

WORKINGPAPER Nr 33

1995

Les échelons de recours au Maroc

V. De Brouwere

Historique

L'histoire des hôpitaux au Maroc remonte au XIIème siècle, époque à laquelle la construction de deux hôpitaux est documentée (1). Plus tard, des "Maristan", pour les malades psychiatriques, et d'autres "institutions" se sont multipliés dans les grandes villes. Ces établissements, tout comme en Europe, servaient, semble-t-il, plus d'asile pour les indigents et les infirmes ou d'isolement pour les fous et les contagieux que de centres de traitement.

Au temps du protectorat, l'organisation sanitaire a tout d'abord eu pour but de protéger la santé des colons et des militaires. Pour ce faire, la principale préoccupation des administrateurs sanitaires a été de lutter contre les maladies transmissibles endémo-épidémiques. Des équipes mobiles ont alors été constituées. Au départ, elles suivaient les déplacements des militaires; par la suite elles se sont étendues à la protection des populations civiles. Parallèlement, la construction de grands hôpitaux a été entreprise, ce fut l'ère de l'hospitalocentrisme au Maroc comme en Europe. *"Les médecins et les autres professionnels de la santé ont voulu développer leurs moyens et adopter une technologie plus avancée qui a encore accru la complexité et le pouvoir des hôpitaux, parfois, semble-t-il, sans tenir compte des coûts ni se soucier suffisamment des priorités imposées par les conditions locales"* (7). Le modèle prédominant était donc un modèle centré sur le traitement de la maladie, sur des soins donnés à des individus, et l'hôpital était devenu le centre du modèle organisationnel des soins. Le protectorat laissait un héritage de 12 hôpitaux généraux, 3 hôpitaux ophtalmologiques, 3 maternités, 13 formations anti-tuberculeuses, 6 hôpitaux neuropsychiatriques et 1 centre anti-cancéreux, soit 17.319 lits (un ratio de 596 habitants par lit)(2).

Il a fallu attendre la fin des années '70 pour qu'émerge la prise de conscience de l'incapacité des hôpitaux à résoudre les problèmes de santé publique qui a abouti à la mise en place d'une politique de soins de santé primaires. Le pendule repartait dans l'autre sens : la priorité était maintenant accordée à la prévention. Mais l'investissement était fait et il fallait faire fonctionner cet énorme ensemble d'hôpitaux. La proportion du budget alloué aux hôpitaux s'est alors accrue régulièrement entre 1960 et 1981 (passant de 53% à 87% (2)) pour diminuer légèrement durant la décennie '80 (aux environs de 70% pour le budget de fonctionnement)(3).

Mais cette diminution a eu aussi pour effet une dégradation lente des hôpitaux et un financement de plus en plus important par les ménages. *"Les familles ont d'abord acheté les médicaments de traitement, puis certains médicaments nécessaires aux opérations chirurgicales ou à l'acte médical dont leur parent était l'objet. Un peu plus tard, le corps médical demandait à la famille d'amener les appareils orthopédiques, les implants, les caméras, etc. Petit à petit les familles ont commencé à payer les clichés radiologiques. Très vite les familles se sont rendu compte que leurs parents n'appréciaient guère la nourriture ni les couvertures ou les draps des hôpitaux de la santé publique, alors elles ont commencé à y subvenir"* (4).

1. Eléments conceptuels

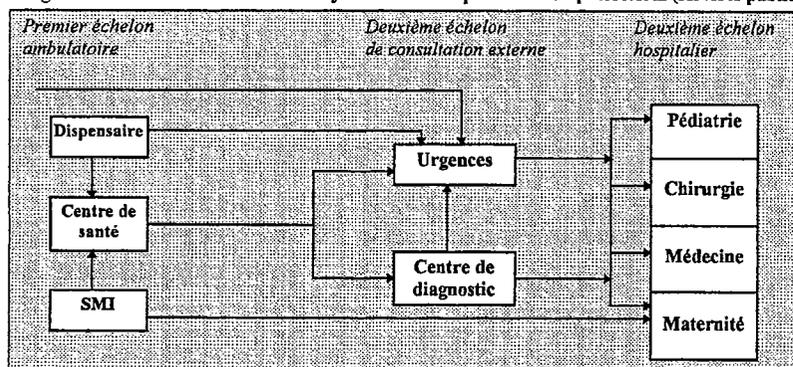
1.1. Place de l'échelon de recours dans le cheminement du malade dans le système de santé provincial ou préfectoral

L'échelon de recours peut conceptuellement être divisé en deux entités :

- le deuxième échelon de consultations externes qui regroupe toutes les sortes de consultations de référence réalisées par les spécialistes et les consultations urgentes nécessitant le plateau technique hospitalier ou une permanence qui n'existerait pas au niveau du premier échelon (nuit et week-end).
- le deuxième échelon "hospitalier" qui comprend l'ensemble des services d'hospitalisation dans lesquels les malades séjournent.

La porte d'entrée de l'hôpital est habituellement le centre de diagnostic ou le service d'urgence. Rarement, des "anciens cas" ou d'autres malades sont admis directement dans le service sans passer par l'une de ces portes d'entrée. La maternité est aussi une porte d'entrée directe à l'hôpital pour les accouchements ou les complications de la grossesse.

Figure 1. Circuit du malade dans le système de santé provincial ou préfectoral (services publics)



Actuellement, au Maroc, le Centre de Diagnostic (CD) - et toutes les structures qui lui sont apparentées (CDST - pour la tuberculose-, Centre de Référence - pour le planning familial) - est séparé sur le plan gestionnaire de l'hôpital proprement dit, le CD étant sous la responsabilité du SIAAP¹. Le CD fait cependant partie intégrante du deuxième échelon, au même titre que le service des urgences. Néanmoins, comme l'entité "hôpital général" est conceptuellement, "managérialement" et parfois géographiquement différencié du CD, nous aborderons séparément l'hôpital et le centre de diagnostic.

1.2. Le but et la place de l'hôpital dans le système de santé

Le premier but de l'hôpital est de fournir à la population d'une région définie des soins de santé qui, pour des raisons techniques ou économiques, ne peuvent être donnés au premier échelon. Ces critères "économiques" et "techniques" pour décider du type de soins de santé à

¹ Le SIAAP, Service de l'Infrastructure des Actions Ambulatoires Provincial, est le service qui a pour mission, au niveau de la province ou de la préfecture, de gérer l'ensemble des formations du réseau de soins de santé de base ainsi que l'exécution des programmes nationaux au niveau de ces services de santé de base.

offrir au niveau de l'hôpital vont donc varier dans le temps et d'un endroit à l'autre du Maroc. Par exemple, dans tel centre de santé, le financement permet de décentraliser une radiographie de base et un laboratoire; la population a une taille suffisante pour justifier l'investissement. Dans une autre province, il est plus efficace de centraliser la radio et le laboratoire au niveau de l'hôpital provincial. Le niveau technique peut aussi varier : dans telle province urbaine, le pédiatre affecté au centre de santé peut prendre en charge des problèmes de santé qui dans une autre province sont référés à l'hôpital.

"Article 1. L'hôpital est un établissement sanitaire destiné à héberger des malades, des blessés ou des parturientes en vue de leur dispenser les prestations de diagnostic, de traitement et les soins d'urgence nécessités par leur état de santé"²

Deux autres missions lui sont attribuées : la formation et la recherche, mais leur application dépendra des circonstances et des besoins de l'hôpital, de la province ou du pays. "Il concourt à la formation pratique des étudiants en médecine et en pharmacie et des élèves des écoles de formation professionnelle et de formation des cadres. En outre, l'hôpital contribue, soit directement, soit en collaboration avec les établissements de formation, au développement et à la réalisation des activités de recherche en matière de santé publique, d'économie de la santé et d'administration sanitaire"²

L'hôpital est un des éléments du système de santé de district, il soutient les soins de santé primaires en complétant le réseau de soins de santé de base (SSB).

"Article 2. L'hôpital constitue un élément intégré dans le système de santé national. A cet effet, il est le point focal d'appui aux soins de santé de base. Il reçoit les malades orientés par le niveau primaire moins spécialisé en vue de bénéficier de compétences et d'installations techniques spécialisées et il renvoie vers le niveau primaire les malades dont l'état de santé le permet afin d'assurer la continuité des soins"².

Cependant, ce rôle d'appui aux services de santé de base est encore bien peu réalisé au Maroc. Plusieurs éléments concourent à cet état de chose (8, 9, 12) :

a. Absence de communication systématisée entre premier et deuxième échelon.

Il n'existe pas de support d'information utilisé de façon systématique ni au niveau du premier échelon pour documenter les raisons de la référence ni au niveau du deuxième échelon pour fournir l'information sur ce qui a été fait et donner les directives pour assurer le suivi des patients par le premier échelon.

Il n'est dès lors pas possible d'évaluer ou de superviser les références. Les acteurs des deux niveaux perdent ainsi une opportunité de dialoguer pour améliorer le système dans son ensemble. Les acteurs des deux niveaux fonctionnent en ignorant les besoins et les potentialités de chacun des deux niveaux.

Les conséquences sont lourdes pour la population. Par exemple, l'enquête nationale sur les causes et circonstances de décès des enfants (10) a montré que 50% des enfants décédés ont été vus dans une structure de santé mais seuls 7,1% ont été hospitalisés bien que 4,3% d'entre eux aient été vus à l'hôpital sans avoir été admis (manque de confiance des hospitaliers dans la référence ?).

Les médecins hospitaliers ne sont que rarement impliqués dans les activités des SSB. Réciproquement, les médecins des SSB ne sont guère stimulés à s'intéresser aux activités hospitalières.

b. Le service d'urgence joue trop souvent le rôle du premier échelon.

Les hospitaliers se plaignent de l'encombrement des urgences. Ils estiment, à raison (11, 12), que la majorité des patients qui se présentent aux urgences ont des

² Ministère de la Santé Publique, Règlement intérieur des hôpitaux, 1993

problèmes qui auraient pu être pris en charge au premier échelon. Il est exclu, pour des raisons déontologiques, de refuser des malades qui se présentent aux urgences, cependant rien n'est fait non plus pour résoudre le problème dans sa globalité. Au contraire, tel hôpital va aggrandir son service d'urgences, le doter de plus de médicaments... et voir la demande augmenter puisque la population préférera se diriger vers les urgences où les files d'attente sont moins longues et où elle a plus de chances de recevoir des médicaments. Tel autre hôpital recommande aux patients de revenir aux urgences pour faire enlever les fils ou simplement pour un examen de contrôle de routine qui aurait pu très bien être fait par le médecin du premier échelon.

c. Conclusion

Au Maroc, les deux sous-systèmes (premier et deuxième échelon) souffrent plutôt d'un isolement que d'une confusion de rôles plus commune dans les hôpitaux des pays d'Afrique Sub-Saharienne (13, 22). Les conséquences de cet isolement retentissent sur l'efficacité et l'efficience globale du système de santé. Il est donc important de déterminer les missions de chaque sous-système.

Les principes directeurs pour déterminer la répartition des tâches entre le niveau de premier contact et l'hôpital de premier recours pourraient alors être les suivants (14) :

1. Ce qui n'est pas fait au centre de santé doit être fait à l'hôpital et vice-versa : il ne doit pas y avoir de lacunes dans le système.
2. Il faut éviter autant que possible les chevauchements, afin de ne pas se trouver dans des situations de compétition qui nuiraient à l'efficacité des centres de santé comme à celle de l'hôpital.
3. Le centre de santé est le point où se fait la synthèse, et qui est chargé d'assurer des soins complets, intégrés et continus. L'hôpital est l'endroit où sont menées des activités techniques qui, pour une raison quelconque, ne peuvent ou ne doivent pas être décentralisées davantage. Autrement dit, le rôle de l'hôpital est un rôle de soutien, tandis que l'unité au niveau du premier contact peut et doit assumer la responsabilité globale de la prise en charge des patients.
4. Tous les soins de santé allient des aspects techniques et des aspects relations humaines. De manière générale, le centre de santé est préférable à l'hôpital lorsque prédomine l'aspect relations humaines. L'hôpital, lui, est mieux placé quand une technique avancée ou compliquée est nécessaire, reléguant au second plan les relations humaines.

1.3. Modèle organisationnel

L'hôpital est composé d'unités fonctionnelles et d'unités administratives. Les services de consultations externes destinés aux cas référés par le premier échelon (centre de diagnostic, consultation des anciens cas, etc.) et les "hospitalisations de jour" ou unités "self-care"³ sont des extensions de l'hôpital dont l'importance varie selon les hôpitaux.

Les **unités fonctionnelles**, avec leur système interne de communication, comprennent :

- les unités opérationnelles (admission de différents types de patients) qui prennent en charge les malades hospitalisés;

³ L'unité "self-care" signifie ici une infrastructure de logement pour des malades qui peuvent être soignés ambulatoirement mais qui habitent trop loin pour rentrer chez eux.

- les unités semi-opérationnelles (garde, urgences et soins intensifs⁴) qui prennent en charge provisoirement les malades;
- les unités logistiques (unités d'appui technique aux unités opérationnelles et aux services ambulatoires).

Au Maroc, dans les hôpitaux publics, ces unités fonctionnelles sont reprises sous l'appellation "services médicaux et médico-techniques" :

"Article 15. Les services médicaux sont constitués de l'ensemble des services de médecine, de chirurgie et de spécialités où les malades peuvent être hospitalisés, y compris les services d'urgence"² et "Article 17. Les services médico-techniques comprennent : les laboratoires d'analyses médicales, les services de radiologie, le bloc opératoire, les autres services techniques (kinésithérapie, transfusion sanguine...)"².

Les **unités administratives** comprennent :

- la Direction de l'hôpital composée du Médecin Chef de l'hôpital assisté par une équipe de collaborateurs placés à la tête des différents services et par la Commission Médicale Consultative;
- le Service des Affaires Administratives, chargé de la gestion, du suivi et de la coordination de toutes les affaires à caractère administratif et général (aspects administratifs de l'admission des malades, statistiques hospitalières, préparation du budget et gestion comptable, gestion du personnel)
- le service des Affaires Economiques et de Maintenance, chargé de la gestion et du suivi de toutes les affaires à caractère économique et de maintenance (exécution du budget, approvisionnement et marchés, distribution de fournitures et matériels consommables, alimentation des malades, contrats d'entretien, stocks des pièces détachées, sécurité à l'hôpital, buanderie).
- le Service des Soins Infirmiers chargé de la gestion, du suivi et de la coordination de toutes les activités de soins infirmiers (planification et utilisation du personnel, formation continue, supervision, évaluation, hygiène hospitalière).

Dans l'organigramme, le Médecin Chef est responsable de l'hôpital sur les plans administratif et technique. Il est le supérieur hiérarchique de toutes les catégories de personnel. Il est lui-même soumis à l'autorité du Médecin Chef de la Province ou de la préfecture.

1.4. Modes de gestion de l'hôpital

Les hôpitaux publics sont gérés selon trois modes (5) :

a. La régie directe (SEGERI).

C'est le mode de gestion commun aux services publics. Ils n'ont pas de "personnalité" distincte de l'Etat qui les organise. Le financement est assuré par le budget de l'Etat. Le personnel qui est rémunéré par l'Etat a la qualité de fonctionnaire.

b. Le Service d'Etat Géré de Manière Autonome (SEGMA).

Il n'ont pas non plus de "personnalité morale". Leur autonomie budgétaire est relative : s'ils ont un budget annuel propre, l'approbation par le MSP et le visa du

⁴ Les urgences et les soins intensifs sont appelées "unités semi-opérationnelles" parce qu'ils constituent un lieu d'accueil provisoire pour les patients, la responsabilité effective de l'hospitalisation étant réservée aux unités opérationnelles.

ministère des finances (MF) restent nécessaires. La différence principale réside dans le fait que le directeur de l'hôpital SEGMA est l'ordonnateur et que les recettes ne sont pas reversées au trésor mais peuvent être utilisées, sous condition du visa du MF, pour le fonctionnement de l'hôpital. Les objectifs de ce mode de gestion étaient (6) :

- d'améliorer le système de financement en augmentant les recettes de l'hôpital;
- de revoir et développer la gestion en vue d'une meilleure maîtrise de celle-ci;
- de relever le niveau des soins.

c. L'Etablissement Public Autonome

Ce mode consiste à confier à un organisme doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière et administrative la gestion d'une activité de service public et d'intérêt général. Les deux CHU (Casa et Rabat) et l'Institut Pasteur du Maroc sont les seuls établissements du Ministère de la Santé à bénéficier de ce mode de gestion. Trois "organes" le permettent :

- le conseil d'administration
- le conseil de gestion
- le directeur exécutif de l'établissement.

1.5. Calcul des Coûts et Financement des hôpitaux

Le calcul des coûts des hôpitaux, que ce soit à l'échelle d'un district ou à l'échelle nationale, permet de répondre à quelques questions : où va l'argent ? Quelle part des dépenses médicales est prise en charge par l'Etat ? par le patient ? Si plus de ressources pouvaient être fournies, de quelle façon seraient-elles au mieux utilisées (à l'hôpital, mais aussi entre l'hôpital et les services de santé de base) ? Leur analyse aide aussi le gestionnaire à identifier les dysfonctionnements, les déséquilibres entre divers postes de dépenses (15, 16, 17).

a. Le calcul des coûts

Il est habituel de séparer les coûts d'investissement (capital costs) des coûts d'exploitation.

Les coûts d'investissement comprennent les coûts des bâtiments (l'hôpital bien sûr, mais aussi les maisons construites pour le personnel, appartenant au patrimoine), les coûts en équipement (lits, matériel médical, radio, etc.), les véhicules (ambulances, véhicules de service), les stocks de départ (médicaments, fournitures, etc.). Ces coûts d'investissement ayant eu lieu à un moment donné, deux méthodes peuvent être utilisées pour les comptabiliser : soit on évalue leur coût de remplacement aujourd'hui (actualisation en fonction de l'inflation et des prix actuels), soit on calcule leur amortissement (un bâtiment sera amorti sur 15 ou 30 ans, un véhicule sur 5 ou 7 ans). L'amortissement est souvent calculé en termes annuels sur le coût d'acquisition, en divisant le coût actuel par le nombre d'années sur lequel on amortit le bien. L'amortissement peut aussi être calculé sur le coût estimé du bien au moment du renouvellement et alors on divise le coût de remplacement estimé au moment où on remplacera le bien par le nombre d'années d'amortissement. Les coûts d'investissement peuvent être "standardisés" pour comparaison entre différents hôpitaux en les exprimant en Dh / m² de surface bâtie ou bien en Dh / lit équipé. Le coût total est ventilé, entre le coût de l'hôpital, le coût des maisons, le coût des équipements.

Les coûts d'exploitation comprennent les dépenses entraînées par l'activité normale de production et qu'il faut supporter année par année. L'amortissement doit entrer dans les coûts d'exploitation.

Les coûts récurrents sont en pratique ceux des coûts d'exploitation qu'il faut absolument couvrir pour que l'activité ne disparaisse pas brutalement lorsque les bailleurs de fonds se retirent du projet. Il est rare qu'on y trouve les coûts d'amortissement et les frais d'entretien.

Les coûts de fonctionnement constitueraient une notion hybride qui comprend tous les coûts récurrents plus les frais d'entretien. On les ventile habituellement en :

- salaires (médecins, infirmiers, personnel technique et d'entretien, personnel administratif)
- eau, gaz, électricité, chauffage, téléphone
- aliments
- consommables médico-chirurgicaux, de radio et de laboratoires
- pièces de rechange et maintenance
- médicaments
- fournitures de bureau, timbres
- transports
- uniformes, lingerie

Une étude plus systémique devrait tenir compte aussi des coûts sociaux (coûts des transports des patients à l'hôpital, temps d'attente, etc.). L'évaluation de ces coûts entre dans la décision de construire un hôpital et dans la décision de sa taille (la somme des coûts de déplacement des malades et de leur famille n'est pas négligeable).

b. Financement des hôpitaux au Maroc

En 1990, le Ministère de la santé a dépensé 1.851 millions de Dirhams dont 86,4% pour les soins, 11,8% pour l'administration et 1,8% pour la formation (18). Les dépenses faites pour les soins par le MSP représentent 80% de la dépense totale de soins (15% par les ménages et 5% autres) faites dans les établissements publics. La part des hôpitaux dans les dépenses de soins représente 72,5% tandis que les CS et D n'ont reçu que 27,5 % des ressources dépensées. Mais la répartition entre hôpitaux est inégale : 44% des dépenses hospitalières sont consommées par les CHU.

Tableau 1. Répartition du personnel par catégorie et par type d'activité et d'établissement en 1990 au Maroc (source: MSP, Division Planification)

Catégorie de personnel	Administration		Soins					Formation et (autres)	Total
	centrale	provinciale	Total CHU	Hop. Régie	Hop. SEGMA	CSDUrb	CSDRur		
médical	67	119	1577	573	273	528	343	3 (28)	3511
dont									
- enseignants	2		634					(12)	648
- internes			99						99
- généralistes	41	99	22	204	77	418	341	2 (4)	1129
- spécialistes	24	20	822	369	196	110	2	1 (12)	1635
Paramédical	215	1487	3209	5512	2179	5416	4493	242 (453)	23206
dont									
- ASB	7	452	1589	3028	1129	3829	3270	1 (151)	13460
- ASDE	124	678	1504	2328	978	1492	1178	70 (216)	8568
- ASDES	84	357	116	156	72	95	45	171 (82)	1178
Administratif	1225	1760	2423	2212	799	433	291	93 (365)	9601
dont									
- éch. 1-6	935	1553	2258	2131	759	429	290	83 (278)	8716
- éch. 7-9	78	103	87	36	10	1	0	2 (26)	343
- éch. 10 et +	212	104	78	45	30	3	1	8 (61)	542
Total personnel	1507	3366	7209	8297	3251	6377	5127	338 (846)	36318

Le personnel est aussi inégalement distribué (voir Tableau 1). Les hôpitaux publics utilisent près de 74% des médecins (dont 48% dans les CHU) et 52,4% du personnel

paramédical. Entre les hôpitaux, les ratios de médecins par lit et de paramédicaux par médecin diffèrent selon le statut: CHU : 4 lits par médecin; SEGMA : 16 lits par médecin (entre 8 et 40); SEGER : 26 lits par médecin (entre 8 et 145 l). On observe des écarts semblables dans les ratios de paramédicaux par médecin : CHU : 2; SEGMA : 8 (entre 5 et 16) et SEGER : 10 (entre 6 et 42).

Ce profil détermine les dépenses en salaires. Les hôpitaux consomment 69% des dépenses en salaires (80% des salaires des médecins et 88% des salaires du personnel administratif).

L'augmentation des ressources dont les CHU ont disposé durant la période 80-87 n'a pas été très productive puisque l'on peut observer pour la même période une baisse de l'activité (voir Tableau 2 et Tableau 3). Pour les autres hôpitaux, l'activité a d'abord baissé avec la diminution des ressources allouées (-5% des journées et -4,3% des admissions) puis a remonté (+12,5% pour les admissions et +3,5% pour les journées).

L'évolution de 87 à 90 tend cependant à rééquilibrer la balance entre hôpitaux et secteur ambulatoire et parmi les hôpitaux, entre CHU et hôpitaux périphériques.

Tableau 2. Evolution de l'activité hospitalière au Maroc, 1980-1990

	ACTIVITES					Taux d'accroissements annuels moyens					
	année	lits	entrées	journées	TOM	DMS	périodes	lits	entrées	journées	DMS
CHU	1980	6013	106448	1549528	70,6	14,6	1980-84	-3,42	4,82	0,54	4,1
	1984	5231	128515	1583063	82,9	12,3	1984-87	1,25	-0,65	-4,81	-5,97
	1987	5429	126020	1365555	68,9	10,8	1987-90	0,73	-0,62	-1,58	-2,29
	1990	5548	123678	1301747	64,3	10,5	1980-90	-0,8	1,51	-1,73	-0,93
Autres Hôpitaux	1980	18019	293734	4116228	62,6	14	1980-84	2,11	4,89	-0,55	-2,6
	1984	19590	355477	4027088	56,3	11,3	1984-87	-2,96	-4,26	-4,72	-1,81
	1987	17899	311978	3483719	53,3	11,2	1987-90	2,76	12,3	3,55	0,77
	1990	19393	439342	3862688	54,6	8,8	1980-90	0,74	4,11	-0,63	-1,36
	dont SEGMA	4453	144829	961398	59,2	6,6					-0,25
	dont Régie	14940	294513	2901290	53,2	9,9					-4,74
Total Hôpitaux	1980	24032	400182	5665756	64,6	14,2	1980-84	0,81	4,87	2,16	-1,05
	1984	24821	483992	5610151	61,9	11,6	1984-87	-2,05	-3,27	-0,91	-2,75
	1987	23328	437998	4849274	57	11,1	1987-90	2,29	8,89		-0,13
	1990	24970	565484	5169763	56,7	9,1	1980-90	0,38	3,52		-1,29

Tableau 3. Evolution des activités des centres de santé et des dispensaires au Maroc, 1980-1990.

	Hospitalisations				Consultations				Taux d'accroiss. annuel moyen			
	année	lits	entrées	journées	TOM	DMS	médicales	paramédicales	périodes	lits	entrées	journées
CSDU	1980	560	18723	82161	40,2	4,4	3653285	20717341	1980-84	-2,31	4,82	-7,43
	1984	510	22603	60332	32,4	2,7	-	-	1984-87	1,42	-0,65	-1,6
	1987	532	23044	57474	29,6	2,5	4422067	15641614	1987-90	-18,22	-2,46	-9,43
	1990	291	21385	42694	40,2	2	4778665	12965030	1980-90	-6,34	1,34	-6,34
CSDR	1980	1067	24849	161433	41,5	6,5	1386557	10453406	1980-84	3,13	1,38	-5,36
	1984	1207	26251	129527	29,4	4,9	-	-	1984-87	4,92	-0,44	-3,5
	1987	1394	25904	116405	22,9	4,5	2163522	11025156	1987-90	0,43	12,6	1,25
	1990	1412	36986	120836	23,4	3,3	2225407	10847150	1980-90	2,84	4,06	-2,86
Total CSDUR	1980	1627	43572	243594	41	5,6	5039842	31170747	1980-84	1,36	2,9	-6,04
	1984	1717	48854	189859	30,3	3,9	-	-	1984-87	3,9	0,06	-2,89
	1987	1926	48948	173879	24,7	3,6	6585589	26666770	1987-90	-4,02	6,04	-2,02
	1990	1703	58371	163530	26,3	2,8	7004072	23812180	1980-90	0,46	2,97	-3,91

1.6. La consultation de référence

Conceptuellement, les services de santé de base et les médecins privés réfèrent, pour avis ou pour hospitalisation, les malades urgents au service des urgences (et les parturientes à la maternité) et les malades non urgents au centre de diagnostic (CD). Le CD est utilisé ici comme terme général. En pratique, il s'appellera Centre de Diagnostic Spécialisé de la Tuberculose (CDST) pour la tuberculose, Centre de Référence (CR) pour le planning familial et parfois Consultations Spécialisées pour certaines spécialités.

Même si la plupart du temps, ce sont des médecins spécialistes hospitaliers qui assurent la consultation, le CD dépend au point de vue hiérarchique et administratif du SIAAP. Mais que ce soit dans les "Directives N° 2677/201/098" sur le S.I.A.A.P. de septembre 1975 ou dans le document de travail qui a concerné la restructuration de la province médicale (1990) ou encore dans les différents plans entre 1987 et 1992, rien n'est mentionné sur le rôle ou l'organisation du CD. L'observation montre cependant que pour être admis au CD, le patient doit être référé par un médecin et doit avoir pris rendez-vous (19). Dans la plupart des provinces, le CD utilise le support logistique de l'hôpital pour les examens de laboratoire et pour les radios. L'observation montre encore que les délais de rendez-vous sont parfois très longs et poussent patients et médecins à utiliser plutôt les urgences.

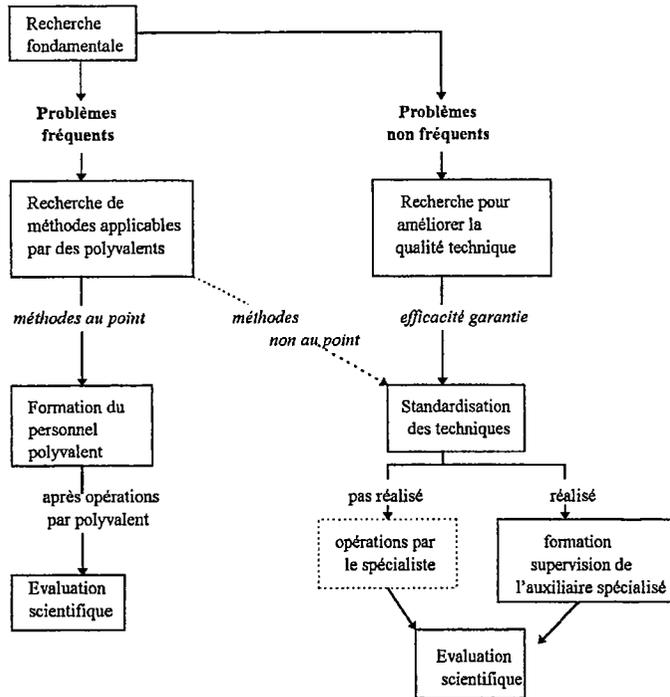
La problématique du statut du CD n'est pas simple. Au départ, le CD a été conçu pour décharger les services hospitaliers des malades ambulatoires qui encombraient les couloirs des services. Certaines provinces ont bâti des CD loin à l'extérieur des hôpitaux (Rabat, Agadir, Meknès, par exemple) ce qui signifiait construire aussi les laboratoires et les salles de radio nécessaires pour aider au diagnostic. D'autres (Settat, Essaouira par exemple) ont intégré leur CD dans l'enceinte de l'hôpital de façon à faciliter l'utilisation des unités logistiques appartenant à l'hôpital. Parfois, le spécialiste est affecté au niveau du centre de santé, créant plusieurs niveaux de référence et transposant le problème de la décision d'hospitalisation au niveau des urgences où c'est un personnel moins qualifié qui décidera en dernier recours l'hospitalisation. Le plan d'extension de la couverture (20) prévoit d'ailleurs en urbain dans les centres de santé de niveau 1 et de niveau 2 des spécialistes: pédiatre et gynécologue au niveau du CSU1 et ophtalmo, ORL, dermato, psychiatre, stomatologue au niveau du CSU2. Il conviendra donc d'éclaircir la relation entre CS et hôpital.

1.7. Tâches du médecin spécialiste

Le rôle du médecin spécialiste hospitalier doit être cohérent avec le rôle de l'hôpital dans le système de santé, il doit appuyer les services de santé de base. Cet appui se fera tout autant à travers le service qu'il offrira aux praticiens du premier échelon (prendre provisoirement en charge les patients référés, fournir la "rétro-information" sur ce qui a été fait au deuxième échelon) qu'à travers la recherche qu'il mènera ou l'appui en formation qu'il fournira (recyclage, formation spécifique à certaines techniques, supervision). Son rôle peut devenir fondamental dans le développement du système s'il est encouragé à s'intégrer dans ce système.

Le schéma de la Figure 2⁵ offre un cadre de compréhension de ce rôle :

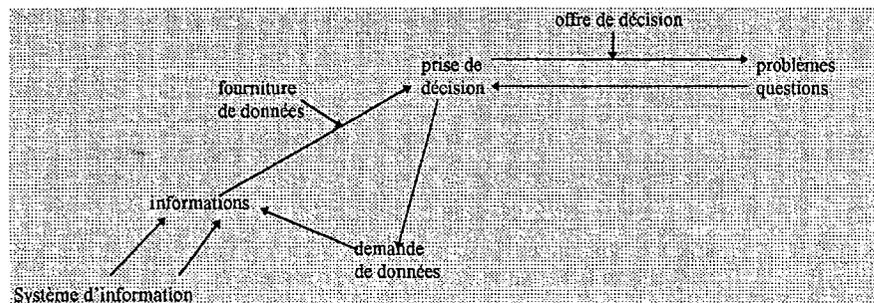
Figure 2. Tâches du médecin spécialiste



1.8. Système d'information et prise de décision à l'hôpital.

1.8.1. Concept

Figure 3. Circuit de l'information



⁵ P. Mercenier, document non publié

1.8.2. Processus

Une équipe chirurgicale est capable de détecter et de traiter des complications telles que l'infection pas simplement parce que l'infirmier prend régulièrement la température mais parce que la donnée est reportée sur un graphique qui est contrôlé à chaque tour de salle. Le tour de salle sert à ritualiser l'analyse et l'interprétation des données collectées en routine auprès des patients. Cela aide non seulement à identifier les problèmes mais aussi à s'assurer que les problèmes existants qui sont connus ne sont pas négligés.

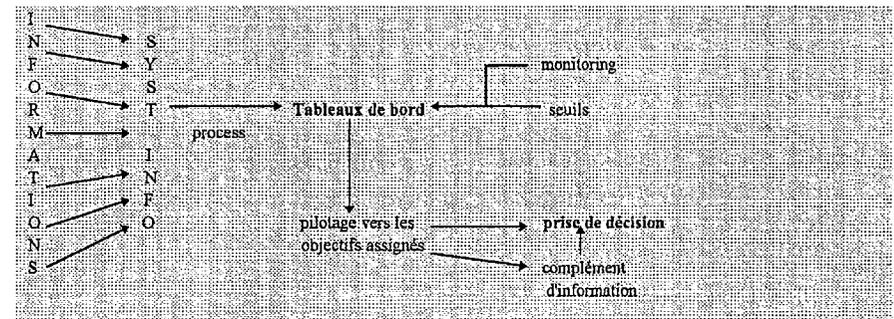
Il n'y a pas de raison que des spécialistes en santé publique ou des équipes de gestion ne puissent pas aussi réaliser des "tours de salle" durant lesquels des indicateurs d'efficacité, d'efficacités et d'équité sont régulièrement analysés pour identifier des zones où l'action ou bien une investigation plus poussée seraient nécessaires (24).

Les indicateurs sont souvent regroupés et présentés sous forme de tableaux de bord dont la mise en place pourrait suivre le cheminement suivant (23) :

1. déterminer la périodicité en fonction des moments où les décisions sont prises.
2. formaliser les objectifs ou les items à suivre
3. déterminer les indicateurs par objectif
4. valider les indicateurs (qu'ils soient significatifs et utiles à la décision, sensibles, spécifiques, etc.)
5. classer les indicateurs par ordre d'importance
6. visualiser les indicateurs (graphes, ratios, contenu statistique) et décider les seuils d'alarme
7. mettre en forme les indicateurs (forme des tableaux et des graphes, combien de mois/années faut-il exposer avant la période actuelle, etc.)

Il convient de valider ces tableaux de bord, par exemple un an après, pour ne retenir que les indicateurs utiles.

Figure 4. Place du tableau de bord dans la prise de décision



1.8.3. Quel contenu serait souhaitable ?

Chaque directeur devrait construire ses propres tableaux de bord en fonction des objectifs et des problèmes spécifiques de son hôpital. Cependant, un certain nombre de "fonctions" ou de postes doivent être suivis, presque de façon standard.

1.8.3.1. Le personnel

- combien de chaque catégorie, de chaque spécialité ? (taux d'encadrement - ASDE/ASDE+ASB -, taux de qualification -spécialistes/total médecin)

- combien par service ? par lit ? nombre d'infirmiers par patient?
- pour le personnel hautement qualifié, planning des absences (congrés, séminaires, enseignement, etc).

1.8.3.2. Utilisation de l'hôpital

- combien de quelle origine (CS, secteur) ? Taux d'admission par aire géographique pour laquelle l'hôpital est responsable, proportion d'"étrangers" à la province ou à l'aire de desserte ?
- le système de référence du premier échelon a-t-il été valable pour les patients qui avaient besoin des soins hospitaliers ?
 - *combien de patients ont-ils été référés ?
 - *si non référé, ont-ils été vus au premier échelon (quantification des cas non référés et qui auraient dû l'être ou faux négatifs)?
 - *délai avant l'admission...
- raison d'hospitalisation (symptomatologie ou diagnostic).
- éventuellement ressources mise à la disposition de la population à desservir (lits par habitant, lits spécifiques par habitant).

1.8.3.3. Qualité des soins et efficience

- résultats d'hospitalisation (guéris, décédés, améliorés, non améliorés, transférés).
- Durée moyenne de séjour
- nombre de réunions du staff médical pour discuter de dossiers cliniques, d'audit interne, de formation
- nombre de réunions de l'équipe du service hospitalier (ensemble du personnel affecté à un service)
- occupation des lits (TOM)
- nombre de supervisions nursing par service
- taux de plaies infectées en post-opératoire

1.8.3.4. Finances

- dépenses
- coûts...
- recouvrement

1.8.3.5. Services d'appui

- nombre d'interventions par jour (urgentes/non urgentes) par salle d'opération, par chirurgien.
- nombre d'examens de laboratoire par service, coût par service par malade.
- idem pour la radiologie.
- coût en produits pharmaceutiques par service par malade.

Ce niveau de monitoring et d'analyse, à l'échelle d'un ensemble de services qui constituent l'hôpital, permet de gérer l'ensemble hospitalier; il ne permet pas une analyse raffinée à l'échelle d'un service mais il permet d'identifier certains problèmes dans un service particulier. Appelons ce niveau le "niveau stratégique" pour le différencier de deux autres niveaux: les niveaux "tactique" (gestion du service) et "opérationnel" (gestion du patient). Pour ces deux derniers niveaux les supports d'informations et les tableaux de bord seront différents mais suivront les mêmes principes.

1.8.4. Système d'information mis en place actuellement

1.8.4.1. Contenu

Actuellement, le Ministère de la Santé exige que soient remplis deux types de formulaire concernant l'utilisation et la production de l'hôpital en général. Il s'agit de ce qu'on appelle couramment le "TOME II" et d'un nouveau formulaire intitulé "Suivi mensuel des activités". Il y a en plus bon nombre d'imprimés plus spécifiques aux services : partie "accouchement" du rapport mensuel d'activité PSGA, déclaration mensuelle des MST par les biologistes, des cas de HIV, statistiques mensuelles des activités de réhabilitation, etc.

Les informations présentées dans ces deux formulaires se chevauchent partiellement :

- le tableau II qui est mensuel résume par service, la capacité litière, les admissions (hommes, femmes, enfants), les journées d'hospitalisation, le TOM⁶ et la DMS⁷. En outre les nombres d'interventions majeures et mineures sont notifiés ainsi que le nombre d'accouchements (normaux et dystociques), les nouveaux-nés décédés et les morts-nés.
- le suivi mensuel des activités est divisé en quatre chapitres : 1) les consultations (pour chaque spécialité, le nombre de médecins, de consultants revus et nouveaux au centre de diagnostic, le ratio de consultants par médecin et la mention du délai de rendez-vous); 2) les services d'hospitalisation (pour chaque service, le nombre de lits, le TOM, la DMS et le nombre de transferts internes et externes); 3) les interventions chirurgicales (pour chaque spécialité, le nombre de médecins, d'interventions mineures et majeures, le total et pour ce total le nombre d'interventions urgentes et programmées - aussi le nombre de salles d'opération et le ratio d'interventions par médecin et d'interventions par salle); 4) la maternité (nombre et pourcentage d'accouchements eutociques, dystociques, de césariennes, le total, le nombre de transferts, les décès maternels et d'enfants).

1.8.4.2. Utilité

* le TOM est un instrument de planification, il permet de revoir l'allocation des lits par service ou de planifier les hospitalisations "froides". Il peut être aussi un indicateur d'efficience dans la mesure où une faible occupation des lits peut éventuellement révéler que la taille de l'hôpital (et tous les coûts fixes qui en découlent) est exagérée.

* la DMS est un indicateur plus valable de l'efficience.

1.8.4.3. Limites

Une limite générale : aucun de ces indicateurs ne prend en compte la population à desservir, ni en terme de taux d'admission par aire géographique, ni en termes de lits par habitant. Le réseau de services de santé de premier échelon n'est pas non plus pris en compte.

⁶ Le TOM, Taux Moyen d'Occupation, est le pourcentage moyen d'occupation des lits (21). On le calcule en divisant le nombre moyen par jour de lits occupés par le nombre total de lits; en pratique, on divise le nombre total de journées d'hospitalisation de l'année par le nombre total de lits que multiplie 365, le tout multiplié par 100 pour avoir un pourcentage.

⁷ La DMS, Durée Moyenne de Séjour, correspond à la durée moyenne du séjour à l'hôpital (en jours) par malade entré. Il y a plusieurs façons de la calculer : on peut diviser le nombre total de journées d'hospitalisation de l'année par le nombre d'admis ou bien par le nombre de sortants de la même année; on peut aussi diviser ce nombre de journées par la moyenne arithmétique des entrants et des sortants (21).

a. fiabilité

Il convient que le gestionnaire sache de façon précise comment l'information est récoltée et comment elle est calculée (qu'est-ce qui est mis au numérateur et au dénominateur).

- césariennes parfois comptées en gynéco, parfois en chirurgie, parfois en maternité, indépendamment d'ailleurs de l'endroit où elle est prise en charge.
- accompagnants comptabilisés comme malades
- lits déclarés et lits fonctionnels, nombres pas identiques

b. agrégation

L'agrégation des données peut cacher des différences très importantes. Par exemple, une DMS globale d'un hôpital de 8 j. a une signification différente si le séjour en maternité, pour accouchement, est comptabilisé.

Une DMS de 8 j. en chirurgie thoracique ne veut rien dire si les explorations fonctionnelles sont comptabilisées.

Une DMS de 22 j. en chirurgie, une fois retirées les fausses hospitalisations pour exploration fonctionnelle, doit être analysée : combien de jours avant et après l'intervention.

les hôpitaux de zone existant dans la préfecture ou la province et pour les établissements du réseau de soins de santé de base qui sont dans son aire d'attraction. En plus des services hospitaliers de base, il doit comporter les spécialités suivantes : ophtalmologie, dermatologie, maladies infectieuses, ORL, psychiatrie, pneumophysiologie, cardiologie, gastro-entérologie, réhabilitation, endocrinologie, traumatologie et réanimation médico-chirurgicale.

- **3. Le centre hospitalier régional.** Il est constitué par un ou plusieurs hôpitaux généraux et spécialisés. Il constitue le niveau de référence supérieur pour les centres hospitaliers provinciaux, les hôpitaux de zone et les établissements de soins de santé de base qui sont dans son aire d'attraction. En plus des disciplines existant au niveau des centres hospitaliers provinciaux, le centre hospitalier régional doit comporter les disciplines suivantes : la chirurgie infantile, un service pour les brûlés, la stomatologie, l'urologie, la néphrologie, la neurochirurgie, la rhumatologie, la médecine interne et la neurologie.
- **4. Le centre hospitalier national.** Il constitue d'un ensemble d'établissements comprenant une gamme complète de services hautement spécialisés. Il comporte en plus des disciplines existant au niveau régional, les disciplines suivantes : la cancérologie, la chirurgie réparatrice, la chirurgie thoracique, la chirurgie cardio-vasculaire et l'hématologie. Son aire d'influence s'étend sur l'ensemble du pays. Cependant, il a été convenu que le CHU de Rabat constituerait le niveau de recours national pour la partie Nord du pays et celui de Casablanca pour la partie Sud.

2. Carte sanitaire du réseau hospitalier

2.1. Typologie des hôpitaux publics au Maroc⁸

L'hôpital rural (HR) appartient au réseau des SSB et n'est donc pas compris dans la typologie des hôpitaux au Maroc.

Les hôpitaux sont classés selon leur importance, leur équipement, leur spécialisation et la gamme des prestations qu'ils dispensent.

On distingue hôpital général et hôpital spécialisé.

- **L'hôpital général** est un établissement sanitaire de capacité litière variable qui assure des services différenciés à des malades d'âges divers et souffrant d'affections diverses. Il comprend au moins un service de chirurgie, un service de médecine, un service de pédiatrie, un service d'obstétrique et un service d'urgences. Il peut en outre comprendre d'autres services hospitaliers pour les spécialités médicales et chirurgicales.

- **L'hôpital spécialisé** est un établissement sanitaire de capacité litière variable qui assure la prise en charge médicale ou chirurgicale d'une ou plusieurs affections d'un organe donné.

Les hôpitaux sont hiérarchisés selon leur capacité litière et leur champ d'action en quatre niveaux (voir en annexe 1) :

- **1. L'hôpital de zone.** C'est un hôpital général. Il constitue dans la préfecture ou la province où il est implanté le premier niveau de référence pour les établissements de soins de santé de base qui sont dans son aire d'attraction.
- **2. Le centre hospitalier préfectoral ou provincial.** Il est constitué par un ou plusieurs hôpitaux généraux ou spécialisés. Il constitue le niveau supérieur de référence à la fois pour

⁸ Voir circulaire du MSP n°13/DR10 du 20.03.92 et projet d'arrêté relatif à la normalisation et à la classification des hôpitaux publics.

2.2. Distribution des hôpitaux dans le pays

Le tableau "N° 12", emprunté au dossier de la carte sanitaire⁹ et présenté en annexe 2, montre la répartition des établissements hospitaliers selon leur capacité et le secteur, par province ainsi que le ratio habitants par lit. Si on exclut les provinces dont les ratios sont extrêmement éloignés de la distribution générale (Azilal 8157, Taounate 8514 et Ben Slimane 20.100) parce qu'elles n'ont pas d'hôpitaux généraux, ni publics ni privés, la distribution varie entre 156 habitants par lit à Casa Anfa¹⁰ et 3126 habitants par lit à Casa Ben Msik. La médiane est située à 1055 ha./lit et 50 % des provinces se situent entre 695 (premier quartile) et 1294 habitants par lit (troisième quartile). Les moyennes agrégées au niveau régional montrent deux groupes de régions : l'un aux alentours de 700 habitants (Nord-Ouest 632, Centre-Sud 710 et Centre 789) et l'autre aux alentours de 1000 habitants (Tensif 1009, Centre-Nord 1017, Sud 1038 et Oriental 1164).

Sur 30.190 lits au total en 1991, 86% appartiennent au secteur public, 8% au secteur privé et 6% au secteur semi-public.

Entre 1960 et 1991, le nombre total de lits hospitaliers du secteur public s'est accru de 112% alors que dans la même période, la population s'est accrue de 119,5%. En 1991, il y avait en moyenne 1 lit hospitalier public pour 984 habitants mais le taux d'occupation moyen de l'ensemble des lits publics n'était que de 60%.

⁹ Ministère de la Santé, Division de la Planification et de l'Infrastructure, service de la carte sanitaire, mars 1993.

¹⁰ Tant à Casa Anfa (156 h./l.) qu'à Rabat (175 h./l.), les ratios sont biaisés par la présence de CHU qui ont une vocation nationale.

Bibliographie

- (1) Akhmisse M. "Introduction à la gestion hospitalière au Maroc" Document diffusé par le MSP
- (2) Maazouzi W. "Les éléments d'une nouvelle politique de santé au Maroc" Editions ORAD, Rabat 1989
- (3) Tibouti A. "Changements récents intervenus dans les modes de financement de la santé - le cas du système de santé marocain", 1991, document non publié.
- (4) Bencheikh T. "Le lien entre la santé publique et le développement économique : modification des rôles des dispensateurs de services, des consommateurs, des gouvernements", Sommet de la Santé Publique, Saitama, Japon, 1991.
- (5) Ghoulidi "Cours INAS de gestion comptable à l'hôpital", 1990.
- (6) INAS et Secrétariat Général du MSP "Evaluation préliminaire de l'expérience du mode de gestion des hôpitaux SEGMA", mars 1993.
- (7) OMS "Hôpitaux et santé pour tous", série de rapports techniques n°744, Genève, 1987.
- (8) Darkaoui K.E.. "L'hôpital dans le système de santé au Maroc" Deuxième travail trimestriel de synthèse, CIPS Anvers, IMT 1991.
- (9) Filali H. "Perception par les personnels de santé", partie de la recherche sur "Place et rôle de l'hôpital et des structures périphériques dans la santé des enfants", INAS, 1992
- (10) Ministère de la Santé Publique, Maroc "Enquête Nationale sur les Causes et Circonstances des Décès infanto-juvéniles" 1991.
- (11) INAS "Etudes des urgences" dans la recherche "Place et rôle de l'hôpital et des structures périphériques dans la santé des enfants", 1991.
- (12) Belouali R., De Brouwere V., Darkaoui K.N., Filali H., Gouaïma F., Laabid A. et Zayyoun A. "Prise en charge des enfants dans le système de santé au Maroc : l'hôpital, structure isolée ?" *Revue Maghrébine de Pédiatrie*, 1993, N°3 bis, numéro spécial 30ème Congrès de l'A.P.L.F., pp 145-153
- (13) De Roodenbeke E. "La place de l'hôpital dans le système de santé des pays africains francophones" *Gestion Hospitalière*, 1993, N°327, pp 425-431.
- (14) Mercenier P. "Le rôle du centre de santé dans le contexte du système de santé de district basé sur les soins de santé primaires" OMS, 1986, document non publié.
- (15) King M. "Medical care in developing countries", Ch. 12 "The economy of a district hospital", Oxford Press, 1967.
- (16) Mills A.J. et al "The cost of the district hospital : a case study in Malawi", *Bull. of the WHO*, 1993, 71 (3/4): 329-339
- (17) Newbrander W. et al "Economie hospitalière et financement des hôpitaux dans les pays en développement", WHO/SHS/92.2, OMS Genève, 1992.
- (18) Unité de Programmation et de suivi de l'étude sur le financement "Dépenses et financement des activités de soins du secteur public en 1990 et leurs évolutions depuis 1980", Ministère de la Santé Publique du Maroc, DPES, 1991.

(19) Khief F. "La référence du premier échelon vers le centre de diagnostic : étude de cas à Salé", mémoire de fin d'études, INAS 1991.

(20) Ministère de la Santé du Maroc "La couverture sanitaire par le réseau de soins de santé de base : guide méthodologique pour l'élaboration d'un plan d'extension", 1990.

(21) Llewelyn-Davies M.A. and Macaulay H.M.C. "Organisation et administration des hôpitaux", OMS, Genève 1969.

(22) Van Lerberghe W. et Lafort Y. "Le rôle de l'hôpital dans le district : dispenser ou soutenir les soins de santé primaires?" OMS, Division de Renforcement des Services de Santé, WHO/SHS/CC/90.2, Genève 1990.

(23) Saulou J-Y "Navigation à vue" L'opinion Economique, Journal "L'Opinion" du mercredi 4 mars 1992, p.5

(24) Sandiford P. et al "What can information systems do for primary health care ? an international perspective" Soc. Sci. Med., Vol. 34, N°10, pp. 1077-1087, 1992.

Annexe 1 : Normes hospitalières au Maroc

NORMES HOSPITALIERES POUR LES HOPITAUX DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
REPARTITION DES DISCIPLINES ET LEUR CAPACITES PAR NIVEAU D'INTERVENTION

DISCIPLINES	HOPITAUX DE ZONE				CENTRE HOSPITALIER PROVINCIAL		CENTRE HOSPITALIER REGIONAL		CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE	
	TYPE 1		TYPE 2		MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX
	LITS	LITS	LITS	LITS	LITS	LITS	LITS	LITS	LITS	LITS
Médecine générale	12	24	45	60	40	90	60	60	60	60
Chirurgie générale	12	24	30	60	40	120	60	120	60	180
Obstétrique -Gynécologie	12	12	15	30	40	60	70	120	120	240
Pédiatrie	12	12	20	30	40	90	60	120	60	240
Réanimation chirurgicale	2	2	3	3	3	10	10	15	15	15
Urgences	2	2	3	3	3	10	3	10	10	10
Réanimation médicale	■	■	■	■	3	10	10	15	10	15
Ophthalmologie	■	■	■	■	30	60	30	60	60	90
Dermato-vénéro-léprologie	■	■	■	■	15	30	30	60	60	90
Maladies infectieuses	■	■	■	■	30	30	30	30	30	60
Oto-rhino-laryngologie	■	■	■	■	15	30	30	60	60	90
Psychiatrie	■	■	■	■	30	60	60	120	60	180
Pneumo-physiologie	■	■	■	■	30	90	60	120	70	180
Cardiologie	■	■	■	■	15	30	30	60	60	60
Gastro-entérologie	■	■	■	■	15	30	30	30	60	60
Réhabilitation	■	■	■	■	15	30	30	60	60	60
Endocrinologie	■	■	■	■	15	30	30	30	60	60
Traumatologie-orthopédie	■	■	■	■	15	30	30	60	60	90
Chirurgie infantile	■	■	■	■	■	15	30	30	60	60
Bronchs	■	■	■	■	■	15	15	30	30	30
Stomatologie	■	■	■	■	■	15	15	30	30	30
Urologie	■	■	■	■	■	30	60	60	60	60
Néphrologie	■	■	■	■	■	15	30	30	30	30
Neurochirurgie	■	■	■	■	■	15	30	30	60	60
Rhumatologie	■	■	■	■	■	15	30	30	30	30
Médecine Interne	■	■	■	■	■	15	60	60	60	90
Neurologie	■	■	■	■	■	30	60	30	60	60
Cancérologie	■	■	■	■	■	■	■	60	60	180
Chirurgie réparatrice	■	■	■	■	■	■	■	30	60	60
Chirurgie thoracique	■	■	■	■	■	■	■	30	60	60
Chirurgie cardio-vasculaire	■	■	■	■	■	■	■	30	30	30
Hématologie	■	■	■	■	■	■	■	30	60	90
TOTAL (lits)	52	76	120	210	450	840	820	1480	1335	2690

OCTOBRE 1987

§ DONT 10 LITS D'OPHTHALMOLOGIE DANS LES HOPITAUX DE ZONE IMPLANTES DANS LES PROVINCES D'ERRACHIDJA ET DE QUARAZAËT.

§§ DONT 10 LITS DE CHIRURGIE-INFANTILE ET 10 LITS DE NEURO-CHIRURGIE DANS LES HOPITAUX DE CERTAINES GRANDES VILLES .

§§§ 10 LITS DE NEPHROLOGIE DANS CERTAINS HOPITAUX PROVINCIAUX.

Annexe 2 : Répartition des établissements hospitaliers selon la capacité par secteur et par province et préfecture (situation 1991). - Ensemble des secteurs

TABLEAU n° 12 = REPARTITION DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS SELON LA CAPACITE PAR SECTEUR ET PAR PROVINCE ET PREFECTURE (SITUATION 1991) - ENSEMBLE DES SECTEURS

Provinces et préfectures	Total Public		Total semi-publ.		Total privé		Nombre d'établissements	Total lits	Total cliniques
	Nbre HOP.	Lits	Cliniques	Lits	Cliniques	Lits			
SUD	13	2672	1	56	8	188	88	2800	1000
AGADIR	2	1063	1	56	7	182	11	1811	1000
ES-SEHARA	1	65	0	0	0	0	1	65	0
GUELIM	2	140	0	0	0	0	2	140	0
LAAYOUNE	1	250	0	0	0	0	1	250	0
QUARZAZATE	2	411	0	0	0	0	2	411	0
TAN-TAN	1	124	0	0	0	0	1	124	0
TAROUDANT	1	240	0	0	1	6	2	240	0
TIZNIT	3	379	0	0	0	0	3	379	0
TENSIFT	9	3099	2	169	10	136	21	3404	1000
EL KELAA	1	417	0	0	0	0	1	417	0
ESSAOUIRA	1	358	0	0	0	0	1	358	0
MARRAKECH WILAYA	6	1693	1	44	8	92	15	1829	0
SAFI	1	631	1	125	2	44	4	800	0
CENTRE	21	6560	13	1265	47	999	81	8024	780
AZILAL	1	51	0	0	0	0	1	51	0
BEN SLIMANE	0	0	0	0	1	10	1	10	20100
BENI MELLAL	3	693	0	0	3	78	6	771	1176
CASA AIN CHOK H.M.	1	216	2	100	1	42	4	358	1212
CASA AIN SEBAA H.M.	1	214	1	81	2	45	4	340	1674
CASA ANFA	4	2616	5	460	30	662	39	3738	156
CASA BEN HSİK S.O.	2	302	0	0	0	0	2	302	3126
CASA FIDA	1	163	1	185	3	54	5	402	1175
EL JADIDA	2	536	1	88	3	57	6	681	1339
KHOUREBGA	2	374	1	200	2	29	5	603	889
MOHAMMADIA	1	198	1	95	1	10	3	303	696
SETTAT	3	1197	1	56	1	12	5	1265	618
NORD OUEST	28	7290	4	234	25	706	57	8230	632
CHEFCHAOUEN	1	120	0	0	0	0	1	120	2992
KENITRA	2	675	1	81	4	87	7	843	1066
KHENISSET	3	261	0	0	1	17	4	278	1676
LARACHE	2	305	0	0	1	14	3	319	1238
RABAT	7	3507	1	55	11	288	19	3850	175
SALE	3	412	0	0	1	87	4	499	1248
SIDI KACEM	2	363	0	0	1	10	3	373	1590
TANGER	5	600	2	98	5	101	12	799	692
TETOUAN	3	1047	0	0	1	102	4	1149	394
CENTRE NORD	12	2581	0	0	9	201	21	2782	1017
AL HOCEIMA	1	424	0	0	1	12	2	436	837
BOULEHANE	1	130	0	0	0	0	1	130	1185
FES WILAYA	7	1652	0	0	8	189	15	1841	547
TAOUNATE	1	70	0	0	0	0	1	70	8514
TAZA	2	305	0	0	0	0	2	305	2315
ORIENTAL	5	1394	3	76	4	108	12	1578	1164
FIGUIG	1	128	0	0	0	0	1	128	836
NADOR	1	377	0	0	1	75	2	452	1715
OUJDA	3	889	3	76	3	33	9	998	957
CENTRE SUD	10	2378	0	0	6	138	16	2516	710
ERRACHIDIA	4	541	0	0	0	0	4	541	915
IFRANE	1	113	0	0	0	0	1	113	1018
KHENIFRA	2	310	0	0	2	30	4	340	1279
MEKNES WILAYA	3	1414	0	0	4	108	7	1522	487
TOTAL GENERAL	98	25974	23	1800	109	2416	230	30190	829

DOSSIER. CARTE SANITAIRE-REPERTOIRE: CART92/VPP.FICHER:CAP-SEC-OUFAQIR