

Laboratoire de recherche du CHIS de Rabat

Hôpital Ibn Sina

Nouveau bâtiment central d'admission et de facturation

Deux ambulances médicalisées au renfort du SAMU régional de Rabat

BILAN DES INDICATEURS QUALITATIFS DU CHIS 2011

مؤشرات Indicateurs

Année 2011

Capacité Litière Fonctionnelle	2.489	↗	عدد الأسرة
Consultations	240.716	↘	الفحوصات الطبية
Admissions	78.690	↘	الإستشفاءات
Journées d'Hospitalisation	636.658	↘	عدد أيام الإستشفاء
Durée Moyenne de Séjour	8,09jr	↘	معدل مدة الإقامة
Interventions Chirurgicales	28.432	↘	العمليات الجراحية
Accouchements	23.697	↗	الولادات
Imagerie Médicale Nombre d'examens	310.839	↗	الأشعة الطبية عدد الفحوصات
Radiothérapie Malades	1.883	↗	العلاج بالأشعة المرضى
Laboratoire Nombre d'examens	1.636.276	↗	التحاليل الطبية عدد الفحوصات
Dentaire Nombre d'actes	8.758	↗	علاج الأسنان عدد العمليات

Directeur de la Publication
Al Mountacer CHARIF
CHEFCHAOUNI

Rédacteur en Chef
Ahmed ZERHOUNI H.

Maquette et pré-press
Younes EL GAF

Comité de Rédaction
Abdellatif ASMAMA

Radia ATIF

Khalid BELGHITI

Naima BENNANI

Ahmed BENSASSI

Khadija BIDARAN

Saad CHAACHO

Anwar CHERKAOUI

Mustapha CHERKAOUI

Younes EL ASRI

Rachid EL HACHIMI

Fatima EL HAFER

Abdelmajid EL OUADI

Allal FLIFLOU

Latifa MAZZINE

Photos

Hicham EL WAHABI

Conception et Réalisation
Service de Communication

Tél. : 06. 61. 32. 87. 81

E-mail : a.zerhouni@chis.ma

ABREVIATIONS

HIS : Hôpital Ibn Sina
HER : Hôpital d'Enfants
de Rabat
HSR : Hôpital des Spécialités
de Rabat
MAT : Maternité Souissi
HMY : Hôpital Moulay Youssef
HAS : Hôpital Ar-Razi de Salé
HEY : Hôpital El Ayachi de Salé
CNSR: Centre National
de Santé Reproductrice
CCTD: Centre de Consultation
et de traitements Dentaire
INO : Institut National
d'Oncologie
RSZZ : Rabat - Salé - Zemmour -
Zaer
GCBH : Gharb - Chrarda - Beni -
Hssen

L'avènement du RAMED

Professeur Al Mountacer
CHARIF CHEFCHAOUNI
Directeur du CHIS



Longtemps handicapé par la facturation « des indigents » qui représente à peu près les 2/3 de la facturation globale au niveau du CHIS, le RAMED représente une manne budgétaire non négligeable et offre des opportunités de développement des ressources de financement d'une part et contribue d'autre part au renforcement du rôle du CHIS dans la dynamique du changement annoncée dans la stratégie du Ministère de la Santé 2008-2012.

Initié conformément aux hautes instructions Royales pour assurer à toute la population l'égalité et l'équité dans l'accès aux soins, le RAMED repose fondamentalement sur la solidarité et la cohésion sociale.

Ces valeurs sont consacrées par les dispositions de l'article 31 de la nouvelle constitution qui stipule : « L'Etat, les établissements publics et les collectivités territoriales œuvrent à la mobilisation de tous les moyens disponibles. pour faciliter l'égal accès des citoyennes et citoyens aux conditions leur permettant de jouir du droit :

- aux soins de santé ;

- à la protection sociale, à la couverture médicale et à la solidarité mutualiste ou organisée par l'Etat ;... ».

Par ailleurs les mesures d'accompagnement ainsi que les textes d'application pris pour la mise en œuvre du RAMED sont venus corroborer la volonté exprimée par les hautes instances politiques du pays.

D'ors et déjà, la Direction du CHIS a entamé depuis 2011, au profit des intervenants dans le processus de prise en charge des patients des campagnes d'information et de sensibilisation, l'élaboration et diffusion de notes directoriales ayant pour objet de clarifier les procédures d'admission en hospitalisation complète, en hôpital de jour et en ambulatoire, filière de soins et catégories comptables des patients et

le choix du RAMED comme thématique de la 11ème journée de l'Association des Administrateurs du CHIS.

Ceci dénote tout l'intérêt que porte le CHIS quant à la réussite de ce projet social. Les enjeux auxquels doit faire face le CHIS le risque que l'hôpital public se transforme en établissement de soins exclusif pour les patients « RAMED » et la fuite des patients « AMO » vers le secteur privé ; le respect de la filière de soins sous tend que le CHIS est le dernier recours pour la prise en charge des pathologies de niveau tertiaire lourdes et coûteuses.

- L'obligation de prendre en charge gratuitement les patients « RAMED » suppose la disponibilité des médicaments et autres dispositifs médicaux.

- La tarification des actes ne reflète pas le coût réel des prestations prodiguées aux patients (plateau technique performant, expertise professionnelle, externalisation).

- Le mode d'allocation des ressources dans le cadre du RAMED requiert le respect du découpage administratif des aires de desserte des CHU et l'identification stricte du bénéficiaire selon le lieu de résidence.

- Le respect des dispositions de la Loi Cadre sur le Système de Santé et l'Offre de Soins va de pair avec la mise à niveau du système d'information et l'évaluation de la qualité des soins.

Pour faire face à ces enjeux, le CHIS entend mettre en œuvre les actions suivantes :

- Instituer un comité de suivi RAMED au sein de chaque établissement hospitalier ;

- Mettre en place des guichets RAMED ;

- Etablir des carnets de facturation RAMED
- Estimer la consommation des médicaments et dispositifs médicaux, implants et prothèses...;

- Implanter un système d'information de gestion

- Préparer les utilisateurs et les professionnels au respect de la filière de soins (Procédures, Information large).

Soins d'urgences

Deux ambulances médicalisées au renfort du SAMU régional de Rabat

Régulation médicale oblige, le CHIS de Rabat a financé l'achat de 2 ambulances médicalisées équipées d'appareils médicaux des plus modernes. L'enveloppe consacrée à l'opération est de 3,5 millions Dhs et de 400 000 à 500 000 Dhs TTC pour les équipements médicaux.

« Elles répondent aux normes internationales en vigueur ». Le Réfèrent universitaire au SAMU de Rabat, le Professeur Mohamed Ali El Kettani, Pr. Anesthésiste réanimateur, est déjà fier des deux ambulances médicalisées acquises par le CHU, le 28 septembre 2011, et de leurs performances. Conçu à la base comme ambulances, avec notamment un circuit électrique complet dont le faisceau est inséré dans une gaine résistante à haute température ; Celui du compartiment des patients est indépendant du reste du véhicule. Ces véhicules sont équipées d'une batterie permettant une autonomie suffisante pour recharger les batteries des équipements médicaux en cas de besoin sur la route. Le matériel médical, de pointe, est complet. Le nouvel arrivage s'aligne sur les normes internationales en vigueur, en termes d'espace de travail, de sécurité pour le patient, pour le personnel soignant et pour celui des équipements. Les moyens de radiocommunication intégrés font de ces deux ambulances un des atouts majeurs de l'offre de services du CHIS pour ses



Nouvelles ambulances aux normes internationales

patients. « Ces deux unités mobiles dignes de ce secteur d'urgence, représente un grand pas en avant du fait qu'elles vont permettre une prise en charge optimale du patient et une continuité de soins d'un service à un autre et d'un hôpital à un autre. Elles vont donner une plus-value à cette activité pré-hospitalière » rajoute le responsable du SMUR du SAMU de Rabat, le Dr. Marouane Hamdani.

Etat du parc ambulancier du SAMU

Pour assurer les transferts hospitaliers des deux régions de Rabat-Salé-Zemmour-Zaër et Gharb Chrarda Bni Hssain (RSZZ-

GCBH), comme moyens lourds disponibles, le SAMU ne disposait que de 3 ambulances. De plus, ces trois unités ambulancières mobiles ne sont autres que des véhicules utilitaires transformées. Une offre incapable de soutenir la demande de plus en plus croissante ; d'autant plus que la non disponibilité de l'une ou de l'autre de ces ambulances occasionne un retard de réactivité pour un service dont l'essence même est de répondre dans les plus brefs délais et 24h/24 à des demandes provenant des services d'urgences et de réanimation.



Actions d'accompagnement du projet

En appui, le CHIS de Rabat a externalisé l'activité de conduite des véhicules. Ainsi 16 ambulanciers qualifiés sont mobilisés, depuis le 4 janvier 2012, pour assurer 24h/24 l'utilisation de ce parc ambulancier renforcé et modernisé. Ceux-ci ont suivis, à ce jour, deux volets de formation sur le terrain avec les équipes actuelles. Fin décembre 2011, de nouveaux infirmiers recrutés à plein temps, ont renforcé l'effectif des anciennes équipes, pour répondre au mieux aux cas urgents, pour lesquels ces ambulances sont et seront sollicitées. L'identité visuelle du SAMU de Rabat, comportant l'acronyme SAMU avec le sigle de ce dernier suivi du numéro 01, représentatif de la région de RSZZ-GCBH, a été apposée sur ces unités mobiles et estampillée aussi sur les badges, les uniformes ainsi que sur les sacs de secours. Le SAMU de RSZZ-GCBH, implanté au CHIS de Rabat-Salé est en activité depuis le 10 juillet 2006. C'est un service hospitalier faisant partie du Pôle clinique comportant le service chargé des urgences médico-cliniques polyvalentes du CHIS. Par les nouvelles acquisitions et le programme de formation du

personnel dédié, Ce SAMU, l'un des plus anciens du Maroc, va pouvoir non seulement assurer le service actuel inter-hospitalier, mais aussi passer à la 2ème phase du RISUM (Réseau Intégré de Soins d'Urgence Médicales); phase des interventions primaires visant à traiter sans délai toute détresse vitale pouvant se produire n'importe où. « En effet, ces deux nouvelles unités de soins intensives possèdent une taille et une ergonomie leur permettant une accessibilité aux endroits les plus difficiles d'accès » Assure le Dr. Marouane Hamdani. « Cette 2ème phase est en cours de coordination entre les différents partenaires du corps de la Protection Civile » confirme ces deux responsables du SAMU.

En effet, jusqu'à présent, le

système de soins au Maroc ne comportait que 2 réseaux, le RESSB (Réseau des établissements de soins de santé de base dits primaires) et le REH (réseau des établissements de soins hospitaliers). De ce fait, chaque RISUM des 16 régions sanitaires du Maroc, en plus de ses SUH (services d'urgences hospitaliers), doit comporter un SAMU.

Le Professeur Mohamed Ali El Kettani, se félicite de l'évolution que connaît actuellement le SAMU au Maroc avec la circulaire ministérielle du 4 juillet 2011. Celle-ci stipule l'obligation de régulation médicale par le CRAM (centre de réception et régulation des appels médicaux) du SAMU régional ou interrégional et l'institutionnalisation de l'organisation et du fonctionnement des SAMU. « Il s'agit là d'une révolution dans le domaine de la santé et plus particulièrement des urgences médicales; révolution selon laquelle un 3ème réseau appelé RISUM (Réseau Intégré de Soins d'Urgence Médicales) a été créé pour répondre aux besoins de la population en matière de gestion des urgences médicales et des risques sanitaires liés aux catastrophes », exulte



Parc ambulancier du SAMU 01

CRAM du SAMU 01



Professeur Ali El Kettani.

Pour rappel, le SAMU est un service du CHU, dont l'une des principales vocations est la formation et l'enseignement. Dans ce cadre, le Centre d'enseignement en soins d'urgence (CESU), est à la phase finale d'élaboration, et devrait démarrer ses activités sous peu. Sa première priorité consiste à renforcer la connaissance des professionnels de l'urgence de la région, médicaux et paramédicaux de l'équipe du SAMU, par le traitement des urgences. Le matériel nécessaire à cette activité de formation comporte aussi bien le matériel d'enseignement et de simulation que les ambulances et les équipements que ces professionnels vont utiliser dans leur pratique quotidienne. La mise à niveau des ambulances de l'ensemble du matériel du SAMU et l'amélioration des formations du personnel médical et paramédicale de façon continue sont, de ce fait, impératives.



Centre d'enseignement en soins d'urgence

UNE CIRCULAIRE « SAMUTAIRE » !

Le 4 juillet 2011, une circulaire de la Ministre de la Santé instaure, après un long processus de réflexion, un 3^{ème} réseau de soins du Réseau Intégré de Soins d'Urgence Médicale (RISUM) pour assurer la continuité et la complémentarité des soins d'urgence pré-hospitaliers et hospitaliers.

Inscrite dans la stratégie nationale de gestion des urgences médicales et des risques sanitaires liés aux catastrophes, l'organisation des soins a été structurée, pendant plusieurs années, en deux réseaux : Le Réseau des Etablissements de soins de Santé de Base (RESSB) et le Réseau des Etablissements Hospitaliers (REH).

Cette organisation ne peut « contenir la filière de l'urgence médicale qui n'est pas régie par une référence entre niveaux de soins mais par la gestion des délais et des conditions de transfert et la régulation médicale des cas urgents » peut-on lire dans la circulaire du 4 juillet 2011 de la Ministre de la Santé.

Selon Professeur Ali El Kettani, ce troisième niveau est une « Révolution dans le domaine de la santé au Maroc ». Sa mission est de donner à toute personne présentant un problème de santé urgent, l'accès à une meilleure prise en charge médicale et/ou orientation de qualité dans les délais les plus brefs.

Laboratoire de recherche du Centre hospitalier Ibn Sina de Rabat



Le premier laboratoire de recherche du Centre Hospitalier Ibn Sina, a été inauguré le jeudi 23 juin 2011. « Il est le fruit d'une coopération fructueuse dans les domaines de l'assistance sanitaire, de l'enseignement et de la recherche avec notre voisin ibérique, particulièrement l'agence espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID) et la Fundació Clínic de Barcelone, précise Pr Charif Chefchaoui Al Montacer, directeur du CHIS. Ce projet sanitaire de coopération avec l'Espagne, vise également d'introduire des innovations dans les activités de diagnostic et thérapeutiques au CHIS, de développer conjointement des stratégies communes se rapportant à la qualité, à la sécurité clinique et à l'utilisation des protocoles et des guides de bonnes pratiques cliniques, à élaborer des plans stratégiques et des initiatives pour améliorer la gestion hospitalière,

à développer des programmes de recherche biomédicale, épidémiologique et clinique dans le domaine de la santé maternelle et infantile, ainsi que des programmes de formation continue de deuxième et de troisième cycle dans le domaine des sciences de la santé en concertation avec le ministère de tutelle et les institutions de formation. Il est à signaler que le laboratoire de recherche

du centre hospitalier Ibn Sina, dispose de différentes instances de gouvernance scientifique et de gestion. L'ouverture de ce laboratoire de recherche est l'aboutissement des efforts consentis ces dernières années, en matière de promotion de la maternité sans risque au Maroc, grâce à une collaboration étroite entre l'«Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement (AECID)», la «Fondation Clínic pour la recherche biomédicale de Barcelone (FCRB)» et le ministère de la santé. Cette coopération est à l'origine du programme ambitieux pour l'amélioration de la santé-materno-infantile au Maroc, qui a fait l'objet d'une convention importante entre ces différentes entités pour la période 2008-2012. Ce projet du laboratoire de recherche médicale est inscrit également parmi les différents projets de coopération envisagés entre le Ministère de la santé du Maroc et la Fundació Clínic



de Barcelone. Il constitue un axe majeur pour l'accélération du développement de la plate forme de recherche médicale au Maroc. Il est à préciser, que l'ouverture du laboratoire de recherche fait suite aux travaux réguliers de plusieurs experts marocains et espagnols relevant de l'Hôpital d'Enfants (HER) du CHIS de Rabat, les unités de formation et de recherche de parasitologie, de mycologie médicale et de pédiatrie, de la faculté de médecine de Rabat, l'Hôpital Clinic du CHU de Barcelone, la Fundacio Clinic pour la Recherche Biomédicale (FCRB), le Centre de Recherche En Santé Internationale de Barcelone (CRESIB) et l'Université Barcelone (UB), C'est ainsi qu'un programme de recherche épidémiologique et biomédicale dans les domaines d'intérêt communs aux deux pays, a été mis sur pied. Concrètement, cela s'est traduit par la constitution d'équipes de recherche et d'ateliers, l'échange d'expertises, des stages de formation ou de perfectionnement des techniciens et des chercheurs, ainsi que l'échange de matériel d'enseignement et de documentation scientifique. Ainsi et à partir du mois de février 2011, deux protocoles de recherche scientifique ont été lancés en collaboration avec le laboratoire de Parasitologie de l'HER et deux services de Pédiatrie, sous l'œil vigilant du laboratoire de recherche clinique, récemment mis en activité par la Direction du CHU Ibn Sina de Rabat, dans le cadre de la convention de jumelage qui lie le CHIS et l'Hôpital Clinique de Barcelone. Deux études sont programmées, la première concernant l'étiologie des maladies diarrhéiques, s'est fixée deux objectifs : établir les principales causes étiologiques des maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans admis à l'HER et souffrant de diarrhée et préciser les niveaux de résistance antimicrobienne dans les micro-organismes bactériens récupérés et analysés. La deuxième étude s'intéresse à l'épidémiologie, l'étiologie et la présentation clinique des infections respiratoires aiguës chez l'enfant de moins de 5 ans.

L'acte opératoire sous anesthésie locorégionale

Résumé de l'étude - thème du mémoire de fin d'étude pour l'obtention des diplômes de deuxième cycle des études paramédicales, section des surveillants des services de santé qui s'intitule « les facteurs qui interviennent dans la perception de l'acte opératoire sous anesthésie locorégionale par les malades opérés »

Introduction

L'acte opératoire sous anesthésie locorégionale (ALR) suscite plus d'intérêt en matière de préparation et d'accompagnement, du fait que le futur opéré devrait mener cet acte en pleine conscience. Le professionnel qui devrait assurer cet accompagnement est d'autant plus attiré par la technique et la surveillance des paramètres physiologiques. Ainsi les malades, quant à eux, mènent des expériences pénibles dans un environnement humain et physique source d'inquiétude et de crainte d'origines divers. L'exploration et la description des facteurs liés aux malades, à l'acte opératoire et aux soignants nous ont permis d'en tirer des enseignements qui pourraient guider la pratique infirmière à la lumière de notre formation, notre vécu et nos aspirations.

Méthodologie

Une étude descriptive est menée au niveau du service de traumatologie orthopédie de l'hôpital Ibn Sina en mars 2008 dont la population cible est constituée par des malades opérés sous ALR.

- Outil principal : Questionnaire rempli aux lits des malades justifiant leur sortie ;
- Outils complémentaires : Entrevues semi structurés ;
 - Entrevue semi structuré avec sept infirmiers du service ;
 - Entrevue semi structuré avec neuf infirmiers anesthésistes.

Considérations éthiques

- L'étude s'est déroulée à la phase postopératoire afin de ne pas toucher le respect et la confiance au staff opératoire et d'éviter d'éventuels faux espoirs sur le déroulement de l'acte opératoire sous ALR ;
- Lors des rencontres avec des opérés, le chercheur était conscient que le souvenir dans ces situations est une reconstruction d'un vécu et seul ressurgi ce qui a vivement frappé leurs émotions ;
- Aucune donnée n'est collectée qu'après avoir marqué le consentement des participants à l'étude dans un parfait respect de la confidentialité et de l'anonymat des données collectés.

Résultats

1. Facteurs liés aux malades

- La perception de l'acte opératoire sous ALR selon l'âge et le niveau d'instruction révèle que ce type d'anesthésie, comme il se pratique dans notre contexte d'étude reste mieux apprécié par



les personnes âgées analphabètes que par les jeunes et les malades alphabétisés ;

- L'expression de ces facteurs est d'autant plus marquée si l'acte opératoire se déroulera sous ALR où le malade témoigne de dysfonctionnements qui le rendent en situation d'insécurité et de non confiance et qui alimentent négativement cette perception ;
- L'évaluation de l'état émotionnel des malades le long du processus thérapeutique nous a permis de mettre en exergue l'accentuation de l'inquiétude. Le recours aux agents sédatifs constitue la principale issue pour assurer la poursuite du processus ;
- Le comportement indésirable des professionnels de la salle d'opération est rapporté comme source d'inquiétude pour certains malades.

2. Facteurs liés à l'acte opératoire

- Les stimuli émanant de l'environnement physique et humain de l'acte opératoire potentialise l'inquiétude en préopératoire (80%);
- Les stimuli sensoriels (60%), le comportement du personnel

(28%) sont la source principale d'inquiétude;

- Les infirmiers ont insisté sur l'effet de la personnalité des malades dans la formulation de cette perception ;
- L'aspect technique prime sur l'aspect relationnel le long du déroulement de l'acte opératoire sous ALR.

3. Facteurs liés aux soignants

- Tous les infirmiers ont rapporté qu'ils assurent le soutien psychologique ;
- 60% des opérés, ont rapporté que la réalisation de l'ALR est faite avec aisance;
- Pourtant 60% de ces malades n'ont pas caché leur insatisfaction de leur prise en charge opératoire sous ALR. Ce qui remet en question l'efficacité du soutien rapporté par les infirmiers questionnés.

Recommandations

- Organiser et structurer l'information préopératoire à travers des supports bien définis qui accompagnent le malade à l'hôpital.
- Renforcer le cursus de formation de base en matière de psychologie des malades lors des situations

exceptionnelles.

- Sensibiliser le professionnel du BO à gérer les paroles, les gestes et à anticiper les stimuli inquiétants lors d'une opération sous ALR.
- Renforcer la réglementation de l'information et rendre opérationnel les chartes des malades et les fiches de consentement existant
- Encourager les malades et les usagers à demander les informations et à s'imposer en tant que partenaire dans le processus thérapeutique.

Conclusion

L'évolution des techniques médicochirurgicales impose une évolution des soins infirmiers pour répondre aux attentes des malades. Ces derniers exigent de l'infirmier des compétences et des capacités aussi bien techniques que relationnelles. Le personnel infirmier même s'il est conscient au regard des conditions dans lesquels se déroule l'acte opératoire sous ALR, il ne dispose pas des outils qui le guident pour venir en aide à ces malades et mettre en exergue la raison d'être et la valeur ajoutée de la profession infirmière.

Administration hospitalière

L'expérience du guichet unique au HIS amorcée

Nouveau bâtiment central d'administration et de facturation



Dans le cadre de la réalisation des orientations stratégiques du PEH 2007-2011 de l'établissement du HIS, le nouveau bâtiment d'admission et de facturation (BAF) relevant du service de recouvrement a été construit à l'entrée principale de l'hôpital Ibn Sina de Rabat-Salé. Le concept ayant servi de base à la conception de ce bâtiment est celui du Guichet Unique ou toutes les formalités administratives, dont l'admission, la facturation et le recouvrement,

sont réalisées sur le même site. Cet édifice répond à l'objectif de la centralisation des anciens bureaux d'entrée qui étaient dispersés au niveau de l'hôpital. Au guichet unique d'admission, les usagers pourront trouver des guichets d'admission, de facturation, l'unité d'accueil et d'assistance et la régie des recettes et des dépenses. La raison principale de cette centralisation est de simplifier le circuit emprunté par le citoyen pour bénéficier

des prestations administratives, mais aussi de rationaliser les ressources humaines et les locaux. « Cette réorganisation du secteur admission facturation a permis de réguler le flux des visiteurs usagers et celui du personnel au sein des bâtiments de l'hôpital » a mentionné le Directeur du CHIS, le Professeur Chefchaoui. Soucieuse de l'intérêt qu'elle porte à son personnel et son épanouissement professionnel, Mme Ziad Hafida, chef de service

«CIRCULAIRE AU PROFIT DU CITOYEN» n°3 / 2011 du 22 avril 2011»

La décision de centralisation des tâches, devenue un mode de fonctionnement dans les nos administrations favorisant l'uniformité et la transparence dans les politiques, les pratiques et les décisions se trouve dans la lignée des orientations gouvernementales en matière d'amélioration de la qualité d'accueil, d'orientation et de service aux usagers (circulaire n°3/2011 du 22 avril 2011).

Des mesures doivent être prises pour créer des unités administratives, avec du personnel bien formé dans la gestion des tâches qui lui incombent. Parmi ces mesures, le circulaire cite aussi l'allègement des procédures administratives et leur affichage dans les locaux, les sites officiels internet et les supports ; de même pour l'affichage des adresses et des horaires de travail dans les locaux et des identités et fonctions des agents administratifs sur leurs badges. Est pris en compte aussi la gestion des files d'attente au sein des administrations, avec des accès spéciaux et un traitement préférentiel pour les handicapés, les femmes enceintes et les personnes âgées.

« Une coordination, pour suivi, évaluation et amélioration, avec le ministère de la modernisation des secteurs publics, s'impose les cas échéants » précise la dite circulaire.

de ce BAF affirme que cette action de centralisation a beaucoup amélioré les conditions de travail du personnel administratif et soignant, par une nouvelle et meilleure organisation et par un cadre moderne et accueillant. Ce représentant de l'administration du HIS a fortement insisté sur l'apport positif du système de gestion des files d'attente mis en place, en matière de désencombrement des patients au niveau des guichets supprimant ainsi les conditions de stress dans lequel baignait au quotidien le personnel « Un climat de confiance et de sérénité propice à l'excellence, à la rentabilité et à une meilleure prise en charge du patient et de sa famille, s'est installé progressivement entre les différentes équipes administratives et cliniques et le citoyen » a rajouté Mme Ziad.

La première évaluation réalisée depuis l'ouverture de ce centre, le 1er septembre 2010, a été concluante; elle a révélé un bon niveau de satisfaction des patients, une remotivation du personnel, le désencombrement de l'hôpital, l'amélioration du circuit intra-hospitalier et celui de la facturation, ainsi qu'un meilleur développement de la performance financière à court et à moyen terme. En effet, comme l'atteste le responsable adjoint du BAF et responsable du recouvrement et du suivi des créances, Mr. Bouazza Dahhou « La réorganisation de travail entre les administratifs du BAF et les équipes cliniques et l'encaissement centralisé au sein des locaux de ce même bâtiment, a participé non seulement à une amélioration de la communication entre son équipe et ces différents partenaires mais aussi à une meilleure rentabilité puisque les situations sont clôturées, en instantanée, alors qu'auparavant, le retard pouvait atteindre des ampleurs assez importantes ». « Grace à la proximité des caisses la sécurité des fonds et de celle du personnel responsable de l'acheminement de ces derniers est davantage renforcée » se félicite ce responsable du recouvrement.

Autres actions de centralisation et d'accompagnement

Pour une première expérience de centralisation des bureaux d'entrés, ces résultats intéressants ont participé à remédier à d'autres points de fragilité diagnostiqués, dont la gestion des RDV des patients. En effet, une unité cette décision de centralisation du BAF a été complétée par celle de la gestion des rendez-vous avec la création d'une unité dédiée à cette tâche. A ce jour, cette dernière prend en charge trois structures pilotes dont l'EFD, le service de la Médecine Nucléaire et les deux unités de la Radiologie Centrale (Scanner et IRM). Du fait des résultats probants de cette 2ème action de centralisation, les soins ambulatoires de deux autres services seront prochainement inclus dans cette action.

Toujours dans le même esprit de centralisation, pour répondre aux décisions stratégiques du ministère de la santé concernant la mise en place du système RAMED dans le royaume, l'administration de l'HIS a mis en place dans les locaux de ce nouveau bâtiment, une unité centrale de renseignement et d'information (URI) dédiée pour le personnel et pour le citoyen. Le démarrage effectif de cette unité a eu lieu le 9 janvier 2012 ; celle-ci a pour rôle de clarifier et unifier l'information concernant les modalités d'accès ainsi que l'organisation hospitalière afférente à la bonne gouvernance de ce régime RAMED.

La Qualité

Introduction :

Lorsqu'on parle de la qualité dans un établissement de santé, on évoque avant tout celle liée aux soins. Et si cette notion primordiale est toujours d'actualité, elle est aujourd'hui englobée dans un esprit plus général lié à l'ensemble de la prestation d'un centre hospitalier. Le patient doit, certes, être bien soigné, mais il doit également être bien accueilli, bien écouté, bien renseigné, orienté et pris en charge de la meilleure manière qu'elle soit.

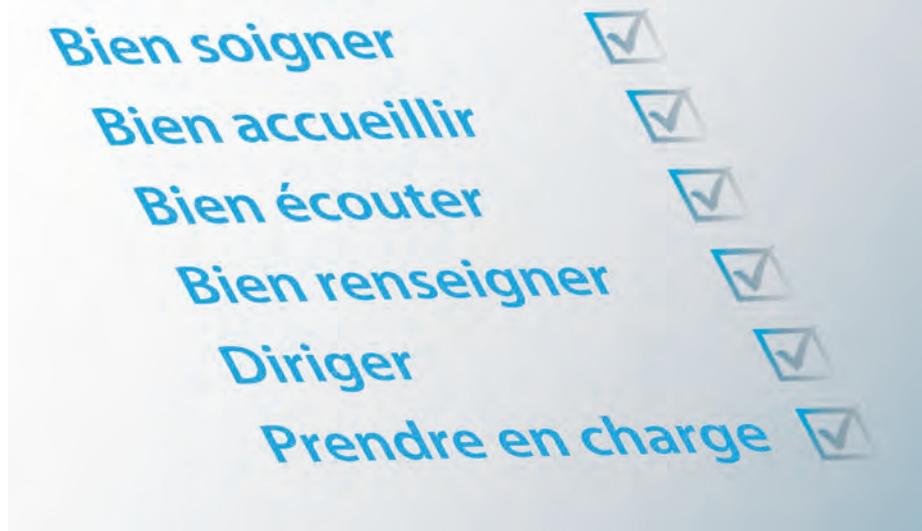
Le centre Hospitalier Ibn Sina s'est engagé dans une politique qualité, sécurité et environnement (PQSE) en conformité avec les principes et valeurs introduits par la nouvelle constitution. Afin de répondre aux aspirations des patients en matière de la qualité fournie par notre centre hospitalier. Et ce, sans compromettre la santé et la sécurité du personnel et en protégeant l'environnement. C'est selon cette politique que se décline le schéma directeur QSE 2011-2016 du CHIS s'articulent autour de 4 principaux axes :

1. Reconnaissance externe par l'implantation des systèmes de management de :

- la qualité conforme ISO 9001v2008);
- l'environnement conforme ISO 14001 v2004 ;
- la santé et sécurité au travail conforme OHSAS 18001 ;
- la sécurité du système d'information conforme ISO 27001v2006 ;
- la qualité et sécurité (Manuel d'accréditation hospitalière).

2. Normalisation des méthodes :

- Mise en place d'un système documentaire (manuel des procédures) au niveau des fonctions logistiques (achat approvisionnement, gestion des



stocks), administratives (gestion des ressources humaines et formation, gestion financière et budgétaire et management de l'ingénierie et maintenance) ;

- Maîtrise des prestations externalisées ;
- Mise en place d'une gestion électronique des documents (GED).

3. Protocolisation des processus métiers (soins médicaux et infirmiers) :

- Maîtrise des enregistrements (Dossier Patient, suivi de l'activité des soins médicaux et infirmiers, tableaux de bord) ;
- Protocoles des soins médicaux ;
- Protocoles des soins infirmiers ;
- Maîtrise des points de contrôle et des vigilances sanitaires.

4. Système de mesure et d'analyse :

- normalisation des méthodes de mesure, de surveillance et audit ;
- qualification des auditeurs qualité interne (assesseurs qualité) ;
- maîtrise de la contractualisation ;
- mise en place des tableaux de bord ;
- mesure d'efficacité et d'efficience.

Durant l'année 2011, Le pilotage des projets qualité a concerné :

Les projets de certification :

La démarche de certification a pour objectif de mettre à niveau

nos structures conformément aux normes internationales (ISO9001V2008,ISO 14001 et OHSAS 18001) afin de préparer les établissements relevant du CHIS à l'accréditation hospitalière:

- Projet de certification ISO9001 V2008 de deux pharmacies et un laboratoire de biologie ;
- Projet d'accréditation ISO15189 pour le laboratoire de recherche ;
- Projet de certification ISO 14001 pour le centre national de santé reproductrice ;
- L'élaboration d'un manuel de procédures de la division des Ressources Humaines et Formation (DRHF) ;
- L'élaboration d'un manuel de procédures de la division achats et logistique (DAL).

En Octobre 2011, les 3 entités : la pharmacie de l'Hôpital d'Enfants de Rabat (HER), Laboratoire et la pharmacie de l'Hôpital des spécialités de Rabat (HSR) ont été audités pour la certification ISO9001 V2008.

Le projet d'accréditation du laboratoire de recherche à l'HER a été entamé en collaboration avec la Fondation Clinique Marocaine (FCM) et le résultat souhaité est prévu en 2014.

Les projets d'organisation :

Une démarche qualité se traduit souvent par des modifications organisationnelles c'est pour cela avant toute chose, il est nécessaire d'établir un état des lieux de l'organisation dans chaque hôpital permettant de préciser son organisation et explicitant le projet.

- Projet d'organisation d'accueil et optimisation des flux logistiques au Service d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique (SHOP) ;

- Accompagnement des cercles qualité au niveau des établissements;

- Accompagnement des services hospitaliers dans la rédaction des procédures et l'organisation du travail.

La Formation :

La mise en place d'un nouvel état d'esprit, partagé par tout le personnel est un préalable pour une bonne démarche qualité. A ce titre la réussite des projets qualité tient en grande partie à la formation et la communication.

Des formations ont été organisées en interne et externe :

- Une Formation sur la démarche

qualité (concepts, techniques et méthodes) au profit du personnel de la direction du CHIS ;

- Formation- action sur le système documentaire au profit des sites pilotes concernés ;

- Formation la norme ISO9001 V2008 au profit des personnes impliquées dans les projets qualité.

Recherche opérationnelle

Plusieurs travaux de recherches doctorales et des projets de fin d'études (master,...) sont en cours et qui vont être sanctionnés par des publications et communication.

Schéma Directeur Informatique et Télécommunication (SDIT)

Le Schéma Directeur Informatique et Télécommunication (SDIT) du Centre Hospitalier Ibn Sina définit un cadre dans lequel le centre a pu formuler des objectifs cohérents pour l'évolution du système d'information pour la période 2005-2010 et une stratégie pour les atteindre. Ces objectifs visent à mettre en oeuvre la vision du CHIS pour une administration plus conviviale et ouverte à tous en exploitant le potentiel des NTIC pour améliorer ses processus internes et les prestations fournies tant aux patients et utilisateurs du système d'information du CHIS.

L'étude du SDIT du CHIS a été lancée en Janvier 2004 et confiée au Groupement Privé SIS-Consultants, comme première étape fondamentale d'informatisation et de maîtrise de la gestion du CHIS.

Ce schéma directeur est l'aboutissement d'un travail de réflexion basé sur deux missions : La première mission a été orientée vers l'élaboration du SDIT, sa réalisation était étalée sur neuf mois et répartie sur quatre phases. La deuxième mission, l'assistance à la mise en oeuvre du SDIT, a démarré de 2005 jusqu'à 2006.

Les quatre phases de la première mission sont l'étude de l'existant et le recensement des besoins, l'élaboration de l'architecture fonctionnelle cible, la définition des scénarios de mise en oeuvre et l'élaboration du schéma directeur projeté.

Le premier projet lancé dans le cadre du SDIT en 2006 a concerné la réalisation du câblage informatique du réseau métropolitain du CHIS. La durée des travaux s'est étalée sur deux ans et a nécessité un investissement de 12 ML DH.

En 2009, l'interconnexion Faisceaux Hertiens entre les sites distants du CHIS a été menée avec succès et a demandé un budget de 4.5 ML DH. Ce qui a permis la finalisation de l'implantation du réseau métropolitain CHIS. Ce dernier a constitué le premier pas de l'informatisation du CHIS.

Après l'achèvement de la première étape du câblage et d'interconnexion des sites distants, il a été nécessaire de mettre en place le projet de sécurité du réseau CHIS permettant de garantir une confidentialité et une sécurité de données échangées en intra et extra CHIS. Ce projet a demandé 1,8 ML DH. Pour suivre le schéma de

développement du projet de l'informatisation du CHIS plusieurs applications ont été mise en place comme le Système d'Information Laboratoire (SIL) et le Système d'Information Radiologie (SIR). D'autres applications en place ont nécessité une consolidation comme la comptabilité, GRH, Pharmacie et le laboratoire.

Depuis 2009, le travail d'amélioration du CHIS est désormais principalement axé sur l'implantation du dossier patient informatisé. Cette informatisation répond à de nombreux objectifs. Elle renforce, les avancées liés à l'unification du dossier patient (amélioration des conditions d'accueil, de prise en charge, de sécurité et de confort des patients). Elle facilite et accélère la communication de données nécessaire au processus de soins (meilleur emploi du temps médical et soignant). Elle est porteuse de gain de productivité et elle favorise la coopération entre établissement, de santé et le travail en réseau.

L'achèvement du projet dossier patient reste actuellement une priorité de la direction qui mobilise toute les ressources pour son accomplissement.

Bilan des indicateurs qualitatifs 2011

La question de la qualité des soins délivrés par les établissements hospitaliers est devenue un sujet central dans la régulation des systèmes de soins. Ainsi le CHIS depuis une dizaine d'années s'inscrit dans une politique de management de la qualité, la mise en œuvre d'une démarche qualité nécessite des mesures, celles-ci peuvent intervenir à des moments différents. L'année 2010 s'est marquée par la production des premiers indicateurs qualitatifs au niveau national et du CHIS. Ces indicateurs s'inscrivent dans l'amélioration de la performance du CHIS et l'ancrage d'une culture de la qualité.

Délais des Rendez-vous (RDV) des consultations : La situation annuelle des indicateurs qualitatifs du CHIS a révélé un délai des rendez-vous des Consultations Spécialisés Externes de 58 jours, soit 6 jours de plus que l'année dernière. Il varie d'un établissement hospitalier à un autre et d'une spécialité à une autre.

- Selon la spécialité : Parmi les spécialités où ce délai ne dépasse pas trois jours on retrouve la dermatologie, pneumologie.... Par contre pour d'autres, il atteint les 176 jours pour la cardiologie A et 348 jours pour la cardiologie pédiatrique (Pédiatrie IV à de l'HER).

- Selon les établissements : On constate que l'INO, avec 6 jours, a enregistré le plus court délai de rendez-vous de consultation et l'HER a connu un maximum avec 109 jours. Ce délai de 58 jours reflète une réalité particulière des hôpitaux tertiaires puisque une grande part des patients sont suivis de façon régulière et se

voient accordés des rendez-vous cyclique trimestriels en médecine ou semestriels voir annuels en chirurgie (cas des anciens malades suivis).

Délai de RDV pour hospitalisation : Le délai moyen pour les RDV d'hospitalisation est de 13 jours, soit une augmentation de 2 jours par rapport à l'année 2010. C'est une performance sur le plan d'accessibilité si on compare ce délai avec celui enregistré dans d'autres pays européens ou il varie entre 96 et 280 jours selon les pays et la nature de la pathologie. Ce délai est variable selon la spécialité ; il est le plus long en Traumatologie-Orthopédie (HIS) avec 90 jours et le plus faible en Neurochirurgie (HSR) pour pathologie complexe avec 2 jours seulement. De même selon les établissements ; il est de moins de 2 jours (HEY, CNSR et l'HAS) et 36 jours à l'HER.

Délai des RDV d'examens : Le délai des RDV d'examens varie selon les types d'examens et selon les établissements.

A titre d'exemple, le délai des RDV moyen pour TDM au CHIS est de 12 jours (2 jours pour l'HER et 23 jours pour l'HIS). Ce délai est de 27 jours pour l'échographie à l'HIS et de 4 jours pour l'écho-doppler à l'HER.

Le délai des RDV moyen pour les explorations au CHIS varie d'un jour pour la coloscopie, 12 jours pour la fibroscopie, plus de 21 jours pour la FOGD et plus 61 jours pour l'ophtalmologie.

A noter aussi la performance des laboratoires de l'HIS où on peut obtenir un RDV d'examens le même jour.

DMS pré-opératoire : La DMS préopératoire au CHIS est de 8 jours, soit une augmentation de presque un jour par rapport à l'année 2010. Cette durée est relativement longue et témoigne d'une prise en charge des pathologies lourdes (tertiaires), surtout pour l'HER avec 14 jours, l'HSR avec 13 jours et l'INO avec 9 jours. Ces chiffres illustrent un mode d'organisation obsolète qui fait hospitaliser les patients pour bilan et entraîne à la fois des surcoûts et un mécontentement des malades et de leurs familles qui ne comprennent pas pourquoi ils doivent attendre si longtemps une intervention chirurgicale.

D'une manière générale, la réduction de ces délais des rendez-vous, nécessite une analyse approfondie afin de chercher les causes d'allongement et proposer les solutions qui s'imposent pour que le CHIS reste compétitif sur l'offre des prestations.

Taux global d'absentéisme : Parmi ces indicateurs figure le taux d'absentéisme des ressources humaines pour cause de maladie, d'accident de travail et de grève. Ainsi le CHIS totalise plus de 38.500 journées perdues (estimé en coût moyen à 17.730.585,87 dhs, soit 3,61% de la masse salariale du CHIS). Cette année le taux moyen d'absentéisme est de 3,57%.

Plaintes et doléances ;

De surcroît, l'enquête de satisfaction des patients aux hôpitaux menée par la Direction du CHIS, l'implantation d'un mécanisme de déclaration des plaintes a été introduit dans les différents établissements. On

note cette année plus de 77 plaintes officielles contre 40 plaintes en 2010.

Infections nosocomiales : Le comité de lutte contre les infections nosocomiales du CHIS a mené en 2010, une enquête de prévalence de ces infections à l'échelon de huit hôpitaux du CHIS. Le taux actuel est de 9,6%. En France, ce taux est de 5.4% en 2006. Parallèlement à cette enquête de prévalence, le taux

d'incidence était de moins de 1% avec près de 100 cas enregistrés dans les différents établissements en 2010. Cette année on note 44 cas, mais on remarque une sous notification des déclarations au niveau de certains hôpitaux surtout l'HIS, l'HER, l'HSR et l'INO.

Accident de transfusion sanguine : On note que cet indicateur n'est pas encore généralisé pour les

établissements du CHIS, il est de moins de 1 ‰ avec 19 cas pour l'HIS et 1 cas pour l'INO

De ce qui précède, on constate la corrélation directe et l'intérêt que peut jouer l'analyse des Indicateurs Qualitatifs pour l'amélioration de la qualité de prise en charge et d'optimisation des moyens.

Dossier Patient minimum commun

Le dossier patient est le moyen de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et infirmières, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient hospitalisé dans un établissement de santé. Il constitue l'outil fondamental de coordination de l'activité de soins.

En préparation à l'informatisation du dossier patient figurant parmi les lignes maîtresses du Schéma Directeur Informatique et de Télécommunications, le Centre Hospitalier Ibn Sina (CHIS) a élaboré un Dossier Patient Minimum Commun (DPMC) obtenu par consensus du personnel soignant de profils et de spécialités différents. Le DPMC est composé de trois volets, à savoir, un volet administratif, un dossier médical et un dossier de soins infirmiers.

Le volet administratif comporte l'ensemble des informations administratives recueillies lors de l'admission du patient.

Le dossier médical dans sa structuration comprend cinq parties, une partie résumant l'étape diagnostique dont l'entretien avec le patient, l'examen général, l'examen spécifique de la discipline et les examens complémentaires, une partie thérapeutique consacrée à la décision thérapeutique, le consentement du malade et le traitement proprement dit, une partie sur l'évolution en cours d'hospitalisation, une partie conclusion de sortie et compte rendu d'hospitalisation et une partie suivi du patient. Ce dossier uniforme par catégorie de discipline, comporte sept prototypes de dossiers dont la section médecine et spécialités médicales, la section chirurgie et spécialités chirurgicales, la section pédiatrie, la section chirurgie pédiatrique, la section obstétrique, la section admission hospitalisation à l'Institut National d'Oncologie et la section médecine dentaire et spécialités odontologiques.

L'implantation de ce dossier au niveau des services cliniques du CHIS a démarré en juin 2009, sa généralisation

a été effective en juin 2011.

Le dossier de soins infirmiers (DSI) existe en trois modèles de couvertures (HAS, INO et les autres établissements). Il est composé de cinq fiches communes à l'ensemble des établissements hospitaliers et des fiches spécifiques (variables de une à six fiches selon les établissements) exception faite pour le CCTD, les services de réanimation et les services des urgences (dossiers spéciaux en cours d'élaboration). Assisté par une expertise française, dans le cadre d'un partenariat avec le Centre Hospitalier Esquirol de Limoges depuis novembre 2004, le DSI a été mis en place et généralisé à tous les services cliniques du CHIS.

Des audits de pratiques sont organisés annuellement afin d'assurer le suivi et l'évaluation de son utilisation. A cet effet, un guide des audits de pratiques a été adressé récemment à l'ensemble des SSI (unités de supervision et d'évaluation) des établissements du CHIS.

L'informatisation de ce dossier patient va permettre de déployer progressivement un véritable système d'information hospitalier (SIH), bâti autour du dossier patient et s'interfaçant avec la totalité des systèmes en place et à venir. Tout a été pensé pour que ce système puisse garantir la meilleure sécurité des soins pour les patients du CHIS, mais également pour proposer une dimension nouvelle dans la gestion hospitalière moderne: les tableaux de bord qui proposent aux décideurs et à tout instant une flopée d'informations en temps réel, d'où découle une gestion optimisée des ressources tant humaines que techniques disponibles.

Cinq sociétés ont soumissionné au marché d'informatisation de ce dossier. La société Créative Technologie a été adjudicataire pour un montant de 21 millions de dirhams (le budget estimatif au départ a été de 45 millions de dirhams). Elle propose une solution 100% open source, non propriétaire basé sur le logiciel MediBord. La durée d'exécution est de 36 mois.

La sous traitance de la gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)

La politique de développement durable initiée par le Maroc s'inscrit dans le cadre d'une stratégie environnementale de long terme se caractérisant par la protection des ressources et des écosystèmes naturels, le suivi permanent de l'état de l'environnement au niveau des régions et la planification opérationnelle orientée vers l'amélioration du cadre environnemental des citoyens.

Annoncée par le Discours Royal du 30 juillet 2009, la Charte Nationale pour l'Environnement et le Développement Durable, viendra une fois adoptée, s'ajouter à l'arsenal juridique environnemental existant^(*).

Aussi les attendus, les considérants, les objectifs, les droits et devoirs, les valeurs et pratiques, les engagements de la Charte Nationale pour l'Environnement et le Développement Durable corroborent la stratégie du CHIS dans sa « Politique Qualité, Sécurité et Environnement ».

Ceci s'est traduit par la décision du CHIS de sous traiter la gestion des DASRI par la conclusion d'un marché cadre avec une société spécialisée dans ce domaine.

S'inspirant des expériences du Ministère de la Santé ainsi que celle des autres CHU, l'équipe en charge du projet a pris en considération, dans l'élaboration du cahier de charges, le professionnalisme, les compétences humaines et techniques qui ont primé dans le choix du titulaire.



Ainsi en accordant une pondération de 50% à l'offre technique et 50% à l'offre financière, le CHIS démontre sa volonté et son engagement pour la Sécurité et la Qualité des prestations.

TPOLOGIE DES DECHETS

Selon le Décret relatif à la gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques, ces derniers sont classés selon leurs caractéristiques et leur nature comme suit :

Catégorie 1 :

- a- Déchets comportant un risque d'infection du fait qu'ils contiennent des micro-organismes viables ou des toxines susceptibles de causer la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants ainsi que les organes et tissus humains ou animaux non identifiables;
- b- Matériel piquant ou tranchant

destiné à l'abandon, qu'il ait été ou non en contact avec un produit biologique;

c- Produits et dérivés sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés, avariés ou périmés.

Catégorie 2 :

- a- Médicaments et produits chimiques et biologiques non utilisés, avariés ou périmés;
- b- Déchets cytostatiques et cytotoxiques.

Catégorie 3 :

Organes et tissus humains ou d'animaux aisément identifiables par un non spécialiste.

Catégorie 4 :

Déchets assimilés aux déchets ménagers.

NB : Seul les déchets de catégorie 1 et 2 sont concernés par la sous traitance.

SYSTEME DE TRAÇABILITE

Conformément aux dispositions réglementaires en vigueur, le CHIS a instauré un système de traçabilité fondé sur :

- La tenue d'un registre pour inscrire les quantités, la catégorie, l'origine des déchets produits, collectés, stockés et éliminés ;
- L'émission et contrôle rigoureux des bordereaux de suivi et certificat d'acceptation préalable des déchets de catégorie 1 et 2 conformes aux formulaires annexés au décret n°2-09-139 relatif à la gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques ;
- Un système de pesage composé de balances électroniques et d'un système de lecture et d'émission de tickets avec code à barre comportant les informations suivantes : l'origine des déchets, la catégorie, le poids, les dates d'entrée et de sortie de stock.
- La collecte qui s'effectue dans des containers séparés portant une étiquette imperméable et à écriture indélébile. L'étiquette comporte les informations suivantes : nom du générateur, nom du transporteur, date d'expédition, catégorie des déchets.

DIFFICULTES RENCONTREES

A défaut d'études quantitatives précises et en dépit des informations puisées dans la revue de littérature et ceux communiquées par des sociétés professionnelles qui opèrent dans le domaine de traitement des DASRI, il s'est avéré que les quantités réellement produites et traitées sont

inférieur de 50 % par rapport aux quantités estimées.

L'externalisation du traitement des DASRI au CHIS, a connu deux phases :

- Décembre 2010 : l'aménagement des locaux dédiés au stockage desdits déchets et le démarrage des séances de formation et de sensibilisation du personnel manipulant les DASRI ;
- Janvier 2011 : collecte et traitement des DASRI.

Comme première expérience des difficultés liées à la nature de l'activité, l'éparpillement géographiques des établissements, et la diversité des intervenants dans la manipulation des DASRI se sont manifestées, on peut citer à titre indicatif :

- Les problèmes liés à l'identification et l'aménagement des locaux dédiés au stockage intermédiaire des DASRI ;
- Les difficultés de mise en œuvre du plan de formation relatif à la gestion des DASRI ;
- Le non respect de la filière du tri à la source par les professionnels ;
- Le non respect des fréquences d'évacuation des DASRI par le sous traitant.

Aussi pour pallier ses difficultés, la Direction du CHIS a pris en charge l'encadrement des responsables des unités de suivi des DASRI (la tenue du registre de suivi des DASRI, l'établissement du PV de réception des prestations, la procédure d'utilisation du bordereau de suivi, remise des exemplaires du marché et de l'offre technique).

Après deux années de sous traitance des DASRI, Le CHIS dispose désormais

d'une base de données fiables qui a permis d'apporter des améliorations conséquentes au nouveau CPS, entre autres :

- Le réajustement des quantités estimées,
- La reformulation des clauses relatives à la traçabilité,
- Une définition plus exhaustive des déchets chimiques,
- La révision des fréquences d'évacuation des DASRI intra et extra muros,
- L'adaptation du mode de calcul des pénalités en fonction de la gravité du manquement constaté.

A titre indicatif, les quantités traitées durant le premier semestre 2011 se présentent comme l'indique le tableau ci-dessous :

Production des DASRI Premier semestre 2011

Mois	Quantité En Kg
Janvier	9.246
Février	14.290
Mars	17.681
Avril	15.734
Mai	18.685
Juin	21.108
Total	96.744



(*) Textes régissant les DASRI

- Dahir n°1-06153 de la 22/11/2006 portant promulgation de la loi 28-00 relative à la gestion des déchets et à leur élimination.
- Décret n°2-07-253 du 18/07/2008 portant classification des déchets et fixant la liste des déchets dangereux.
- Décret n°2-09-139 du 21/05/2009 relatif à la gestion des déchets médicaux et pharmaceutiques.

Prévalence des infections nosocomiales

On entend par «Infections nosocomiales» (IN), toutes les infections absentes lors de l'admission à l'hôpital ou lorsqu'on ne connaît pas le statut infectieux du patient, celles qui se déclarent au moins 48 heures après l'admission. (Définition du Center for Disease Control (CDC) aux Etats-Unis).

Les infections nosocomiales ont des origines variées et des conséquences graves, et parfois dramatiques, pour les malades, et financièrement préjudiciables pour les établissements de santé (DMS élevée, surconsommation d'antibiotiques souvent trop chers, surcharge de travail pour le personnel, etc...).

Conscient de la gravité de ces infections, le Centre Hospitalier Ibn Sina a institutionnalisé, en 2008, la mise en place d'un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière par hôpital et d'un Comité de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (C.CLIN) au niveau de la Direction du CHIS. Parmi les missions de ce comité, la mise en place d'une politique de lutte et de surveillance des infections nosocomiales sur la base des enquêtes de prévalence et des études d'incidence de ces infections. Il importe de signaler que ces deux indicateurs font partie des indicateurs qualitatifs adoptés pour l'évaluation des

performances du CHIS.

A cet égard, une enquête de prévalence a été menée le mois de Janvier 2010 par le C.CLIN au niveau de huit établissements hospitaliers du CHIS (Tableau n° 1). Il s'agit de la première enquête de prévalence menée par le CHIS et les seules données officielles existantes, sont celles de l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales menée par le ministère de la santé en 1994. Cette année a déterminé un taux de prévalence des IN de 9,5% pour le CHIS.

Les objectifs de cette enquête étaient de mesurer la prévalence globale des IN dans le CHIS, dans chaque établissement et

dans chaque service de soins, de déterminer la distribution de la prévalence par sites anatomiques et d'identifier les germes les plus fréquents et les facteurs de risque.

Méthodes : Il s'agit d'une enquête descriptive transversale réalisée un jour donnée ayant inclus tous les patients présents le jour de l'enquête pour l'ensemble des services. Y'ont été exclus ; les patients admis le jour de l'enquête, les malades des services urgences et ceux hospitalisé à l'hôpital de jour et les malades du centre de consultation et de traitement dentaire (CCTD) et ceux de l'hôpital Ar-Razi Salé(HAS). L'enquête a été précédée par

Tableau n° 1 : Distribution du nombre de patients inclus par établissement hospitalier

ETABLISSEMENT	EFFECTIF	%
HIS	455	38,1
HER	258	21,6
HSR	139	11,6
INO	93	7,8
MAT	90	7,5
HMY	81	6,8
HEY	45	3,8
CNSR	34	2,8
TOTAL	1195	100

l'élaboration d'un guide de l'enquêteur et d'une fiche d'enquête ayant été appliquée à tous les patients hospitalisés le jour de l'enquête. Vingt sept enquêteurs préalablement formés ont conduit l'enquête.

Résultats :

Résultats

La prévalence des IN dans le CHIS:

- Prévalence globale :

- Patients infectés: 9,7 %

IN : 10,3 % (7 Parmi 116 patients infectés avaient 2IN)

- Prévalence des IN par établissement hospitalier : reste variable, allant de 2,2% à 32,4%.

Prévalence par secteur :

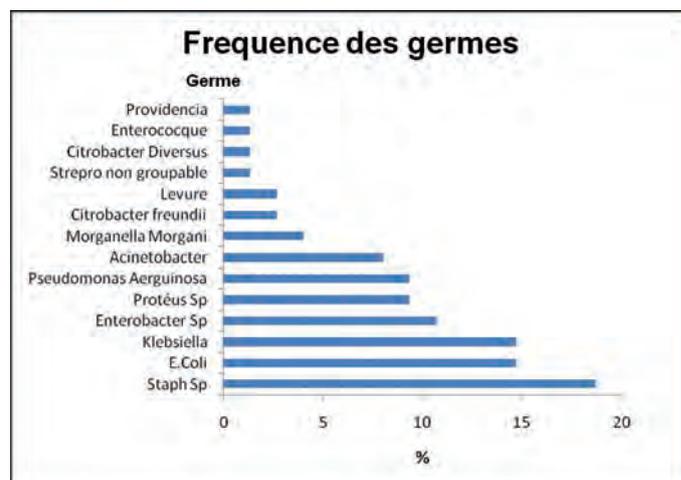
Les secteurs où les taux ont été les plus élevés: Réanimation, Gynécologie-Obstétrique, Chirurgie adulte, Pédiatrie médicale

Tableau n° 2 : Prévalence par secteur d'activité

SPÉCIALITÉ	PRÉVALENCE DES PATIENTS INFECTÉS		PRÉVALENCE DES IN	
	EFFECTIF	%	EFFECTIF	%
RÉANIMATION	20	34,5	20	34,5
GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE	15	12,1	12,1	15
CHIRURGIE ADULTE	50	12,8	53	13,5
PÉDIATRIE MÉDICALE	16	9,1	17	9,7
MÉDECINE ADULTE	14	3,7	17	4,5
PÉDIATRIE CHIRURGICALE	1	1,5	1	1,5

Prévalence des IN par site anatomique :

Les sites les plus fréquents : l'infection urinaire, l'infection du site opératoire et l'infection respiratoire basse.



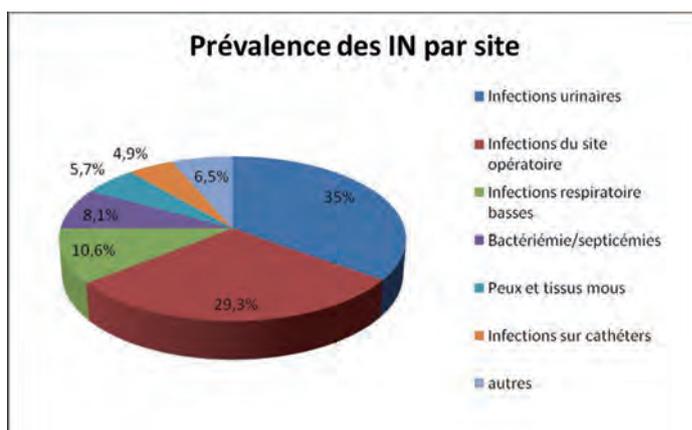
Germes isolés :

Les trois principaux germes isolés sont le staphylocoque, l'Escherichia coli et le kliebsiella pneumoniale.

Principaux facteurs de risque :

Les principaux facteurs de risque dégagés par l'enquête étaient: l'âge avancé, durée de séjour longue, présence de comorbidité, présence d'un dispositif médical et la prescription d'ATB.

En conclusion, la prévalence des infections nosocomiales au CHIS reste élevée. Il est entendu que ces infections ne sont pas toutes évitables. Cependant, leur diminution passe principalement par la prévention. De manière générale, les règles de base sont le lavage fréquent des mains, la stérilisation adéquate des instruments, isolement sceptique et isolement protecteur selon le cas et la surveillance de l'usage des antibiotiques.



Formation continue des infirmiers : Réalisations et mécanismes de mise en œuvre

La formation du personnel est l'un des leviers choisis par le CHIS pour l'accompagnement des changements stratégiques mis en place et le développement des compétences de son personnel afin d'améliorer la qualité de sa productivité ainsi que la qualité des prestations offertes à sa clientèle.

Ainsi, les réalisations en matière de la formation du personnel infirmier connaissent des améliorations remarquables et continues, touchant aussi bien le côté quantitatif que le côté qualitatif. En effet, des augmentations en effectifs ont été enregistrées et des avancées en matière de choix des thématiques et d'utilisation des outils andragogiques ont été observées. Les réalisations ont été effectuées selon trois modes essentiels : le partenariat inter-structures, les formations spécifiques aux EH compte tenu de la vocation de chaque structure hospitalière et l'externalisation.

1- Partenariat inter-structures

Ce mode se résume en un pilotage direct des formations par la DCHIS depuis la planification, l'animation jusqu'à l'exécution des formations. C'est un mode collaboratif, basé sur le partenariat entre la DCHIS (via le service de formation et de recherche en soins infirmiers (SFRSI) de la

division de soins infirmiers (DSI) et les structures hospitalières (par le biais des unités de la formation des services des soins infirmiers (SSI)). Ledit mode vise essentiellement la constitution d'un noyau dur des formateurs internes du CHIS et un transfert continu de compétences au personnel infirmier dans différents domaines.

A cet égard, trois thématiques ont été ciblées à savoir : la relation soignants soignés, la méthodologie d'élaboration des protocoles et la gestion de l'unité des soins. Concernant la stratégie de mise en œuvre, il y avait la constitution de trois commissions d'élaboration de kits pédagogiques relatifs à ces formations. Un premier draft du contenu du module de la gestion de l'unité de soins a été élaboré et validé par la commission concernée, la prestation sera réalisée prochainement, sous forme des ateliers au profit des infirmiers chefs des unités de soins.

En s'inscrivant dans la 11ème orientation stratégique du CHIS qui vise la « Professionnalisation collective des pratiques médicales, infirmières et managériales », le module relatif à la méthodologie d'élaboration des protocoles a été construit. La dispensation est amorcée au niveau de trois hôpitaux (177

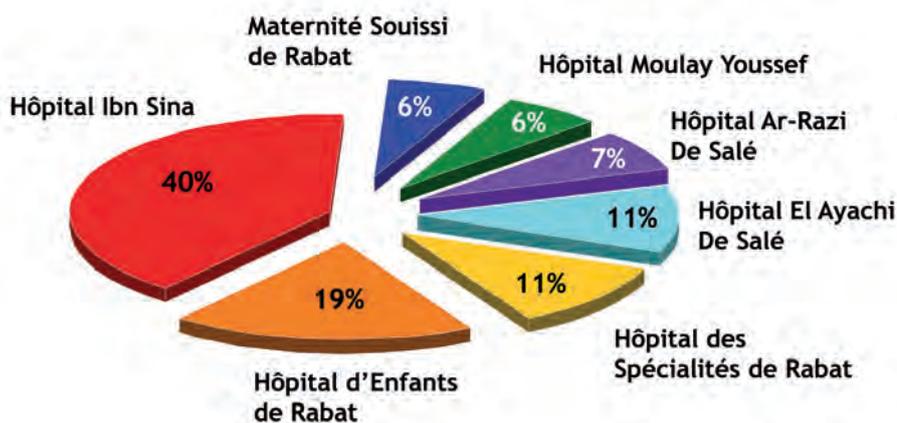
participants). La généralisation est en cours. L'objectif de cette formation est de maîtriser la méthodologie d'élaboration dans la perspective de mettre en place des protocoles en soins infirmiers validés et institutionnalisés spécifiques au CHIS.

Aussi, dans le cadre de la mise en application de la 5ème orientation stratégique « Réhabilitation de la fonction humanisation des prestations offertes aux patients », le CHIS a organisé des sessions de formation relatives à la relation soignant/soigné. Les résultats sont très encourageants : 337 participants de différents établissements hospitaliers avec un taux de participation élevé enregistré à l'HIS, égale à 40%. Le taux global de satisfaction était à 100% pour l'ensemble des participants (dont 63% ont été très satisfaits). La réussite de ladite formation est étroitement liée aux éléments suivants : réalisation de la formation en 3 jours par groupe, utilisation des approches andragogiques les plus développées : travaux de groupes, tests de personnalité, études de cas, construction sur les expériences des participants et l'adoption de la méthode co-formation.

2- Les réalisations spécifiques à chaque structures hospitalières

Quant aux réalisations au niveau

Graphique : Répartition des bénéficiaires à la formation relation soignant/soigné par structure hospitalière



des structures hospitalières, des formations se rapportant à des thèmes spécifiques ont été effectuées, par les services des Soins Infirmiers, répondant à des besoins spécifiques identifiés auprès du personnel infirmier relevant de leurs structures hospitalières. Des compétences médicales et infirmières intra et extra-CHIS ont été sollicitées pour l'animation des sessions de formation, des partenariats extra-CHIS ont été instaurés (partenariat avec l'Association Lalla Salma Contre le Cancer, avec le Centre National de la Transfusion Sanguine,...). Les réalisations se caractérisent par la diversité touchant d'une part les techniques des soignants et d'autre part les thèmes transversaux (accueil, lavage des mains, ...).

Toutefois, certaines manifestations réalisées au niveau de certains hôpitaux ont marqué cette année, particulièrement :

- L'organisation des premières journées d'hygiène au niveau de la Mat Souissi, l'HIS et le CCTD
- La célébration de la journée de la terre par la majorité des établissements
- L'organisation d'une journée sur « la phase pré analytique des

examens de laboratoire : Intérêt et rôle infirmier » dans un cadre collaboratif entre la Mat Souissi, l'HER, l'HIS, l'unité de la Centralisation des laboratoires, la DSI et d'autres intervenants.

- Réalisation d'un programme de formation, en matière de transfusion sanguine, au profit du personnel de l'HER, en collaboration avec le Centre Nationale de la Transfusion Sanguine.

3- L'externalisation

Pour ce qui est des actions réalisées

ETABLISSEMENT HOSPITALIERS	NOMBRE DE THÈMES	NOMBRE DE SÉANCES	EFFECTIF DES BÉNÉFICIAIRES
HIS	09	35	573
HER	12	25	799
HAS	11	13	201
CCTD	09	26	160
HSR	03	07	81
INO	07	16	211
MAT SOUISSI	07	13	314
CNSR	05	16	160
HEY	03	06	63
HMY	04	07	110
TOTAL	70	164	2672

Tableau : Récapitulatif des réalisations en matière de la formation des infirmiers par établissement hospitalier pour l'année 2010

Actions de formation à réaliser en 2012

Lots	Modules	Public cible	Nbre de sessions	Effectif Globale
La Gestion des ressources humaines	Le travail d'équipe	Personnel soignant et administratif	8	240
	L'Entretien Annuel d'Evaluation	Les infirmiers chefs et le personnel soignant et Ad.	9	270
	La gestion des compétences: outils et Méthode	Les médecins Chefs et les Chefs des Sces Ad.	4	120
	Formation de formateurs	Les formateurs du CHIS	2	60
	La médiation	Les Chefs des Sces de RH, les Chefs des SSI et les représentants des partenaires sociaux	2	60
	Tableau de Bord et Bilan Social	L'équipe stratégique, les médecins Chefs, les Chefs des Sces de RH et les Chefs des SSI	2	60
Management et outils de gestion	La nouvelle réforme de passation des marchés publics	Les cadres des Sces des approvisionnements	1	30
	Réussir le management d'un projet : Étapes et méthodes	Les Chefs des Sces médico-techniques et les cadres Infirmiers	6	180
	Approvisionner et Gérer ses Stocks au plus Juste	Les cadres des Sces des Stocks	1	30
	le cahier des charges : Conception & Elaboration	Les cadres des Sces des approvisionnements	2	60
	La contractualisation	Les Chefs des Sces médico-techniques et administratifs	6	180
La Communication et les habilités de direction	Communication interpersonnelle	Les cadres infirmiers et administratifs	10	300
	L'accueil en milieu hospitalier	Le personnel infirmier et le personnel de BAF	8	240
	Développement de l'estime de soi	Personnel soignant et administratif	10	300
	Motivation du personnel soignant	Chefs de SSI, Infirmiers chefs et Surveillants de soins	7	210
Le Management de la Qualité	Management et technique d'élaboration de la cartographie des risques en milieu hospitalier	Les cadres médicaux et infirmiers du CHIS	3	90
	La Norme ISO 9001 v 2008	Les médecins chef des établissements, les chefs de Sces hospitaliers	4	120
	Audit qualité interne	Les assesseurs qualité	1	30
	Lean six sigma	Les chefs des Sces des urgences, des Sces de radiologie et des Sces de maintenance	2	60
Total			88	2640

NB : Les actions imprévisibles et spécifiques à réaliser en interne des services ne figurent pas dans ce tableau

التكوين المستمر أية آفاق مستقبلية ؟



الفئات المهنية العاملة بالمركز لتكون على إطلاع بالمستجدات في مجال التدبير الإداري. وارتفع عدد المستفيدين من هذه الدورات التكوينية بشكل مطرد، حيث بلغ في النصف الأول من العام الجاري 1870 مستفيد من مختلف الفئات المهنية.

ويشتمل البرنامج التكويني السنوي على تخصصات تسير الاحتياجات الحقيقية لمؤسستنا في المجال التقني والعلاجي والطبي وغيرها من المجالات التي تحتاجها الأطر الصحية لتحسين رعاية المريض (انظر الجدول المرفق بالموضوع).

القطاع الصحي، ورفعته إلى مستوى أرقى، وخلق دينامية جديدة بغية تأهيل واستكمال تكوين العنصر البشري، والرفع من مردوديته. لاسيما وأن المغرب دخل بقوة غمار تنمية محلية شاملة بفضل المبادرة الوطنية للتنمية البشرية التي جعلت المورد البشري عنصرا أساسيا للنهوض بكل مجالات التنمية.

وفي هذا الإطار بادر المركز الاستشفائي ابن سينا إلى إحداث مصلحة للتكوين المستمر تهتم بكل الفئات العاملة بالمركز.

وقد كان الهدف من وراء إحداث هذه المصلحة هو تحفيز المستخدمين و تقوية الشعور بالانتماء و روح التواصل بين العاملين بهذه المؤسسة الاستشفائية من أجل مواكبة تطور الإدارة وتحسين الكفاءات وتدعيم الخبرات.

ولدعم هذه الإستراتيجية تم إعداد برنامج تكوين سنوي شامل يعمل على إشراك جميع

تقد أصبح التكوين دعامة أساسية لمواكبة التطور والتحديات التي تعرفها الإدارات والمؤسسات العمومية، وبذلك أضحي يلعب دورا أساسيا للارتقاء بتدبير الموارد البشرية في اتجاه أحسن، عبر الرفع من مستوى التأطير الإداري والتقني للمرافق الصحية وتحسين الخدمات المقدمة للمتعاملين مع مختلف المؤسسات العامة.

وتبعاً لذلك، لم تعد برامج التكوين المستمر داخل المؤسسات الاستشفائية، مجرد نشاط تكميلي، بل صارت ضرورة ملحة لا غنى عنها لمواكبة التطورات والتحديات، والمساهمة في إعادة تنظيم هيكل ووظائف هذه المؤسسات العمومية في إطار إستراتيجية جديدة لتدبير الموارد البشرية، في أفق إعداد كفاءات مؤهلة للقيام بالمهام والمسؤوليات الملقاة على عاتقها، وللدفع بوتيرة الخدمات الصحية إلى مستوى لائق، يمكن من تحقيق الأهداف المتوخاة من

إنجازات عام 2011

عدد المشاركين	عدد الدورات التدريبية	الفئة المستهدفة	الموضوعات
180	6	رؤساء المصالح الاستشفائية، ورؤساء المصالح الإدارية	تقييم الأداء
360	12	الأطر الإدارية والمرضون	تدبير النزاعات
180	6	الأطر الإدارية	عمل الفريق
270	9	المرضون الرئيسيين و الحراس العامون	مهارات القيادة
90	3	الأطر الإدارية	التدريب (COACHING)
240	8	المرضون	تقدير الذات
360	12	المرضون والأطر الإدارية	التواصل بين الأشخاص
100	3	موظفي المركز الاستشفائي	تدبير الغازات الطبية
90	3	أطر المركز الاستشفائي ابن سينا	تدريب حول معايير المنظمة الدولية للمعايير 9001 نسخة 2008 ISO 9001 V 2008
48	2	أطر مديرية المركز الاستشفائي ابن سينا	نهج الجودة
140	10	موظفي المركز الاستشفائي	OPEN OFFICE
2052	74		المجموع

Badges du personnel du CHIS

Dans le cadre de l'engagement du CHIS quant à l'aspect humanisation des soins et des services, et pour assurer la transparence et l'identification du personnel à travers les Etablissements Hospitaliers relevant du Centre, il a été procédé à la confection des badges de l'ensemble du personnel de la direction du CHIS, et cette opération sera portée progressivement aux autres Etablissements.

Il est à noter que ce badge fait désormais office de carte professionnelle et que la technologie embarquée permettra prochainement au personnel d'accéder à une gamme de services variés, dont la demande d'attestations et de documents administratifs divers, et ce de manière automatisée.



Grades :

Personnel Médical

Médecins - Pharmaciens - Chirurgiens Dentistes

Personnel Infirmier

Personnel Administratif

Administrateurs - Rédacteurs - Secrétaires

Personnel Technique

Ingénieurs - Techniciens

Personnel de Soutien