

CENTRES HOSPITALIERS MOHAMMED VI DE MARRAKECH (CHM) ET HASSAN II DE FES (CHF)

Les centres hospitaliers MOHAMMED VI de Marrakech (CHM) et HASSAN II de Fès (CHF) sont des établissements publics créés en vertu de la loi 82-00 du 30/8/2001 modifiant et complétant la loi 80 promulguée le 15/01/1983. L'effectif global employé par ces deux centres s'élève à 1 000 pour le CHF et 993 agents pour le CHM. Quant à la capacité litière, elle est de 550 lits au CHF et de 629 au CHM. Les ressources financières et les crédits qui leur sont affectés, peuvent être comparés comme suit :

Crédits budgétaires (en DH)

Année/Structure	2007 CHM	2007 CHF
Personnel	25.067.200,00	23.598.219,30
Matériel et dépenses diverses	58.035.330,00	64.874.973,22
Dépenses d'investissement	18.213.270,00	26.867.329,09

Ressources financières (en DH)

Année/Structure	2007 CHM	2007 CHF
Recettes propres	24.650.860,00	16.341.915,00
Subventions de l'Etat	70.347.270,00	69.157.887,00

I. OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS DE LA COUR DES COMPTES

I. Les activités des soins

1. Appréciation des performances

- **Impossibilité d'apprécier les réalisations du CHM à cause de la défaillance du système d'information.**

L'appréciation des réalisations du Centre hospitalier de Marrakech n'a pas été possible en raison de l'indisponibilité de données fiables et des nombreuses discordances constatées. En effet, les relevés ont concerné les indicateurs relatifs aux consultations, aux hospitalisations, aux admissions, aux accouchements, aux examens de radiologie et au nombre de décès. Avec ces carences et corrélativement, le système d'information du CHM ne peut pas servir de base au suivi et au contrôle des performances. Par conséquent, à la prise de décision. Ainsi, toute analyse visant l'appréciation des résultats est restée infructueuse.

S'agissant du Centre hospitalier de Fès, l'évolution des principaux indicateurs d'activité

Indicateurs	2004	2005	2006	2007	Ecart 2004/2006	E 2006
Hospitalisation						
Capacité litière	634	600	597	550	-37	
Admissions	33.262	33.751	31.926	33.668	(1.336)	
TOM (Taux d'occupation moyen)	61	66	67	78	+6	
DMS (Durée moyenne de séjour)	4,2	4,3	4,6	4,6	+0,4	
Accouchements	4.855	5.154	5.872	5.873	+1.017	
Interventions chirurgicales						
Interventions programmées	14.662	12.510	10.669	12.601	-3.993	
Interventions en urgence	4.330	7.352	4.667	6.719	+337	
Activités des urgences						
Consultations médicales	57.108	5.4833	62.869	113.982	+5.761	+
Soins paramédicaux	44.620	3.4259	41.348	4.0350	-3.272	
Explorations paracliniques						
Scanner	4.569	4.528	5.674	5.436	+1.105	
IRM	928	864	944	915	+16	
ECG	8.483	8.822	5.327	7.548	-3.156	
Examens de laboratoire	127.974	124.031	161.480	211.109	+33.506	+
Séances d'hémodialyse	8.527	8.722	8.781	9.332	+254	
Consultations spécialisées	66.202	51.537	40.698	54.231	-25.504	+
Soins dentaires	8.966	3.519	3.654	4.034	-5.312	
Mortalité intra hospitalière/ PM	14,55	14,76	18,04	15,53	+3,64	

Ces indicateurs reflètent la tendance générale des performances dont les grands traits sont comme suit :

- **La stagnation de l'activité :**

Le rythme des activités du centre ne suit ni celui de l'accroissement de la demande de soin de l'évolution du budget qui est passé de 70.949.745,00 DH en 2004 à 115.340.521,61 DH. Plusieurs activités, comme il ressort du tableau ci-dessus, sont non seulement stagnantes régression.

- **La dégradation de la capacité litière :**

La capacité litière a connu une dégradation (- 84 lits) alors qu'elle est supposée au moins être r

Cet indicateur est passé de 4,2 en 2004 à 4,6 jours en 2007. Cette augmentation va à l'entendence au niveau de la pratique des soins, à prescrire de plus en plus de soins en ambulatoire et de moins en moins de soins en hospitalisation.

- **Le taux d'occupation moyen (TOM) est supérieur à la moyenne nationale mais pas l'attractivité du centre :**

Ce taux a atteint 78%. Il est supérieur à la moyenne nationale (55%). Normalement, il reflète l'attractivité du CH. Néanmoins, l'attractivité est due, en partie, à l'accroissement naturel de la demande de soins et au fait que les patients accèdent directement au CH sans passer par les autres niveaux de la pyramide de l'offre de soins (Etablissements de soins de santé de base, réseau hospitalier) qui normalement constituent la première interface entre la population et le système de soins.

2. Les structures d'accès aux soins

- **Baisse du nombre des consultations spécialisées**

Avec des rendez-vous pouvant aller jusqu'à trois mois et une chute continue du nombre de consultations spécialisées (-25.504 entre 2004 et 2006), la satisfaction des demandes de prestations sanitaires n'est pas garantie par le CHF.

Certaines contraintes liées aux moyens, rendent difficile l'amélioration de cette situation, notamment du nombre relativement limité de salles de consultations (10 salles pour 19 services) et d'un effectif insuffisant de médecins pour certains services.

A cela doit s'ajouter un manque de rationalisation qui s'illustre à travers les aspects suivants :

- Certains services n'exploitent pas le temps de consultation qui leur est réservé, alors qu'ils sollicitent plus de temps de consultation ;
- Le retard moyen d'arrivée des médecins au centre peut atteindre 1 heure par jour ;
- L'arrêt des consultations à partir de 14H ;
- La limitation du nombre de consultations (entre 10 et 20 malades).

Concernant le CHM, les locaux de fortune abritant le «centre de consultations» ne constituent pas un cadre acceptable, d'où l'éparpillement des consultations qui sont effectuées aussi dans des locaux situés au quartier Merchich et au sein des services hospitaliers.

- **Les urgences : moyens rudimentaires et salles inadaptées**

La situation aux urgences du CHF est préoccupante. Ce service fonctionne avec des moyens rudimentaires, à savoir :

- Une salle d'observation de 14 lits, transformée souvent en salle d'hospitalisation faute de lits aux services ; les couloirs et les chariots font office de lits pour faire face à des flux de patients qui dépassent largement la capacité du service (en moyenne 30 patients par jour et par nuit sur une période moyenne de 4 jours).
- Une salle de déchoquage de deux lits, équipée d'un seul aspirateur et d'un seul respirateur artificiel.

En ce qui concerne le CHM, de petites salles aménagées dans un sous-sol par un bienfaiteur des urgences. Elles sont complètement inadaptées. Des files de patients attendent l'accès aux salles réservées aux examens. L'unique salle de déchoquage dispose de deux lits et de deux re De plus, les salles dites blocs opératoires sont dans un mauvais état.

3. Les services medico-techniques

• Sous-exploitation des blocs opératoires

Le problème commun aux services chirurgicaux du CHF consiste en une sous exploitation opératoire central. En effet, ce dernier est composé de six salles dont trois seulement sont e raison de trois matinées par service et par semaine. Selon les responsables du CHF, cette si due notamment à l'insuffisance de l'effectif des infirmiers anesthésistes.

Au CHM, les blocs opératoires sont également sous exploités. En effet, les blocs ne fonctionnent au-delà de 14h et pendant le mois d'août. Ce qui se traduit, entre autres, par l'allongement des rendez-vous.

Il est recommandé au CHM et CHF d'accorder une attention prioritaire au fonctionnement des urg blocs opératoires.

• L'imagerie médicale et les explorations fonctionnelles : pannes fréquentes

Les activités d'imagerie médicale au CHF ne répondent que partiellement aux demandes. Le rendez-vous en témoigne : il faut trois à quatre mois pour un examen TDM et deux mois pour l'IRM pour les malades admis à titre externe; sept à quinze jours pour les malades hospitalisés.

Les pannes fréquentes aggravent la situation. Parmi les équipements qui sont en panne pendant une longue période, on peut citer :

- Une table télécommandée qui ne fonctionne pas depuis trois ans ;
- Les tables standard qui souffrent de pannes répétitives sachant que l'une de ces tables n'est pas exploitée pendant une année en raison de la non réalisation du plombage de la salle pour l'abriter ;
- La radio mobile ne fonctionne pas depuis deux ans ;
- Les pannes longues et répétitives de l'IRM et du scanner en 2007 par exemple (juillet à octobre).

S'agissant du Centre Hospitalier de Marrakech, il a été constaté que le matériel mis à la disposition de la quasi-totalité des services tombe en panne pendant des périodes plus ou moins longues. Les titres d'illustration des cas suivants :

- L'alimentation électrique du service de radiologie central de l'Hôpital Ibn Tofaïl est insuffisante qui se traduit par des arrêts de fonctionnement de l'IRM et du Scanner essentiellement pendant l'été. L'IRM n'a pas fonctionné pendant trois mois en 2003, un mois en 2004 et quatre mois en 2005;

RECOMMANDATIONS : 1. 2005 2. 2005 3. 2005 4. 2005

- Le coloscope est en panne depuis le 05/06/06, la vidéo colon depuis le 28/09/06 et vidéo depuis le 28/09/06 au service de gastrologie ;;
- Le mammographe n'a pas fonctionné pendant l'année 2006.

Il est recommandé aux deux CH d'accorder plus d'importance à la maintenance et à l'entretien des équipements médicaux afin de pallier aux problèmes de pannes.

- **Inadéquation des conditions de travail aux laboratoires**

Ce constat est corroboré par les éléments suivants :

- L'insuffisance des moyens humains notamment les techniciens ;
- L'inadéquation des locaux ;
- La défaillance de l'archivage et l'absence d'une gestion informatisée ;
- L'insuffisance de la sécurisation des conditions de réception des prélèvements et de re-résultats d'analyses;
- La non satisfaction de nombreuses demandes d'analyses émanant des services.

- **Traçabilité insuffisante pour la consommation des médicaments au CHM**

La gestion des médicaments et produits pharmaceutiques depuis la phase de l'évaluation jusqu'à la livraison aux services est globalement satisfaisante. Cependant, il a été constaté que l'organisation de la phase d'utilisation des médicaments par les services est insuffisante et la traçabilité y est faible. En effet, aucune mesure de sécurité n'a été mise en place par le CHM afin de garantir la distribution des médicaments aux malades concernés.

4. Les services de soins

Les services médicaux et les services chirurgicaux des deux CH sont confrontés à des difficultés identiques.

- **L'exiguïté des locaux**

Au CHF, certains «services» sont installés de façon improvisée au sein d'autres services tels que les services d'hématologie, de rhumatologie, d'endocrinologie et de neurologie. En outre, l'absence de certaines spécialités (Médecine nucléaire, chimiothérapie, radiothérapie, maladies infectieuses) trouve son origine, en partie, dans le manque de locaux. L'exiguïté en question empêche également l'acquisition des équipements faute d'un espace suffisant pour leur installation.

Quant au CHM, les services de pédiatrie et de pneumologie occupent une partie des locaux avec les services psychiatriques ; le service de chirurgie infantile est placé au sein de l'hôpital I et les services d'ORL et d'ophtalmologie sont abrités par l'hôpital Al Antaki. En outre, les services se partagent le même espace : les services de médecine interne, des maladies infectieuses, de neurologie ou des services de dermatologie, d'endocrinologie et de rhumatologie constituent des cas typiques sur ce plan. Le service de gastrologie reflète aussi sans ambiguïté cet état de choses en étant enclavé dans le service de chirurgie viscérale et ne dispose que d'une petite salle divisée en box.

La capacité litière de la quasi-totalité des services est en deçà des besoins et des demandes de la population. Certains services ne disposent d'aucun lit ; lorsqu'ils sont obligés d'admettre quelques patients, ils font le tour des services pour les hospitaliser quelque part. C'est le cas, à titre d'exemple, au niveau des services d'hématologie, de néphrologie, de rhumatologie et d'endocrinologie et au niveau des services d'onco-hématologie et du service d'oncologie. L'insuffisance de lits allonge les délais et ralentit la progression des patients dans le circuit des soins. Ainsi, à titre d'exemple, le nombre de lits au niveau de la réanimation polyvalente (11 lits au CHF et 10 lits au CHM) prolonge les délais des interventions chirurgicales qui ne peuvent s'effectuer que si les lits de réanimation sont disponibles.

Au niveau des services de la maternité du CHF et du CHM, les femmes et leurs bébés sont hospitalisés dans des conditions précaires : des femmes sont hospitalisées par terre, des mamans et leurs bébés avec elles au lit. Par ailleurs, la situation des services de néonatalogie est préoccupante à cause du manque de moyens ; à titre d'exemple le nombre insuffisant de couveuses.

- **Des chambres surchargées de malades**

De nombreux services ont transformé des chambres conçues pour un nombre limité de lits en chambres à plusieurs lits. Ce qui constitue une grande gêne pour l'octroi des soins et une atteinte à l'hygiène hospitalière. Cette situation est anormale et fait courir des risques aux patients, en particulier quand les malades atteints de maladies infectieuses sont hospitalisés en salles communes. C'est par exemple, au niveau du CHM des services de neurochirurgie, de traumatologie et d'urologie et au niveau du CHF du service de médecine interne où d'autres spécialités sont pratiquées telles que la rhumatologie, l'endocrinologie, les maladies infectieuses...

Concernant les services psychiatriques du CHF et du CHM, il a été constaté qu'ils servent d'asiles qui internent à la fois les vagabonds, les mendiants, les personnes jugées irresponsables, les personnes en situation de précarité ainsi que les malades souffrant des troubles psychiatriques. Le manque de services psychiatriques dans les régions que desservent les deux CH occasionne des surcharges se reflétant sur la qualité d'hospitalisation.

B. Les activités de gestion

- **Retards préoccupants dans la construction des nouveaux bâtiments des deux CH**

Le ministère de la santé (MS) est le maître d'ouvrage de ces deux projets et le ministère de l'énergie et du transport est le maître d'ouvrage délégué. La réalisation de ces infrastructures est prévue pour les deux CH. En effet, bien que ces deux centres soient officiellement créés depuis 2001, il n'est pas en fait que du statut CH qui s'est greffé sur le mode services de l'État gérés de manière autonome (SEGMA). Les structures qui fonctionnent de CH ont toujours plusieurs caractéristiques de leur statut initial. Cette situation, qui ne devrait être que provisoire, dans l'attente de la construction des nouveaux bâtiments, est le résultat d'un processus historique complexe:

- Le projet de construction du bâtiment devant abriter le CHM, entamé depuis 1995, a été à hauteur de 20% seulement en 2008 concrétisé par l'inauguration de l'hôpital mère-enfant.
- Le CHF dont le processus de construction a débuté en 1999, a été réalisé à hauteur de 2008.

Les retards sont dus essentiellement aux hésitations en matière de prise de décision et à la lenteur

bénéficier d'une offre de soins meilleure si l'objectif d'élever les CH au rang d'un centre universitaire à part entière avait été réalisé dans un délai plus court.

- Quant aux répercussions financières, elles sont dues essentiellement aux surcoûts et les augmentations des prix.

Il est recommandé au Ministère de la Santé d'activer les travaux de réalisation du CHM en tenant compte des difficultés rencontrées dans la construction des deux CH.

► La gestion des équipements

• Manque de matériel et de consommables accessoires

Plusieurs services du CHM et du CHF souffrent du manque de matériel nécessaire à l'accomplissement de leurs missions. Ce manque concerne parfois des équipements et des consommables dont les conséquences négatives ne sont pas des moindres. C'est le cas, par exemple, pour les services du CHM suivants :

- Service de traumatologie où il a été constaté un manque de fongibles médicaux;
- Service de l'ORL qui ne dispose pas de matériel de réanimation ce qui ne lui permet pas de soigner certains malades ;
- Service de radiologie qui manque de "Table télécommandée" pour les examens spectroscopiques et souffre des ruptures de gel pour l'IRM en plus du manque du matériel de protection (absence de cache thyroïde et des lunettes plombées);
- Service de gastrologie où font défaut plusieurs équipements nécessaires tels que le matériel de sclérose en cas d'hémorragie gastrique, la colonne d'endoscopie de secours, la table de panne, les onduleurs (ce qui cause des pannes pour la colonne d'endoscopie), le matériel de transport des malades,...

Au CHF, le manque concerne également des équipements de base tels que les tensiromètres, les aspirateurs, le matériel de stérilisation, les ventouses, les champs ombilicaux chauffants, les tables d'accouchement, les couveuses...

• Insuffisance dans la maintenance des équipements

La maintenance des équipements n'est pas satisfaisante dans les deux CH. Cette situation est caractérisée par des pannes fréquentes qui touchent différents équipements. Ainsi, la maintenance interne manque des pièces de rechange, des outils d'interventions et de locaux adaptés. Quant à la maintenance externe, elle est attribuée à des sociétés dont les défaillances techniques les rendent parfois incapables de résoudre des problèmes de maintenance (Absence de pièces de rechange appropriées, absence de documentation ...).

► Les aspects financiers

• L'instabilité budgétaire

Les budgets des CH font l'objet de plusieurs révisions au cours de l'année, qui rendent

le commencement de l'exécution des prestations avant l'approbation des marchés et la concrétisation des engagements en fin d'année.

- **Retards dans l'exécution des marchés**

Au CHF, l'exécution de plusieurs marchés est marquée par des retards anormaux. Ainsi, les délais sont écoulés entre la livraison et la réception de certains matériels objet des marchés n°5 57, 70, 71 et 102/2007, pris à titre d'exemple, varient de 42 jours (marché 28, Bon de livraisons 107912) à 114 jours (marché 70, BL 40129).

Le retard touche également la phase d'affectation des équipements aux services utilisateurs d'exemple, une instrumentation pour la neuro-endoscopie a été réceptionnée le 21 février 2007 n'a été attribuée au service de neurochirurgie qu'au cours de l'année 2007 (marché 62/2004 défibrillateur objet du marché n° 73/2004 réceptionné le 25/01/2005 et un respirateur de réanimation volumétrique acquis dans le cadre du marché n°88/2005 demeurent toujours en stock (état arrêté au 08/04/2008).

Au CHM, de longs délais s'écoulent entre la livraison et la réception provisoire des équipements. Cette lenteur anormale touche plusieurs marchés relatifs à la fourniture de matériel médico-technique comme le montre le tableau ci-dessous :

Marché n°	Date de livraison au CH	Date de réception par le service concerné	Retard (En nombre de jours)
69/05	23/01/06	11/05/06	108
66/05	26/12/05	30/03/06	94
71/05	11/01/06	10/05/06	119
73/05	16/01/06	05/09/06	232
74/05	17/12/05	10/05/06	144
76/05	07/01/06	24/04/06	107

Il est recommandé aux CH d'accomplir avec célérité le processus de passation des marchés, de livraison, de réception et d'affectation des équipements.

- **Les patients indigents : des recettes sans base légale**

Les deux CH imposent aux indigents le paiement de contributions forfaitaires sans fondement juridique. Ainsi et à titre d'exemple, le CHM impose une contribution forfaitaire de 300 DH à tous les patients indigents, une contribution forfaitaire fixée à 200 DH pour l'hôpital de jour, une contribution dans les consultations externes à raison de 50% pour les patients indigents et l'application de contributions forfaitaires de 1.000 DH pour le scanner, 3.000 DH pour l'IRM, 1.200 DH pour la TDM, etc.

Il est recommandé aux autorités de tutelle de définir de façon précise l'assiette de perception des recettes des CH et d'actualiser régulièrement les textes les régissant.

- **Les restes à recouvrer (RAR) dus par la Caisse nationale des organismes et de prévoyance**

l'avènement de l'assurance maladie obligatoire (AMO), que le CHF a repris l'envoi des dos adhérents à la CNOPS.

S'agissant du CHM, celui-ci a imposé aux mutualistes le paiement direct. Ce procédé fait obéir le bénéficiaire du système dit du "Tiers payant" qui constitue l'essence même du régime mutuel institué également des pratiques tel que le paiement direct obligatoire pour les frais qui ne dépassent pas 200 DH. Pour les montants supérieurs à 200 DH, le paiement direct ne concerne que le montant à payer.

- **Facturation défaillante**

Les actes rendus à titre externe (consultations, actes de radiologie, analyses) et les actes rendus dans le cadre de l'hôpital de jour ainsi que ceux rendus dans le cadre de l'hospitalisation, ne font pas l'objet d'émission systématique de factures. En fait, la facturation telle qu'elle s'effectue actuellement dans les deux CH, est rudimentaire puisqu'elle ne couvre généralement que les journées d'hospitalisation sachant que la feuille de malade qui constitue la base de la facturation, est peu fiable du fait qu'elle est souvent mal remplie.

C - Les activités de soutien

1. L'hygiène hospitalière

Au CHF, le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) a été créé à l'initiative des professionnels du CH en juillet 2004. Il a mené plusieurs actions en matière de sensibilisation, d'instauration de procédures et d'émission de recommandations portant sur la surveillance des infections.

Cependant, plusieurs éléments permettent de douter de l'efficacité de certains aspects de l'hygiène actuelle. Il s'agit essentiellement de l'indisponibilité de matériel de stérilisation dans certains services, des pannes touchant ce matériel, de la fiabilité douteuse des poupinelles, de l'hospitalisation en salles communes de patients atteints de différentes maladies, de l'absence de salles d'isolement, de l'agencement de certains locaux qui favorise des intersections entre des milieux septiques et aseptiques et de la décontamination non systématique de certains instruments après chaque utilisation...

Au CHM, le CLIN ne fonctionne plus depuis la fin de l'année 2005. En l'absence de ce comité, le CHM n'est pas en mesure d'identifier les infections nosocomiales et, partant, ne peut pas mener d'actions en la matière. En outre, plusieurs manquements aux règles d'hygiène entachent la qualité des services :

- **Stérilisation du matériel**

Plusieurs services utilisent des poupinelles dont le fonctionnement est peu fiable. Le bloc de stérilisation commun ne remplit pas les conditions de sécurité et d'hygiène hospitalière. En effet, ce local est mal aéré, encombré, les matériels stériles et non stériles sont déposés côte à côte sur les rayonnages. Le problème de stérilisation se pose avec plus d'acuité. A titre d'exemple, au niveau du service d'ophtalmologie, il a été constaté qu'il n'y a qu'un seul autoclave non fonctionnel et au niveau du laboratoire des analyses médicales, seul le lavage des appareils est effectué.

- **Interférence entre différents circuits**

- **Nettoyage du matériel**

Plusieurs matériels sont utilisés sans qu'ils ne soient nettoyés. Ainsi, à titre d'exemple, les pe et les tables chauffantes au niveau de la salle d'accouchement sont réutilisés sans tenir compte qu'ils sont sales et qu'ils portent des traces de sang.

- **Accès à des zones stériles**

L'accès à certaines zones comme les blocs opératoires doit obéir à des règles d'hygiène très strictes que le port de blouses stériles et de protège chaussures. Ces exigences ne sont pas toujours respectées. Il arrive que même les portes des blocs opératoires ne soient pas fermées et l'accès non contrôlé.

- **Climatisation**

La climatisation n'est pas disponible dans plusieurs services. Elle est essentielle en particulier : dans des services exposés aux risques de contamination et d'altération de produits ou de prélèvements.

2. La gestion des déchets d'activités de soins

La collecte et le traitement de ces déchets sont confiés par le CHF à une société suite à une convention passée entre les deux parties.

Cette convention exclut plusieurs catégories de déchets du traitement assuré par la société : déchets radioactifs, cadavres d'animaux d'expérimentation, déchets contenant des métaux lourds, les liquides biologiques, les déchets de chimiothérapie, etc. En d'autres termes, ces déchets sont envoyés vers les décharges publiques au même titre que les déchets ménagers.

En outre, la convention permet à la société d'utiliser le local et les équipements que le CH a à disposition pour l'élimination des déchets du secteur sanitaire privé (en contrepartie de la charge des déchets du CH sans rémunération). Rien n'assure que ces déchets provenant de villes du pays (Fès, Meknès, Rabat, Sefrou...) sont soumis au contrôle du CH en ce qui concerne leur nature, leur origine, leur quantité etc.

De plus, les conditions de stockage des déchets avant leur traitement ne se prêtent pas à un contrôle rigoureux : il a été constaté, par exemple, que certains conteneurs ne sont pas fermés, et que certains sont déchirés et déposés en plein air, ce qui peut engendrer des conséquences graves.

Au CHM la réalisation de cette activité présente certains problèmes, à savoir :

- Le tri des déchets n'est pas assuré convenablement au niveau des services. Ce problème est particulièrement évident, par exemple, au bloc opératoire de la maternité.
- Les conteneurs ne répondent pas aux spécificités de certains services notamment des blocs opératoires.
- L'insuffisance des évacuations qui se font généralement une fois par jour notamment dans des services tels que les blocs opératoires.
- L'absence de suivi du traitement réservé aux déchets du centre dans la mesure où ce dernier ne dispose de sa responsabilité dans ce domaine, ne dispose d'aucune information sur le lieu et les conditions de traitement des déchets évacués de l'hôpital et la conformité de cette opération aux normes.

3. Le nettoyage des locaux

Il a été constaté, que les pratiques de nettoyage s'écartent des normes d'hygiène car le personnel employé n'est pas formé pour exercer des activités de nettoyage hospitalier. En outre, ces pratiques se soucient peu des règles et des techniques de nettoyage, puisqu'on recourt à un faible dosage de produits de décontamination et une réutilisation du même matériel et de la même solution pour le nettoyage de plusieurs locaux.

Il est recommandé aux deux CH d'œuvrer pour l'amélioration des conditions d'hygiène et d'entretien des locaux et d'assurer un contrôle et un suivi rigoureux et permanents des déchets évacués par les hôpitaux

4. L'alimentation des malades

C'est une prestation de mauvaise qualité et ce, à plus d'un titre dans les deux CH :

Au CHF :

- Les rations alimentaires et la composition des repas prévues par le marché ne sont pas respectées ni en quantité ni en qualité ;
- Les conditions d'hygiène sont médiocres : les repas sont cuits sur de petits fourneaux déposés sur terre, les eaux usées coulent sous les pieds des cuisiniers, certains ustensiles sont détériorés et délabrés de la cuisine rend inopérant tout effort de nettoyage ;
- Les conditions de distribution des repas sont inadéquates : le transport des repas ne se fait que sur des chariots réservés à cet usage ; la société ne fournit pas les ustensiles nécessaires au service des malades.

Au CHM :

- Certains menus sont figés. D'autres ne respectent pas les régimes relatifs à certaines maladies ;
- Les horaires de distribution ne sont pas respectés ;
- La qualité des repas est médiocre et leur quantité est insuffisante ;
- Le gavage n'est pas disponible ;
- Les conditions d'hygiène sont médiocres : les fours sont mal entretenus, les produits laitiers sont pas toujours gardés à la température appropriée...

II. RÉPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE MOHAMM

(Texte intégral)

J'ai l'honneur de vous faire savoir que le contenu de ce rapport ne soulève aucune remarque de notre part.

De ce fait nous n'avons aucune objection quant à sa publication.

Les conclusions du rapport sont tenues en compte pour le redressement de la situation et l'amélioration de la gestion du CHM dans le respect des dispositions réglementaires en vigueur.

III. RÉPONSES DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER HASS (FÈS)

(Texte intégral)

I- Les activités de soins

1. Appréciation des performances

Il ne s'agit pas d'une matrice d'analyse de la performance du CHHII mais d'un ensemble d'indicateurs d'activité ;

Point 1 : L'activité du CHHII ne peut être liée uniquement à une simple augmentation du budget pour plusieurs raisons :

- Les missions de formation et de recherche du CHU consomment des ressources importantes ;
- Le CHU est sensé dispenser des soins de niveau tertiaire ;
- La dimension qualité de prise en charge devra être envisagée.

Point 2 : Il s'agit de la capacité litière fonctionnelle prise en considération pour le calcul des différents indicateurs et non pas la capacité litière théorique.

Point 3 : Comme indicateur de la qualité de la prise en charge des patients, la DMS devra être interprétée dans un cadre plus global :

- L'interprétation devrait être combinée au TOM pour mieux définir la zone d'efficacité ;
- L'augmentation de la DMS de 4,2 jours en 2004 à 4,6 en 2007 n'est pas très significative et peut être, entre autres, liée à une augmentation due à la prise en charge de pathologies lourdes au moment que le CHU de Fès est la seule structure de référence d'un niveau tertiaire de la région Fès- Boulemane et d'autres régions ;
- Le développement de l'hospitalisation de jour constitue un volet important de la prise en charge qui requiert un ensemble de moyens aussi bien pour l'hospitalisation à visée diagnostic que pour le suivi et le traitement. Des efforts ont été déployés pour développer l'hôpital de jour, développer la plupart des services hospitaliers pour encourager les soins ambulatoires.

Point 4 : Passant de 61% en 2004 à 78% en 2007, le TOM témoigne d'une très forte fréquentation des services du CHU par la population, ce qui est très satisfaisant.

Concernant le recours aux soins, les filières devraient être organisées.

2. Les structures d'accès aux soins

Point 1 : Le temps de consultation non exploité par certains services est dû à l'insuffisance du nombre de médecins pour les spécialités concernées.

au sein des autres établissements, sont autant de facteurs qui rendent difficile une organisation rigoureuse.

Des efforts ont été déployés en matière d'extension des locaux de service et récemment (en juin 2008) 32 nouveaux recrutés ont été affectés aux urgences pour renforcer cette structure ; une réorganisation sera mise en place pour remédier à cette situation.

En effet, avec l'ouverture du nouveau Centre, une meilleure organisation sur le plan gestionnaire et une barrière économique sera instaurée pour limiter l'afflux des fausses urgences.

A noter que la mise à niveau des urgences relatives aux anciennes structures qui abritaient (hôpital Al Ghassani et hôpital Omar Drissi) a nécessité la mobilisation de moyens financiers et humains importants.

3. Les services médico-techniques

Point 1 : L'analyse des indicateurs d'utilisation des blocs opératoires donne ce qui suit :

- Le CH totalise 15336 interventions chirurgicales avec 14 salles opératoires, soit une moyenne de 1095 interventions/ salle (norme recommandée pour l'amortissement des salles opératoires est de 1200 interventions chirurgicales/salle).

Point 2 : Le service radiologie du CH est le seul au niveau régional équipé en unité de scanner. Depuis 2002, il dessert une population nombreuse, la priorité est donnée aux urgences et aux hospitalisés.

Pour les patients à titre externe, les rendez-vous sont donnés suivants la disponibilité des appareils et du personnel médical ; on dénote :

- Une insuffisance du personnel (un seul professeur) ;
- L'existence de plusieurs intervenants dans la maintenance des équipements radiologiques.

La prestation de la radiologie sera améliorée avec :

- Le transfert aux nouvelles structures dotées de matériel et d'équipements adéquats ;
- Le recrutement de deux professeurs.

Point 3 : les recrutements (notamment des techniciens) qui ont eu lieu en 2008 et l'implémentation d'un système d'information permettront de remédier aux problèmes auxquels étaient confrontés les laboratoires d'analyses.

Courant l'année 2009, le CHU Hassan II instaurera :

- Un système de transport pneumatique des prélèvements et des demandes d'analyses permettant de remédier aux non-conformités administratives (identification incomplète de l'échantillon, manque de renseignements cliniques), et aux non conformités techniques (tube hémolysé, tube cassé) ;
- Un SIL (système d'information du laboratoire) qui permet la liaison des appareils de mesure (automates) au système d'information de l'hôpital et facilite la gestion administrative.

4. Les services de soins

Les problèmes d'exiguïté des locaux, de chambres surchargées de malades et de capacité litière et des besoins sont résolus avec le transfert aux nouvelles structures inaugurées en janvier 2009 Majesté Mohammed VI.

II. Les activités de gestion

1. La gestion des équipements

Point 1 : Un effort considérable a été déployé par le Centre pour équiper les services. Chaque les priorités sont arrêtées en commun accord avec les directeurs des hôpitaux et les chefs de service suivant les possibilités budgétaires.

L'administration essaie de remédier immédiatement aux ruptures qui peuvent survenir.

Point 2 : la maintenance interne et externe du Centre souffre :

- De la quasi absence d'une structure de maintenance biomédicale au CHU Hassan II ;
- Des problèmes de contrats de maintenance et de leur gestion ;
- De la quasi inexistence sur le marché de profils dans le domaine de la maintenance biomédicale ;
- Des pratiques des sociétés revendeuses des équipements qui forment leurs techniciens par la maintenance de la marque qu'ils représentent, ce qui limite le choix de l'administration.

Ces sociétés bénéficient d'un quasi monopole sur le matériel qu'elles importent. Malgré le recours à la concurrence, parfois aucune offre n'est présentée.

Cette situation sera améliorée avec :

- La création imminente d'une structure chargée de la maintenance interne et du suivi de la maintenance externe ;
- La revue des clauses et du contenu des cahiers des charges relatifs aux marchés de maintenance ;
- Les efforts qui seront déployés pour activer la passation de ces marchés.

2. Les aspects financiers

Point 1 : L'instabilité budgétaire est due aux budgets modificatifs élaborés essentiellement sur la base d'un changement de situation majeur dicté par :

- Le bilan annuel dont les résultats ne sont connus que bien après le mois de décembre de chaque année ;
- La nouvelle affectation des ressources : subventions relatives à de nouveaux postes budgétaires par exemple

De la sorte, le CHU opère des réajustements du plan d'action en cours d'exécution ; ou des corrections

- Elaborant un manuel de procédures des achats et des marchés ;
- Rédigeant des fiches de postes ;
- Recrutant de nouveaux profils ;
- Impliquant activement les services utilisateurs dans le processus de passation des marchés et difficultés enregistrés dans l'élaboration des descriptifs par les utilisateurs en temps o

Ces actions permettront de réduire les retards dans l'exécution des marchés.

Point 5 : L'extension imminente de la facturation à toutes sortes d'actes et quelque soit la payant permettra d'améliorer le système de facturation actuel et ce, grâce à l'implantation d'information hospitalier.

III. Les activités de soutien

1. L'hygiène hospitalière

Point 1 : Au courant l'année 2008, le CHU Hassan II a doté tous les services de 25 autoclaves fiables que les poupinelles. De même, les nouvelles structures disposent actuellement d'une stérilisation dotée d'équipements modernes.

Point 2 : L'interférence entre les différents circuits est due à l'architecture de l'hôpital Al Ghoul seul accès avec de longs couloirs.

Point 5 : Actuellement, la climatisation est disponible dans la majorité des services.

2. La gestion des déchets des activités de soins

En l'absence d'un centre de médecine nucléaire et d'une centrale de transformation des déchets à l'échelle nationale, le CHU Hassan II n'avait pas prévu en 2007 d'ajouter au CPS les déchets radioactifs, les liquides biologiques et les déchets de chimiothérapies..

Un appel d'offres sera lancé courant l'année 2009, les observations formulées seront prises en considération lors de la conception du cahier des charges.

3. Le nettoyage des locaux

Le CHU Hassan II développera une structure qui sera chargée du contrôle et du suivi des activités externalisées, en l'occurrence le nettoyage.

4. L'alimentation des malades

Le CHU Hassan II créera une commission qui sera chargée du contrôle et du suivi des activités externalisées, en l'occurrence l'alimentation.