

**ROYAUME DU MAROC**  
**UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**

**FES**



**EVALUATION DES BESOINS DES PATIENTS**  
**ET QUALITÉ DE SOINS**

**ETUDE PRÉLIMINAIRE AU SEIN DU SERVICE DE MÉDECINE INTERNE**  
**DU CHU HASSAN II DE FÈS**

**MEMOIRE PRESENTE PAR :**

**Dr. LAMCHACHTI LAMIAE**

**Née le 07 Septembre 1979 à Rabat**

**POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE**  
**OPTION : MÉDECINE INTERNE**

**Sous la direction de :**  
**Professeur BONO WAFAA**

**Juillet 2010**

*A madame le Professeur BONO WAFAA*

*V*ous m'avez accueillie dans votre service. J'ai pu admirer vos compétences de médecin et d'enseignant.

*F*aire part de votre équipe a toujours été pour moi une chance et une leçon de vie.

*V*otre sens de responsabilité, votre jovialité et votre modestie sont pour moi un exemple.

*Recevez ici le témoignage de mon profond respect et de mon admiration.*

# SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	4
METHODOLOGIE .....	6
1. 1ère étape .....	7
2. 2ème étape .....	7
3. Patients .....	7
4. Questionnaire .....	8
5. Etude statistique .....	10
RESULTATS .....	11
A. 1ère partie .....	12
B. 2ème partie .....	17
C. Etude statistique .....	22
DISCUSSION .....	26
A. Une analyse des besoins de chaque malade. ....	30
B. Une définition des fonctions qu'un système de soins doit remplir pour répondre à ces besoins. ....	32
C. Une démarche qualité qui rende possible l'amélioration continue de la qualité des soins .....	36
D. Une régulation médicalisée .....	37
CONCLUSION .....	39
RESUME .....	40
BIBLIOGRAPHIE.....	42

# INTRODUCTION

Besoins des patients et qualité des soins sont deux concepts indissociables puisque, par définition, un produit est de qualité s'il répond aux besoins de ses utilisateurs. Si la qualité des soins n'est pas excellente les besoins des malades ne peuvent être entièrement satisfaits.

Ainsi nous avons jugé nécessaire de se faire une idée sur la satisfaction actuelle des patients au sein d'un organisme nouveau, performant par sa structure et sa technologie, et qui doit l'être aussi par les services médicaux, sociaux, et psychologiques rendus aux patients.

# METHODOLOGIE

Notre travail a été réalisé sur deux étapes :

### 1. 1<sup>ère</sup> étape :

Il s'agit d'une étude transverse réalisée sur 10 jours ouvrables (du 01 au 12 Février 2010), ayant colligée tout patient admis au service de Médecine interne du CHU Hassan II de Fès. Ce dernier comprend 28 lits dans le secteur conventionnel, et 5 en hôpital de jour.

### 2. 2<sup>ème</sup> étape :

Sur les données des premiers résultats obtenus, un 2<sup>ème</sup> échantillon de patients a été analysé, après une période de 2 mois, et suite à une sensibilisation du personnel médical et paramédical du service sur les besoins les plus exprimés par les patients, afin d'améliorer et d'optimiser la prise en charge. Ce fait a été surveillé lors de l'hospitalisation et à la sortie de certains patients qui ont été inclus dans ce groupe.

### 3. Patients :

Ont été inclus dans l'étude tous les patients admis au service, soit au secteur conventionnel ou en hôpital de jour, ayant consenti oralement à participer au travail. Les caractéristiques globaux des patients relevés sont l'identifiant hospitalier du patient (IP, afin d'éviter d'inclure un patient 2 fois), l'âge, le sexe, la profession, l'existence d'une couverture sociale, la pathologie en cours, ainsi que la durée du suivi. Les besoins sont évalués grâce au NEQ (Need Evaluation Questionnaire), dans sa version arabe validée par le laboratoire d'épidémiologie et de recherche scientifique de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès [1].

#### 4. Questionnaire :

Le NEQ est un questionnaire standardisé, consistant en 23 items, élaboré et validé à l'unité de psychologie de « l'Instituto Nazionale Tumori (INT) de Milan » [2]. Une nouvelle version adaptée transculturellement à la population marocaine, et validée à été élaboré au sein du laboratoire d'épidémiologie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès (tableau 1) [1]. Il recherche les différents types de besoins : concernant le diagnostic/pronostic (items 1 et 2), concernant les examens et traitement (items 3 et 4), la communication (items 5 - 8) et le relationnel malade/corps sanitaire (items 20-22), faisant ressortir ainsi quatre rubriques distinctes. Douze autres questions complètent le questionnaire, et sont liées à l'assistance et le traitement (items 9 à 13), à la structure (item 14), aux aspects financiers (articles 15, 16) et la prise en charge (items 17, 18, 19, 23).

Tableau 1 : version arabe dialecte marocain du NEQ [1]

NEQ (Need evaluation questionnaire)

غنفولك مجموعة دلالاحتياجات و غنفولي واش كتفكر أنك محتاجها ولا لا

لا	نعم	
		1. محتاج تعرف أكثر على المرض ديالك
		2. محتاج تعرف أكثر على شنو غيوقعك من بعد
		3. محتاج تعرف أكثر على دكشي اللي كيدارك ( تحاليل، راديو...)
		4. محتاج تعرف أكثر على العلاج ديالك (الدواء، الفتيح...)
		5. محتاج يتشاورو معاك أكثر على شنو ممكن يدارك فالعلاج (باش تداوا)
		6. محتاج الطبا و الفراملما يشرحولك بطريقة مفهومة أكثر
		7. محتاج الطبا يقولولك الحق مايكدبوش عليك
		8. محتاج تذاكر أكثر مع الطبا
		9. محتاج يخففو ليك أكثر المشاكل الصحية اللي عندك (وجع، التروبعة، قلة النعاس)
		10. محتاج يعاونوك أكثر باش تأكل، تلبس، تمشي لمرحاض
		11. محتاج يحترموا أكثر الخصوصية ديالك (ميقلبوكش أو يهضرو معاك على المرض ديالك حدا الناس)
		12. محتاج الفراملية يتهلوا فيك أكثر
		13. محتاج الطبا يطمئنوك أكثر (يرحوك، يقولولك راك لاباس)
		14. محتاج يحسنو شي حوايج فالصبيطار (الحمام، الماكلا، النظافة)
		15. محتاج نعرف معلومات أكثر على المعاونة اللي يقدر يعطيني المخزن (تعويضات، شحال غدي بيقالي فخلصني...)
		16. محتاج معاونة مادية (دفلوس)
		17. محتاج تهضر مع طبيب نفساني
		18. محتاج نصائح دينية
		19. محتاج تهضر مع الناس اللي عندهم نفس التجربة ديالك
		20. محتاج حبابك يطمئنوك أكثر
		21. محتاج تحس براسك مهم فوسط العائلة (عندك دور، كتدير شي حاجة)
		22. محتاج ميخليوكش بوحدك مع المرض
		23. محتاج أنك ماتبقاش فالناس بزاف

## 5. Etude statistique :

Les résultats obtenus ont été analysés et comparés grâce à une étude analytique et descriptive utilisant le test « t- de Student » ; le test de « Fisher » ; et le test « Chi2 » en se basant sur le logiciel EPI Info 2000.

Ceci a été fait en collaboration avec le service d'épidémiologie et de recherche clinique de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

# RESULTATS

## A. 1<sup>ère</sup> partie :

Soixante dix patients ont été recensés au cours de la réalisation de cette 1<sup>ère</sup> étape du travail. Un seul a refusé de répondre au questionnaire, et seulement 5 patients n'ont pas eu besoin d'une assistance pour le remplir. Tous les items ont été répondus.

Les principales caractéristiques des patients sont reportées dans le tableau 2. L'âge moyen des patients est de 44 ans avec des extrêmes allant de 16 à 71 ans. Ils sont représentés par 42 hommes et 28 femmes soit un sexe ratio H/F de 1,5. Quarante six patients n'exercent aucune profession soit 65%, et seulement 13 bénéficient d'une couverture sociale. La pathologie hémato-oncologique est dominante, retrouvé chez 44 patients soit 62,3%, suivie par les maladies de système chez 13 patients soit 18,5%, puis à moindre fréquence les cytopénies, les infections et les pathologies vasculaires chez respectivement 7 (10%), 4 (5,7%), et 2 (2,8%) patients. La durée moyenne du suivi est de 8 mois, la plupart suivis depuis moins de 6 mois (54,2%).

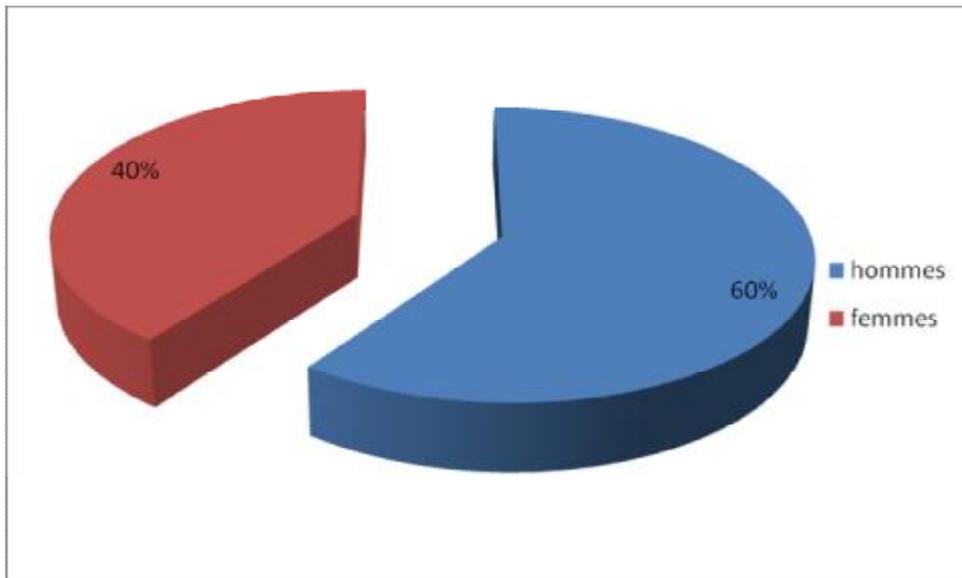


Figure1 : Répartition des patients du groupe 1 en fonction du sexe.

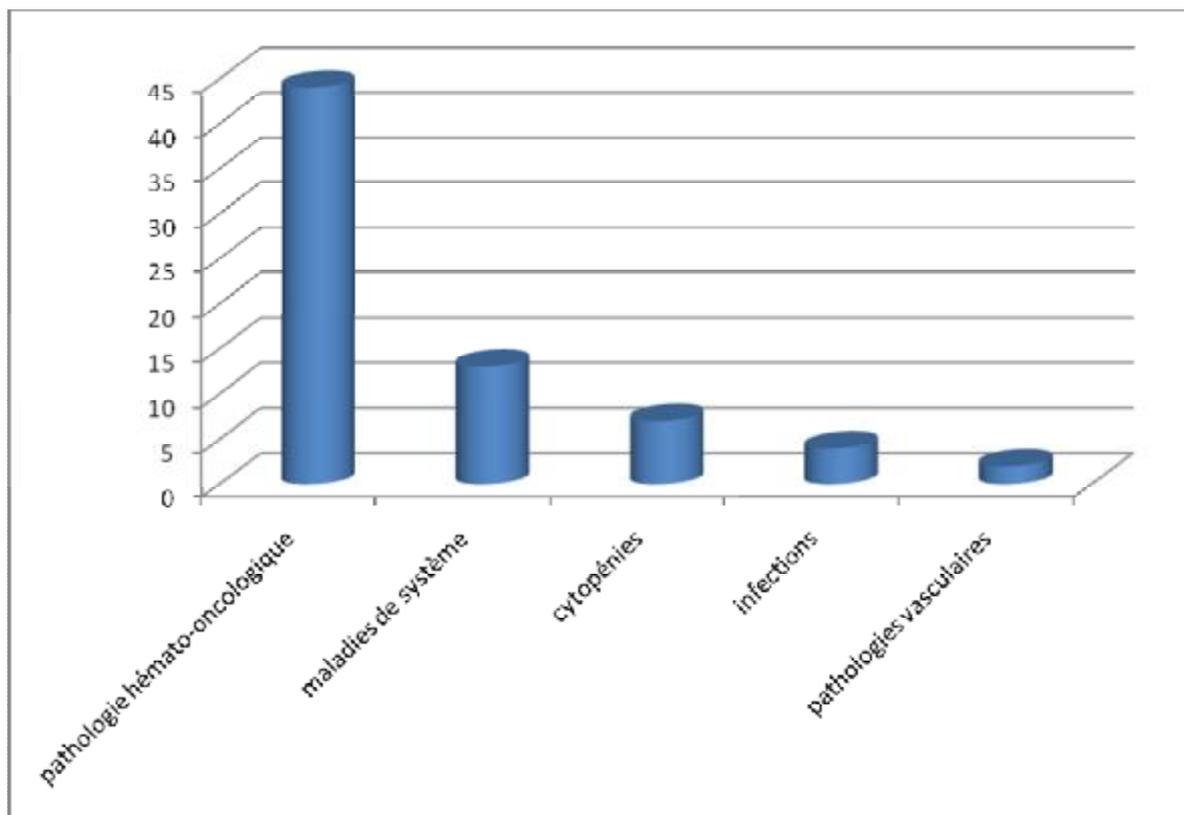


Figure2 : Répartition des patients du groupe 1 en fonction des pathologies.

Tableau2 : Caractéristiques démographiques et cliniques des 70 patients de l'étude.

Caractéristiques	Nombre	Pourcentage(%)
<i>Sexe</i>		
M	42	60
F	28	40
<i>Age</i>		
Médian	44	16-71
<i>Profession</i>		
Etatique	6	8,5
Libérale	18	25,7
Sans	46	62,3
<i>Pathologie</i>		
Infectieuse	4	5,7
Vasculaire	2	2,8
Maladie systémique	13	18,5
Hémopathie	44	62,3
Cytopénies	7	10
<i>Durée du suivi</i>		
Moyenne	8	1 - 46
< 6 mois	38	54,2
6 - 12 mois	22	31,4
>1an	10	14,2

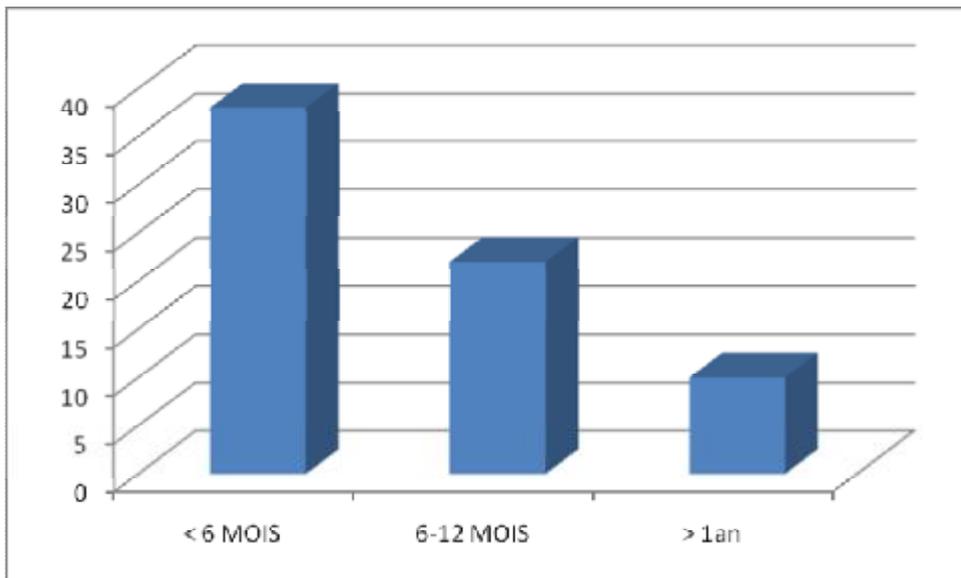


Figure3: Répartition des patients du groupe 1 en fonction de la durée de suivi.

Concernant les réponses au NEQ, les besoins sont récapitulés dans le tableau 3. En analysant selon les quatre principaux besoins : le diagnostic/pronostic, les examens et traitement, la communication et le relationnel malade/ corps sanitaire, les pourcentages sont très élevés surtout vis-à-vis de la communication et les examens et le traitement avec respectivement 97,14% et 92,85%. Le plus bas pourcentage du questionnaire est de 40% et concerne le respect de l'intimité (Q8), suivie par 51,7% au niveau des Q10 et Q17 en rapport avec l'aide externe et le soutien psychologique. L'analyse du reste du questionnaire objective qu'environ 74% des questions ont une réponse OUI supérieure nettement à 70%. 90% des patients demandent une aide financière.

Tableau 3: réponses au NEQ selon notre enquête :

Item	Texte	% de OUI
1	I need more information about my diagnosis	95,71
2	I need more information about my future conditions	87,14
3	I need more information about the exams I am undergoing	92,85
4	I need more explanations on treatments	92,85
5	I need to be more involved in the therapeutic choices	78,57
6	I need clinicians and nurses to give me more comprehensible information	88,57
7	I need clinicians to be more sincere with me	97,14
8	I need to have a better dialogue with clinicians	90
9	I need my symptoms (pain, nausea, insomnia, etc.) To be better controlled	92,85
10	I need more help for eating, dressing, and going to the bathroom	51,42
11	I need more respect for my intimacy	40
12	I need more attention from nurses	82,85
13	I need to be more reassured by the clinicians	84,28
14	I need better services from the hospital (bathrooms, meals, cleaning)	57,14
15	I need to have more economic-insurance information In relation to my illness	85,71
16	I need economic help	90
17	I need to speak with a psychologist	51,42
18	I need to speak with spiritual assistant	85,71
19	I need to speak with people who have had my same experience	80
20	I need to be more reassured by my relatives	85,71
21	I need to feel more useful in my family	87,14
22	I need to feel less abandoned to myself	88,57
23	I need to be less commiserated by other people	62,85

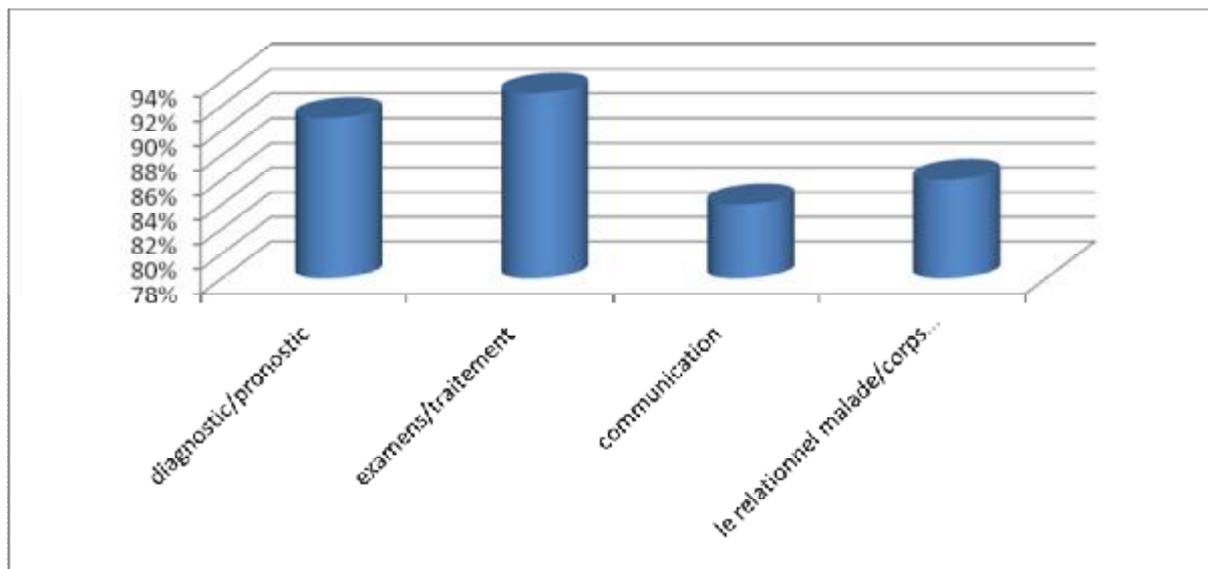


Figure 4 : Répartition des patients du premier groupe en fonction des quatre Items.

## B. 2ème partie :

Après 2 mois de la 1<sup>ère</sup> étude, et suite à une sensibilisation du personnel soignant sur la question, et à la lumière des résultats de la 1<sup>ère</sup> étape (lors d'une réunion incluant le corps médical et paramédical du service), on a recensé un autre échantillon de 50 patients, dont la durée de suivi est au moins égale ou supérieure à 1 mois.

Les résultats du 2<sup>ème</sup> groupe sont les suivants :

L'âge moyen des patients de ce groupe est de 41,44 ans avec des extrêmes variant entre 17 et 77 ans. Ils sont représentés par 19 femmes soit 38% et 31 hommes soit 62 % avec un sexe ratio de 1.63 (figure 5). La pathologie dominante est l'onco-hématologique, retrouvée chez 29 patients soit 58% des patients (figure 6).

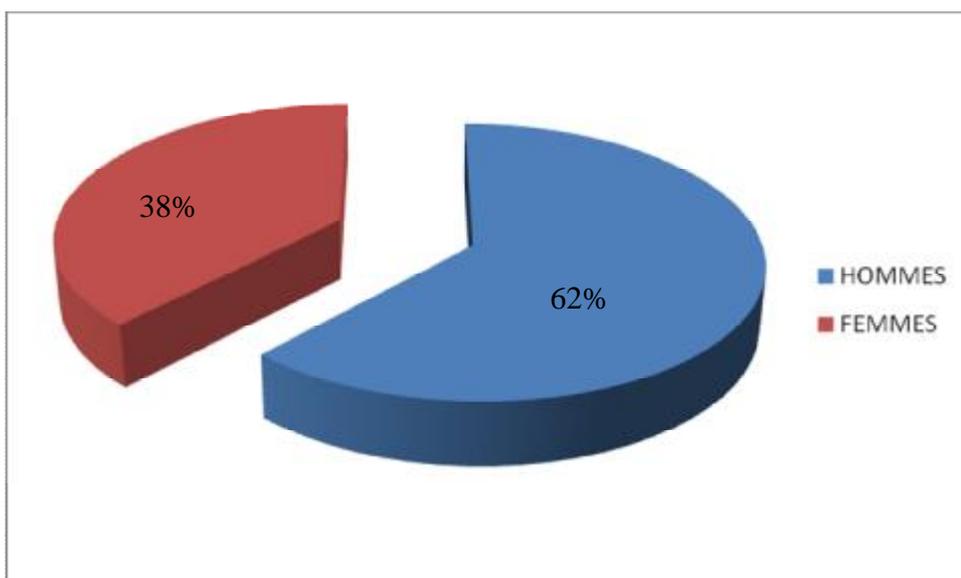


Figure 5 : Répartition des patients du groupe 2 en fonction du sexe.

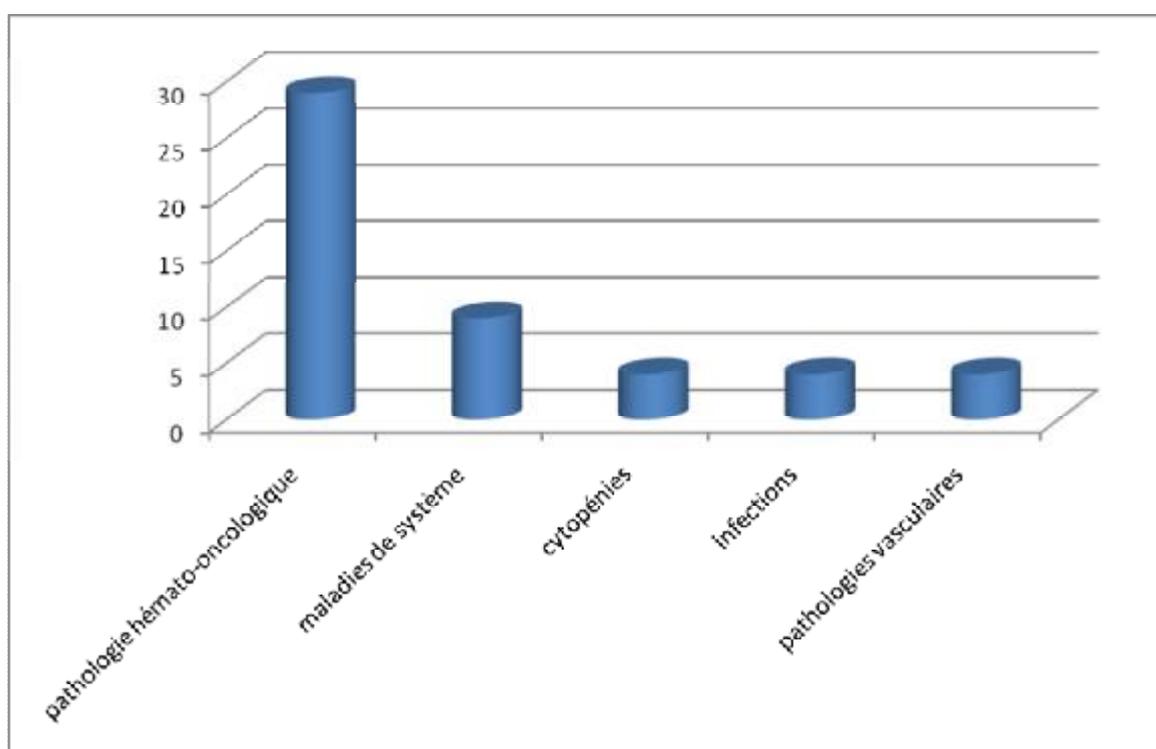


Figure 6 : Répartition des patients du groupe 2 en fonction des pathologies.

L'ensemble des caractéristiques démographiques sont résumés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Comparaison des caractères démographiques des 2 groupes de patients.

Caractéristiques	Nombre	Pourcentage(%)
<i>Sexe</i>		
M	31	62
F	19	38
<i>Age</i>		
Médian	41,4	17 - 77
<i>Profession</i>		
Etatique	5	10
Libérale	12	24
Sans	33	66
<i>Pathologie</i>		
Infectieuse	4	8
Vasculaire	4	8
Maladie systémique	9	18
Hémopathie	29	58
Cytopénies	4	8
<i>Durée du suivi</i>		
Moyenne	7	1-60
< 6 mois	28	56
6 - 12 mois	12	24
>1an	10	20

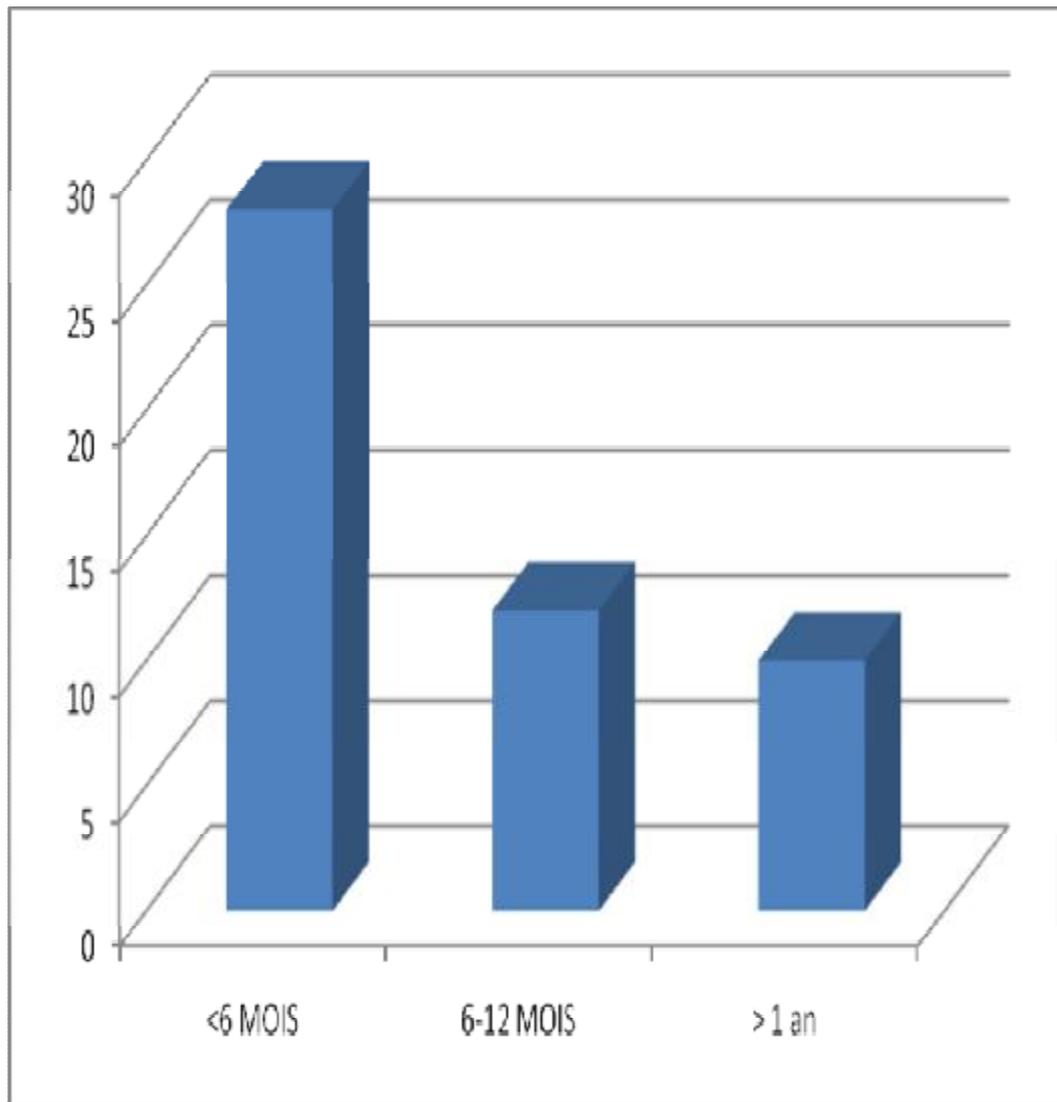


Figure 7: Répartition des patients du groupe 2 en fonction de la durée de suivi

Concernant les réponses au NEQ, les besoins sont récapitulés dans le tableau 5.

Tableau 5: réponses au NEQ du 2<sup>ème</sup> groupe:

Item	Texte	% de OUI
1	I need more information about my diagnosis	90
2	I need more information about my future conditions	72
3	I need more information about the exams I am undergoing	92
4	I need more explanations on treatments	94
5	I need to be more involved in the therapeutic choices	82
6	I need clinicians and nurses to give me more comprehensible information	94
7	I need clinicians to be more sincere with me	100
8	I need to have a better dialogue with clinicians	96
9	I need my symptoms (pain, nausea, insomnia, etc.) To be better controlled	92
10	I need more help for eating, dressing, and going to the bathroom	70
11	I need more respect for my intimacy	72
12	I need more attention from nurses	88
13	I need to be more reassured by the clinicians	88
14	I need better services from the hospital (bathrooms, meals, cleaning)	88
15	I need to have more economic-insurance information In relation to my illness	84
16	I need economic help	92
17	I need to speak with a psychologist	98
18	I need to speak with spiritual assistant	76
19	I need to speak with people who have had my same experience	94
20	I need to be more reassured by my relatives	92
21	I need to feel more useful in my family	94
22	I need to feel less abandoned to myself	96
23	I need to be less commiserated by other people	94

L'analyse des quatre besoins principaux besoins de ce groupe de patients a objectivé des besoins élevés par rapport à tous ces items (figure 8).

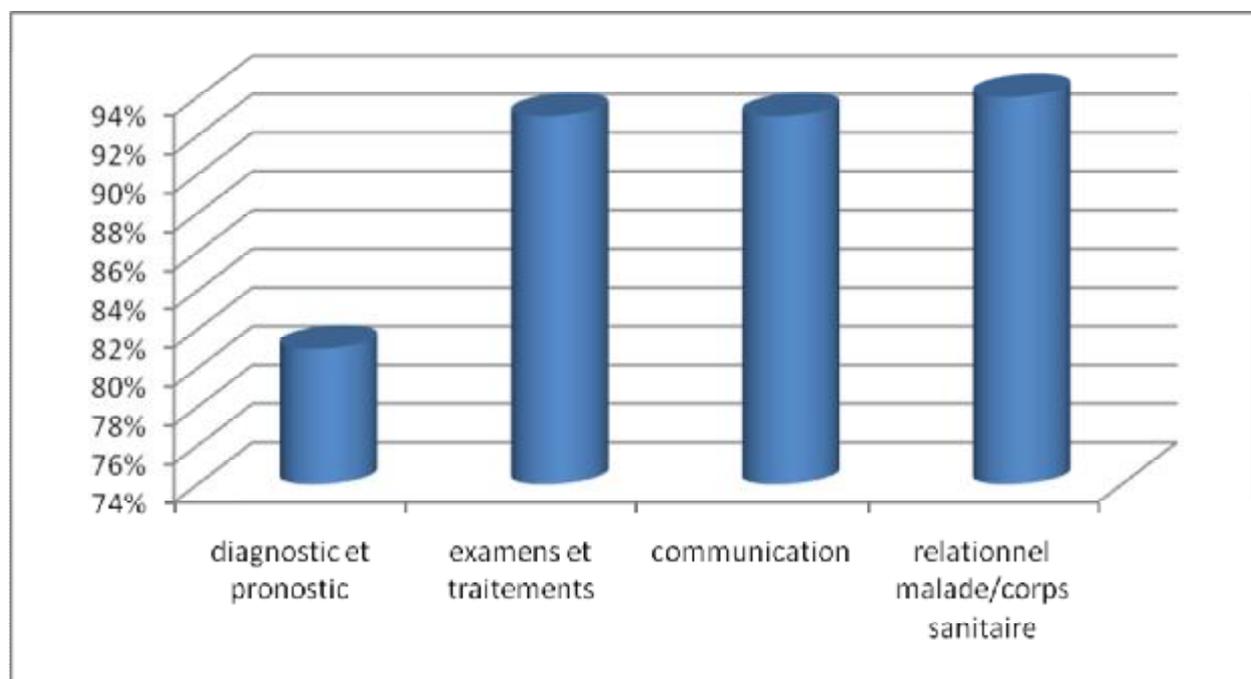


Figure 8 : Répartition des patients du 2<sup>ème</sup> groupe selon les quatres Items.

### C. Etude statistique :

L'objectif de l'étude statistique est d'abord d'analyser les quatre principaux besoins de chaque groupe en comparant les résultats des 2 groupes (tableau 7), puis d'analyser essentiellement les questions de communication et de relationnel médecin /corps sanitaire avec comparaison des 2 groupes. Le but de ceci est de juger de l'intérêt de la sensibilisation entreprise au cours des 2 mois précédents, puisque ces 2 questions ont été le principal objet visé (tableaux 8 et 9).

Tableau 7 : Analyse et comparaison des quatre principaux besoins.

Items	Groupe 1 (%)		Groupe 2 (%)		p
	N	%	N	%	
					<b>0,85</b>
Diagnostic et pronostic	64	91,42	40	81	-
Examens et traitements	65	92,85	47	93	-
Communication	62	88,57	47	93	-
Relationnel malade/corps sanitaire	61	87,14	48	94	-

Tableau 8 : Comparaison de la communication selon la durée d'hospitalisation

(<6mois) du Groupe 1 et 2

	GRUPE 1 (N=)	GRUPE 2 (N=)	p
Communication (<6mois)	33	26	<b>0,68</b>

Tableau 9 : Comparaison de la communication selon la durée d'hospitalisation

(>12mois) du Groupe 1 et 2

	GRUPE 1 (N=)	GRUPE 2 (N=)	p
Communication (>12mois)	9	9	<b>1</b>

Tableau 10 : Comparaison du relationnel malade /corps sanitaire selon la durée d'hospitalisation (<6mois) du Groupe 1et 2

	GROUPE 1 (N=)	GROUPE 2 (N=)	p
relationnel malade /corps sanitaire (<6mois)	32	28	<b>0,03</b>

Tableau 11 : Comparaison du relationnel malade /corps sanitaire selon la durée d'hospitalisation (>12mois) du Groupe 1et 2

	GROUPE 1 (N=)	GROUPE 2 (N=)	p
relationnel malade /corps sanitaire (>12mois)	10	10	<b>1</b>

Et finalement, et à fin d'essayer de dégager de l'étude un autre facteur pouvant influencer la prise en charge des patients dans notre organisme, nous avons essayé de comparer les réponses concernant les aspects financiers (items 15 : aide proposée par l'état et 16 : demande d'aide financière) entre les patients bénéficiant d'une couverture sociale et ceux qui n'en ont pas et ceci pour chaque groupe (tableau 12)

Tableau 12 : Comparaison de la demande sur les aspects financiers des patients avec et sans couverture sociale des groupe 1 et 2.

	Groupe 1		Groupe 2		p
Oui sur aspects financiers	N	%	N	%	0.5
Avec couverture sociale	10	17.5	7	15.2	-
Sans couverture sociale	47	82.45	39	84.78	-

# DISCUSSION

L'analyse de la validité structurale et l'uniformité interne de NEQ ont confirmé les propriétés psychométriques de ce questionnaire à évaluer les besoins des patients hospitalisés [3]. Ceci est appuyé dans notre étude par le fait que tous les items ont été remplis, témoignant de la bonne compréhension du questionnaire.

Malheureusement, le taux élevé de demande d'assistance au remplissage du questionnaire est expliqué par le taux important d'analphabétisme contrastant avec l'âge moyen jeune (entre 41 et 44 ans) de l'échantillon.

Cette étude prouve aussi que concernant les besoins la majorité des patients hospitalisés sont mécontents. La plupart des besoins concernent la demande de recevoir plus d'informations sur leurs futures conditions (c'est le besoin le plus exprimé, plaint par 9 patients sur 10) et leur diagnostic (9 sur 10). Ces résultats sont conformes aux données déjà rapportées [3,4,5,6,7]. Sans compter que la présence documentée de ces deux besoins et l'importance d'information dans le relationnel médecin/patient, quelques études ont souligné la nécessité que les cliniciens aident les patients à comprendre l'information [5,8,9].

Ce droit à l'information ne doit pas être envisagé comme un outil de protection légale du médecin contre les patients, mais comme un élément d'amélioration potentielle de la relation médecin - malade. Comme Zaritian [10] aime à le rappeler, la personne malade doit devenir un partenaire du médecin dans la lutte contre la maladie. Les patients ont besoin que les médecins y consentent, ils l'ont revendiqué notamment lors des premiers Constats généraux des malades du cancer, organisé par la Ligue nationale contre le cancer, en 1998. A cette occasion et pour la

première fois, trois mille personnes ayant été soignées pour un cancer ont pris la parole afin d'exprimer leur vécu, leurs difficultés et angoisses durant leurs traitements, les lacunes des prises en charge, en insistant sur la nécessité d'une information plus accessible et surtout de l'insuffisance des échanges du partenariat avec leur médecin.

Quant aux autres droits, relatifs à la communication en général et la relation du patient avec le personnel soignant qui s'occupe de lui, les pourcentages de demandes élevés exprimés par les 2 groupes sans différence significative témoignent de la présence d'une lacune dans notre système de soins plus sur le côté humain. En revanche la présence d'une différence significative ( $p=0,03$ ) entre les nouveaux malades (suivis depuis moins de 6 mois) des 2 groupes témoigne d'une amélioration vis-à-vis du relationnel malade / corps soignant, après la période de sensibilisation aussi courte soit-elle, appuyant donc la présence de cette lacune.

Nous avons aussi jugé nécessaire d'analyser les aspects financiers de nos patients, en comparant ceux bénéficiant d'une couverture sociale et « les indigents », mais malheureusement sans différence significative. Nous avons essayé d'expliquer ce fait par les points suivants :

- Les deux moyens de prise en charge actuellement présentés à notre organisme (certificat d'indigence ou sécurité sociale étatique ou privée) couvrent de façon pareille les frais d'hospitalisation et de soins y compris le dispositif médical disponible à la pharmacie hospitalière (hors produits honoraires). La tranche des patients payants étant presque nulle.
- La plupart de nos patients sont suivis pour des maladies chroniques, nécessitant plusieurs déplacements entre leurs domicile et l'hôpital, requérant

aussi la participation d'autres auxiliaires de soins (infirmiers à domicile ou centre de santé), avec en plus un suivi biologique et radiologique continu. Malheureusement les organismes de couverture sanitaire n'ont pas prévu de moyens dans ce sens surtout dans le sens des 2 premiers points .

- Le dernier constat est que avec ou sans couverture sociale, le niveau socio-économique des patients orientés vers une structure hospitalière publique est en général bas.

Finalement à la lumière des résultats des questionnaires et suite aux comparaisons faites, plusieurs questions ouvertes se posent :

- 1) une période de 2 mois est elle suffisante pour juger de l'amélioration de la prise en charge des patients au cours de l'hospitalisation ?
- 2) la persistance d'un pourcentage élevé sur les items 1 et 2 (diagnostic et pronostic) peut elle être expliquée par les inquiétudes des patients et leur besoins continu de réconfort, et ceci malgré les efforts entrepris dans le service?
- 3) et finalement quelle est l'influence de notre culture et du milieu psycho-social marocains ?

Le concept de *qualité* s'est imposé dans l'organisation et la gestion de la santé publique depuis une vingtaine d'années. La qualité s'appelle *accréditation*, *recommandation thérapeutique* ou encore *évaluation des pratiques professionnelles*. Elle fait intervenir des normes, des référentiels et une logistique qui a pour objectif l'amélioration de la qualité des soins [11].

Aujourd'hui on admet que l'amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction des besoins des patients implique obligatoirement :

- Une analyse des besoins de chaque malade ;
- Une mise en œuvre dans le système de soins des fonctions, c'est-à-dire des rôles des intervenants dans les processus de soin, qui permettent de répondre à ces besoins ;
- Une organisation de la distribution des soins qui permette l'accomplissement de ces fonctions ;
- Une démarche qualité qui rende possible l'amélioration continue de la qualité des soins ;
- Une régulation médicalisée, (comportant des règles administratives, budgétaires et médicale) indispensable pour corriger les dysfonctionnements du système et l'adapter aux besoins des malades.

Ceci nécessite une bonne connaissance des méthodes qui permettent l'analyse des besoins des malades, et qui ne sont, malheureusement, pas enseignées dans les universités marocaines.

#### A. Une analyse des besoins de chaque malade.

Tous les malades espèrent que le médecin auquel ils confient leur souffrance prêter attention à leurs besoins. Ces besoins exprimés ou non sont toujours pluriels mais différent d'un patient à l'autre.

Ce sont : des besoins relationnels et psychologiques, des besoins d'information sur des aspects techniques et scientifiques, des besoins de suivi et de coordination, des besoins médico-sociaux.

1. Tous les patients ressentent le besoin d'être accueillis, écoutés, entendus, reconnus.

L'expression de ces besoins nécessite la disponibilité, l'empathie et l'écoute active du praticien. Les malades veulent comprendre et discerner la signification de leurs symptômes.

2. Les patients ont besoin d'informations sur les propositions diagnostiques et thérapeutiques qui leur sont faites et sur l'avenir de leurs troubles.

Ils attendent du médecin la capacité : d'élaborer des hypothèses diagnostiques ; de proposer des alternatives thérapeutiques ; de préciser le degré d'incertitude sur leur utilité; de les informer, sur les risques et les bénéfices des diverses propositions ; de mettre en œuvre les décisions qu'ils auront prises.

3. Tous ont besoin d'un suivi médical, d'une coordination des soins.

Les malades ont besoin d'être accompagnés par un médecin généraliste qui aura la responsabilité de les aider à gérer le programme de soins et de planifier les interventions des spécialistes.

Dans le cas d'une pathologie chronique ce médecin intégrant l'ensemble des informations offrira au malade, avec l'aide de divers collaborateurs, la possibilité de vivre avec sa maladie et non pas contre ou à coté d'elle.

## B. Une définition des fonctions qu'un système de soins doit remplir pour répondre à ces besoins.

Beaucoup de professionnels des soins ignorent les besoins subjectifs de leurs patients, faute d'une formation qui ne les prépare pas à les rechercher puis à les analyser continûment.

Ces besoins sont également méconnus parce que le système de soins n'organise pas correctement ou ne met pas en oeuvre les fonctions c'est-à-dire les processus de soin et les activités qui permettraient de les reconnaître et d'y répondre : accueil du malade, analyse de la demande de soins, information et communication, décision, prestations techniques, conseil et orientation, suivi et coordination des soins, éducation et formation, évaluation des pratiques et des résultats.

### 1. L'accueil

Accueillir exige des médecins: une triple disponibilité : temporelle, intellectuelle et affective ; une compétence relationnelle ; un intérêt réel pour la vie des personnes ; une compassion pour leur souffrance ; une attention à leurs problèmes quotidiens et à leur retentissement sur la santé ; une capacité d'attention à l'autre qui n'est jamais prise en compte dans les orientations professionnelles des futurs médecins.

## 2. L'analyse de la demande est rarement complète

C'est la raison pour laquelle de nombreux besoins ne sont ni explicités ni pris en compte.

a « prise en charge globale du patient » caractérise classiquement une relation médecin malade de bonne qualité. Elle n'est souvent que théorique et d'ailleurs, aujourd'hui inadaptée aux besoins des malades, qui ne demandent pas à être pris en charge, mais à être informés et considérés comme des personnes adultes et responsables. La prise en charge est une expression qui relève d'un paternalisme bienveillant, associée à une conception archaïque de l'autorité médicale. Un médecin doit utiliser l'autorité qu'un malade lui reconnaît, non pour le prendre en charge ou faire preuve d'autoritarisme mais pour l'aider à prendre soin de lui, à devenir auteur de sa vie et le temps venu de le préparer à mourir.

C'est aussi la raison d'une médicalisation abusive des états de mal-être et des malaises existentiels. Les raisons et les causes non médicales de ces troubles, dont la fréquence augmente en raison des difficultés croissantes de la vie quotidienne, sont rarement reconnues. Les plaintes somatiques sont traitées, par analogie avec la pathologie médicale, comme si elles étaient liées à une maladie et suscitent une multitude de prescriptions diagnostiques et thérapeutiques parfaitement inutiles, coûteuses et parfois dangereuses.

## 3. Les médecins ne ressentent pas toujours la demande croissante d'information des malades.

Les normes sociales ont changé. L'autorité reconnue d'un professionnel ne le dispense plus comme autrefois d'explicitier ses analyses et ses propositions. Le silence qui accompagnait les prescriptions médicales n'est plus acceptable.

#### 4. La fonction décision est doublement exigeante.

En premier lieu elle impose aux médecins d'actualiser leurs connaissances afin d'exercer une médecine fondée sur des faits probants. En second lieu, elle les oblige à tenir compte des préférences des malades.

Les médecins doivent proposer aux patients des alternatives thérapeutiques qui auront fait la preuve de leur efficacité réelle et non pas, comme c'est encore souvent le cas aujourd'hui, celles qu'ils croient efficaces en fonction de leur propre expérience. Les prescriptions de ces thérapeutiques sont légitimes lorsqu'elles respectent les indications scientifiques et les règles administratives. Ils doivent enfin : préciser le niveau d'incertitude de ces alternatives efficaces et légitimes, sur leur utilité pour un malade donné ; informer le malade des bénéfices et des risques de ces alternatives y compris celle d'attendre et de ne rien faire. Enfin ils mettront en œuvre les décisions prises par le malade.

#### 5. La fonction suivi et coordination des soins, est la clé d'une amélioration de la qualité des soins.

Son absence est responsable classiquement des excès de prescription, de la fréquence de la pathologie iatrogène et de la non adhésion aux traitements. Elle explique également les insatisfactions et les angoisses des malades qui, ignorant les dates des futures interventions médicales et la durée des traitements ne peuvent formuler des projets sur leur proche avenir et errent d'un médecin à l'autre sans trouver un professionnel qui, unique responsable de l'organisation des soins capable d'intégrer l'ensemble des données recueillies chez un malade pour l'informer correctement et lui éviter de rechercher des avis, qui seront souvent incomplets et contradictoires.

6. Une organisation de la distribution des soins qui permette l'accomplissement de ces fonctions.

La qualité des soins est gravement insuffisante lorsque les besoins de soins ne sont pas analysés et que le fonctionnement du système de soins ne permet pas d'y répondre.

Cependant ces deux conditions ne suffisent pas à la délivrance de soins de qualité qui nécessite un système de soins organisé.

Une organisation des soins suppose au minimum :

- Une hiérarchisation mais aussi une intégration des soins : soins primaires de premier recours, concernant plus de 80% des demandes de soins, assurés par les médecins généralistes, soins secondaires réalisés par les spécialistes libéraux ou hospitaliers, à la demande des médecins généralistes, soins tertiaires hospitaliers réservés aux malades qui ne peuvent être soignés à leur domicile ou en ambulatoire.
- Un suivi et une coordination des soins qui implique le choix par les assurés sociaux d'un médecin généraliste pour les guider et les accompagner.
- Un fonctionnement en réseau régional permettant à l'ensemble des professionnels participant aux soins donnés à un malade de disposer de toutes les informations recueillies et de communiquer rapidement entre eux
- Une organisation des cabinets médicaux permettant une réelle disponibilité des praticiens, garantissant aux patients la permanence des soins et de l'accès à leurs dossiers médicaux par les professionnels auxquels ils font appel.

### C. Une démarche qualité qui rende possible l'amélioration continue de la qualité des soins

Si les besoins de soins sont parfaitement analysés, si le fonctionnement du système de soins permet d'y répondre, si enfin l'organisation du système de soins autorise tous les acteurs à remplir parfaitement leurs rôles et leurs tâches, l'amélioration de la qualité des soins est-elle garantie ? La réponse est : Non.

L'amélioration de la qualité des soins exige en permanence la recherche d'une qualité optimale en raison d'une double évolution : celle des connaissances et des techniques et celle des besoins des malades.

Les connaissances scientifiques s'accroissent, des médicaments innovants et efficaces sont mis sur le marché, les algorithmes diagnostiques et thérapeutiques gagnent en précision, les conditions de distribution des soins changent. Par exemple de plus en plus de techniques de soins peuvent être réalisées sans hospitalisation.

Les besoins sociaux des malades croissent dans certaines populations. Ils exigent, pour être satisfaits, une analyse très attentive des demandes des patients souvent incomplètement formulées et une collaboration des médecins avec de nombreux partenaires sociaux. Si les professionnels des soins ne se sentent pas concernés par la prise en compte de ces besoins, un écart entre la qualité réelle et la qualité possible des soins ne manquera pas d'apparaître.

Pour que cette amélioration de la qualité des soins devienne une réalité deux conditions sont nécessaires : le développement d'une culture qualité, l'acceptation par les praticiens d'une évaluation de leurs activités.

Parler aux professionnels d'une amélioration de la qualité des soins, cela signifie pour beaucoup aujourd'hui soupçonner la pertinence de leurs décisions et la qualité des procédures mises en œuvre, alors qu'ils sont persuadés de leur justesse et de leur excellence. L'amélioration de la qualité des soins exige que tous les acteurs soient persuadés qu'il est possible, avec un niveau donné de ressources, de mieux répondre aux besoins des malades par la mise en place des procédures d'assurance qualité.

L'évaluation permanente des activités médicales est un outil à la disposition des professionnels, des services administratifs et des organismes payeurs pour mesurer l'écart entre : d'une part, des référentiels scientifiques, des procédures techniques formalisées ou des résultats expérimentaux ; d'autre part, des prescriptions diagnostiques et thérapeutiques, des réalisations techniques ou des résultats observés. Ces écarts non seulement doivent être mesurés mais leurs déterminants recherchés. Ces déterminants sont souvent systémiques.

#### D. Une régulation médicalisée

Aussi bien organisé et géré fut-il un système de soins, comme tout système, génère des dysfonctionnements, notamment au niveau de ses interfaces. (Entre les acteurs, entre les institutions, entre les acteurs et les institutions à l'intérieur des institutions)

Pour les corriger et pour tenir compte de l'évolution des connaissances médicales et des besoins des malades, des capteurs d'information doivent en permanence saisir les données qui concernent le fonctionnement du système pour les transmettre aux centres locaux, régionaux et nationaux chargés d'assurer la

régulation, donc de mettre en place les mesures nécessaires à la correction des dysfonctionnements.

Ces mesures sont administratives, budgétaires (comptables), médicales. Les moyens dont dispose l'administration sont principalement : la planification et la réglementation. Les contraintes budgétaires sont dans un système de soins comme dans tout système de production incontournables.

La régulation médicale repose surtout sur une double évaluation des besoins des malades et des activités mises en œuvre pour y répondre. L'objectif de cette régulation médicale étant beaucoup moins de sanctionner les professionnels isolément que de modifier les comportements collectifs générateurs de non qualité.

Au terme de ces résultats, il s'avère nécessaire que tout le corps sanitaire (médical paramédical, et administratif) réfléchisse à la notion de la qualité des soins, jugée par les besoins des malades, et travaille à l'optimiser afin d'être vraiment efficace sur le plan thérapeutique.

## Conclusion :

Pour conclure, on reprendra la célèbre phrase de Winston Churchill :

*« Que la stratégie soit belle est une chose, mais n'oubliez pas  
de regarder le résultat. »*

# RESUME

## Introduction :

L'évaluation des besoins des patients, surtout lorsqu'ils sont hospitalisés est un outil important pour juger de la qualité des soins. Ainsi, le but de notre travail est de connaître la satisfaction actuelle des patients hospitalisés au sein du CHU HASSAN II de Fès, afin de pouvoir améliorer les services médicaux, sociaux, et psychologiques qui leurs sont prodigués.

## Méthodes :

Nous avons réalisé une étude transverse sur 10 jours, en prenant comme échantillon tous les patients hospitalisés au sein du service de Médecine interne, ayant consenti à répondre au questionnaire d'évaluation des besoins (NEQ), dans une version arabe adaptée transculturellement à notre population par le laboratoire d'épidémiologie du CHU HASSAN II.

## Résultats :

70 patients ont été recensés au cours de la réalisation du travail. L'âge moyen des patients est de 44 ans avec des extrêmes allant de 16 à 71 ans. Ils sont représentés par 42 hommes et 28 femmes. La pathologie hémato-oncologique est dominante, retrouvée chez 44 patients soit 62,3%. La durée moyenne du suivi est de 8 mois, la plupart suivis depuis moins de 6 mois (52,4). L'analyse des réponses au NEQ a permis de constater que la majorité des besoins sont exprimés surtout vis à vis de la communication et les examens et traitement avec respectivement 97,14% et 92,85% . 90% des patients demandent une aide financière.

## Conclusion :

Certains des besoins qui ont émergé de cette recherche pourraient être immédiatement satisfaits, alors que d'autres doivent être travaillés sur le long terme. Par ailleurs, les besoins ressentis concernant l'infrastructure de vie (repas, bains, moyens de divertissements, ...) doivent encourager l'établissement hospitalier à les améliorer.

# BIBLIOGRAPHIE

[1] Nejari C et al, version arabe adaptée transculturellement à la population marocaine, laboratoire d'épidémiologie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès

[2] Tamburini M, Gangeri L, Brunelli C, Beltrami E, Boeri P, Borreani C, Fusco Karmann C, Greco M, Miccinesi G and Murru L Assessment of hospitalised cancer patients' needs by the Needs Evaluation Questionnaire Ann Oncol 2000, 11:31-7

[3] Marcello Tamburini, Laura Gangeri, Cinzia Brunelli, Paolo Boeri, Claudia Borreani, Marco Bosisio, Claude Fusco Karmann, Margherita Greco, Guido Miccinesi, Luciana Murru and Patrizia Trimigno Cancer patients' needs during hospitalisation: a quantitative and qualitative study BMC Cancer 2003, 3:12

[4] Gustafson D Needs Assessment in Cancer In: Outcomes Assessment in Cancer (Edited by: Snyder CF) Cambridge: Cambridge University Press

[5] Harris KA The informational needs of patients with cancer and their families Cancer Pract 1998, 6:39-46

[6] Leydon GM, Boulton M and Jones A Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study Bmj 2000, 320:909-13

[7] Degner LF, Kristjanson LJ, Bowman D, Sloan JA, Carriere KC, O'Neil J, Bilodeau B, Watson P and B. M Information needs and decisional preferences in women with breast cancer Jama 1997, 277:1485-92

[8] Cooley ME, Moriarty H, Berger MS, Selm-Orr D, Coyle B and Short T Patient literacy and the readability of written cancer educational materials Oncol Nurs Forum 1995, 22:1345-51

[9] Meredith P Patient satisfaction with communication in general surgery: problems of measurement and improvement Soc Sci Med 1993, 37:591-602

[10] Zaritian E. Les medecins ne parlent pas assez. Psychologie 1999 ; novembre : 178-9.

[11] Claude Béraud Satisfaction des besoins des malades et qualité des soins, actualité médicale, Aout 2008.