

## Le Centre hospitalier préfectoral Moulay Abdellah de Mohammedia

Le centre hospitalier préfectoral (CHP) Moulay Abdellah de Mohammedia a été édifié en 1952. Il a été érigé en Service de l'Etat géré de manière autonome (SEGMA) en 1995. Il dessert en termes d'offre de soins une population estimée à 422.000 habitants, avec une capacité litière de 148 lits.

Le CHP dispose d'un staff médical composé de 62 médecins dans 21 spécialités, un personnel paramédical composé de 103 personnes de différents profils, et d'un staff administratif au nombre de 17. Son budget au titre de l'année 2016 a été de 10.600.000,00 DH.

Les principaux indicateurs relatifs aux activités du CHP entre 2012 et 2016 se présentent comme suit.

### Activité de l'hôpital durant la période 2012-2016

Nature	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Capacité litière</b>	148	148	148	148	148
<b>Passages aux urgences</b>	72.041	75.503	80.276	80.484	79.728
<b>Interventions au BLOC</b>	1.892	1.518	1.355	1.402	1.732
<b>Consultations</b>	26.468	29.910	31.618	31.057	27.427
<b>Imagerie médicale</b>	23.609	17.755	26.371	28.569	29.977
<b>Analyses médicales</b>	56.053	50.201	49.827	36.749	32.536
<b>Accouchements</b>	3.770	3.535	3.477	3.232	3.584
<b>Hospitalisation</b>	10.732	10.621	10.303	9.769	9.893
<b>Consultations dentaires</b>	2.228	1.350	1.789	2.609	1.894
<b>Examen en rééducation</b>	64.258	57.883	37.466	34.161	31.622

## I. Observations et recommandations de la Cour des Comptes

La mission du contrôle de la gestion réalisée par la Cour des Comptes en collaboration avec la Cour régionale des comptes de la région Casablanca-Settat a permis de relever certaines observations et émettre des recommandations dont les principales sont retracées dans les points suivants.

### A. Gouvernance hospitalière

L'amélioration du système de gouvernance était parmi les objectifs retracés dans le plan stratégique du ministère de la Santé pour la période 2012-2016. Ce plan a préconisé le développement de la gouvernance hospitalière et la mise en place de mécanismes de gestion basés sur la contractualisation et la performance. Toutefois, la mission de contrôle a relevé que ces orientations n'ont pas été activées au niveau du centre hospitalier préfectoral Mohammedia (CHP MAM) et que d'autres carences existent au niveau de la gouvernance de ce centre, lié notamment aux aspects suivants.

#### ➤ Absence d'un projet d'établissement hospitalier

Le CHP ne dispose pas de projet d'établissement hospitalier (jusqu'à mi 2017). Ce projet doit définir les objectifs généraux de l'établissement, ainsi que les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement nécessaires pour réaliser les objectifs précités.

### ➤ **Organes d'appuis inactifs**

En vertu de l'article 13 du décret n° 2-06-656 précité, le directeur du CHP doit être assisté par des instances de concertation et d'appui à savoir le comité d'établissement, le comité de suivi et d'évaluation, le conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens et le conseil des infirmiers et des infirmières. Ces organes ont été institués au niveau du CHP, mais le contrôle a relevé qu'ils ne jouent pas pleinement leur rôle d'assistance.

### ➤ **Non mise en œuvre des orientations stratégiques du ministère**

Contrairement aux dispositions de l'article 5 du décret n°2.66.566 précité et l'annexe 1 du décret n°2.14.562 du 22 juillet 2015 relatif à l'organisation de l'offre de soins, à la carte sanitaire et aux schémas régionaux de l'offre de soins, le CHP MAM n'offre pas toutes les prestations de soins devant être offertes par les centres hospitaliers préfectoraux. Il s'agit notamment de l'absence du service de réanimation. Aussi, au service de l'imagerie médicale, la permanence 24/24h n'est pas assurée. Cela agit négativement sur le travail des urgences.

*Ainsi, la Cour des comptes recommande d'établir un projet d'établissement hospitalier du CHP MAM et d'activer le rôle des instances d'appui et de concertation conformément aux textes réglementaires en vigueur.*

## **B. Infrastructures**

### **1. Les bâtiments**

Au niveau de cet axe, le contrôle a révélé ce qui suit :

#### ➤ **Emplacement inadapté**

L'hôpital se situe sur l'avenue Hassan II à proximité de la voie ferrée, il subit en raison de son emplacement des niveaux de bruit importants causés essentiellement par le trafic routier et ferroviaire.

#### ➤ **Exiguïté du bâtiment principal**

La superficie de l'hôpital n'offre pas des espaces suffisants permettant aux unités de soins de travailler dans de bonnes conditions. Ainsi, des unités comme la pharmacie et la cuisine sont installées au sous-sol.

#### ➤ **Structures inadaptées aux services et unités d'hospitalisation**

L'architecture initiale de la construction ne répond pas aux exigences et à la dimension qu'a prise l'hôpital. Les employés de l'hôpital trouvent beaucoup de contraintes à cause l'architecture du bâtiment inadaptée aux services de soins. Ces contraintes se trouvent notamment au niveau des services suivants.

##### **a. Le service des urgences**

L'entrée de ce service pose un problème d'accès et d'évacuation des patients, des véhicules et des ambulances. Les ambulances doivent entrer et sortir en faisant marche arrière par la même porte. En l'absence d'aires de stationnement et de parking, les patients sont souvent embarqués ou déposés en pleine rue dans des conditions ne garantissant pas leur intimité et leur respect.

##### **b. Le bloc opératoire**

Ce bloc est composé de 6 salles d'opération, les quatre salles exploitées sont réservées aux urgences, au programme et à la maternité obstétrique. Il est à noter que le bloc ne dispose pas de salles de réveil. En fait le réveil des patients opérés se fait dans un couloir ou dans la salle d'opération.

Par ailleurs, le contrôle a permis de constater que les salles opératoires ne sont pas conçues de façon à permettre le passage des professionnels et l'acheminement des instruments vers des circuits séparés conformément au principe du circuit « marche en avant », règle essentielle en matière de stérilisation.

### c. La maternité

L'architecture de ce service et sa superficie demeurent insuffisantes pour répondre aux besoins de cette unité qui reçoit un flux important. Elle est également marquée par l'absence d'une structure d'accueil. De même, la salle expectante très étroite et sans séparations, ne procure aucune intimité aux parturientes.

### d. La pharmacie

L'emplacement et la disposition de la pharmacie au sous-sol ne permettent pas la sauvegarde des médicaments. Ainsi, les médicaments sont constamment exposés aux inondations contrairement aux dispositions de l'arrêté du ministre de la Santé la Santé n°902-08 (21 Juillet 2008) fixant les normes techniques d'installation de salubrité et de surface relatives au local devant abriter une officine de pharmacie.

## 2. Installations techniques

Le contrôle du centre hospitalier préfectoral Moulay Abdellah a révélé plusieurs insuffisances au niveau de certaines installations vitales. Ces insuffisances se manifestent à travers les points suivants.

### ➤ Défaillance des installations du réseau d'assainissement

L'hôpital souffre de l'absence des installations de l'eau chaude, ce qui complique les conditions de travail des professionnels et le séjour des patients. Les canalisations d'eau et d'assainissement sont dans un état dégradé et causent toujours des infiltrations d'eau.

Aussi, le bâtiment principal du centre hospitalier n'est pas raccordé au réseau d'assainissement. Depuis sa création, les eaux usées de l'hôpital sont évacuées dans deux fosses septiques.

### ➤ Défaillances relatives au réseau d'électricité

La mauvaise distribution d'électricité et l'alimentation directe, par le réseau de Lydec avait engendré des coupures fréquentes d'électricité. Des incidents de court-circuit dans le bâtiment principal ont causé des dégâts notamment au niveau des installations techniques (monte de charges) et certains équipements, comme la table radio et l'autoclave.

### ➤ Monte-charges souvent en panne

Bien que l'hôpital Mly Abdallah dispose de deux monte-charges, l'un des deux n'a jamais fonctionné, le deuxième tombait souvent en panne durant de longues périodes rendant ainsi le déplacement des professionnels et l'hospitalisation des patients difficile. Femmes accouchées et malades opérés sont remontés au premier étage, via les escaliers, portés par leurs familles ou par les agents de sécurité pendant les périodes des pannes de monte-charges.

Il est à préciser que ce monte-charge n'est pas couvert par des contrats de maintenance en raison d'insuffisance de crédit dans le budget de la délégation du ministère de la Santé.

*Ainsi, la Cour des comptes recommande de prendre les dispositions nécessaires pour combler et corriger les insuffisances du CHP MAM au niveau des bâtiments et des installations.*

## C. Moyens de fonctionnement

### 1. Moyens humains

Le contrôle des moyens humains mis à la disposition du CHP MAM a permis de relever les observations suivantes :

### ➤ Baisse des effectifs

L'effectif du personnel du centre hospitalier a connu une tendance à la baisse pour la période 2012-2016. En effet, L'effectif du personnel est passé de 240 en 2012 à 215 en 2016. Cette baisse trouve ses raisons principalement dans la baisse du nombre du personnel paramédical (122 infirmiers en 2012 contre 104 en 2016).

### ➤ **Déficit en ressources humaines paramédicales**

Il a été constaté au niveau de l'hôpital une insuffisance en personnel nécessaire pour assurer la bonne marche des services hospitaliers, à savoir :

- les unités de médecine et de chirurgie ne disposent pas d'infirmiers minimum pour assurer les gardes de nuit, les weekends et les jours fériés. Aussi, et pendant les congés administratifs et éventuellement les congés de maladies. Aussi, et à cause de ce déficit, d'autres structures n'assurent pas la garde, comme l'imagerie médicale ;
- le service d'accueil et d'admission n'assure pas ses tâches au-delà de 16 h, les weekends et les jours fériés, et ce pour manque de personnel. Aussi, le centre hospitalier ne dispose plus d'une assistante sociale.

*De ce qui précède, la Cour des comptes recommande de :*

- *combler le manque en ressources humaines paramédicales constaté au niveau du CHP MAM ;*
- *affecter une assistance sociale au service d'accueil et d'admission de l'hôpital ;*
- *Veiller à la rationalisation du personnel administratif et au renforcement du SAA en moyens humains adéquats.*

## **2. Moyens techniques**

Le contrôle de la gestion des moyens techniques du CHP a permis de relever les observations suivantes :

### ➤ **Insuffisance du matériel du laboratoire**

Le laboratoire n'effectue pas certaines analyses souvent demandées type bactériologie, parasitologie et ce, faute d'équipements et réactifs nécessaires.

Ainsi, le laboratoire ne dispose pas d'automate de réserve, ce qui expose le laboratoire à l'arrêt de l'activité en cas de panne. Les deux appareils de la numération de la formule sanguine NFS, insuffisants compte tenu du nombre d'examen passés chaque jour, tombent fréquemment en panne perturbant ainsi la bonne marche du service. A noter que les demandes des analyses NFS sont souvent prescrites par les médecins pour les femmes enceintes, et pour d'autres patients dans les autres structures de l'hôpital.

### ➤ **Carences liées au système de maintenance**

Selon les dispositions de l'article 11 du décret n° 2-94-285 du 21 novembre 1994 relatif aux attributions et à l'organisation du ministère de la Santé publique, la direction des équipements et de la maintenance est chargée d'assurer la maintenance, l'aménagement et la réparation du patrimoine immobilier et matériel du ministère de la Santé. Cependant, le contrôle a montré que les installations techniques, au niveau du CHP, ne sont pas couvertes par des contrats de maintenance préventive et corrective faute de crédits suffisants.

### ➤ **Ambulance non médicalisée avec faible dotation en carburant**

Les deux ambulances en service dont dispose l'hôpital, ne sont pas médicalisées et manquent d'équipements (couveuses pour les nouveau-nés). Leur dotation en carburant ne dépasse pas 15.000 DH par an. En plus, en raison du nombre important des transferts effectués par le centre hospitalier, faute de services de réanimation et des référés du service de la maternité, lesdites ambulances ne peuvent répondre aux besoins requis. Il convient de préciser que ces ambulances servent en plus du transport des malades, aux courses de l'hôpital.

*Ainsi, la Cour des comptes recommande de :*

- *doter les services hospitaliers des moyens techniques et logistiques nécessaires à l'accomplissement de leurs missions ;*
- *mettre en place un système de maintenance fiable garantissant le fonctionnement normal et continu du matériel medicotechnique.*



### 3. Les ressources financières

Les ressources financières du CHP MAM sont constituées des recettes des prestations de soins et des subventions d'exploitation et d'investissement octroyées par le ministère de la Santé. L'examen de ces recettes a permis de relever les observations suivantes.

#### ➤ Baisse de la couverture des dépenses d'exploitation par les recettes propres

Il a été constaté une baisse du taux de couverture des dépenses d'exploitation par les recettes propres qui est passé de 69% en 2012 à 56% en 2016 comme l'illustre le tableau ci-dessus, et ce à cause de la baisse qu'ont connu les recettes propres du CHP (de 4.941.335,00 en 2012 à 3.870.142,00 DH en 2016) en conséquence de la généralisation du RAMED. La subvention d'exploitation a été réduite en passant de 3.472.000,00 en 2012 à (1) un million de dirhams de la santé en 2015. En 2016, le centre hospitalier n'a pas reçu de subvention d'exploitation, et l'excédent des années antérieures a été utilisé pour couvrir les dépenses de fonctionnement.

#### Taux de couverture des dépenses d'exploitation par les recettes propres du Centre hospitalier

Année	2 012	2 013	2 014	2 015	2 016
Recettes propres	4.941.335	4.346.930	4.045.303	3.859.655	3.870.142
Dépenses d'exploitation	7.184.511	7.005.904	7.779.271	7.980.155	6.870.153
Recettes propres/dépenses d'exploitation	69%	62%	52%	48%	56%

#### ➤ Carences dans la facturation et le recouvrement des frais de soins

La facturation des prestations externes, des urgences et des examens n'a jamais été établie, En effet, l'ensemble des actes rendus par les urgences, les examens de l'imagerie médicale, les analyses rendues par le laboratoire et les consultations spécialisées ne sont pas renseignés dans l'application service d'accueil et d'admission et pour lesquels aucune facturation de prestations n'a été générée.

A titre d'illustration, l'écart entre la facturation et l'admission est important pour la période examinée, il était de 7625 en 2012 et de 2951 en 2016 comme le montre le tableau suivant.

#### Ecart entre facturation et admission pour la période 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016
Admission	10732	10621	10303	9769	9893
Facturation	3107	6449	9847	9276	6942
Ecart	7625	4172	465	493	2951

#### ➤ Application des tarifs non conformes à la nomenclature

Le centre hospitalier avait appliqué des tarifs pour certaines prestations qui ne sont pas conformes à la nomenclature en vigueur, à titre d'exemple, le prix de la radio genoux ou de jambe appliqués est de 45 DHS au lieu de 112,5. Selon les responsables de l'hôpital, cela est dû à la non mise à jour, par les services compétents, des tarifs sur l'application informatique installée au niveau du service d'accueil et d'admission.

#### ➤ Insuffisances dans le recouvrement des créances du CHP

Le recouvrement est assuré par une seule personne qui s'occupe aussi du décès intra-hospitalier et de l'archivage. Or, l'insuffisance en personnel qualifié ne peut qu'entraver la bonne marche de l'unité de recouvrement au CHP et par conséquent constituer un facteur néfaste à l'encaissement des créances de l'hôpital. Ainsi, Pour la période 2012-2016, les dossiers en instance, relatifs aux prestations externes, le CHP n'a commencé la procédure de recouvrement qu'à compter du mois

d'aout 2016. Or, les années antérieures n'ont pas été couvertes par ce recouvrement, d'où un manque important à gagner pour l'hôpital.

#### ➤ **Forclusion d'un nombre important de dossiers CNOPS**

Sur la période 2012-2016, le centre hospitalier a présenté 647 dossiers d'une valeur globale de 477.123,20 DHS à la Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale « CNOPS ». Sur cette période, 521 dossiers ont fait l'objet de remboursement, soit une somme de 363.464,00 DHS. Par contre, la CNOPS a rejeté 101 dossiers d'une valeur de 87 092,80 dirhams de la santé avec un montant significatif en 2012 ayant atteint 70.019,00 dirhams de la santé. Ces rejets ont été causés par la forclusion de ces dossiers, due à leur envoi hors délais conventionnels. Par ailleurs le montant recouvré auprès des autres organismes d'assurances pour la même période, a été de 915.535,00 DH pour un total à recouvrer de 1.101.970,00. Le reste à recouvrer étant donc de 181.871,00 DH.

#### ➤ **Retard de versement de la subvention d'exploitation**

Vu la faiblesse des ressources propres de l'hôpital, l'engagement d'une grande partie des dépenses reste tributaire du déblocage de la subvention du ministère. Or, ladite subvention est souvent versée en retard et fractionnée, ce qui est de nature à créer des problèmes, notamment dans le paiement des différents prestataires de services.

#### ➤ **Faible dotation d'investissement**

Le montant de la subvention d'investissement n'a jamais dépassé 600.000 DH (1.200.000,00 dirhams au cours de la période 2012-2016). Ce montant faible est loin de couvrir les besoins pressants de l'hôpital en termes d'équipements et infrastructures. Ces subventions n'ont d'ailleurs jamais pu être utilisées par le centre hospitalier.

#### ➤ **Retard dans l'approbation du budget**

La lenteur qui marque le processus d'établissement et d'approbation du budget du centre hospitalier Mohammedia privait les gestionnaires de la visibilité nécessaire à la gestion des crédits et provoquait d'importantes perturbations dans l'exécution des dépenses et des pratiques irrégulières telles que le commencement d'exécution des prestations objet de certains marchés avant le visa d'approbation et le recours aux bons de commande de régularisation.

*Ainsi, la Cour des comptes recommande ce qui suit :*

- *mettre à jour le système d'information du SAA et veiller à la facturation et le recouvrement des recettes relatives aux consultations externes ;*
- *veiller au recouvrement des créances du CHP conformément à la réglementation en vigueur ;*
- *approuver le budget et débloquer la subvention d'exploitation au CHP au début de l'année budgétaire.*

### **D. La gestion de l'accueil et l'admission et le système d'information**

A ce niveau, le contrôle a permis de relever les observations suivantes.

#### ➤ **Absence de structure d'accueil et insuffisance en moyens d'orientation**

L'hôpital ne dispose pas d'une structure d'accueil adéquate permettant l'accueil et l'orientation des différents flux provenant à l'hôpital. Par ailleurs, l'hôpital n'offre pas aux patients et visiteurs suffisamment de moyens d'orientation vu l'insuffisance de panneaux de signalisation en sus de la non affectation du personnel qualifié dédié à la fonction d'accueil et capable d'orienter les usagers.

#### ➤ **Problématique des admissions**

Le service d'accueil et d'admission admet en hospitalisation, programmée et non urgente, certains patients sans accomplir toutes les formalités administratives.

D'autre part, certains patients qui sont admis via les urgences sont enregistrés doublement par le service des urgences et au niveau des unités de chirurgie et de médecine. Ce constat est plus

observé au niveau de la maternité pour le cas des parturientes ce qui impactent la véracité des statistiques relatives aux hospitalisations.

Il est à souligner que l'hôpital a continué d'accorder des admissions aux patients produisant un certificat d'indigence jusqu'à fin 2016 bien que la généralisation du RAMED ait pris commencement depuis l'an 2011, et ce en vertu de l'arrêté conjoint du ministre de l'intérieur, du ministre de l'économie et des finances et de la ministre de la Santé n° 3349.10 du 24/01/2011 relatif à la généralisation du RAMED.

#### ➤ **Non régularisation des sorties des malades**

Certains patients quittent l'hôpital sans régulariser leur situation administrative et financière auprès du service de service d'accueil et d'admission. De même, certains services délivrent les billets de sortie le week-end aux patients sortants. Or, les billets de sortie ne peuvent être remis aux patients que pendant les horaires de travail normal, et ce pour permettre au service d'accueil et d'admission de procéder à la régularisation administrative et financière des intéressés.

#### ➤ **Absence de formulaires de consentement de patients**

Il a été constaté à travers le contrôle que le formulaire de consentement, devant être présenté au patient avant toute prestation offerte au cours de son séjour, n'est jamais utilisé par l'hôpital. Cette pratique est en contradiction avec les dispositions de l'article 58 de l'Arrêté du ministère de la Santé n° 456-11 du 6 juillet 2010 portant règlement intérieur des hôpitaux qui dispose que : « Sauf disposition légale spécifique et quel que soit le mode d'admission, un formulaire de consentement doit être signé par le patient ou son représentant légal pour les actes de diagnostic, de soins ou de services qui lui seront prodigués au cours de son séjour à l'hôpital ».

#### ➤ **Non enregistrement des actes médico-légaux au niveau du service d'accueil et d'admission**

Les actes médicaux légaux sont gérés par une unité dont un médecin y est affecté. Au sujet de la gestion des CML des anomalies et dysfonctionnement ont été relevés, à savoir :

- l'unité chargée de la gestion des certificats médicaux légaux ne relève pas du service d'accueil et d'admission ce qui n'est pas conforme au règlement interne des hôpitaux qui stipule dans l'article 35 que ce service assure l'enregistrement de ce type de certificat ;
- les quittances concernant les certificats médicaux légaux sont livrées au dit médecin sans aucun contrôle ni suivi.

#### ➤ **Absence d'un système de garde au niveau du service d'accueil et d'admission**

L'hôpital n'assure pas la continuité de ce service au-delà de 16H, les weekends et les jours fériés. Pratiquement, c'est le caissier qui se charge, pendant les heures et les jours cités, à la fois de l'encaissement des recettes auprès des patients et de l'enregistrement des patients. De ce fait, le caissier se voit attribuer des tâches relevant de la compétence du régisseur (comptable publique) et des tâches relevant de la compétence du sous – ordonnateur.

#### ➤ **Carences entachant le système d'information**

Le centre hospitalier ne dispose pas d'un système d'information fiable permettant de maîtriser l'information hospitalière et de couvrir l'ensemble des informations utilisées par le centre hospitalier. Cette situation est due à l'absence de schéma directeur informatique au niveau de l'hôpital et du déficit en matériel informatique. La Cour des comptes a soulevé à ce niveau plusieurs défaillances relatives à la tarification appliquée, à l'absence des informations inhérentes à l'identité et l'adresse des patients, au chevauchement entre la date de facturation et la date de sortie.

#### ➤ **Défaillance dans la gestion de l'archivage**

Il a été constaté que plusieurs défaillances au niveau de fonction archivage des dossiers des patients, des registres des hospitalisations et des registres des prestations externes. Cette situation est due à la non affectation d'une personne qualifiée dédiée à la gestion, le classement et la



conservation des archives. Il est à préciser aussi l'absence d'un local aménagé et réservé à l'archivage des dossiers patients. A ce niveau, il a constaté que les dossiers patients sont abandonnés au sous-sol sans aucun classement dont une partie est affectée par les écoulements des eaux des canalisations.

Il est à souligner que la fonction « archivage » est primordiale dans une structure hospitalière car elle permet les dossiers peuvent être demandés ou consultés ultérieurement par les patients, les professionnels ou éventuellement par les chercheurs.

*De ce qui précède, la Cour des comptes recommande de :*

- *prendre les mesures nécessaires pour améliorer l'accueil au niveau du SAA ;*
- *assurer la continuité du service au niveau du SAA et remédier aux lacunes constatées au niveau des admissions et des sorties des patients ;*
- *adopter un schéma directeur informatique garantissant le lien entre les différents services du CHP et plus précisément entre le SAA et les services médicaux ;*
- *assurer la coordination entre le service d'accueil et d'admission - unité statistique - et les autres services hospitaliers afin de produire une information hospitalière fiable ;*
- *mettre en place un système d'archivage efficace des dossiers des patients pour mieux les conserver et les exploiter.*

## **E. Les urgences**

### ➤ **Le tri n'est pas suffisamment identifié**

Le circuit rouge et vert n'est pas suffisamment identifié et respecté. Cela s'explique par l'absence d'une cellule de triage permettant le tri des patients assuré par un médecin, dans des conditions garantissant une meilleure prise en charge des cas urgents. Il résulte de cette situation l'existence des cas de fausses urgences qui se présentent directement aux médecins des urgences sans passer par une structure de triage, d'où une perte de temps pour ces médecins, et encombrement au niveau des urgences qui connaît souvent des conflits perturbant ainsi son fonctionnement. Cette situation permet aussi à des bénéficiaires des examens radiologiques et des hospitalisations via les urgences sans procéder au circuit normal.

### ➤ **Insuffisance de la coordination et de la régulation des urgences entre les différents hôpitaux de la région sanitaire**

Il a été constaté que dans la régulation des urgences entre le centre hospitalier et les autres structures sanitaires notamment le centre hospitalier régional et le centre hospitalier universitaire est défaillante. Il est à signaler que des mesures en matière de régulation au niveau de la région de Casablanca ont été instaurées depuis environ quatre ans, or ces mesures n'ont pu être pérennisées dans le temps.

D'autres parts, la filière des soins en matière des urgences n'est pas respectée. En effet, les médecins des urgences procèdent de façon systématique au transfert des cas urgents au centre hospitalier universitaire Ibn Roch sans se référer au centre hospitalier régional. Or, la filière des soins préconise que les transferts doivent être à un niveau de recours secondaire, à savoir le centre hospitalier régional, et le cas échéant à un niveau de recours tertiaire en l'occurrence le centre hospitalier universitaire.

*La Cour des comptes recommande de :*

- *instituer une unité d'accueil au sein des urgences et trier les cas urgents et ce, pour une meilleure gestion de ce service ;*
- *mettre en place des mécanismes efficaces de coordination entre les différents services des urgences de la région pour respecter la filière des soins en la matière et la bonne prise en charges des cas urgents.*



## F. Bloc opératoire chirurgical

Ce bloc comprend six salles d'opérations. Il dispose de deux anesthésistes de réanimation et 23 infirmiers en plus des médecins chirurgiens. A ce propos, il a été constaté ce qui suit :

### ➤ Régression du nombre des interventions chirurgicales

Mis à part l'année 2016 qui a connu une légère augmentation dans le nombre des interventions chirurgicales, l'activité du bloc a connu une régression pour la période 2012- 2016 tel qu'il est détaillé dans le tableau ci-dessous. Dans le même sens, une régression a été constatée au niveau du nombre d'interventions chirurgicales programmées par jour ouvrable qui a régressé de 12 interventions en 2012 à 5 interventions seulement en 2016.

#### Interventions chirurgicales pour la période 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>IC majeures</b>	1750	1366	1159	1242	1640
<b>IC mineures</b>	142	152	196	160	92
<b>IC urgentes</b>	889	745	625	736	1085
<b>IC programmées</b>	1003	773	730	666	647
<b>Total IC</b>	1892	1518	1355	1402	1732
<b>Nombre de jours de fonctionnement du BOC</b>	85	101	84	94	125
<b>Nombre d'IC Programmées par jour ouvré</b>	12	8	9	7	5

### ➤ Sous exploitation des salles du bloc opératoire

L'examen des interventions chirurgicales programmées du bloc opératoire a permis de révéler l'importance du nombre de jours d'arrêt avec un taux de fonctionnement ne dépassant pas 54% (ce taux était en 2012 de 36%, avec seulement 85 jours de fonctionnement des salles du bloc opératoire).

Aussi, il a été constaté que sur les six salles du bloc opératoire deux salles demeurent inexploitées à cause de l'absence de certains équipements nécessaires pour les interventions chirurgicales (exemple : scialytiques et les amplificateurs de brillance...).

### ➤ Long arrêt de l'activité du bloc opératoire pour motif du congé annuel du personnel

Il a été constaté la longue période d'arrêt relative aux interventions chirurgicales programmées, et ce en comparaison avec la période de congé administratif annuel. Ces périodes d'arrêt étaient de plus de quatre mois pendant l'année 2013, comme illustré par le tableau qui suit.

#### Périodes d'arrêt relatives aux interventions chirurgicales programmées

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Date d'arrêt des IC programmées</b>	19/07/2012	11/07/2013	24/06/2014	17/07/2015	27/07/2016
<b>Date de reprise des IC programmées</b>	10/09/2012	25/11/2013	24/10/2014	20/10/2015	29/09/2016
<b>Durée d'arrêt</b>	1 mois et 22 jrs	4 mois et 13 jrs	4 mois	3 mois et 3 jrs	2 mois et 2 jrs

Par ailleurs, le rapprochement entre les périodes d'arrêt du bloc opératoire et les congés administratifs du personnel de cette entité pendant cette période, a confirmé que ces périodes d'arrêt ne sont pas justifiées eu égard la moyenne des congés effectivement octroyée.

A titre d'exemple, les congés administratifs du personnel paramédical pour la période allant du mois de juillet 2013 au mois de novembre 2013 (soit la période correspondante aux arrêts du bloc en 2013) n'ont pas dépassé en moyenne dix jours par personne.

#### ➤ Absence d'une unité de stérilisation

Le centre hospitalier ne dispose pas d'une unité de stérilisation gérée par une personne qualifiée et dédiée à la stérilisation, et c'est la panseuse du bloc opératoire qui s'occupe de cette opération.

*Ainsi, la Cour des comptes recommande de :*

- *optimiser l'exploitation des ressources dont dispose le bloc opératoire ;*
- *doter le bloc opératoire de moyens nécessaires pour l'exploitation de l'ensemble des salles opératoires d'une unité de stérilisation.*

## G. Hospitalisation

Les hospitalisations au niveau du centre hospitalier comprennent la chirurgie, la médecine, la maternité, la pédiatrie, la psychiatrie et l'hémodialyse (dans le cadre de l'hôpital de jour). A ce niveau, la Cour des comptes a relevé les observations suivantes :

#### ➤ Baisse dans le rendement des services hospitaliers

La période 2012-2016 a été caractérisée par la baisse du nombre de prestations de soins. Ainsi, le nombre de patients admis en hospitalisation a diminué de 9.893 (8%) par rapport à l'année 2012 pendant laquelle il était de 10.732 patients. Par ailleurs, l'année 2015 a connu le taux d'occupation moyenne le plus faible avec 43,71%, contre 56,32% en 2012, ce qui dénote d'un sous rendement du centre hospitalier en matière des hospitalisations.

Il est à signaler que la baisse de la production des services hospitaliers est sanctionnée par les délais de rendez-vous en hospitalisation qui sont relativement longs pour certaines unités, notamment la chirurgie, et la cadence de fonctionnement du bloc opératoire, qui est un facteur déterminant dans le rendement des services hospitaliers.

#### ➤ Carences dans la tenue des dossiers d'hospitalisation

Les dossiers d'hospitalisation ne sont pas correctement ou suffisamment renseignés par les médecins, à titre d'exemple, les fiches de prestations d'hospitalisations, les actes médicaux et chirurgicaux, les examens d'imagerie médicale et les examens biologiques ne sont pas renseignés. Cela ne permet pas de déterminer l'exhaustivité des prestations prodiguées par le centre hospitalier.

Aussi, il a été constaté que certains dossiers sont remis à la personne qui se charge des magasins et des archives alors qu'ils doivent être transmis au service chargé des archives médicales, à savoir le SAA et ce conformément à l'article 60 du règlement interne des hôpitaux.

A signaler que d'autres dossiers d'hospitalisations demeurent conservés au niveau des services hospitaliers, et ne sont pas transmis à la structure concernée pour archivage, comme le stipule l'article 60 susmentionné.

#### ➤ Non admission des patients de sexe féminin en psychiatrie

Il a été constaté que les hospitalisés en psychiatrie sont exclusivement de sexe masculin. En effet, le centre hospitalier n'accepte pas les patients de sexe féminin pour admission en psychiatrie pour des raisons, selon les responsables de l'hôpital, de sécurité, d'organisation de l'unité de psychiatrie et par défaut de personnel qualifié.

*De ce qui précède, la Cour des comptes recommande de :*

- *prendre les mesures nécessaires afin d'augmenter le rendement des hospitalisations et ce en concertations avec les autres services du CHP ;*
- *veiller à la bonne tenue des dossiers d'hospitalisation en renseignant toutes les prestations prodiguées au patient ;*
- *permettre l'admission des femmes en psychiatrie.*

## H. Consultations spécialisées externes

### ➤ Baisse significative du nombre de consultations

L'année 2016 a enregistré une baisse du nombre des consultations externes par rapport à 2015, soit une baisse de 9228 consultations (27427 consultations en 2016, alors qu'en 2015, le nombre des CSE a atteint 36655 consultations). Cette baisse est due principalement à la baisse des consultations dentaires d'environ de 27 %, à la baisse des consultations de gynécologie d'environ de 20%, ainsi qu'à la baisse de 20% des consultations ophtalmologiques et d'ORL. Il est à préciser que les consultations d'urologie n'étaient plus dispensées en 2016 et ce, suite au départ du médecin urologue.

### ➤ Dysfonctionnements relatifs au système de RDV

Il a été constaté que le planning des RDV des consultations externes n'est pas actualisé. Ce planning suscite les observations suivantes :

- le planning comprend des médecins qui ne relèvent plus du centre hospitalier suite à leur départ (retraite par limite d'âge, démission, ... ) ;
- certaines spécialités ne figurent pas au niveau de ce planning tel que l'ophtalmologie, et la stomatologie ;
- le planning renseigne des salles de consultations pour certaines spécialités alors qu'elles s'effectuent actuellement au niveau du nouveau centre de traitement des maladies chroniques (c'est le cas de la rhumatologie, de l'endocrinologie, ... ) ;
- le non-respect des médecins de leur planning de consultation. De ce fait, les patients proviennent à l'hôpital sans être avisés de l'annulation ou du report de leur rendez-vous.
- le non-respect des horaires de consultations à cause principalement du retard de certains médecins.

### ➤ Insuffisances des jours de consultations et longs délais de rendez-vous

Il a été constaté une insuffisance dans les plages horaires pour certaines spécialités, tel est le cas de la dermatologie composée de deux médecins et assurant une seule plage horaire par médecin pendant toute la semaine. Ce constat s'applique également à la traumatologie, à la stomatologie composée de six médecins dentistes sans afficher leur planning de consultations et à la gynéco-obstétrique.

Ces insuffisances, en termes de plages horaires qui caractérisent la cadence de fonctionnement du centre de consultation, illustrent bien le manque de suivi des plannings programmés par rapport aux flux importants des demandeurs de soins. En conséquence, les délais de rendez-vous accordés pour certaines spécialités sont longs. A titre d'exemple, le délai de rendez-vous en ophtalmologie est 90 jours en 2016, pour l'endocrinologie, ce délai est 70 jours, pour la rhumatologie il est 61 jours.

### ➤ Réalisation des consultations en dehors du centre de diagnostic

Des consultations ont été effectuées au niveau des services hospitaliers (exemple : la pédiatrie pour une partie des CSE, la gynéco-obstétrique, la traumatologie, ...) sans qu'elles soient réalisées au niveau du centre de diagnostic.

Or, le regroupement des consultations dans le centre de diagnostic est nécessaire pour un meilleur aménagement du temps pour les médecins, et pour éviter tout encombrement au niveau des services hospitaliers.

### ➤ Faible productivité des médecins dentistes

L'activité des chirurgiens-dentistes s'est faible. Ainsi, sur la période 2012-2016, le nombre des consultations hebdomadaire par médecin n'a pas dépassé 21 consultations en 2012. En 2016, ce nombre était de six consultations. Or, aucune mesure n'a été entreprise par le centre hospitalier pour remédier à cette situation.

### ➤ **Carence au niveau de la gestion des rendez vous**

Pour ce qui est de la gestion des RDV, le ministère de la Santé a mis en place sur le site électronique une application informatique (MAWIIDI) qui permet aux malades de prendre les rendez-vous en ligne. Pour assurer cette fonction, la direction de l'hôpital y a affecté deux personnes.

A ce sujet, les observations suivantes, ont été soulevées :

- les RDV relatifs à l'échographie et aux consultations externes sont fixés directement par les responsables des services sans concertation avec le SAA. Ainsi, des RDV fixés par le médecin chef du service de l'échographie ont atteint plus de cinq mois ;
- des RDV continuent à être pris directement auprès de certains services indépendamment de l'unité chargée des rendez-vous relevant du service d'accueil et d'admission, telles la stomatologie, l'imagerie médicale, les analyses médicales, la kiné thérapie, ...etc ;
- absence de mesures permettant le suivi du respect des délais de rendez-vous, notamment le rapprochement entre les demandeurs et les patients effectivement bénéficiaires, leurs numéros d'admissions, les plages horaires... ;
- certains citoyens prennent leur rendez-vous via l'internet en faisant une confusion sur les spécialités du centre de diagnostic. C'est le cas, des confusions entre la chirurgie infantile et la pédiatrie, ce qui perturbe la programmation des consultations des médecins ;
- le report des rendez-vous par les médecins sans préavis ce qui perturbe la gestion des rendez-vous avec des prolongement des rendez-vous sur d'autres plages horaires parfois lointaines ;
- le centre de diagnostic ne dispose pas d'un caissier pour les payants. Ainsi, les patients sont obligés de se déplacer à l'hôpital pour payer le prix de la consultation avant de revenir au centre de diagnostic pour être consultés, d'où un déplacement supplémentaire qui s'ajoute à la qualité d'accueil inapproprié.

*De ce qui précède, la Cour des comptes recommande de :*

- *veiller à la réalisation de toutes les consultations externes au niveau du centre de diagnostic ;*
- *optimiser les plannings des consultations afin d'augmenter le rendement des médecins ;*
- *affecter un caissier au centre pour éviter le déplacement des patients ;*
- *améliorer la gestion des rendez-vous et prendre les mesures nécessaires pour réduire leurs délais.*

## **I. Le service de la pharmacie hospitalière**

### ➤ **Expression non rationnelle des besoins**

L'expression des besoins en produits pharmaceutiques du centre hospitalier se fait annuellement sur la base d'une nomenclature des médicaments envoyée par la pharmacie centrale relevant du ministère de la Santé A ce niveau, il a été constaté que l'expression des besoins est caractérisée par une surestimation des commandes. En effet, les crédits alloués en matière d'achat des produits pharmaceutiques sont arrêtés à l'avance, et ce en absence de critères bien définis reflétant la consommation réelle du centre hospitalier. Cette situation a conduit à une augmentation des échanges de médicaments avec les autres centres hospitaliers pendant la période 2013-2016. La valeur totale des sorties a été de 2 398 407,90 DHS contre 486 460,90 DHS d'entrées des médicaments, soit un écart de 1 911 947 DHS. Ainsi, la valeur des sorties en 2014 a enregistré un montant de 917 503,50 DHS, ce qui a représenté 42% de la consommation du CHP en produits pharmaceutiques pour la même année.



### ➤ **Importance des échanges par rapport aux subventions retenues**

L'analyse des échanges en produits pharmaceutiques pour la période 2013-2016, entre le centre hospitalier et les différentes entités relevant du Ministère de la santé, a permis de remarquer que la valeur totale des sorties est très importante par rapport aux entrées. En effet, les sorties s'élèvent à 2 398 407,90 DHS contre seulement 486 460,90 DHS d'entrées des médicaments, soit un écart de 1 911 947 DHS, ce qui illustre bien la non utilisation d'une quantité importante des produits par le centre hospitalier déjà acquise dans le cadre des achats groupés.

Il est à préciser qu'en 2014, la valeur des sorties enregistrée d'un montant de 917 503,50 DHS représente 42% de la consommation moyenne du centre hospitalier en produits pharmaceutiques pour la même année (soit 2 179 869,25 DHS). En ce sens, le centre hospitalier est devenu un véritable pourvoyeur de produits pharmaceutiques aux autres structures sanitaires ne relevant pas de sa compétence. Or, l'importance des sorties par rapport aux entrées ne peut que confirmer la défaillance du système d'estimation des besoins du le centre hospitalier.

### ➤ **Conditions inappropriées de stockage des produits pharmaceutiques**

Les six magasins de la pharmacie sont dispersés, à l'intérieur et en dehors de l'hôpital, et éloignés ce qui rend la tâche des pharmaciens difficile. A noter que trois d'entre eux se trouvent au sous-sol, ce qui est contraire aux dispositions de la circulaire définissant les normes relatives aux pharmacies hospitalières.

La pharmacie hospitalière ne dispose pas d'armoires de rayonnage pour certains magasins. Elle ne dispose pas non plus d'une chambre froide pour le stockage des produits thermolabiles. Face à cette situation, ce service se trouve contraint de déposer ces produits dans la chambre froide située au niveau de la cuisine de l'hôpital.

### ➤ **Valeur alarmante des produits périmés**

La valeur des produits périmés au niveau de la pharmacie du centre hospitalier pour la période 2012-2016 est inquiétante, soit un total d'au moins 1.833.184,95 dirhams. En effet, et selon les procès-verbaux de destructions fournis par l'hôpital, le montant des produits pharmaceutiques a atteint en 2015 une valeur d'au moins 705.339,65 dirhams ce qui démontre du manque de rationalisation au niveau de la définition des besoins.

### ➤ **Suivi insuffisant de la consommation des médicaments**

Il a été constaté que les registres relatifs à la consommation des médicaments ne sont pas suffisamment renseignés. Par exemple : absence de l'information relative aux doses administrées aux patients (cas du service des urgences).

Aussi, il a été noté l'absence des registres réservés aux stupéfiants au niveau des urgences.

Par ailleurs, les ordonnances délivrées aux patients hospitalisés ne sont pas transmises systématiquement au service de la pharmacie pour vérifier la disponibilité des produits prescrits, et ce en contradiction avec la circulaire ministérielle n°146/DHSA du 16 octobre 2011 relative à l'amélioration de la prescription des médicaments et des dispositifs médicaux aux patients hospitalisés.

*Suite à ces constats, la Cour des comptes recommande de :*

- *établir les besoins du centre hospitalier en médicaments et dispositifs médicaux sur la base de ses besoins réels ;*
- *prendre les mesures nécessaires afin de pallier le problème de péremption des médicaments.*

## II. Réponse du Ministre de la santé

### (Texte intégral)

#### A. Gouvernance hospitalière

##### ➤ Absence du Projet d'établissement

L'administration de l'hôpital a commencé à préparer le projet en organisant plusieurs séances de sensibilisation sur l'importance du projet et à la nomination du comité de pilotage

##### ➤ Insuffisance des organes de concertation et d'appui

Tous les organes créés conformément au règlement intérieur des hôpitaux ont soumis leur programme de travail en 2019 et ont commencé à tenir leurs réunions ordinaires conformément aux dispositions réglementaires.

#### B. Les moyens de fonctionnement.

##### 1. Ressources humaines

##### ➤ Baisse des effectifs du personnel hospitalier

Cette baisse est principalement due au déséquilibre dans la rotation des ressources humaines, de sorte que ceux qui partent en retraite par limite d'âges ou autres ne sont pas remplacés. Cela concerne principalement les ressources humaines paramédicales, ce qui nuit au bon fonctionnement des différents services et limite la productivité et l'amélioration de l'offre de soins.

##### 2. Moyens techniques

##### ➤ Manque d'équipement médical au niveau du laboratoire d'analyse

Le marché cadre 9/2018 conclu par l'hôpital, qui s'étend sur trois ans et est mis en œuvre depuis le 9/10/2018, dans ce cadre, l'hôpital est en mesure de répondre aux besoins actuels du laboratoire en différents réactifs chimiques, ce qui lui permet d'effectuer divers tests ainsi que les examens les plus demandés, notamment les tests sanguins.

##### ➤ Carence du système de maintenance

Grâce à des contrats de maintenance pour une durée de trois ans, différents équipements médicaux bénéficient d'interventions de maintenance régulières et organisées, soumises à un calendrier bien défini dans le CPS. La société répare, chaque panne déclarée dans un délai ne dépassant pas de 48 heures.

##### ➤ Ambulance non médicalisée avec faible dotation en carburant

L'hôpital s'est récemment doté d'une nouvelle ambulance équipée selon les normes requises. Pour les crédits réservés à l'achat du carburant, il faut rectifier le montant relatif à la dotation en carburant de 35 000 dirhams au lieu de 15 000 dirhams, figurant sur le rapport.

##### 3. Les moyens financiers

##### ➤ Faible taux de couverture des dépenses de fonctionnement par des recettes propres

Cette baisse est principalement due à l'augmentation considérable et continue du nombre de bénéficiaires du régime d'assistance médicale d'année en année et à la baisse des recettes directes. La subvention de fonctionnement a connu une légère augmentation au titre de l'année 2018, d'un montant de 4 .000 .000 DH, pour atteindre 4 .500.000 DH en 2019.

##### ➤ Insuffisance de facturation des prestations et du recouvrement des dépenses

Afin de facturer toutes les prestations hospitalières et leur unification, la direction de l'hôpital a récemment recouru à l'établissement de la permanence au niveau du SAA, dans ce sens tous les services de traitement et d'hospitalisation seront inévitablement payés par le biais de ce

service. La facturation des prestations sera donc unifiée, conformément aux dispositions réglementaires.

➤ **Perte d'une partie du paiement des tiers payants**

Afin d'éviter la perte d'une partie des recettes et le recouvrement de tous les dossiers, en particulier ceux du CNOPS et de la CNSS, la direction de l'hôpital a procédé à la désignation d'une personne chargée de suivi du recouvrement des dossiers dans les délais impartis.

## **C. Accueil et admission des patients et système d'information**

➤ **Manque de structure d'accueil et mauvaise orientation des patients**

En ce qui concerne l'accueil des patients, un agent chargé de l'accueil a été désigné au niveau de l'unité d'admission, associé récemment au guichet Mawiidi, située au niveau de l'entrée principale du centre hospitalier, afin d'accueillir et orienter les patients.

➤ **Problèmes d'admission des malades**

Cette insuffisance a été corrigée avec l'adoption d'un système de permanence au niveau du SAA. Par rapport, à l'acceptation des certificats d'indigence, il est à noter que les autorités locales ont continué à donner aux citoyens ces certificats d'indigence, sous le nom certificat d'indigence pour l'hôpital.

➤ **Non régularisation des sorties des patients hospitalisés**

Ceci est principalement dû à la faible capacité litière des centres hospitaliers, obligeant les médecins à faire sortir des patients pour faire de la place aux autres.

Quant à l'octroi du billet de sortie en dehors des heures de travail, qui s'applique au département mère et enfant, cela est dû à l'augmentation de l'afflux des parturientes.

➤ **Absence de formulaires de consentement de patients**

Ce problème a été résolu par l'attribution d'un formulaire de consentement, que les patients ou leurs représentants légaux pourront consulter et signer par leurs soins.

➤ **Absence de garde au niveau du SAA**

Dans le cadre du plan d'action 2019, le système de garde a été adopté dans le service comme priorité pour assurer la continuité dans le service.

## **D. Services d'urgence**

➤ **Absence du tri des malades au niveau des urgences**

Dans ce contexte, il convient de noter que le programme d'aménagement des urgences, a tenu compte de ces anomalies, d'où la mise en place d'un nouveau plan d'accessibilité au niveau des urgences, avec la préparation d'un guichet pour l'accueil des patients et le tri des cas parvenus dans le service.

➤ **Absence de coordination dans le domaine des urgences avec les autres structures de la région sanitaire**

Malgré l'existence d'une ligne téléphonique pour l'organisation d'appels médicaux via le numéro national "141", le fonctionnement de ce système a connu des difficultés par le passé et des périodes d'arrêt. Toutefois, dans le cadre du plan d'action du secteur de la santé 2019-2021, qui accord<sup>٢</sup> une attention particulière au renforcement de la coordination, le système d'appel téléphonique via ce numéro est utilisé au niveau du service des urgences.

## **E. Services chirurgicaux**

➤ **Baisse des opérations chirurgicales**

Les interventions programmées ont connu une baisse en 2015 en raison, des pannes fréquentes des équipements, des coupures répétées d'électricité et d'une pénurie importante du corps infirmiers. À la lumière de ces données et afin de satisfaire aux exigences du bon fonctionnement du bloc opératoire, l'administration de l'hôpital a été obligée de suspendre

temporairement cette activité, la priorité était donnée aux cas urgents. Cela a affecté l'activité du bloc opératoire, en particulier les interventions programmées.

Il convient de noter que le fonctionnement de la salle d'opération dépend de la disponibilité d'une équipe multidisciplinaire (chirurgiens, infirmiers, techniciens, etc.) et d'un équipement adéquat. Ainsi, l'augmentation des activités au niveau du bloc opératoire dépend de la disponibilité de nombreuses équipes pour organiser l'alternance.

Cette année montre une nette amélioration après la mise en œuvre du plan d'action issu de la stratégie ministérielle zéro RDV en chirurgie 2019.

## **F. Services hospitaliers**

### **➤ Faible rentabilité des services hospitaliers**

Cette diminution est principalement due à l'arrêt répété du bloc opératoire en raison de problèmes liés à l'équipement chirurgical de base, ainsi que de problèmes liés au matériel électrique et à l'absence de générateur alternatif au cours de cette phase. Outre le manque de ressources médicales spécialisées et de ressources paramédicales, les délais d'hospitalisation ont été prolongés.

### **➤ Carence entachant les dossiers d'hospitalisation**

En coordination avec le chef du pôle des affaires médicales, tous les médecins de différentes disciplines ont été contraints de remplir correctement l'imprimé d'hospitalisation.

### **➤ Non admission des patients de sexe féminin en psychiatrie**

La non hospitalisation des patients femmes au niveau de ce service est principalement dû au manque de ressources humaines spécialisées, ainsi qu'au manque de conditions générales propices à l'hospitalisation des femmes, en raison de la présence du pavillon réservé aux femmes au premier étage au lieu du rez de chaussée.

## **G. Service des consultations externes**

### **➤ Baisse du nombre des consultations réalisées**

Cette baisse est principalement due à la mise en retraite par limite d'âge ou à la retraite anticipée ou à l'acceptation de la démission d'un certain nombre de médecins spécialistes.

### **➤ Carence dans le système des RDV**

La non actualisation du programme est due principalement au fait que cette application est contrôlée par les services du Ministère de l'Industrie, du Commerce et de l'Economie numérique, la possibilité de l'actualiser doit se faire dans le cadre de la coordination entre ces services et la Division de l'Informatique des Méthodes. Pour le non-respect par certains médecins, il est dû principalement à l'absence de coordination préalable avec le service des RDV, pour l'information des patients de tout changement dans les RDV.

### **➤ Insuffisance des journées de consultations et longs délais des RDV**

La direction du centre hospitalier a abordé ce problème, en coordination avec le pôle Affaires médicales, afin d'augmenter le nombre de jours d'examen et de réduire les délais des RDV pour toutes les spécialités.

### **➤ Réalisation des consultations hors centre de consultation**

Ceci est limité aux cas de maladie dirigés par le service des urgences pour consulter les médecins compétents afin que ces cas requièrent l'avis immédiat du médecin compétent.

### **➤ Faible productivité des chirurgiens-dentistes**

La faible productivité des chirurgiens-dentistes est due essentiellement à l'existence d'un seul fauteuil pour le traitement dentaire, qui connaît des arrêts fréquents en raison des pannes. Le département est sujet à l'interruption fréquente dans l'approvisionnement en fournitures dentaires par la direction centrale, chargée de la supervision du programme de santé bucco-dentaire.



### ➤ **Insuffisance dans le système des RDV**

Afin d'éviter ces insuffisances, toutes les mesures ont été prises pour permettre au service des RDV, d'être le seul interlocuteur en matière d'octroi des rendez-vous pour tous les examens externes, en incluant dans ce guichet les examens radiologiques et du laboratoire. Il est également envisagé de résoudre le problème de l'absence du caissier au niveau du centre de consultation externe.

À noter que le service de rendez-vous a récemment été intégré au sein du SAA, ce qui a permis d'améliorer les conditions de travail des services et d'en augmenter la rentabilité.

## **H. Service de la pharmacie hospitalière**

### ➤ **Expression non rationnelle des besoins en médicaments et dispositifs médicaux**

Le budget réservé à l'achat des médicaments dans le cadre des achats groupés a été révisé, en la réduisant à 5 millions de dhs au titre des années 2018 et 2019.

### ➤ **Les lieux de stockage de médicaments ne répondent pas aux normes requises**

La pharmacie hospitalière a connu une nouvelle réhabilitation dans le cadre du projet d'aménagements de l'hôpital dans le respect des normes requises dans ce domaine.

### ➤ **Quantité élevée de médicaments périmés**

Afin d'éviter l'augmentation de la quantité de médicaments périmés, le service de pharmacie de l'hôpital procède à l'échange des médicaments proches périmés avec les autres services hospitaliers de la région. Ainsi, le CHP assure la répartition des dits médicaments entre les services internes de l'hôpital.

### ➤ **Faiblesse de suivi de la consommation des médicaments**

Les stupéfiants ne sont pas déployés au niveau du service des urgences, leurs utilisations restent strictement maniables au niveau de la salle des opérations.