaisance. Les premières formes d'assistance aux malades étaient administrées par des entités religieuses ou philanthropiques.

Avec la révolution industrielle, les conditions de vie des travailleurs se détérioraient, menant à une prise de conscience accrue des besoins en matière de soins de santé.

- **XVII -ème siècle : en 1673**, création par Jean-Baptiste Colbert, un ancien principal ministre d'État de France, de la Caisse des Invalides de la Marine. Il s'agissait d'un système

de pension de retraite destiné aux marins blessés ou invalides de la marine royale française. [11]

- **XVIII –ème siècle et XIX –ème siècle :**

- **En 1881–1889**, l'Allemagne, sous la direction d'Otto von Bismarck, ministre-président du royaume de Prusse, introduit le premier système complet d'assurances maladie obligatoires pour les travailleurs, financées par des cotisations salariales et patronales.[11]
- **La loi du 8 avril 1898 en France**, cette loi a instauré un système de responsabilité civile objective pour les accidents du travail, où l'employeur est automatiquement responsable des accidents du travail, indépendamment de toute faute.[11]

- **XX –ème siècle :**

- **1911, au Royaume-Uni** : « National Insurance Act », est une [loi votée par le parlement britannique](#), qui a instauré un système national d'assurance visant à protéger les travailleurs contre la perte de revenu liée à la maladie ou au chômage.[12]
- **1935, les Etats-Unis** : La première reconnaissance juridique du terme sécurité sociale « Social Security », sous la présidence du Franklin Delano Roosevelt.[11]
- **1945, en FRANCE** : Lord William Beveridge, économiste britannique, a développé des travaux ayant comme principe l'universalité de la protection sociale par généraliser la couverture à toute la population.[13]

Les ordonnances historiques des 4 et 19 octobre 1945 : le gouvernement du Général de Gaulle a créé la sécurité sociale par le biais de deux ordonnances[14]. Celles-ci ont été préparées par Alexandre Parodi, le premier ministre du Travail et de la protection sociale en France. [15]

La première ordonnance du 4 octobre a instauré un régime général de sécurité sociale pour les travailleurs et leur famille, mais elle ne couvrait que les salariés de l'industrie et du commerce, à l'exception de ceux déjà protégés par un régime préexistant et des travailleurs indépendants. Pour pallier ces exclusions, l'ordonnance du 19 octobre a introduit une assurance volontaire complémentaire

par cotisation, ouverte à tous ceux qui n'étaient pas affiliés au régime général obligatoire. [13]

- **1948, au Royaume-Uni** : Le « National Health Service (NHS) » a été créé. Ce système de santé britannique, fondé après la seconde guerre mondiale, offre l'accès gratuit aux soins pour tous les résidents du Royaume-Uni. Il se repose sur trois principes fondamentaux : l'universalité, la gratuité pour l'utilisateur, et des soins complets, financé par l'impôt.[16]
- **1965, aux États-Unis** : Lyndon B. Johnson, l'ancien président, a insaturé un programme fédéral d'assurance santé nommé « Medicare », destiné exclusivement aux personnes âgées de 65 ans et plus, ainsi qu'aux personnes de moins de 65 ans atteintes de certaines incapacités. Le programme « Medicaid » a été également insaturé en 1965. Co-financé par le gouvernement fédéral et les États, ce programme est destiné aux individus et aux familles à faibles revenus.[17] [18]
- **1957–1966 à Canada** : Le système canadien actuel d'assurance-santé résulte de plusieurs décennies d'évolution. En 1957, la « Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques » a été adoptée, fournissant une couverture pour les soins hospitaliers. En 1966, la « Loi sur les services médicaux » a été introduite, établissant un système de couverture médicale universelle financé par les impôts pour tous les citoyens.[19]

b) **La couverture médicale universelle : Généralisation de l'assurance maladie**

• **XXI –ème siècle :**

L'adoption de la couverture maladie universelle est devenue un objectif politique majeur dans de nombreux pays.

- **En 2015**, les Nations Unies ont adopté les objectifs de développement durable ODD, incluant l'objectif de couverture sanitaire universelle (CSU) à l'horizon 2030. Cet objectif vise à surmonter les inégalités en matière de santé. [20] [21]

Selon les dernières données, au moins 4,5 milliards de personnes – plus de la moitié de la population mondiale – ne sont pas entièrement couvertes par les services de santé essentiels.[21]

Cela souligne le défi continu pour les gouvernements et les organisations de santé publique à travers le monde pour atteindre l'objectif de la CSU et surmonter les inégalités en matière de santé.

3. Le système de la couverture médicale marocain :

c) Aperçu sur l'histoire de la couverture médicale de base au Maroc :

L'article 22 de la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948) affirme que « *Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité...* »[22]

Depuis son indépendance, le Maroc s'est engagé à instaurer une couverture sociale pour l'ensemble de ses citoyens.

Durant la période du protectorat, les fonctionnaires français ont créé des sociétés de secours mutuels [23] :

- Mutuelle de la Police en 1919.
- Mutuelle des douanes et impôts indirects en 1928.
- Œuvres de mutualités des fonctionnaires et agents assimilés du Maroc (OMFAM) en 1929.
- Mutuelle des postes, téléphone et télécommunications en 1946.
- En 1930, la création de la Caisse Marocaine de Retraite (CMR) par le Dahir du 1er mars 1930.[19]
- Mutuelle générale des personnels des administrations publiques (MGPAP) en 1946.
- Ces organisations se sont fédérées en 1950 dans la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale (CNOPS). [24]

Après l'indépendance, le Maroc a consolidé son secteur mutualiste grâce à l'émergence de nouveaux intervenants :

- Mutuelle des Forces Armées Royales (MFAR) en 1958.

- Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) en 1963.
- Mutuelle des forces auxiliaires (MFA) en 1976.
- La création de la CNSS (Caisse Nationale de la Sécurité Sociale) en 1959 a marqué le développement de la branche assurance-maladie pour les salariés du secteur privé. [24]

Conformément aux orientations royales axées sur le développement social et fondées sur la cohésion sociale et la solidarité, l'amélioration du niveau de santé demeure une composante essentielle de la politique nationale. C'est pourquoi le projet de la Couverture Médicale de Base (CMB) au Maroc a suscité l'engagement politique au plus haut niveau de l'État.

À cet égard, une revue de littérature retrace les différentes étapes historiques que le Maroc a franchies pour établir son système actuel de couverture médicale :

- De 1990 à 1992, élaboration des avants lois relatifs à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).[25]
- En 1993, lors du Discours du Trône, Sa Majesté le Roi Hassan II annonce les principes de la Couverture Médicale de Base (CMB). [25]
- En 1995, un projet de loi instaurant l'AMO est approuvé par le Gouvernement, Cependant, il n'a pas été mis en œuvre car il excluait la prise en charge des indigents.[25]
- De 1996 à 1997, le projet est soumis à l'examen de la commission interministérielle chargée de traiter des questions de couverture médicale découlant du dialogue social. [25]
- Le système actuel repose sur la loi n° 65-00 [2], codifiant la couverture médicale de base, promulguée par le dahir n° 1-02-296 du 3 octobre 2002. Cette loi s'articule autour de six principes fondamentaux : l'obligation d'assurance, l'universalité, l'équité, la solidarité, l'interdiction de toute forme de discrimination et l'interdiction de la sélection des risques liés à la maladie. [26]
- 18 août 2005, entrée en vigueur de l'AMO (L'assurance maladie obligatoire).[26]
- 04 novembre 2008 lancement de l'expérience pilote du RAMED.[25]
- 13 mars 2012 lancement de la généralisation du RAMED.[25]

Ainsi, le Maroc a entrepris un processus continu de réforme et de développement de son système de protection sociale, visant à assurer la justice sociale. Cet engagement s'est traduit par l'inscription de droit aux soins de santé et à la protection sociale dans la Constitution marocaine de 2011 [23] : « *L'État, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens à disposition pour faciliter l'égal accès des citoyennes et des citoyens aux conditions leur permettant de jouir des droits aux soins de santé, à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'État* ». Article 31. [27]

d) Système de protection sociale au Maroc :

Pour décrire le système de protection sociale au Maroc, il est utile de comprendre les deux principaux modèles de protection sociale dans le monde :

- ✓ Le premier modèle, appelé « système Bismarckien », tire son nom de Bismarck, chancelier allemand. Il repose sur la logique de l'assurance. Cela signifie que les personnes concernées, les assurés, doivent cotiser selon des critères variables afin de bénéficier des prestations sociales. Ce modèle repose sur une assurance obligatoire destinée à une population active, notamment les travailleurs et les ouvriers. [28]
- ✓ Le deuxième modèle, appelé « système Beveridgien », tire son nom de Beveridge, économiste britannique. IL suit une logique d'assistance et repose principalement sur les impôts, dans une forme de solidarité qui verse des prestations aux individus qui en ont besoin. Contrairement au premier modèle, le système beveridgien vise à couvrir l'ensemble de la population. [28]

Dans cette optique, le régime marocain de protection sociale garantit une couverture aux travailleurs des secteurs public et privé pour divers risques tels que la maladie, la maternité, l'invalidité, la vieillesse, le décès, les accidents du travail et les maladies professionnelles, tout en offrant des prestations familiales. L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) illustre le modèle Bismarckien, tandis que le Régime d'Assistance Médicale aux Personnes Economiquement Démunies (RAMED) représente un exemple du modèle Beveridgien. [29]

✓ Le régime d'assurance maladie obligatoire « AMO » :

Repose sur la solidarité entre les cotisants, incluant les assurés du secteur privé et les agents publics. Il vise à fournir une couverture médicale à la population solvable. [30]

La gestion financière de l'AMO repose sur les cotisations des assurés.

Ce régime est basé sur le principe d'assurance maladie au profit des salariés du secteur public et privé ainsi que pour les étudiants.

Sa gestion est confiée à deux organismes gestionnaires : la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNOPS) pour le secteur public, et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour le secteur privé. [31]

✓ Le régime d'assistance médicale aux économiquement démunis « RAMED » :

Est basé sur l'assistance sociale et vise à assurer une couverture médicale à 8,5 millions de personnes, (soit 28% de la population), en soutien aux plus démunis. [30]

Le financement du régime RAMED provient du budget régulier du ministère de la Santé, des contributions des collectivités territoriales, ainsi que la contribution de la population éligible ou vulnérable.[32]

La gestion du RAMED est confiée à l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM), qui est également responsable de la régulation générale de l'assurance maladie.[32]

PRESENTATION DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE (CSU)
ORGANISATION ET CADRAGE DE LA COUVERTURE MÉDICALE DE BASE (CMB)

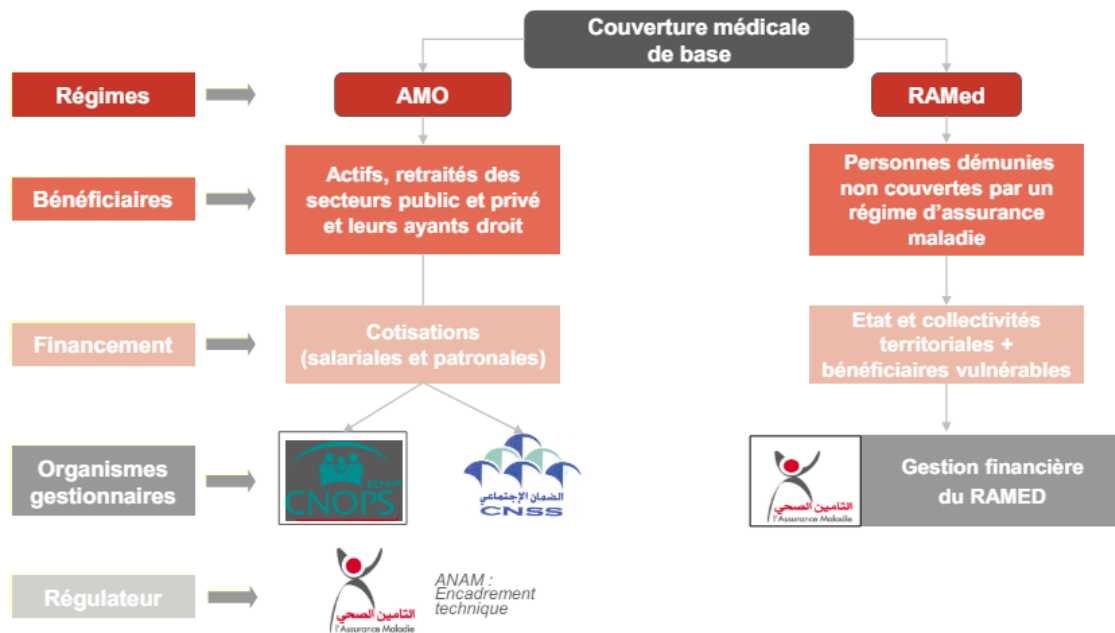


Figure 47 : Organisation et cadrage de la CMB. [33]

e) **Généralisation de la couverture médicale au Maroc :**

Sa Majesté le Roi Mohammed VI a exprimé une vision ambitieuse pour relever les défis sociaux auxquels le Maroc est confronté. Lors de son discours annuel prononcé à l'occasion de l'anniversaire de son accession au trône le 29 juillet 2020, le Roi Mohammed VI a annoncé une réforme globale du système de protection sociale [6] : « ... Nous considérons que le moment est venu de lancer, au cours des cinq prochaines années, le processus de généralisation de la couverture sociale au profit de tous les Marocains. Nous préconisons le déploiement progressif de cette opération à partir du mois de janvier 2021, selon un programme d'action précis. Celui-ci devra porter, en premier lieu, sur la généralisation de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et des allocations familiales. Il sera ensuite étendu aux autres couvertures sociales que sont la retraite et l'indemnité pour perte d'emploi. Pour qu'il profite directement et pleinement aux bénéficiaires, ce projet requiert une réforme rigoureuse des systèmes et programmes sociaux déjà en place, notamment à travers l'opérationnalisation du Registre social unifié (RSU). » [34]

En avril 2021, ces orientations royales ont été concrétisées par le Gouvernement du Maroc à travers la Loi Cadre n° 09-21 sur la généralisation de la protection sociale.[32]

Ce projet, prévu sur une période de cinq ans, de 2021 à 2025, nécessite des réformes touchant les institutions existantes, les structures organisationnelles, les systèmes de gestion et les mécanismes de financement des établissements hospitaliers.

Sans un système de santé efficient, le chantier de la généralisation de la protection sociale serait voué à l'échec. Les structures hospitalières du secteur public auront des difficultés à répondre à ces nouvelles exigences. [31]

II. Contraintes de Généralisation de la couverture médicale au Maroc :

La généralisation de la couverture médicale au Maroc constitue une avancée majeure et significative vers une société plus équitable. Cependant, cette ambition rencontre de nombreux obstacles qu'il est crucial d'examiner pour garantir le succès de cette réforme. Parmi les principales contraintes, on peut citer :

1. Défis financiers :

Un des défis majeurs pour le Maroc auxquels le Maroc est confronté est celui de la croissance économique. Malgré le pays ait connu une croissance stable au cours des dernières années, il est impératif d'évaluer si cette croissance sera suffisante pour supporter le financement de la généralisation de la protection sociale. [31]

Cependant, l'extension de la protection sociale à l'ensemble des citoyens entraînera inévitablement une augmentation de la demande de soins au sein des structures hospitalières. Pour répondre à cette demande, il sera impératif de mettre en place un système de financement adéquat qui garantisse la pérennité financière des établissements hospitaliers. [31]

En outre, étant donné que le projet de la généralisation de la CMB s'étale sur une période de 5 ans, il est essentiel de s'assurer que le financement soit durable, garantissant ainsi la viabilité financière à long terme. [23]

Le financement du secteur public de la santé au Maroc repose sur deux sources principales : interne et externe.

La source interne provient du budget national du ministère de la Santé, qui a connu un pic de financement entre 1960 et 1964 suite à une conférence présidée par SM le roi Mohammed VI en avril 1959. Ce budget (estimé à 23,5 milliards de dirhams en 2022) alloué par l'Etat ne dépasse pas les 6% alors que l'OMS recommande qu'au minimum de 15% du budget général soit consacré au secteur de la santé. [35]

La source externe de financement inclut les dons et les emprunts internationaux, principalement accordés par des institutions telles que la Banque mondiale, la Banque européenne d'investissement, l'OMS et l'UNICEF, visant à renforcer et pérenniser le système de santé marocain. [31]

L'ouverture du secteur de la santé aux investissements privés et étrangers est également une stratégie adoptée pour diversifier les sources de financement. Cependant, il est important de souligner que les dépenses directes des ménages constituent la principale source de financement de la santé au Maroc, représentant environ 51 % des dépenses totales. Cette situation met un fardeau financier significatif sur les ménages, ce qui peut entraîner des dépenses catastrophiques pour beaucoup d'entre eux. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les contributions des ménages ne devraient pas dépasser 25 à 30 % des dépenses totales de santé pour éviter de tels fardeaux financiers.[23]

En résumé, pour que le système de santé marocain soit financièrement viable et durable, il est crucial de diversifier et stabiliser ses sources de financement tout en réduisant la dépendance excessive aux paiements directs des ménages, ce qui constitue un défi majeur pour le système de santé marocain. Afin de se rapprocher des objectifs de développement durable (ODD) en matière de santé d'ici 2030, le Maroc doit augmenter ses dépenses de santé de 2,5 points de pourcentage du PIB. [23]

2. Défis organisationnels :

Parmi les défis majeurs pour la généralisation de la couverture médicale au Maroc figurent les défis organisationnels, illustré par la gouvernance du système de protection sociale.

Actuellement, le système souffre d'une hétérogénéité marquée, d'un manque de coordination, de fragmentation, de chevauchements et de dysfonctionnements, avec plus de cent pro-

grammes de soutien et de protection sociale en place. Ces programmes allant des transferts universels (subventions pour la farine, le sucre et le gaz butane) aux mécanismes de protection ciblant des populations spécifiques, tels que RAMED, DAAM, TAYSSIR, et les aides scolaires. [23]

La principale cause de ces contraintes est généralement l'absence d'une gouvernance optimale et efficace.

L'expérience du Régime d'assistance médicale (RAMED) a mis en évidence les écarts considérables entre les modalités de gestion et de régulation prévues et celles mises en œuvre. Par exemple, l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM), l'organisme gestionnaire du RAMED, est paralysée par une incohérence juridique, n'a pas réussi à réguler ni à gérer financièrement le RAMED de manière efficace. [36]

En outre, pour assurer la réussite de la réforme de la couverture médicale, il est crucial de mobiliser des gestionnaires compétents et des équipes dévouées, travaillant de manière constante et coordonnée pour atteindre les objectifs fixés. Cela nécessite également une réorganisation du système de soins pour répondre à la demande croissante de soins, ainsi qu'une amélioration continue des critères d'éligibilité et du ciblage des bénéficiaires. Ces critères doivent être révisés régulièrement pour tenir compte des changements dans le statut socio-économique des ménages.[35]

En conclusion, une gouvernance efficace et coordonnée est essentielle pour surmonter les défis organisationnels liés à la généralisation de la couverture médicale au Maroc. Cela implique une gestion transparente, une coordination des programmes existants, afin de garantir la viabilité et l'efficacité du système de santé.

3. Pénurie des ressources humaines :

L'un des défis majeurs auxquels le Maroc est confronté dans la mise en place de la généralisation de la couverture médicale est la pénurie des ressources humaines.

En 2021, le Maroc disposait d'environ 7.7 médecins et 9,9 paramédicaux pour 10 000 habitants, un chiffre qui est nettement inférieur aux normes internationales recommandées par l'OMS, à savoir 23 professionnels pour 10 000 habitants. [37]

De plus, il existe des inégalités régionales significatives et une disparité de la répartition géographique du corps médical et paramédical. Par exemple le nombre de médecins par habitant est particulièrement faible dans les régions de Draa–Tafilalet et Beni Mellal–Khenifra (3,1 et 4,2 médecins pour 10 000 habitants), tandis qu'il est plus élevé (7,4 et 7,8 paramédicaux pour 10 000 habitants) dans les régions de Casablanca–Settat et Rabat–Salé–Kénitra. [38]

Cette inégalité géographique peut être expliquée par une faible motivation du personnel à travailler dans les zones éloignées. [35]

La pénurie aiguë en ressources humaines est accentuée par la capacité de formation limitée. Le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale estime avoir besoin (2022) d'environ de 97.566 professionnels supplémentaires, dont 32.522 médecins et 65.044 infirmiers, mais les institutions actuelles ne produisent qu'environ 1800 médecins et 3 150 infirmiers par an. [38]

Cette situation est aggravée par le fait que de nombreux diplômés optent pour le secteur privé, qui offre une rémunération et des conditions de travail plus attractives

En conséquence, l'augmentation du nombre de patients due à la généralisation de la couverture médicale se traduit souvent par l'allongement des files d'attente, particulièrement pour les consultations spécialisées. Ainsi que l'insuffisance de spécialistes entraîne une augmentation du nombre des rendez-vous pour un même praticien, ce qui provoque un allongement du délai d'attente, voire l'impossibilité parfois de prendre rendez-vous ; Ce qui peut retarder les soins nécessaires et affecter négativement la qualité des services fournis. [36]

En somme, pour surmonter les défis liés à la généralisation de la couverture médicale, le Maroc doit non seulement augmenter le nombre de professionnels de santé formés chaque année en augmentant les capacités de formation des facultés de médecine et des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), ainsi qu'en réduisant la durée de formation des médecins généralistes de 7 à 5 ans, et en encourageant les écoles privées d'infirmières [35]. Mais il est également essentiel de veiller à une répartition géographique équitable des ressources humaines à travers le territoire national, tout en améliorant les conditions de travail dans le secteur public, y compris en liant la rémunération au rendement (par exemple, paiement à l'acte) et en exerçant un contrôle strict de l'exercice du personnel public dans les structures privées dans le cadre du TPA

(temps plein aménagé) [35], pour éviter la migration des compétences vers le secteur privé ou l'étranger.

4. Lacunes en matière d'infrastructure en équipements et qualité de soins :

La réussite du projet de la généralisation de la couverture médicale nécessite une amélioration importante des infrastructures médicales qui constitue une des contraintes majeures de ce chantier.

La Turquie illustre bien ce constat, L'extension de l'assurance maladie dans ce pays a été accompagnée par des améliorations notables de l'infrastructure et des services de santé. Ces efforts ont inclus une réorganisation des soins, mettant en place des unités de médecine familiale qui servent de point d'accès principal au système de santé. [38]

Au Maroc, la capacité litière (le nombre de lits existants) est estimée à 10,8 lits pour 10 000 habitants (secteur public et secteur privé) qui est également jugée en deca des recommandations de l'OMS, à savoir 20 lits pour 10 000 habitants. Par ailleurs, il faut bien noter que 90 % seulement des lits du secteur public sont fonctionnels. [37]

En plus, les structures de soins de santé primaires, sont considérées en dessous de la moyenne de la Région de la Méditerranée orientale (1,7 pour 10 000 habitants) avec seulement 0,8 établissement de soins de santé primaires pour 10 000 habitants en 2020. Par ailleurs, elles sont peu attractives pour les citoyens en raison de la faiblesse de l'offre de soins disponibles et de la qualité des prestations. [37]

Outre ces défis infrastructurels, le système de santé marocain est confronté à des problèmes de matériel et de dispositifs médicaux, ainsi qu'à des normes de qualité de soins parfois insatisfaisantes. L'essor de l'assurance médicale a entraîné une augmentation du nombre de patients, conduisant à une surutilisation des équipements. Cette surutilisation a généré des pannes récurrentes, entraînant des retards dans les soins et une pénurie de certains équipements essentiels, comme ceux utilisés pour les interventions chirurgicales, les valves, les prothèses, etc. Ces pénuries persistent pendant plusieurs mois, en raison de l'attente des nouvelles allocations budgétaires annuelles. [32]

En conclusion, Il est crucial de renforcer les établissements de santé en assurant un approvisionnement adéquat en médicaments, vaccins et équipements nécessaires, De plus, des investissements dans l'amélioration des infrastructures de santé sont indispensables. Il est également impératif d'améliorer l'offre de soins disponible afin de répondre aux besoins croissants de la population.

5. Résistance du personnel au changement :

La résistance au changement parmi le personnel médical, paramédical et administratif constitue un défi majeur dans la mise en œuvre du projet de généralisation de la Couverture Médicale de Base (CMB) au Maroc.

Cette opposition peut découler de plusieurs facteurs, tels que le sentiment de confort avec les pratiques établies, la peur de l'inconnu, ou encore des inquiétudes concernant l'impact sur la charge de travail ou la sécurité de l'emploi.

Le prochain chapitre explorera en détail ces aspects.

III. Résistance au changement :

1. Définitions :

a) Le changement :

Guiseppe Tomasi di Lampedusa considère le changement comme un phénomène essentiel de l'évolution de la société, affirmant que « si nous voulons que tout continue, il faut d'abord que tout change ».[39]

Dans ce sens, Collerette et al définissent le changement comme « le passage d'un état à un autre, qui est observé dans l'environnement et qui a un caractère relativement durable ».[40]

Le concept de changement peut ainsi être défini comme un processus désignant la progression des événements et le cheminement entre différentes situations au fil du temps.[41]

Ce processus englobe des modifications susceptibles d'affecter l'évolution de la structure, des modes de gestion, de la technologie, ainsi que des dimensions culturelles et humaines de l'organisation (croyances, valeurs, règles), et des individus qui y travaillent, dans le but d'améliorer son fonctionnement et sa performance. [42]

Notre étude se concentre principalement sur le changement qui a affecté le système de couverture médicale au Maroc suite à la décision de sa généralisation. Dans ce contexte, une

revue de la littérature a été réalisée pour définir le concept de changement dans le milieu hospitalier.

Le secteur hospitalier est un acteur de premier plan dans le développement des politiques économique et sociale, éléments fondamentaux du développement de tous les pays. [43]

Ce secteur subit des réorganisations majeures, à la fois externes et internes, et connaît une modernisation intensive impulsée par les pouvoirs publics, la politique de santé, ainsi que par les avancées technologiques. [44]

L'hôpital se trouve dans l'obligation de conduire des changements pour mieux s'adapter aux mutations perpétuelles de l'environnement socio-économique, à l'évolution des exigences de la population et aux pressions budgétaires et concurrentielles, afin de garantir une amélioration durable de la performance des établissements hospitaliers. [45]

Comme l'affirme Kleiber (1997), l'hôpital est "condamné à changer" en raison de la convergence des variables et composantes qui définissent la réalité hospitalière.[45]

b) La résistance au changement :

La résistance au changement est une force qui s'oppose à une situation nouvelle et qui tente de maintenir l'état actuel. Elle se manifeste au niveau psychologique de l'individu, prenant la forme d'une force restrictive. [46]

Kets de Vries et Miller (1985) donnent une explication psychanalytique à la résistance, en la considérant comme des mécanismes de défense de l'individu visant à le protéger contre ce qui pourrait affecter la stabilité de son bien-être. Ces défenses préservent l'individu des révélations pouvant provoquer des conflits, du stress, des émotions ou des tensions. [46]

De nombreux auteurs définissent aussi la résistance au changement comme « l'expression implicite ou explicite d'une réaction négative ou défensive au changement, ou une force restrictive opposée à la réorganisation des manières de faire et à l'acquisition de nouvelles choses ». [40]

Dans ce sens, Coch et French définissent la résistance dans leur article intitulé « Overcoming resistance to change », publié en 1948, comme une combinaison à la fois de réactions in-

dividuelles, liées à un sentiment de frustration, et collectives, issues de forces induites par le groupe. [47]

Ces réactions sont considérées explicites ou active lorsqu'elles se manifestent par des comportements lisibles et ouverts, comme les refus, critiques, plaintes, etc., ou passives ou implicites, telles que des ralentissements, des rumeurs qui font appel à la mise en œuvre d'un ensemble de freins. [5]

Lawrence (1969) résume la situation en affirmant: « We are all, at times, resistors as well as instigators of change ». [48] [49]

La résistance au changement est donc une réaction naturelle et complexe, influencée par de multiples facteurs et nécessitant une gestion attentive pour être surmontée efficacement.

2. Les causes de la résistance au changement :

La résistance au changement est un phénomène complexe et multifactoriel qui peut compromettre la mise en œuvre réussie de nouvelles initiatives.

Pour surmonter cette résistance et garantir le succès des processus de changement organisationnel, il est essentiel de comprendre les différentes causes qui la sous-tendent.

La revue de la littérature sur les déterminants de la résistance au changement identifie quatre principaux types de facteurs explicatifs du phénomène : les facteurs individuels, les facteurs collectifs et organisationnels, les facteurs liés à la mise en œuvre du changement et les facteurs liés au changement lui-même.

a) Facteurs Individuels :

- La peur de perdre le contrôle, la rigidité cognitive, la résilience psychologique insuffisante, l'intolérance à la période d'ajustement liée au changement, la non préférence de choses nouvelles et inhabituelles et la réticence à l'abandon des vieilles habitudes. [50]
- Manque de confiance et méconnaissances des intentions de changement, le tout lié à des expériences passées de changement (craintes, sentiment d'insécurité, incertitude, sentiment de perdre la face, etc.) [51]

- L'anxiété, nommée aussi, résistance psychologique, Comme le souligne Jaques (1972), « *c'est en période de changement que se réveillent ou se cristallisent ces anxiétés qui n'existent qu'à l'état diffus dans les organisations* ». Le changement constitue donc un puissant « *Agent Stresseur* » qui provoque chez les individus un état de déséquilibre psychologique .[48]
- La peur de ne pas être capable de développer les compétences et les comportements nouveaux. [52]
- La préférence pour la stabilité. [46]

b) Facteurs collectifs :

- La résistance collective émerge de l'influence du groupe et des normes sociales établies, qui peuvent être perturbées par le changement (briser l'équilibre).[48]
- Les barrières sociales, telles que la conformité aux normes existantes, la cohérence d'un système, le rejet de ce qui est étranger, la solidarité du groupe et la pression collective contribuent à la résistance collective (risque de désolidarisation des membres). [46]

c) Résistance liée au mode d'implantation du changement :

- Le manque d'information lorsque les décisions sont exposées sans préparation ni background. [47]
- La crédibilité de l'agent de changement, le temps et les moyens fournis pour s'adapter au changement. [46]
- Le manque d'outils technologique afin de bien implanter le changement. [46]

d) Facteurs liés au changement lui-même :

- Les contraintes de temps, le rythme de travail, la charge de travail, les résultats du travail et la satisfaction professionnelle sont des aspects du changement qui peuvent influencer la résistance. [40]

En comprenant ces différents facteurs, les organisations (l'hôpital dans notre contexte) peuvent mieux anticiper et gérer la résistance au changement, favorisant ainsi des processus de transformation plus fluides et efficaces.

3. Les manifestations de la résistance :

Les manifestations de la résistance au changement peuvent se présenter de diverses manières, à la fois explicites et implicites. Il est important de comprendre ces formes pour mieux les identifier et les gérer efficacement.

a) Résistance explicite ou active :

- *Opposition ouverte* : Les acteurs s'opposent publiquement au changement. Cette opposition peut intéresser directement le changement, la manière dont il est mis en œuvre, ou rejeter l'ensemble du processus. Cette résistance est facilement observable par un observateur externe.[40]
- *Critiques* : Certains individus cherchent activement les raisons pour lesquelles le changement pourrait échouer et prennent plaisir à les énumérer.[53]
- *Révolte* : Selon Carton (1997), la révolte survient lorsque les individus ne peuvent pas ajuster leur réalité au changement proposé. Cela peut se manifester par des actions syndicales, des demandes de mutation, des recours à la hiérarchie, ou des grèves.[54]
- *Sabotage* : Carton (1997) décrit le sabotage un excès de zèle visant à démontrer la stupidité du changement et à embarrasser ses promoteurs. [54]

b) Résistance implicite ou passive :

- *L'inertie* : Selon Carton (1997), les personnes montrent une apparente acceptation du changement mais tentent de retarder son application en invoquant la prudence ou la nécessité de demander des avis objectifs.[54]
- *L'argumentation* : Carton (1997) note que cette forme de résistance est productive et utile, impliquant une négociation sur le fond et la forme du changement.[54]
- *Absentéisme, réticence et manque de motivation* : Ces comportements se traduisent par une productivité réduite, une négligence ou une mauvaise application des nouveaux principes du changement.[40]
- *Lenteur dans l'exécution des tâches* : Les individus prennent plus de temps pour accomplir de nouvelles tâches, ralentissant ainsi le processus de changement.[46]

- *Blocage partiel de l'information* : Retarder le processus de changement en cachant ou en filtrant l'information nécessaire.[46]
- *Accidents de travail* : Les individus restent attachés à leurs anciennes habitudes, ce qui peut entraîner des accidents. [46]

En comprenant ces différentes manifestations, les organisations peuvent mieux anticiper les obstacles et mettre en place des stratégies pour minimiser la résistance, favorisant ainsi une transition plus harmonieuse et réussie. Il est notable que les manifestations explicites du refus sont plus faciles à percevoir pour un observateur externe que les manifestations implicites, qui doivent être interpréter pour être significative.

4. Stratégies pour lever les résistances au changement :

Parmi les enjeux du Maroc durant la mise en place de la généralisation de la couverture médicale, la résistance au changement est un défi majeur. Après une étude des différentes causes et manifestations de cette opposition, une revue de littérature a été réalisée dans le but de chercher et définir les moyens de gestion pour surmonter cette résistance.

a) L'information et la compréhension : L'absence d'informations pertinentes et de qualité conduit souvent les employés à résister au changement pour maintenir leurs tâches familières. Selon Wanberg & Banas (2000), la qualité perçue de l'information a un effet positif sur le degré d'acceptation d'un changement organisationnel.[50]

Non seulement il est important de fournir des informations, mais aussi de s'assurer que les objectifs du changement, ses raisons et son mécanisme sont bien compris, afin de faire adhérer les acteurs au changement et de limiter leur résistance. [55]

b) La communication : La communication est un élément crucial de la stratégie de changement (Pauwels–Delassus et Mogos Descotes, 2012). [55]

Elle joue un rôle primordial dans la réussite du processus de changement en expliquant les raisons et les objectifs du changement, et en impliquant les acteurs dès le départ comme partenaires du projet, la communication réduit le sentiment d'incertitude et toute autre forme de résistance qui peut entraver le processus de changement organisationnel. [43]

- c) **L'implication et la participation** : Le niveau de résistance de l'individu dépend de la nature et de l'intensité de son implication dans le changement. L'implication se réfère à la manière dont l'individu participe aux différentes étapes de développement et d'implantation du changement. Les collaborateurs impliqués plus profondément dans le processus de changement montrent généralement un niveau de résistance moins important (Giangreco et Peccei, 2005).[55]
- d) **La formation** : La formation est un levier clé pour promouvoir le changement. Elle permet d'éviter les résistances dues à la peur de ne pas pouvoir répondre aux exigences de la nouvelle organisation, favorise l'intégration des travailleurs dans le nouveau système et les adapte à la nouvelle organisation. [40]
- e) **Leadership** : Le changement organisationnel ne sera effectif que lorsqu'il sera accepté à tous les niveaux de l'organisation. Les résistances au changement rappellent au leader qui doit s'assurer de l'institutionnalisation de son projet. L'autorité du leader est essentielle pour commander et imposer le changement face à l'inertie organisationnelle. [39]
- f) **L'environnement de travail** : L'ambiance de travail, l'entente générale entre les membres de l'équipe et une communication de qualité favorisent un déroulement optimal du processus de changement.[53]

Selon Lewin, introduire le changement nécessite de modifier l'équilibre du groupe et de créer un climat de support et de facilitation. [46]

En appliquant ces stratégies, les organisations peuvent mieux gérer les résistances au changement et favoriser une transition plus harmonieuse et réussie vers la généralisation de la couverture médicale au Maroc.

B- Discussion des résultats :

1. Taux de réponse :

Notre étude constitue la première analyse de la résistance au changement chez le personnel médical et paramédical du service de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital IBN-TOFAIL, ainsi que chez le personnel de facturation (BAF) et de l'administration, dans le contexte du projet de généralisation de la couverture médicale. En raison de l'absence d'études similaires, il est difficile de comparer nos résultats avec ceux d'autres recherches.

Dans notre série, le taux de réponse était de 78,3 %, ce qui est généralement considéré comme satisfaisant dans les recherches impliquant des questionnaires. Ce taux reflète une bonne représentativité des opinions et des attitudes des participants, malgré les questionnaires écartés en raison de réponses incomplètes ou non récupérées.

Pour augmenter ce taux, il serait bénéfique d'expliquer aux participants l'importance de leurs réponses dans l'amélioration et la formulation d'un système de gestion de la résistance au changement.

2. Caractéristiques sociodémographiques :

a) L'âge :

Dans notre échantillon, 66.7% des participants se situent dans la tranche d'âge de 31 à 40 ans, suivis par ceux âgés de 30 ans ou moins, qui représentent 30,6 %. Cela suggère une population majoritairement jeune à mi-carrière, potentiellement plus ouverte aux changements, mais aussi préoccupée par la stabilité de leur carrière

Répartition de l'âge par profil :

- **Médecins résidents :**

Age \leq 30 ans : 53,4 % des médecins résidents service de chirurgie maxillo-faciale, participants à notre enquête, se trouvent dans cette tranche d'âge. Cela indique que les médecins résidents sont majoritairement jeunes, ce qui pourrait influencer leur perception du changement en fonction de leur expérience limitée. Une étude menée au Canada sur les obstacles à la recherche des résidents en radiologie a également constaté que la tranche d'âge moyenne de leurs partici-

pants se situait également entre 26 et 30 ans (55%) [56], ce qui suggère que la majorité des résidents de différentes spécialités sont jeunes.

- **Paramédical :**

31 à 40 ans : 81,8 % des participants de ce profil sont dans cette tranche d'âge.

La prédominance de cette tranche suggère que les professionnels paramédicaux sont à une phase intermédiaire de leur carrière, possiblement plus expérimentés dans leurs pratiques courantes.

41 à 50 ans : Un infirmier appartient à cette tranche d'âge.

La présence d'un participant dans cette tranche d'âge pourrait indiquer une résistance plus élevée au changement en raison des habitudes bien établies.

- **Administratif :**

31 à 40 ans : 66,7 % des participants de ce profil appartiennent à cette tranche d'âge.

Cela reflète une maturité professionnelle qui peut affecter leur ouverture au changement en raison de responsabilités accrues et d'une plus grande habitude des procédures actuelles.

b) **Le genre :**

Notre étude révèle une prédominance féminine parmi les personnes interrogées, représentant 63,9 % du total, avec un ratio hommes/femmes de 0,56.

Ce résultat est cohérent avec les conclusions de l'étude « Ressources humaines de la santé en chiffres 2015 », réalisée par le ministère de la Santé et la Direction générale des ressources humaines. Cette étude a conclu que l'évolution du personnel du ministère de la santé au Maroc par sexe se caractérise par une prédominance féminine de 2012 à 2015, avec une proportion de femmes atteignant 59 %.[57]

c) **Le profil :**

La composition de notre échantillon révèle une grande diversité de profils professionnels. Les résidents du service de chirurgie maxillo-faciale constituent la part la plus importante, représentant 41,7 % de l'échantillon, suivis par le personnel administratif responsable de la facturation de l'hôpital IBN TOFAIL et les agents de facturation au BAF, représentant 30,6%.

Ces valeurs ne peuvent pas être généralisées à l'ensemble du corps médical en raison d'un biais de sélection. En effet, notre échantillon se compose principalement de personnel motivé et disponible, qui a accepté de participer à l'enquête. Cette caractéristique peut influencer les résultats et ne pas refléter fidèlement la composition de l'ensemble du personnel de la santé.

Selon de l'étude « Ressources humaines de la santé en chiffres 2015 », On remarque une prédominance du corps paramédicale, représentant 56% en 2015 [57], tandis que le corps médical et administratif n'en représente que 22 %. Cette prédominance persiste en 2022, avec le nombre de personnel infirmier et de techniciens de santé passant de 24 221 en 2015 à 37 376 en 2022, tandis que le nombre de médecins a simultanément augmenté de 9 385 à 14 359. [58]

d) L'ancienneté :

Dans notre étude, 47,2 % des participants ont déclaré travailler dans le secteur de la santé depuis 6 à 10 ans. Cette tranche est principalement représentée par le personnel paramédical, qui constitue 52,94 % de ce groupe.

Les participants ayant un profil médical, en particulier les résidents en service de Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, ont indiqué travailler dans le secteur de la santé depuis moins de 5 ans, représentant ainsi 92,3 % de cette tranche. Cette forte proportion peut s'expliquer par la durée de la formation en résidanat, qui est généralement limitée à 5 ans avant d'atteindre des niveaux d'ancienneté plus élevés. [59]

Le personnel administratif montre une répartition équivalente entre deux tranches d'ancienneté : 6 à 10 ans et 11 à 15 ans, chacune représentant 45,45 % de ce groupe. Cette répartition suggère une stabilité dans la carrière administrative.

Ces données sur l'ancienneté des participants fournissent un aperçu des différentes expériences professionnelles au sein de notre échantillon. La prédominance des jeunes professionnels parmi les médecins résidents et la distribution plus équilibrée des années d'expérience chez le personnel administratif peuvent influencer les perceptions et les attitudes face au changement, notamment en termes de résistance ou d'acceptation des nouvelles politiques et pratiques.

3. Perception et attitudes des participants envers la généralisation de la couverture médicale :

Cette partie de notre étude vise à analyser la perception des participants concernant la généralisation de la couverture médicale et à établir une relation entre cette perception et la manifestation de la résistance au changement.

Les résultats montrent que la majorité des répondants (80,6 %) sont tout à fait d'accord avec ce projet. Cette adhésion majoritaire nous a incités à approfondir les raisons sous-jacentes de cette attitude positive en évaluant l'impact anticipé de cette réforme sur la santé de la population marocaine et sur le système de santé national.

Selon notre enquête, 55,5 % des participants ont exprimé une opinion positive sur l'impact de la généralisation de la couverture médicale sur la santé. Parmi eux, 44,4 % ont une opinion très positive, tandis que 11,1 % ont une opinion plutôt positive. En outre, une majorité de 69,4 % des participants pensent que cette réforme sera bénéfique pour le système de santé marocain. Les réponses favorables des participants soulignent plusieurs avantages perçus de la généralisation de la couverture médicale, notamment :

- **L'amélioration de l'accès aux soins** : Cette perception est en accord avec les objectifs fixés par le gouvernement marocain, qui vise à promouvoir la santé et à réduire les inégalités. La littérature soutient que l'accès universel aux soins est crucial pour l'équité en santé.[60]

- **La qualité des soins** : Selon l'OMS, la couverture sociale universelle est « *L'implication de tous les membres d'une population à l'accès aux soins de santé préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont ils ont besoin, et que ces services sont de qualité suffisante pour être efficaces, sans causer de difficultés financières pour les patients. C'est ainsi une garantie d'accès aux soins de santé pour tous, sans exception* » [61]. Cette définition soutient l'idée des participants sur l'importance de la qualité des soins.

- **La traçabilité des actes médicaux** : La traçabilité est cruciale pour le suivi, la surveillance et l'amélioration de la sécurité des patients [62]. Dans notre étude, elle est principalement liée à la facturation exacte des soins, tels que le matériel et les services dont le patient avait bénéficié pendant sa consultation ou son séjour à l'hôpital, ce qui permet une tarification complète des actes médicaux et garantit des rémunérations en fonction des coûts réels dépensés. L'AMO garantit le remboursement d'une partie des frais de soins et pour que la CNSS assure ce rembour-

sement (honoraires des médecins, médicaments prescrits, actes biologiques, etc.), le patient doit déposer une feuille de soins maladie signée et cachetée par le médecin traitant. [63]

– **L'amélioration de l'infrastructure médicale** : Bien que notre étude montre un avis favorable sur cette réforme, une étude menée par CHTEOUI et CHHAIMA, explorant les enjeux de L'extension de la couverture sociale au Maroc à travers des entretiens semi-directifs avec du personnel de santé médecins et administratifs, a révélé des préoccupations concernant le manque de matériel et d'infrastructure médicale pour répondre à la demande accrue. Cette insuffisance peut potentiellement affecter la qualité des soins fournis. [6]

Pour conclure, cette approche a été étudié par Lawrence, dans les années 1960, qui a développé une théorie novatrice sur la résistance au changement, soulignant que les individus résistent aux conséquences et à l'impact du changement plutôt qu'au changement lui-même. Lawrence insistait sur la nécessité pour les gestionnaires de comprendre les dynamiques sociales en jeu et d'être à l'écoute des récepteurs du changement afin de présenter le changement de manière adaptée à tous.[64]

Dans la même idée, Argyris et Schon (1978), ont avancé une théorie suggère que les individus qui ont une attitude négative envers le changement auront tendance à être résistants à tout type de changement. Cela met en évidence le lien entre les attitudes personnelles envers le changement et la propension à résister aux initiatives de changement organisationnel. [64]

4. Niveau de connaissance du personnel hospitalier concernant le changement et ses raisons :

Notre étude révèle que la majorité significative des participants, soit 72.2%, ont un niveau modéré de connaissance du changement qui a affecté le système de la couverture médicale au Maroc.

Selon la littérature, l'absence d'informations pertinentes et de qualité conduit souvent les employés à résister au changement pour maintenir leurs tâches familières. Wanberg & Banas (2000) soulignent que la qualité perçue de l'information a un effet positif sur le degré d'acceptation d'un changement organisationnel. [50]

Il est donc essentiel non seulement de fournir des informations, mais aussi de s'assurer que les objectifs du changement, ses raisons et son mécanisme sont bien compris, afin de favoriser l'adhésion des acteurs au changement et de limiter leur résistance. [55].

Ainsi, nous avons interrogé les participants sur les principales raisons du changement pour tester leurs niveaux de connaissance. Les résultats indiquent que le personnel de l'hôpital considère l'exclusion des inégalités d'accès aux soins comme la principale raison sous-tendant la généralisation de la couverture médicale, avec un pourcentage de 83.3%. Cette perception est suivie par la nécessité d'améliorer la qualité des services de santé proposés par les hôpitaux publics, avec 66,7 % des participants.

Une majorité significative, représentant 61.1% des répondants, a jugé la réduction des coûts élevés des soins de santé comme l'une des causes principales de ce changement. De plus, 36.1%, ont souligné la nécessité d'assurer une sécurité sociale contre les risques, tandis que 30.6% des participants, ont également mis en valeur la sensibilisation de la population à l'importance de la couverture médicale. Enfin, 27.7% des répondants ont évoqué la pression croissante de la société civile et des organisations internationales comme un facteur influent.

Ces résultats soulignent la diversité des facteurs motivant la généralisation de la couverture médicale au Maroc, ce qui est en accord avec les données de la littérature.

5. Contraintes liées à l'ancrage du nouveau système de couverture médicale au Maroc :

a) Perception des contraintes :

La majorité des participants, soit 63,9 %, ont déclaré avoir constaté des contraintes liées à l'ancrage du nouveau système.

Michel et al. (2013) suggèrent une relation positive entre le bénéfice perçu du changement organisationnel et l'engagement affectif du personnel dans ce changement. Leur étude empirique, menée auprès du personnel académique d'une université allemande, confirme la signification de cette relation positive. Ainsi, plus le personnel croit au bénéfice tiré du changement, plus il a tendance à s'y engager affectivement et à l'accepter. [50]

Cependant, dans le contexte de notre étude, la perception des contraintes ou des inconvénients du changement peut être considérée comme un motif de résistance. Selon la littérature, le

changement commence à être accepté lorsque les personnes réalisent que les avantages sont plus nombreux que les inconvénients [53]. Par conséquent, cette perception négative des contraintes pourrait freiner l'adhésion des participants au nouveau système de couverture médicale.

En conclusion, pour minimiser la résistance au changement, il est crucial de communiquer clairement les bénéfices du nouveau système et de démontrer comment ceux-ci surpassent les inconvénients perçus. Cela pourrait favoriser un engagement affectif plus fort envers le changement et améliorer son acceptation.

b) Nature des contraintes :

Après avoir collecté et analysé les réponses des participants concernant les contraintes majeures liées à la mise en œuvre du changement, plusieurs défis ont été identifiés :

– **Fermeture des droits d'accès à la couverture de base :** Selon la littérature, les ex-RAMEDISTES pourraient accéder aux soins dans le secteur privé après le basculement du RAMED (initialement valable seulement dans le secteur public) à l'AMO. Ce basculement se fait automatiquement à condition que les bénéficiaires demandent la continuité de ce régime dans un délai précis, sous peine de suspendre leurs droits. Ce délai est accordé par l'état pour permettre l'enregistrement au RSU le registre social unifié. [65]

Par ailleurs, le Registre social unifié (RSU) constitue un moyen efficace pour cibler les familles bénéficiaires des programmes sociaux, y compris celui de l'assistance médicale, par le biais de la loi n° 27-22 modifiant et complétant la loi n° 65-00 sur le Code de couverture médicale de base, et qui prévoit la création d'un régime d'assurance maladie obligatoire de base solidaire au profit des personnes ne pouvant pas s'acquitter des cotisations, basé sur un mécanisme d'adhésion. [66]

– **Complexité administrative et procédurale :** Cette notion est soutenue par les données de la littérature. Selon l'étude du CHTEOUI et CHHAIMA, qui explore les enjeux de l'extension de la couverture sociale au Maroc à travers des entretiens semi-directifs avec du personnel de santé, et à partir un point de vue administratif, les répondants confirment que cette généralisation a engendré une augmentation du nombre des patients, créant une pression supplémentaire sur le personnel. Elle a également généré une complexité administrative surtout en termes de factura-

tion et remboursement des soins. Ce qui engendre une augmentation de taux de réclamation des patients suite aux retards lors de traitement de leurs demandes de prise en charge. [6]

- **Ressources financières limitées** : Le prépaiement nécessaire pour bénéficier des soins médicaux et paramédicaux est élevé par rapport à la capacité financière des patients. Selon les patients, il est difficile de payer une somme importante et attendre un remboursement total ou partiel par la suite. [67]

- **La migration des patients vers le secteur privé** : La fuite des patients au secteur privé, la diminution du nombre de consultations et de patient hospitalisés sont considérées parmi les principales contraintes de ce projet. De nombreux patients optent pour le service privé sous prétexte d'une meilleure qualité et de délais d'attente réduits.

6. Les inquiétudes concernant les changements liés à la généralisation de la couverture médicale :

Notre recherche a mis en évidence que la majorité du personnel participant exprime des inquiétudes liées aux changements induits par la généralisation de la couverture médicale à raison de 83.3% des répondants. Ces inquiétudes concernent principalement la modification des procédures administratives ou opérationnelles.

Dans notre revue de littérature, Kim & Kankanhalli (2009) ont constaté que l'effort exercé pour apprendre à travailler avec le nouveau système contribue fortement à la résistance. [50] De plus, Ayadi & Daoud Elleuch (2009) suggèrent et valident empiriquement une influence positive de la complexité perçue de la technologie (le changement dans notre contexte) sur le degré de résistance. [50]

7. L'impact du changement sur la charge de travail :

Dans notre étude, les résultats révèlent que la majorité des participants (61,1%) ont constaté un impact négatif du changement sur leur charge de travail

Ce constat met en évidence les défis liés à la gestion de la charge de travail suite à la mise en œuvre de la nouvelle réforme.

Pour mieux discuter ce résultat, nous avons recueilli des données sur le temps consacré aux procédures administratives liées à la généralisation de la couverture médicale pour chaque participant. Les résultats révèlent que presque la moitié des répondants (52,8%) ne dépassent

pas une heure pour accomplir ces tâches, tandis que 36,1% consacrent de 1 à 3 heures. Enfin, seulement 11.1% passent entre 4 à 6 heures par jour sur chaque dossier.

La littérature supporte ces observations, suggérant que l'augmentation des tâches peut entraîner une charge de travail perçue plus élevée, impactant négativement l'efficacité et le bien-être du personnel. [68]

8. Réaction initiale au changement et Manifestation de la résistance :

Notre étude a mis en lumière la diversité des réactions initiales des participants face à la généralisation de la couverture médicale, reflétant la complexité des perceptions et des expériences individuelles liées au changement.

La moitié des répondants (50%) ont exprimé une acceptation initiale, mais cette acceptation était souvent accompagnée d'autres sentiments tels que la confusion (44,4%), la démotivation (33.3%), l'anxiété (27.8%), et l'opposition (22.2 %).

Ces réactions correspondent aux différentes formes de résistance répertoriées dans la littérature : la résistance implicite ou passive et la résistance explicite ou active.

L'inertie : décrite par Carton (1997), se manifeste par une apparente acceptation du changement, mais avec des tentatives de retarder son application. [54] Ce comportement a été observé chez une partie de notre échantillon, illustrant une forme subtile de résistance.

Manque de motivation : traduit par une productivité réduite, une négligence ou une mauvaise application des nouveaux principes du changement.[40]

Opposition ouverte : moins fréquente dans notre échantillon (22,2 %), où les acteurs s'opposent publiquement au changement. Cette forme est facilement observable par un observateur externe.[40]

La résistance psychologique provoquant de l'anxiété et du sentiment de stress, est également significative, mettant en danger la stabilité du travail. [43]

Dans le même cadre, la plupart des participants ont exprimé une forme de résistance au changement, atteignant 80,6 %. Cette résistance varie en intensité, avec 72,2 % des répondants signalant un niveau modéré et 19,4 % un niveau faible.

Les diverses formes de résistance exprimées par les participants à notre enquête nous ont permis d'appréhender les différentes façons dont l'opposition se manifeste.

Les résultats révèlent que la démotivation a été identifiée comme la principale manifestation de la résistance au changement par la majorité des répondants (66,7 %). Environ 46,97 % des participants ont signalé une augmentation des erreurs lors de l'enregistrement ou du traitement des dossiers, tandis que 40 % ont mentionné une baisse de la productivité. De plus, 26,7 % ont noté une mauvaise qualité de travail. Environ 13,3 % des participants ont indiqué à la fois des grèves et un refus de croire au changement. Enfin, 3,3 % ont souligné une aggravation des retards et de l'absentéisme.

Ces résultats supportent la littérature, qui considère la résistance au changement comme une réaction naturelle face aux perturbations des routines établies. La gestion efficace de cette résistance nécessite une compréhension approfondie des sources afin de la surmonter. [40] [46] [54]

9. Les causes de résistance au changement :

Les données recueillies révèlent une diversité de raisons expliquant la résistance au changement dans le cadre de la généralisation de la couverture médicale.

En premier lieu, 83,9 % des participants, ont déclaré que **l'absence de communication** est la principale cause de résistance au changement, ce qui est confirmé par la littérature. **L'absence de formation** et d'encadrement occupe également un pourcentage important (77,4 %) dans notre étude.

Ensuite, 64,5 % des participants ont cité le **manque d'outils technologiques et de ressources** comme étant des obstacles importants.

Pour 45,2 % des répondants, **l'absence d'implication du personnel** dans la mise en place de la nouvelle réforme de couverture médicale ainsi que l'augmentation des tâches administratives ont été identifiées comme des causes significatives.

En outre, 35,5 % des participants ont souligné **le caractère imposé et non volontaire** du changement. De plus, 29 % des répondants ont évoqué **une mauvaise compréhension du changement**.

Enfin, 12,9 % des participants, ont mentionné **les barrières psychologiques telles que la peur de l'inconnu et la perte de sécurité**, et 9,7 % ont souligné **les barrières sociales telles que le mauvais climat de relations de travail**.

Pour conclure, toutes les causes citées par le personnel de l'hôpital au cours de notre enquête sont considérées comme des clés pour la gestion et le surmontement de la résistance. C'est pour cela que nous avons consacré une partie pour détailler chaque cause et sa relation significative avec la manifestation de la résistance, tout en comparant nos résultats avec les données de la littérature.

10. Les moyens de gestion du changement et leurs corrélations avec la résistance :

Cette section vise à analyser les différents moyens de gestion du changement et examiner la possibilité d'une relation statistiquement significative avec la manifestation de la résistance.

a) La communication :

La moitié des participants, 50% ont déclaré avoir été informés de la mise en place de la généralisation de la couverture médicale. Ces informations ont été transmises à l'aide des réunions 72.2%, des affiches 22.2%, et des démonstrations 5.6%.

En ce qui concerne, les messages clés délivrés au début et pendant le processus de changement, la majorité des participants (63,6 %), ont rapporté avoir été informés par le déroulement du changement. De plus, 27,3 % ont identifié les raisons du changement comme message clé transmis, et 9,1 %, ont mentionné avoir été informés des objectifs du changement.

Notre étude révèle que 80.6% des participants ont considéré les communications comme insatisfaisantes. En revanche, 19,4 % des participants ont exprimé leur satisfaction à l'égard des communications.

Nous avons mené une étude analytique étudiant la corrélation entre la satisfaction de la communication et la résistance. La valeur $p < 0.001$, déduite à la fois par le test χ^2 et le test exact de Fisher, est inférieure au seuil de signification statistique fixé à 0,05, nous permet de conclure la présence d'une relation statistiquement significative entre ces deux variables.

D'après **Boohene & Williams (2012)**, la communication est essentielle pour réduire l'ambiguïté liée au changement. Leur étude montre que la qualité de l'information a un impact négatif significatif sur l'intensité de la résistance au changement. [50]

Clampitt et Williams (2005) soulignent également l'importance de la communication dans la gestion du changement organisationnel, insistant sur le fait qu'elle est cruciale pour le succès du processus de changement. En impliquant les acteurs dès le départ et en leur expliquant les raisons du changement, la communication réduit l'incertitude et les résistances potentielles. [43]

Barouch (2017) ajoute que la réussite du changement nécessite des mesures d'accompagnement telles que la formation, la communication et la reconnaissance du personnel, facilitant ainsi la dissémination d'une culture de qualité. [45]

Pour conclure, il est évident que la qualité de la communication joue un rôle crucial dans la gestion du changement. Une communication claire, transparente et continue peut aider à atténuer la résistance au changement en réduisant l'incertitude et en impliquant les acteurs concernés. Les résultats de notre étude confirment cette théorie, soulignant l'importance de mettre en place des stratégies de communication efficaces pour faciliter la transition et minimiser les résistances.

b) L'implication :

Dans notre étude, la majorité des participants (80.6%), ont déclaré ne pas avoir été impliqués dans la mise en place du changement lié à la généralisation de la couverture médicale. Cependant, il y a une proportion non négligeable des participants (19,4%) qui ont été impliqués. Cela suggère que la plupart des répondants n'ont pas eu l'opportunité de participer activement au processus de décision ou de mise en œuvre du changement.

Les résultats de l'analyse bivariée, visant à étudier la relation entre l'implication des répondants à la mise en place de la généralisation de la couverture médicale et leur résistance au changement, indiquent qu'il y a un lien statistiquement significatif entre ces deux variables. La valeur de p résultant du test du chi-2 et du test exact de Fisher ($p < 0.001$) est inférieure au seuil fixé à 0,05.

Le concept d'implication est analysé à plusieurs reprises dans des études différentes portant sur la résistance au le changement, et les moyens de gestion.

Selon Coch & French (1948), et d'après des expériences menées sur les employés d'une firme industrielle, montrent que ceux autorisés à participer à la mise en œuvre et au développement du changement présentent des degrés plus faibles de résistance que ceux qui n'ont pas eu cette opportunité.[50]

De même, Van Dam et al. (2008), notent un impact négatif significatif de la participation des employés dans le processus du changement sur le degré de leur résistance. [50]

Wanberg & Banas (2000) confirment également la présence d'une relation positive entre la participation à la prise des décisions et la perception positive du changement. [50]

Dans un contexte de changement, la participation au processus de décision a été positivement associée à des sentiments de contrôle et d'engagement envers la stratégie.[69]

Ces résultats font aussi écho aux travaux d'Armenakis et Harris, qui soulignent que « *le fait d'associer les destinataires du changement au processus de diagnostic contribue de fait à les sensibiliser à l'imminence d'un changement organisationnel, et peut servir à favoriser la capacité à changer* ». [69]

Pour conclure, notre étude montre clairement l'importance cruciale de l'implication des employés dans le processus de changement. Les résultats indiquent que la participation active des employés à la mise en œuvre de la généralisation de la couverture médicale est associée à une réduction significative de la résistance au changement. Ces conclusions sont soutenues par la littérature existante.

c) L'équipe affiliée / Leadership :

Les résultats de cette enquête révèlent que la grande majorité des participants (88,9%) ont signalé l'absence d'une équipe dédiée à la gestion du changement.

De plus, 69.4% des répondants estiment que la présence d'un leadership et l'implication de la haute direction peuvent faciliter la mise en place du changement.

Cependant, malgré cette reconnaissance de l'importance du leadership, les analyses statistiques n'ont pas révélé de relation significative entre la présence d'une équipe ou d'un leadership

responsable du changement et la résistance au changement (valeur du test du chi-deux $p = 0,766$, valeur du test exacte de Fisher de $p = 1.00$, les deux supérieures au seuil de signification statistique (0,05)). Cela suggère que d'autres facteurs, tels que la communication, la participation des employés et la clarté des objectifs du changement, pourraient jouer un rôle plus crucial dans la gestion de la résistance au changement.

Selon la revue de la littérature, le leader prend l'image d'un homme capable d'imposer sa volonté et réaliser ce que l'organisation seule ne peut accomplir, et considère l'autorité du leader comme essentielle pour imposer le changement face à l'inertie organisationnelle. [39]

En conclusion, ces résultats soulignent la nécessité pour les organisations de mettre en place des structures de gestion du changement efficaces, tout en reconnaissant l'importance d'une communication transparente et d'une implication active des employés pour surmonter les défis liés à la résistance au changement.

d) Le climat de travail sain :

Dans notre étude la totalité des 36 participants, soit 100% considère que le climat de travail favorable comme étant un outil essentiel pour réduire les forces restrictives liées à la généralisation de la couverture médicale, et pour renforcer la solidarité du groupe.

Il est important de noter que l'ambiance de travail, l'entente générale entre les membres de l'équipe favorisent un déroulement optimal du processus de changement. [53]

Selon Lewin : l'introduction du changement nécessite de modifier l'équilibre du groupe et de créer un climat de support et de facilitation. [46]

e) Le support offert aux destinataires :

Selon nos résultats, la grande majorité des participants (80,6%) n'ont pas bénéficié de support lors de l'implantation du changement.

Parmi les participants qui ont bénéficié d'un support lors de la mise en place du changement relatif à la généralisation de la couverture médicale, la majorité (88.9%), a rapporté avoir bénéficié d'une formation (notamment une formation animée par la direction régionale de la CNSS). En outre, 11.1% ont déclaré avoir utilisé des documents imprimés comme support.

Les valeurs de p résultant du test du χ^2 et du test exact de Fisher ($p < 0.001$), visant à étudier la relation entre le recours au support et la résistance au changement, sont toutes les deux inférieures au seuil fixé à 0,05.

Ces résultats suggèrent la présence d'une relation statistiquement significative entre la résistance au changement et le recours à un support d'aide.

La littérature confirme ce constat, en considérant la formation technique pratique, l'assistance et les conseils des outils efficaces pour introduire et faciliter de nouveaux changements dans l'hôpital [70]. De plus, l'absence d'une formation adéquate ainsi que l'absence d'encadrement constituent des facteurs explicatifs importants de la résistance. [50]

Au total, le recours au support, tel que les formations, durant l'implémentation du changement est crucial pour atténuer la résistance.

11. La motivation :

La majorité (77,8%) des répondants expriment leur volonté de s'engager dans la réussite de l'initiative, tandis que 22,2% se montrent réticents.

En termes de motivation, 58,3% se considèrent moyennement motivés, 22,2% pas du tout, et 19,4% très motivés.

Concernant la **motivation extrinsèque** : considérée comme facteur clé stimulant l'engagement des employés et favorisant l'adoption du nouveau système, la majorité des participants (94.1 %) citent les récompenses financières comme principale source de motivation, suivies de près par le Feedback positif et les retours positifs (58.8%), les opportunités de promotion (52.9%), les reconnaissances sociales (29.4%), et les récompenses matérielles (11.8%).

Concernant la **motivation intrinsèque** : (62,5%) mettent en avant le développement professionnel, (59,4%) la collaboration et les relations positives, (31,3%) l'autonomie et le contrôle, et (21,9%) l'intérêt pour le travail.

Une étude bivariée révèle une relation statistiquement significative entre le degré de motivation et la résistance au changement. Les valeurs de p résultant du test du χ^2 et du test exact de Fisher ($p < 0.001$) sont inférieures au seuil de signification fixé à 0,05.

Dans ce contexte, la littérature appuie ces résultats, en attirant l'attention sur le rôle décisif de la formation, du coaching, de la communication, et de la motivation dans la diffusion du changement.[45]

12. La corrélation entre les données sociodémographique et la résistance :

a- L'âge :

Les résultats de l'analyse du test du chi-deux, visant à examiner la relation entre l'âge des participants (regroupé en trois catégories : moins de 30 ans, 31-40 ans, 41-50 ans) et leur résistance au changement, indiquent une valeur $p = 0,085$ qui est légèrement supérieure au seuil de signification statistique (0,05). Le test exact de Fisher donne une valeur $p = 0,183$.

Par conséquent, il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre ces deux variables

Contrairement à nos conclusions, une l'étude antérieure de **Bernadis et al. (2011)** propose une relation positive entre l'âge du gestionnaire et la résistance au changement, en expliquant que les employés les plus âgés sont associés à des niveaux élevés de recherche de stabilité et par conséquent ils sont plus résistants au changement. [50]

b- Le genre :

Les résultats de l'analyse du test du chi-deux, visant à étudier la relation entre le sexe des répondants et leur résistance au changement, indiquent qu'il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre ces deux variables ($P = 0,644$). Le test exact de Fisher confirme la même hypothèse avec une valeur $p = 1,00$.

Contrairement à nos conclusions, l'étude de **Charneau (2015)** indique que la résistance au changement est inhérente à l'homme. Elle annonce que les hommes sont plus averses au changement que les femmes et donc sont plus résistants. [50]

c- L'ancienneté d'exercice :

Les résultats de l'analyse bivariée, visant à étudier la relation entre l'ancienneté des répondants et leur résistance au changement, indiquent la présence d'un lien statistiquement significatif entre ces deux variables.

Les valeurs de p résultant du test du chi-2 ($p < 0,001$) et du test exact de Fisher ($p < 0,001$) indiquent toutes deux une valeur de p inférieure à 0,05.

Cette relation est cohérente avec les conclusions de **De Bernadis et al. (2011)**, qui soulignent l'impact positif de l'ancienneté au poste du gestionnaire sur son degré de rigidité cognitive. [50]

Van Dam et al. (2008) prouvent la même relation entre l'ancienneté au poste et la résistance au changement. Ils expliquent leur résultat par le fait que les employés les plus anciens seront plus résistants contre tout changement organisationnel dans leur firme. [50]



Forces et limites de l'étude :



1- Forces de l'étude :

- **Originalité de la recherche** : À notre connaissance, il s'agit de la première étude marocaine à aborder le sujet de l'analyse des contraintes liées à la mise en place de la généralisation de la couverture médicale au Maroc, en mettant l'accent sur la résistance au changement. Notre recherche pourrait servir de base pour des études ultérieures.
- **Méthodologie de collecte de données** : L'utilisation d'un auto-questionnaire présente l'avantage d'être plus facile à renseigner et de ne pas influencer les réponses, contrairement à un questionnaire administré par un examinateur.
- **Revue de littérature exhaustive** : Bien qu'aucune étude similaire spécifique à notre contexte n'ait été trouvée, la revue de littérature met en évidence des études analysant différents types de changements dans des organisations ou établissements de santé, intéressés également par le concept de résistance.

2- Limites de l'étude :

- **Échantillonnage restreint** : L'étude a pu être conduite dans un seul établissement de santé et dans un seul service chirurgical, avec un nombre limité de participants, ce qui peut limiter la généralisation des résultats à d'autres contextes. Une plus grande diversité d'établissements et de participants aurait pu renforcer la validité externe de l'étude.
- **Biais de sélection** : Les participants qui ont accepté de répondre peuvent différer des non-participants. Par conséquent, les résultats peuvent être influencés par un biais de sélection, limitant la représentativité de l'échantillon étudié.
- **Subjectivité des évaluations** : Les perceptions du changement, de la résistance et de la motivation peuvent être influencées par des jugements subjectifs. Les perceptions individuelles des participants peuvent varier et ne pas refléter une mesure objective des contraintes réelles envisagées par la généralisation de la couverture médicale.

- **Contexte particulier** : Les résultats de notre étude peuvent être spécifiques au contexte du service de maxillo-faciale dans lequel notre étude a été menée. Ces résultats peuvent ne pas être directement transférables à d'autres services ou établissements



RECOMMANDATIONS



À la lumière des résultats obtenus, plusieurs recommandations peuvent être formulées pour atténuer la résistance au changement et faciliter la mise en place de la généralisation de la couverture médicale au Maroc :

1. Renforcement de la communication :

– Améliorer la qualité et la transparence de la communication concernant le projet de changement et s’assurer que les informations pertinentes sont transmises de manière claire, complète et accessible à tous les niveaux de l’organisation.

– Favoriser le recours aux divers moyens de communication tels que les réunions, les affiches, et les démonstrations.

2. Implication du personnel :

Encourager la participation active des employés dans le processus de décision et de mise en œuvre du changement. Les études montrent que l’implication réduit significativement la résistance au changement.

3. Formation et support :

Mettre en place des programmes de formation continue pour développer les compétences nécessaires à l’adaptation au changement. Ainsi que l’utilisation des supports, y compris les documents imprimés, les sessions de coaching afin d’aider les employés à naviguer dans le processus de changement.

4. Motivation et reconnaissance :

Récompenses Financières : Introduire des incitations financières telles que des primes, des augmentations de salaire et des cotations à l’acte pour stimuler la motivation extrinsèque du personnel.

5. Amélioration du climat de travail :

Favoriser un climat de travail sain, caractérisé par une bonne entente entre les membres de l’équipe et un soutien mutuel, ce qui est crucial pour le succès du processus de changement.

6. Leadership :

Assurer la présence d’un leadership fort et engagé pour piloter le changement.

En suivant ces recommandations, il est possible de réduire la résistance au changement et

de promouvoir une transition plus fluide et efficace vers la généralisation de la couverture médicale au Maroc.



CONCLUSION



En conclusion, la généralisation de la couverture médicale au Maroc représente une réforme majeure visant à garantir l'accès équitable aux services de santé pour l'ensemble de la population. Cette initiative était mise en place suite aux orientations royales et aux exigences universelles de développement.

Cependant, la mise en œuvre de ce projet rencontre diverses contraintes, dont la résistance au changement est une des principales. Notre étude, première en son genre au Maroc, s'est penchée sur l'analyse des contraintes liées à l'implémentation de la couverture médicale universelle, avec un accent particulier sur la résistance au changement parmi le personnel de santé.

Nos résultats ont mis en lumière plusieurs points clés. Une majorité significative des participants a manifesté une résistance au changement, influencée par divers facteurs et manifesté sous plusieurs formes telles que l'anxiété, la démotivation, l'augmentation des erreurs et la réduction de la qualité du travail.

Les conclusions tirées de cette recherche soulignent l'importance d'une approche de gestion du changement basée sur la communication, l'implication du personnel dans la mise en œuvre du changement, le recours aux supports adéquats, la stimulation de la motivation intrinsèque et extrinsèque, tout en tenant compte des particularités liées à l'ancienneté sans oublier le rôle crucial du leadership.

En somme, notre étude offre une base solide pour des recherches futures et propose des recommandations pratiques pour les décideurs et les gestionnaires de la santé au Maroc.

La généralisation de la couverture médicale est un objectif universel qui vise à garantir un système de santé plus équitable et efficace. La réussite de cette initiative dépendra largement de la manière dont les contraintes et la résistance au changement seront gérées.




RÉSUMÉ

Résumé

Introduction : La couverture sanitaire universelle (CSU) signifie la capacité de tous les citoyens à accéder aux services de santé préventifs, curatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont ils ont besoin, où et quand ils en ont besoin, sans rencontrer de contraintes financières. Dans ce contexte et conformément aux orientations royales, le Maroc a lancé un projet d'universalisation de la couverture maladie. Ce changement qui affecte le système de santé marocain, peut rencontrer de nombreuses contraintes, notamment la résistance du personnel de santé.

Objectifs de l'étude : Notre étude vise à identifier la résistance au changement chez le personnel de santé, à en relever les causes et les manifestations, et à établir les moyens de gestion de cette opposition.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique, réalisé au moyen d'un auto-questionnaire anonyme, autoadministré sous forme de fiches papier. L'étude a été menée auprès des résidents en service de chirurgie maxillo-faciale, les infirmiers du service de chirurgie maxillo-faciale (IDE), le personnel administratif responsable de la facturation à l'administration de l'hôpital IBN TOFAIL, et les agents de facturation au BAF de l'hôpital (Bureau d'admission et de facturation). La saisie et l'analyse descriptive et analytique des résultats ont été effectuées à l'aide de Google Forms, Excel 2021, et le logiciel JAMOVI.

Résultats : Nous avons recueilli un total de 36 réponses, le sexe ratio H/F étant de 0.56, et une tranche d'âge prédominante de 31 ans à 40 ans. Les résidents du service de chirurgie maxillo-faciale ont massivement participé, de plus de la prédominance des participants ayant une ancienneté d'exercice entre 6 et 10 ans, représentant 47.2 %.

En ce qui concerne la perception initiale de la généralisation de la couverture médicale, il est notable que 80,6 % répondants ont exprimé une forte préférence en faveur de cette généralisation, avec 55,5% indiquent l'impact positif anticipé de ce projet sur la santé de la population. En outre, la majorité des participants 69.4% ont déclaré que la généralisation de la couverture médicale à l'ensemble de la population marocaine serait bénéfique pour le système de santé du pays.

La majorité 72.2% ont indiqué qu'ils étaient modérément au courant de la nouvelle réforme, avec 83.3 % attribuent les raisons de ce changement à l'exclusion des inégalités d'accès aux soins, 66.7% ont mis l'accent sur la nécessité d'améliorer la qualité des services de santé proposés par les hôpitaux publics.

La majorité des participants 63.9% ont déclaré avoir constaté des contraintes liées à l'an-crage du nouveau système, tandis que 83.3% ont exprimé des inquiétudes liées aux change-ments.

En ce qui concerne 61,1% ont constaté un impact négatif du changement sur leur charge de travail, avec 52,8% ne dépasse pas une heure pour régler les procédures administratives liées à la généralisation de la couverture médicale.

Parmi les 36 participants, 80.6% ont exprimé une résistance face au changement, la majo-rité entre eux 72,2% ont qualifié son niveau comme étant moyen. Tandis que 66,7% ont identifié la démotivation comme la principale manifestation de la résistance.

L'analyse bivariée des résultats a révélé que la satisfaction de la communication, l'implication, le niveau de connaissance, le recours aux supports, la motivation, et l'ancienneté d'exercice ont une relation statiquement significative avec la manifestation de la résistance.

Conclusion : Notre étude nécessite des enquêtes récurrentes pour suivre l'évolution de la résistance du personnel à la mise en place du projet de la généralisation de la couverture médi-cale. Investir dans un modèle de gestion du basé sur les recommandations traitées peut être bé-néfique pour surmonter les défis confrontés et réduire la résistance.

SUMMARY :

Introduction: Universal health coverage (UHC) means the ability of all citizens to access the preventive, curative, rehabilitation, and health promotion services they need, where and when they need them, without facing financial constraints. In this context and in line with royal directives, Morocco has launched a project to universalize health coverage. This change, which impacts the Moroccan healthcare system, may face various constraints, particularly resistance from healthcare personnel.

Aims of the study: Our study aims to identify the resistance to change among healthcare personnel, identify the causes and manifestations of this resistance, and establish means of managing this opposition.

Materials and methods: This cross-sectional descriptive and analytical study conducted using an anonymous self-administered questionnaire on paper forms. The study was carried out among residents in the maxillofacial surgery department, nurses in the maxillofacial surgery department, administrative staff responsible for billing at the IBN TOFAIL hospital administration, and billing agents at the hospital's Admission and Billing Office. Data entry and descriptive and analytical analysis of the results were performed using Google Forms, Excel 2021, and the JAMO-VI software.

Results: We collected a total of 36 responses, with a male to female sex ratio of 0.56 and a predominant age group of 31 to 40 years. The residents in the maxillofacial surgery department participated massively, with a majority of participants having 6 to 10 years of practice experience, 47.2%.

Regarding the initial perception of the universalization of medical coverage, it is noteworthy that 80.6% of respondents expressed a strong preference for this universalization, with 55.5% indicating the anticipated positive impact of this project on the health of the population. Additionally, the majority of participants (69.4%) stated that extending medical coverage to the entire Moroccan population would benefit the country's healthcare system.

The majority (72.2%) indicated that they were moderately aware of the new reform, with 83.3% attributing the reasons for this change to addressing access inequalities, and 66.7% em-

phasizing the need to improve the quality of healthcare services provided by public hospitals. Most participants (63.9%) reported constraints related to implementing the new system, while 83.3% expressed concerns about the changes.

Regarding the impact of the change on their workload, 61.1% perceived a negative effect, with 52.8% spending no more than an hour to settle administrative procedures related to extending medical coverage. Among the 36 participants, 80.6% expressed resistance to change, with the majority (72.2%) describing their level of resistance as moderate. Furthermore, 66.7% identified demotivation as the main expression of resistance.

Bivariate analysis of the results revealed that satisfaction with communication, involvement, level of knowledge, use of support, motivation, and years of practice have a statistically significant relationship with the manifestation of resistance.

Conclusion: Our study requires ongoing investigations to monitor the evolution of staff resistance to the implementation of the universal medical coverage project. Investing in a management model based on processed recommendations could be beneficial in overcoming challenges and reducing resistance.

ملخص

تعني التغطية الصحية الشاملة : أن يحصل جميع الأشخاص على المجموعة الكاملة من الخدمات الصحية الجيدة اللازمة متى وأينما احتاجوا إليها دون التعرض لضائقة مالية. وتشمل السلسلة الكاملة من الخدمات الصحية الأساسية، التي تتراوح من تعزيز الصحة إلى الوقاية والعلاج والتأهيل والرعاية الملطفة. في هذا السياق، ووفقاً للتوجيهات الملكية، أطلق المغرب مشروعاً لتعميم التغطية الصحية. هذا التغيير، الذي يؤثر على نظام الرعاية الصحية المغربي، قد يواجه قيوداً مختلفة، وخاصة مقاومة العاملين في مجال الرعاية الصحي.

أهداف الدراسة : تهدف دراستنا إلى تحديد مقاومة التغيير بين العاملين في مجال الرعاية الصحية، إضافة إلى استكشاف أسباب ومظاهر هذه المقاومة، ثم وضع وسائل لإدارة هذه المعارضة.

المواد والطرق : هي دراسة مستعرضة، ذات طابع وصفي وتحليلي، أجريت باستخدام استبيان مجهول الهوية ذاتي و مطبوع في شكل استمارات ورقية. وجهت هذه الدراسة إلى المقيمين في قسم جراحة الوجه والفكين ، والممرضين في قسم جراحة الوجه والفكين ، زيادة على الموظفين الإداريين المسؤولين عن الفوترة في إدارة مستشفى ابن طفيل، وكلاء الفوترة في مكتب القبول والفواتير بالمستشفى. تم إدخال جميع البيانات و النتائج و إجراء تحليلها وصفيًا وتحليليًا باستخدام تطبيقي Google Forms و Excel 2021 وبرنامج JAMOVI.

النتائج: حصلنا على ما مجموعه 36 إجابة، وكانت نسبة معدل ذكر/أنثى 0.56، كما كانت الفئة العمرية السائدة ما بين 31 إلى 40 سنة. شارك المقيمون في قسم جراحة الوجه والفكين بشكل واسع مشكلين بذلك الفئة الأكبر، بينما كان لأغلبية المشاركين أقدمية مزاولة تتراوح بين 6 إلى 10 سنوات ممثلة في نسبة 47.2%.

فيما يتعلق بالتصور المبدئي لتعميم التغطية الطبية، من الملاحظ أن 80.6% من المشاركين أعربوا عن تفضيلهم القوي لهذا التعميم، حيث أشار 55.5% منهم إلى التأثير الإيجابي المتوقع لهذا المشروع على صحة السكان. بالإضافة إلى ذلك، ذكر غالبية المشاركين (69.4%) أن توسيع التغطية الطبية إلى جميع سكان المغرب سيكون مفيداً لنظام الرعاية الصحية في البلاد.

أشار الأغلبية (72.2%) إلى أنهم على دراية متوسطة بالإصلاح الجديد، و عزا 83.3% منهم أسباب هذا التغيير إلى استبعاد أوجه انعدام المساواة في الحصول على الرعاية، و أكد 66.7% منهم على ضرورة تحسين جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات العامة.

أبلغ معظم المشاركين (63.9%) أنهم واجهوا معوقات في تطبيق النظام الجديد، في حين أعرب 83.3% عن قلقهم بشأن التغييرات.

أشار 61.1% من المشاركين إلى التأثير السلبي للتغيير على عبء العمل، و أكد 52.8% منهم أنهم يقضون ما لا يزيد عن ساعة لتسوية الإجراءات الإدارية المتعلقة بتمديد التغطية الطبية.

من بين 36 مشاركاً، أعرب 80.6% منهم عن مقاومة التغيير، حيث وصف الأغلبية (72.2%) مستوى مقاومتهم بأنه متوسط في حين حدد 66.7% انعدام الحافز باعتباره التعبير الرئيسي عن المقاومة.

كشف التحليل ثنائي المتغيرات للنتائج أن الرضا عن التواصل، والمشاركة، ومستوى المعرفة، واستخدام مواد الدعم، والتحفيز، و طول سنوات الممارسة لها علاقة ذات دلالة إحصائية مع مظاهر المقاومة.

الخلاصة : تتطلب دراستنا إجراء دراسات استقصائية متكررة لرصد تطور مقاومة الموظفين لتنفيذ مشروع التغطية الطبية الشاملة. و قد يكون الاستثمار في نموذج إداري يستند إلى التوصيات التي تمت مناقشتها مفيداً في التغلب على التحديات والحد من المقاومة.



ANNEXES



Questionnaire : Généralisation de la couverture médicale : Contrainte de mise en place au CHU Mohammed VI (Résistance au changement).

L'introduction d'une nouvelle politique de généralisation de la couverture médicale à l'hôpital est un changement majeur qui affectera l'ensemble du personnel. Afin de comprendre les attitudes, les perceptions et les éventuelles résistances liées à cette initiative, nous menons cette enquête. Votre participation est cruciale pour garantir une mise en œuvre réussie et un impact positif sur l'ensemble de l'organisation.

Vos réponses resteront **strictement confidentielles et anonymes**. Veuillez répondre honnêtement en fonction de votre propre expérience et de vos observations.

I- Informations Démographiques : (4 Questions)

1 – Le genre :

- Homme
- Femme

2 – Catégorie d'âge :

- Moins de 30 ans.
- 31 ans – 40 ans.
- 41 ans – 50 ans.
- Plus de 51 ans.

3 – Le profil : Veuillez indiquer votre service ou votre poste au sein de l'hôpital

- Profil médical : résident/e
- Profil paramédical : infirmier/infirmière
- Equipe administrative / Agent de BAF

4 – Ancienneté d'exercice :

- ≤5 ans
- 6 – 10 ans
- 11–15 ans
- ≥15 ans

II- Attitude envers la généralisation de la couverture médicale (10 Questions) :

1- Sur une échelle de 1 à 5 (1 = Pas du tout d'accord, 5 = Tout à fait d'accord), dans quelle mesure êtes-vous favorable à la généralisation de la couverture médicale à l'ensemble de la population marocaine.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

2- Selon vous, dans quelle mesure la généralisation de la couverture médicale aura un impact positif sur la santé de la population marocaine ?

- Très positif
- Plutôt positif
- Neutre
- Plutôt négatif
- Très négatif

3- Pensez-vous que la généralisation de la couverture médicale à l'ensemble de la population marocaine serait bénéfique pour le système de santé marocain ?

- Oui
- Non
- Incertain

4- Quels avantages pensez-vous que cette généralisation pourrait offrir ?

.....

.....

.....

5- À quel point êtes-vous au courant des récents changements affectant notre hôpital ?

- Pas du tout au courant
- Modérément au courant
- Très au courant

6- Veuillez indiquer les principales raisons de ce changement : (cochez toutes les réponses applicables) :

- L'exclusion des inégalités d'accès aux
- Améliorer la qualité des services de santé offerts par l'hôpital public
- Réduire les coûts élevés des soins de santé
- Assurer la sécurité sociale contre les risques, notamment la pandémie du Covid 19
- Sensibiliser la population à l'importance de la couverture médicale
- La pression croissante de la société civile et des organisations internationales

7- Avez-vous constaté des contraintes liées à l'ancrage du nouveau système (Bascule du Ramed vers AMO Tadamon) ?

- OUI
- NON

8- Si oui, Veuillez citer quelques-unes :

.....

.....

.....

9- Avez-vous des inquiétudes concernant les changements potentiels dans les procédures administratives ou opérationnelles liées à cette initiative ?

- Oui
- Non

10- Avez-vous remarqué que ce changement a eu un effet négatif sur la charge de travail ?

- Oui
- Non

11- Combien de temps vous passer à régler les procédures administratives liées à cette généralisation ?

- < 1 h
- 1 - 3 h

- 4 – 6 h
- > 6h

III- La résistance au changement (5 Questions) :

1- Au début, comment avez-vous réagi au changement ?

- Acceptation
- Résistance
- Anxiété
- Démotivation
- Confusion

2- Existe-t-il une résistance ?

- Oui
- Non

3- Comment qualifiez-vous le niveau (degré) de résistance ?

- Pas du tout
- Moyennement
- Beaucoup

4- Comment est-elle manifestée (la résistance) ?

- Baisse de productivité
- Mauvaise qualité de travail
- Grèves
- Refus de formation
- Refus de croire au changement
- Aggravation des retards/L'absentéisme
- Perte de motivation
- Augmentation d'accidents et des erreurs

5- A quoi attribuez-vous cette résistance ?

- Mauvaise compréhension du changement
- L'absence d'une formation adéquate et l'absence d'encadrement

- Absence de l'implication et la participation du personnel à la mise en œuvre du changement
- Absence de communication
- Le changement est considéré comme action imposée et non volontaire
- Augmentation des tâches des employés (Coûts plus élevés que les bénéfices)
- Barrière psychologique : sentiment de perte (perte de sécurité, de compétence), peur de l'inconnu, faible tolérance pour le changement
- Manque d'outils technologique afin de bien implanter le changement et manque de ressources.

IV. Les approches de gestion (12 Questions)

A- La Communication (4 Questions) :

1- Etes-vous informé du changement la première fois ?

- Oui
- Non

2- Si oui, Quels sont été les différents moyens de communication utilisés pour informer le personnel du changement ?

- Réunion
- Démonstration
- Affiches

3- Quels ont été les principaux messages transmis au début du changement et pendant le changement ?

- Explication du déroulement du changement
- Les raisons du changement
- Objectifs du changement

4- Etes-vous satisfait des communications ?

- Oui
- Non

B- L'implication du personnel (1 Question) :

1- Est-ce-que vous étiez impliqués dans les discussions de changement ? Avez-vous eu la chance de donner votre opinion tout au long du changement ?

- Oui
- Non

C- L'équipe affiliée / Leadership (3 Questions) :

1- Y avait-il une équipe ou un groupe de personnes responsables de mettre le changement en place ?

- Oui
- Non

2- Pensez-vous que la présence d'un leadership et l'implication de la haute direction peut faciliter la mise en place du changement ?

- Oui
- Non

3- Considérez-vous que le climat sain du travail puisse diminuer les forces restrictives et renforce la solidarité du groupe ?

- Oui
- Non

D- Le support offert aux destinataires (2 Questions) :

1-Avez-vous bénéficier d'un support au cours de l'implantation du changement ?

- Oui
- Non

2-Si oui, quel genre d'aide ou de support la direction a-t-elle offert pendant le changement ?

- Formation

- Service de consultante en orientation
- Documents imprimés

E- La motivation du personnel (2 Questions) :

1- Dans quelle mesure êtes-vous prêt(e) à vous engager personnellement dans la réussite de cette initiative ?

- Oui
- Non

2- Comment qualifiez-vous le degré de votre motivation ?

- Pas du tout motivé
- Moyennement motivé
- Très motivé

V. Recommandations (4 Questions) :

1- Pensez-vous que la motivation extrinsèque du personnel aura un impact positif sur la mise en place du changement ?

- Oui
- Non

2- Si Oui, quel type de motivation vous proposez ?

- Récompenses financières : les primes, les augmentations de salaire, les cotations à l'acte(pourcentage) et les commissions
- Récompenses matérielles : Les cadeaux, les voyages
- Reconnaissance sociale : Les éloges, les titres honorifiques, les prix, les certificats
- Opportunités de promotion : La possibilité d'avancement professionnel, d'obtenir un meilleur poste
- Feedback positif : Recevoir des retours positifs de la part des supérieurs hiérarchiques

3- Pensez-vous que la motivation intrinsèque du personnel aura un impact positif sur la mise en place du changement ?

- Oui
- Non

4- Si Oui, quel type de motivation vous proposez ?

- Autonomie : Donner au personnel le contrôle sur la manière dont ils accomplissent leur travail
- Intérêt pour le travail
- Développement professionnel : la formation, l'apprentissage de nouvelles compétences
- Collaboration et relations positives : Travailler dans un environnement sain.

Merci beaucoup pour votre temps et votre contribution précieuse à cette enquête. Vos réponses nous aideront à mieux comprendre les défis auxquels nous sommes confrontés et à élaborer des stratégies pour les surmonter efficacement. Cordialement



BIBLIOGRAPHIE



1. **OMS, Organisation Mondiale de la Santé**
« Couverture sanitaire universelle »
Disponible sur : <https://www.who.int/fr/health-topics/universal-health-coverage>
2. **Secrétariat Général du Gouvernement**
« Loi n° 65-00 promulguée par le dahir n° 1-02-296 du 25 rejab 1423 (3 Octobre 2002) relatif à l'assurance maladie obligatoire de base. »
Disponible sur : <http://bdj.mmsp.gov.ma/Fr/Document/4682-Dahir.aspx>
3. **ANAM**
« La Couverture Médicale de Base, MAROC ».
Disponible sur : <https://anam.ma/anam/la-couverture-medicale-de-base/>
4. **Secrétariat Général du Gouvernement**
« Loi n° 09-21 : Relative à la protection sociale ».
Disponible sur : http://www.sgg.gov.ma/BO/FR/2873/2022/BO_7132_Fr.pdf
5. **S. Ciavaldini-Cartaut et A. Jouët-Robba**
« Accompagner au changement des pratiques de médecins généralistes en formation en santé : Une approche orientée par l'activité et l'acceptabilité des usages du numérique en contexte de crise », Médiations Médiatisations – Rev. Int. Sur Numér. En Éducation Commun., vol. VARIA, no 13, p. 25-44, déc. 2023
6. **S. Chteoui et C. Chhaima**
« L'Extension de la Couverture Sociale Au Maroc Moteur de l'Innovation Sociale : Quels Enjeux pour les Etablissements de Santé? », Rev. Manag. Cult., no 10, Art. no 10, nov. 2023
7. **E. Robert**
« Que cache le consensus des acteurs de la santé mondiale au sujet de la couverture sanitaire universelle ? Une analyse fondée sur l'approche par les droits », déc. 2016, Disponible sur : <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/02255189.2017.1301250?needAccess=true>
8. **Organisation mondiale de la Santé**
Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle : rapport final du Groupe Consultatif de l'OMS sur la Couverture Sanitaire Universelle et Equitable. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015.
Disponible sur : <https://iris.who.int/handle/10665/185069>
9. **L'Organisation mondiale de la santé (OMS)**
« Déclaration d'Alma-Ata », sept. 1978.
10. **M. Nauleau, B. Destremau, et B. Lautier**
« "En chemin vers la couverture sanitaire universelle". Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé », Rev. Tiers Monde
11. **Organisme de sécurité sociale France**
« Les grandes dates ».
Disponible sur : <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/histoire/les-grandes-dates>
12. **The Policy Navigator website**
« National Insurance Act 1911 », Policy Navigator.
Disponible sur : <https://navigator.health.org.uk/theme/national-insurance-act-1911>

13. J.-F. Chadelat

« La couverture maladie universelle », Rev. Hist. Prot. Soc., vol. 5, no 1, p. 101–113, 2012

14. J.-M. Dedeyan

« « L'héritage social du général de Gaulle », par Jean-Marie Dedeyan – Fondation Charles de Gaulle ».

Disponible sur : <https://www.charles-de-gaulle.org/blog/2024/04/30/lheritage-social-du-general-de-gaulle-par-jean-marie-dedeyan/>, <https://www.charles-de-gaulle.org/blog/2024/04/30/lheritage-social-du-general-de-gaulle-par-jean-marie-dedeyan/>

15. H. Gaymard et F. Tristram,

« LE GAULLISME ET LA PROTECTION SOCIALE : RÉFLEXION SUR UN MODÈLE FRANÇAIS », oct. 2015.

16. A. Kober-Smith

« Le National Health Service : une institution phare en pleine transformation », Inf. Soc., vol. 159, no 3, p. 70–79, 2010

17. L. D. Brown

« Les défis de la réforme de Medicare aux États-Unis », Rev. Fr. Aff. Soc., no 4, p. 55–66, 2008

18. Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères de la France

« Le système de santé aux États-Unis : organisation et fonctionnement »

Disponible sur : https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_systeme_sante_us_cle863719

19. Le ministre de Santé Canada

« LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ ».

Disponible sur : https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/cha-ics/2015-cha-lcs-ar-ra-fra.pdf

20. U. Nations

« Objectifs de développement durable : 17 objectifs pour transformer notre monde | Nations Unies », United Nations

Disponible sur : <https://www.un.org/fr/exhibit/odd-17-objectifs-pour-transformer-notre-monde>

21. OMS

« Couverture sanitaire universelle (CSU) »

Disponible sur : [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

22. L'Organisation des Nations unies,

« Déclaration universelle des droits de l'homme ». Disponible sur :

https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/frn.pdf

23. A. TMIQ et N. ABDELBAKI

« Le financement de la généralisation de la protection sociale au Maroc », Int. J. Account. Finance Audit. Manag. Econ., août 2023.

24. C. Conseil Economique, Social et Environnemental

« Projet de loi n° 109-12 portant code de la mutualité ».

Disponible sur : <https://www.cese.ma/media/2020/10/Avis-du-Conseil-Projet-de-loi-n%C2%B0-109-12-portant-code-de-la-mutualit%C3%A9E2%80%8B.pdf>

25. Ministère de la santé,

« La couverture médicale de base au Maroc : bilan d'étapes et perspectives »

Disponible sur :

<https://www.sante.gov.ma/Documents/2018/04/presentation%20JMS%202018.pdf>

26. La Commission des Affaires Sociales et de la Solidarité

« La protection sociale au Maroc Revue, bilan et renforcement des systèmes de sécurité et d'assistance sociales »

Disponible sur : <https://www.cese.ma/media/2020/10/Rapport-La-protection-sociale-au-Maroc.pdf>

27. Secrétariat général du gouvernement Maroc

« La Constitution marocaine de 2011 ».

Disponible sur : http://www.sgg.gov.ma/Portals/0/constitution/constitution_2011_Fr.pdf

28. V. de la Justice, Sebbata Hicham.

« (Maroc) Prévoyance sociale : les prémices d'une couverture sanitaire universelle », Village de la Justice.

Disponible sur : <https://www.village-justice.com/articles/maroc-prevoyance-sociale-les-premices-une-couverture-sanitaire-universelle,46287.html>

29. P. M. Mrabet,

« SYSTEME DE SANTE MAROCAIN ».

30. N. Bensed et H. Fasly,

« La réforme de la couverture médicale de base au Maroc : Etat des lieux », Rev. Contrô Comptab. L'audit, vol. 3, no 1, Art. no 1, 2019,

Disponible sur : <https://revuecca.com/index.php/home/article/view/319>

31. C. Dekkaki et E. Azzouz,

« LA GENERALISATION DE LA COUVERTURE SOCIALE : ENJEUX ET DEFIS MAJEURS DU FINANCEMENT DU SECTEUR HOSPITALIER AU MAROC. »

32. J.-N. Ferrié, Z. Omary, et O. Serhan,

« Le Régime d'assistance médicale (RAMed) au Maroc : les mécomptes du volontarisme et de l'opportunisme », Rev. Fr. Aff. Soc., no 1, p. 125-143, 2018

33. M. D. Chemillier-Gendreau

« Couverture Sanitaire Universelle au Maroc : état des lieux et pistes de réformes », nov. 2018.

34. Sa Majesté le Roi Mohammed VI

« Discours du Trône, 29 juillet 2020 »

Disponible sur : <https://www.casablancacity.ma/fr/actualite/567/discours-du-trone-29-juillet-2020>

35. S. EL MAHDAOUI

« LE NOUVEAU MODÈLE DE DÉVELOPPEMENT FACE AUX DÉFIS DE LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ MAROCAIN : UNE ANALYSE SUR LA PLACE DE LA SANTÉ DANS LE NMD », novembre 2022.

Disponible sur : <https://hal.science/hal-03848727>

36. F. MHIDIA,

« La généralisation de la couverture médicale (GCM), un RAMed pour tous ? », 2021.

- 37. Organisation mondiale de la Santé, Royaume du Maroc Ministère de la Santé,**
« Stratégie de coopération entre le Maroc et l’OMS pour la période 2023–2027 ».
Disponible sur : <https://applications.emro.who.int/docs/9789292741006-fre.pdf>
- 38. A. D. Bank**
« Maroc – Programme d’appui à la Généralisation de la Couverture Sociale pour une meilleure employabilité (PAGCS) – Phase II –Rapport d’évaluation de projet », Banque africaine de développement.
Disponible sur : <https://www.afdb.org/fr/documents/maroc-programme-dappui-la-generalisation-de-la-couverture-sociale-pour-une-meilleure-employabilite-pagcs-phase-ii-rapport-devaluation-de-projet>
- 39. V. Perret**
« Les paradoxes du changement organisationnel ».
- 40. B. NEZLIOUI, MANSOURI Massinissa**
« La conduite du changement au sein de l’établissement public de santé en Algérie à l’heure de covid–19 : la résistance au changement organisationnel cas de service maladies infectieuses au CHU de Tizi–Ouzou. »
- 41. Y. Dufour et L. Lamothe**
« Les approches au changement dans les systèmes de santé », in Le système de santé québécois. Un modèle en transformation, C. Bégin, P. Bergeron, P.–G. Forest, et V. Lemieux, Éd., in Politique et économie. Montréal : Presses de l’Université de Montréal, 1999, p. 313–339.
- 42. R. Zammar et N. Abdelbaki**
« Conduite De Changement Organisationnel Dans Le Secteur De Santé Marocain. Cas Du Centre Hospitalier Regional D’agadir », Eur. Sci. J. ESJ, vol. 12, no 27, Art. no 27, sept. 2016.
- 43. J. Chaanoun et M. Alaoui**
« Le changement organisationnel dans les établissements publics hospitaliers : « Résultats d’une Recherche–Intervention au Centre Hospitalo–Universitaire Mohammed VI Oujda ». », Rev. Int. Sci. Gest., vol. 5, no 2, Art. no 2, mai 2022
Disponible sur : <https://revue-isg.com/index.php/home/article/view/920>
- 44. Mihai Gheorghiu, Danièle Guillemot, Frédéric Moatty**
« Préparation de l’enquête COI – Les changements organisationnels et leurs outils : Entretiens avec les dirigeants d’hôpitaux », nov. 2007.
- 45. B. Kirmi et W. Chahouati**
« Le changement dans le milieu hospitalier : Revue de la littérature et proposition d’un modèle de changement par une démarche Qualité. », Rev. Contrô Comptab. Audit, sept. 2019
Disponible sur : <https://hal.science/hal-02311470>
- 46. D. Gaumond**
« La résistance au changement, un phénomène incontournable et non négligeable. » Disponible sur : <https://biblos.hec.ca/biblio/memoires/m1999no10.pdf>
- 47. A. Vas et B. V. Velde**
« La résistance au changement revisitée du top management à la base : une étude exploratoire ».

48. R. Soparnot

« Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus », Rech. En Sci. Gest., vol. 97, no 4, p. 23–43, 2013

49. E. Dent et S. Goldberg

« Challenging “Resistance to Change” », SSRN Electron. J., janv. 2013

50. R. Jaziri et A. Garbaa

« Les déterminants de la résistance au changement organisationnel : Le cas des universités tunisiennes », août 2016

Disponible sur : <https://hal.science/hal-01386376>

51. Y. Pesqueux

« La résistance au changement ».

52. Creative Commons

« Resistance au changement dans une organisation. » Disponible sur : https://www.graine-ara.org/sites/default/files/documents/Outils_acc_chgmt/16-Resistance_au_changement_dans_une_organisation-VF.pdf

53. G. MOULIN

« La résistance au changement : De quelle manière l’infirmier en chef peut-il y faire face ? » Disponible sur : <http://ei.lereservoir.eu/EI%20CADRES/GERALDINE%20MOULIN.pdf>

54. Creative Commons

« Resistance au changement dans une organisation. » Disponible sur : https://www.graine-ara.org/sites/default/files/documents/Outils_acc_chgmt/16-Resistance_au_changement_dans_une_organisation-VF.pdf

55. V. Pauwels Delassus, A. Leclercq Vandelannoitte, et R. Mogos Descotes

« La résistance au changement de nom de marque : ses antécédents et ses conséquences sur le capital de marque », Manag. Int., vol. 18, no 3, p. 45–59, mai 2014

56. K. Hames, M. Patlas, et R. Duszak

« Barriers to Resident Research in Radiology: A Canadian Perspective », Can. Assoc. Radiol. J., vol. 69, no 3, p. 260–265, août 2018,

57. Le ministère de la Santé, La Direction générale des ressources humaines,

« Santé en chiffres » Disponible sur :

<https://drh.sante.gov.ma/Lists/Actualites/Attachments/179/Sant%C3%A9%20en%20chiffres.pdf>

58. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Direction de la Planification et des Ressources Financières

« Sante en chiffre 2022 ». Disponible sur :

<https://www.sante.gov.ma/Documents/2024/02/Sante%20en%20chiffre%202022%20VF1.pdf>

59. Faculté de Médecine et de Pharmacie – UCA – Marrakech

« Guide du résident ». Disponible sur :

http://wd.fmpm.uca.ma/fmpm/formation/spec/guide_res.pdf

60. M. Oudmane et F. M. Mourji

« La couverture médicale au Maroc : les enjeux de l’inclusion des indépendants », Rev. Réflex. Économiques, no 2, Art. no 2, mai 2022

61. OMS

« Rapport sur la santé dans le monde. LE FINANCEMENT DES SYSTÈMES DE SANTÉ : Le chemin vers une couverture universelle ». Disponible sur :

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70497/WHO_IER_WHR_10.1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed

62. FasterCapital.

« Introduction à La Traçabilité Dans Les Soins De Santé » Disponible sur :

<https://fastercapital.com/keyword/introduction-à-la-traçabilité-dans-les-soins-de-santé.html>

63. La Caisse Nationale de Sécurité Sociale

« Modalités pour bénéficier d'un remboursement » Disponible sur :

<https://www.cnss.ma/fr/content/modalit%C3%A9s-pour-b%C3%A9n%C3%A9ficier-dun-remboursement>

64. MAUDE LOI ZEDDA

« RÉSISTANCE AU CHANGEMENT DES DIRECTEURS D'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT : RELATIONS AVEC LEUR SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE LIÉ AU TRAVAIL ET LEUR LEADERSHIP TRANSFORMATIF » Disponible sur : <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/9309/1/eprint9309.pdf>

65. Médias24.

« Protection sociale : ce que l'on sait sur le basculement des Ramedistes à l'AMO »,

Disponible sur : <https://medias24.com/2022/10/11/protection-sociale-ce-que-lon-sait-sur-le-basculement-des-ramedistes-a-lamo/>

66. Secrétariat Général du Gouvernement

« Loi n°27-22. »

Disponible sur : https://www.amotadamon.ma/assets/files/Loi_27-22.pdf

67. CNSS

« Informations Générales TADAMON | La Caisse Nationale de Sécurité Sociale ». Disponible sur :

<https://www.cnss.ma/fr/AMOTADAMON>

68. O. Laraqui et al.

« Perception du travail et bien-être chez le personnel de santé au Maroc », Santé Publique, vol. 29, no 6, p. 887-895, 2017

69. L. Giraud, D. Autissier, et J.-M. Moutot

« Attitudes et comportements des salariés envers le changement : une étude longitudinale de la mise en place d'un changement organisationnel », Quest. Manag., vol. 3, no 2, p. 37-52, 2013

70. TouchPoint Médica

« Résistance au changement, une étude de cas ». Disponible sur :

<https://fr.touchpointmed.com/blog/post/resistance-change-how-adcs-reduced-fear-and-anxiety-nurses>



قسم الطبيب:

أقسِمُ بِاللّهِ الْعَظِيمِ

أَن أراقِبَ اللهَ في مهنتي.

وَأَن أصُونَ حياةَ الإنسانِ في كافّةِ أطوارها في كلِّ الظروفِ

والأحوالِ باذلةٍ وسعيٍ في إنقاذها من الهلاكِ والمرَضِ

و الأَلمِ والقَلقِ.

وَأَن أحفظَ للناسِ كرامَتَهُم، وأستُرَّ عَورَتَهُم، و أكتُمَ

سِرَّهُم.

وَأَن أكونَ على الدوامِ من وسائلِ رحمةِ الله، باذلةِ رعايتي الطبيةِ للقريبِ والبعيدِ، للصالحِ

والطالحِ، والصديقِ والعدوِّ.

وَأَن أثابِرَ على طلبِ العلمِ، وأسخرَه لِنفعِ الإنسانِ لا لأذاهِ.

وَأَن أوقِرَ مَنْ علّمني، وأُعلِّمَ مَنْ يصغرنِي، وأكونَ أخْتاً لِكُلِّ زميلٍ في المهنةِ الطّبيّةِ متعاونينَ

على البرِّ و التقوى.

وَأَن تكونَ حياتي مصداقَ إيماني في سريّ و علانيتي، نقيّةٍ ممّا يشينها تجاهَ

اللهِ ورسولهِ و المؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



سنة 2024

أطروحة رقم 176

تعميم التغطية الصحية : معيقات التنفيذ داخل المستشفى
الجامعي محمد السادس (مقاومة التغيير)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2024/07/01

من طرف:

السيدة وئام الحر

المزدادة في 02 فبراير 1999 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

التغطية الصحية- مقاومة- التغيير- تعميم - معيقات

اللجنة:

الرئيس	السيد	ر. بنخياط
		أستاذ في جراحة الاحشاء
المشرفين	السيدة	ن. منصوري حطاب
		أستاذة في جراحة الوجه و الفكين
الحكم	السيد	م. البويهي
		أستاذ في جراحة الوجه و الفكين
	السيدة	ف. مانودي
		أستاذة في الطب النفسي