

Le Centre hospitalier préfectoral Mohamed V de Casablanca

Le Centre hospitalier préfectoral Mohamed V (CHP MV) de Casablanca est organisé en vertu des dispositions du décret n°2-14-562 du 7 Chaoual 1436 (24 juillet 2015) pris pour l'application de la loi cadre n°34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins et les dispositions du décret n°2-06-656 du 24 Rabii I 1428 (13 avril 2007) relatif à l'organisation hospitalière. Ce centre, érigé en SEGMA, est constitué de l'hôpital Mohamed V qui regroupe plusieurs départements et services, du centre spécialisé en hémodialyse, du centre de consultations spécialisées et du centre de rééducation.

Il a pris la qualification de centre hospitalier préfectoral (CHP) en 2007 et il a été confirmé CHP chef-lieu en 2016 (Cf. arrêté du ministre de la Santé N°719.08 en date du premier Rabii II, 1429, (8 avril 2008) et arrêté du ministre de la Santé N°3272.15 du 24 hija 1436 (8 octobre 2015)). Ce centre est composé de plusieurs départements, de services hospitaliers et de services médicotechniques qui englobent une multitude de spécialités : département mère et enfant, département médecine, département chirurgie, département de traumatologie-orthopédie, département Ophtalmo-ORL-stomato, département médicotechnique, service urgence, service accueil et admission, service pharmacie.

En outre, le centre de consultations spécialisées est composé de 11 salles de consultations et le centre spécialisé en hémodialyse dispose d'une capacité d'accueil de 24 lits avec 24 générateurs dont sept sont totalement dégradés et connaissent des pannes fréquentes.

Les moyens financiers du CHP sont constitués de recettes propres et de subventions de l'Etat. Son budget total s'élevait en 2016 à 15.001.536,62DH entièrement consacré à la partie fonctionnement. L'évolution globale des ressources financières du CHP a été caractérisée par une tendance baissière, en passant d'un budget total de plus de 27millions de DH au titre de l'année 2010 à 15millions de DH en 2016.

L'effectif global du personnel affecté au CHP s'élevait au 31/12/2016 à 239 fonctionnaires répartis comme suit :

- un effectif médical composé de 56 médecins spécialistes, de sept médecins généralistes et d'un pharmacien ;
- un effectif paramédical constitué de 135 fonctionnaires dont 96 infirmiers diplômés d'Etat et 39 infirmiers auxiliaires de santé ;
- un effectif administratif composé de 40 fonctionnaires composé à plus de 70% par des techniciens et adjoints techniques .

En plus de cet effectif, le CHP bénéficie de la mise à sa disposition de 21 agents relevant de plusieurs arrondissements de la ville de Casablanca.

I. Principales observations et recommandations de la Cour des Comptes

La mission de contrôle de la gestion du Centre hospitalier préfectoral Mohamed V de Casablanca, entreprise par la Cour des comptes en partenariat avec la Cour régionale des comptes de la région de Casablanca-Settat, a permis de noter plusieurs observations et émettre des recommandations se rapportant notamment aux axes suivants.

A. Gouvernance du et organes de gestion du CHP

Les textes régissant l'organisation de l'offre de soins ont accordé une grande importance au mode de gestion et aux relations de gouvernance au sein des centres hospitaliers. L'objectif est de doter

ces structures d'un cadre de gestion et de concertation permettant de faire participer l'ensemble des composantes du corps médical, paramédical et administratif dans la prise de décision.

L'examen des relations de la gouvernance et de la gestion du CHP a permis de dégager les observations suivantes.

1. Le CHP fonctionne sans projet d'établissement hospitalier

Contrairement à l'article 35 du décret n°2-14-562 et l'article 8 du décret n°2-06-656 précités, le CHP MV opère en l'absence d'un schéma régional de l'offre de soins (SROS) qui détermine les objectifs assignés à la région, en général, et spécifiquement aux différentes préfectures en termes d'offre de soins. Cette lacune n'a pas permis la mise en place au niveau du CHP d'un projet d'établissement hospitalier (PEH) compatible avec les besoins spécifiques de la préfecture et les objectifs du SROS. Ainsi, plusieurs projets relatifs à la création de pôles de santé spécialisés sont restés suspendus, c'est le cas notamment du pôle néonatalogie ou du pôle traumatologie au sein du CHP MV.

2. Insuffisances dans le fonctionnement des comités d'appui et de concertation

L'article 13 du décret n°2-06-656 susvisé et le Règlement intérieur des hôpitaux (RIH) prévoient plusieurs instances de concertation, d'appui et d'assistance au directeur du CHP. Il s'agit notamment du :

- comité d'établissement ;
- comité de suivi et d'évaluation ;
- conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens ;
- conseil des infirmières et infirmiers;
- comité de lutte contre les infections nosocomiales;
- comité de gestion.

Le RIH prévoit aussi la composition, les attributions et les modalités de fonctionnement de ces instances. La revue des PV des différentes réunions de ces instances a permis de relever les observations suivantes sur leur fonctionnement :

- les principaux points présentés dans ces comités se limitent à la présentation des statistiques de l'année écoulée et les contraintes auxquelles fait face le fonctionnement du CHP ;
- l'ordre du jour de plusieurs de ces comités est en déphasage avec leurs attributions telles qu'elles sont définies par le RIH, les points relatifs à l'établissement du PEH du CHP, la programmation pluriannuel des efforts d'investissement et l'élaboration de plans de formation des différentes catégories du personnel sont quasi-absents dans les PV ;
- les réunions de plusieurs comités ne sont pas tenues de manière régulière et souffrent de l'absentéisme de plusieurs membres.

3. Missions et attributions non assurées par les pôles de gestion

Conformément à l'article 14 du décret n°2-06-656, l'administration du centre hospitalier préfectoral est organisée en trois pôles de gestion : le pôle des affaires médicales, le pôle des soins infirmiers et le pôle des affaires administratives. En outre, c'est le règlement intérieur des hôpitaux qui précise les différentes missions et attributions assignées à ces pôles. La vérification de leur conformité et de l'exercice de leur attribution a permis de relever les observations suivantes :

- contrairement aux articles 5 et 6 du RIH, le pôle des affaires médicales n'assure pas l'ensemble de ses missions et attributions qui lui sont conférées ;

- contrairement aux articles 7 et 8 du RIH, le pôle des soins infirmiers lui aussi n'assure pas l'ensemble de ses missions et attributions à savoir : la coordination et la planification des activités et programmes de soins et de services paramédicaux ; l'évaluation de leur qualité et performances ; la veille à la cohérence des activités paramédicales avec l'ensemble des activités cliniques ; validation des listes de garde et d'astreinte des infirmiers.
- le pôle des affaires administratives souffre d'importantes carences dans la mise en œuvre des missions et des attributions à sa charge et qui sont prévues par les articles 9 et 10 du RIH. Ces insuffisances ont eu des conséquences négatives sur la gestion financière du centre.

Ainsi, la Cour des comptes recommande de :

- *doter le CHP d'un projet de l'établissement hospitalier ;*
- *créer et opérationnaliser les différentes instances d'appui et de concertation prévues par le règlement intérieur des hôpitaux.*

B. Organisation et gestion de l'offre de soins du CHP

Le CHP occupe une place importante dans la chaîne des soins proposés à la population de la préfecture AIN SEBAA HAY MOHAMMADI qui compte plus de 425.916 habitants répartis entre les arrondissements d'Ain Sebaa, Roches noires et Hay Mohammadi. Il est à signaler que vu les prestations d'offre de soins proposées par le CHP, d'autres préfectures avoisinantes font recours à ses services tel est le cas de la préfecture de SIDI MOUMEN (454.779 habitants), de la préfecture de SIDI BERNOUSSI (173.189 habitants). Soit une population potentielle à desservir de 1.053.884 habitants (recensement de la population de 2014).

En plus des arrondissements signalés, le CHP offre ses services aux pensionnaires du complexe social Tit Mellil relevant de la province de Médiouna, et les prisonniers du complexe pénitentier Oukacha (prison locale Ain Sebaa I, Prison locale Ain Sebaa II, centre de redressement).

A signaler que le RIH prévoit pour chaque catégorie de centre hospitalier et selon sa capacité litière hospitalière, un mode d'organisation en services adapté à sa dimension. L'offre de soin du CHP MV est caractérisée par son alignement à cette organisation puisqu'il est composé de six départements et trois services. Cependant, l'absence de plusieurs spécialités a conduit à rétrécir certains départements et supprimer d'autre. C'est le cas notamment du département Ophtalmo-ORL-stomato qui a été supprimé par le comité d'établissement en 2017. C'est le cas aussi de certains départements qui se voient minoré de spécialités inexistantes au CHP tels que : la stomato, la neurochirurgie.

➤ Insatisfaction des principales fonctions de la structure chargée de l'accueil et de l'admission

Pour remplir ses fonctions et optimiser ses moyens humains, le CHP doit organiser son SAA en quatre sections :

- une section d'accueil, d'information et d'orientation ;
- une section d'admission et de facturation ;
- une section chargée de la gestion du recouvrement ;
- une section chargée de la gestion de l'information hospitalière.

Contrairement à la réglementation en vigueur et au guide relatif au service d'accueil et d'admission la plupart des six fonctions que doit remplir le SAA ne sont pas assurées de manière satisfaisante.

Il a été constaté une insuffisance dans l'accomplissement de la fonction information/orientation et de la gestion des rendez-vous et de l'affluence des usagers. En outre, aucun mécanisme de communication n'est instauré entre le SAA et les différents services producteurs de soins lui

permettant d'être informé en permanence des différents changements qui touchent l'organisation des spécialités (capacité litière par département et service, les départements et service fermés etc.), la disponibilité des effectifs des médecins.

Pour sa part, la fonction facturation n'est pas accomplie de façon systématique pour les différents dossiers transitant par le service. L'ensemble des actes rendus par les urgences, les prestations de radiologie, les analyses rendues par le laboratoire et les consultations spécialisées ne transitent pas par l'application de ce service et pour lesquels aucune facturation de prestations n'a été générée. Le même constat concerne les services d'hospitalisation pour lesquels leurs dates d'entrée à l'hôpital sont générées automatiquement, mais leurs dates de sortie ne sont pas renseignées. La non indication des informations relatives à la facturation fait perdre le CHP des recettes importantes.

La fonction de recouvrement confié à ce service est également non assurée. Les dossiers contenus dans l'application d'accueil et d'admission qui sont en situation de débiteurs en instance et pour lesquels aucune procédure de recouvrement n'a été déclenchée sont de 1483 cas en 2016, avec un total cumulé entre la période 2010-2016 de 17430 cas.

Les insuffisances touchent aussi les fonctions relatives à la gestion des actes médico-légaux et de la morgue, et la gestion de l'information hospitalière.

Ainsi, la Cour des comptes recommande de :

- *remplir l'ensemble des fonctions du service accueil et admission ;*
- *veiller à ce que l'application informatique au niveau du SAA prenne en charge tous les dossiers médicaux et l'information relative à la facturation.*

➤ **Faible Capacité d'accueil des parturientes et taux de césarienne important**

La capacité litière dont dispose le service maternité est en deçà des besoins d'hospitalisation des parturientes qui fréquentent annuellement le CHP. Cette capacité qui était de 27 lits jusqu'au début de l'année 2012, ne s'est amélioré que de sept lits supplémentaires après la réception des travaux d'aménagement du marché n°29/08. Elle ne permet d'avoir en termes d'hospitalisation sur l'année que 12.410 journées. Or, le besoin annuel moyen du service dépasse 13.700 journées d'hospitalisation.

Pour faire face à cette situation d'insuffisance de la capacité litière, le personnel de ce service a affirmé qu'il recourt fréquemment à écourter le séjour des parturientes après une seule journée d'hospitalisation. Cette pratique est en contradiction avec les différentes circulaires du MS qui prévoient la prise en charge dans les salles de suite de couche des femmes pendant au moins deux jours pour les accouchements normales et cinq jours en cas de césariennes. En conséquence, il y a un grand risque de voir ces femmes souffrir, après avoir quitté l'hôpital, de complication post-partum.

En outre, il est à signaler que le taux des césariennes au sein du CHP est élevé par rapport au taux préconisé par l'OMS (entre 5% et 15%), il a avoisiné en 2016 le taux de 25%.

➤ **Importance du nombre de référence au CHU rétro-référés**

La revue des fiches de transferts disponibles des cas considérés comme compliqués a permis de constater qu'un nombre important des cas transférés ne sont pas suffisamment justifiés et leur prise en charge aurait dû être faite au niveau du CHP. En plus, le taux de transfert des mères qui se situait dans une moyenne de 38% durant la période 2011-2015 a atteint en 2016 le taux de 76%, soit plus des trois quarts des cas des parturientes sont transférées. Le tableau ci-après montre le pourcentage des transferts des mères et des nouveau-nés entre 2010 et 2016 :

Taux de transfert des parturientes et nouveau-nés considérés « compliqués »

Année	Parturientes			Nouveau-nés			% des transferts des parturientes	% des transferts des nvx nés
	Accueillies	Prises en charge	Référées **	Accueillis	Pris en charge	Référés		
2011	206	134	72	128	88	34,95%	34,95%	31,25%
2012	337	237	100	169	127	29,67%	29,67%	24,85%
2013	278	141	137	204	162	49,28%	49,28%	20,59%
2014	343	221	122	230	208	35,57%	35,57%	9,57%
2015	456	282	174	198	170	38,16%	38,16%	14,14%
2016	307	72	235	238	206	76,55%	76,55%	12,18%

En outre, ces fiches de référence sont, d'une part, remplies fréquemment par les infirmières et que, d'autre part, les raisons des transferts invoquées sont non fondées. Ci-dessous un classement par degré de fréquence des raisons à l'origine des transferts :

- absence de gynécologue de garde ;
- absence de bloc ou bloc non opérationnel ;
- absence de service de néonatalogie ;
- manque de Syntocinon : Ce médicament est utilisé pour déclencher l'accouchement et faire progresser la dilatation du col et permettre si possible un accouchement par les voies naturelles ;
- échographe non disponible ;
- grossesses non suivies ;
- cas compliqués nécessitant une réanimation.

➤ La non généralisation des consultations des nouveaux nés

La revue des activités relatives à la prise en charge des nouveau-nés a permis de constater la non généralisation des consultations pédiatrique. L'écart entre le nombre de ces consultations et le nombre des accouchements n'a pas cessé d'augmenter durant la période 2010-2016 en passant de 1937 à 3466 cas de nouveau-nés, tel que précisé dans le tableau ci-dessous :

Ecarts entre le nombre d'accouchement et les consultations des nouveau-nés

Année	Nombre d'accouchements	Consultation nouveau-nés	Ecarts
2010	5060	3123	1937
2011	4971	2057	2914
2012	5713	2576	3137
2013	5378	2472	2906
2014	5440	2316	3124
2015	5237	1587	3650
2016	4932	1466	3466

➤ **Mauvaise condition de fonctionnement du bloc opératoire et absence d'une salle de réanimation**

Le bloc de l'hôpital souffre de plusieurs insuffisances qui ont une influence directe sur le niveau d'activité, la qualité et la sécurité des opérations chirurgicales réalisées :

- le BO est dépourvu d'un schéma d'asepsie progressive. En effet, les portes des deux zones administratives et de circulation à l'extérieur de la zone des salles d'opérations sont en permanence maintenues ouvertes. En outre, le degré d'asepsie du quartier opératoire qui doit faire l'objet d'un contrôle au moyen d'examen bactériologiques appropriés de manière périodique, n'a jamais fait l'objet d'un tel examen ;
- l'ensemble des salles opératoires ne dispose pas d'un système de traitement de l'air et de fermeture automatique des portes d'accès, elles sont encombrées par un matériel médicotechnique vétuste présentant un degré d'oxydation avancé qui favorisent le développement des niches de bactéries sur un sol en plastic déchiré et des murs non lessivables ;
- le BO fonctionne en l'absence d'une unité de stérilisation indépendante avec des monte-charge séparées permettant l'acheminement sale et l'acheminement propre du matériel, celle existante est située au sein du BO ce qui constitue un handicap à la bonne marche de ce service ;
- la gestion de la programmation des opérations chirurgicales au sein des différentes salles du BO se fait en l'absence d'un comité du BO ;
- le manque de renseignement des dates de consultations préalables à la programmation de l'intervention chirurgicale ne permet pas le calcul des délais moyens de RDV par type d'opération ;
- le BO souffre de l'absence d'une salle de réanimation en la présence au sein du CHP de quatre médecins réanimateurs.

➤ **Disparité importante du nombre d'opérations par chirurgien**

Le niveau d'activité en termes de nombre d'opérations chirurgicales réalisées par spécialité a permis de constater sur les quatre dernières années (2013 à 2016) une stagnation du nombre total des opérations réalisées. Ces dernières sont passées de 7476 opérations (2329 majeures et 5147 mineures) en 2013 à 7556 opérations (2325 majeures et 5231 mineures) en 2016.

Cependant, les efforts fournis pour maintenir un niveau stable dans la production du BO ne sont pas réalisés avec le même degré de productivité par l'ensemble du corps médical chirurgicale. A titre d'exemple le traitement des réalisations du BO par certaines spécialités durant l'année 2016 a permis de quantifier cet écart dans le tableau ci-dessous :

Nombre d'opérations chirurgicales réalisées par chirurgien

Spécialité	Chirurgien	Nombre d'opération réalisées		TOTAL
		Majeures	Mineures	
Chirurgie générale	Dr M. E.	107	2	109
	Dr M. Bo.	30	3	33
	Dr H. E.	55	0	55
	Dr M. Ben.	0	0	0
ORL	Dr M. M.	62	3	65
	Dr F. K.	1	0	1
Traumato	Dr A. A.	104	NC	104
	Dr S. R.	26	NC	26
	Dr A. H.	18	NC	18
	Dr H. T.	92	NC	92
	Dr T. Z.	0	-	0

Ainsi, la Cour des comptes recommande de :

- améliorer la capacité litière de la maternité et la doter en nurserie ;
- améliorer les conditions de prise en charge des parturientes et limiter les cas de transferts aux cas compliqués ;
- généraliser la consultation des nouveaux nés ;
- prendre les mesures nécessaires qui garantissent le respect des normes d'aménagement, d'équipements, d'hygiène et de stérilisation au sein du Bloc Opératoire ;
- mettre en place et équiper une salle de réanimation au sein du CHP ;

C. Organisation de la pharmacie et du département médicoteknique

➤ Insuffisances dans le processus d'approvisionnement

Le processus d'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux (DM) comporte plusieurs anomalies qui entachent son efficacité et son efficience. La détermination de la dotation budgétaire prélevée sur le budget du centre hospitalier se fait sans aucune concertation avec les responsables locaux de la pharmacie qui connaissent mieux les besoins réels des différents services de l'hôpital et les arrières de dotations non honorées.

En outre, les pharmaciens sont obligés de consommer la totalité du budget alloué pour l'acquisition des médicaments et dispositifs médicaux, bien que les besoins réels du CHP demeurent en deçà du montant fixé et qu'une bonne partie des commandes relevant des années budgétaires antérieures n'ont pas été livrées. Ci-dessous le tableau relatif au taux des livraisons par rapport aux crédits alloués :

Taux des livraisons par rapport aux crédits alloués sur la période 2010-2016

Année Budgétaire	Crédits alloués aux médicaments et dispositifs médicaux (en DH)	Montant des restes à livrer (en DH)	Taux de livraison des commandes
2010	6.649.972,00	1.277.222,00	80%
2011	12.300.000,00	0	100%
2012	12.300.000,00	2.758.526,00	78%
2013	12.300.000,00	5.161.533,00	58%
2014	12.300.000,00	9.867.444,00	20%
2015	12.300.000,00	9.751.086,00	20%
2016	20.564.500,00	20.379.004,00	01%
TOTAL	88.714.472,00	49.194.815,00	45%

➤ Péréemption de quantités importantes de médicaments et de DM

La gestion défaillante du stock de la pharmacie et la non maîtrise de la cadence d'approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux ont conduit à la perte de quantité importante de médicaments. L'examen des PV de destruction des stocks périmés, a permis de constater qu'une grande quantité de médicaments et de DM a été atteinte par la péréemption. Le tableau ci-après retrace les montants de ces produits :

Valeur annuelle en DH des quantités de médicaments et dispositifs médicaux périmés détruits

Années	Montant en DHS
2010	164.792,00
2011	120.789,00
2012	NC
2013	NC
2014	1.694.280,00
2015	451.762,00
2016	3.120.060,00
TOTAL	5.551.683,50

➤ **Recours aux agents de service pour réaliser des examens en radiologie et absence de garde en scanographie**

Il a été constaté au sein de service radiologie le recours permanent à des agents de service pour réaliser les examens de radiologie standard ou assister les médecins durant les examens échographiques. Or, faire fonctionner le service radiologie par ces agents est en contradiction avec la réglementation en vigueur. Les seuls agents habilités à manipuler les appareils de radiologie sont les techniciens formés et diplômés dans le domaine.

Par ailleurs, il est à signaler qu'aucune garde résidentielle n'est assurée au niveau du service scanographie surtout qu'il est fortement sollicité par la population de la préfecture ASHM et les préfectures avoisinantes (Bernoussi, Sidi Moumen). En conséquence, la majorité des patients nécessitant un examen scénographique sont transférés au CHU.

Ainsi, la Cour des comptes recommande de :

- *améliorer le processus d'approvisionnement de la pharmacie et éviter les péremptions des médicaments et dispositifs médicaux ;*
- *réaliser les prestations de radiologie par des techniciens spécialisés dans ce domaine.*

D. Gestion des moyens de fonctionnement du centre hospitalier

➤ **Absence d'une gestion planifiée du personnel et décisions de mutation sans respect de la réglementation en vigueur**

La gestion du personnel au niveau du centre hospitalier souffre de l'absence d'une gestion planifiée dans leur répartition et dans leur remplacement pour les cas de démission ou de départ à la retraite.

En outre, cette situation est accentuée par le manque en ressources humaines paramédicale dont souffrent les différents départements hospitaliers qui connaissent un vieillissement important de leur population puisque 61% de cet effectif a plus de 50ans.

Par ailleurs, plusieurs entités interviennent dans le processus de nomination et de mutation au sein du CHP, tantôt c'est le ministère de la Santé qui affecte ou mute les cadres de la santé avec précision du centre hospitalier d'affectation, tantôt, c'est le directeur régional ou le délégué préfectoral de la santé qui assure cette fonction.

➤ **Anomalies dans les bâtiments, défaut d'entretien et absence de plans de recollement**

La structure du bâtiment principal constituant l'hôpital du CHP a connu, depuis son inauguration en 1982, plusieurs réaménagements et extensions visant l'intégration de nouvelles spécialités. Ces réaménagements qui consistaient en la création de nouveaux pavillons et la transformation de

plusieurs locaux à caractère administratif ont été réalisés en l'absence de plans de recollement des gros œuvres et des installations invisibles, tels que : le réseau de la plomberie, de l'électricité et des fluides médicaux.

En outre, à défaut de plan de rénovation et d'entretien, des signes d'usure apparaissent sur le bâtiment à travers des détériorations manifestes qui marquent les canalisations d'eau potable et d'assainissement et la dégradation de l'étanchéité de plusieurs services hospitaliers.

➤ **Occupation injustifiée et accumulation des arriérés des frais de consommation d'eau, d'électricité et de téléphone**

Plusieurs logements de fonctions intramuros sont occupés en infraction avec la réglementation en vigueur (l'arrêt viziriel du 27 juillet 1955). En effet, il a été constaté que plusieurs responsables déchargés de leurs fonctions de responsabilité et qui n'exercent plus de fonctions au sein du CHP ni au sein de la délégation de ASHM occupent toujours des logements de fonctions. En outre, certains fonctionnaires occupent ces logements sans qu'ils fassent partie du personnel du CHP, et d'autres les occupent sans que leurs fonctions ne soient permanentes.

Par ailleurs, l'ensemble de ces logements de fonction est branché gratuitement au compteur d'eau et d'électricité du CHP qui souffrait d'importants arriérés cumulés. Certains logements ont été même branchés au réseau de télécommunication et d'ADSL de manière gratuite. Cette situation a conduit la direction du CHP en collaboration avec le MS à procéder à la régularisation des arriérés de téléphonie fixe et d'ADSL qui se situaient à 283.654,93DH et de résilier les contrats les concernant.

La même opération d'apurement des arriérés a été réalisée pour les cumuls des consommations d'eau et d'électricité qui se situaient en 2016 à 1.829.266,87DH. Cependant, les 13 logements de fonctions en question sont toujours branchés aux compteurs d'eau et d'électricité du CHP.

➤ **Anomalies relatives à la gestion des risques**

Le CHP, en tant que structure hospitalière, doit disposer de normes de sécurité permettant d'assurer l'offre de soins dans des conditions optimales de sûreté. Or, il a été relevé l'absence de mesures préventives des risques susceptibles de se déclencher dans le CHP. Ces risques concernent plusieurs aspects qui seront détaillés ci-dessous :

- **Risques induits par la structure des bâtiments et l'absence de plan d'évacuation**

Le bâtiment de l'hôpital ne dispose pas d'un plan d'évacuation de la population en cas d'urgence ou de déclenchement d'incendie, la signalisation permettant d'indiquer la sortie est absente et les issues de secours, constituées de portes qui se ferment dans le mauvais sens, sont toujours fermées à clés ce qui les rends non fonctionnelles.

- **Risques d'infections nosocomiales**

Plusieurs membres importants du CLIN assurent leurs fonctions par intérim tel est le cas du chef du PAM ou le responsable de la pharmacie ou encore le président du CMDP parti en retraite. En conséquence, l'ensemble des attributions prévues à l'article 21 du RIH ne sont pas exercées.

Par ailleurs la revue des rapports et des registres de surveillance des infections intra hospitaliers a permis de constater la concentration des cas d'infection au sein du département BO y compris la chirurgie et au service de la maternité (accouchement). L'ensemble de ces cas a connu la prescription selon le protocole anti-biothérapeutique entre un à trois antibiotiques.

En outre, à l'occasion du contrôle des marchés relatifs à la collecte des déchets hospitaliers et leur traitement, il a été constaté l'absence de la conclusion d'un marché relatif au traitement de ces déchets pendant toute l'année 2012.

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.

De ce qui précède la Cour des comptes recommande de :

- *préconiser une gestion planifiée des ressources humaines et respecter les règles régissant les mutations ; régulariser la situation des logements intramuros ;*
- *préparer les conditions adéquates pour les travaux d'aménagement du centre hospitalier ;*
- *respecter les normes de sécurité et rendre opérationnel le comité de lutte contre les infections nosocomiales.*

➤ **Insuffisance des recettes déclarées et dysfonctionnements au niveau de la régie**

La comparaison des recettes déclarées pour la rubrique « Produit de paiement des actes médicaux et chirurgicaux fournis à titre externe » par rapport aux effectifs traités à titre externe permet de dégager un important écart. Ce dernier est estimé pour la période 2010/2016 à plus de 26,42 millions de DH.

En outre, la régie de recettes souffre de plusieurs dysfonctionnements qui agissent négativement sur les recettes réalisées à savoir :

- l'absence d'un régisseur suppléant permettant de remplacer le régisseur en cas de congé ou de maladie ;
- l'absence de locaux administratifs séparés réservés au régisseur et aux collecteurs ;
- le collecteur et le régisseur siège dans le même bureau avec un seul coffre-fort utilisé et le même carnet de quittance est utilisé par l'ensemble des collecteurs en même temps ;
- les carnets de quittance visés et non visés et les carnets de CML sont déposés sur le bureau de la régie et non conservés dans un coffre-fort sécurisé.

➤ **Absence d'une planification pluriannuelle dans l'exécution des marchés relatifs aux activités supports**

La spécificité des activités support de l'hôpital qui doivent être assurées de manière continue (alimentation des malades et du personnel de garde, approvisionnement en oxygène, gestion des déchets hospitaliers, etc.) et l'absence d'une planification pluriannuelle relative au lancement des commandes publiques au sein du PAA ont conduit les responsables du CHP à la passation de marchés à caractère de régularisation. Les cas ci-dessous à titre d'exemple ont été relevés :

- marchés cadres n°01/2010 et n°1/2013 relatifs à l'alimentation des malades et du personnel de garde :
- il a été constaté que l'approbation du marché n°1/2010 date du 30/08/10 et la notification de l'ordre de service de commencement date du 01/09/10, alors que les bons d'exécution des prestations datent depuis le 02/05/10 ;
- les PV d'ouverture des plis du marché 1/2013 en 1ère et 2ème séances date du 10/01/13 et du 18/01/13. En outre, l'OSCT date du 06/09/13. Par contre, les bons d'exécution des prestations datent depuis le 01/01/13
- marché reconductible n°07/2012 relatif à la collecte et le traitement des déchets médicaux et hospitaliers :
- L'approbation et la notification de l'ordre de service de commencement de cette prestation date du 02/01/13, alors que les bons d'exécution des prestations datent depuis

janvier 2012 et en contrepartie desquels un montant de 389.828,16DH en règlement du décompte n°1 courant l'année 2013 a été payé en date du 24/10/13.

- les quantités payées à tort représentent 20176,37Kg soit 193.693,15DH.
- marché n°2/2013 relatif au blanchissage et à la distribution de linge : le PV d'ouverture des plis de ce marché date du 08/01/13 et son approbation et la notification d'ordre de commencement des travaux le 02/09/13, alors que les bons d'exécution des prestations datent depuis juillet 2012 et en contrepartie desquels un montant de 224504,28DH en règlement du décompte n°1 a été payé en date du 25/11/13.

➤ **Non-respect des conditions de réception des prestations**

La revue des bons de livraison ou d'exécution des prestations de certains marchés a permis de constater que l'administration de l'hôpital se contente d'apposer un cachet et/ou une signature d'une seule personne. En plus, et jusqu'à la fin de l'année 2015 aucune décision formelle, responsabilisant une commission composée d'au moins deux personnes pour signer les livraisons réalisées ou les travaux exécutés, n'a été trouvé. Ces désignations n'ont commencé qu'avec la nouvelle direction, à partir de début 2016.

➤ **Non-respect des clauses des CPS**

Malgré les efforts réalisés par les services centraux du ministère de la Santé dans l'établissement de CPS types par prestation objet de commande publique au niveau des CHP. Il a été constaté une négligence dans l'application des clauses de ces CPS en ce qui concerne la plupart des marchés des activités support tels que précisé dans les exemples suivants :

- marché n°01/2014 relatif à l'alimentation des malades et du personnel de garde : non application des dispositions de l'article 10 du CPS relatif aux pénalités pour manquement dans le respect des prestations assurées ;
- marché N°01/2016 relatif à l'alimentation des malades et du personnel de garde : en ce qui concerne l'application des articles 27, 30, 34, 38-1, 47 et 49 relatifs aux procédures de mise à la disposition des locaux et équipements au prestataire, de calendrier de réception des denrées alimentaires, le respect de la structure de la journée alimentaire, et les conditions d'acheminement des repas ;
- marché cadre n°5/2016 relatif à la collecte des déchets : en ce qui concerne l'application des articles 28-3 et 28-2 relatifs à l'absence d'un plan d'organisation de la collecte tous les deux jours (la collecte est parfois assurée tous les 10jours), la non disponibilité de matériels spécifiques à la collecte (des chariots protégés, produit de désinfection et de nettoyage), l'absence d'attestation semestrielles d'étalonnage de la balance de pesage lors des visites réalisées ;
- marché 2/2015 relatif au gardiennage, surveillance et sécurité des locaux du CHP : en ce qui concerne l'application des articles 33-1, 32-4 et 37 relatifs à l'absence du planning d'exécution des prestations pris comme base pour l'application des pénalités de retard, le non-respect de l'effectif des agents chargés de la surveillance, la non tenue d'un ensemble de registres qui matérialisent le travail effectué par les agents de gardiennage.

Ainsi, la Cour des comptes recommande de :

- *appliquer la tarification réglementaire en vigueur des actes médicaux afin d'améliorer les recettes de l'hôpital ;*
- *améliorer les conditions de fonctionnement de la régie de recettes ;*
- *mettre en place un système de contrôle interne pour améliorer la gestion des activités support et respecter les clauses des marchés y afférant.*

II. Réponse du Ministre de la santé

(Texte réduit)

(...)

A. Gouvernance et organes de gestion

➤ Absence de Projet d'Établissement Hospitalier

Il convient de noter que le projet d'établissement hospitalier est en cours d'achèvement, après la finalisation de la phase de diagnostic organisationnel. La validation du projet managérial est en cours. Le PEH du CHP AS-HM sera finalisé fin 2019(...).

➤ Insuffisances dans les travaux des instances de concertation et d'appui

Les travaux des organes de concertation et d'appui ont été activés : les comptes rendus de l'année 2019, reprennent les points figurant dans le règlement intérieur des hôpitaux, les quatre réunions programmées au cours de cette année, veilleront au respect des dispositions réglementaires.

Pour l'élection des membres du conseil des médecins, dentistes, pharmaciens et du conseil des infirmières et des infirmiers, il convient de noter que, malgré l'annonce par l'administration de l'hôpital de l'ouverture de l'appel à candidature pour l'élection des membres de ce conseil, aucun médecin n'a été présenté. Par conséquent, il n'y a plus d'absence mais, l'inexistence de responsables pour l'occupation de ces postes au niveau de ces instances (...).

➤ Absence d'exercice de toutes les fonctions de quelques pôles de gestion

Pour le pôle des soins infirmiers et vu la pénurie en ressources humaines, il réalise certaines missions, notamment, la validation des listes de garde du personnel paramédical, qui sont approuvées par le chef du pôle des soins infirmiers (...). Ainsi, le programme d'action du PSI a été actualisé.

Le chef du pôle des affaires administratives a été démis de ses fonctions pour manquement à ses obligations professionnelles (...).

B. Structuration, organisation et gestion de l'offre de soins

La suppression concerne uniquement le département ophtalmo-ORL, et pourtant, le CHP assure l'hospitalisation des patients qui subissent des actes chirurgicaux simples dans l'hôpital du jour.

➤ Absence d'exercice de toutes les fonctions du SAA

Avec l'application mawiidi centralisée au niveau du SAA la gestion des rendez-vous a été maîtrisée et toutes les interventions ont été facturées. Cependant l'absence de liaison entre le SAA, la régie ne permet pas d'enregistrer toutes les opérations. Mais avec les aménagements qu'a connus le service des urgences, le service d'accueil et d'admission a été relié informatiquement à la régie des recettes.

De même, une note de service a été établie pour combler ces insuffisances et des actions de sensibilisation ont été organisées au profit du personnel.

Il y a lieu de signaler que la non satisfaction des fonctions essentielles du SAA est dû principalement à la pénurie en ressources humaines dont souffre le Ministère de la Santé.

A noter que des écrits ont été adressés à la Délégation du Ministère de la Santé pour lancer l'appel à la candidature pour l'occupation du poste du chef du SAA.

La généralisation de l'informatisation au niveau de l'ensemble du CHP sera opérationnelle fin 2019.

➤ **Baisse de la capacité d'accueil des parturientes avec augmentation du taux des césariennes**

Les durées réglementaires d'hospitalisation des parturientes au niveau du département mère et enfant, ont été respectées (...) avec la nomination de la nouvelle infirmière chef de département mère-enfant.

Quant à l'augmentation des taux de césariennes par rapport aux normes préconisées par l'OMS, il est à préciser que la maternité du CHP MED V draine aussi les parturientes des arrondissements avoisinantes, durant l'année 2016 et sur exploitation des registres de la maternité et du registre du bloc opératoire, 1257 césariennes ont été réalisées dont 815 césariennes en urgence, 442 césariennes programmées. Sur les 1257 césariennes réalisées, 642 cas relèvent de la préfecture ASHM et 615 hors préfecture (sidi moumen 265 cas, sidi bernoussi 73 cas, Myrachid 28 cas, titmellil 22 cas, autres 110 cas (birjdid, dar bouazza, el gara, benslimane, sidi bennour, Eljadida, Essaouira, ...))

➤ **Taux élevé des femmes enceintes transférées aux autres structures :**

Il y a lieu de souligner que le pourcentage des femmes transférées en 2016 a atteint 235/4932 accouchements soit 4.76 % au lieu de 76.55 %.

➤ **La non généralisation des consultations pédiatriques aux nouveaux nés**

Après la nomination du Dr A.M., l'examen des nouveaux nés est systématique, seuls les cas urgents sont examinés par les médecins pédiatres.

➤ **Mauvais fonctionnement du bloc opératoire et absence d'une salle d'urgence**

Tous les services ont été réaménagés, notamment le service des urgences qui est devenu actuellement fonctionnel, depuis la fin du mois de mai 2019. Le plan d'aménagement de l'unité de réanimation, a été validé et approuvé par l'autorité de Casablanca, dans le respect des normes de qualité et de sécurité en vigueur, y compris les couloirs sales et propres.

Tous les halls du bloc opératoire ont été peints et un système d'aération a été installé, ainsi que la réparation du sol en partenariat avec l'Initiative nationale pour le développement humain. Tous les équipements en panne ont été évacués du bloc.

Pour les interventions chirurgicales, elles sont régulièrement programmées par le chef du département de chirurgie, en collaboration avec le médecin réanimateur.

C. La pharmacie hospitalière et département médicotechnique

➤ **Insuffisances dans le processus d'approvisionnement**

La Division de l'approvisionnement au Ministère de la Santé ne cesse de consentir les efforts, en vue de l'amélioration des conditions d'approvisionnement des pharmacies hospitalières afin de corriger les anomalies et de pallier aux insuffisances.

➤ **Péréemption de grande quantité de médicaments et dispositifs médicaux**

Les médicaments et dispositifs médicaux éliminés en 2015-2016 sont des produits qui étaient entreposés au CHP, depuis des années, et ne reflètent pas le taux des périmés par an. Ces produits étaient détruits dans le respect de la réglementation en vigueur.

➤ **Recours à des agents de société pour établir des examens de radiologie et absence d'astreinte pour les examens de scanner**

Avec l'affectation de deux techniciens de radiologie, les examens de radiologie standard ne se font, dorénavant, que par des techniciens diplômés. La liste d'astreinte des radiologues est établie, chaque mois, uniquement pour les techniciens, afin d'assurer la permanence dans ce service (...).

D. Gestion des moyens de travail du centre

➤ Absence de planification prévisionnelle des ressources humaines avec non-respect des règles de mouvement du personnel

Le besoin en personnel est établi, chaque année, par les services du CHP et transmis sous couvert de la voie hiérarchique (...).

Le CHP Mohamed V, étant un service de l'Etat Géré de Manière Autonome, n'est pas pleinement habilité à gérer ses ressources humaines, notamment la gestion du mouvement de son personnel, qui relève des attributions, soit du Ministère, des directions régionales de la santé ou des délégations préfectorales ou provinciales.

➤ Absence de plan architectural et insuffisance dans les travaux d'aménagement

Le CHP AS-HM a connu de nombreux chantiers, notamment la réalisation des travaux de réfection, au cours de l'année 2017-2018, de l'étanchéité du plafond de l'hôpital pour empêcher les infiltrations des eaux aux différents services.

➤ Mauvaise gestion avec des arriérés de consommation d'eau, électricité et de téléphone

Des écrits avec rappels ont été adressés à la délégation préfectorale de la santé pour inviter les occupants des logements de fonctions à contracter des contrats avec les fournisseurs d'eau et d'électricité. Cependant, la procédure de délogement est entamée par la Direction de la réglementation et du contentieux (...).

➤ Insuffisance dans la gestion des risques

Un comité de gestion des risques est créé au niveau du CHP sous la présidence du Dr A.M. Il se réunit périodiquement et fonctionne selon un plan de travail annuel. Un programme de travail a été mis en place pour identifier les risques selon un planning préétabli. Le système de signalisation couvre actuellement l'ensemble des services de l'hôpital.

En ce qui concerne les cas suspects, et après avoir mené une enquête sur le sujet, il s'avère qu'aucun cas clinique n'avait été confirmé.

➤ Insuffisance des recettes et dysfonctionnements au niveau de la régie des recettes

Afin d'augmenter les recettes, le CHP Mohammed V a procédé à l'équipement, du bureau d'accueil et d'admission, existant au niveau du service des urgences, en matériels informatiques nécessaires. Il a été également connecté à l'application informatique pour l'unification des tarifs des prestations médicales.

En juillet 2018, Mr L.M. est nommé régisseur suppléant (...), et occupe actuellement un local séparé des agents collecteurs, de même les deux locaux ont été dotés de coffres forts.

En ce qui concerne l'utilisation simultanée des quittanciers, il convient de noter qu'aucun agent ne peut avoir un quittancier à lui seul, du fait de l'existence d'un numéro chronologique, en contrepartie, l'administration a veillé au respect de l'enregistrement de la date et de l'heure de l'achèvement de tâche pour chaque agent.

De même les quittanciers ont été rangés dans un coffre-fort dédié spécialement à la régie et la gestion des certificats médicaux a été confiée au SAA.

➤ Absence de planification pluriannuelle des marchés de service, et non respect des conditions de réception des prestations

Il est à noter qu'il s'agit ici du marché n 01/2013 au lieu de 01/2014 relative à l'alimentation des patients.

Les déchets hospitaliers sont transportés deux fois par semaine après pesage par une balance étalonné (...). Ainsi, le titulaire du marché a mis en œuvre du matériel de collecte et de transport de déchets, conformément aux dispositions du cahier des prescriptions spéciales.

Pour le nouveau marché relatif au gardiennage, surveillance et sécurité des locaux du CHP, toutes les remarques ont été prises en considération pour combler les lacunes constatées et veiller au respect des clauses du cahier des prescriptions spéciales. Ainsi, le CHP Mohammed V a procédé à la nomination des comités de suivi et de contrôle pour tous les marchés, depuis l'année 2016.