

Centre hospitalier Ibn Al Khatib Fès

Placé sous la tutelle du Ministère de la Santé, le centre hospitalier régional de Fès Boulemane (CHR) est un établissement géré de manière autonome (SEGMA) qui regroupe les structures suivantes :

- L'Hôpital Ibn al Khatib (HIK : inauguré en 1912 et chef lieu du Centre hospitalier régional. Il a été Centre hospitalier provincial (CHP) de 1998 à 2007 avant d'être érigé en CHR en 2007 ;
- L'Hôpital Ibn al Baitar (HIB), rattaché au CHP Ibn Al Khatib en 2005 ;
- Le Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRTS), rattaché au CHP Ibn Al Khatib en 2006.

La population desservie par le CHR est de près de 1813000 selon le recensement de 2014.

La cour des comptes a effectué une mission de contrôle de la gestion du CHR qui a porté sur les exercices 2010-2014 avec pour objectifs :

- évaluer les résultats et les performances du CHR au regard des objectifs stratégiques et organisationnels ;
- apprécier l'efficacité de la prise en charge des patients et des soins ;
- apprécier la qualité du service rendu et la sécurité des patients ;
- s'assurer de l'utilisation optimale des moyens du CHR.

L'étendue de la mission a été délimitée au regard des objectifs et du temps qui lui sont impartis. Ainsi, le contrôle a porté sur deux structures hospitalières du CHR, à savoir l'HIK et l'HIB, et a couvert les domaines suivants :

- Les aspects stratégiques et organisationnels ;
- Le système d'information ;
- Les ressources humaines et financières ;
- Les activités de dispensation des soins ;
- La pharmacie et le laboratoire ;
- Les activités de soutien (nettoyage, gardiennage, restauration et brancardage) ;
- L'hygiène et la sécurité des patients ;
- Les équipements biomédicaux.

L'effectif du personnel de l'HIK s'est élevé à 272 cadres et agents repartis entre 51 médecins, 157 infirmiers et 64 cadres et agents administratifs et techniques. Les ressources du CHR sont constituées de recettes propres, composées essentiellement des produits des actes et prestations rendus - hospitalisations, consultations, imagerie et analyses médicales, de la vente des produits dérivés du sang et de la subvention de fonctionnement. Ces recettes propres ont enregistré une diminution de 44,50 % entre de 2010 à 2014, passant de 11 502 855,00 DH à 6 383 756,00 DH. Cette baisse s'explique essentiellement par l'entrée en vigueur du RAMED en 2012. Le budget de fonctionnement a été affecté et a connu une baisse de 43,48 % sur la même période passant de 32 894 780,00 DH à 18 591 460,00 DH.

I. Observations et recommandations de la cour des comptes

La mission de contrôle de la gestion menée en partenariat entre la cour des comptes et la cour régionale des comptes de la région Fès-Meknès a abouti à un ensemble d'observations et de recommandations dont les principales sont présentées ci-dessous :

A. Aspects stratégiques et organisationnels

A cet égard, il a été constaté ce qui suit :

1. Planification stratégique

Sur les périodes 2008-2012 et 2013-2016, et suivant les orientations des plans stratégiques nationaux sur les mêmes périodes, le CHR a établi deux plans d'actions stratégiques qui se caractérisent par une redondance annuelle des actions sans indicateurs de mesure des résultats. Sur la période 2011-2014, les actions prioritaires à répercussions financières ne sont pas adossées à un plan de financement. Elles sont de ce fait reprises dans les plans annuels sans jamais être concrétisées.

En outre, le CRH a préparé à la demande du ministère de la santé un budget programme comprenant huit actions prioritaires pour une enveloppe de 3.875.000,00 dhs. Le CRH n'a reçu aucune réponse du ministère depuis le 05/06/2013, date d'envoi de ce projet qui repose en totalité sur un financement du ministère.

En l'absence d'indicateurs de performance permettant d'évaluer la pertinence des objectifs et des résultats, le CHR se contente de la présentation annuelle des résultats au comité de gestion. Les recommandations de ce comité ne font d'ailleurs pas l'objet de suivi et d'évaluation.

Au vu de ce qui précède, la Cour des comptes recommande au CHR d'améliorer sa planification stratégique en :

- *fixant des prévisions en termes de performance ;*
- *fixant pour ses actions, devant être issus d'une vision stratégique, un échéancier et un montage financier favorisant la collaboration et garantissant leur conduite à terme ;*
- *améliorant le fonctionnement et l'effectivité du rôle du comité de gestion dans l'évaluation des choix stratégiques et organisationnels du CHR et en instaurant un mécanisme de suivi de ses recommandations.*

2. Système d'information et contrôle interne

2.1 Gestion de l'information hospitalière

Le service d'accueil et d'admission (SAA), à travers des relations fonctionnelles avec l'ensemble des centres d'activité de l'hôpital, s'occupe de toutes les formalités administratives d'admission, de facturation et de recouvrement. Il utilise à cette fin un système d'information non intégré et composé principalement d'une application informatique « DIMBAF » et d'un système d'information papier : L'application informatique, mise en place par la division de l'informatique et des méthodes relevant du ministère de la santé, traite à la fois les informations recueillies par le service de l'enregistrement et des entrées et celles renseignées par les services médicaux, dans les fiches relatives à l'hospitalisation, à l'ambulatoire (actes de consultation et de diagnostic) et aux urgences;

L'examen du fonctionnement de ces systèmes d'information a permis de relever des insuffisances parmi lesquelles :

➤ Application non sécurisée et non fiable

L'accès est ouvert à tous les utilisateurs sans définition de niveau d'accès. Il a ainsi été relevé que les agents du service admission et facturation peuvent modifier des factures préalablement enregistrées et sans que l'opération génère des traces sur l'application. Le système permet en outre

d'éditer la fiche de sortie aux malades sans que la date soit renseignée. Ceci ne permet pas d'avoir des informations fiables sur la durée d'hospitalisation.

➤ **Défaut de la qualité de certaines informations**

Le code CIM10 se rapportant au diagnostic d'admission et actes projetés n'est pas systématiquement renseigné par les services producteurs de soins. L'application ne peut donc pas restituer des statistiques épidémiologiques.

A travers l'examen des situations d'entrées et de sorties des patients hospitalisés en 2014, il est apparu que 357 malades ont quitté l'hôpital sans effectuer leurs démarches de sortie et sans que les services hospitaliers ne déclarent ces sorties et leur contexte.

De plus, l'application permet l'attribution de plusieurs « identifiant patient (IP) » pour le même patient. Il a été relevé, en effet, qu'au cours de la même année, pour le même patient et pour la même spécialité plusieurs dossiers d'hospitalisations sont ouverts. Cette insuffisance ne permet pas d'avoir l'historique du patient à partir d'un « IP » unique.

➤ **Des faiblesses du contrôle interne du système de facturation**

Les codes « NJAP » des actes et prestations de soins, qui sont à la base de la facturation, ne sont pas toujours portés sur les fiches des prestations. Ceci entraîne un risque de sous ou surfacturation. De plus, les factures établies par la section de la facturation sont sujettes à des modifications sans aucune traçabilité, et en l'absence d'une fonction de contrôle et validation de ces factures.

Les payants directs ne sont pas enregistrés au service d'accueil et d'admission et ne reçoivent pas de factures concernant les prestations rendues. Il n'y a aucune traçabilité sur ce type de débiteurs. Ce qui dénote l'absence de contrôle interne à ce niveau qui aurait dû se baser sur des rapprochements entre la section enregistrement, la section facturation et la régie. De même, les assurés couverts par l'assurance maladie obligatoire (AMO) versent au caissier 20% de la tarification appliquée sans factures préalablement établies. De telles pratiques, non conformes par ailleurs aux prescriptions du guide du fonctionnement du SAA, constituent des risques d'erreurs ou de fraudes.

En somme le système de facturation est marqué par des faiblesses du contrôle interne. Les pratiques liées à la fonction de la facturation au niveau de la SAA ne permettent pas une maîtrise des risques et, partant, ne permettent pas de garantir la fiabilité des informations financières.

➤ **Manque du contrôle de la fiabilité et de la qualité des informations**

La gestion de l'information hospitalière au niveau du SAA ne prévoit pas une fonction de contrôle ayant pour objectif de vérifier la cohérence des informations de la section d'information et des statistiques du SAA et celles émanant des différents services hospitaliers.

2.2 Gestion des rendez-vous des patients

La gestion des rendez-vous s'appuie sur l'application informatique « mawidi » mise en place par le ministère de la santé. L'examen du fonctionnement de cette application a donné lieu aux observations suivantes :

➤ **Une application non sécurisée**

Les utilisateurs du SAA chargés de l'enregistrement des rendez-vous ainsi que ceux du centre de diagnostic chargés de valider les consultations ont l'accès à toutes les fonctionnalités de l'application, sans affectation des droits d'accès ou rôles pour chaque profil (annulation, confirmation, visualisation de liste des rendez-vous). Ce qui montre que l'application n'est pas sécurisée contre toute modification ou utilisation abusive. A ce propos, il a été constaté que l'informaticien responsable de la gestion de l'application procède régulièrement au « balayage » des rendez-vous dont les noms sont enregistrés plusieurs fois ou des rendez-vous suspectés d'être fictifs. Or, le remplacement des noms balayés profite à des patients, jusqu'alors non enregistrés, qui obtiennent des rendez-vous avec des dates rapprochées. De ce fait, on se retrouve avec des

rendez-vous ayant la même date pour des dates d'enregistrement de demandes de RDV bien décalés. Ce qui contrevient au principe de l'égalité de l'accès aux soins.

➤ **Carences dans le fonctionnement de l'application informatique**

Le fonctionnement de l'application soulève en outre les insuffisances suivantes :

- Absence d'interface avec l'application DIMBAF susvisée ;
- Absence de la validation systématique des consultations au centre de diagnostic ;
- Absence d'un état de rapprochement entre les consultations programmées et celles réalisés ;
- Absence d'une interface adaptée à la nature de la prestation.

En conséquent, la Cour des comptes recommande au CHR de :

- *Mettre en place, avec l'appui du ministère de la santé, un système d'information intégré et sécurisé qui intègre l'ensemble des informations administratives, médico-administratives et financières, et ce pour une gestion efficace de l'information hospitalière ;*
- *Procéder à l'attribution d'un « identifiant patient (IP) » unique pour chaque patient quel que soit le nombre des admissions à l'hôpital, et ce pour avoir un historique sur le patient à partir de cet identifiant ;*
- *Généraliser la facturation préalable pour l'ensemble des actes relevant de l'ambulatoire (actes de consultation et de diagnostic) et des urgences ;*
- *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 ;*
- *Veiller sur le respect du principe de l'équité de l'accès aux soins dans la gestion des rendez-vous des patients.*

3. Ressources humaines

Concernant cet aspect il a été relevé ce qui suit :

➤ **Effectif insuffisant du personnel paramédical**

L'effectif du personnel paramédical a connu une régression sur la période 2010 à 2014 passant de 176 à 157, soit une baisse de 10%. Ceci tient, d'une part, aux départs en retraite -, anticipés ou par limite d'âge et non remplacés, et d'autre part, au changement de cadre « infirmier » au cadre « administrateur » pour 13 infirmiers. Cet effectif, rapporté à la capacité litière de chaque service de médecine, montre que la majorité de ces services souffre d'un besoin en personnel paramédical. Le nombre de lits par infirmier se situe entre 10 et 20 le jour et entre 20 et 60 la nuit. Ce qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article 38 de l'arrêté du Ministre de la santé n°1693-00 du 02 novembre 2000, fixant les normes techniques des cliniques, qui précise que l'on doit disposer, au minimum et à temps complet, pour les soins, d'un infirmier diplômé d'Etat et d'un infirmier auxiliaire pour 10 lits.

➤ **Viellissement de la pyramide des âges du personnel paramédical**

La pyramide d'âge du personnel infirmier révèle un vieillissement de cette catégorie de personnel. En effet, 57% du personnel paramédical est âgé entre 51 et 60 ans, 36% entre 31 et 50 ans et 7% entre 20 et 30 ans. Cette tendance conjuguée à la régression des effectifs est de nature à affecter la qualité des prestations hospitalières.

La Cour des comptes recommande au CHR d'élaborer un plan des effectifs basé sur l'analyse des postes, le réajustement des effectifs entre structures hospitalières et la programmation de nouveaux recrutements.

B. Prise en charge des patients et production des soins

Les observations suivantes ont été relevées :

1. Gestion des rendez-vous

a. Hôpital ibn al khatib

Les délais de rendez-vous moyen (DRVM) pour l'année 2014 ont été extrêmement longs pour la chirurgie générale, l'endocrinologie et la dermatologie (entre 4 mois et 7 mois), très longs pour la cardiologie, la néphrologie, la médecine interne et l'ophtalmologie (entre 1 mois 23j et 2 mois 23j), et relativement peu élevés pour la gynéco-obstétrique, la pédiatrie et la pneumologie (entre 7j et 16j). Durant la période 2010-2014, le DRVM a connu des fluctuations. Il a atteint son pic en 2013 (6 mois après l'entrée en vigueur du RAMED), quasiment toutes spécialités confondues, avec une moyenne de 105,5 jours. Cette moyenne a été impactée par des délais extrêmement élevés observés au niveau de la dermatologie et de l'endocrinologie ayant atteint respectivement 9 mois et 7 mois 21j. De 2013 à 2014, l'augmentation du nombre de médecins de ces spécialités, passant de 25 médecins à 29 médecins, ainsi que les gains en productivité des médecins de 12,86% en moyenne ont ramené le DRVM de 150,5j à 73j. Ceci reste insuffisant car en deçà des réalisations de 2012, (45j pour un effectif de 28 médecins).

b. Hôpital ibn al baitar

La gestion informatique des rendez-vous n'ayant démarré qu'en 2015, les informations pour la période 2010-2014 ne sont pas disponibles. En juin 2015, les DRVM se sont situés à 6mois pour la rhumatologie, à 4 mois pour la neurologie et à un mois pour la médecine physique et la réadaptation.

2. Indicateurs de l'efficience de prise en charge des patients

a. Hôpital ibn al khatib

➤ Taux d'occupation moyen faible pour les services de pneumologie, de cardiologie, de chirurgie et de réanimation

Les services de pneumologie, de cardiologie, de chirurgie et de réanimation, qui ont respectivement une capacité d'accueil fonctionnelle de 60, 30, 22 et 10 lits présentent le TOM le moins élevé pour les années 2012, 2013 et 2014, avec des moyennes respectives de 52%, 43,5%, 33,12% et 13%. Ces taux restent inférieurs à la moyenne nationale de l'année 2013 qui est de 63,60 %, ce qui dénote une sous-utilisation des structures de ces services. Les services d'endocrinologie et de maternité affichent le TOM le plus élevé dépassant 100% pour certains mois de l'année. Pour le service de l'endocrinologie, le surplus de patients à hospitaliser est orienté au service de médecine générale. Tandis que le service de maternité garde le surplus au niveau de ses locaux.

➤ DMS élevée pour la pneumologie, l'endocrinologie et la médecine interne

Les services de pneumologie, d'endocrinologie et de médecine interne affichent, pour les années 2012, 2013 et 2014, la DMS la plus élevée avec des moyennes respectives de 12jours, 10jours et 9jours. Les investigations menées sur place et les entretiens avec les différents chefs de services ont permis de relever des facteurs tant d'ordre organisationnel que d'ordre médico- techniques, expliquant cette hausse de la DMS, qui se résument dans ce qui suit :

- **Hôpital du jour non pratiqué** : Il a été constaté que les activités de l'hôpital du jour ne sont pas pratiquées pour la majorité des services, et ce à cause de la non définition des pathologies et actes pouvant être pris en charge par l'hôpital du jour et du manque du personnel paramédical qualifié et des équipements medicotechniques.

- **Non instauration de la garde résidentielle :** L'absence du médecin de garde au niveau du service ne permet pas la prise de décision rationnelle quant à l'hospitalisation du patient. En effet, l'orientation des patients passant par les urgences en dehors des horaires administratifs pour hospitalisation aux services, notamment de médecine générale et médecine interne, s'avère parfois sans fondement comme l'ont déclaré les médecins chefs de ces services et fait augmenter par conséquent la DMS. Ce constat est d'autant vrai pour les patients hospitalisés la nuit du vendredi, qui doivent attendre le lundi pour que le médecin du service se prononce sur la pertinence de l'hospitalisation.
- **Absence de salles de gestes au niveau du centre de diagnostic :** Le centre de diagnostic ne dispose pas de salles de gestes pour la prise en charge des malades. La présence de cette salle est de nature à assurer les actes de petite chirurgie et les soins non compliqués, sans passer par l'hospitalisation. Il importe de signaler que l'immobilisation des lits par des patients pour une période élevée est de nature à accroître le coût d'hospitalisation. D'ailleurs, la DMS élevée des services de pneumologie, d'endocrinologie et de médecine interne a toujours fait l'objet de recommandations du comité de gestion sans que le CHR ne prenne les dispositions nécessaires pour fluidifier la prise en charge et réduire la DMS.

b. Hôpital ibn al baitar

La mission a constaté qu'au niveau de cet hôpital, le TOM n'a pas dépassé 28% pendant les quatre années considérées. Le taux le plus important a été enregistré en 2014 avec 36,84 %. La DMS s'est situé à 16,15 jours. Force est de constater que l'HIB affiche un TOM très bas et très en deçà des 63.60% de moyenne nationale en 2013. Ceci est dû à l'absence en son sein des examens biologiques et radiologiques nécessaires pour une bonne prise en charge des hospitalisés. Cette structure d'hospitalisation est donc sous utilisée.

La Cour des comptes recommande :

- *D'agir en vue de diminuer les délais de rendez vous longs, en particulier pour la chirurgie générale, l'endocrinologie, la dermatologie, la cardiologie, la néphrologie et la médecine interne, et ce en améliorant la productivité des médecins et, si nécessaire, en renforçant l'effectif des médecins dans ces disciplines ;*
- *D'optimiser l'utilisation des lits pour réduire le coût d'hospitalisation, et ce en agissant sur les paramètres suivants :*
- *Réduire la DMS en particulier pour les services de pneumologie, d'endocrinologie et de médecine interne et ce, en mettant en place l'hôpital du jour pour les pathologies et actes pouvant être pris en charge par cette unité et, parallèlement, en dotant les services cliniques du personnel paramédical qualifié, des équipements medicotechniques et des examens biologiques nécessaires ;*
- *Regrouper les services d'hospitalisation ayant un TOM faible et ne présentant pas une incompatibilité clinique. Ce qui permettrait de disposer des lits qui seront mobilisés pour répondre à la demande en hospitalisation pour les services qui affichent un TOM élevé ;*
- *Doter l'HIB d'un service de radiologie pour assurer les examens nécessaires pour une bonne prise en charge des patients hospitalisés.*

3. Conditions d'accueil et d'hospitalisation

➤ Manque d'espace d'accueil et d'attente à l'hôpital Ibn Al Khatib

Le CHR souffre de l'absence des espaces d'accueil et d'attente appropriés. En effet, les patients accompagnés de leurs familles qui se présentent au SAA, soit pour l'enregistrement soit pour le règlement des prestations rendues, ne s'installent pas dans un espace d'accueil et d'attente adéquat. Ils restent à l'extérieur du service, exposés aux aléas climatiques. De même, au niveau

des services cliniques et médicotechniques de l'hôpital, l'attente se fait dans les couloirs dans le même circuit du personnel ; chose qui dérange les professionnels de l'hôpital.

➤ **Le transport des patients ne se fait pas par les brancardiers**

Le brancardage des patients se fait par leurs accompagnants. Ceci tient au fait que les brancardiers affectés à l'hôpital dans le cadre du marché relatif au service externalisé de brancardage, effectuent d'autres tâches administratives et techniques à l'hôpital.

➤ **Circulation non maîtrisée des véhicules et des personnes à l'intérieur de l'hôpital affectant le bien être des patients**

L'existence d'une seule porte d'accès à l'hôpital, l'emplacement du centre du diagnostic à l'intérieur de l'hôpital, du siège de la délégation de la santé de la province de « Moulay Yaacoub », de l'annexe de l'ISPITS et de 37 logements domaniaux, sont autant d'éléments qui ne permettent pas la séparation des circuits : Personnel, malades, patients, locataires, visiteurs et logistiques, et rendent fréquemment la circulation des véhicules et des personnes à l'intérieur de l'hôpital non maîtrisable, causant ainsi un désagrément, affectant le bien être des patients.

➤ **Conditions d'hospitalisation ne favorisant pas l'humanisation de la prise en charge des patients**

L'hospitalisation se fait dans des salles de 8 lits alors que l'arrêté du ministre de la santé n° 1693-00 du 2 novembre 2000 fixant les normes techniques des cliniques stipule dans son article 16 que l'hébergement des malades doit se faire soit dans des chambres individuelles soit dans des chambres à deux lits. Au niveau de la majorité des services, ces salles ne sont dotées ni de lits articulés ni de lits adaptés aux besoins des cas particuliers, et les blocs sanitaires sont en général mal entretenus, dégagent des odeurs nauséabondes et leurs équipements de plomberie et sanitaires sont dans un état de dégradation avancée. Les patients porteurs de maladies contagieuses partagent la même chambre avec les autres patients par manque de salles d'isolement. De même, le bloc opératoire ne dispose pas de salles de préparation à l'intervention distinctes pour hommes et pour femmes.

➤ **Le déménagement des structures médicales de l'HIB a impacté le niveau de d'activités**

Les services d'hospitalisation de l'HIB ont été contraints à abandonner, fin 2014, leur bâtiment. Celui-ci, construit récemment par la Fondation Mohamed V, a révélé des graves défaillances et anomalies de construction graves. Les services d'hospitalisation sont actuellement logés à titre provisoire au niveau de l'hôpital provincial « Al Ghassani ». Cette situation qui dure depuis plus d'un an a eu un impact négatif sur l'activité. Ainsi, les journées d'hospitalisation sont passées de 783j à 296j entre septembre 2014 et mai 2015 soit une diminution de 62 %. Le nombre d'actes de rééducation a quant à lui régressé de 16,10%, en passant de 7762 actes 6512 actes entre en juin 2014 et mai 2015. Et dans rubrique, les actes de psychomotricité ont été les plus affectés du fait de l'impossibilité pour cette unité d'utiliser tous ses équipements ; la salle ne se prêtant pas à cela.

4. Production des soins

L'analyse des indicateurs de performance ainsi que les questions soulevées dans le comité de gestion ont montré que certaines fonctions de soins au niveau l'HIK connaissent des problèmes impactant la dispensation, l'efficacité et la qualité des soins. Lesdits problèmes et leurs causes ont été identifiés et analysés. Ci après certaines d'entre elles :

a. Les urgences

Avec 9 médecins et 13 infirmiers, le service des urgences a réalisé en 2014 48304 consultations dont 5483 à caractère chirurgicale soit 11.35%. Ceci dénote des limites de la fonction d'urgence dans un hôpital ayant une vocation régionale.

➤ **Prise en charge limitée**

Les cas urgents présentant un risque vital ou fonctionnel ne sont pas tous pris en charge. Ce constat est illustré dans les cas suivants :

- Les personnes victimes des accidents de la voie publique sont orientés vers d'autres structures sans passer par le service des urgences ;
- Les pathologies nécessitant une intervention chirurgicale d'urgence ne sont pas prises en charge à cause de l'absence de la garde résidentielle au service de la chirurgie générale, de l'ORL et de l'ophtalmologie ainsi que l'absence des spécialités de la neurochirurgie, de la traumatologie-orthopédie et de la chirurgie pédiatrique ;
- Les pathologies nécessitant une réanimation médicale ne sont pas prises en charge à cause de l'absence de cette spécialité ;
- La salle de déchoquage n'est pas fonctionnelle pour manque de personnel qualifié.

Dans pareils cas, le service des urgences procède au transfert des patients concernés vers d'autres structures de soins.

b. Service de réanimation

Le service de réanimation compte 3 médecins et 8 infirmiers. Sa capacité litière fonctionnelle (CAF) est de 10 lits alors que son TOM n'a été que de 13% en moyenne sur les trois dernières années.

Les patients des urgences ou hospitalisés dans les services qui nécessitent une réanimation médicale ne sont pas pris en charge par le service de réanimation et sont transférés au CHU. Dans cette situation, le nombre de décès enregistré dans les services est très élevé par rapport à celui du service de la réanimation, En effet, la moyenne de décès sur les deux dernières années, enregistrée au niveau de tous les services, a atteint 329 décès, alors que celle du service réanimation était seulement de 3 décès. Le comité de gestion dans sa réunion du 30/03/2015 a soulevé le caractère paradoxal de cette situation, en concluant que le service de réanimation ne joue pas le rôle qui lui est assigné.

c. Service de chirurgie

Le service de la chirurgie de l'HIK dispose d'une capacité théorique de 62 lits. Toutefois la capacité fonctionnelle n'est que de 22 lits. Le TOM en 2014 n'a pas dépassé 32%. Ce service compte actuellement un chirurgien viscéral qui pratique seulement des interventions programmées (à froid) et un médecin spécialisé en ORL qui, par manque de matériel chirurgical spécifique, n'effectue principalement que les actes relatifs à la glande thyroïde qui nécessite le même matériel que la chirurgie générale. Les autres disciplines chirurgicales à savoir, la traumatologie-orthopédie, la chirurgie infantile, la neurochirurgie, la chirurgie réparatrice et l'urologie ne sont pas pratiqués au niveau de ce service. De même, La productivité des médecins de ce service est en régression continue. Elle est passée de 5 ICM/semaine en 2010 à 3 en 2014. Tous ces éléments reflètent le déclin de la chirurgie et le manque de visibilité quant à sa continuité et pérennité dans un hôpital à vocation régionale.

d. Service de maternité

Le service de gynéco-obstétrique dispose de 5 médecins répartis entre la gynécologie et l'obstétrique, de 25 sages-femmes et accoucheuses et d'une CAF de 55 lits dont 47 pour l'hospitalisation.

➤ **Mauvaises conditions de prise en charge des naissances**

Le service de gynéco-obstétrique affiche un TOM très élevé, dépassant parfois le taux de 100%. A titre d'exemple, pour les mois de novembre et décembre 2014, celui-ci a atteint respectivement 142 % et 135 %, 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 dans des conditions

inhumaines. De même, les suites de couches ne dépassent pas 24 heures, au lieu des 48 heures recommandées par le plan d'action 2012-2016 visant la réduction des mortalités maternelle et néonatale. En plus, les parturientes présentant des complications sont transférées au CHU dans de mauvaises conditions. La seule ambulance à la disposition de l'hôpital n'est pas médicalisée. De même, l'HIK n'a aucun retour d'information sur les cas transférés.

➤ **Non observation de la garde résidentielle par les médecins**

Malgré le flux intense que connaît le service de gynéco-obstétrique, les cinq médecins n'observent pas le système de garde résidentielle. Ceci constitue un grand risque pour les pathologies nécessitant une intervention rapide, notamment les cas des hémorragies et d'accouchement dystociques.

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

Le nombre d'accouchement a connu une diminution de 20% entre 2010 et 2013, puis un accroissement entre 2013 et 2014, dans la même proportion, pour s'établir à 7529. En revanche le nombre de césariennes a accusé une régression nette de 34%, en passant de 1064 opérations à 701 opérations. De même, La productivité des médecins a enregistré une contre-performance de 21%, en passant de 177 césariennes/médecin/an à 141 césariennes/médecin/an.

Le nombre de mort nés pour mille a enregistré une diminution de 40,47%, entre 2010 et 2013, en passant de 19 à 11,31, ensuite, il s'est accru de 22,10 % pour s'établir à 13,81 en 2014.

e. Service de pédiatrie

➤ **Nombre de décès alarmant au niveau du service de la pédiatrie**

Le service de pédiatrie enregistre un nombre élevé de décès avec un taux moyen annuel de 88 pour mille sur les quatre dernières années. Le nombre de décès néonataux, a enregistré un accroissement de 8% entre 2011 et 2013, en passant de 197 à 214, il a ensuite régressé de 11% pour s'établir à 190 en 2014. Le nombre de décès à un âge inférieur à 24 heures reste très préoccupant, il a augmenté de 36% pour atteindre 86 décès en 2014.

Le nombre des prématurés hospitalisés est en progression continue. Il est passé de 95 admissions en 2011 à 136 admissions en 2014, soit un accroissement de 43%. Cependant, le taux de mortalité des prématurés est extrêmement élevé. Il a atteint 419/1000 en 2014. Il importe de signaler que le taux de décès des prématurés reste extrêmement élevé par rapport à la moyenne nationale ; les chiffres publiés en 2012 montrent que le taux moyen national n'a pas dépassé 26 %, alors que le taux enregistré à l'HIK est de 45%.

Le taux de décès élevé enregistré dans le service de la pédiatrie s'explique principalement par la non-conformité des conditions d'hygiène aux normes requises. En effet, une enquête menée, suite à des épidémies nosocomiales en 2010 au niveau du service, a révélé des insuffisances dans les mesures d'hygiène et d'entretien des couveuses, constituant des facteurs de risques. Ces insuffisances se résument 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 aux salles de néonatalogie n'obéit pas à des règles rigoureuses.

A cet effet, des recommandations ont été émises par l'équipe d'enquête en vue de pallier à ces insuffisances. Or, en 2014 une autre enquête menée, suite à une épidémie nosocomiale qui a causé 11 décès en 72 heures, a de nouveau mis en cause les conditions d'hygiène et d'entretien dans ce service, et a reconduit les mêmes recommandations. Ce qui dénote que depuis 2010, l'HIK n'a pas réussi à mettre en place les mesures et les dispositifs de sécurité pour se prémunir contre les

risques d'infections nosocomiales. Aux facteurs de risques décelés par l'enquête susvisée, s'ajoutent d'autres facteurs soulevés par les médecins de services :

- Les salles de néonatalogie et de réanimation ne sont pas isolées des salles d'hospitalisation du service de la pédiatrie ;
- L'absence d'un incubateur pour transporter les prématurés et manque de couveuses suffisantes pour les prématurés ;
- Le manque de formation du personnel paramédical en néonatalogie et en hygiène ;
- La structure du bâtiment n'est pas adaptée. Elle souffre d'un manque d'aération et l'évacuation des eaux du ménage se fait dans les salles d'hospitalisation ;
- L'absence d'une salle d'isolation pour les cas contagieux ;
- Le service de la pédiatrie ne dispose pas d'une unité de réanimation et d'une unité de néonatalogie équipées du matériel médicotechnique
- L'absence au niveau du laboratoire de l'examen bactériologique du liquide céphalorachidien. Ce qui peut induire à des diagnostics erronés et des traitements à l'aveugle ;
- L'absence de service de chirurgie infantile au niveau de l'hôpital devant prendre en charge les cas nécessitant une intervention en urgence.

f. Le bloc opératoire central

Le bloc opératoire central, disposant de trois salles dont deux fonctionnelles, ne répond pas aux normes prévues par les articles 32 et 33 de l'arrêté du Ministre de la santé n°1693-00 du 02 novembre 2000, fixant les normes techniques des cliniques.

La Cour des comptes recommande au CHR :

Au niveau des urgences :

- *De doter le service des urgences en équipements médicotechniques nécessaires ;*
- *D'œuvrer pour prendre en charge les cas urgents chirurgicaux, en mettant en place les mesures d'accompagnement nécessaires, notamment la mise en place des disciplines chirurgicales prévues par le décret n° 2-06-656 du 13 avril 2007 relatif à l'organisation hospitalière, en vue de conforter la fonction chirurgicale de l'hôpital afin qu'il soit à la hauteur de sa vocation régionale.*

Au niveau de la réanimation : *D'œuvrer pour prendre en charge les patients nécessitant une réanimation médicale tout en instaurant un système de garde au niveau du laboratoire et de la radiologie ;*

Au niveau de la chirurgie :

- *De doter le service de moyens humains nécessaires pour assurer la garde résidentielle, et mettre en place les autres disciplines chirurgicales avec les équipements médicotechniques nécessaires et aménager un bloc central répondant aux normes.*

Au niveau de la maternité :

- *De prévoir l'extension du service, pour augmenter la capacité d'accueil, et l'aménagement d'une salle d'accouchement, d'une salle de consultation « post partum » et des locaux de consultations et d'exploration fonctionnelle répondant aux normes sanitaires avec des circuits différents pour l'ensemble des usagés (personnel, patients et visiteurs) ;*
- *D'instaurer la garde résidentielle des médecins et aménager à cet effet une salle de garde ;*

Au niveau de la pédiatrie :

- *De procéder à l'aménagement du service répondant aux normes sanitaires, notamment en ce qui concerne l'aération et l'éclairage dans les couloirs et les salles d'hospitalisation ;*
- *De procéder à l'aménagement de nouvelles unités de néonatalogie et de réanimation pédiatrique conformément aux normes relatives à l'hygiène hospitalière ;*
- *D'instaurer la garde résidentielle des pédiatres et aménager à cet effet une salle de garde ;*
- *De veiller scrupuleusement à l'application des règles d'hygiène pour prévenir les infections nosocomiales afin de réduire le taux de mortalité néonatale.*

C. Hygiène hospitalière et sécurité des patients

➤ Insuffisances dans le contrôle de la qualité des repas

Il a été constaté ce qui suit :

- Les prélèvements d'environnement dans la chambre froide n'ont jamais été effectués, et les prélèvements des surfaces de contacts (lieu de préparation des repas) n'ont pas été effectués depuis 2011. Ce qui n'est pas conforme aux prescriptions du manuel d'hygiène hospitalière et de prévention des infections nosocomiales préparé en 2009 par le ministère de la santé en collaboration avec l'OMS ;
- Les prélèvements ne sont pas effectués au lit du patient, surtout que les repas prennent du temps avant d'être distribués au niveau des unités de soins éloignées (HIB) et en l'absence des équipements isothermes de transports des aliments ;
- La distribution spatiale de la cuisine ne permet pas le respect du principe de la marche en avant (séparation des circuits sales et propres).

➤ Défaillances dans le nettoyage et la désinfection des locaux des services hospitaliers et absence du contrôle des agents infectieux manu portés

Il a constaté des contraintes liées à l'environnement interne de l'HIK, impactant la qualité de nettoyage et d'hygiène. Ces contraintes résident dans la persistance de quelques fosses septiques au niveau de l'HIK et des bouches d'évacuation des eaux du ménage dans les salles d'hospitalisation de certains services ainsi que l'abondance des chats errants au niveau de l'hôpital. D'un autre côté, les prélèvements de surfaces et d'air au niveau des zones à risque, ne sont pas programmés suivant une périodicité définie par le CLIN, et ce afin de satisfaire les conditions d'une bonne application des procédures de bio nettoyage.

En dépit des actions de sensibilisation sur la prévention du risque de transmission des agents infectieux manu portés, il a été constaté qu'il y a un manque de zones de lavage des mains et de distributeurs de savon à proximité des malades (au niveau de chaque secteur et au niveau des grandes salles). Celles-ci étant nécessaires pour diminuer les transmissions croisées et la contamination manu portée. De plus, aucun prélèvement ne se fait au niveau des mains des professionnels, de leurs blouses et du matériel qu'ils utilisent, en vue d'évaluer le risque de transmission des infections manu portées et de prendre les mesures qui s'imposent.

➤ Défaillance dans la gestion des déchets hospitaliers

La mission a constaté que le tri des déchets hospitaliers ne se fait pas à la source. Il se fait à la fin de la journée par une femme de ménage. Ce qui peut causer la contamination de l'environnement et la propagation des infections dans l'entourage. De plus, ceci n'est pas conforme aux prescriptions de l'article 42 du marché cadre n°01/2012 relatif à l'hygiène et nettoyage des locaux du CHR Fès Boulemane, qui précise que « il est interdit aux agents de nettoyage de toucher ou d'évacuer des sacs contenant des déchets hospitaliers tels que : du matériel médical contaminé, des pansements utilisés, des fournitures souillées... ». De même, les agents de la société de nettoyage, empruntent le circuit des malades et professionnels au niveau des services hospitaliers et aux salles de prélèvements et de tests au niveau du laboratoire. Ce qui n'est pas conforme aux

exigences de sécurité sanitaire et de protection contre la propagation des infections au niveau de l'hôpital.

La Cour des comptes recommande au CHR :

- *De renforcer l'intervention du CLIN en matière de lutte contre les infections nosocomiales et ce conformément aux prescriptions de l'article 21 du règlement général des hôpitaux du 6 juillet 2010 ;*
- *D'améliorer les conditions de préparation et de distribution des repas en respectant les normes d'hygiène ;*
- *De veiller à ce que les prélèvements des surfaces, d'air, de l'eau et des aliments soient programmés suivant une périodicité définie par le CLIN ;*
- *De renforcer le contrôle d'exécution des marchés relatifs à la préparation et fourniture des repas et à l'hygiène et le nettoyage des locaux, et ce en précisant au niveau des cahiers de charges la fréquence des contrôles, les paramètres à contrôler, les outils de contrôle et les critères de choix des zones et services comme lieux de contrôle ;*
- *De renforcer les capacités des responsables d'hygiène par des formations en matière d'hygiène hospitalière ;*
- *De prévenir la contamination manu portée en prenant les mesures nécessaires en matière d'hygiène vestimentaire et d'hygiène des mains*
- *De mettre en place un procédé adéquat de tri des déchets hospitaliers à la source et prévoir des niches de stockage de ces déchets dans le cadre de la séparation des circuits sales et propres ;*

D. Gestion des produits pharmaceutiques, du laboratoire et des équipements biomédicaux

1. Gestion des produits pharmaceutiques

Les investigations menées sur place par la mission de contrôle, concernant l'organisation de la pharmacie hospitalière et la gestion des produits pharmaceutiques, a permis de relever des écarts par rapport 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, et aux bonnes pratiques, que l'on présente dans ce qui suit :

➤ Non respect des normes de conservation des produits pharmaceutiques

Les conditions de conservation et de sécurité des produits pharmaceutiques présentent les dysfonctionnements suivants :

- La vétusté et le délabrement des locaux de la pharmacie ne permettent pas le nettoyage, et la désinfection aisée des sols, des murs et des plafonds ;
- Les locaux de stockage sont dépourvus de systèmes de surveillance et de sécurité (systèmes d'alarmes et de vidéosurveillance) et système de secours préventif capable de faire face aux défaillances ;
- Les niveaux d'éclairage, de la température et de la 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, outre la conservation et la protection des produits pharmaceutiques, de bonnes conditions de travail du personnel ;

- Parmi les trois sites de stockage, deux sont dépourvus de rayonnages et de climatisation. Les caisses des produits pharmaceutiques sont déposées directement sur le sol, en l'absence des palettes et des transpalettes ;
- Les surfaces apparentes des locaux de stockage présentent par endroits, des fissures, et des infiltrations d'humidité.

➤ **Défaillances dans la gestion des stocks**

La pharmacie ne dispose pas d'un système d'information intégré à celui de l'hôpital pour assurer la traçabilité des médicaments et dispositifs, ni même d'une application informatique approprié pour la gestion des stocks. En outre, Les tâches ne sont pas bien définies. A titre d'exemple, le préparateur effectue plusieurs tâches en même temps. Il réceptionne les livraisons, prépare les commandes des services, range les produits pharmaceutiques, assure le suivi des consommations d'oxygène pour les services cliniques et remplit les fiches de stocks. Il est par ailleurs nommé surveillant général à l'hôpital. Ce qui ne permet pas un bon contrôle interne basé sur la séparation des tâches ;

➤ **Des Médicaments et dispositifs périmés**

La mission a constaté l'existence des quantités de médicaments et dispositifs périmés. En 2014, la valeur des médicaments et dispositifs périmés déclarée par le pharmacien chef est de 424.932,58 DH. Outre les défaillances relatives à la gestion des stocks, la péremption des médicaments s'explique par les causes suivantes :

- Des livraisons en dehors de tout planning : la pharmacie reçoit ainsi chaque année des livraisons en retard de médicaments et dispositifs, au titre de reliquat des années antérieures. Ceci crée souvent des situations soit de ruptures en médicaments et dispositifs, soit des surstocks.
- La livraison de médicaments et dispositifs dépassant les besoins des services. A titre d'exemple, l'Hôpital a reçu en 2014 814 implants oculaires et n'a utilisé que 20.
- La réception et la détention de médicaments et dispositifs périmés ou proche périmés,
- La diminution de l'activité de certains services cliniques pour départ des médecins, exemple le cas du service de chirurgie ;
- La mauvaise estimation des besoins en médicaments et dispositifs. Celle-ci se base sur les consommations antérieures des services sans intégrer les changements des protocoles thérapeutiques et les éléments de la morbidité,
- Les délais brefs accordés par le ministère de la santé aux responsables pour établir les commandes des produits pharmaceutiques.

La Cour recommande au CHR :

- *De mettre en place une solution informatique pour la gestion des stocks, dans le cadre d'un système intégré entre la pharmacie et les différents services de soins ;*
- *D'éviter la péremption des médicaments et dispositifs, et ce en exigeant de la pharmacie centrale d'établir un planning d'approvisionnement qui tient compte des capacités de stockage et des besoins réels ;*
- *De renforcer les mesures de conservation et de sécurité au niveau des locaux de stockage, moyennant la mise en place d'un système de contrôle de la température, de l'humidité et du niveau d'éclairage et de ventilation ;*
- *De doter la pharmacie de personnel qualifié pour assurer la gestion des médicaments avec rigueur et efficacité.*

- *La Cour des comptes recommande également la mise en place d'une pharmacie régionale chargée de la distribution réglementée des médicaments en fonction des besoins réels et, le cas échéant, assurer l'échange des médicaments entre les pharmacies régionales.*

2. Gestion du laboratoire d'analyses

➤ **Personnel de laboratoire insuffisant**

Le laboratoire dispose d'un seul médecin biologiste qui cumule le travail de chef du laboratoire et assure la validation des résultats des analyses biologiques. En son absence, les résultats sont délivrés sans validation. De même, La culture du bacille de Koch (BK), technique nécessaire pour le diagnostic de la tuberculose, ne s'effectue pas, faute d'un technicien bacilloscopiste.

➤ **Indisponibilité de certaines analyses indispensables**

La mission a constaté que certaines analyses jugées indispensable par les médecins, ne sont pas effectuées au niveau du laboratoire, il s'agit :

- Des analyses bactériologiques en l'occurrence l'examen bactériologique du liquide céphalorachidien ;
- De la coproculture et l'examen parasitologique des selles ;
- De la sérologie en l'occurrence HIV ;
- De la culture du BK.

➤ **Défaillances dans la gestion des réactifs**

La mission a constaté que le service du laboratoire ne tient pas une comptabilité matière et les réactifs sont stockés dans de simples réfrigérateurs (non équipés de thermomètres médicaux étalonnés) éparpillés dans différentes salles du laboratoire.

Des pertes de réactifs ont été enregistrées au niveau du laboratoire. Elles sont dues, selon les déclarations du médecin responsable :

- Aux pannes répétitivités des automates ;
- A l'instabilité des réactifs ;
- A la mauvaise qualité des réactifs ;
- Au nombre de tests inférieurs à la quantité de réactifs utilisée ;

➤ **Défaillance dans l'acquisition des fongibles**

Les cahiers de charge et les règlements de consultations relatifs aux marchés d'acquisition des fongibles (marché n°15/2014) ne prévoient pas l'examen des échantillons lors de la sélection des offres. L'absence de cette prescription a eu comme conséquences :

- L'acquisition de tubes de prélèvements non adaptés aux appareils utilisés ;
- La réception et l'utilisation des anticoagulants jugés de mauvaise qualité, par le médecin responsable, suite aux tests qu'il a effectués.

La Cour des comptes recommande de :

- *Elargir la gamme des analyses biologiques pour répondre aux besoins spécifiques des services hospitaliers ;*
- *Instaurer une solution informatique adaptée au service du laboratoire pour une gestion efficace et productive des stocks interfacé à la gestion des patients, aux requêtes d'analyse et des prélèvements et aux équipements dans le cadre d'un système d'information hospitalier intégré ;*
- *Doter le laboratoire en ressources humaines qualifiées et suffisantes et en équipements et instaurer la garde résidentielle au sein du service.*

3. Gestion des équipements biomédicaux

a. Exploitation des équipements

➤ Des équipements acquis en 2011 et non affectés à ce jour

Certains équipements biomédicaux acquis par le ministère de la santé (DEM), et mis à la disposition du CHR en 2011, sont toujours stockés dans le magasin. Il s'agit de :

- Trois tables chauffantes enregistrées successivement sous les numéros d'inventaire 10072, 10073 et 10074, acquises en date du 31/05/2011 ; alors que le service de gynécobobstétrique exprime un besoin urgent en tables chauffantes ;
- Un respirateur de réanimation enregistré sous le n° d'inventaire 10078/1, acquis en date du 22/06/2011.

➤ Des équipements affectés mais inutilisés

Des équipements acquis pendant la période sous revue sont inexploités pour différentes causes. Ces équipements sont présentés dans le tableau suivant :

| Désignation | N° d'inventaire | Lieu d'affectation | Date d'affectation | Causes de non utilisation |
|--------------------------|-----------------|---|--------------------|---------------------------------------|
| Echocardi Doppler | 10547 | Centre de diagnostic | 07/03/2012 | Absence du logiciel de fonctionnement |
| Matériel de puvathérapie | 3586 | Centre de diagnostic | 2004 | Absence du technicien spécialisé |
| Analyseur gaz de sang | 9692 | Service de laboratoire | 10/12/2010 | Besoin non exprimé par le service |
| Appareil radio mobile | 9989 | Service de réanimation chirurgicale | 30/12/2010 | Absence de technicien spécialisé |
| Phacoémulsificateur | 10615/1 | Bloc opératoire (opérations relatives à la cataracte) | 15/02/2013 | Non disponibilité de cassettes |

En outre, ne disposant que d'une seule ambulance non médicalisée, acquise en 2011. L'hôpital Ibn Al Khatib a reçu le 02 avril 2014, 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) relevant du Ministère de la santé. Cependant, jusqu'au 30 juin 2015, ces deux véhicules n'ont pas encore été utilisés, faute d'affectation du personnel nécessaire (chauffeurs, techniciens et infirmiers). De plus, en absence d'un local approprié pour les abriter, ces ambulances se trouvent à présent exposées aux aléas climatiques.

➤ Radiologie surexploitée

En raison des pannes fréquentes des deux radios standards (celle du service de radiologie et celle du service des urgences) la radiologie numérique est surexploitée, d'où le risque de non disponibilité de ces prestations en cas de panne de cet appareil. Il en est de même du scanner au niveau du service de radiologie qui dispose seulement d'une unité.

➤ Vétusté de certains équipements

Sur 361 équipements, 74 (soit 20%) dépassent l'âge de 10 ans (dont 15 dépasse l'âge de 15 ans). De plus, 18 équipements sont en panne depuis le 31/12/2014 et quatre machines sont déclarées obsolètes pour manque d'accessoires, et ce malgré le fait qu'elles n'ont été acquises qu'en 2009.

b. Maintenance des équipements biomédicaux

➤ Inefficacité de l'unité biomédicale au niveau du CHR

Avec trois techniciens, l'unité biomédicale ne dispose ni de plan de maintenance claire et précis ni d'inventaire mis à jour (comme précisé précédemment) pas plus que d'une proposition de plan de renouvellement des équipements. Elle se limite à un rôle d'intermédiaire entre les services hospitaliers en transmettant les demandes d'intervention en cas de panne et à la certification des services faits après lors des interventions des sociétés de maintenance. Cependant, elle ne dispose pas d'une base de données pour le suivi des pannes et des interventions internes et externes effectuées sur chaque équipement, et faute de personnel qualifié, ne peut évaluer la qualité des interventions des sociétés de maintenance.

Pour les équipements non couverts par des contrats de maintenance, l'unité biomédicale prend attache avec le service régional de maintenance pour l'entretien ou la réparation de l'équipement en question. Ce service ne disposant que d'un seul ingénieur biomédical polyvalent, n'intervient pas d'une façon rapide et efficace. A titre d'exemple, la mission a constaté, que cinq des six autoclaves d'un montant de 222.000,00 DH, acquis par marché n°32/2010, et affectés en 2011 aux services de médecine interne, de médecine générale, de pneumo-Phtisiologie, de gynéco-obstétrique, du centre du diagnostic et réanimation chirurgicale, sont tombés en panne depuis fin 2014 et n'ont bénéficié d'aucune intervention du service régional de maintenance malgré que l'hôpital souffre d'une insuffisance en matériel de stérilisation.

➤ Inefficacité des interventions des sociétés de maintenance

Les interventions des sociétés de maintenance ne sont pas efficaces. Ceci est dû à l'éloignement de leurs sièges, au manque de personnel qualifié en matière de maintenance d'équipements biomédicaux de haute technologie ; ce qui entrave le fonctionnement normal des services hospitaliers.

La Cour recommande au CHR :

- *D'œuvrer pour doter les deux ambulances médicalisées immobilisées du personnel nécessaire (chauffeurs, techniciens et infirmiers) pour leur fonctionnement ;*
- *De trouver des solutions aux problèmes des équipements affectés non utilisés ;*
- *De renforcer le service de radiologie par l'acquisition d'un autre scanner et de la radiologie numérique pour éviter l'arrêt de l'activité en cas de panne ;*
- *De renforcer les capacités professionnelles des techniciens de l'unité biomédicale du CHR pour contribuer à la maintenance des équipements et assurer le suivi et l'évaluation des interventions des sociétés de maintenance.*

Elle recommande, également, au ministère de la santé :

- *D'améliorer l'action de maintenance externe en attirant l'attention de la direction régionale de la santé sur le manque d'efficacité des interventions des sociétés de maintenance, pour qu'elle prenne les mesures qui s'imposent vis-à-vis des sociétés défaillantes ;*
- *D'établir en concertation avec le CHR un plan de renouvellement des équipements biomédicaux ;*
- *De généraliser les contrats de maintenance à tous les équipements biomédicaux vitaux.*

II. Réponse du Ministre de de la Santé (Texte réduit)

A partir du premier Janvier 2016, l'Hôpital Ibn al-Khatib n'est plus considéré comme un Centre Hospitalier Régional, mais une structure rattachée au Centre Hospitalier Régional de Fès, dont le siège est situé à l'hôpital Al Ghassani, comme c'est le cas pour l'hôpital Ibn Al-Baitar et le Centre Régional de Transfusion Sanguine.

A. 1. Aspects stratégiques et organisationnels

- **Système de facturation** : l'hôpital a procédé à la généralisation de la pré-facturation de tous les services fournis, y compris les règlements par paiements directs, conformément aux observations de la Cour des Comptes. (...)
- **Système d'information** : dernièrement, les services centraux ont doté l'hôpital d'un système d'information informatisé basé sur la technique du WEB, qui intègre la gestion des données administratives et médicales essentielles pour l'amélioration de la qualité de l'information, comme a été soulevé dans votre rapport. C'est un système sécurisé dont l'accès nécessite un identifiant pour chaque utilisateur, ce qui permet de faciliter les opérations de monitoring et de contrôle interne. Ce système exige également le renseignement du code diagnostic selon la classification internationale de maladies (CIM10). (...)
- **Renforcement des mécanismes de contrôle interne** :
- Le système de facturation est basé sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnelles (NGAP) ; le renseignement du code NGAP de chaque acte, est obligatoire pour tous les médecins. Ainsi, tout dossier médical ne disposant pas du code, est renvoyé par le service d'accueil et d'admission au service hospitalier concerné pour compléter les informations manquantes, en particulier le code NGAP. En outre, le nouveau système d'information, qui a été mis en place à partir du 17/11/2016 est devenu plus efficace, en comportant obligatoirement le code de diagnostic CIM 10.

Concernant les payants directs, le service d'accueil et d'admission procède d'une part à leur enregistrement et d'autre part, à la pré-facturation de toutes les prestations fournies (consultation, diagnostic et urgences). Cette procédure est appliquée également aux montants restant à la charge des malades pris en charge dans le cadre de l'AMO.

- **Ressources humaines** : la détermination des besoins en ressources humaines est effectuée sur la base du plan des effectifs (2015 -2019) de l'hôpital. Or, les postes attribués annuellement à l'hôpital ne suffisent même pas pour couvrir les départs à la retraite, ce qui accentue le déficit d'année en année.

B. 2. Prise en charge des malades et production des soins

- **Gestion des rendez- vous** : les rendez-vous sont gérés actuellement par une application informatique, accessible directement via le Web, ce qui permet aux patients d'accéder directement aux rendez-vous sans déplacement à l'hôpital et sans fournir des documents prouvant le besoin de conseils médicaux spécialisés nécessaires. Le Ministère de la Santé a mis en place ce système, au niveau de tous les hôpitaux du Royaume, pour renforcer la transparence et afin de faciliter l'accès aux services de consultations médicales externes.

- Le service d'accueil et d'admission procède actuellement à la réalisation des statistiques sur la gestion de RDV (demandes de RDV, RDV honorés.) et les transmet sous forme de rapports mensuels à la Direction Régionale de la Santé.
- Les délais des rendez-vous sont liés directement au nombre de médecins spécialistes exerçant au niveau de l'hôpital. Ainsi, l'augmentation du nombre de médecin diminue les délais des RDV. Dans ce cadre, le rôle de l'administration serait le suivi et l'accompagnement des médecins spécialistes pour l'amélioration de leur productivité.
- **Baisse de la capacité litière au niveau de certains services :** Le projet d'établissement de l'hôpital IBN Al Khatib a recommandé la nécessité de regrouper les services hospitaliers disposant de faible taux d'occupation moyen des lits, faisant passer ainsi la capacité litière de 322 lits à 299 lits.
- **Augmentation de la durée moyenne de séjour :** la durée moyenne de séjour au niveau de l'hôpital varie d'année en année, elle est de l'ordre de 4,16 (2010), 3,99 (2011), 4,8 (2012) 4,9 (2013) et 4,86 (2014). Cette moyenne varie selon les spécialités et les types de pathologies prises en charge ; Elle atteint 10 à 12 jours au niveau des services des maladies chroniques vue la spécificité de ces pathologies ; c'est le cas du service de diabète et des maladies endocriniennes, le service de médecine interne et le service des maladies respiratoires et de la tuberculose. Par contre, cette moyenne de séjour est courte au niveau des services de chirurgie où elle varie entre deux à quatre jours : c'est le cas du service de gynécologie- obstétrique, le service d'ORL et le service de chirurgie générale. Cependant, d'autres facteurs participent à l'augmentation de la DMS, notamment l'absence de certaines spécialités, obligeant ainsi le transfert des patients, pendant leurs séjours, vers d'autres hôpitaux pour des avis spécialisés.
- **Non instauration d'un système de garde médicale résidentielle :** La mise en place du système de garde médicale au niveau des services hospitaliers, permettra sans doute d'améliorer la qualité de prise en charge des malades hospitalisés, mais ceci nécessite la disponibilité de ressources humaines médicales avec un minimum de cinq médecins pour chaque service. Or, ces effectifs ne sont pas disponibles au niveau de l'hôpital.
- Cependant, l'hôpital a instauré un système d'astreinte qui permet d'avoir les avis des médecins spécialistes par téléphones, voir leur déplacement et présence sur place, si nécessaire.
- **Insuffisance des espaces d'accueil et d'attente :** consciente de l'importance de l'accueil, la direction de l'hôpital a procédé à l'aménagement en 2016 de quatre espaces d'accueil, notamment au niveau des services les plus fréquentés à savoir, le service des urgences, la maternité, le service de radiologie et le laboratoire des analyses médicales. (...)
- **Transport des patients n'est pas assuré par des brancardiers :** La sous-traitance de la prestation de brancardage au sein de l'hôpital a commencé en 2013. L'hôpital dispose actuellement de 08 personnes dont deux sont chargés du transport des patients admis au niveau des urgences et de la maternité vers les autres services de l'hôpital. En cas de nécessité et pour assurer la bonne marche du service d'accueil et d'admission, la direction de l'hôpital recourt parfois au service de certains éléments pour appuyer l'équipe du SAA.
- **Mouvement non maîtrisé des véhicules et des personnes :** Pour maîtriser le mouvement des personnes et des véhicules au sein de l'hôpital et en raison des contraintes de architecturales du bâtiment, l'administration a mis en place des portes

séparant les services des urgences et la maternité du reste des services hospitaliers, ces portes sont fermées après les horaires de travail administratif. (...)

- **Les conditions d'hospitalisation ne permettent pas l'humanisation de la prise en charge des malades :**
- L'hôpital Ibn Al-Khatib a été construit en 1912, la plupart des salles d'hospitalisation dispose de 08 lits, contrairement aux normes techniques actuellement en vigueur. Cependant, chaque service dispose d'une salle d'isolement composée d'un lit ou plus en fonction de l'infrastructure du service.

En 2015, l'hôpital a procédé à l'acquisition de 55 lits de haute qualité au niveau de la maternité, et 08 lits au niveau de la pédiatrie. Il procédera aussi au renouvellement des autres lits dans les années à venir. En plus, des travaux de réhabilitation ont été réalisés au service de la maternité, de la pédiatrie, de la médecine générale et des maladies endocriniennes. (...)

- **Insuffisance dans la prise en charge des malades :** L'hôpital Ibn Al-Khatib est une structure à vocation médicale plus que chirurgicale. Il ne dispose pas de spécialité chirurgicales d'urgences à savoir la traumatologie, la rhumatologie, la neurochirurgie et la chirurgie générale avec tout ce que cela peut entraîner en matière de prise en charge des cas urgents en chirurgie et qui sont à l'occasion transféré à l'hôpital Al Ghassani. Ceci explique la réduction des consultations chirurgicales au niveau des urgences à 11.33%.

Pour la spécialité ORL, l'hôpital dispose actuellement de trois médecins ORL et a procédé à l'acquisition, sur le budget de l'hôpital au titre de l'année 2015, de tous les équipements relatifs à cette spécialité.

Au niveau du service de la maternité : 55 nouveaux lits ont été acquis, en plus de l'extension de la salle d'accouchement, constituée actuellement de neuf salles au lieu de quatre (...). Cependant l'équipe médicale est composée uniquement de trois médecins après la démission de deux médecins gynécologues.

- **Le nombre élevé de décès des nouveau-nés prématurés :** ceci n'est pas lié aux conditions de prise en charge, mais plus au fait que le service reçoit des prématurés en provenance des établissements de soins publics et privés de l'intérieur et de l'extérieur de la province, dont les prématurés ayant un poids inférieur à 1500 g, qui ont moins de chances de survie.
- Il est à noter que le projet d'établissement a insisté sur la priorité de mise à niveau du service de pédiatrie pour l'adapter aux normes sanitaires et fonctionnelles, en particulier l'unité de néonatalogie et de réanimation néonatale.
- **La fonction de réanimation :** les services de laboratoire et de radiologie disposent d'un système de garde assuré par le personnel technique.

C. Les conditions sanitaires hospitalières

- **Insuffisance dans le contrôle de la qualité de l'alimentation des malades :** L'administration de l'hôpital a désigné une commission pour le contrôle et le suivi de la réalisation des activités effectuées par la société de sous traitance chargée de la préparation et de la distribution de l'alimentation aux malades. Cette commission technique spécialisée dans la protection de l'environnement, procède aux prélèvements des échantillons et des aliments destinés à la préparation des repas. (...)
- **Défaillance dans la propreté des locaux :** L'hôpital a été construit en 1912, son système d'évacuation des eaux usées reposait sur des fausses septiques présentes au niveau de l'ensemble des services hospitaliers. L'hôpital n'utilise plus ce système, la

dernière fausse septique existante au niveau du service de la médecine générale a été assainie en 2015.

En ce qui concerne la présence de chats dans l'hôpital, l'administration a procédé à l'évacuation des chats de l'enceinte de l'hôpital, en coordination avec les services du bureau municipal d'hygiène.

- **Défaillance dans la gestion des déchets** : L'hôpital a sous traité la gestion des déchets médicaux à une société spécialisée dans la collecte et le traitement des déchets médicaux de l'hôpital. Cette société a mis à la disposition de l'hôpital un employé chargé de la collecte des déchets de l'ensemble des services de l'hôpital. Ces déchets sont acheminés vers l'unité de stockage, où ils sont pesés et contrôlés sous la supervision du comité technique spécialisé dans la protection de l'environnement.

D. Gestion des médicaments, de laboratoire d'analyses médicales et des équipements biomédicaux

- **Défaillance dans l'approvisionnement en consommables** : S'agissant du marché n°15/2014 relatif à l'approvisionnement en consommables pour le laboratoire d'analyses médicales, le règlement de consultation ne prévoit pas l'examen des échantillons pour le choix des offres, vu que le trésorier provincial a refusé son intégration conformément à l'article 34 du décret du décret n ° 349-12-2 en date du 8 mai 1434 (20 Mars 2013) relatif aux marchés publics. Seulement le comité de réception est souverain pour la non acceptation des consommables qui ne répondent pas aux clauses prescrites dans le cahier des charges. Le pourcentage de refus avoisine les 15%.
- **Équipements acquis depuis 2011 stockés dans le magasin** : En 2011, les services centraux ont doté l'hôpital de neuf tables chauffantes, qui ont été réparties entre le service de la maternité et de la pédiatrie en fonction des besoins prononcés et la capacité litière de chaque service.
- **Equipements non fonctionnels** :
 - La couveuse sera cédée à l'hôpital Al Ghassani (CHR actuel), en accord avec l'administration et après consultation des médecins pédiatres du service de néonatalogie ;
 - L'appareil "Echocardioppler" reçu des services centraux en date du 07/03/2012, sous inventaire n°10547, ne dispose pas d'une application informatique, il est utilisé dans les cas d'urgence par les maladies cardio-vasculaires ;
 - Matériel de puvathérapie qui a été acquis en 2004 est encore fonctionnel, mais son utilisation est restreinte, vu que cette technologie est devenue obsolète et l'hôpital ne dispose pas d'un technicien pour assurer son fonctionnement ;
 - Radio mobile a été acquis sur le budget de l'hôpital en 2010, à la demande du service de réanimation pour la prise en charge des malades qui ne peuvent pas être transférés vers d'autres structures et dont la mise en fonction est assurée par le technicien du service de radiologie
 - « Phacoémulsificateur » : cet appareil a été livré en 2013 par les services centraux après l'intégration de l'ophtalmologie au niveau de l'hôpital Ibn Al Khatib en 2012. Il est utilisé actuellement dans le bloc opératoire par les ophtalmologues. Il a servi pour (69) opérations chirurgicales en 2013, (62) en 2014, (490) en 2015 et (61) en 2016.

L'acquisition du matériel de fonctionnement du Phacoémulsificateur sera intégrée dans le budget de 2017 afin de subvenir aux besoins prévisibles.

Les 2 ambulances équipées mis à la disposition de l'hôpital par les services centraux à Rabat dans le cadre du SAMU-SMUR n'ont pas été utilisées faute de ressources humaines spécialisées. Elles ont été livrées à la délégation du Ministère de la Santé à Fès le 07/12/2015 en vue de leur utilisation dans le cadre du SAMU-SMUR.