

Le centre hospitalier préfectoral de Meknès

Le centre hospitalier préfectoral de Meknès (CHP) est composé de:

- L'hôpital Mohamed V (HMV), Chef lieu du Centre hospitalier préfectoral, créé en 1956, érigé en centre hospitalier régional (CHR) entre les années 1986 et 2016, avant qu'il soit érigé de nouveau en CHP à partir de 2016 ;
- L'hôpital Moulay Ismail (HMIS), créé en 1918 ;
- L'hôpital sidi said (HSS) créé en 1916 ;
- L'hôpital Pagnon (HPN) créé en 1920 ;
- Le centre régional d'oncologie, créé en 2014.

Le CHP dessert une population de 835 695 habitants selon le recensement de 2014.

L'effectif du personnel du centre hospitalier s'élève à 893 cadres et agents dont 165 médecins, 486 infirmiers et cadres et 242 agents administratifs et techniques. En 2016, le budget de fonctionnement de ce centre a atteint 30 millions de dirhams, alors qu'il n'a reçu au titre la même année aucune subvention d'investissement.

I. Observations et recommandations de la cour des comptes

La mission du contrôle du CHP, effectuée par la Cour des comptes en partenariat avec la Cour régionale des comptes de Fès-Meknès, a permis de relever un ensemble d'observations et des recommandations se rapportant aux axes suivants.

A. La gouvernance

1. Système de management et organisation des soins

Dans ce cadre, la mission du contrôle a révélé les insuffisances suivantes.

➤ Absence du projet d'établissement hospitalier

Le CHP ne dispose pas d'un projet d'établissement hospitalier (PEH), validé par le ministère de la santé, définissant des objectifs stratégiques et une organisation en matière d'offre de soins, de plateau technique, d'infrastructure, de ressources humaines ..., et permettant une visibilité sur les perspectives de son développement. Ainsi, le CHP fonctionne sans planification stratégique et sans plans d'action annuels. De même, les objectifs et les prévisions en termes d'indicateurs de performances ne sont pas non plus fixés par les hôpitaux. Seuls les résultats obtenus à la fin de chaque année sont présentés dans les réunions du comité de gestion.

➤ Absence d'une vision globale permettant la complémentarité et l'optimisation des ressources au niveau du CHP

Le système de management du CHP n'est pas basé sur une vision globale permettant le pilotage du développement de l'offre de soins au niveau des quatre structures hospitalières, d'une manière harmonieuse et complémentaire. En effet, la Cour a noté :

- L'absence d'un système de reporting interne qui permet de fournir à la direction, de manière périodique, des informations et rapports sur l'activité des hôpitaux s'y rattachant, ce qui ne permet pas un pilotage global et efficace du CHP ;
- L'absence d'une organisation structurée des prestations de soins et de leurs circuits, selon un schéma garantissant la complémentarité, l'efficacité et la continuité des services. L'éparpillement du plateau technique, la redondance de services, les inégalités inter

hospitalières constatées dans la répartition des ressources humaines et la charge du travail, sont autant d'éléments qui sont à l'origine de la discontinuité de la prise en charge.

➤ **Insuffisances dans le pilotage de la performance hospitalière**

Malgré leur importance, les indicateurs standards existants ne rendent que partiellement compte de la performance hospitalière. En effet, certains indicateurs de processus liés à des pratiques organisationnelles intra ou inter-hospitalières impactant négativement la performance et la transparence, n'y sont pas pris en compte. A titre d'exemple, on dénote le défaut d'informations sur les processus suivants :

- Les rendez-vous des examens de scannographie pour lesquels on a noté l'absence d'informations sur l'importance de la demande, les délais ou le taux de satisfaction, du fait que ces délais sont fixés et gérés personnellement par le chef de service ;
- La programmation des interventions chirurgicales, au niveau du bloc central pour lesquelles les rendez-vous sont attribués et gérés personnellement par les médecins chirurgiens ;
- Les prélèvements sanguins acheminés de l'HPN et de l'HSS, en dehors des heures ouvrables, au laboratoire de l'HMV pour analyse et les problèmes qui y sont liés,
- Les victimes d'accident de circulation ou d'autres accidents, obligés de se déplacer entre les urgences de l'HMV et de l'HMIS vu le non disponibilité d'une équipe pluridisciplinaire permanente assurant la prise en charge de ces patients sans rupture au niveau des urgences de l'HMV ;
- Le nombre d'hospitalisations inadéquates, admises à partir des urgences, à cause d'un faux diagnostic ou du manque de lits libres dans les autres services.

➤ **Défaillance dans la tenue et l'archivage des dossiers d'hospitalisations**

La tenue et la structuration du dossier d'hospitalisation n'est pas unifiée pour toutes les spécialités. Certains services utilisent même des feuilles volantes pour enregistrer les prestations et les comptes rendus des examens et interventions, sans veiller à leur actualisation. Aussi, l'archivage des dossiers d'hospitalisation n'est pas centralisé au niveau d'une structure dédiée. Les dossiers sont mal classés dans des locaux inappropriés, ce qui ne facilite pas leur exploitation par les utilisateurs et ne garantit pas leur conservation.

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

- *Etablir un projet d'établissement hospitalier (PEH) lui permettant d'avoir une visibilité sur les perspectives de développement du CHP sur la base des objectifs stratégiques prédéfinis ;*
- *Fixer des prévisions en termes d'indicateurs de performance et procéder au suivi et évaluation des résultats ;*
- *Repenser l'organisation et les processus de l'offre de soins au niveau du CHP selon un schéma garantissant la complémentarité, l'efficacité et la continuité des prestations ;*
- *Etablir et exploiter les indicateurs relatifs aux activités des services hospitaliers afin de détecter les anomalies des circuits de soins, pouvant avoir un impact négatif sur la performance du centre, et prendre les mesures nécessaires pour y remédier ;*
- *Veiller à la bonne tenue et l'archivage des dossiers d'hospitalisation.*

2. Système d'information et contrôle interne

Le service d'accueil et d'admission (SAA) de chaque structure hospitalière assure la gestion informatique de toutes les procédures administratives liées à l'admission, facturation et recouvrement des recettes. Le système d'information mis en œuvre est basé sur trois éléments distincts :

- Une application informatique « DIM » mise en place par le ministère de la santé. Elle traite les données concernant le patient et sa prise en charge, enregistrées par la section de l'enregistrement et d'admission, et celles renseignées dans les fiches d'hospitalisation, pour l'établissement des factures ;
- Des informations collectées des supports d'information en papier, sous forme de fiches renseignées par les services médicaux et médicotechniques. Ces informations sont reproduites et traitées sur support informatique « Excel » pour obtenir des statistiques et des indicateurs de performance ;
- L'application « Mawiidi web » mise en place par le ministère de la santé pour la gestion des rendez-vous des patients.

A travers le contrôle du fonctionnement dudit système d'information, il a été constaté ce qui suit :

➤ **Application « DIM » non sécurisée**

Le système permet aux utilisateurs l'accès à toutes les tâches et attributions sans aucune restrictions, et ce du fait que la visibilité ou l'interface ne sont pas confiés selon le type de prestation (admission pour hospitalisation, prestations en ambulatoire, facturation). Ainsi, l'application n'est pas sécurisée contre une éventuelle utilisation abusive.

➤ **Carence dans l'utilisation des fonctionnalités de de l'application « DIM » et dans la qualité de la qualité de ses données**

L'application « DIM » n'est pas utilisée pour produire des données statistiques et indicatrices de performance. Ceci incombe au fait que les utilisateurs ont limité cette application à la facturation des prestations sans procéder à la saisie des autres données hospitalières. Ainsi, pour produire des indicateurs, on se base strictement sur les données fournies sur support papier par les services hospitaliers et médicotechniques.

De même, le code CIM10, se rapportant au diagnostic d'admission et actes projetés, n'est pas systématiquement renseigné par les médecins ayant effectué le diagnostic, ce qui ne permet pas à l'application d'émettre des statistiques par type de pathologie. De même, la date de sortie n'est renseignée que pour les patients hospitalisés ayant effectué le règlement des frais d'hospitalisation, ce qui ne permet pas à l'application d'éditer des informations sur la durée d'hospitalisation, et dans tous les cas, le billet de sortie n'est pas édité par l'application.

Les patients hospitalisés n'ayant pas procédé au règlement quittent l'hôpital sans billet de sortie. Leur nombre a atteint 4370 en 2015 et 2789 en 2016. Par ailleurs, les patients « évadés » ne sont pas déclarés par les services hospitaliers et leurs dossiers d'hospitalisation ne sont pas non plus communiqués au SAA pour saisie dans l'application. On ne dispose donc pas de statistiques sur le nombre d'évadés. Il est à signaler à ce niveau l'absence d'une procédure expliquant la conduite à tenir en cas d'évasion.

Il a été constaté aussi que l'application permet l'attribution de plusieurs « identifiants patients (IP) » pour le même patient et pour la même spécialité. Cette insuffisance ne permet pas d'avoir l'historique du patient à partir d'un IP unique.

➤ **Insuffisances dans l'application « Mawiidi web »**

Les utilisateurs du SAA chargés de l'enregistrement des rendez-vous ont l'accès à certaines fonctionnalités de l'application, (annulation, confirmation, visualisation de liste des rendez-vous), ce qui montre que l'application n'est pas sécurisée contre toute modification ou utilisation abusive. Ainsi, les personnes chargées de l'enregistrement au niveau de l'HMV procèdent à l'annulation de certains rendez-vous sur la liste des rendez-vous sans y apostiller les justifications nécessaires. Les rendez-vous annulés sont remplacés et attribués à d'autres patients. Il en découle que les patients ayant bénéficié des rendez-vous « de remplacement » se trouvent favorisés par rapport à ceux ayant des rendez-vous normaux. A titre d'exemple, le nombre d'annulation des

rendez-vous a atteint respectivement pour les spécialités de cardiologie et de l'endocrinologie 374 annulations et 201 annulations.

De surcroit, le personnel du centre de diagnostic n'a pas d'accès à l'application « Mawidi web » lui permettant de valider les consultations prévues à partir des rendez-vous. Le nombre de consultation par spécialité est communiqué à la section de statistiques sur support papier, sans l'établissement d'un état comparatif entre le nombre de rendez-vous demandés et le nombre de consultations réalisées.

➤ **Faiblesse du contrôle interne et du système de facturation**

L'examen des fiches de prestations d'hospitalisation de l'HMV a permis de constater que les prestations et actes médicaux ne sont pas bien précisés sur ces fiches par le code « NJAP » approprié, sachant que ce code est à la base de la facturation de l'acte. De même, les consultations, les examens radiologiques et biologiques et les actes de rééducation concernant les patients « payant directs », en plus des interventions programmées de gynécologie au niveau de l'HPN, sont payés directement chez le régisseur. Ils ne sont pas enregistrés au service d'accueil et d'admission et les factures y afférentes ne sont pas émises, ce qui dénote l'absence de contrôle interne basé sur les rapprochements nécessaires à effectuer entre la section d'enregistrement, la section facturation et la régie. Le même constat reste valable pour les assurés couverts par l'assurance maladie obligatoire(AMO) qui versent au caissier 20% de la tarification appliquée sans facture préalablement établie. De telles pratiques, non conformes aux prescriptions du guide du fonctionnement du SAA, comportent des risques d'erreurs ou de fraudes.

Il a été aussi constaté que les prestations en ambulatoire rendus aux patients au niveau des urgences sont gratuites pour la majorité des patients. A l'HMV, seuls 3477 patients sur 160659 ont payé leurs consultations en 2016, pour une valeur de 137 280,00 DH. Cette gratuité n'est pas conforme à l'arrêté du ministre des affaires sociales n°221-98 du 28 janvier 1998 fixant les tarifs des actes et prestations rendus par les centres hospitaliers. D'où un manque à gagner important en termes de recettes financières. En effet, pour 159091 passages par les urgences (non compris les « ramédistes » identifiés au nombre de 1568 patients) et en considérant 40 DH comme tarif minimum à payer par consultation. Le manque à gagner pour l'année 2016 est estimé à 6 225 000,00 DH.

Le traitement et la facturation des fiches de prestations transmises par les services hospitaliers à la section de facturation n'est pas à jour dans l'application. En effet, le nombre de dossiers d'hospitalisation non encore facturé au titre de l'année 2015 s'élève à 4370 dossiers sur 7653 dossiers (non compris les ramédistes), soit 57% des dossiers des admis.

La Cour des comptes recommande au CHP de :

- ***Développer un système d'information sécurisé et intégré qui traite l'ensemble des données administratives, médico-administratives et financières, et ce pour une gestion efficace de l'information hospitalière ;***
- ***Permettre au personnel du centre de diagnostic l'accès à l'application « Mawidi web » pour valider les consultations faites selon les rendez-vous prévus ;***
- ***Procéder, au niveau du SAA, à l'enregistrement de tous les types de patients pour garantir la traçabilité et l'exhaustivité des actes relevant de l'ambulatoire, des urgences et des interventions de gynécologie, et à la facturation préalable de ces actes ;***
- ***Procéder à l'attribution d'un « identifiant patient » unique pour chaque patient quel que soit le nombre des admissions à l'hôpital et à l'enregistrement du numéro la CIN, et ce pour avoir un historique sur le patient ;***
- ***Permettre aux professionnels, au niveau de la gestion des rendez-vous, d'accéder à une fenêtre de l'application pour valider les consultations dans les délais déterminés et veiller au respect du principe d'égalité dans l'accès aux soins ;***

- *Veiller à la facturation préalable de tous les actes de consultation, diagnostic, urgences et interventions programmées en gynécologie ;*
- *Mettre en place un système de contrôle interne au niveau du SAA, basé sur un organigramme définissant les relations hiérarchiques et fonctionnelles des sections et des procédures permettant l'automatisation des contrôles et des recoupements nécessaires, et ce dans l'objectif de maîtriser les risques liés notamment aux fonctions de facturation et d'encaissement ;*
- *Tenir à jour le traitement et la facturation des fiches de prestations transmises par les services hospitaliers.*

3. Ressources humaines et financières du CHP

3.1. Ressources humaines

Concernant la gestion des ressources humaines, la Cour a noté les observations suivantes.

➤ Effectif insuffisant du personnel de paramédical

L'effectif total du personnel paramédical du CHP a connu une régression continue entre 2012 et 2016. Il est passé de 586 infirmiers à 486 infirmiers, soit une baisse de 17%. Cette tendance à la baisse a concerné l'HMV, l'HSS et l'HMI avec des taux respectifs de 19%, 25% et 22%. Cette situation tient, d'une part, aux départs en retraite, anticipé ou par limite d'âge, non remplacés par des recrutements dans les mêmes proportions (93 départs cumulés des infirmiers, depuis 2012 contre seulement 69 des arrivées pour l'HMV), et d'autre part, aux changements de cadres « infirmiers » en cadres « administrateurs (13 infirmiers pour l'HMV et 10 infirmiers pour l'HMIS ainsi que pour l'HSS).

➤ Vieillessement de la structure d'âge des infirmiers et nombre d'absences élevé

La structure d'âge du personnel infirmier se caractérise par une tendance au vieillissement. En effet, 56% du personnel paramédical est âgé entre 51 et 60 ans, 36% entre 31 et 50 ans et 8% entre 20 et 30 ans. En outre, il a été constaté que le nombre jours d'absence justifiée par des certificats médicaux a atteint 5081 jours en 2016.

La régression des effectifs ainsi que le nombre de jours élevé d'absence rendent difficile l'application de la garde résidentielle.

La Cour des comptes recommande de doter le CHP des moyens humains nécessaires.

3.2. Ressources financières et gestion budgétaire

S'agissant des ressources financières et de la gestion budgétaire, le contrôle a révélé ce qui suit.

➤ Manque de diligences pour le recouvrement des frais d'hospitalisation concernant les malades « payants directs »

Le service d'admission n'effectue pas les diligences nécessaires pour le recouvrement des frais d'hospitalisation des malades en provenance du service des urgences (payants directs ou patients non identifiés couverts par une assurance maladie) ayant été hospitalisés sans s'acquitter des droits de l'hôpital. Le cumul des montants non recouverts, concernant ces patients, tel qu'il ressort de l'état des prestations non recouvrées, pour la période 2012-2016, produit par les sections de recouvrement, s'élève à 50 876 365,00DH au 31 /12/2016.

➤ Déficit budgétaire structurel

Il a été constaté que le ratio : recettes réalisées/ recettes prévues n'a pas dépassé 42% pendant les années 2012-2015. Et étant donné que le plafond de charges inscrit au budget se fait sur la base des recettes prévues auxquelles s'ajoute une subvention fixée au préalable par le ministère des finances, le budget est alors soldé en déficit (188 815,00 DH en 2012, 881 035 ,00 DH en 2013, 6 248 542,00 DH en 2014 et 4 168 157,00 DH en 2015). Il en découle que des dépenses engagées ne pouvaient être mandatées et payées pour insuffisance de fonds. Ces dépenses constituent des restes à payer à régulariser sur les recettes recouvrées de l'année qui suit.

En somme, la situation financière du CHP est fragilisée essentiellement par :

- Un manque à gagner correspondant au non recouvrement des frais d'hospitalisation concernant les malades « payants directs ou patients non identifiés couverts par une assurance maladie » ayant été hospitalisés sans s'acquitter des droits de l'hôpital, ayant cumulé 50 876 365,00DH au 31 /12/2016. ;
- Un manque à gagner correspondant à la quasi non facturation des prestations au niveau des urgences estimée au titre de l'année 2016, pour l'HMV seulement, à 6 000 000,00 DH ;
- Défaut de précision des prestations et actes médicaux sur les fiches de prestations et du code « NJAP » approprié qui est à la base de la facturation de l'acte.

B. Prise en charge des patients et production des soins

1. Gestion des rendez-vous

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

➤ Délais de rendez-vous longs pour certaines disciplines

Des délais de rendez-vous long au niveau de l'HM5 ont été constaté pour l'année 2016 au niveau les disciplines de la chirurgie générale, l'endocrinologie, la cardiologie et la neurochirurgie (entre 1 mois et 4 mois). Le délai de rendez-vous moyen (DRVM) connaissait des fluctuations. Il a atteint le pic en 2014 pour les spécialités de la cardiologie (6 mois), l'endocrinologie (5mois), la médecine interne (2mois), la neurochirurgie (3mois) chirurgie générale (2mois) et la chirurgie infantile (2mois).

Pour l'HMI, le DRVM pour l'année 2016 était long pour les disciplines d'ophtalmologie et d'ORL avec respectivement 11 mois et 4 mois. Il était relativement moins élevé pour la dermatologie avec 26 jours, tandis que la rhumatologie affichait un DRVM ne dépassant pas les 11 jours. Quant à l'HPG, le DRVM pour la gynéco-obstétrique est passé de 15j en 2013 à 30 jours pour l'année 2016.

La Cour des comptes recommande au CHP de faire diminuer le DRVM, et ce en améliorant la productivité et la gestion rationnelle des ressources humaines.

2. Production des soins

L'analyse des indicateurs de performance et les entretiens menés avec les professionnels ont montré que certaines fonctions de soins au niveau du CHP connaissent des problèmes impactant la qualité et la continuité des prestations. Les observations les concernant sont présentées dans ce qui suit :

2.1. Les urgences

Le service des urgences de l'HMV compte 10 médecins et 23 infirmiers. En plus des consultations médicales, l'hôpital assure la prise en charge des cas chirurgicaux.

➤ Bloc opératoire inapproprié

Il a été constaté que le bloc opératoire des urgences souffre d'importantes insuffisances, ce qui ne permet pas d'assurer la fonction de chirurgie selon les normes requises. En effet :

- Le bloc ne dispose pas d'une salle de préparation des patients équipée séparant hommes et femmes ;
- La salle d'opération ne dispose pas d'un système de ventilation permettant la maîtrise de la qualité de l'air. La mise en place de ce système est une condition sanitaire indispensable ;
- La conception architecturale du bloc opératoire ne permet pas la séparation des circuits, sale et propre. De même le revêtement du sol et des murs n'est pas conforme aux normes ;
- Défaillance des équipements par manque d'entretien.

➤ **Dysfonctionnements dans le système de prise en charge des patients**

Plusieurs dysfonctionnements affectant la qualité de la prise en charge des patients ont été relevés. Elles se présentent comme suit :

La salle de déchoquage et la salle d'observation jouent le plus souvent le rôle de salle d'hospitalisation. Ces deux salles abritent les patients en attente d'orientation vers les services hospitaliers, pour une période qui peut dépasser les 48 heures, et ce à cause des facteurs suivants :

- Le retard accusé par les médecins pour statuer sur la prise en charge et l'orientation des patients ;
- L'indisponibilité des lits au niveau des services cliniques concernés ;
- L'indisponibilité des chirurgiens ;
- Les difficultés rencontrées pour effectuer les examens radiologiques et biologiques nécessaires suite aux pannes répétitifs des appareils ou à l'indisponibilité de certains examens biologiques ;
- La réexpédition des patients par les services cliniques après des fausses orientations.

L'hospitalisation dans les deux salles de déchoquage et d'observation se fait sans séparation entre femmes et hommes. Ce qui ne favorise pas l'humanisation de la prise en charge.

En plus, Il a été constaté que certains cas, victimes d'accident de circulation ou d'autres accidents, transportés au service des urgences de l'HMV subissent des « allers et retours » entre ce dernier et le service des urgences de l'HMIS, à cause de non disponibilité d'une équipe pluridisciplinaire permanente (comprenant les ORL et ophtalmologues) pour prendre en charge, et sans rupture, les patients au niveau des urgences de l'HMV.

➤ **Le service des urgences de l'HSS n'assure pas la garde**

Il a été constaté que le service des urgences de l'HSS n'assure pas actuellement la garde, par manque de médecins généralistes qui y sont affectés, alors que l'hôpital compte au total 9 généralistes. Les patients résidant dans les zones avoisinantes de l'hôpital sont alors contraints à se déplacer aux urgences de l'HMV.

2.2. La réanimation

Le service de réanimation de l'HMV compte 7 médecins et 10 infirmiers. La capacité litière fonctionnelle (CAF) est de 7 et le TOM est de 70% (en moyenne sur les trois dernières années).

➤ **Capacité d'accueil du service de réanimation de l'HMV réduite par l'admission des cas compliqués de l'HPN**

Pour les cas chirurgicaux, le service de réanimation prend en charge, outre les cas compliqués du bloc opératoire centrale et du bloc des urgences de l'HMV, les cas compliqués du bloc des urgences obstétricales et des cas compliqués de la salle d'accouchement de l'HPN, du fait que ce dernier ne dispose pas de service de réanimation. Le transfert des parturientes de l'HPN à l'HM5, marquant une discontinuité de prise en charge, est à haut risque, surtout pour les cas souffrant d'hémorragie ou d'éclampsie qui d'autant plus sont transférés moyennent une ambulance non médicalisée. A noter que le nombre de parturientes décédées en 2015 était de 7 sur 64 admises au service de réanimation de l'HMV. Les cas compliqués transférés de l'HPN en 2015 ont constitué 19% des admissions au service de réanimation, réduisant ainsi la capacité de ce service à prendre en charge les cas compliqués nécessitant une réanimation médicale et les cas compliqués chirurgicaux de l'HMV.

2.3. La Chirurgie

La fonction de chirurgie de l'HMV est assurée par huit services à savoir : la chirurgie générale, la chirurgie infantile, la traumatologie, la neurochirurgie, l'urologie, la chirurgie réparatrice, la

chirurgie vasculaire et la chirurgie oncologique. Le CAF total est de 149 lits. Le TOM en 2016 est situé en 34% et 58%.

➤ **Interventions chirurgicales et productivité en régression à l'HMV**

Les interventions chirurgicales à l'HMV ont enregistré une régression, de 2012 à 2016, de 22%, en passant de 4867 interventions à 3598 interventions. Les interventions chirurgicales programmées et les interventions chirurgicales urgentes ont diminué respectivement de 18,3%, en passant de 3784 interventions à 3091 interventions, et de 34,7%, en passant de 1083 interventions à 707 interventions. Cette régression s'explique par la baisse de la productivité. En effet, la productivité exprimée par *ICM/M/S* a accusé une baisse plus que proportionnelle aux interventions, avec un taux de 46%, en passant de 6,2 à 3,3.

➤ **Absence de traçabilité dans la programmation des interventions chirurgicales**

La programmation des interventions chirurgicales au niveau du bloc central et la gestion des rendez-vous sont attribuées et gérées personnellement par les chirurgiens, et ce sans aucune traçabilité. Ainsi, les informations se rapportant, notamment aux délais de rendez-vous et les écarts entre les interventions programmées et celles réalisées, ne sont pas disponibles.

➤ **Manque de dispositifs de chirurgie au niveau du service de traumatologie**

Il a été constaté que le service de traumatologie ne dispose pas des prothèses et des ostéosynthèses nécessaires pour certaines interventions. Les patients qui en ont besoin sont contraints de se les procurer par leurs propres moyens. Après l'intervention, les traumatologues ne procèdent pas au retrait des ostéosynthèses utilisées. Pour ce faire, les patients concernés se trouvent obligés de s'adresser aux médecins privés.

Ces pratiques vont à l'encontre des exigences de la qualité et la sécurité des soins, et font supporter aux patients des charges supplémentaires injustifiées, voire insupportables pour les démunis.

➤ **Absence de phacoémulsificateur au service d'ophtalmologie**

Il a été constaté que parmi les patients se présentant à la consultation d'ophtalmologie, 240 cas par mois nécessitent un traitement chirurgical de la cataracte, alors le service d'ophtalmologie ne dispose pas de phacoémulsificateur, équipement biomédical nécessaire pour une prise en charge efficace de cette pathologie, et permettant d'augmenter la productivité des médecins.

2.4. La gynéco-obstétrique

a. La gynéco-obstétrique à l'HPN

Le service de gynéco-obstétrique à l'HPN dispose de 5 médecins spécialistes et 3 médecins généralistes répartis entre la gynécologie et l'obstétrique, de 46 sages-femmes et accoucheuses et d'une capacité litière fonctionnelle de 55 lits dont 47 sont réservés pour l'hospitalisation.

➤ **Mauvaises conditions d'hospitalisation**

Le service de gynéco-obstétrique affiche un taux d'occupation moyen (TOM) très élevé, dépassant le seuil de 100%. En 2016, il s'est situé entre 91 % et 160 %. En cas de dépassement de la capacité litière du service, les parturientes en surplus partagent les lits avec d'autres parturientes ou s'installent à même le sol. Pourtant, les salles du deuxième étage du bâtiment de l'hôpital, à l'origine destinés aux suites de couches ne sont pas utilisées. Cette situation fait que les suites de couches ne dépassent pas les 24 heures, au lieu des 48 heures recommandées par le plan d'action 2012-2016 visant la réduction de la mortalité maternelle et néonatales.

➤ **Nombre de césariennes en régression et nombre de mort-nés élevé**

Le nombre d'accouchements a connu un accroissement de 19,6 % entre 2011 et 2014, en passant de 9493 à 11360, puis une diminution entre 2014 et 2016, dans la même proportion, pour s'établir à 9483. En revanche le nombre de césariennes a accusé une régression nette, de 2011 à 2016, de 27 %, en passant de 1381 opérations à 1006 opérations. La productivité des médecins a enregistré dans la même période une contre-performance de 21%, en passant de 345 césariennes/médecin/an

à 201 césariennes. Cette contre-performance incombe à la diminution de l'activité au niveau du bloc opératoire de la maternité en dehors des heures ouvrables, consécutive au non observation de la garde résidentielle.

De même le nombre de mort nés pour mille a enregistré des proportions élevées entre 2011 et 2016, en fluctuant entre 28 et 31.

b. La gynéco-obstétrique à l'HSS

Le service de gynéco-obstétrique à l'HSS compte 17 sages-femmes et accoucheuses. Le seul médecin gynécologue relevant administrativement de cet hôpital se trouve en congé de maladie de longue durée.

➤ Réduction des activités de la gynéco-obstétrique à l'HSS

La gynéco-obstétrique à l'HSS considérée pendant longtemps comme un service de prise en charge des femmes en accouchement de proximité fonctionne, actuellement, comme « une maison d'accouchement », sans médecins gynéco-obstétriques et en absence de toute activité chirurgicale malgré l'existence d'un bloc opératoire équipé. De ce fait, les femmes présentant une grossesse à risque sont référées à l'HPN. Leur nombre a atteint 1253 femmes en 2015 et 932 femmes en 2016. A ce nombre s'ajoutent les cas d'accouchement dystocique au nombre de 11 en 2015 et de 12 en 2016.

2.5. La pédiatrie

Les prestations de la pédiatrie sont assurées au niveau de trois structures hospitalières : le service de pédiatrie de l'HPN assure la prise en charge des prématurés et des néonataux et les services de pédiatrie de l'HMV et l'HSS se partagent géographiquement la prise en charge des enfants d'âges supérieurs à 1 mois. Outre les problèmes de prise en charge relevés au niveau de chaque structure. Cette organisation est marquée par une discontinuité de la prise en charge impactant la sécurité des patients.

➤ Nombre de décès élevé des néonataux à l'HMV

Le service de pédiatrie à l'HMV dispose de 3 médecins pédiatres et de 11 infirmiers, sa CAF est de 21lits avec un TOM de 160 %. Ce service a enregistré entre 2011 et 2016 un nombre très élevé de décès des néonataux, avec un taux moyen annuel de 21 pour mille vivants. Ce taux s'écarte largement de l'objectif du plan d'action du ministère de la santé 2012-2016 visant à réduire la mortalité néonatale à 12 pour mille. Le nombre de décès néonataux inférieur à 24 heures reste préoccupant puisqu'il représente, en moyenne, sur les six années considérées 48,5 % du total des décès néonataux avec 115 décès.

Le taux élevé de décès des néonataux s'explique principalement par la non-conformité des conditions de prise en charge aux normes requises. La visite effectuée au service de néonatalogie ainsi que les entretiens menés avec les professionnels du service, a révélé des pratiques qui portent des risques liés aux conditions d'hygiène et à l'entretien des couveuses, que l'on présente comme suit :

- Le nettoyage et la désinfection des couveuses et des tables chauffantes n'est pas conformes aux exigences d'hygiène ;
- Les mesures d'hygiène et d'asepsie ne sont pas observées (port de gant, tenue appropriée) dans les salles de néonatalogie et de réanimation ;
- L'accès est ouvert et libre aux visiteurs au niveau de toutes les salles du service ;
- L'absence d'une salle d'isolation pour les cas contagieux ;
- L'absence de la chirurgie et de la réanimation en néonatalogie au niveau de l'HPN.

➤ **Mauvaises conditions de prise en charge à l'HSS**

Le service de pédiatrie de l'HSS compte un seul médecin et 7 infirmiers et sa CAF est de 10 lits. Le délogement de ce service dans une partie du service de pneumologie depuis 2012, à cause des travaux d'aménagement, a réduit la CAF de 36 lits à 10 lits et a rendu le TOM très élevé. En 2016, ce dernier a atteint 112 % au mois de janvier 2016. Les deux salles actuellement utilisées sont dégradées, le médecin pédiatre travaille dans des conditions difficiles et ne dispose même pas d'un bureau. Et en période de son congé administratif ou de maladie, les patients sont orientés à l'HMV.

➤ **Problèmes de prise en charge liés au transfert des patients de l'HMV à l'HSS**

Il a été constaté que certains enfants malades admis en urgence au service de pédiatrie de l'HMV subissent le premier diagnostic d'entrée puis, ils sont orientés à l'HSS sous prétexte qu'ils relèvent du « ressort géographique » de ce dernier, alors que le TOM de la pédiatrie de l'HMV ne dépasse pas les 44%. Or, dans certains cas le deuxième diagnostic établi par le pédiatre de l'HSS révèle d'autres pathologies dépassant les moyens de l'hôpital et nécessitant forcément le transfert au CHU Fès. Ainsi, 6 cas ont été enregistrés entre 25/12/2015 et le 29/01/2016. Cette pratique constitue un grand risque pour ces enfants où le facteur temps est déterminant pour leur survie.

2.6. La psychiatrie

Le service de psychiatrie à l'HMIS dispose de 2 médecins spécialistes, de 19 infirmiers et d'une CAF de 44 lits pour le côté hommes et de 14 lits pour le côté femmes.

➤ **Mauvaises conditions de prise en charge**

Le service de psychiatrie affiche un TOM de 58% pour le côté femmes et un TOM très élevé pour le côté hommes. En 2016, ce dernier s'est situé entre 96% et 129%. Ainsi, les patients se trouvent confrontés à des conditions inhumaines. De même, le service ne dispose pas d'un dispositif de sécurité adapté aux pathologies de psychiatrie et n'est équipé ni de literie répondant aux normes ni de climatisation.

Les sujets à pathologies psychotiques (la schizophrénie, la paranoïa, les troubles maniaco-dépressifs) ne sont pas séparés des sujets à pathologies névrotiques (hystérie, phobie, obsession) et des toxicomanes.

Il a été constaté aussi que les patients ne bénéficient ni de promenade ni d'autres activités qui font partie du dispositif thérapeutique préconisé pour ce genre de cas, ce qui accentue les risques d'évasion ou de tentatives de suicides. En effet, en 2014 le nombre d'évadés était de 14 patients et en 2015 le service a enregistré 15 cas d'évasions et un cas de suicide et deux décès. De surcroît, le service souffre de la rupture de certains médicaments recommandés pour traiter efficacement les pathologies psychotiques et névrotiques.

La Cour des comptes recommande ce qui suit :

Au niveau des urgences de :

- ***Procéder à la restructuration complète du bloc opératoire des urgences suivant une conception architecturale qui permet d'avoir une séparation entre le circuit propre et le circuit sale et un bloc des urgences répondant aux normes, avec la mise en place d'une salle de préparation des patients, équipée avec séparation hommes/femmes et système de ventilation adapté, et doter ce service des équipements médicaux nécessaires ;***
- ***Mettre en place une équipe pluridisciplinaire permanente pour prendre en charge, et sans rupture, les patients victimes d'accident de circulation ou d'autres accidents ;***
- ***Renforcer l'effectif de médecins des urgences de l'HSS pour lui permettre d'assurer la garde, et ce via le redéploiement des médecins généralistes.***

Au niveau de la réanimation :

- *Instaurer une unité de réanimation à l'HPN pour l'admission des cas compliqués du bloc des urgences obstétricales et des cas compliqués de la salle d'accouchement.*

Au niveau de la chirurgie :

- *Mettre en place un système de programmation des interventions chirurgicales et gestion des rendez-vous répondant aux principes d'équité et de transparence ;*
- *Doter le service d'ophtalmologie d'un phacoémulcificateur, équipement biomédical nécessaire pour améliorer la productivité des chirurgiens et la qualité de la prise en charge ;*
- *Doter le service de la traumatologie des prothèses et des ostéosynthèses nécessaires pour certaines interventions, et veiller à ce que les traumatologues se chargent du retrait des ostéosynthèses qu'ils ont utilisées dans les interventions chirurgicales en respect de la continuité de prestation de soins.*

Au niveau de la gynéco-obstétrique :

- *Utiliser le deuxième étage de l'HPN pour la suite de couche pour éviter la surcharge des parturientes ;*
- *Affecter un radiologue à l'HPN pour se charger de l'interprétation des films relatifs aux examens de mammographie ;*
- *Affecter des médecins spécialisés en gynéco-obstétrique à l'HSS pour reprendre les activités chirurgicales et gynécologiques au service de gynéco obstétrique.*

Au niveau de la pédiatrie :

- *Veiller à l'application des règles d'hygiène et d'asepsie et à la normalisation des circuits au niveau du service avec des circuits au personnel, aux patients et aux visiteurs ;*
- *Doter l'HPN d'un chirurgien et d'un réanimateur spécialisés en néonatalogie pour prendre en charge les nouveaux nés et les prématurés nécessitant une intervention chirurgicale en urgence ;*
- *Regrouper le service de pédiatrie de L'HSS avec le service de pédiatrie de l'HMV pour utiliser en commun le plateau technique de ce dernier et permettre d'assurer la garde résidentielle ;*

Au niveau de la psychiatrie de :

- *Procéder au réaménagement du service pour éviter la surcharge des patients et améliorer les conditions de sécurité ;*
- *Séparer les sujets à pathologies psychotiques des sujets à pathologies névrotiques et des toxicomanes.*

C. Gestion de l'imagerie médicale, des produits pharmaceutiques, du laboratoire et des équipements biomédicaux

1. Gestion de l'imagerie médicale

A propos de la gestion de l'imagerie médicale, le contrôle a révélé ce qui suit :

➤ Structure non adaptée

La conception architecturale du service de radiologie de l'HMV ne permet pas une organisation spatiale adaptée, surtout pour l'aménagement d'un espace d'accueil et d'attente.

➤ **Régression du nombre d'examens de scanner**

Le nombre des examens de scanner a connu une baisse très importante de 47,5% en passant de 4034 examens en 2012 à 2118 examens en 2016. Cette régression incombe à la baisse de productivité moyenne des radiologues qui est passé de 19 examens par semaine à 10 examens par semaine. Entre 2015 et 2016, elle s'est accrue : le nombre d'examen est passé de 3630 examens à 2118, soit 41,6%. Ceci est dû à l'arrêt de l'activité de la scannographie pendant les trois derniers mois de 2016, à cause des travaux de réaménagement pour l'installation du nouveau scanner.

➤ **Ambiguïté de procédure de gestion des rendez-vous pour examens de scannographie et d'échographie**

Les rendez-vous des examens de scannographie sont gérés personnellement par le chef de service, on dénote à ce sujet, l'absence de traçabilité notamment sur l'importance de la demande, les délais et le taux de satisfaction. De même, la gestion des rendez-vous des examens échographiques n'obéit à aucune logique. Les dates de demandes de rendez-vous ne sont pas enregistrées. La personne en charge fixe les dates des examens sans qu'elle enregistre les dates des demandes ; Il a été relevé des rendez-vous fixés pour 2 mois alors que d'autres ne dépassent pas les 3 à 4 jours. Tandis que les examens pour certains patients se font sans rendez-vous.

➤ **Insuffisance de la qualité des prestations et du contrôle interne**

L'identité du patient, la date et l'orientation ne sont pas notées sur les films de la radiologie standard. Ces derniers ne sont pas mis non plus dans des enveloppes avant de les remettre aux concernés, ce qui constitue le risque que ces films soient confondus ou endommagés.

Il a été constaté aussi un écart entre le nombre de films utilisés pour examens scanner (selon le nombre d'examens contenues dans le registre) estimé à 4660 en 2016 et le nombre de film reçus par le service de radiologie qui est de 2125 films, sachant qu'il ne disposait pas de stock en fin 2015. Cette différence constatée s'explique par le fait que les radiologues établissent des comptes rendus en faisant la lecture directe sur l'appareil. Il est à signaler que certains spécialistes se déplacent sur place pour faire eux même la lecture. Cette pratique est non conforme aux normes professionnelles qui exigent l'interprétation des examens à partir des films et la traçabilité des prestations rendues dans les dossiers des patients.

En outre, Le chef de service n'effectue aucun contrôle et suivi des examens de la radiologie standard faits par les techniciens de garde. Aucun rapprochement n'est fait entre le nombre de films remis quotidiennement aux techniciens de garde et le nombre de film porté au registre (en tenant compte des films ratés). Ce qui ne permet de s'assurer de l'exhaustivité des examens effectués.

Il a été constaté aussi que le remplacement de l'ancien scanner par un nouveau a causé une rupture des examens, due au réaménagement de la salle de scanner ayant pris plus de 5 mois. L'hôpital n'a pas prévu les mesures nécessaires pour éviter ou minimiser cette période de rupture de prestations. Ce qui a affecté la prise en charge des patients hospitalisés et ceux des urgences.

➤ **Absence d'activité de radiologie à l'HSS**

Il a été constaté que les deux radios standards à l'HSS sont en panne depuis 2015. Les patients sont alors contraints à se déplacer à l'HMV pour effectuer les examens radiologiques nécessaires. A titre d'exemple, 9 examens radiologiques du thorax ont été faits à l'HMV pour des enfants hospitalisés au service de pédiatrie, entre le 10/01/2017 et le 14/02/2017, alors que l'hôpital dispose d'une radio mobile fonctionnelle non utilisée. Cette situation qui marque la discontinuité des soins ne semble pas inquiéter la direction de l'hôpital puisqu'il n'a pas procédé à la réparation des deux radios standards susvisés. De surcroit, la seule technicienne en radiologie dont dispose l'hôpital a été mutée en 2016 à une autre structure hospitalière.

La cour des comptes recommande ce qui suit :

- *Eviter la rupture des films de scanner afin d'assurer l'interprétation des examens conformément aux normes et de laisser la traçabilité des prestations rendues dans les dossiers des patients ;*
- *Procéder au contrôle et suivi des examens de la radiologie standard faits par les techniciens de garde ;*
- *Mettre en place un système de gestion des examens de scanner et des autres examens radiologiques en respect des principes de transparence et d'égalité ;*
- *D'assurer l'entretien des radios standards pour répondre aux besoins des services de l'HSS en radiologie, et de procéder à la récupération ou au remplacement de la seule technicienne en radiologie dont dispose l'hôpital, mutée dans une autre structure hospitalière.*

2. Gestion des produits pharmaceutiques

Les investigations menées sur place, concernant l'organisation de la pharmacie hospitalière et la gestion des produits pharmaceutiques, ont permis de relever des écarts par rapport aux dispositions du RIH et aux prescriptions du guide d'organisation et de fonctionnement de la pharmacie hospitalière (G.O.F.P.H), élaboré en 2013 par le ministère de la santé. Ces écarts se présentent comme suit :

➤ Défaillances dans la gestion des produits pharmaceutiques

Le suivi des entrées des médicaments et dispositifs aux locaux de stockage et de leur sorties aux services médicaux et médicaux techniques, en plus des flux des échanges et des sorties vers les autres structures hospitalières, se fait moyennant des fiches de stocks. L'administrateur reporte ce flux à posteriori sur un tableau Excel.

Or, l'état des stocks n'est pas mis à jour au fur et à mesure. ce qui ne permet pas d'obtenir l'information sur l'état du stock en temps réel. De même, les pharmacies du CHP ne disposent pas d'un système d'information pour suivre le circuit des médicaments et dispositifs. Elles ne disposent pas non plus de mécanisme de qualification objective des besoins des services. En plus, les médicaments et fongibles perdent leur traçabilité dès qu'ils sont livrés à ces services. En effet, les consommations effectives des patients en matière de médicaments et de dispositifs médicaux ne font l'objet d'aucun contrôle ou suivi du pharmacien pour s'assurer des conditions de leur usage.

➤ Non observation des normes de conservation des produits pharmaceutiques

Le contrôle mené sur place sur les conditions de stockage au niveau de l'HMV a révélé les dysfonctionnements suivants :

- Les niveaux de température et de ventilation des locaux ne sont pas contrôlés, à cause de l'absence de thermomètre pour la mesure de la température ambiante, et de l'absence de l'Hygromètre de mesure de l'humidité résiduelle ; ce qui ne permet pas d'assurer la conservation et la protection des produits pharmaceutiques ;
- Les sites de stockage ne sont dotés ni de systèmes de contrôle et de sécurité qualifiés (alarmes, caméras de surveillance...) ni d'extincteurs, ni de système de secours préventif en cas de panne ;
- Les deux dépôts des sous-sols manquent d'aération et sont dépourvus de rayonnages. Les caisses des produits pharmaceutiques ne sont pas toutes déposées sur des palettes. Les câbles d'électricités sont apparents et la tuyauterie du chauffage centralisée est endommagée, les surfaces apparentes des locaux présentent par endroit, des fissures, et des manifestations de l'humidité ;

De telles conditions de stockage ont occasionné, en 2012 et 2015, des pertes de médicaments et dispositifs d'une valeur totale de 1 341 785,50 DH.

➤ **Existence de médicaments et dispositifs périmés**

L'approvisionnement en médicaments et dispositifs dans le cadre des achats groupés ne permet pas aux pharmacies du CHP de maîtriser les quantités livrées selon les bonnes pratiques d'approvisionnement et de rotation des stocks. Cette pratique se traduit par une surabondance de certains produits (dispositifs) et la rupture des stocks d'autres produits. Ainsi, il a été constaté l'existence des quantités de médicaments et dispositifs périmés. De 2012 à 2015, la valeur des médicaments et dispositifs périmés, déclarée par l'administrateur, est de 562 840 ,00 DH. Cette péremption des médicaments s'explique par les causes suivantes :

- Retard dans la livraison des commandes annuelles par la pharmacie centrale : Il a été constaté que la pharmacie du CHP reçoit chaque année des livraisons en retard de médicaments et dispositifs relatives aux commandes de l'année et du reliquat des années antérieures. Ce qui induit souvent, soit des ruptures en médicaments, soit des surstocks ;
- Mauvaise estimation des besoins en médicaments et dispositifs. Celle-ci se fait de manière aléatoire ou sur la base des consommations antérieures des services, légèrement majoré, au lieu d'exprimer des besoins basés sur l'étude de la morbidité, de l'incidence des maladies et du nombre des malades pris en charge ;
- Régression de l'activité de certains services hospitaliers suite aux départs des médecins en retraite ou vers le secteur privé ;
- Le changement des protocoles thérapeutiques, suite à des publications et recommandations récentes, ce qui entraîne le changement des médicaments ;
- Non octroi par le ministère de la santé d'un temps raisonnable à l'hôpital pour la demande de médicaments et dispositifs.

La Cour recommande ce qui suit :

- *Mettre en place une solution informatique pour la gestion des stocks, dans le cadre d'un système en réseau intégré entre la pharmacie et les différents services hospitaliers ;*
- *Prendre les mesures nécessaires afin d'éviter la péremption des médicaments et collaborer avec la pharmacie centrale par la mise en place d'un programme d'approvisionnement tenant comptes des besoins réels et la capacité du stockage ;*
- *Renforcer les mesures de sécurité au niveau des locaux de stockage, et mettre en place d'un système de contrôle de la température, de l'humidité et du niveau d'éclairage et de ventilation ;*
- *S'abstenir de réceptionner les médicaments et dispositifs périmés ou proches périmés ;*
- *Mettre en place un mécanisme d'approvisionnement qui tient compte des capacités de stockage et des besoins réels pour éviter la péremption des médicaments et dispositifs.*

3. Gestion des laboratoires d'analyses

A ce niveau, la Cour a noté les observations suivantes.

➤ **Les prestations du laboratoire de l'HMV ne répondent pas à la demande quotidienne en analyses des patients externes**

Le laboratoire de l'HMV ne dispose pas d'un plateau technique, permettant de répondre à la fois aux besoins des patients hospitalisés et à ceux des patients externes. En effet la demande quotidienne en analyses des patients externes n'est pas satisfaite. A titre d'exemple, le nombre d'analyses effectués pour la NFS par jour est plafonné à 60 tests (lorsque l'automate est fonctionnel), alors que la demande dépasse 120 tests. Ceci incombe à l'indisponibilité d'un matériel plus performant.

➤ **L'acheminement des prélèvements au laboratoire de l'HMV n'est pas sécurisé**

En sus des prélèvements effectués au niveau du laboratoire de l'HMV, ce dernier reçoit des prélèvements des services de l'HMV et des prélèvements en provenance de l'HPN et de l'HSS.

Or, Certains prélèvements sont acheminés, en dehors des heures ouvrables, en urgence de l'HPN et l'HSS au laboratoire de l'HMV pour examens « LCR, NFS et hémostases ». Cet acheminement, nécessitant plus d'une demi-heure, se fait par l'ambulancier ou par les familles des patients en l'absence d'un équipement adéquat. Ne répondant pas aux normes de sécurité et de conservation, ces pratiques comportent le risque de la non-conformité ou la coagulation des prélèvements. En 2016, 29 prélèvements, en provenance de l'HPN, ont déclarés non conforme ou coagulés.

➤ **Les laboratoires de l'HPN et l'HSS n'observent pas la garde résidentielle**

Le personnel des laboratoires de l'HPN et l'HSS sont respectivement au nombre de 9 et 12. Cependant, il a été constaté l'absence de la garde au niveau de ces deux structures. Ceci incombe au fait que le nombre de techniciens, pour lesquels une indemnité de garde est prévue par la réglementation, est insuffisant. En effet les deux laboratoires comptent chacun 3 techniciens seulement, ne pouvant assurer une garde résidentielle, tandis que le reste du personnel relèvent du cadre d'ingénieurs ou d'administrateurs.

➤ **Dysfonctionnements dans la gestion du laboratoire d'anatomie-pathologique**

Le laboratoire d'anatomie-pathologique de l'HMV de 3 médecins et 2 techniciens. Toutefois, le contrôle a révélé l'arrêt des examens histologiques, du fait que l'appareil de circulation utilisée est en panne depuis 2014 sans qu'il soit réparé ou remplacé. Les examens de cytologie ne sont pas non plus effectués malgré la disponibilité du matériel et des produits nécessaires.

D'un autre côté, les recettes relatives aux prestations d'ANAPATH ont enregistré, de 2013 à 2016, une baisse importante de 85%, en passant de 146 787,50 DH à 21 564,00 DH. Ces recettes enregistrées malgré l'arrêt de l'activité au niveau du service, s'explique par le fait que des prélèvements sont transférés, avec l'accord de la direction, aux laboratoires privés pour analyse. Leur paiement est effectué par les patients à l'hôpital.

Outre le fait que cette pratique n'est pas encadrée par un texte juridique, ces prélèvements sont acheminés par le chef de service vers les laboratoires privés dans des conditions non conformes aux normes de sécurité. Dans cette situation, les deux techniciens et les médecins affectés au service n'assument pratiquement aucune tâche.

Paradoxalement, le service d'ANAPATH continue à commander et à réceptionner les produits de cytologie et d'histologie en grande quantité, dont la valeur est de 70 000,00 DH en 2014 (marché 04/2013), de 90 000,00 DH en 2015 (marché 09/2015) et de 55 668,00 DH en 2016 (marché 06/2016). Force est de constater que la consommation de ces produits reste disproportionnée aux recettes réalisées pour les mêmes années.

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

- *Prendre les précautions nécessaires pour l'acheminement des échantillons au laboratoire de l'HMV dans des conditions de sécurité ;*
- *Doter le laboratoire des équipements performants lui permettant de répondre à la fois aux besoins des patients ;*
- *Procéder au redéploiement du personnel des laboratoires du CHP pour permettre l'instauration de la garde résidentielle au niveau des laboratoires de l'HSS et l'HPN et partant, d'assurer la sécurité et la continuité des soins ;*
- *Doter le laboratoire d'anatomie-pathologique des équipements nécessaires pour reprendre ses activités et valoriser le capital humain dont il dispose.*

4. Gestion des équipements biomédicaux

Concernant ce volet, le contrôle a révélé les insuffisances suivantes :

➤ Non réception du CHP de deux ambulances médicalisées

Le ministère de la santé a réservé deux ambulances médicalisées (unités mobiles) dans le cadre du programme du Service d'Aide Médicale Urgente –Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SAMU-SMUR). Or, ces deux ambulances n'ont pas été réceptionnées faute de personnel spécialisé (chauffeurs, techniciens et infirmiers). Le centre travaille toujours avec deux ambulances non médicalisées.

➤ Absence de contrat de maintenance pour l'année 2016

Suite à la réorganisation administrative régionale du ministère de la santé, la gestion des contrats de maintenance des équipements biomédicaux du CHP a été confiée à la délégation de la santé au lieu de la direction régionale du même ministère. Or, en attendant la mise en œuvre de cette décision, le CHP est resté en 2016 sans contrat de maintenance. L'immobilisation de certains équipements, tombés en panne, impacte négativement la qualité et la continuité des soins.

➤ Inefficiency du service de la maintenance des équipements biomédicaux

Le service de la maintenance des équipements biomédicaux des hôpitaux ne dispose ni de plan de maintenance, ni d'une traçabilité de ses interventions ni de plan de renouvellement des équipements. Composé de deux « ingénieurs » non spécialisé en biomédical et de trois techniciens, le service de la maintenance de l'HMV joue essentiellement le rôle d'intermédiaire entre les services concernés au niveau de l'hôpital et la société cocontractante. Cependant, il ne reçoit pas les demandes d'intervention des services hospitaliers en cas de panne et n'établit pas, à cet égard, non plus les fiches d'intervention à adresser à la société cocontractante (maintenance curative). De facto, ce service ne dispose pas d'une base de données, devant être alimentée par les demandes et fiches d'intervention, pour le suivi des pannes et des interventions internes et externes effectuées sur chaque équipement biomédical. Il ne procède non plus à aucune évaluation de la qualité et l'efficacité des interventions de la société cocontractante auprès des services utilisateurs.

Pour les équipements non couverts par le contrat de maintenance, le service de maintenance n'intervient pas d'une façon efficace, du fait qu'il n'est pas suffisamment doté en outillage et en pièce de rechange. Il en est de même pour la maintenance préventive. Le chef de service fait valoir que le service souffre de l'absence du matériel approprié, notamment les appareils testeurs lui permettant de tester de la fiabilité et la sécurité des équipements.

➤ Des équipements vitaux non couverts par des contrats de maintenance

Il a été constaté que le contrat de maintenance ne couvre pas tous les équipements biomédicaux. A ce titre, le CHP a adressé en 2014 à la délégation de la santé une liste des équipements à couvrir par des contrats de maintenance, composée de 78 unités : 9 au service de brûlures, 16 au service de cardiologie, 11 au service de réanimation, 9 pour le laboratoire, 4 pour la radiologie et un appareil au service de radiologie.

L'immobilisation des équipements, tombés en panne, non couvert par le contrat de maintenance impacte négativement la productivité des praticiens et la qualité de prise en charge des patients. En effet, A titre d'exemple, trois échographes parmi quatre dont dispose le service de l'imagerie médicale sont tombés en panne au mois de décembre 2016. Ces équipements n'étant pas couverts par le contrat de maintenance, le service utilise un seul échographe face à une demande massive exprimée par les praticiens.

Ainsi, la Cour des comptes recommande ce qui suit :

- *Renforcer les capacités professionnelles des techniciens de l'unité de maintenance interne et les doter des moyens leur permettant d'une part de contribuer à la maintenance des*

équipements médicaux (y compris la préventive), et procéder au suivi et évaluation de la qualité de la maintenance interne et externe, d'autre part ;

- *Etablir en concertation avec le CHP un plan de renouvellement des équipements biomédicaux ;*
- *Généraliser les contrats de maintenance à tous les équipements biomédicaux courants et lourds indispensables.*

II. Réponse du Ministre de la santé

(Texte intégral)

A. La gouvernance

1. Gestion et organisation des soins

Le ministère est conscient de l'importance du Projet d'Établissement Hospitalier (PEH) comme un outil pour la programmation des objectifs généraux de l'institution dans divers domaines tels les domaines médicaux et des soins infirmiers, la priorité est donnée à la réalisation des Schémas Régionaux de l'Offre de Soins (SROS), qui sont une référence pour déterminer le contenu des projets PEH. Ainsi, l'administration centrale du Ministère de la Santé accompagne les services régionaux dans la préparation des SROS, qui sont à l'étape d'approbation au niveau des comités régionaux, et c'est sur la base de ces projets régionaux que les projets d'établissements hospitaliers seront préparés.

La Direction Régionale de la Santé de la région de Fès-Meknès a déjà présenté son propre SROS devant la commission locale présidée par Monsieur le Wali, et a proposé un projet de construction d'un hôpital régional unifié à Meknès, dans lequel les cinq structures de soins dispersées seront rassemblées.

Ainsi, en dépit du fait que le projet d'établissement n'est pas encore approuvé, l'administration a une vision stratégique claire pour faire face aux contraintes résultant de la dispersion de l'offre de soins dans la région.

Il convient également de noter que dans le cadre des efforts visant à améliorer l'offre de soins, plusieurs opérations d'aménagement et d'équipement sont programmées, et plusieurs conventions de partenariat sont signées avec différents acteurs, en tête, les autorités provinciales, ces conventions touchent nombreux domaines, y compris :

- Réhabilitation et renouvellement du service des urgences ;
- Réhabilitation et équipement du service de santé mentale ;
- Réhabilitation et équipement du service d'ophtalmologie ;
- Réhabilitation et équipement de l'hôpital Sidi Saïd ;
- Conclusion de partenariats pour contrat avec des infirmiers en ce qui concerne le service des urgences et le service d'oncologie.

2. Système d'information et de contrôle interne

La direction de l'hôpital engage tous les efforts pour pouvoir suivre le cours normal de ses services hospitaliers, et le système d'information lui permet de suivre la prestation de services et la préparation des statistiques et d'indicateurs. Il faut cependant souligner que la pénurie de ressources humaines pour la gestion de cinq établissements hospitaliers ne permet pas d'identifier des emplois spécifiques pour chaque personnel, ainsi et afin d'éviter toute pénurie ou arrêt de service, chaque personnel peut assumer plusieurs rôles.

Quant à l'application informatique "Mawiidi", malgré quelques lacunes identifiées en début d'opération, c'est un système qui assure la transparence et l'équité dans l'accès aux soins, il a été coordonné avec les services centraux du Ministère pour surmonter de nombreuses contraintes afin de développer ce programme.

Il est également nécessaire de noter que dans le cadre des efforts du Ministère pour améliorer l'utilisation du système "Mawiidi", le Ministère a récemment publié une circulaire ministérielle

appelant les responsables à ajouter des séances de consultations médicales afin de réduire les délais de RDV.

3. Ressources humaines et financières

La pénurie de ressources humaines est devenue un problème structurel pour les différents services et structures hospitalières, mais les statistiques montrent que la qualité et la quantité des services fournis restent satisfaisantes par rapport au nombre de professionnels disponibles.

Il est également nécessaire de souligner que les recettes de l'hôpital de Meknès, comme la majeure partie des établissements hospitaliers, connaissant une baisse continue, et cela, on trouve son explication dans le fait que certaines décisions stratégiques qui ont été prises ont contribué d'un côté à faciliter l'accès aux services de l'hôpital à une grande partie des citoyens, mais d'autre part ont conduit à réduire les recettes des hôpitaux. On cite les plus importantes, la généralisation du régime d'assistance médicale duquel bénéficie le tiers de la population au Maroc, la prise en charge gratuite des grossesses et des accouchements normaux et par césarienne afin de réduire le taux de mortalité maternelle, ainsi que la libéralisation des certificats médicaux pour permis de conduire au profit des médecins du secteur privé.

B. Prise en charge des malades et offre de soins

1. Gestion des rendez-vous

Le délai des RDV est lié au nombre de professionnels disponibles à l'hôpital, et moins il y a de médecins spécialistes, plus les délais sont élevés, et cela s'applique à plusieurs spécialités sensibles comme la cardiologie, la neurologie, la gynécologie. Il convient de souligner que ces médecins spécialisés, bien que leur effectif est faible, ils assurent le système d'astreinte et prennent en charge les cas urgents, ils assurent le suivi des patients dans les services hospitaliers et couvrent les consultations médicales.

À cet égard, et à la lumière du dernier communiqué ministériel sur le suivi des consultations médicales dans le cadre du système «Mawiidi», toutes les mesures seront prises pour réduire les délais de rendez-vous.

À cet égard, nous notons également que l'administration de la santé organise occasionnellement des campagnes, des journées médicales et chirurgicales chaque fois qu'elle remarque que la durée des rendez-vous est longue, ainsi les délais sont réduits.

2. Offre des services de soins

Il est important de souligner que les insuffisances relevées dans le rapport s'expliquent par l'important déficit des ressources humaines et par les contraintes rencontrées par l'administration dans le fonctionnement des services de santé et hospitaliers répartis entre cinq établissements de santé de la Région avec un nombre de professionnels en diminution constante.

Cependant, malgré cette pénurie, l'administration déploie de grands efforts pour assurer la continuité du fonctionnement des cinq établissements de santé, d'une part, et d'autre part, pour assurer la continuité et le fonctionnement continu des services d'urgence.

Pour la maternité de Pagnon, l'administration ne dispose pas d'un effectif suffisant des médecins, et en particulier d'infirmiers, pour faire fonctionner le deuxième étage de l'hôpital, sachant que cet étage n'était pas réservé aux femmes enceintes. Il convient également de noter qu'il existe des cas qui nécessitent une hospitalisation à long terme, ce qui réduit la capacité litière de l'hôpital.

En ce qui concerne les opérations de chirurgies d'urgence pour les prématurés, nous notons que ces interventions relèvent du troisième niveau et nécessitent un service spécialisé pour les soins intensifs et non seulement d'un chirurgien et d'un médecin réanimateur.

Afin d'assurer une plus grande transparence dans la gestion des opérations chirurgicales, le Ministère accompagne toutes les structures hospitalières afin d'assurer l'affichage des opérations chirurgicales programmées afin d'en informer tous les patients.

C. Radiologie, médicaments et laboratoires

En attendant la généralisation du système d'information, le système actuellement en place dans la gestion des médicaments assure le contrôle des stocks et fournit un ensemble de données sur la consommation et le suivi de la livraison par le Département des Approvisionnements.

Concernant la présence de médicaments et dispositifs périmés : le rapport s'est basé sur l'examen des registres de destruction effectués par le département de pharmacie et non sur la présence de quantités dans le stock, de plus l'élimination de ces produits est conforme aux normes en vigueur. Le service prend des mesures pour réduire le taux de péremption, en assurant des échanges avec les autres hôpitaux.

L'anatomie médicale ne s'est pas arrêtée malgré un dysfonctionnement dans la machine pour le traitement automatique des tissus. C'est la seule étape qui a été faite dans un laboratoire, toutes les mesures sont prises pour préserver les échantillons et respecter le secret. Toutes les autres phases, en dix phases, sont réalisées à l'hôpital, et c'est le seul moyen de permettre aux Ramedistes de bénéficier de ces tests.

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.