

## Le centre hospitalier provincial d'El Jadida

Le Centre hospitalier provincial d'El Jadida (CHPEJ) est organisé en vertu des dispositions du décret n°2-06-656 du 24 Rabii I1428 (13 avril 2007) relatif à l'organisation hospitalière. Il est érigé en Service d'Etat Géré de Manière Autonome (S.E.G.M.A.) depuis 1986. Il est composé de trois entités à savoir :

- L'Hôpital provincial Mohamed V reconstruit et rouvert le 18/12/2013 ; Il dispose d'une capacité litière théorique de 425 lits
- L'Hôpital local d'Azemmour. Il est créé en Juillet 2007 ; Il a une capacité litière fonctionnelle de 45 lits ;
- Et l'Hôpital Sidi El Ayachi. Il est spécialisé en pneumo-physiologie depuis 1970. Il a une capacité litière fonctionnelle de 40 lits.

Le CHPEJ intervient dans une province de 786.716 habitants dont 474.441 vivants en milieu rural soit 60,30 %. Les principales activités s'exercent à L'Hôpital provincial Mohamed V qui assure en 2014 plus de 90 % des interventions chirurgicales majeures (ICM) du CHPEJ, 77% du nombre d'accouchements du CHPEJ et 81% du nombre de césariennes du CHPEJ.

Les ressources humaines affectées au CHPEJ jusqu'au début de 2016 se composent de 511 fonctionnaires dont 110 médecins ;

Le CHPEJ dispose d'un budget de fonctionnement qui est passé de 23.099.660,90 DH à 26.113.217,82 DH de 2010 à 2014, soit un taux d'évolution de 13,04 %. Les recettes propres du CHPEJ sont passées, au titre de la même période de 10.457.660,90 DH à 11.871.217,82 DH.

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

La cour des comptes a effectué une mission de contrôle de la gestion du CHPEJ en partenariat avec la Cour régionale des comptes de la région de Casa - Settat. Cette mission a porté sur les principaux aspects relatifs à la gestion de ce centre durant la période de 2010 au premier trimestre de 2016, ce qui permis de noter les observations et recommandations suivantes.

#### A. La gouvernance du CHPEJ

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

Contrairement à l'article 8 du décret n°2-06-656 relatif à l'organisation hospitalière, le CHPEJ ne dispose pas de projet d'établissement hospitalier (PEH), qui définit, pour une durée déterminée, les objectifs généraux de l'établissement, dans le domaine médical, des soins infirmiers, de la formation, et de la gestion du système d'information.

Il est à signaler qu'après la première tentative d'élaboration d'un PEH couvrant la période de 2008 à 2012 qui n'était pas validé par le Ministère de la santé, aucun autre projet n'a été élaboré. Cette absence du PEH se traduit par l'absence d'indicateurs vérifiables, et induit l'établissement dans une gestion dépourvue d'objectifs stratégiques relatifs à l'allocation des ressources et à la maîtrise des dépenses.

##### ➤ Absence d'un budget programme

L'article 9 du décret n°2-06-656 relatif à l'organisation hospitalière institue le budget programme comme support de planification pluriannuelle qui permet de définir les objectifs, les moyens et les résultats attendus. En effet, l'allocation des ressources aux hôpitaux s'effectue sur la base de ce document par référence au projet d'établissement hospitalier dûment approuvé par le ministre de la santé.

Or, il est constaté l'absence d'un budget programme pluriannuel permettant à l'établissement une visibilité sur les trois prochaines années. Cette absence démontre que l'élaboration du budget annuel du CHPEJ se base sur une logique d'octroi des moyens sans aucun lien avec l'orthodoxie des résultats planifiés.

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

- *Elaborer le projet de l'établissement hospitalier ;*
- *Etablir le Budget programme du CHPEJ ;*
- *Elaborer les projets des départements.*

## **B. Les structures d'accueil, d'accès aux soins et services cliniques**

Concernant les structures d'accueil, d'accès aux soins et services médicaux, le contrôle a révélé des insuffisances suivantes.

### ➤ **Longs délais de rendez-vous**

Les délais de rendez-vous pour l'année 2015 sont longs en comparaison avec 2013 pour certaines disciplines, notamment la cardiologie (sept mois et demi), la neurologie (sept mois), l'endocrinologie (5 mois et 20 jours), la rhumatologie (5 mois) et la chirurgie infantile avec un délai de (2 mois et 20 jours)

Les délais de rendez-vous relativement longs sont dus principalement au nombre limité de médecins affectés à ces disciplines mais aussi à la sous exploitation des plages horaires de consultation.

### ➤ **Ecart entre les rendez-vous pris sur l'application et les consultations effectives**

La consultation des données sur l'application de prise de rendez-vous et la comparaison avec les registres de consultations a permis de constater que plus de 607 patients, parmi les 1375 recensés, ont bénéficié de consultations sans rendez-vous, soit plus de 44% des cas. Sachant que tout patient ayant consulté un médecin sans rendez-vous ne passe pas par le SAA et ne paie pas la prestation, ce qui engendre une perte de recettes pour l'hôpital.

### ➤ **Gestion des rendez-vous des analyses de laboratoire et des examens radiologiques hors contrôle du service d'accueil et d'admission**

Contrairement aux dispositions de l'article 35 du Règlement Intérieur des Hôpitaux, le service des analyses médicales et le service de radiologie gèrent chacun ses rendez-vous en tenant leurs propres agendas, et ce indépendamment du service d'accueil et d'admission.

### ➤ **Encombrement des patients au niveau du centre de diagnostic**

L'emplacement de toutes les salles de consultations dans le même pavillon au rez-de-chaussée de l'hôpital à la même aile (aile droite), engendre un encombrement important au centre où le nombre de patients et visiteurs dépasse chaque jour 120 personnes dans un espace non équipé de dispositifs d'attente.

### ➤ **Faible coordination entre le SAA et les unités de soins à l'HGP**

L'HGP connaît un manque de coordination entre le SAA et les différentes unités qui relèvent de l'hôpital. En effet, le SAA ne dispose pas de toutes les informations liées aux patients notamment à l'hospitalisation.

Il a été soulevé des cas de patients ayant quitté l'hôpital alors qu'ils sont considérés encore hospitalisés sur l'application, et des cas de patients qui sont réellement hospitalisés mais qui ne figurent pas sur le système d'information. Cette défaillance ne permet pas la maîtrise de la gestion des lits vacants.

### ➤ **Non exploitation rationnelle de la capacité d'accueil**

L'hôpital provincial d'El Jadida connaît la fermeture de plusieurs services qui n'ont pas fonctionnés depuis l'ouverture de cet établissement, on note :

- La fermeture du local dédié à la chirurgie viscérale qui a une capacité litière de 60 lits, cependant seulement la moitié qui est fonctionnelle (30 lits) vu que la deuxième unité dédiée à la chirurgie viscérale est fermée.
- L'hôpital du jour est fermé alors qu'il est équipé de matériel neuf et de bonnes conditions de travail.
- La salle de déchoquage au niveau du service des urgences est fermée.
- Une aile de 30 lits est fermée dans l'unité de suites de couche.
- L'unité de pneumologie et l'unité de médecine (U2.4) sont fermées privant ainsi la capacité d'accueil de l'HGP de 60 lits.
- Le département de chirurgie de l'HGP est organisé en six unités. Quatre unités seulement sont fonctionnelles, alors que l'unité (U14) et l'unité (U16) sont fermées, ce qui engendre un écart à gagner de 60 lits de sa capacité d'accueil.

### ➤ **Mauvaises conditions d'accueil des patients aux urgences de l'HLA et à l'HSP**

Au niveau du service des urgences de l'HLA, les conditions d'accueil des malades ne répondent aux règles communément admises. Ce service dispose uniquement d'une salle de déchoquage qui contient deux lits de consultation sans respect des moindres conditions d'accueil des patients. Au niveau de l'HSP, les unités d'hospitalisation sont également marquées par manque d'hygiène (absence d'équipements sanitaires) et de literie. Les lits disponibles sont insuffisants, surtout pour la période hivernale, d'autant plus les patients atteints de tuberculose séjournent au centre pendant de longues durées.

### ➤ **Problèmes liés à l'application « Mawiidi »**

Le Ministère de la santé a mis en place une application « Mawiidi » permettant la prise la prise de rendez-vous à travers le site [www.mawiidi.ma](http://www.mawiidi.ma), en vue de faciliter la prise de rendez-vous et garantir l'égalité des citoyens devant les services publics. Le contrôle de la mise en œuvre de cette application a révélé les insuffisances suivantes :

- L'application « Mawiidi » ne permet pas de remplacer les patients absents lors de la consultation par des patients inscrits sur la liste d'attente, sachant que 51% des détenteurs de rendez-vous ne se présentent à ces rendez-vous. L'application ne permet non plus de réserver des rendez-vous pour le suivi des patients ;
- L'application rend la tâche plus difficile pour avoir accès à des rendez-vous raisonnables lorsque le rendez-vous pris coïncide avec une journée de grève ou absence du médecin, elle ne permet pas de programmer les séances de suivi pour les patients ayant déjà consulté.
- La comparaison des données de l'application et celles issues des registres montre que certains patients sont obligés d'attendre de longues durées pour avoir une consultation spécialisée, cependant d'autres patients bénéficient de ce service sans prendre de rendez-vous, ce qui déroge au principe d'égalité des citoyens devant le service public.

*Vu ce qui précède, la Cour des comptes recommande ce qui suit :*

- *Faire diminuer les délais moyens de rendez-vous des consultations spécialisées ;*
- *Optimiser l'exploitation des salles de consultation au niveau du centre de diagnostic de l'HGP et au niveau de l'HLA ;*

- *Améliorer la capacité fonctionnelle de l'HGP et les conditions d'accueil et d'hospitalisation des patients ;*
- *Centraliser la gestion des rendez-vous de toutes les disciplines au niveau du SAA et mettre en place un système efficace de coordination entre le SAA et les unités de soins ;*
- *Optimiser l'exploitation de l'infrastructure informatique de l'HGP et synchroniser l'application « Mawiidi » avec le système d'information de l'établissement.*

### **C. La santé psychiatrique à l'hôpital provincial d'El Jadida**

#### **➤ Conditions inappropriées d'hospitalisation au niveau du service de psychiatrie**

Le service de psychiatrie est resté au bâtiment de l'ancien hôpital, les conditions d'accueil des patients dans ce service sont inhumaines au regard de l'état des chambres d'hospitalisation et d'isolement.

En effet, les chambres d'hospitalisation ainsi que les chambres d'isolement de malades violents sont dans un état de dégradation avancée (carrelage décollé, porte quasi-endommagée) avec des odeurs nauséabondes. Lesdites chambres accueillent entre 11 et 12 patients par chambre.

Cet encombrement a été aggravé par l'arrivée de 22 patients issus de l'opération « Karama ».

#### **➤ Regroupement des malades sans distinction de pathologie et Absence d'activité ergo thérapeutique**

Les malades du service de psychiatrie sont regroupés dans des chambres communes sans distinction de maladie psychiatrique. C'est ainsi que les malades atteints de troubles d'anxiété sont hébergés dans la même chambre que ceux souffrant de schizophrénie.

L'activité des malades se résume à la prise des repas et des médicaments prescrits et à regarder la télévision. Aucune activité ergo thérapeutique n'est prévue pour les malades, et de peur des fugues, les hospitalisés n'ont pas le droit d'excursions au jardin de l'hôpital. Autrement dit, ils restent prisonniers au service psychiatrique.

#### **➤ Durée de séjour indéterminée des malades de l'opération « Karama »**

En date du 11 juin 2015, et à l'occasion de l'opération « Karama », 22 patients issus de « Bouya-Omar » ont été accueillis au service de psychiatrie de l'hôpital. Depuis cette date et jusqu'à la date du contrôle, c'est-à-dire plus de 10 mois, un seul malade a quitté le service, alors qu'aucune décision n'a été prise pour les autres, et leur durée de séjour reste indéterminée bien que la durée moyenne de séjour au service de psychiatrie n'ait jamais dépassée 14 jours depuis 2010 jusqu'à 2014.

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

- *Veiller au transfert de l'activité de psychiatrie et l'hémodialyse au nouvel hôpital ;*
- *Diminuer la durée moyenne de séjour des patients de l'opération « Karama ».*

### **D. Le Bloc Opératoire de l'hôpital général provincial**

Le contrôle de la gestion du bloc opératoire de l'hôpital général provincial a révélé ce qui suit :

#### **➤ Manque des infirmiers anesthésistes affectés au programme du bloc opératoire**

L'effectif des infirmiers anesthésistes affectés aux six salles opératoires réservées au programme du bloc opératoire qui est de quatre est insuffisant par rapport aux six salles réservées au programme opératoire, au nombre de chirurgiens exerçant à l'HGP qui est de 31 chirurgiens jusqu'au 31/12/2015 et par rapport au nombre des infirmiers polyvalents qui est de sept. Ce qui a suscité une perturbation de plusieurs programmes opératoires.

### ➤ **Sous-utilisation du plateau technique du bloc opératoire de l'HGP**

Les six salles réservées au programme opératoire, sont sous-utilisées. Ce qui a eu des répercussions négatives sur le déroulement de ce programme. En effet, durant la période avant 2016, dans la majorité des cas, seulement 2 salles sur 6 salles sont exploitées, ce qui dénote que 2/3 du plateau technique dédié au déroulement du programme du bloc opératoire est non exploité.

### ➤ **Non fonctionnement de la salle de réveil au niveau du bloc de l'HGP**

L'HGP dispose d'une salle de réveil d'une superficie de 90 m<sup>2</sup> avec une capacité de huit lits. Elle est dédiée au réveil des patients ayant subi des interventions chirurgicales. Cependant, cette salle n'est pas fonctionnelle, ce qui influence négativement sur le taux de rotation au niveau du bloc opératoire du fait que le malade ne peut sortir des salles opératoires qu'après être réveillé.

### ➤ **Faible activité du bloc opératoire**

L'activité enregistrée en matière des chirurgies exercées au sein de l'HGP, a régressé de 23,55% entre 2010 et 2015 bien que pendant cette période le nombre de chirurgiens a progressé de presque 42% en passant de 21 chirurgiens à 30 chirurgiens entre 2010 et 2015 et malgré les conditions de travail qui se sont améliorées et la disponibilité en nombre et en qualité du plateau technique.

Le nombre moyen des interventions par chirurgien par mois est passé de 21,21 opérations en 2010 à 11,98 opérations en 2014.

En ce qui concerne la productivité du bloc opératoire de l'HLA, le taux d'accroissement des interventions chirurgicales majeures au titre de la période 2010-2015 a régressé de 17,67%, avec une régression importante au titre des années 2011 et 2013. En moyenne chaque chirurgien n'a réalisé que moins de deux interventions chirurgicales majeures par semaine au titre de ces deux années.

### ➤ **Ecart important de productivité entre les chirurgiens de la même spécialité à l'HGP**

A titre indicatif, il est à noter qu'en 2015 :

- 61,5% des opérations de la chirurgie viscérale sont réalisés par deux médecins alors que le reste :38,5 % est reparti entre trois médecins ;
- Concernant l'ophtalmologie, 76,1% des opérations chirurgicales sont réalisées par deux médecins dont un réalise à lui seul 47,7 % de la productivité de cette spécialité avec une productivité nulle pour un médecin ;
- Les opérations chirurgicales de l'urologie sont réalisées par deux médecins dont un assure à lui seul 68,9 % de la productivité de cette spécialité ;
- Pour les interventions en gynécologie-obstétrique, il a été noté que la moitié des médecins a effectué 75,8% des interventions chirurgicales

*A cet effet, la Cour des comptes recommande de :*

- *Pallier au problème de manque des infirmiers anesthésistes à l'HGP par des redéploiements en fonction des besoins ;*
- *Optimiser le plateau technique du bloc opératoire ;*
- *Veiller au respect du programme chirurgical du bloc opératoire ;*
- *Instaurer un système de contrôle et de suivi de la productivité des chirurgiens.*

## **E. Unités d'imagerie médicale et laboratoires d'analyses médicales**

### **1. Unités d'imagerie médicale**

A propos de ces unités, on a relevé les insuffisantes suivantes :

➤ **Absence d'un règlement intérieur à la zone centrale de l'imagerie**

Le centre national de radio protection a recommandé la rédaction et l'affichage d'un règlement intérieur à la zone contrôlée au niveau de l'unité d'imagerie médicale qui doit préciser les consignes de sécurité à observer, les niveaux de référence, les limites de doses autorisées. Ce centre a effectué une visite le 30/05/2013 à l'HGP a constaté l'absence d'un tel règlement.

➤ **L'HGP ne fournit pas certains examens**

L'HGP n'assure pas une certaine catégorie d'examens radiologiques indispensables et fortement demandés par manque d'équipements et matériels tels que les examens en IRM ou par faible qualité de ces équipements comme c'est le cas pour l'échographie mammaire, l'échographie des organes superficiels et l'échodoppler.

➤ **Absence de service de radiologie**

Quoique l'HSP soit un hôpital spécialisé en phthisiologie et pneumologie, il ne dispose pas d'un service de radiologie pour réaliser les radios thoraciques pour les malades. Les patients sont obligés de se déplacer à l'HLA ou à l'HGP. Les malades déjà hospitalisés, et qui doivent réaliser les radios pulmonaires ou extra-pulmonaires sont transportés en groupe par une voiture utilitaire faisant office d'ambulance.

➤ **Délais de rendez-vous longs pour la réalisation des analyses et la remise des résultats pour certains examens**

Le délai moyen de rendez-vous est relativement long pour l'examen à froid par échographie et par scanner qui atteignent deux mois et demi. Le délai de remise des résultats d'examens est relativement long pour l'examen à froid par scanner qui atteint 10 jours.

➤ **Faible activité de l'unité d'imagerie à l'HGP**

Il a été constaté une régression de l'activité de l'unité d'imagerie médicale durant la période 2010-2015 de 21,38 % (médecins radiologues et techniciens en radiologie confondus).

Cette régression est nette pour certaines années : en 2014 par rapport à 2013 de l'ordre de 21,25 % et en 2013 par rapport à 2012 de l'ordre de 7,25 % et en 2011 par rapport à 2010 de l'ordre de 10,90 %

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

- *Assurer les examens en IRM, les échographies mammaires, l'échographie des organes superficiels et l'échodoppler ;*
- *Réduire les délais de rendez-vous et de remise des résultats pour certains examens tels que l'échographie et les examens par scanner ;*
- *Instaurer un système de contrôle et de suivi de la productivité du personnel.*

## **2. Laboratoires d'analyses médicales**

Au niveau des laboratoires d'analyses médicales, le contrôle a révélé ce qui suit.

➤ **Non installation de canalisations pour le gaz du butane au niveau du laboratoire**

Il est constaté le non installation de la canalisation dédiée pour le gaz butane à l'unité de laboratoire qui n'est pas conçue lors de la construction de l'HGP, et par conséquent, les ressources humaines du laboratoire utilisent encore le gaz du butane des bouteilles, avec tout le risque que présente pour ces utilisateurs.

➤ **Inexistence d'un système intégré de gestion des résultats des examens en laboratoire du même demandeur d'analyse à l'HGP**



Il est constaté l'absence d'un système intégré de gestion des résultats des examens en laboratoire concernant le même demandeur d'analyse. Cela se traduit par des pertes de temps pour le regroupement des résultats du même patient.

➤ **Le CHPEJ n'assure pas certaines analyses**

Il est constaté que l'HGP n'assure pas certaines analyses fortement demandées. Cela est dû au manque d'équipements (les automates spécialisés) et des réactifs nécessaires ou de ressources humaines spécialisées. C'est le cas pour le Gaz du sang, certaines sérologies, certaines cultures ; etc.

L'HSP ne dispose pas de moyens de culture bacilique qui est une technique de référence nationale et internationale.

➤ **Faible activité du laboratoire de l'HGP**

L'activité du laboratoire de l'HGP a connu une régression de 21,28 % en 2013 par rapport à 2012 et de 39,08 % en 2011 par rapport à 2010.

*Ainsi, la Cour des comptes recommande de :*

- *Veiller à assurer certaines analyses en laboratoire fortement demandées ;*
- *Instaurer un système de contrôle et de suivi de la productivité du personnel ;*
- *Doter le laboratoire de l'HSP des moyens nécessaires pour la culture bacilique.*

## **F. Le service de la pharmacie et système de stérilisation**

### **1. Pharmacies du centre hospitalier**

Concernant la gestion des médicaments et produits pharmaceutiques, la Cour a noté les observations suivantes.

➤ **Absence de procédures pour assurer la disponibilité des médicaments en dehors des heures de travail administratif**

Il n'existe aucune procédure pour assurer la disponibilité de certains médicaments d'urgence en dehors des heures de travail administratif. Les pharmaciens laissent une dotation au niveau de chaque unité de soins pour les cas déjà prévus, cependant, il n'existe aucune personne désignée pour assurer l'accès à certains médicaments notamment les « médicaments onéreux et les « anti-D » surtout pendant les weekends prolongés.

➤ **Insuffisance des mesures de sécurité**

Il est constaté que :

- La pharmacie de l'HGP est située au Rez-de-jardin, ce qui l'expose au risque d'inondations.
- La chambre froide de l'HGP ne dispose pas d'un système de traçabilité automatique des cycles de la température surtout lors de la fermeture de la pharmacie en dehors du temps réglementaire et pendant les jours fériés.

➤ **Conditions de stockage inadaptées aux produits pharmaceutiques**

Face à l'insuffisance de l'aire de stockage des produits pharmaceutiques, la pharmacie utilise d'autres locaux dont le local de stockage qui est à côté de la morgue de l'HGP qui n'offre pas les conditions requises des bonnes pratiques du métier et le local réservé au stockage des kits d'accouchement de l'HGP où les produits pharmaceutiques sont exposés aux impacts des canalisations et des égouts des unités de soins qui sont situés à l'étage en dessus.

➤ **Ruptures de stock des produits pharmaceutiques au niveau du CHPEJ**

Il est relevé des ruptures de stock de certains médicaments et dispositifs médico-chirurgicaux. Parfois cette rupture dure pendant une longue période dépassant l'année, ce qui impacte

négativement l'état de santé des patients, comme il ressort des exemples figurant au tableau ci-dessous.

Médicament ou dispositif médical	Durée de rupture de stock (en mois) 2015-2016
Kit de catheter veineux central diamètre de 14 à 18 g stérile à usage unique	31
Phenobarbital	14
Carvedilol	12
Levomepromazine	12
Collecteur d'urine pour enfant gradue stérile à usage unique	12
Sonde d'intubation intra-tracheale armée avec ballonnet à usage unique	12
Gentamicine	11
Haloperidol	11
Hydrocortisone	11
Phloroglucinol ou phloroglucinol + triméthylphloroglucinol	11
Hydrocortisone	11

#### ➤ **Pérémissions des produits pharmaceutiques au CHPEJ**

Il est constaté la pérémission d'une quantité importante des produits pharmaceutiques d'une année à une autre. La valeur correspondante à cette pérémission au titre de la période 2011-2015 à l'HGP a atteint un montant total de 1.755.069,12 DH avec un taux d'accroissement de 719,78 % sur la même période et un accroissement remarquable au titre de l'année 2014 et 2015 dont la pérémission a représenté respectivement 5% et 7% du crédit alloué commandé en produits pharmaceutiques.

#### ➤ **Echange de produits pharmaceutiques avec d'autres établissements de santé en absence de base juridique en la matière**

La pharmacie de l'HGP a reçu au titre de cet échange 1.635.524,00 DH de produits pharmaceutiques durant la période 2011-2015 et elle a cédé à d'autres établissements relevant du Ministère de la santé une valeur de 731.012,00 DH durant la même période sachant que cette pratique n'est prévue par aucune référence juridique, et n'obéit à aucune procédure formelle.

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

- *Prendre les mesures appropriées pour remédier au problème de rupture de stocks et de pérémission des produits pharmaceutiques ;*
- *Formaliser la procédure des échanges des produits pharmaceutiques inter et intra hospitaliers ;*
- *Améliorer les conditions de stockage des produits pharmaceutiques et renforcer leurs mesures de sécurité et leurs besoins en équipements ;*
- *Assurer la disponibilité de certains médicaments en dehors des heures administratives.*



## **2. L'unité de stérilisation**

Le contrôle sur place de cette de cette unité a permis de constater les insuffisances suivantes.

### **➤ Absence d'un système de stérilisation centralisé**

Un certain nombre de boîtes et d'instruments se stérilisent au sein du bloc opératoire. C'est le cas de certains instruments des boîtes d'urologie (endoscope), de la boîte oreille n°2 et de la boîte de célioscopie qui cessent d'être transférées vers l'unité de stérilisation depuis le 07/05/2015.

### **➤ Non fonctionnement du dispositif de traitement de l'air à l'HGP**

Le dispositif de traitement de l'air au niveau de l'unité de stérilisation n'est pas fonctionnel dans les zones de décontamination, ce qui engendre des mauvaises odeurs pendant l'été et influe négativement sur les conditions de travail du personnel de l'unité.

### **➤ Absence de procédures formalisées organisant la relation entre l'unité de stérilisation et les autres unités**

L'absence de procédures formalisées a suscité plusieurs impacts négatifs et dysfonctionnements dont :

- Le transfert du matériel non trempé et parfois non trié (lames de bistouri, seringue d'anesthésie, aiguilles fils, compresses...);
- L'envoi des tuyaux d'aspiration non rincés de sang, ce qui entraîne des difficultés de lavage même par appareil à ultrason et machine auto laveur-désinfecteur ;
- Le retard dans le transfert du matériel pour stérilisation. Parfois cela ne se fait qu'à partir de 15h du fait du retard du début du programme du bloc opératoire ou de son non-respect ;
- Le manque de traçabilité des linges et leur perte (les grands et les petits champs, les draps).

### **➤ Arrêt du service de stérilisation pendant la nuit**

Le fonctionnement de l'unité de stérilisation est assuré par deux groupes qui travaillent de 8h à 18h30 y compris les week-end et jours fériés sans continuité du service pendant la nuit. Cette situation due au manque de personnel paramédical se traduit par une accumulation du matériel à stériliser pendant la nuit provenant en particulier du service des urgences.

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

- *Résoudre le problème de dysfonctionnement du dispositif de traitement de l'air ;*
- *Instaurer des procédures claires organisant la relation entre l'unité de stérilisation et les autres services ;*
- *Assurer la continuité du service de stérilisation pendant la nuit.*

## **G. Les moyens du centre hospitalier préfectoral**

### **1. Equipements et matériels medicotechniques**

Dans ce cadre, les observations suivantes ont été notées.

#### **➤ Lacunes au niveau de la tenue de la comptabilité matière et de l'inventaire**

Le journal tenu de comptabilité matière n'est pas coté et paraphé par les responsables et ne porte aucune indication sur le prix d'achat du matériel concerné, la référence d'achat, l'indication sur l'affectation qui lui est réservée.

L'inventaire des matériels et équipements biomédicaux tenu par l'équipe de maintenance de l'HGP en fin 2015 ne contient pas de renseignements sur le numéro d'inventaire de 188 matériels et équipements.

➤ **Manque de traçabilité de certains matériels et instruments**

Les matériels et instruments transférés de l'ancien vers le nouvel hôpital ne font pas l'objet d'inventaire validé par l'autorité compétente et ne sont pas matérialisés par des documents signés énumérant le matériel restant, sa désignation, sa nouvelle affectation.

Il n'existe pas de traçabilité des matériels relevant du bloc opératoire. En effet, Après l'achèvement des actes chirurgicaux, les instruments des boîtes de chirurgie sont trempés sans comptage ni contrôle de la part du bloc opératoire avant leurs transferts vers la stérilisation. Le transfert du matériel et instruments du bloc opératoire vers le magasin de stockage n'obéit à aucune traçabilité.

➤ **Non-respect des stipulations des CPS en matière de la maintenance préventive**

L'article 13 des marchés relatifs aux acquisitions des matériels médico-techniques stipulent que le titulaire effectuera avant l'expiration du délai de garantie quatre opérations de maintenance préventive. Or, la majorité des titulaires des lots au titre de ces marchés n'ont effectué aucune intervention de maintenance préventive durant la période de garantie sur plusieurs matériels et équipements dont l'importance est cruciale (40 appareils).

➤ **Longue période d'immobilisation de plusieurs matériels et installations**

Les pannes survenues aux matériels biomédicaux et installations techniques ont eu des impacts négatifs sur la bonne marche de certains services tel que le bloc opératoire, l'exploration fonctionnelle, les consultations spécialisées, l'imagerie médicale et le laboratoire surtout que la période d'immobilisation est très significative pour certains matériels biomédicaux et installations techniques qui dépassent une année dans certains cas.

➤ **Non couverture des matériels biomédicaux et installations techniques par des contrats de maintenance**

Quoique la période contractuelle de garantie de plusieurs matériels biomédicaux et installations techniques ait pris fin, et malgré leur importance cruciale pour la bonne marche du CHPEJ, ils n'ont pas encore fait l'objet de contrats de maintenance externe, d'où le risque d'augmentation du taux de leur immobilisation. Il s'agit à titre indicatif de la chambre froide, du respirateur d'anesthésie, de l'installation radiologique standard, de la radio panoramique, de l'amplificateur de brillance, d'automate de biochimie, d'autoclave à vapeur horizontal. etc.

➤ **Matériels et équipements non utilisés**

Certains matériels et équipements sont stockés au magasin de l'hôpital sans qu'ils soient affectés à aucun service, c'est le cas des tables de réanimation néonatales, des garrots pneumatiques, des spiromètres, des adoucisseurs. etc.

Des matériels affectés aux différents services concernés mais qui ne sont pas utilisés pour des raisons diverses et parfois sans apporter des explications. C'est le cas des blocs secours, des pompes à perfusion, des moniteurs multiparamétriques pour nouveau-nés, d'un tensiomètre mural, des automates, des échographes, etc.

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

- *Respecter les formalités nécessaires en matière de la comptabilité matière et bien tenir l'inventaire des matériels et équipements ;*
- *Améliorer la traçabilité des matériels et instruments en mettant en place des procédures à respecter à chaque mouvement ou maniement de matériels ;*
- *Assurer la couverture d'équipements biomédicaux et installations techniques indispensables par des contrats de maintenance ;*
- *Veiller au respect des stipulations des CPS en matière de la maintenance curative et préventive des matériels et équipements ;*

- ***Rationaliser l'exploitation du matériel non utilisé.***

## **2. Moyens humains**

A propos des moyens humains, on a noté les observations suivantes.

### ➤ **Faiblesse des effectifs du personnel infirmier au niveau de plusieurs unités**

L'insuffisance des effectifs du personnel infirmier s'illustre dans les exemples suivants :

- L'unité de l'ORL, l'Ophthalmologie, la neurochirurgie et la chirurgie maxillo-faciale au niveau de l'HGP qui dispose de 30 lits, la garde du jour est assurée par une infirmière qui doit assister les 13 médecins du service.
- Le service de la chirurgie infantile de l'urologie et de la chirurgie thoracique de l'HGP dispose d'une capacité litière de 30 lits toutes spécialités confondues. Il dispose de six infirmières qui pratiquent une garde de 12/36. En pratique, une seule infirmière est disponible par garde de jour pour assister les cinq médecins spécialistes du service, et une seule infirmière pour prendre soins des cas hospitalisés la nuit.
- Le service de médecine à l'hôpital local d'Azemmour ne dispose pas d'infirmiers affectés, et les prestations paramédicales sont assurées par le personnel infirmier du service de chirurgie qui doit en même temps assurer sa responsabilité au niveau dudit service.
- Le service de la psychiatrie dispose de six infirmiers, avec un système de garde de 12/36 pour un effectif de malades hospitalisés de 36. Avec cette organisation, le service se trouve, pendant certaines plages horaires, avec une seule infirmière pour tous les hospitalisés.
- L'HSP dispose d'un seul infirmier bacillo-scope pour effectuer les analyses de la BK (Bacille de Koch), pendant son congé le centre reste dépourvu des analyses de cracha, sachant que les malades n'ayant pas réalisé ce test sur place risquent de ne pas revenir, exposant ainsi tout leur entourage à la contagion.

### ➤ **Structure relativement âgée du personnel infirmier**

L'analyse de la pyramide des âges du personnel infirmier démontre que c'est une population âgée du fait que plus de 38% de ce personnel dépasse 55 ans. En effet, 111 infirmiers des 265 partiront à la retraite dans les sept prochaines années, soit un taux de départ de 41,88%.

### ➤ **Répartition inéquitable du personnel infirmier par rapport à la capacité litière**

Le département RUCHE souffre d'un manque de personnel, il détient la moyenne la plus basse parmi les autres départements ne dépassant pas un infirmier pour 5,8 lits. En outre, cette moyenne d'infirmiers par lits se voit diminué à moitié pendant la garde de nuit. La nature des soins fournis au niveau de ce département se caractérise par sa lourdeur notamment au niveau de l'unité de réanimation où les malades sont totalement dépendants.

### ➤ **Absence de la garde résidentielle et de permanence administrative**

Au niveau de tous les établissements du CHPEJ, aucune garde résidentielle n'est prévue aux services, seulement l'astreinte est appliquée à l'HGP. Cette situation ne permet pas la prise de décision rationnelle quant à l'hospitalisation du patient. En effet, celle-ci passant via les urgences en dehors des horaires administratifs ou pendant les weekends ou jours fériés, s'avère parfois non nécessaire comme l'ont déclaré certains médecins et fait augmenter par conséquent la durée de séjour des patients au niveau de certains services.

En outre, le CHPEJ ne dispose pas de permanence administrative pendant la nuit, le weekend et les jours fériés, laissant ainsi les médecins et les infirmiers sans assistance en cas de besoin de moyens notamment la recherche des poches de sang.

### ➤ **Non-respect des horaires de travail par certains médecins de l'HGP**

Il a été constaté par l'observation directe, pendant une durée de quatre semaines, le non-respect des horaires de début et de fin des consultations par certains médecins

En effet, à l'exception d'une minorité infime, les médecins de la première plage horaire commencent les consultations entre 9h30 et 11h au lieu de 8h30 laissant ainsi les patients dans des attentes importantes.

En ce qui concerne les consultations de la deuxième plage horaire, rares sont les médecins qui restent jusqu'à la fin de l'horaire dédié à la consultation c'est-à-dire 15h30 quoique les médecins spécialistes ne sont programmés pour la consultation des malades qu'une seule fois par semaine.

Il est à noter que les patients consultés pendant la deuxième plage horaire se présentent dès les premières heures de la matinée vu que le billet de rendez-vous ne comporte aucune mention sur l'horaire exacte de la visite spécialisée, ce qui impose aux patients de longue durée d'attente.

### ➤ **Absence d'un système de suivi d'absentéisme et des demandes d'explication**

Le CHPEJ ne dispose pas de registre de suivi de présence et d'absentéisme des médecins et des infirmiers. En outre, la consultation des demandes d'explications pour les médecins a démontré que ces derniers donnent peu d'importance à cette procédure administrative et rarement ils donnent suite aux requêtes de l'administration. De son côté l'administration n'épuise pas toutes les étapes de la procédure de demande d'explication qui concerne les médecins absents.

*A cet effet, la Cour des comptes recommande de :*

- *Mettre en place un système de gestion intégrée des ressources humaine des différents établissements appartenant au CHPEJ ;*
- *Répartir équitablement le personnel infirmier en référence à la capacité litière et à la charge du travail ;*
- *Mettre en place une garde administrative assurant le minimum de service requis ;*
- *Mettre en place un système permettant de maîtriser la présence du personnel médical, infirmier et administratif.*

## **3. Moyens financiers**

Quant à la gestion des ressources financières, le contrôle a révélé ce qui suit.

### ➤ **Régression des recettes propres de l'HGP**

L'Analyse des recettes propres de l'HGP démontre une forte diminution en 2012 de plus de 31%, cette régression subit l'impact d'une part, la mise en œuvre du système de couverture RAMED, entré en vigueur la même année, et d'autre part, de la possibilité d'obtention des certificats d'aptitude physique auprès du secteur sanitaire privé. Ce qui a entraîné une diminution des recettes d'un montant de 1.522.415,15 DH, soit 9,02 % du budget de fonctionnement.

### ➤ **Régression du budget de fonctionnement et dépendance du CHPEJ vis-à-vis de la subvention du Ministère de la santé**

Le budget de fonctionnement a suivi la même tendance que les recettes propres avec un taux de régression de 14,77% en 2012, et une faible augmentation en 2014, ne dépassant 18,71% quoique les recettes propres aient augmenté de 4.115.793,75 DH soit plus de 53%.

Quoique les recettes propres du CHPEJ connaissent une relative augmentation entre 2013 et 2014, le budget du CHPEJ demeure dépendant de la subvention d'exploitation du Ministère de la santé. En effet, les recettes propres ne couvrent les charges d'exploitation qu'à hauteur de 35,26% en 2013 et de 45 % en 2014,

### ➤ **Retard de virement de la subvention d'exploitation au profit du CHPEJ**

Le CHPEJ souffre du retard dans l'ouverture des crédits et le virement de la subvention d'exploitation. En effet, le visa n'est octroyé en moyenne qu'en mois de mars ou Avril, paralysant ainsi le CHPEJ dans l'engagement des marchés et des bons de commande au titre de l'année budgétaire courante.

#### ➤ **Difficultés relatives au dispositif de facturation**

L'examen de l'application « DIMBAF » installée au niveau du SAA a permis de constater que :

- Cette application n'est pas sécurisée et les différents usagers ont le même code d'accès, ce qui empêche le gestionnaire du système d'avoir une vision d'ensemble sur la traçabilité des accès et des annulations.
- L'application ne contient pas tous les actes. On cite, à titre d'exemple la luxation de l'épaule, la radio thoracique de profil et l'analyse anatomo-pathologique du frottis vaginale.
- L'édition des billets de sortie par l'application peut se faire sans que la date de sortie n'y soit renseignée car c'est un champ non obligatoire. Cette anomalie ne permet pas la maîtrise de la durée d'hospitalisation qui représente la base de calcul du montant de la facture à payer dans les services de médecine.
- Les examens biologiques et radiologiques réalisés pour le compte d'un payant au comptant ne figurent pas sur l'application et leur traçabilité se trouve sur les registres du laboratoire ou du centre radiologique. Cette désintégration d'information ne permet pas de contrôler la différence entre le nombre d'actes d'imagerie et d'analyses payés et le nombre des prestations réellement rendues.

#### ➤ **Manque de renseignements sur les fiches de prestation**

Les fiches de prestations rendues aux malades sont mal renseignées par certains médecins qui n'inscrivent pas les codes équivalents aux prestations fournies aux patients afin de faciliter l'application des tarifs pour la facturation. Ce manque d'information donne à l'administrateur (qui n'est pas un médecin) une liberté dans le choix du code de facturation correspondant avec une large marge d'erreur et par voie de conséquence, un risque très important d'une sous ou sur facturation.

#### ➤ **Régression des recettes propres et gratuité accordée au niveau du service des urgences de l'HLA**

L'analyse des recettes réalisées par l'HLA démontre une régression importante en 2014 et 2015 avec respectivement une diminution de plus de 27% et 23%. Cette régression est accompagnée par la gratuité des consultations en urgences. Cette gratuité généralisée à tous les types de consultations en urgence 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.

Le manque à gagner pour le CHPEJ, causé par cette pratique, est estimé à 2.262.920,00DH pour la période allant de 2010 au premier semestre 2015.

#### ➤ **Manque à gagner financier à cause des dossiers en instance**

La consultation de la base de données issue de l'application « DIMBAF », a permis de constater un nombre important de dossiers en instance engendrant une facture importante en sommes dues qui s'élève à un cumul de 12.570.806,90 DH, dépassant ainsi 22% des recettes propres de 2013 à 2015.

#### ➤ **Importance des dossiers d'hospitalisation dont la date de sortie n'est pas renseignée**

Le contrôle des dossiers de patients hospitalisés sur la « DIMBAF » a permis de constater le nombre important des dossiers dont le jour de sortie du malade n'est pas renseigné, ce qui rend impossible le calcul de la facture d'hospitalisation.

Le nombre de dossier non renseignés représente 26,73% du total des hospitalisations en 2013, et plus de 13% pour la somme des hospitalisations cumulées entre 2013 et mars 2016.

#### ➤ **Occupation illégale des logements de fonction**

Le CHPEJ dispose de 18 logements de fonction dont certains occupés de façon illégale du fait que leurs occupants n'exercent plus les fonctions qui leur confère le droit d'en bénéficier (décès, retraite, départ volontaire, démission, ...). Ces logements ne disposent pas des contrats d'abonnement en réseaux d'eau et d'électricité individuels. Ils sont raccordés aux réseaux des hôpitaux concernés. C'est donc le budget du CHPEJ qui supporte les consommations d'eau et d'électricité. Ce qui alourdit la facture correspondante.

*De ce fait, la Cour des comptes recommande ce qui suit :*

- *Améliorer les recettes propres le degré d'indépendance du centre ;*
- *Mettre en place un système de facturation qui prend en charge toutes les prestations réellement dispensées ;*
- *Assainir la situation des dossiers en instance et des dossiers d'hospitalisation dont la date de sortie n'est pas renseignée ;*
- *Résoudre le problème de l'occupation illégale des logements de fonction situés dans les hôpitaux du centre hospitalier ;*

### **H. Sécurité des hôpitaux du CHPEJ et gestion des risques**

Dans le cadre de cet axe, les insuffisances suivantes ont été notées.

#### ➤ **Carence du système anti- incendie**

Le dispositif anti-incendie est non fonctionnel car il a été désactivé. Cette désactivation n'a pas permis le déclenchement de l'alerte à l'incendie survenu le 23 Octobre 2015 causant une fumée noirâtre et asphyxiante émanant de la gaine de tuyauterie qui s'est propagée à la salle 15 de l'unité de l'ORL, ophtalmologie et neurochirurgie, et plusieurs personnes ont été asphyxiés avec des vomissements, pâleur, et toux suffocante selon la réclamation numéro 964 de la même date.

Il est à signaler que toutes les issues de secours sans exception sont fermées, et que les portes coupe-feu cadencées augmentant ainsi le risque de dégâts humains en cas d'incendie, sachant que l'HGP ne dispose d'aucun plan d'évacuation en cas d'incendie.

#### ➤ **Risques liés à la gestion de la salle d'hospitalisation de courte durée aux urgences**

La salle de pré hospitalisation est une salle d'observation conçue pour la surveillance des malades arrivés aux urgences pour une durée maximale de 24h. L'orientation se fait par le médecin des urgences ou le spécialiste vers l'hospitalisation aux unités de soins ou la sortie du malade.

Mais vu la capacité litière fonctionnelle limitée dans les unités d'hospitalisation, la durée de séjour de ces malades dépasse parfois 15 jours. Le problème est particulièrement posé par les malades du département de médecine et particulièrement les malades de pneumologie. En conséquence, cette salle connaît un engorgement important et continu par les malades, le personnel et les visiteurs.

#### ➤ **Non établissement de plan de gestion des catastrophes**

Selon l'Article 90 du RIH, le directeur de l'hôpital a le devoir de concevoir une approche de gestion globale et intégrée des catastrophes intra ou extrahospitalières, à travers la préparation d'un plan d'urgence hospitalier. Ce plan doit être régulièrement actualisé et validé par le comité d'établissement.

Certes, il existe un « Plan » de gestion des catastrophes au niveau de l'hôpital général provincial, mais il est conçu pour l'ancien bâtiment de l'hôpital dont les caractéristiques diffèrent de celles du nouveau bâtiment, sachant qu'aucune mise à jour n'a été réalisée pour le nouvel hôpital et



aucune formation n'a été dispensée au personnel dans la gestion des catastrophes dans la nouvelle structure.

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

- *Inciter les médecins à renseigner les dossiers de malades et veiller à les archiver.*
- *Activer le système de détection et de protection contre des incendies ;*
- *Etablir un plan d'évacuation des malades et du personnel, et assurer une formation spéciale en matière de conduites à tenir en cas d'incendie ;*
- *Elaborer et mettre à jour le plan de gestion des catastrophes.*

## **II. Réponse du Ministre de la santé**

**(Texte intégral)**

### **A. La gouvernance du Centre hospitalier et les comités de gestion**

#### **➤ Le projet d'Etablissement Hospitalier (PEH) et le budget-programme**

Le ministère de la santé est conscient de l'importance que revêt le PEH comme outil de programmation des objectifs généraux de l'Etablissement dans les différents domaines médicaux ou paramédicaux. Pour ce, la priorité est donnée à l'élaboration des schémas régionaux de l'offre de soins (SROS) qui constituent la référence pour la détermination du contenu des PEH. Par conséquent, l'Administration Centrale du Ministère de la santé s'est engagée dans l'accompagnement des services régionaux dans le but de finaliser et d'élaborer les schémas régionaux de l'offre de soins qui sont un préalable à l'élaboration des PEH. Actuellement, Les SROS sont dans la phase de validation au niveau des commissions régionales.

En ce qui concerne le budget-programme, et dans le cadre des dispositions de la nouvelle loi organique des Finances (LOF), le Ministère s'active énergiquement pour la mise en place de la programmation budgétaire pluriannuelle, et ce, au niveau de la gestion des différents établissements et administrations relevant du Ministère y compris les établissements hospitaliers.

### **B. Les structures d'accueil et d'accès aux soins et prestations médicales**

#### **➤ Délais longs des rendez-vous (RDV) de consultation**

La longue durée des RDV de consultation pour certaines spécialités comme la cardiologie, la neurologie, l'endocrinologie et la rhumatologie, s'explique par la disponibilité dans l'hôpital d'un seul médecin par spécialité. Sachant que la pénurie en ressources humaines constitue l'une des grandes contraintes dont souffre le secteur de santé.

Malgré ces contraintes, les efforts consentis ont permis de réduire les durées de RDV de plusieurs spécialités, à titre d'exemple, le délai moyen des RDV de consultation de la chirurgie infantile est réduit de 2 mois et 20 jours à 25 jours.

#### **➤ Discordance entre les informations enregistrées par l'application « Mawiidi » et celles effectivement réalisées consignées dans les registres des consultations spécialisées.**

Le Ministère de la Santé a développé un système d'octroi de RDV à travers le portail « Mawiidi » pour garantir plus de transparence et facilité d'accès pour les citoyens voulant bénéficier de consultation médicale. L'écart entre le nombre de patients ayant réservé un RDV et le nombre effectif des bénéficiaires est dû essentiellement au fait qu'au début du fonctionnement du système, les patients bénéficiant des consultations par le biais du portail bénéficiaient aussi d'autres consultations dans le cadre du suivi et du contrôle médical sans qu'ils soient enregistrés de nouveau au système numérique des RDV, cette défaillance a par ailleurs été réparée.

#### **➤ Gestion des RDV d'analyses et des examens radiologiques en dehors du SAA**

L'administration de l'hôpital est actuellement en train de résoudre certains aspects techniques afin de rallier ces RDV au système numérique.

### ➤ **Encombrement du centre de diagnostic par les malades**

Le Ministère de la Santé a toujours mis parmi ses priorités l'amélioration de l'accueil dans les établissements hospitaliers. En effet, le Ministère s'est engagé dans le plan de lutte contre la corruption en instaurant un programme dédié à améliorer les prestations rendues aux citoyens en améliorant les conditions d'accueil.

Dans ce cadre, le Ministère de la santé a signé deux accords de partenariat avec le ministère de la fonction publique et de la réforme de l'administration. Le premier accord concerne l'amélioration des conditions et des aires d'accueil et l'organisation des files d'attentes des malades. Le deuxième accord est consacré à mettre en place un circuit réservé à des catégories spéciales à savoir : les femmes et enfants victimes de violence et du viol, les personnes en situation d'handicape et les sans-abris.

En outre, le Ministère de la santé a choisi le SAA de l'hôpital d'El Jadida comme site pilote pour l'implantation des actions des deux projets en vue de les généraliser dans le reste des hôpitaux publics.

### ➤ **Faible coordination entre le SAA et les unités (département) hospitalières**

Ce problème était essentiellement accru au service de la maternité à cause du flux important des cas urgents, cependant, et grâce à l'introduction de fiches spéciales réservées à l'hospitalisation au service de maternité et aux nouveau-nés, ce problème a pu être surmonté.

### ➤ **Non exploitation optimale de la capacité litière**

Il est à rappeler qu'à cause de la pénurie en cadres médicaux et paramédicaux, plusieurs services hospitaliers ne sont pas fonctionnels. Malgré cela, l'hôpital du jour est mis en fonction depuis Décembre 2017 ce qui va permettre aux nombreux malades de bénéficier de prestations médicales de plusieurs spécialités.

### ➤ **Les conditions d'accueil aux hôpitaux d'Azemmour et Layachi :**

Dans le cadre de son plan d'action, l'administration du Centre Hospitalier a procédé à la réhabilitation du service des urgences de ces hôpitaux ainsi que leur équipement en matériel nécessaire pour améliorer la prise en charge des malades.

### ➤ **L'application informatique « MAWIIDI »**

Les problèmes rencontrés pour la mise en place de l'application informatique « MAWIIDI » ne diminue en rien l'importance que revêt cette application en tant qu'outils efficace pour garantir la transparence l'égalité d'accéder aux prestations sanitaires. L'utilisation de l'application par les citoyens et leur respect des RDV est susceptible de surmonter les problèmes survenus, aussi, l'idée d'instaurer une liste d'attente est difficilement appliquée aux malades, car, les responsables de la gestion des consultations ne peuvent être au courant des malades absent que le jour même de la consultation, par conséquent, il est difficile de dresser une liste parallèle.

Quant aux RDV de consultation dans le cadre du suivi et du contrôle, ils ont été intégrés dans le système des RDV depuis fin 2017 et la confirmation est faite de l'absence de toutes divergences des RDV pour la même spécialité, car, les RDV sont automatiquement octroyés par l'application informatique.

## **C. La santé mentale à l'hôpital provincial d'El Jadida**

### ➤ **Conditions d'hospitalisation au service des maladies psychiatriques**

Il est à savoir que le but de construire un nouvel hôpital à la ville d'El Jadida est de la doter d'un établissement de hautes normes de qualité aux profits des malades. En ce qui concerne les malades atteints de maladies mentales et psychiques, un projet de construction d'un nouveau service de maladies psychiques et mentales a été mis sur pied, et ce dans le but d'améliorer la

prise en charge de cette catégorie de malade. Ce projet est actuellement en cours d'approbation au Ministère de la Santé.

#### ➤ **Durée d'hospitalisation des malades de l'opération « KARAMA »**

Il a été effectivement relevé que les malades transférés du site de « Bouya Omar » dans le cadre de l'opération « karama », et après qu'ils soient dispatchés dans les différents établissements de santé y compris celui d'El Jadida, ont dépassé la moyenne habituelle d'hospitalisation de cette catégorie de malade. Ceci est dû au long calvaire qu'avaient vécu ces malades à « Bouya Omar » souvent dans des conditions inhumaines qui, en plus des problèmes mentaux et psychiques, sont atteints de différentes maladies organiques. Par conséquent, le traitement de leurs différentes maladies requiert nécessairement une durée plus longue que d'habitude et des frais supplémentaires supportés par le budget de l'hôpital.

Il est à rappeler aussi que la décision d'hospitalisation ou de sortie de malade est une compétence exclusive au médecin traitant.

### **D. Le bloc opératoire**

#### ➤ **Activités du bloc opératoire**

L'exploitation du bloc opératoire est tributaire du nombre de médecins dont dispose l'hôpital dans les différentes spécialités, ainsi que la disponibilité des infirmiers anesthésistes, le nombre réduit de ces catégories de professionnel est utilisé à la fois pour couvrir les opérations chirurgicales des cas urgents dans le cadre des équipes de garde ainsi que les cas programmés.

Aussi et pour garantir plus de transparence en ce qui concerne les interventions chirurgicales au profit des malades, le Ministère de la Santé incite fermement à l'affichage au bloc opératoire de la liste des opérations chirurgicales programmées.

Il est à souligner qu'en dépit des contraintes inhérentes au manque crucial des ressources humaines pour faire fonctionner toutes les salles du bloc opératoire ainsi que les salles de réveil, l'administration de l'hôpital a déployé des efforts supplémentaires pour faire fonctionner la salle de réveil des malades opérés.

### **E. Unités d'examens radiologiques et laboratoires d'analyses médicales**

#### **1. Unités d'examens radiologiques**

L'unité d'examens radiologiques de l'hôpital d'El Jadida connaît une forte pression à cause d'une recrudescence des demandes d'examens radiologiques. En effet ; il suffit de rappeler que ladite unité réalise annuellement plus de 4000 examen par scanner et 3000 échographies ; soit 11 examens par scanner et 09 échographies par jour.

Ceci étant, et eu égard au nombre limité des médecins spécialistes en radiologie face au nombre important des examens urgents et programmés à réaliser, au suivi des malades et à la rédaction des rapports des résultats des examens, il est logiquement justifié d'observer d'assez long délais pour délivrer les résultats des examens aux malades et en particulier ceux relatifs au scanner qui requière plus d'étude.

Il est à retenir par ailleurs que les résultats des examens urgents sont délivrés en priorité sans délai.

Notant aussi qu'en ce qui concerne l'utilisation des appareils d'examens radiologiques, l'administration de l'hôpital veille au fonctionnement permanent de tous les appareils, scanner, Radio et échographe en vue de faire fonctionner incessamment l'appareil de détection du cancer de sein.

## **2. Laboratoires des analyses médicales**

Le laboratoire des analyses médicales de l'hôpital d'El Jadida assure actuellement une gamme plus large des analyses pour compléter le diagnostic des maladies dans toutes les spécialités médicales disponibles à l'hôpital.

Ainsi et afin de garantir la qualité des analyses de laboratoire, les services de l'hôpital veille à la stérilisation systématique des appareils et automates selon un protocole reconnu mis à jour sur un registre tenu par le service de stérilisation. Il est à indiquer que la stérilisation de certains appareils comme le microscope du bloc opératoire se fait selon un protocole particulier eu égard à leur haute sensibilité.

## **F. La pharmacie de l'hôpital et le système de stérilisation du matériel chirurgical**

### **1. La pharmacie du centre hospitalier**

L'administration de l'hôpital veille à la distribution périodique des médicaments aux différents services hospitaliers selon les commandes de ces derniers. Les quantités de médicaments distribuées sont suffisantes pour la prise en charge des malades pendant et en dehors des horaires du travail (Horaires d'ouverture de la pharmacie), sachant que le service des urgences jouit d'un approvisionnement particulier qui prend en considération les besoins nécessaires pour faire face aux différents cas urgents.

En ce qui concerne l'échange intra-hospitalier des médicaments, le but escompté est de rationaliser les dépenses et éviter les péremptions et la perte des médicaments, ainsi, l'utilisation du médicament échangé par un autre hôpital public ne servira que l'intérêt du malade.

A signaler que dans le cadre du soutien de « la stratégie nationale de lutte contre la corruption », les services de l'hôpital veillent à l'affichage au public des médicaments disponibles, en particulier, dans les services d'urgences, et ce dans le but de garantir plus de transparence dans la gestion de ces produits sensibles.

### **2. Stérilisation du matériel de chirurgie**

L'hôpital dispose d'une unité consacrée à la stérilisation du matériel et boîtes de chirurgie, sachant que certains matériels, au vu de leurs sensibilité, requièrent des opérations de stérilisation de haute qualité au sein du complexe chirurgical en utilisant des désinfectants de stérilisation à froid. Cette opération permet de respecter les conditions de qualité et de sécurités pendant toutes ces étapes.

Aussi, et malgré les difficultés de rassembler le matériel des différents services vers l'unité de stérilisation au vu de la charge de travail dans lesdits services, l'unité de stérilisation arrive à assurer toutes les procédures nécessaires pour exécuter ses opérations de stérilisation selon les normes requises de qualité.

En ce qui concerne le traitement de l'air au niveau du service de stérilisation, le système est fonctionnel et le contrat de sa maintenance a été renouveler début 2018.

A cause de la pénurie en personnel paramédical, l'unité de stérilisation est organisée pour fonctionner en deux sessions par jour couvrant la période allant de huit heure (8h) du matin jusqu'à six heure et demi (06h30). Malgré cette contrainte, l'administration de l'hôpital fait en sorte d'assurer pendant la nuit la disponibilité des boîtes de chirurgie stériles.

Les services de l'hôpital appliquent aussi, pour des raisons de sécurité, des procédures spéciales concernant le mouvement des matériels stérilisés, en effet, les circuits du matériel stérilisé et celui non stérilisé sont strictement séparé. L'hôpital dispose en outre de registre réservé exclusivement la reproduction dudit mouvement de matériel.

## **G. Les moyens du Centre Hospitalier**

### **1. Equipements et matériels medicotechniques**

Le Centre Hospitalier détient un inventaire général des différents matériels et équipements disposés au niveau de l'hôpital. Le matériel y est inscrit selon une série numérotation chronologique et ininterrompu, chacun des services hospitaliers détient aussi d'inventaire particulier de matériel dont il dispose.

L'administration de l'hôpital se charge alors du suivi des opérations de maintenances en incitant par écrit les différentes sociétés de la nécessité de s'acquitter de leurs obligations contractuelles de maintenances préventives pendant la période de garantie.

A l'expiration de la période de garantie des équipements médicaux, l'administration de l'hôpital s'est penchée sur la préparation d'un contrat de maintenance qui, actuellement, couvrent la majorité des équipements important afin de garantir leur bon fonctionnement et répondre aux besoins des malades.

### **2. Les ressources humaines**

Le problème de la pénurie aigue en ressources humaines dont souffrent les différents services de santé est devenu structurel, ce qui s'applique aussi aux services hospitaliers relevant du Centre Hospitalier d'El Jadida. Cette situation constitue une pression supplémentaire sur les professionnels de santé, à titre d'exemple en conséquence de la pénurie du personnel :

- Les équipes de l'hôpital de proximité se charge à la fois de couvrir les traitements, le travail au service de chirurgie ainsi qu'au service de médecine pour éviter la fermeture de ce dernier ;
- Le fonctionnement du service de réanimation et malgré la charge de travail est assurée en quatre sessions supplées par trois cadres paramédicaux par session ;
- A cause de la pénurie en médecins, et puisque la priorité est d'assurer garde médicale, les sessions de consultations médicales au Centre de Diagnostic connaît parfois des retards, particulièrement quand elles coïncident avec une session de garde de certains médecins.

### **3. Les ressources financières**

Les recettes de la majorité des établissements de santé ont connu une régression remarquée, cela s'explique par la prise de certaines décisions stratégiques visant à faciliter l'accès aux prestations hospitalières à une large tranche de citoyens. Parmi les décisions les plus importantes, la généralisation du Régime d'Assistance Médicale RAMED dont bénéficie le tiers de la population, la gratuité de la prise en charge des femmes enceintes et l'accouchement normal et par césarienne dans le but de diminuer le taux de mortalité maternelle, ainsi que la libération de l'octroi des certificats pour permis de conduire au profit des médecins du secteur privé.

Ajoutant à cela que pour l'hôpital d'Azemmour, la gratuité des consultations médicales aux urgences est toujours en vigueur depuis son l'ouverture en 2007, et ce, à cause de l'insuffisance en ressources humaines pour assurer la garde au service de facturation relevant du SAA.



## **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.