

Hôpital Mohamed V à Tanger

L'hôpital Mohamed V est l'hôpital le plus important parmi les composantes du CHR de Tanger. Il assure l'offre des soins médicaux dans six spécialités chirurgicales (chirurgie générale, urologie, traumatologie-orthopédie, gynécologie-obstétrique, neurochirurgie et chirurgie infantile) et trois spécialités médicales (pédiatrie, néphrologie-hémodialyse et réanimation-anesthésiologie) en plus de deux services dédiés successivement aux urgences et aux consultations externes spécialisées. Il offre en plus des prestations de diagnostic en biologie médicale, anatomie cytologie pathologique, radiodiagnostic ainsi que des prestations thérapeutiques : complexe opératoire et hémodialyse.

Cet hôpital fut construit en 1973, mais il n'était mis en service que 20 ans après sa construction. et comme conséquence de l'expansion géographique qu'a connu la ville de Tanger, ce dernier se trouve actuellement implanté au cœur de la ville de Tanger dans une zone très surpeuplée, un qui souffre de problèmes de congestionnement de la circulation routière, surtout durant les heures de pointe et en période estivale, ce qui agit négativement sur l'accessibilité à l'hôpital.

La capacité litière de cet hôpital est de 250 lits, pour une population qui dépasse les 1.140.000 habitants, selon les statistiques de 2014, ne prenant en considération que les populations de la préfecture Tanger-Assilah et de la province Fahs-Anjra. Cependant, son bassin de desserte pour certaines prestations spécialisées s'étend sur une grande partie de la région Tanger-Tétouan-Al Hoceima (3.157.075 habitants).

Pour ce qui est des ressources humaines, elles étaient de l'ordre 326 personnes au 30/6/2015 réparties en 63 médecins, 02 pharmaciens, 202 infirmiers et 59 cadres et personnel administratif

Les indicateurs de performance de l'hôpital Mohamed V pour la période allant de l'année 2008 à 2015 sont récapitulés dans le tableau ci-après :

Libellé de l'indicateur	Année 2008	Année 2009	Année 2010	Année 2011	Année 2012	Année 2013	Année 2014	Année 2015
Admission en hospitalisation complète	17.514	19.917	21.632	22.806	24.197	25.933	26.662	25.183
Journées d'hospitalisation	65.036	76.842	70.984	78.191	75.066	77.045	79.807	77.890
TOM (journées d'hospitalisation/CLF365)	73,7%	84,2%	81%	88,9%	85,1%	87,6%	90,7%	88,5%
Passages aux urgences	94.252	101.205	104.960	121.558	134.069	132.663	136.186	167.310
Consultations spécialisées externes	18.377	17.735	17.271	16.396	15.578	14.043	8.959	9.697
Interventions chirurgicales majeures (ICM)	4.484	5.146	4.961	4.692	4.790	4.725	4.491	4.115
Nombre d'accouchements (par voie basse)	5.385	6.412	7.557	7.805	8.497	9.351	11.410	10.094
Nombre de césariennes	996	1.271	1.292	1.366	1.478	1.588	1.487	1.445
Nombre de décès intra hospitaliers (y compris décès maternels et décès des N-Nés)	622	650	563	675	693	690	712	695
Nombre de décès maternels	12	12	8	8	09	13 ¹	10	9
Nombre de décès de nouveau-nés (N-Nés vivants ayant décédé dans un délai de moins de 24h)	55	34	27	32	32	31	30	15
Malades dialysés au niveau de l'hôpital	36	34	34	36	37	38	38	40

¹ : dont 04 référés de l'hôpital Mohamed VI et 03 de l'hôpital de Larache.

Quant à son budget, les recettes et les dépenses, durant la période allant de l'année 2010 à 2015, sont récapitulées comme suit :

Année	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total des recettes	37.783.402,07	38.74. 657,89	48.038.603,56	57.491.053,89	56.548.522,09	57.562.752,00
Total des dépenses engagées	30.503.153,27	23.848.079,99	26.129.815,18	30.527.361,28	24.539.518,38	27.938.308,01

I. Observations et recommandations de la Cour des comptes

La mission de contrôle de gestion du Chr- Hôpital de Tanger Mohamed V, réalisée par la Cour des comptes en partenariat avec la cour régionale des comptes de Tanger Tétouan Al Hoceima, a débouché sur un ensemble d'observations et de recommandations se rapportant aux axes suivants.

A. Gouvernance et pôles de gestion

La gouvernance de l'hôpital repose en grande partie sur les pôles de gestions, qui comprennent selon le règlement intérieur des hôpitaux (RIH), le directeur, le pôle des affaires médicales (PAM), le pôle des soins infirmiers (PSI) et le pôle des affaires administratives (PAA), comme elle repose sur les instances de concertation et d'appui prévues à savoir : le comité d'établissement (C.E.), le comité de suivi et d'évaluation (CSE) , le conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens (C.M.D.P.) et le conseil des infirmiers et infirmières (C.I.I.). L'examen de l'activité de ces pôles et instances a permis de relever les observations suivantes :

➤ Faible occurrence de réunions du directeur avec le personnel médical et infirmier

La période de contrôle sous revue est caractérisée par la succession de cinq directeurs. L'examen des PV des réunions tenues par ces derniers au cours de cette la période, a permis de constater que les deux premières gestions se sont distinguées par beaucoup plus de traçabilité et d'une volonté de mise en œuvre des orientations stratégiques du ministère de la santé traduite au niveau du plan d'établissement hospitalier (PEH). Ladite volonté s'est traduite par une analyse précise de l'état des lieux, des bilans d'activité bien établis, des tableaux de bord et la tenue de réunions périodiques pour assurer la bonne marche des services de l'hôpital et diagnostiquer les problèmes rencontrés.

Cependant, depuis le deuxième semestre 2011, il a été relevé d'une part, une nette régression des réunions tenues par la direction en vue de traduire les plans d'actions stratégiques en actions opérationnelles, d'autre part, aucune réunion n'a été tenue durant la période allant d'août 2014 à décembre 2015, ce qui dénote d'une défaillance de communication avec le personnel médical et infirmier.

➤ Non nomination du chef du pôle des affaires médicales

Il a été constaté qu'aucun médecin n'est nommé officiellement à la tête de ce poste, et ce, contrairement aux prescriptions de l'article 17 du Décret n° 2.06.656 du 13 avril 2007 relatif à l'organisation hospitalière, qui dispose que les chefs de pôles, de départements ou de services et les infirmiers chefs sont nommés par le ministre de la santé sur proposition du directeur régional de la santé dont ils relèvent.

Ainsi, cette mission a été assurée par un médecin, sur une simple note de service en date du 19/01/2011 émanant de la délégation préfectorale de Tanger-Assilah.

Il est à noter qu'à défaut de nomination régulière d'un responsable à la tête de ce pôle, il n'est aucunement aisé ni opportun d'organiser et de réaliser les missions qui lui sont confiées.

➤ **Insuffisances dans la gestion du pôle des soins infirmiers (PSI)**

Le contrôle de la gestion du PSI a permis de relever des observations suivantes :

▪ **Défaillance dans l'organisation de l'accueil des malades et leur famille**

Il n'y a pas de structure d'accueil et d'orientation à l'entrée de l'hôpital ou au niveau des services hospitaliers, les malades se rendent directement aux unités de soins, le cas échéant, avec leurs accompagnants. Cette situation engendre un encombrement des services et une perturbation des activités des soignants.

L'hébergement des accompagnants pose un sérieux problème au niveau de certains services, surtout ceux de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique. La majorité des enfants hospitalisés sont accompagnés par leurs mamans et les services précités ne disposent pas de l'infrastructure adéquate pour l'hébergement d'un tel flux de malades et d'accompagnants.

▪ **Absence des études de satisfaction des usagers de l'hôpital**

Quoique les mécontentements soient manifestés quotidiennement aux services administratifs, notamment au PSI, suite aussi bien au comportement des soignants qu'aux conditions d'hospitalisation et autres, aucune étude de satisfaction des usagers n'a été entreprise pour l'amélioration des prestations médicales. Ainsi, la majorité de ces réclamations sont traitées oralement. En 2013, une cellule chargée de la gestion des réclamations a été créée, notamment par le biais de la création d'une boîte aux lettres et la désignation d'une personne chargée du suivi de ces réclamations, mais cette initiative fut délaissée sous prétexte du faible nombre des réclamations écrites.

➤ **Non activation du rôle des instances de concertation et d'appui**

Conformément aux dispositions de l'article du 13 Décret n° 2.06.656 susmentionné et l'article 11 du RIH, les instances de concertation et d'appui doivent être créées pour assister le directeur dans la réalisation de ses missions, cependant celles-ci ne tiennent pas des réunions régulières outre que nombre de ces comités n'est pas fonctionnel. Ainsi, il est à préciser que :

- Le C.E.ne s'est jamais réuni ;
- Le CSE s'est rarement réuni, à l'occasion du suivi des recommandations du concours qualité ;
- Le C.M.D.P. ne s'est jamais réuni ;
- Le C.I.I. n'a eu aucune activité pendant la première période qui a suivi sa création en 2009, et ce n'est qu'après le renouvellement de son bureau en 2014, qu'il fut réactivé pendant 6 mois. Au total, il ne s'est réuni que deux ou trois fois depuis sa création.
- Le CLIN : Un effort de création et de mise en œuvre de celui-ci a été déployé pour la période de 2007 à 2011, et ce, via la nomination de ses membres, l'élaboration de procédures de détection et de prévention des incidents pouvant provoquer des infections nosocomiales et la tenue de quelques réunions d'information. Cependant, il a été relevé que depuis cette date, aucune action n'a été entreprise par manque d'adhésion collective du personnel. Ce comité est alors resté inactif jusqu'au départ en retraite en 2015 du médecin qui le présidait. Actuellement, une assistante médicale lui a succédé par une note du directeur de l'hôpital, ce qui enfreint les prescriptions de l'article 20 du RIH, qui disposent que le président du comité est désigné par et parmi les membres dudit comité.

Ainsi, la cour recommande ce qui suit :

- *La nomination du chef du pôle des affaires médicales et des chefs de service aux postes vacants,*
- *La mise en place opérationnelle, en partenariat avec la délégation du ministère de santé, des comités et instances de gouvernance*

B. Gestion hospitalière

1. Gestion du service d'accueil et d'admission

Plusieurs insuffisances ont été relevées au niveau de la gestion de ce service, elles peuvent être relatées comme suit :

➤ Inexistence de la fonction d'Accueil, d'information et d'orientation

Contrairement aux critères de bonne gestion et à l'organisation hospitalière, la plupart des patients se présentent directement aux différents services hospitaliers qui les réorientent à nouveau au SAA. D'autres patients, passent par le service des urgences pour ne pas être enregistrés au service d'accueil. En conséquence, le schéma prévu pour le circuit du patient au sein de l'hôpital, qui consiste que le SAA prend en charge tout type de patients se trouve non respecté.

De plus, le service ne dispose ni des informations nécessaires sur les patients hospitalisés pour guider les visiteurs, ni d'un registre des plaintes ou d'un système d'alerte de l'assistante sociale en cas de besoin.

➤ Insuffisance des ressources humaines et conditions inappropriées de travail

En dépit du rôle primordial du SAA, il n'est pas doté d'un local convenable de sorte à regrouper l'ensemble de son personnel. L'espace qui lui est réservé est étroit et insuffisant par rapport à la taille de l'hôpital.

Ainsi, contrairement à toute performance d'organisation, le personnel déjà rarissime est mal déployé dans plusieurs bureaux de l'hôpital, certains n'ont même pas de bureau comme le cas des deux assistantes sociales affectées à ce service.

La permanence est aussi préoccupante, du fait qu'elle n'est pas assurée par tout le personnel du service, seules quatre personnes sont spécialement dédiées à cette tâche. En effet, durant la mission, il a été constaté que pendant toute une journée, ledit service était guichets fermés, par motif de congé administratif ou de maladie.

De plus, contrairement au principe du contrôle interne en termes de séparation de tâches incompatibles, le SAA au niveau des urgences est géré par une seule personne cumulant simultanément les tâches d'admission, de recouvrement et de facturation

➤ Régression notable en matière de recouvrement des hospitalisations

La situation des recouvrements par organisme débiteur au cours de la période du 01/01/2010 au 16/06/2015 se présente comme suit :

Situation des recouvrements par organisme débiteur du 01/01/2010 au 16/06/2015

Débiteurs	2010	2011	2012	2013	2014	1 ^{er} STR 2015
Payants	264 513,00	283 395,00	297 298,00	479 130,00	1 056 770,00	469 033,00
CNOPS	176 794,00	104 375,00	121 732,00	174 780,00	217 130,00	112 470,00
MAFAR	45 350,00	56 850,00	43 260,00	70 698,00	59 550,00	19 450,00
Autres²	900,00	531 842,00	488 787,00	402 580,00	271 100,00	106 260,00
Instance	1 981 593,00	3 573 050,00	4 104 623,00	4 203 882,00	3 971 159,00	848 975,00
Exonérés	5 355 621,00	5 614 717,00	6 090 659,00	6 830 756,00	7 268 027,00	1 445 145,00
Indigents	6 899 158,00	6 604 816,00	5 448 509,00	3 620 460,00		
RAMED				1 947 302,00	4 675 808,00	963 305,00
Total (en DH)	14 723 929,00	16 769 045,00	16 594 868,00	17 729 588,00	17 519 544,00	3 964 638,00

Ainsi, l'hôpital pourrait potentiellement réaliser des recettes annuelles relatives aux hospitalisations avec un montant frôlant les 16,6 millions de DH par an. Toutefois, les exonérations accordées et le nombre de dossiers en instance affectent lourdement la réalisation de ces recettes.

Les dossiers payants ne représentent en moyenne qu'à peine 3 % des créances annuelles de l'hôpital. En outre, la part des créances liées aux dossiers en instances est importante en voisinant 21% en moyenne, elles dépassent ainsi les trois millions de dirhams par année. Cette situation est due, selon les responsables de l'hôpital, au manque de production des comptes rendus au niveau des dossiers des patients et au fait que certains malades quittent l'hôpital sans l'autorisation de l'administration.

Aussi, certains dossiers de la CNOPS et de la MAFAR, sous prétexte de rejet d'office de la part de ces dernières si le compte rendu n'est pas établi, ne leurs sont pas envoyés, sachant que l'envoi des dossiers doit être dans un délai de 60 jours de la date de l'intervention. Pour les dossiers envoyés aux organismes de prévoyance sociale précités, aucun suivi des recouvrements n'est assuré.

Le volume des exonérations est important, ainsi les paiements ne représentent que près de 3 % contre 65 % des exonérations hors RAMED. Une partie de ces exemptions sont accordées au personnel médical aussi bien qu'à leurs familles, ainsi qu'aux indigents sur présentation d'un certificat d'indigence ou après accord du chef du PAA. Or, le personnel médical bénéficie déjà d'une couverture médicale qui pourrait se substituer à cette exonération.

Aussi malgré la mise en œuvre du RAMED, les exonérations hors personnel médical ont persisté, voir augmenté au cours de la période 2013-2015.

² Concerne uniquement la CNSS pour les exercices 2011, 2012, 2013, 2014 et 2015

Ainsi, la Cour des comptes recommande de :

- Redéployer le personnel de manière à assurer la fonction d'accueil, d'orientation et d'information des patients, de recouvrement et de facturation surtout au niveau du service des urgences ;
- Veiller au recouvrement et au suivi des créances de l'hôpital surtout en matière des hospitalisations et créer une cellule chargée du suivi des dossiers non recouverts ;
- Limiter les exonérations aux cas extrêmement justifiés ;
- Assurer l'ensemble des fonctions du service d'accueil et d'admission.

2. Gestion des soins au niveau des services cliniques

2.1. Le service de maternité

La capacité litière d'hospitalisation effective du service de maternité exploitable est de 43 lits. Il est composé d'une salle d'expectantes, d'une salle d'accouchement à six boxes avec six tables d'accouchement, d'une salle d'admission et une autre pour les urgences gynécologiques. La visite de ce service a permis de relever les observations suivantes :

➤ Conditions inadaptées pour l'accouchement des parturientes et d'accueil des nouveaux nés :

La capacité d'accueil du service maternité ne répond pas à la demande constatée. Ainsi, cette situation a amené les responsables dudit service à installer des lits supplémentaires dans les chambres et même dans les couloirs du bloc de maternité, il n'est pas rare que deux parturientes partagent le même lit et parfois certaines d'elles sont contraintes de dormir sur le sol.

Il été à noter que la salle des expectantes était encombrée et sans séparations, que l'état des salles d'accouchement et des suites de couches est dégradé, et que les séparations entre les tables d'accouchement, entre l'unité d'accouchement et d'hospitalisation sont inexistantes.

Par ailleurs, les normes hospitalières en matière d'équipement des salles d'accouchement et des suites des couches susmentionnées ne sont pas respectées : réalité traduite par l'absence de ventilation et d'eau chaude dans le bloc d'accouchement, par un besoin de canalisation d'oxygène, et l'existence d'une seule table de réanimation néonatale (mise en service depuis la date du 28/02/2002) pour toute la maternité.

➤ Nombre élevé des parturientes référées des autres maternités

Le service de maternité reçoit un nombre important de cas référés des autres hôpitaux de la région, quoiqu'il ne s'agisse pas toujours de cas compliqués. Cela affecte la capacité d'accueil de la maternité et la qualité de séjour des parturientes :

Nombre des parturientes référées au titre de l'exercice 2015

	Hôpital Med VI	Larache	Ksar El Kebir	Assilah	Autres	Total
Total des cas référés	832	541	267	294	159	2093
Nombre de césariennes parmi les cas référés	124	130	56	52	18	380
Pourcentage des césariennes	15%	24%	21%	18%	11%	18%

Ainsi, la cour recommande ce qui suit :

- *Amélioration des conditions d'accouchement et de séjour au sein de ce service tout en augmentant sa capacité litière et le doter d'une nurserie ;*
- *Mise à niveau de la salle réservée à la maternité au niveau du bloc opératoire ;*
- *Coordination avec les hôpitaux référant pour maîtriser le nombre des cas référés.*

2.2. Le service de pédiatrie

Concernant ce service, les observations suivantes ont été relevées :

➤ **Non systématisation des consultations en néonatalogie**

Quoique les fiches d'actions du projet médical relatives au PEH aient préconisé de systématiser une consultation pédiatrique à la maternité à partir de 2008, il a été observé que seul les cas pathologiques, jugés flagrants par les sages-femmes (des souffrances fœtales, détresses respiratoires, infections ou ictères), sont examinés par les pédiatres. Le tableau suivant retrace le nombre des nouveaux nés examinés par un pédiatre par rapport aux naissances vivantes.

Nouveaux nés examinés par un pédiatre par rapport aux naissances vivantes

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre des naissances vivantes	6.308	7.600	8.783	9.033	9.898	10.894	11.322	11.372
Nombre de nouveaux nés examinés par un pédiatre	388	412	488	N.R ³	N.R	632	667	640

Source : les statistiques de l'hôpital

➤ **Conditions inadaptées à la prise en charge des prématurés**

L'état des couveuses n'est pas conforme aux normes. En effet, outre la vétusté et la dégradation de certaines d'entre elles, elles ne sont ni nettoyées périodiquement ni entretenues avec les produits de stérilisation appropriés. Leur nettoyage est confié à une femme de ménage et ne se fait qu'avec de l'eau de javel.

2.3. Le service de chirurgie infantile

La gestion de ce service est marquée par les insuffisances suivantes.

➤ **Régression du nombre des interventions chirurgicales**

Il a été constaté que le nombre des interventions chirurgicales opérées a chuté de près de 50% entre 2009 et 2014 (de 949 à 521 interventions par an), ce qui se traduit par une liste d'attente et des délais de rendez-vous trop longs.

➤ **Prédominance des interventions urgentes**

La Cour a noté la prédominance des interventions urgentes sur les interventions programmées, ainsi les premières représentent en moyenne 79% des interventions réalisées ces quatre dernières années, ceci a eu comme conséquence le non-respect des rendez-vous et les reports constatés des interventions programmées. Cette observation est valable pour tous les actes de chirurgie dans toutes les disciplines médicales traitées au niveau de l'hôpital.

A cet effet, la Cour des comptes recommande de systématiser la consultation néonatale en pédiatrie et de veiller à l'entretien des couveuses disponibles tout en respectant les conditions d'hygiène nécessaire.

³ N.R : non reconnu

2.4. Le service des urgences

Le contrôle à ce niveau a révélé les insuffisances suivantes.

➤ Difficulté d'accès au service des urgences (SU)

Devant un flux surdimensionné des victimes et malades, le SU est difficilement accessible et peu visible étant situé dans la partie arrière de l'hôpital, il n'est pourtant doté que d'une seule voie qui sert aussi bien d'entrée que de sortie des ambulances et des véhicules, qui est souvent congestionnée.

➤ Non perception des droits de passage au SU pendant la période de garde

Vu l'absence de permanence au niveau du SAA rattaché aux urgences, il n'est procédé dans la période de garde ni à la facturation, ni au recouvrement des recettes. Cette situation engendre la gratuité de toutes les prestations effectuées dans cette période. En plus, il n'y a aucun mécanisme de contrôle de paiement des droits ni par les médecins, ni par le service de l'imagerie médicale, ni encore par le service du laboratoire.

➤ Absence de triage des malades et de traçabilité de la consommation des médicaments et dispositifs médicaux

Ainsi, il existe une seule entrée pour tous les types de cas, de plus, l'agencement des différentes salles ne facilite pas la circulation des malades. D'un autre côté, le SU qui consomme près de 28 % des dispositifs médicaux et à 15% des médicaments de l'hôpital, n'établit aucun suivi de la consommation de ceux-ci, par la tenue d'un carnet à souche pour retracer les médicaments administrés à la salle d'injection et de plâtre ou ailleurs. Ainsi, les médicaments et les dispositifs médicaux sont mis à la disposition des médecins et infirmiers sans aucun contrôle.

Ainsi la Cour recommande de :

- *Aménager l'accès au service de manière à assurer sa fluidité ;*
- *Renforcer l'effectif du SU en profils formés dans les prestations d'urgence, d'accueil et d'orientation, ainsi que celle de recouvrement ;*
- *Mettre en place un système de tri au niveau de l'accueil du SU ;*
- *Assurer la traçabilité de la consommation des médicaments et des dispositifs médicaux.*

2.5. Le service de réanimation

Le service de réanimation est scindé en deux services, la réanimation chirurgicale au sein de l'hôpital Mohamed V et la réanimation médicale au sein de l'hôpital Duc de Tovar. Cependant, cette séparation physique n'a pas réalisé les résultats escomptés, du fait que le service de réanimation médicale avec une capacité litière de 15 lits, n'est pas fonctionnel depuis sa création à cause du manque de réanimateurs et de ressources humaines. D'autre part le service de réanimation chirurgicale, dont la capacité litière est réduite (8lits seulement) souffre du problème d'encombrement vu que tous les patients ayant besoin de réanimation médicale, sont orientés vers la réanimation chirurgicale. Ceci a eu pour corollaire un rallongement des délais de prise en charge.

Il convient de signaler également le manque généralisé d'espace et de locaux : comme un poste de garde pour les médecins, une salle de soins pour le nettoyage du matériel, un local pour le matériel souillé et propre, des toilettes pour les malades, une salle pour les visiteurs ou même un circuit vitré pour la visite des malades.

Ainsi, la Cour recommande de regrouper le service de réanimation médicale et de réanimation chirurgicale en un seul local tout en augmentant la capacité litière du service et de le doter des moyens nécessaires à son bon fonctionnement.

2.6. Le service de traumatologie

Le service de traumatologie a une capacité litière de 32 lits, son activité est caractérisée par des fluctuations selon les saisons, avec un pic en été. Les observations suivantes ont été relevées au niveau de ce service :

➤ Délais d'attente préopératoire en service assez longs

Pour les cas de fractures, la mission a estimé que le délais moyen de séjours préopératoire était en 2013 de 22,54 jours, en 2014 elle n'est que de 10,53 jours et en 2015 elle est de 12 jours, sans compter le délais post opératoire qui varie selon les cas de fractures, et qui peut aller jusqu'à des mois.

Ce délai est considéré assez long pour la prise en charge des patients pour interventions d'extrême urgence. Cas notamment de certains cas de fractures des membres inférieurs, dont les délais avoisinent des mois comme le montre le tableau ci-après.

Cas de délais d'attente dépassant un mois d'attente

Nature de la fracture	Date d'entrée	Date de prise en charge	Durée
Fracture du fémur	05/08/2013	5/12/2013	4 mois
	17/01/2015	23/02/2015	1mois et 6jours
Fracture de la jambe	6/11/2013	6/12/2013	1mois
Fracture du col du fémur	14/12/2013	16/01/2014	1mois et 2jours

Il est vrai que les paramètres de ce délai dépendent d'une part de la disponibilité du matériel d'ostéosynthèse qui est à la charge du patient, et d'autre part du planning des interventions, mais les conséquences du retard dans les deux cas sont néfastes pour le patient.

➤ Conditions d'hébergement insatisfaisantes

À travers la visite des lieux de ce service, il a été relevé que l'état de la literie est dégradé, ceux ci n'ont pas été changés depuis plus de dix ans. Les sommiers et les matelas ne sont pas adaptés aux patients du service qui souffrent généralement de fractures ou de traumatismes qui réduisent leur mobilité, les draps sont insuffisants et le nettoyage n'est pas assuré toute la journée.

Ainsi la cour recommande d'améliorer les conditions d'accueil et de séjour dans le service de traumatologie et de réduire le délai de prise en charge des malades en assurant la fourniture du matériel d'ostéosynthèse.

2.7. Le bloc opératoire

Le contrôle de services chirurgie et du bloc opératoire en particulier a permis de relever les observations suivantes.

➤ Aménagement inadéquat du bloc opératoire

L'aménagement spatial du local bloc est caractérisé par un manque généralisé de locaux qui lui sont essentiels. Ainsi, il a été constaté, l'absence de poste de garde et d'attente des brancards, de dépôt pour le matériel stérile, de vestiaires et de salles de repos pour le personnel.

D'un autre côté, il a été constaté que le système de ventilation est non conforme aux normes en vigueur : La sécurité du personnel est mise en jeu à cause de l'existence de l'halothane qui n'est pas évacué, les odeurs des égouts qui se fait sentir suite aux problèmes d'assainissement. De plus, il y a un problème d'isolation thermique et acoustique et d'éclairage inapproprié surtout au niveau des salles 1, 2, 4, 7 et la salle réservée à la maternité.

➤ Absence de salle de réveil

Il a été constaté que la salle de réveil originale a été transformée en service de réanimation. Par conséquent, après la fin de l'acte chirurgical, le patient est soit laissé dans la salle de chirurgie jusqu'à son réveil, soit placé dans les couloirs pour libérer la salle.

➤ Problème de fluctuation électrique causée par l'absence d'onduleur

Il a été relevé qu'il y a un problème de fluctuation électrique causé par l'absence des onduleurs pour certains appareils, ce qui affecte négativement le déroulement des interventions chirurgicales.

➤ Arrêt d'activités du bloc pour de longues périodes

Durant la période 2008-2014, le bloc a été presque inactif pendant les mois de juillet et Août et parfois même pendant le mois de septembre, et ce, sous prétexte que cette période coïncide avec les vacances scolaires et les congés du personnel. Ainsi, aucune intervention n'est programmée dans cette période, seules les urgences y sont traitées.

Aussi, il s'est avéré que hors la période susmentionnée, il existait des périodes d'arrêt d'activité assez longues qui ont atteint six mois dans certaines spécialités.

Ainsi, la cour recommande de :

- *Diffuser et afficher des normes d'accès, d'utilisation et de circulation relative au bloc opératoire ;*
- *Veiller au respect du programme opératoire en évitant les causes du retard ;*
- *Doter le service des moyens nécessaires à son bon fonctionnement ;*
- *Aménager les salles du complexe opératoire de manière à être conformes aux normes hospitalières requises.*

2.8. Le service d'hémodialyse

Le service d'hémodialyse dispose uniquement de six fauteuils qui permettent de prendre en charge 38 malades. La quasi majorité des cas traités sont des indigents, leur prise en charge se fait conjointement entre les associations et l'hôpital. L'activité du service en termes de nombre de séances faites est retracée dans le tableau suivant :

Nombre de séances de dialyse des malades aigus et chroniques

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Malades chroniques	3.281	3.636	3.772	3.923	3.692	4.036	4.072	4.386
Malade aigus traités	57	98	134	83	156	193	151	284

➤ Pannes constantes et récurrentes des générateurs de dialyse

Il a été relevé que les générateurs de dialyse tombent constamment en panne, de plus l'intervention de l'association pour y remédier connaît certain retard. Par conséquent, le service parvient difficilement à dialyser ses patients chroniques et les urgences.

➤ Problèmes de traitement de l'eau

Il a été constaté que la salle de traitement de l'eau est fréquemment défectueuse, parfois même au cours des séances de dialyse, avec tout le risque que peut encourir le patient à cause de cette situation. D'autant plus que cette structure est même loin des normes requises pour une salle de traitement d'eau : pannes fréquentes, inondations, pompes vétustes, absence d'entretiens techniques, physico-chimiques et microbiologiques à cause de l'inexistence d'un technicien de dialyse.

➤ **Problème d'hygiène au niveau des salles de dialyse**

Il a été relevé à travers la visite de ce service que l'emplacement de ce dernier au niveau sous-sol, est inadapté à la situation des patients caractérisés par une faible capacité physique, et qui nécessitent, au contraire, un traitement dans des conditions d'hygiène, d'asepsie et de confort adéquates. Cette précarité est exacerbée par de gros problèmes d'étanchéité au niveau du plafond d'une salle de dialyse causés par l'infiltration des eaux usées des étages supérieurs.

A cet effet, la Cour des comptes recommande ce qui suit :

- *Améliorer les conditions d'accueil et de séjour dans le service d'hémodialyse tout en essayant d'augmenter la capacité d'accueil ;*
- *Améliorer la prise en charge des patients tout en dotant le service du matériel, des médicaments et dispositifs médicaux nécessaires à son bon fonctionnement.*

3. Gestion des actes paramédicaux et consommables

3.1. Le laboratoire d'analyses médicales

Le fonctionnement de ce service est marqué par les contraintes suivantes :

➤ **Arrêts répétitifs de l'activité de l'anatomie pathologie**

L'activité de l'anatomie pathologie a cessé entre 2010 et 2013 suite à la mutation du technicien responsable à un autre service, et a repris avec une cadence moins que celle de 2009, sachant que la demande a augmenté entre-temps.

A partir du mois de mai 2013, un autre technicien a été affecté au service pour reprendre l'activité de l'ANAPAT. Cependant, celle-ci n'a été reprise que le 15/04/2014. Le médecin responsable a affirmé que le manque des réactifs et du matériel étaient les causes de cet arrêt d'activité.

Un autre arrêt d'activité a été enregistré entre 19/08/2014 au 26/06/2015 et avait pour cause, selon le même médecin, le manque de paraffine et la mauvaise qualité du microscope.

➤ **Conditions de travail non convenables**

Il a été relevé que les moyens mis à la disposition des médecins biologistes ne permettent pas un rendement efficace du service en question : quatre médecins se partagent un bureau étroit, microscopes vétustes ou non fonctionnels.

Le médecin responsable et la technicienne chargée de l'activité ANAPAT ont signalé les risques émanant de l'absence d'une hotte aspirante dans le service qui génère des gaz toxiques, tels que le formol et l'éthanol qui sont dangereux pour la santé du personnel.

Le laboratoire manque de locaux de stockage des réactifs et des fongibles médicaux, d'endroits réservés à l'archivage des dossiers et des analyses tests pour vérifier la fiabilité des résultats.

Ainsi, la cour recommande de

- *Améliorer la performance du service laboratoire en assurant les différents tests nécessaires ;*
- *Remédier aux dysfonctionnements caractérisant le local réservé au laboratoire et en améliorer les conditions de travail.*

3.2. Service de l'imagerie médicale

La gestion de ce service connaît les obstacles suivants :

➤ **Aménagement inadapté du local**

Le service de l'imagerie est précaire et mal agencé dans l'ensemble, ainsi il a été constaté que les salles sont dispersées sans aucune séparation entre les aires réservées à la patientèle et celles dédiées au personnel. Les locaux sont insuffisants pour le personnel (cinq médecins ne disposent

que de deux bureaux quant à l'infirmier en chef n'en dispose pas), et il n'y a pas de salle de préparation pour les patients, de salle d'interprétation et de vestiaires ;

Aussi, la salle de radiologie standard ne répond pas aux normes de radioprotection : fuites au niveau des points d'accès, absence de moyens de mesure ou de contrôle de la radioactivité pour pouvoir se prémunir des risques sous-jacents. La seule chambre noire est étroite, non aérée et ne dispose pas de lumière inactinique, cette dernière est censée être exclue, avec l'installation d'un nouveau système de développement numérique au minimum quatre tiroirs.

Quant à la salle d'échographie, elle est placée à proximité de la salle d'accès au service, ce qui crée un encombrement et des problèmes entre médecins et malades ou leurs accompagnants. Elle est trop étroite pour contenir le brancard d'écho et le charriot de transfert et n'est pas accessible aux malades alités. La salle de mammographie elle aussi est si étroite qu'elle puisse assurer le fonctionnement normal de la mammographie et de l'échographie et ne respecte aucunement, les normes de radioprotection.

➤ **Encombrement du local par du matériel non exploité**

Il a été relevé que les locaux du sont occupés par du matériel non exploitable et qui gêne les utilisateurs du service.

Identification	Date d'affectation au service	Causes de non exploitation
Mammographe Marque Metaltronica	30/09/2005	Il n'a jamais fonctionné depuis son installation à cause de la une mauvaise qualité de contraste de l'image ne permettant pas une lecture adéquate de l'image radiologique ainsi obtenue.
Mammographe Marque Metaltronica	10/05/2013	Non réceptionné faute de numériseur non adapté au développement des films du mammographe.
Table standard⁴	Février 2012	Non réceptionnée à cause de la non-conformité aux descriptifs du CPS ; suite aux recommandations du service biomédicale, l'équipe de la DEM et du centre de radio protection.
Machine de développer	25/03/1998	Vétuste

Ainsi, la cour recommande ce qui suit :

- *Aménager le service et d'y installer des signalétiques tout en respectant les normes en vigueur ;*
- *Résoudre les problèmes liés aux équipements de mammographie et libérer le local occupé par du matériel non utilisé notamment la table standard fournie dans le cadre de l'INDH.*

3.3. La pharmacie

Dans le cadre du contrôle de la pharmacie de l'hôpital, les observations suivantes ont été relevées :

➤ **Aménagement inadéquat du local**

L'emplacement de la pharmacie de l'hôpital Mohamed V ne répond pas aux conditions arrêtées par le cadre normatif des pharmacies hospitalières du 26 janvier 2009 dans la mesure où elle ne permet pas des liaisons rapides avec les lieux d'utilisation des produits pharmaceutiques. Les locaux sont dans un état de propreté peu satisfaisante, on cite à titre d'exemple les canalisations

⁴ Fournie dans le cadre de l'INDH

qui favorisent la création des odeurs nauséabondes, de plus il n'existe pas de toilette ou de sanitaires pour le personnel pour favoriser l'hygiène.

Les deux dépôts rattachés à la pharmacie présentent également plusieurs anomalies, tel que la non indication de la nature des médicaments, de leurs quantités disponibles ou même de la date de leur péremption, l'existence de canalisations sur des rayons qui présentent des fuites d'eau potable et d'eau usée, l'encombrement, l'éclairage insuffisant...etc.

Cet état inconvenable et mal arrangé des locaux a amené le service à déposer les produits pharmaceutiques dans divers endroits éparpillés au sein de l'hôpital, tel que la buanderie et la cuisine, aux centres de santé et ailleurs, les exposant ainsi aux risques de perte et de détérioration conjugués aux problèmes de leur suivi.

➤ **Gros dégâts matériels à causes des infiltrations d'eau**

Sachant que l'hôpital a connu des travaux d'étanchéité dans le cadre du marché n°18/12, d'un montant de 889 608,00 DH, le local de la pharmacie était exclu, malgré la récurrence du problème d'infiltrations d'eau et bien que ce service gère des médicaments et des dispositifs médicaux qui dépassent largement la valeur des aménagements à faire.

Ainsi des quantités énormes de médicaments et de dispositifs médicaux furent détériorées suite aux précipitations de fin 2014 et début 2015 et dont la valeur se chiffre à des millions des dirhams selon l'état dressé par l'administration en date du 20/03/2015

➤ **Non réception de quantités importantes de médicaments et dispositifs médicaux**

Aucune commande n'est livrée en totalité au cours de l'exercice qui y est rattaché ou même l'exercice suivant. Le taux de satisfaction des commandes n'a jamais dépassé 83% dans le meilleur des cas. Il est à signaler qu'au cours de l'exercice 2015, 100% de la commande de 2014 et 80% de la commande 2013 n'étaient pas livrée. Le montant du reste à livrer a atteint en fin 2014 l'équivalent de 14.709.180 DH.

➤ **Péremptions importantes en médicaments**

Compte tenu de l'ampleur des problèmes soulevés au niveau de la pharmacie, la conséquence en est un taux de péremption important, difficilement quantifiable, à cause l'absence de techniques de gestion de stock des médicaments notamment celles relatives au conditionnement.

➤ **Ruptures répétitives de stocks**

Des ruptures répétitives de stock de médicaments et dispositifs médicaux sont constatées, parfois même pour des produits vitaux tels que les transfuseurs, les sérums ou des outils les plus élémentaires de travail tels que les gants stériles et la Polyvidone iodée (Bétadine). Pour les médicaments, on cite à titre d'exemple : Hydrocortisone injectable, Gardenal injectable, Oxytocin injectable, Éphédrine, Dopamine 50 et 200, Dobutamine, Thiopental, Flagyle, Triaxion.etc. Ces ruptures touchent parfois même des services sensibles tels que la réanimation chirurgicale ou le bloc opératoire.

➤ **Insuffisances au niveau de la programmation des approvisionnements en oxygène et du contrôle des livraisons**

Ainsi il a été constaté au niveau du marché n° 07/2014 conclu en date du 10/06/2014 ce qui suit :

- L'absence d'un calendrier de livraison arrêté en commun accord avec le maître d'ouvrage contrairement au paragraphe 1 de l'article 31 du CPS du marché relatif à la fourniture d'oxygène ;
- Le non-respect du seuil de sécurité de 40% lors de la programmation de livraison par le titulaire, ainsi il été relevé sur place en date du 06 juin 2015, qu'en dépit de la chute du stock de sécurité à moins de 20%, aucune demande de livraison n'a pourtant été formulée de la part des responsables de l'hôpital ;

- L'absence des bulletins d'analyse attestant la conformité du gaz médical livré aux normes exigées dans le CPS ;
- Le manque des renseignements exigibles par le CPS au niveau des bons de livraison, notamment : la référence du marché cadre/l'heure de livraison/ le numéro d'immatriculation du véhicule livreur/ le nom, prénom et CIN du conducteur du véhicule livreur ;
- L'absence, dans certains bons de livraison, du cachet de l'hôpital, du nom et de qualité de la personne attestant la réception.

Ces mêmes observations peuvent être généralisées aux marchés n° 30/2010, 07/2011 et 04/2013 qui ont le même CPS.

➤ **Carence dans le suivi de l'état des installations**

Il s'est avéré à travers le contrôle des installations que le positionnement de la citerne servant de réservoir d'oxygène est inapproprié, du fait qu'elle est située près du parking où sont garées les voitures du personnel, de l'inexistence d'un espace entre le mur et la citerne, de surveillance suffisante et de documents nécessaires justifiant le contrôle et le suivi des installations. Il a été également relevé l'absence de :

- Rapports de synthèse sur le fonctionnement des installations mises en place.
- Rapports d'intervention relatifs aux maintenances et entretiens des équipements en fonction.
- Inventaire contradictoire des emballages en présence du pharmacien.

A cet effet, la Cour des comptes recommande de :

- *Mettre en place un système d'information fiable et intégré permettant la gestion aussi bien des approvisionnements que des stocks et des demandes ponctuelles urgentes ;*
- *De doter le centre d'une pharmacie bien agencée répondant aux normes de la conservation des médicaments et de proximité ;*
- *D'assurer une gestion rigoureuse des gaz médicaux.*

C. Hygiène, sécurité et restauration

1. Moyens d'asepsie et de stérilisation

A ce niveau, le contrôle a révélé ce qui suit :

➤ **Défaillance des mécanismes d'asepsie et de stérilisation**

Il a été constaté à ce niveau un manque de moyens notamment les distributeurs de savon liquide, de solution hydro alcoolique, d'essuie-mains à usage unique et de lavabos au niveau des postes de soins et chambres des malades, même les gants ne sont pas toujours disponibles.

Aussi les techniques aseptiques ne sont-elles pas bien respectées dans toutes les unités d'hospitalisation. La Polyvidone iodée (Bétadine) est le seul antiseptique utilisé pour les soins. L'eau oxygénée, l'Ether et l'alcool font également défaut. De plus, l'emplacement de la stérilisation au niveau de l'arrière du bloc opératoire n'est pas conforme aux normes. Aussi, le fait qu'elle ne soit pas rattachée à la pharmacie est contraire à la réglementation en vigueur.

Les moyens de stérilisations sont insuffisants, uniquement deux autoclaves qui assurent la stérilisation de tous le matériel les compresses et le linge (champs) utilisés au niveau de tous les services. En outre, ces autoclaves sont souvent hors service du fait de la surcharge de leur utilisation.

2. Gestion des déchets hospitaliers

Concernant la gestion des déchets hospitaliers, le contrôle a révélé ce qui suit.

➤ **Non contrôle des quantités des déchets traités**

L'article n°31 du cahier des prescriptions spéciales des marchés relatifs à la gestion des déchets hospitaliers, notamment celui du marché n° 04/2014 conclu en date du 05/06/2014, stipule que les informations issues du pesage des déchets doivent être reportées sur les registres qui seront contresignés pour chaque pesée par les personnes représentant les parties contractantes. Cependant, ces dispositions ne sont pas respectées. En effet, lors de la visite du centre de traitement des déchets hospitaliers, il a été remarqué que l'agent chargé, par la société titulaire du marché, de la réception des déchets procède lui-même à leur pesage sans la présence du responsable du service d'hygiène de l'hôpital, comme il est stipulé ci-dessus. Ainsi, le responsable de l'hygiène se contente de la validation ultérieure des quantités pesées mensuellement.

3. Lingerie et activité de buanderie

Le contrôle de l'activité de buanderie a permis de soulever les observations suivantes :

➤ **Carences dans le suivi de l'activité de buanderie**

Il a été constaté à ce niveau les carences suivantes :

- Absence des outils permettant la comptabilité et le pesage des linges sales, ce qui ne permet pas de vérifier les quantités traitées par rapport à celles prises en compte lors de l'ordonnancement des décomptes correspondants ;
- Absence de fiche technique indiquant les conditions techniques nécessaires au bon fonctionnement du service de la buanderie ;
- Absence du registre retraçant l'activité de la buanderie ;
- Absence des tests microbiologiques liés à l'activité du traitement des linges sales.
- Carence dans le traitement des linges sales ;
- Carence dans la maintenance des équipements de la buanderie ;
- Protection déficiente pour le personnel, contrairement aux clauses du CPS.

Ainsi, la cour recommande de :

- *Se conformer aux procédures de stérilisation et en fournir le matériel nécessaire ;*
- *Veiller au respect des conditions d'hygiène et de propreté conformément aux clauses de CPS des marchés de gestions des déchets hospitaliers et des autres activités externalisées.*

D. Les commandes publiques et les aspects DE régularité

Le statut de l'hôpital Mohammed V en tant que chef-lieu du centre hospitalier régional de Tanger, qui comprend en plus de l'hôpital Mohamed V cinq autres hôpitaux, confie à son directeur la fonction d'ordonnateur principal pour les autres hôpitaux de la région. Une telle configuration exige normalement une coordination, entre les différents hôpitaux qui font partie du Chr, dans la détermination des besoins. Au niveau de cet axe la cour a relevé les observations suivantes :

➤ **Carence dans le processus d'identification des besoins**

La fonction d'achat à ce niveau souffre des dysfonctionnements suivants :

- Absence d'une politique d'achat permettant de fixer les orientations de l'administration en matière d'approvisionnement ;
- Le rôle de chaque intervenant dans le processus d'achat n'est pas défini en raison d'absence d'un guide d'achat propre à l'hôpital ;
- La procédure d'approvisionnement est influencée par une logique budgétaire de consommation des crédits au lieu d'une logique d'efficacité dans la satisfaction des besoins réels ;

- La définition des besoins n'est pas complète. Pour combler cette insuffisance, des bons de commande pour la même nature des prestations sont passés en même temps que des marchés ;
- L'analyse des besoins à satisfaire ne prend pas en compte l'historique de consommation des matières à commander pour chaque service ;

➤ **Insuffisances dans l'attribution et l'exécution de la commande publique**

Il a été relevé ce qui suit :

- Attribution de l'exécution de certains marchés avant même la date fixée pour la séance d'ouverture des plis. Cas des marchés n° 01/2013 et 02/2013 ;
- Non confiscation de la caution provisoire suite au désistement d'un soumissionnaire ; cas de l'appel d'offre n°16/12 relatif au lot n°3 sur l'achat du matériel medicotechnique d'imagerie aux hôpitaux du CHP de Tanger ;
- Non conservation des procès-verbaux de déclaration d'infructuosité des appels d'offres, cas de l'A.O. n°11/2010 relatif au Lot n°1 : achat du matériel pour le bloc opératoire, l'A.O. 11/2010 relatif au lot n°2 achat du matériel d'ambulance et l'A.O. 6/2014 relatif à l'achat des fongibles afférents au laboratoire ;
- Non-respect du délai de garantie et des clauses de maintenance préventive des équipements en garantie, cas soulevés concernent les marchés n°17/2008, n°15/2009, n°16/2009 et 12/2013
- Constatation du service fait avant la livraison des fongibles, cas des marchés n°11/2012 relatif à la fourniture des films scannés à l'hôpital Mohammed V et n° 15/2012 relatif à la fourniture des fongibles afférents à la radiologie ;
- Non déduction des pénalités de retard, cas du marché n°16/2009 relatif à la fourniture du matériel medicotechnique d'Ophthalmologie à l'hôpital Al Kortobi, où il n'a pas été procédé à la déduction des pénalités de retard d'une valeur de 130.152 DH (calculée selon l'article 05 du CPS : plafond de 10% du montant du marché).

➤ **Irrégularités relatives à la fourniture du matériel medicotechnique et médico-hospitalier**

Il s'agit du non-respect des clauses du CPS en matière de réception des équipements, objet des marchés suivants :

a. **Marché n°17/2008 conclu en date du 05/09/2008 pour un montant de 2 097 275 ,10 DH relatif à l'acquisition de matériel médical**

Dans le cadre de ce marché, il a été constaté ce qui suit :

- L'établissement du décompte définitif du marché avant l'achèvement complet de l'exécution des prestations y afférentes et absence de sa réception provisoire ;
- La déclaration de la réception définitive, malgré l'existence de plusieurs anomalies fonctionnelles au niveau du bloc stérilisateur (autoclave) d'un montant de 740.000 DH HT ;

b. **Marché n°15/2009 (A/O : 18/2009)**

Ce marché a connu la déclaration simultanée de la réception provisoire et de la réception définitive du marché le 14/12/2009 alors que la livraison du prix n°18 correspondant à cinq fauteuils de dialyse et des chariots n'ont été livrés que le 28/05/2010.

c. **Marché n° 9/2013 conclu en date du 23/10/2013 pour un montant de 2 215 200 ,00 DH relatif à l'acquisition de matériel médical**

Concernant ce marché on a assisté à :

- La constatation du service fait avant livraison effective comme indiquée dans le tableau suivant :

Lieu de livraison	Désignation	Date de livraison	N° du Bon de livraison
Hôpital Mohamed V	Table d'opération pour chirurgie traumatolo-orthopédique et neurochirurgie	17/09/2014	517/01
	Scialytique de plafond avec satellite double	22/03/2014	280
	Appareil d'anesthésie	16/07/2014	281
	Table chirurgicale pour chirurgie générale	25/09/2014	518/01
	Autoclave automatique	N.C	283
Hôpital Al Kortobi	Deux autoclaves mobiles+ éclairage opératoire mobile	21/07/2014	PV de réception

Source : les dossiers de marchés

- La réception provisoire déclarée (le 24/01/2014) avant l'achèvement de l'exécution du marché.

d. **Marché n°12/2013 conclu en date du 25/10/2013 pour un montant de 255600 ,10 DH relatif à l'acquisition de matériel médical**

Pour ce marché, il a été relevé ce qui suit :

- La déclaration de la réception provisoire du marché le 13/01/2014 avant la livraison de l'ensemble du matériel commandé.
- L'établissement du décompte définitif du marché avant l'achèvement complet de l'exécution des prestations du marché et présence de matériel non fonctionnel (Spectrophomètre), depuis sa livraison.
- L'acquisition du matériel medicotechnique par voie du bon de commande sans précision des spécifications techniques, cas du bon de commande n°18/15 d'un montant de 198.228,00 DH.

➤ **Absence de la traçabilité pour certaines fournitures acquises**

La vérification de la matérialité de certains bons de commande notamment ceux relatif à l'achat de fournitures et articles de maintenance a fait constater l'absence d'une comptabilité des matières permettant une gestion sincère et fidèle du stock. Ce constat se concrétise, particulièrement, lors du contrôle des bons de commandes cités ci-après :

Cas des bons de commande dont l'affectation n'est pas connue

N° du bon de commande	Objet	Montant	Hôpital demandeur
7/15	Achat des fournitures électriques	75.805,00	Hôpital Mohamed V
8/15	Achat d'articles de plomberie, sanitaire	72.880,00	Hôpital Mohamed V
28/15	Achat de fournitures électriques	27.150,00	Hôpital Duc du Tovar
39/15	Achat des fournitures électriques	24.980,00	Hôpital El Kortobi
40/15	Achat d'articles de plomberie sanitaire	25.000,00	Hôpital El Kortobi
41/15	Achat de matériaux de construction	25.040,00	Hôpital El Kortobi
47/15	Achat d'articles de plomberie sanitaires	32.000,00	Hôpital Duc du Tovar
54/15	Achat de matériaux de construction	15.980,00	Hôpital Duc du Tovar
66/15	Achat de matériaux de construction	88.600,00	Hôpital Duc du Tovar

II. Réponse du Ministre de la santé

(Texte intégral)

A. Gouvernance et comités de gestion

Au sujet des réunions du directeur du CHR

Concernant la faiblesse du nombre de réunions tenues par le Directeur du CHR avec les différentes catégories de cadres conformément au Règlement Intérieur des Hôpitaux (RIH), la Direction du CHR a repris les réunions avec les cadres médicaux et paramédicaux du CHR depuis Décembre 2015 à un rythme régulier.

Le comité de gestion du CHR a été relancé en Janvier 2018, les autres comités en l'occurrence, le comité d'établissement, le comité de suivi et d'évaluation, le CLIN, le CMDP et le CII se sont tous repris la tenue des réunions périodiques conformément au RIH.

Au sujet du poste de chef du PAM

Le chef de ce service a été nommé par note régionale n°259 du 07/06/2017.

Dans le même cadre, la Direction de l'hôpital a lancé un appel à candidature en décembre 2017 pour pourvoir les postes de chefs de département hospitaliers. Suite à quoi, une liste des candidats proposés a été dressée par le comité d'établissement conformément au RIH et envoyée à la délégation de santé pour validation et renvoi à la Direction Régionale (correspondance n°51 du 05 Janvier 2018).

B. Gestion hospitalière

1. Gestion du SAA

Concernant les services d'accueil, d'orientation et d'information des usagers

Il est à noter que l'hôpital assure actuellement cette prestation dans le cadre de l'externalisation par le biais du marché n°14/2017, marqué par une formation spécifique prodigué par l'hôpital au profit des hôtesse d'accueil ;

Au sujet des conditions de travail au SAA et ses infrastructures

La Direction du CHR a procédé à la programmation de la réhabilitation du SAA dans le cadre de son plan d'action de l'exercice 2018, dont la réalisation est prévue à la fin du même exercice accompagné de mesures visant le développement des missions et tâches confiées au SAA.

2. Gestion des soins cliniques

2.1. Maternité

Suites aux recommandations émises par la Cour des Comptes, la Direction du CHR a élaboré un projet de regroupement des activités des deux maternités hospitalières de l'hôpital Mohamed VI en un seul pôle mère-enfant. Le projet en question a reçu l'approbation de M. le ministre lors de sa visite à l'hôpital Mohamed V de Tanger.

2.2. Service de pédiatrie et de chirurgie infantile

En concordance avec les recommandations de la Cour des Comptes, il a été décidé de transférer l'unité des couveuses et des bébés prématurés à l'hôpital Mohamed VI et la création d'un service Régional des nouveaux nés conformément aux normes requises. Aussi l'application du système de garde aux médecins pédiatres et l'examen systématique de tous les nouveaux nés.

2.3. Service des urgences

Dans le cadre de la mise en service du nouveau SAMU prévue dans les semaines à venir, il est à noter que :

- Le service disposera de deux (02) accès :
 - Un pour les ambulances (circuit rouge) ;
 - Un pour les patients (circuit vert) ;
- Ceci permettra une meilleure fluidité des flux des patients et des usagers ;

Dans le cadre des recrutements par contrat (actuellement en discussion entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Intérieur) et en partenariat avec les collectivités territoriales, il est prévu d'augmenter les effectifs des cadres soignants (médecins et infirmiers) pour améliorer la qualité des soins et des services rendus par le SAMU (dont le triage et l'orientation) ;

Dans le même cadre, la fonction d'accueil, d'orientation et d'information sera assurée 24h /24 dans le cadre de l'externalisation des prestations ;

Il est prévu en coordination avec les cadres du département Urgences –Réa –SMUR de mettre à jour le guide (le référentiel) des règles de gestion et du fonctionnement du SAA qui comprend des chapitres dédiés à la gestion de ressources dont les médicaments et les dispositifs médicaux.

2.4. La réanimation

Dans le cadre de la mise en œuvre du PEH qui relate dans ses grandes lignes, la création d'un service de réanimation multifonctionnel (polyvalent) d'une capacité de 12 lits, il a été programmé dans le plan d'action 2018-2019, la réhabilitation de la capacité litière du service pour répondre aux normes internationales. Aussi, et dans le cadre du programme de mise à niveau des hôpitaux, il est prévu d'équiper ce service selon les normes requises. Cette opération débutera aussitôt que le service de maternité sera transféré à l'hôpital Mohamed VI.

2.5. Service de traumatologie orthopédie

Suite aux recommandations de la Cour des Comptes, l'hôpital a procédé à la programmation de la réhabilitation et de l'humanisation des conditions de prise en charge et d'hébergement dans le cadre de son plan d'action de cette année.

Le matériel d'ostéosynthèse est actuellement supporté par le budget de l'hôpital en coopération avec les bienfaiteurs.

2.6. Bloc opératoire

Le réaménagement du bloc opératoire est programmé dans le cadre du projet « Maroc Santé III », son équipement biomédical fait partie du programme de mise à niveau des hôpitaux.

Le guide des procédures de gestion et de fonctionnement du bloc opératoire est actuellement en cours de mise à jour en vue de la généralisation et de la vulgarisation de son contenu.

2.7. Hémodialyse

Le projet de transfert des activités de ce service vers l'hôpital Duc de Tovar a pour objectif d'améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge des malades hémodialysés avec la mise en place d'un service bien équipé pour accueillir cette activité, le service de réanimation médicale de l'hôpital Duc de Tovar a été réhabilité.

C. Gestion des prestations infirmières

1. Laboratoire

Dans le cadre du programme national de mise à niveau des hôpitaux, le laboratoire du CHR a bénéficié d'un lot conséquent d'équipements de laboratoire assurant une large gamme d'analyses. Un complément d'équipements, réactifs et consommables, nécessaires au fonctionnement de laboratoire, sera assuré par l'hôpital.

2. Imagerie Médicale

Une nouvelle réorganisation des prestations d'imagerie médicale du CHR prévoit le transfert des prestations prodiguées à titre externe hors de l'hôpital Mohamed V :

- Une radiologie conventionnelle : 2 tables de radiologie pour l'hôpital Mohamed VI ;
1 à ALKORTOBI ; et
2 à ASSILAH.
- Le TDM a été installé à l'hôpital Mohamed VI ;
- L'échographie –Echodopler : 2 appareils disponibles à l'hôpital Mohamed VI ;
- Le transfert de la mammographie à l'hôpital Mohamed VI dans le cadre de la mise en fonction de l'hôpital Mère-enfant ;

L'hôpital Mohamed V garde les prestations d'imagerie médicale prodiguée pour les cas hospitalisés et les cas urgents en plus de l'IRM qui sera installé incessamment.

3. La pharmacie

A la réception du nouveau service des urgences, le premier étage sera utilisé comme pharmacie du CHR (cet étage est d'une superficie estimée à 1000 m², dont 550 m² sera consacré au dépôt régional). En plus, il sera équipé d'étagères et de moyens de manutention et de stockage.

Le Ministère de la Santé travaille actuellement sur l'actualisation et l'amélioration de l'outil informatique dédié à la gestion des médicaments et accessoires médicaux, depuis l'expression des besoins jusqu'à l'acquisition par la pharmacie centrale et la répartition aux différents hôpitaux et services hospitaliers et enfin du compte, jusqu'au malade.

Le renforcement des ressources humaines est l'une des préoccupations de l'hôpital, l'illustration en est, la nomination d'un deuxième pharmacien, de préparateurs en pharmacie et d'un administrateur.

4. Le nettoyage, la sécurité et l'alimentation

L'administration de l'hôpital accorde une attention particulière à la sécurité en respectant les procédures de désinfection et de stérilisation, par conséquent, la totalité du matériel et moyens utilisés lors des interventions chirurgicales sont stérilisés selon les techniques et procédures requises. Aussi, la gestion des déchets hospitaliers est soumise au contrôle et au suivi de l'administration en coordination avec la société titulaire du marché conclu à cette fin.

D. Les commandes publiques

Il est à noter qu'actuellement, tous les services des établissements hospitaliers sont mobilisés sous la coordination de tous les responsables de ces établissements pour déterminer leurs besoins. Aussi, malgré les contraintes et les cas d'urgences, l'administration veille à l'application stricte des procédures comptables en ce qui concerne la gestion des marchés et des bons de commandes.

Commentaires du Ministre de l'économie et des finances au sujet du contrôle de la gestion des centres hospitaliers

(Texte intégral)

➤ **Concernant le volet relatif à la gouvernance et le pilotage**

Vu l'importance de ce volet et son rôle pour assurer une meilleure gestion et veiller à la performance de ses résultats. Il est proposé, d'analyser l'ensemble des volets afférents à cet axe, dont notamment les points relatifs à :

- Améliorer le cadre de gouvernance des ressources humaines et instaurer un système de gestion de la performance de ses ressources ;
- Mettre en place un plan d'action de renforcement de la capacité de gestion des gestionnaires pour une meilleure allocation des ressources.

➤ **S'agissant du Projet d'établissement hospitalier**

Il est proposé d'ajouter au niveau des recommandations les points suivants :

- Tenir compte des volets relatifs à la formation, à la gestion et également au système d'information qui revêt une importance particulière en tant qu'outil permettant une prise en charge sécurisée des patients et d'aide à la prise de décision ;
- Respecter les objectifs du schéma régional de l'offre de soins, et déterminer les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement dont chacun des établissements hospitaliers le composant doit disposer pour réaliser ses objectifs ;
- Intégrer des fiches projets indiquant les actions envisagées pour chaque objectif stratégique avec un échéancier de réalisation et les structures responsables et associées, le coût estimatif, les ressources humaines et financières nécessaires et les indicateurs de suivi et d'évaluation.

Aussi, et en vue de répondre aux objectifs assignés à la nouvelle loi organique relative à la loi de finances, notamment en matière de renforcement de la programmation budgétaire pluriannuelle permettant aux gestionnaires une meilleure visibilité dans la gestion de leurs programmes, **il est également proposé d'adosser à ce PEH un budget triennal indiquant les ressources et dépenses nécessaires pour la mise en œuvre des différentes activités de ce projet.**

➤ **En ce qui concerne le système d'information hospitalier**

Tenant compte que la fiabilité des données et l'efficacité des systèmes d'informations est un préalable nécessaire à mettre en place notamment au niveau des hôpitaux publics en vue d'accompagner les réformes dans le domaine de la santé notamment la réforme de la Couverture Médicale de Base (AMO et RAMED), **il est proposé d'ajouter une recommandation portant sur la mise à niveau des Services d'Accueil et d'Admission (SAA) des hôpitaux, notamment en ce qui concerne les outils informatiques et de facturation.**

➤ **Pour le volet relatif à la gestion financière, et notamment la partie afférente à la gestion des dépenses**

Il est à remarquer l'absence des données sur l'exécution financière des dépenses, à travers un examen des taux d'engagement et d'émissions des différentes rubriques budgétaires et de la situation de trésorerie. Ainsi, **il est proposé d'intégrer également ce volet et de recommander la nécessité de veiller à améliorer les indicateurs de performance financière pour assurer l'efficacité et l'efficience des dépenses.**

➤ **En ce qui concerne les structures d'accueil, d'accès aux soins, services cliniques et médico techniques**

Les centres hospitaliers doivent fournir beaucoup d'efforts pour améliorer la qualité des services notamment l'accueil et de veiller à assurer des prestations sanitaires de qualité aux populations. Egalement des efforts sont à faire pour l'optimisation des structures (salles de consultations, équipements...) et une meilleure exploitation des ressources existantes.

➤ **En matière de déblocage des subventions**

La Direction du Budget veille au déblocage des différentes subventions dans les meilleurs délais dès qu'elle reçoit les pièces nécessaires de la part des services compétents du Ministère de la Santé.

A noter également que ce déblocage reste tributaire du disponible de trésorerie des centres hospitaliers concernés et des capacités de consommation des crédits, sachant que certains centres dénotent de faibles taux d'engagement et d'émission des crédits mis à leur disposition.

Il est à préciser que le non versement des subventions d'investissement en 2013 et 2016 est une décision qui a concerné l'ensemble des hôpitaux SEGMA, et ce tenant compte qu'en 2013 c'était une proposition émanant du Ministère de la Santé suite à la décision gouvernementale du gel de ses crédits d'investissement, et en 2016 le non déblocage de la subvention a été compensé par le programme de mise à niveau des hôpitaux qui a bénéficié d'un montant de 1 milliard de dirhams dans le cadre du budget d'investissement du Ministère de la Santé.

➤ **En matière de gestion des prestations externalisées**

La Direction du Budget adhère parfaitement à la recommandation émise dans ce sens et insiste sur la nécessité de revoir la politique des centres hospitalier en matière de gestion des marchés en se conformant à la réglementation en vigueur et à travers la veille au respect des clauses des cahiers de prescriptions spéciales par les titulaires des différents marchés.