

D^r ABDESLAM EL KHAMLI

C.H.U. EN DÉTRESSE

Formation médicale en danger



ISBN: 978-9954-1-0502-3

Dépôt légal: 2014MO4091

© Éditions La Croisée des Chemins

16, Rue Mouaffak Eddine Imm. A Rés. Dbibagh

Quartier des hôpitaux - Casablanca

info@lacroiseedeschemins.ma

www.lacroiseedeschemins.ma

Docteur Abdeslam El Khamlichi

CHU en détresse

Formation médicale en danger



« La situation actuelle du secteur de l'Education et de la Formation nécessite de marquer une halte, pour un examen de conscience objectif, permettant d'évaluer les réalisations accomplies et d'identifier les faiblesses et les dysfonctionnements existants. »

Extrait du Discours de Sa Majesté le Roi Mohammed VI,
le 20 Août 2013, à l'occasion du 60^e anniversaire
de la Révolution du Roi et du Peuple.

CHU en détresse

Docteur Abdeslam El Khamlichi

Professeur de Neurochirurgie au CHU de Rabat
Président de la Fondation Hassan II pour la Prévention
et la Lutte contre les Maladies du Système Nerveux
Directeur du Centre de Référence International de Rabat
pour la Formation des Neurochirurgiens Africains
Président Honoraire de la Fédération Mondiale des
Sociétés de Neurochirurgie
Membre Fondateur de l'Académie Mondiale
de Neurochirurgie

Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences

Hôpital des Spécialités, CHU de Rabat, BP 6444 Rabat-Instituts

Email: fh2nch@menara.ma

Remerciements

À mes Maîtres et collègues qui ont bien voulu préfacer cet ouvrage et contribuer au débat sur l'état actuel de nos CHU et sur les risques encourus pour la Formation Médicale.

À ma fille Leila, ma première lectrice et critique, pour avoir été l'interface avec l'éditeur pendant la préparation de cet ouvrage à l'impression.

À M. Khalid Zerqali, pour le traitement de texte du manuscrit.

*À ma femme Jaouhara, et à mes enfants, Youssef,
Leila et Zeineb, pour leur amour inconditionnel et leur
soutien permanent.*

« La Formation médicale (le savoir technique ou le savoir faire) indissociable de l'Education (le savoir-être) est davantage tributaire des stages pratiques dans les hôpitaux universitaires que des cours dans les facultés. Elle est conditionnée par le côtoiement des Maîtres, des Professeurs, des Leaders et des Patrons, qui par leur savoir, leur dévouement et leur charisme, sont de véritables Ecoles dans différentes disciplines... Ce sont ces Maîtres, ces Professeurs, ces Leaders, ces Patrons, qui captent l'admiration des jeunes, suscitent chez eux l'amour de la Profession Médicale et incarnent les repères du savoir, de la morale et de l'Ethique dans un CHU. » (L'auteur - p.183)

PRÉFACE 1

Quand mon ami, Professeur El Khamlichi, m'a remis le manuscrit de cet ouvrage, beaucoup de souvenirs ont brusquement défilé dans ma mémoire, car il s'agit de l'activité du CHU de Rabat où j'ai l'insigne privilège d'être présent depuis le mois de juillet 1957.

Le CHU de Rabat, et particulièrement l'Hôpital Ibn Sina qui en constitue le noyau dur, n'a pas cessé, depuis son ouverture en 1954, de recevoir les malades de toutes les régions du Maroc.

Probablement, il n'existe pas un seul village où, au moins, un habitant n'a pas été soigné au CHU de Rabat. Des personnalités et des personnages de tous les horizons ont également occupé un lit dans ce CHU qui les a aidés à recouvrer leur santé, et à poursuivre leurs différentes activités.

C'est pour cela qu'il est triste de constater, aujourd'hui, qu'un certain nombre de médecins se permettent de dénigrer cet hôpital qui, pourtant, les a formés et leur a donné leur propre identité.

De toute façon, une évidence s'impose à tous : la majorité des meilleurs médecins marocains ont été formés au CHU de Rabat.

Aujourd'hui comme hier, le CHU continue toujours à recevoir les malades de tout le pays. Tous les lits sont occupés, et beaucoup de patients ont des rendez-vous d'hospitalisation sur plusieurs semaines. À leur sortie de l'hôpital, la majorité de ces malades sont heureux de retrouver le goût à la vie...

Et pourtant, il y a un malaise !

« Ça ne va plus, je perds mon temps ici. » Tel est le leitmotiv que nous entendons tous les jours d'un collègue désabusé.

De quoi s'agit-il ? Voici quelques réponses :

Tous les appareils d'endoscopie du service sont en panne depuis plusieurs semaines.

Le scanner ne marche pas depuis dix jours.

Le programme opératoire de tel service est reporté, à cause de la panne de la climatisation de la salle d'opération.

Tel malade ne peut pas être opéré. Le produit anesthésique manque, par rupture de stock, ...etc.

Bien sûr, ces pannes se produisent également dans tous les hôpitaux du monde. Seulement, chez nous,

elles sont beaucoup plus fréquentes, et durent trop longtemps.

Quand de telles situations deviennent presque quotidiennes, elles finissent par induire dans le milieu une certaine forme de névrose qui peut déstabiliser les meilleures bonnes volontés.

Ce qui vient d'être évoqué concerne uniquement les soins hospitaliers. Mais le CHU a une autre activité non moins importante : la formation médicale. C'est au contact du malade que l'étudiant apprend la médecine. C'est à l'hôpital où l'étudiant rencontre la maladie.

Malheureusement, cette formation médicale hospitalière souffre, actuellement, de graves perturbations qui, cette fois-ci, ne sont plus dues à des problèmes techniques, mais à des décisions certainement prises dans un but louable.

En voici un exemple : comme le pays a encore besoin de médecins, il a été décidé d'ouvrir les portes de la faculté à un plus grand nombre d'étudiants.

Conséquence : aujourd'hui, il y a plus d'étudiants que de malades dans les services hospitaliers. Certains stagiaires passent une bonne partie de la matinée dans les couloirs, loin des lits des malades !

Dans ces conditions, adieu les stages hospitaliers !

Un autre problème concerne, cette fois-ci, l'internat du CHU qui est probablement le concours le plus dur des études médicales.

Ces dernières années, un concours de résidanat a été créé pour les étudiants qui désirent poursuivre l'enseignement d'une spécialité médicale. Le diplôme, une fois obtenu, le spécialiste est appelé à exercer d'abord dans tel ou tel hôpital provincial, en fonction des besoins de la population.

Tout cela est normal. Mais ce qui ne l'est pas, c'est d'avoir décrété que l'interne du CHU devienne lui aussi résident. Dans ces conditions, une fois obtenu son diplôme de spécialiste, il doit quitter lui aussi le CHU. C'est une catastrophe pour l'enseignement médical ! La carrière universitaire de l'interne est brisée. Dès qu'il quitte l'ambiance du CHU, sa formation est définitivement compromise.

Après une période plus ou moins longue passée loin du CHU, il apprend qu'un concours de professeur assistant est ouvert. S'il se présente, il peut réussir, mais avec 10/20. Ce n'est plus un concours, et ce n'est pas le niveau souhaité pour l'enseignement de la médecine.

D'autres, mais très peu nombreux, qui ont la chance de ne pas être loin de la faculté, peuvent réussir avec des notes plus honorables. Cette proximité du CHU leur permet de venir, plus ou moins régulièrement, assister à des réunions scientifiques dans des services hospitaliers universitaires.

Si un jour une réforme des études médicales s'impose, il ne faut pas toucher l'internat. C'est la ligne rouge ! C'est

la seule pépinière qui peut fournir des cadres de valeur pour l'enseignement de la médecine.

Si, pour une raison ou une autre, on porte atteinte à ce système, ce ne sont plus des professeurs de médecine qui vont être formés, mais des clowns avec le stéthoscope autour du cou.

Un dernier problème concerne le diplôme de « chirurgie générale ». Ce diplôme est octroyé aux résidents qui ont passé la majorité du temps de leur formation dans les services de chirurgie viscérale digestive. Le reste du temps, ils passent des stages de courte durée dans les autres spécialités chirurgicales. Ce système de roulement donne l'impression au résident de se former en chirurgie générale.

En réalité, ces stages de six mois ne lui sont d'aucune utilité. C'est un manque à gagner pour leur formation de base qui est la chirurgie viscérale digestive.

En réalité, la chirurgie générale ne peut s'acquérir que par la formation dans un authentique service de chirurgie générale, c'est-à-dire un service où sont groupées toutes les affections chirurgicales courantes : l'ulcère de l'estomac, l'adénome de la prostate, les fractures diaphysaires, le fibrome de l'utérus, les hernies, ...etc.

De tels services n'existent plus au CHU depuis plus de quarante ans. Tous les services de chirurgie sont

spécialisés depuis longtemps. Cette notion de « chirurgie générale » n'existe, en fait, que dans l'imagination de certains confrères.

Un chirurgien viscéraliste qui opère correctement une thyroïde ou un sein n'est pas pour autant un chirurgien généraliste. Il n'en a pas la formation de base.

Octroyer un diplôme de chirurgie générale à celui qui n'en a pas la formation, peut lui être préjudiciable. Il peut, dans sa pratique quotidienne, recevoir un patient avec une fracture plus ou moins compliquée de la jambe. Son diplôme de chirurgie générale lui impose le devoir de soigner et d'opérer correctement ce malade. Il en est incapable, car il n'a jamais pratiqué une telle opération pendant ses stages. Dans ces conditions, on le verra bientôt au tribunal, d'abord pour « non assistance à personne en danger ».

Le diplôme qui normalement doit être délivré à ces jeunes chirurgiens est tout naturellement le diplôme de chirurgie viscérale digestive. C'est le diplôme qui est conforme à leur formation...

Professeur El Khamlichi a le grand mérite de tirer la sonnette d'alarme sur l'état actuel du CHU de Rabat. Ce travail lui a certainement demandé une grande volonté, et de très gros efforts qui méritent toutes nos félicitations.

Le CHU est actuellement ce qu'il est. Quelques-uns en souffrent, d'autres sont plus ou moins indifférents. Mais on ne peut pas rester passif devant le flux ininterrompu des départs des enseignants. La faculté se vide de ses meilleurs cadres. Ces départs concernent beaucoup de jeunes enseignants très compétents qui peuvent former plusieurs générations de médecins.

Qui va enseigner dans les nouvelles facultés ? Le cursus du professeur titulaire de médecine est bien connu : Bac + 20.

Allons-nous voir bientôt, aux postes de chefs de services hospitaliers universitaires, des jeunes qui n'ont pas encore terminé leur formation ?

La situation est très sérieuse. C'est aujourd'hui qu'il faut sauver la médecine marocaine de demain.

Rabat, le 23 juillet 2014

Professeur Abdelkader Tounsi

Professeur de chirurgie au CHU Ibn Sina de Rabat

Membre Associé de l'Académie Française de Chirurgie

PRÉFACE 2

Dans son ouvrage consacré à la situation actuelle de la formation médicale au Maroc et aux dysfonctionnements et lacunes institutionnels et organisationnels qui caractérisent nos centres hospitaliers, espaces par excellence de formation et de recherche, Professeur Abdeslam El Khamlichi, décrit, avec la passion qui l'a toujours animée pour la chose publique, avec son sens aigu de l'objectivité et avec la sincérité que nous lui reconnaissons tous, les diverses phases de l'émergence d'un système national de formation médicale basé initialement sur les standards de l'excellence, mais qui connaît aujourd'hui une régression dommageable, aussi bien à la qualité de formation et à la production scientifique en santé, qu'aux modalités de prise en charge des populations.

Devant l'essoufflement continu que connaît cette formation depuis plus de deux décennies, et à un moment où

le pays se dote de nouveaux CHUs hautement sophistiqués sur les plans technologique et architectural, il lance un cri d'alarme mobilisateur, quant aux réformes institutionnelles et organisationnelles, auxquelles les pouvoirs publics se doivent d'être attentifs et auxquels il propose des solutions réalistes et efficaces, afin de redonner à notre formation médicale, à nos modes de prise en charge des malades, et à notre recherche en santé, un nouvel élan. Dans cette démarche empreinte de rigueur et de pragmatisme, il évite toute nostalgie pour une période révolue, et toute concession de bon aloi.

En effet, l'examen attentif de l'évolution de tous les indicateurs sanitaires (espérance de vie, mortalités infantile et maternelle, régression, voire éradication, de maladies transmissibles, de même que ceux relatifs à la production de la recherche biomédicale au Maroc (ressources financières, ressources humaines, formation des compétences, publications en nombre et en qualité...), tels que les montrent les rapports officiels du Ministère de la Santé, et les analyses entreprises par diverses études notamment les experts européens, l'OMS, permet de souligner les efforts importants entrepris par l'État marocain pour édifier, dans des conditions humaines et matérielles souvent difficiles, un système de formation médicale de qualité et un système de santé relativement satisfaisant et efficace.

Aujourd'hui, Professeur A. El Khamlichi décrit, chiffres et argumentations à l'appui, un véritable essoufflement de la qualité de la formation médicale, et une régression réelle de la recherche en santé, et ce, depuis les deux dernières décennies, à la lumière de nombreux facteurs de natures diverses qu'il développe avec lucidité et méthode, et qui peuvent être résumés en :

- une absence juridique de vrais CHUs définissant les liens fonctionnels entre centres hospitaliers et facultés de médecine, permettant une action concertée, tant au niveau des investissements qu'en matière de recrutement et gestion des ressources humaines, ce qui handicape la formation pratique des étudiants et empêche toute coordination en matière de recherche en santé,

- une organisation inadaptée des CHUs, souvent formés de plusieurs formations, avec des instances de décisions et de suivi symboliques, et des allocations de moyens humains et matériels qui ne prennent pas en compte les activités réelles et les rendements effectifs des diverses composantes. Très souvent, les moyens alloués se basent essentiellement sur le nombre de lits et parfois d'autres critères opaques,

- des modes de recrutements précoces, dès la première année du résidanat, avec des jurys formés localement en totalité, sans participation de membres extérieurs au service concerné, et encore moins des membres étrangers, comme cela se faisait dans le temps, et conformément

aux règles habituelles dans la plupart des pays européens et même africains,

- un système de promotion basé sur l'ancienneté et qui a contribué à une réduction drastique de la production scientifique qui devrait être le principal indicateur des performances des enseignants-chercheurs,

- l'exercice anarchique de ce que l'on appelle le temps plein aménagé, réduisant les activités de soins, de formation et de recherche au strict minimum.

En effet, le Maroc vit actuellement une évolution profonde qui nécessite que notre système de formation médicale, de recherche en santé et de prise en charge des populations, soit en conformité avec ces transformations et adapté aux nouveaux besoins qui en découlent.

Or, le pays connaît des mutations profondes, multiples et importantes qui imposent que les pouvoirs publics apportent des solutions idoines aux questions de la formation médicale et de la recherche en santé, pour relever les défis qui découlent de ces mutations.

Sans vouloir développer ici les diverses mutations, citons rapidement :

1°) des facteurs liés aux différentes transitions que vit le Maroc et qui imposent de nouveaux paradigmes d'ordre général :

- la reconnaissance constitutionnelle du droit d'accès à la santé pour tous les citoyens, et partant, la reconnaissance

du devoir de la société à concevoir un système de santé égalitaire, à mettre en œuvre une formation médicale de qualité, à promouvoir la recherche en santé à même de contribuer à l'amélioration continue des modalités de prise en charge des citoyens, tout en participant aux innovations nécessaires dans les politiques publiques en matière sanitaire ;

- La prise de conscience des populations de l'importance des mesures préventives et thérapeutiques ainsi que des modes de vie et de consommation et des demandes nouvelles et croissantes qui en découlent ;

2°) Les multiples transitions liées à la santé (transition démographique, transition épidémiologique, extension des structures de soins et des facultés de médecine, instauration de la couverture médicale obligatoire, développement d'un secteur privé performant) autant de facteurs imposant que le secteur public, qui seul peut garantir l'égalité d'accès aux soins et qui devrait rester la référence nationale en matière de qualité et de performance, doit être réformé et préparé à ces nouvelles données.

Dans cette perspective, l'ouvrage du Professeur A. El Khamlichi constitue à la fois un témoignage, un cri d'alarme et une force de proposition.

C'est d'abord un témoignage relatif à la naissance d'un système de formation médicale de qualité grâce à l'engagement et à la détermination de quelques enseignants-

chercheurs et qui sont arrivés à vaincre toutes les difficultés et à surmonter tous les obstacles, un témoignage en hommage aux pionniers de l'édification de ce système, mais aussi, un témoignage destiné aux futures générations appelés à prendre la relève, et à affronter les nouveaux enjeux et à relever les nouveaux défis.

C'est ensuite un cri d'alarme responsable et mobilisateur, attirant l'attention des pouvoirs publics sur un essoufflement relatif des conditions de formation médicale et sur une régression réelle, qualitative et quantitative, de la recherche en santé, et rappelant le rôle majeur d'une formation scientifique répondant aux standards internationaux, ainsi que celui d'une recherche médicale nationale à même de répondre aux problématiques sanitaires en général, mais aussi, capable de concevoir des approches préventives, diagnostiques et thérapeutiques adaptées aux spécificités nationales.

C'est enfin une contribution à l'approfondissement de la réflexion quant aux réformes que nécessitent les transformations politiques, socio-économiques et sanitaires que vit le pays.

Ceci impose, à côté de la construction de nouveaux CHUs répondant aux standards internationaux, et dont on ne peut que se réjouir :

- de nouveaux modes de concevoir l'organisation institutionnelle des CHUs, en tant que structures regroupant

centre hospitalier et faculté, agissant en coordination et synergie,

- de nouvelles méthodes d'allocations des ressources sur la base d'évaluations objectives des diverses composantes sanitaires,

- de nouveaux rapports des CHUs avec le secteur de santé publique et le secteur privé, ouvrant la voie à une plus grande autonomie, et donc de reddition des comptes de la part des responsables, ainsi qu'à des partenariats public-privé qui ont donné dans certains cas des résultats encourageants,

- Une réforme profonde et novatrice des modes de formations de futurs enseignants-chercheurs, de leurs recrutements, et de leurs promotions dans laquelle la production scientifique devrait être la composante majeure,

- l'adoption d'un système qui permettrait aux professeurs de l'enseignement supérieur d'exercer leur art, dans le cadre d'un plein-temps aménagé organisé et évalué, dans le respect de l'unité de lieu et du respect des règles éthiques et déontologiques.

En conclusion, pour Pr. El Khamlichi, notre système de formation médicale et de recherche en santé ne peut rester en dehors de la dynamique de transformations fondamentales et structurelles que connaît le pays. Il rappelle que, devant les enjeux que doit affronter notre pays, et face aux défis qu'il doit relever, et compte-tenu

de la place privilégiée que prend la santé des citoyens dans le système socio-économique, une attention particulière doit être donnée à la formation des générations futures de médecins et de chercheurs en santé répondant aux standards.

Pr. Taïeb Chkili

Professeur de Neurologie au CHU Ibn Sina de Rabat

Membre de l'Académie Hassan II des sciences et techniques

Ancien ministre de l'Education Nationale

Ancien président de l'université Mohammed V Souissi

Ancien doyen de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

PRÉFACE 3

Le choix du titre « CHU en détresse – Formation médicale en danger » que Professeur Abdeslam El Khamlichi a donné à ce travail, attirant l'attention sur la situation de deux secteurs-clés, complémentaires et indépendants de notre système de santé, dans les conditions de la transition épidémiologique entamée par notre pays, est une contribution qui participe au débat sur l'avenir de la santé au Maroc.

Débat de société perçu et admis de plus en plus comme prioritaire, dans lequel s'inscrivent, de façon impérieuse et contraignante, les soins curatifs en augmentation constante, lesquels ne pourront trouver de réponse constamment satisfaisantes, que dans le cadre d'une politique de santé globale, cohérente, où les pouvoirs publics, les représentants de la société civile, les responsables du département de la santé, s'accordent sur

les grandes orientations et les moyens de mise en œuvre pour faire face et satisfaire les besoins et les attentes légitimes de la population.

À ce propos, le constat, l'analyse et la réflexion sur les deux secteurs en question, que présente Professeur A. El Khamlichi, se fondent sur un vécu de quatre décennies, comme lauréat des toutes premières générations des étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, puis acteur ayant assumé pratiquement toutes les responsabilités et fonctions d'enseignant-chercheur-gestionnaire jusqu'à la retraite récente.

Sa description documentée de l'histoire du développement des structures et services de l'Hôpital Avicenne et de la Faculté de Médecine et de Pharmacie, grâce aux « pionniers » dont les noms sont rappelés avec admiration et respect, est un témoignage éloquent dont l'émotion est teintée de nostalgie.

Les valeurs qu'ils ont véhiculées et inculquées, de compétence, d'éthique, de rigueur et d'engagement dédié totalement à l'accomplissement de leurs tâches de soignants, de responsables de l'encadrement pratique et de la formation théorique, restent gravées avec reconnaissance dans les souvenirs des générations des étudiants et des spécialistes qui en ont bénéficié.

Période qualifiée à juste titre des « 20 glorieuses [années] du CHU, 1970-1990 », elle est considérée par l'auteur, le référentiel sur l'exemple duquel doit être organisée toute institution hospitalo-universitaire devant dispenser des soins du niveau tertiaire, une formation pratique de qualité, et participer à la recherche scientifique et biomédicale indispensable au maintien du niveau des exigences de compétence requise.

Elle sera suivie à partir des années 90 par la « période des difficultés » et de « la détresse des CHU » au cours de laquelle les bilans d'activités, tenant compte de l'afflux grandissant des patients, de la réduction des moyens mis en œuvre en termes de ressources financières, du non renouvellement des équipements devenus obsolètes ou hors d'usage, de la stagnation des situations statutaires et salariales des ressources humaines, commencent à diminuer en qualité et ne plus être en mesure de répondre aux besoins et à la demande.

Si le diagnostic et les conséquences de cette évolution sont sans équivoque sur les trois missions devant être assumées par le CHU, l'analyse des raisons invoquées relatives à la détérioration de la situation dont l'impact « à long terme, aussi bien sur la qualité des soins et de la formation que sur l'avenir de la médecine au Maroc, que les ministères de tutelle et les décideurs politiques

peinent à prendre conscience... », méritent d'être nuancées et contextualisées !

Il est indéniable que dès le début des années 80, les enseignants-chercheurs des deux CHU (Ibn Sina et Ibn Rochd) ont commencé à attirer l'attention des ministres de tutelle et des pouvoirs publics, par la publication de livres blancs et de rapports circonstanciés sur la situation des conditions préoccupantes de travail et de rémunération, en dégradation constante, des ressources humaines. Mises au point et rappels qu'ils estiment non pris en considération par les pouvoirs publics, poussant un certain nombre à la démission.

Cependant, il est utile de rappeler le contexte que traversait le pays durant ces années et notamment trois faits historiques majeurs pour mettre en perspective les causes et les responsabilités : la chute des recettes de la vente sur le marché international de la production de nos phosphates à partir de 1976, les dépenses engagées pour le développement de nos provinces sahariennes récupérées et l'assurance de leur sécurité, l'application du Programme d'Ajustement Structurel imposé par le FMI et la Banque Mondiale à partir de l'année 1983, et particulièrement ses restrictions financières touchant notamment les départements dits sociaux, la santé et l'éducation nationale, et dont l'impact se fera lourdement sentir à tous les niveaux.

Face à ces contraintes draconiennes et à l'impossibilité pour le Trésor Public de disposer de moyens financiers suffisants pour répondre aux besoins présentés par les CHU, le gouvernement trouve une issue et accepte l'adoption du TPA que les enseignants-chercheurs, après plusieurs séances de débat et de manifestations, proposent sa pratique en « extra-muros » (la majorité ayant refusé son application « intra-muros »), et que les ministères de tutelle ont décrété que cet exercice de deux demi-journées, se fera dans une clinique universitaire à créer et dans l'attente, des contrats entre enseignants-chercheurs et directeurs de cliniques du secteur libéral seront établis, encadrés par un comité de suivi et de contrôle, assuré par le Directeur du CHU, le Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie, et le Président Régional de l'Ordre National des Médecins, dont les responsabilités et les modalités ont fait l'objet d'un document ministériel de la Santé.

Ce programme, solution partielle d'un dossier plus global, a été entériné par un article dans la loi 10-94 (en 1996) pour être évalué au bout de 5 ans d'application, pour apprécier le bien fondé de son impact. Dans cet intervalle, les conditions et les modalités de son application n'ayant pas été rigoureusement et constamment contrôlées aussi bien par les autorités compétentes que par les protagonistes (professeurs comme directeurs des

cliniques), les dépassements devenus la règle, les conséquences et l'impact sur les missions et les activités des CHU, bien décrites par Professeur El Khamlichi, exigent des solutions urgentes pour le maintien des enseignants-chercheurs dans leurs services pour assurer leurs fonctions quotidiennes de soignants et d'encadrants des étudiants en formation.

La proposition du Professeur El Khamlichi de revenir au TPA « intra-muros », que personnellement j'avais défendue et argumentée en séances publiques avant que la majorité ne se prononce pour l'extra-muros, est à prendre en considération si le TPA devait se perpétuer.

Cependant, il ne faudrait pas opter pour le seul choix d'une structure (clinique) distincte physiquement de la structure organisationnelle des unités de soins générales. La perception par les patients de médecine et de traitements différenciés pourrait être évitée, d'autant plus que l'hôtellerie hospitalière est pour des chambres ne dépassant pas deux lits, la majorité étant d'un lit.

L'exemple de la Fondation et du Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences de Rabat, digne d'éloges et qui dans le système que nous devons garder ouvert à des alternatives, constitue un bel exemple d'efforts, de vision, d'organisation.

En conclusion, le document que Professeur A. El Khamlichi a eu le courage de préparer et de publier, riche en documentations sur le CHU Ibn Sina, son histoire, ses réalisations, ses productions, l'analyse et les réflexions judicieuses sur les missions des CHU, des types d'apport des différentes modalités d'exercice de TPA « intra-muros », constituent une contribution au débat sur le rôle des enseignants-chercheurs et les missions fondamentales que doit assumer tout établissement hospitalo-universitaire dont l'exigence en matière d'excellence et de qualité est le garant de soins et de formation pour répondre aux besoins en soins attendus par la population.

Professeur M.T. Alaoui

Professeur de gynécologie obstétrique au CHU de Rabat

Ancien directeur des affaires techniques au Ministère de la Santé

Ancien président de l'Ordre National des Médecins

Ancien président de l'Université Mohammed V Souissi

Ancien doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

PRÉFACE 4

Un retour sur le passé du système de santé du Maroc, permet de relever bien des avancées qui sont le fruit d'un combat de longue haleine mené, avec ténacité et abnégation, par nos aînés. Par leur sagesse et leur ouverture d'esprit, ils ont très tôt compris les enjeux du moment et œuvré, par le biais d'une politique volontariste, à la mise en place d'une structure de qualité. Au cours des années 1970, le CHU de Rabat était l'alter-ego du CHU de France, comme cela a été souligné par l'auteur de cette monographie.

Cela a permis au Maroc d'amorcer avec entrain la transition sanitaire dans toutes ses composantes socio-économique, démographique et épidémiologique.

Ce processus transitionnel a commencé à marquer le pas vers la fin des années 1980, période à laquelle le Maroc a subi les contrecoups du programme d'ajustement structurel mais aussi d'une gouvernance chaotique qui ne faisait que réagir aux aléas de la crise.

D'une situation où prédominaient les maladies infectieuses, le Maroc est passé à une phase marquée par le poids des affections non transmissibles telles que les maladies cardio-vasculaires, le diabète ou les perturbations nutritionnelles, ...etc.

Ce passage d'une morbidité infectieuse à une morbidité chronique et dégénérative dont le coût de prise en charge est élevé a eu un impact considérable sur les dépenses des soins.

Très peu de mesures proactives ont été prises pour parer à ce phénomène transitionnel par le département de tutelle au point que la situation sanitaire du pays a été marquée par des insuffisances tant sur le plan des soins que de la prévention.

Les signes de souffrance dont parle Mr. El Khamlichi tiennent au fait que notre système hospitalo-universitaire a perdu ses repères.

Au lieu que les CHU soient au centre du dispositif d'enseignement, de recherche et d'innovation médicale à travers leur dimension régionale, ils n'arrivent même pas à se libérer des contraintes qui leur sont imposées par les insuffisances des structures sanitaires de seconde ligne. De ce fait, les différentes composantes du système de soins ont continué d'agir en rangs dispersés.

C'est dire le décalage important qui existe entre la situation actuelle et l'idéal requis. C'est dire également l'effort colossal qui reste à fournir pour une remise à niveau

du système de santé à travers un véritable redimensionnement des missions de chaque secteur de ce système.

Les solutions proposées par Pr. El Khamlichi abondent dans ce sens et s'adressent aux missions fondamentales du CHU à savoir les soins, la formation en santé et la recherche biomédicale.

Autant d'objectifs qu'il faut mener de façon coordonnée à travers des politiques publiques proactives, sans oublier l'effort à entreprendre pour faire adhérer les acteurs principaux que sont les enseignants-chercheurs.

Professeur Mohammed Barahoui

Professeur de chirurgie pédiatrique au CHU de Rabat

Conseiller du Ministre de l'Enseignement Supérieur

Ancien parlementaire

Ancien directeur de l'Hôpital d'Enfants de Rabat

Ancien président de la Société Marocaine de Chirurgie Pédiatrique

Ancien chef de service de chirurgie pédiatrique au CHU de Rabat

INTRODUCTION

Les hôpitaux universitaires, appelés également centres hospitaliers universitaires « CHU », représentent les piliers du système de santé d'un pays. Ces hôpitaux sont en général, le lieu de convergence de la haute technologie biomédicale et des grandes compétences humaines, organisées en équipes performantes, capables de faire face à toutes les pathologies, et de les prendre en charge, aussi bien sur le plan du diagnostic que du traitement.

Toujours liés aux facultés de médecine, de pharmacie et de médecine dentaire par un texte de loi, les hôpitaux universitaires assurent l'essentiel de la formation des étudiants en médecine, pharmacie, et médecine dentaire (stages hospitaliers au cours des différentes années d'études). Ils assurent également la formation spécialisée postuniversitaire de ces mêmes étudiants pendant leur cursus d'interne et/ou de résident ; d'où le qualificatif

d'« universitaires » associé à ces hôpitaux, et de « médecins-enseignants-chercheurs » désignant la majorité des médecins y travaillant. Le terme « chercheurs » annonce la troisième mission des CHU, à savoir la recherche scientifique, aux côtés des missions de soins et de formation.

Compte tenu de cette place de choix qu'occupent les CHU dans le paysage hospitalier national, il est clair que tout pays désirant développer son système de soins pour le bien de ses citoyens doit impérativement veiller à l'épanouissement de ses CHU, principale locomotive du progrès médical dans le pays.

Au Maroc, il existe actuellement cinq groupes d'hôpitaux universitaires, appelés centres hospitaliers (CH): (a) le Centre Hospitalier Ibn Sina à Rabat, (b) le Centre Hospitalier Ibn Rochd à Casablanca, (c) le Centre Hospitalier Mohammed VI à Marrakech, (d) le Centre Hospitalier Hassan II à Fez, et (e) le Centre Hospitalier Mohammed VI à Oujda. Il est à noter que les textes de loi consacrés à ces centres hospitaliers n'utilisent pas le terme « universitaire » dans leur dénomination (CH au lieu de CHU). Pourtant, chacun de ces Centres Hospitaliers est associé aux facultés de médecine, de pharmacie et de médecine dentaire de la même ville, pour constituer un Centre Hospitalo-Universitaire (CHU). Un aperçu historique de ces différents centres hospitaliers sera présenté ultérieurement.

La mission de ces centres hospitaliers (CHU) consiste à assurer les soins tertiaires, aussi bien au niveau régional que national et à répondre, à travers leur mission de formation, aux besoins du pays en médecins, pharmaciens et médecins dentistes. Ils ont aussi en charge d'assurer la recherche biomédicale pour faire face aux défis de la médecine du XXI^e Siècle. Or, lorsqu'on observe aujourd'hui de près les CHU au Maroc, (ou CH tels qu'ils sont dénommés dans nos textes de loi), définis plus haut comme lieux de référence en matière de soins et de secours, on se rend compte qu'ils souffrent de plusieurs « symptômes » qui commencent à tendre vers la chronicité. Nous verrons plus loin que le diagnostic de cette souffrance est facile à établir quand on effectue une visite des locaux hospitaliers composant ces CH, quand on suit le parcours du combattant que vivent les patients à l'intérieur de leurs hôpitaux, ou quand on voit les conditions de travail dans lesquelles les différents acteurs exercent leur métier, qu'il s'agisse des médecins, du personnel paramédical et technique, ou du personnel administratif et de soutien.

Face à cette facilité de diagnostic « de détresse de nos CHU », les ministères de tutelle et les décideurs politiques peinent à prendre conscience des conséquences qu'une telle détresse peut entraîner à long terme, aussi bien sur la qualité des soins et de la formation, que sur l'avenir de la

santé au Maroc. Cette situation contraste avec la volonté affichée par notre pays d'accéder à un développement durable, et ce à travers la mise en place de plusieurs plans sectoriels d'envergure tels que le Plan Maroc Vert, le Plan Azur, le Plan Halieutis, le Plan Energie Renouvelable, le Plan Emergence ...etc.

Dans le secteur de la santé, levier essentiel de développement socio-économique, il n'y a pas eu encore de plan national visant à le moderniser, malgré, plusieurs initiatives prometteuses : initiative 3 300 médecins par an à l'horizon 2020, l'assurance-maladie Ramed (Régime d'Assistance Médicale) pour les personnes à faible revenu et le projet du programme national des urgences médicales avec l'introduction du transport médicalisé par « hélicoptère ». Or, toutes ces initiatives ne pourront donner les résultats escomptés que si elles sont accompagnées d'une réforme structurelle profonde et d'une mise à niveau des CHU, principal terrain d'application de ces initiatives et lieu de formation de médecins compétents à même de disséminer les bienfaits de ces réformes à l'ensemble des citoyens marocains.

Il était donc de mon devoir, face à cette situation, de rédiger cette monographie, dans l'espoir d'attirer l'attention des pouvoirs publics et des décideurs politiques sur cette dégradation alarmante de nos CHU, et sur les risques

qu'elle peut entraîner, pour l'avenir de la formation médicale dans notre pays. Le but de cet ouvrage est de mettre entre les mains du lecteur et des pouvoirs publics, une description objective de l'état de nos CHU, avec des propositions de solutions ; les deux étant nécessaires à une réflexion globale sur une réforme en profondeur de nos CHU et de notre système de santé dans son ensemble.

Je choisirai comme exemple d'illustration le CHU (ou le CH) Ibn Sina de Rabat, et ce pour deux raisons : d'abord, c'est celui que je connais le mieux, mais c'est aussi le plus ancien, qui reste la référence des autres CHU qui continuent, à ce jour, à y orienter un grand nombre de patients qu'ils ne peuvent soigner pour diverses raisons. À chacune des responsabilités que j'ai eu à assumer tout au long de ma carrière au CHU de Rabat (44 ans en plus de mes années d'études de médecine), j'ai eu l'occasion de bien connaître les problèmes vécus par cette institution à ses différents niveaux, et de partager les préoccupations des différents acteurs qui y travaillent (médecins, administratifs, paramédicaux, techniciens et auxiliaires). Il s'agit donc, dans ce livre, de présenter une analyse objective de la situation du CHU Ibn Sina, en proposant des solutions à la portée de notre CHU et de nos ministères de tutelle comme nous le verrons plus loin.

Pendant la préparation de cette monographie, j'ai souhaité associer certains collègues chefs de services

hospitaliers ou directeurs d'UPR (Unité de Pédagogie et de Recherche) en leur demandant de décrire la situation dans leurs services et spécialités respectifs, et proposer des solutions. La plupart d'entre eux, excédés par la longue attente des améliorations qui ne viennent pas, me répondaient que « la situation est connue de tous, et que notre monographie n'y changera pas grand-chose ! ». Ces réponses, qui illustrent le degré de lassitude dans laquelle se trouvent les principaux acteurs de notre CHU, m'ont davantage incité à écrire ce livre, car pour ma part, je pense que ce manuscrit est nécessaire pour informer et tirer la sonnette d'alarme sur la situation réelle de nos CHU et le risque encouru pour la prise en charge des patients et la formation des médecins.

Mon espoir est que cet ouvrage serve de base de réflexion, aux enseignants-chercheurs de nos CHU, aux ministères de tutelle, aux élus et à l'État Marocain pour amorcer, ensemble, un travail en profondeur, qui doit aboutir à un traitement « étiologique », c'est-à-dire, des origines et causes de détresse de nos CHU. Ces derniers seront ainsi en mesure d'assurer une formation médicale de qualité pour faire face aux grands défis que notre pays doit relever dans le domaine de la santé, sachant que « la santé est à la fois le moteur et la finalité du développement humain », comme le souligne « le Rapport du Cinquantenaire », rédigé à l'occasion des cinquante ans

d'indépendance du Maroc (1). En outre, dans le cadre de l'« Initiative Gouvernementale 3300 médecins par an à l'horizon 2020 », un rapport a également été élaboré en 2007, à la demande du Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur, de la Formation des Cadres, et de la Recherche Scientifique. Celui-ci souligne que « la qualité des médecins généralistes est décrite par les enseignants, les étudiants et les consultants étrangers ayant réalisé des expertises au cours de la dernière décennie », et que « si des changements majeurs à la formation médicale ne sont pas appliqués rapidement au cours des prochaines années, il y a un réel risque que d'ici 2020, un flux important de nouveaux médecins entre sur le marché des soins de santé sans les compétences requises, pour répondre adéquatement et de façon efficiente aux besoins de santé de la population marocaine » (2).

CHAPITRE I

LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE RABAT Pionnier de la formation médicale au Maroc

Le Centre Hospitalier Universitaire de Rabat constitue la première Institution de Formation Médicale du Maroc indépendant. Pendant toute la période du protectorat, quelques rares étudiants marocains ont réussi à poursuivre leurs études médicales en France. Le nombre de médecins marocains, au moment de l'indépendance du Maroc (1956), ne dépassait guère les doigts d'une main, alors que le nombre total des médecins au Maroc en 1955, atteignait 1050 médecins (3) dont la quasi-totalité étaient français.

Il était donc urgent pour le Maroc, dès l'aube de son indépendance, et malgré les difficultés certaines de l'époque, de mettre en place une structure à même de relever le défi du démarrage et de l'épanouissement de la Formation Médicale. Ce fut le CHU de Rabat.

I. Création du CHU de Rabat

Si l'on considère qu'un Centre Hospitalier Universitaire naît de l'existence d'une faculté de médecine qui assure la formation théorique des étudiants dans le domaine médical et de l'existence d'un ou de plusieurs hôpitaux qui assurent la formation pratique de ces mêmes étudiants, on peut assumer que le CHU de Rabat, premier CHU au Maroc, est né en 1962.

En effet, même si le texte de création de la Faculté de Médecine date de 1959 (Dahir du 21/07/1959 créant l'Université Mohamed V de Rabat, formée au début par cinq facultés, dont la Faculté de Médecine et de Pharmacie), il a fallu attendre plus de trois ans, pour voir la naissance de la faculté de Médecine, inaugurée par feu Sa Majesté le Roi Hassan II, le 16 octobre 1962. Le Roi a prononcé ce jour un discours qui exprimait clairement les raisons de cette création :

« Le Maroc n'a pas créé une Faculté de Médecine, par vanité, mais parce que son utilité est indéniable. Les médecins qui seront formés à Rabat apprendront en plus de ce métier qu'ils ont choisi d'exercer, le rôle social et humanitaire que comporte leur vocation. Cette Faculté doit être donc aussi une école de civisme et de sacrifice. Si les efforts des futurs médecins se conjuguent avec ceux du gouvernement, si ces derniers savent poursuivre leurs

études, entreprendre leurs recherches et diriger leurs expériences, alors il nous sera possible de garantir à notre pays, la reconversion d'une société saine, en un temps record. Il nous sera, également, possible de transmettre la vocation médicale du Maroc vers les pays voisins du Continent africain » (4).

Le Dahir du 11 novembre 1962 va confirmer la création effective de la Faculté de Médecine et de Pharmacie à Rabat. Il stipulait que « les enseignements médical et postuniversitaire et la recherche médicale sont organisés dans des formations hospitalières désignées par arrêté conjoint du Ministre de la Santé Publique et du Ministre de l'Education Nationale. Ces formations prennent, dans ce cas, le nom de Centres Hospitaliers Universitaires » (CHU). À remarquer que le législateur avait respecté, dès le départ, la dénomination universelle de ces hôpitaux (Centre hospitalier universitaire ou CHU).

Cependant, le seul hôpital dont les normes répondaient aux critères du Dahir susmentionné, et qui existait à l'époque à Rabat (1962) était l'Hôpital Avicenne (actuellement, Hôpital Ibn Sina). D'ailleurs, celui-ci fonctionnait déjà comme terrain de stage entre les années 1958 et 1962, pour les internes marocains en médecine ayant fait leurs études à l'étranger. Il était donc le mieux indiqué pour accueillir les étudiants de la première Faculté de Médecine nationale, pour leurs stages pratiques, aussi bien en tant qu'étudiants qu'en tant que médecins internes

du CHU. D'autres formations hospitalières existaient à l'époque à Rabat et allaient progressivement renforcer l'Hôpital Avicenne comme terrain de stage (l'Hôpital Arrazi, l'Hôpital El Ayachi, l'Hôpital Moulay Youssef, le Centre Ophtalmologique de Salé, et l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V). Ce sont ces hôpitaux qui, ensemble, vont constituer le premier Centre Hospitalier Universitaire de Rabat.

La décision de Feu Sa Majesté Hassan II de créer une faculté de médecine nationale était à la fois pertinente et courageuse : pertinente compte tenu du nombre réduit de médecins marocains à l'époque (quelques dizaines) et courageuse en raison des difficultés humaines, scientifiques et technologiques qu'il fallait affronter pour mettre en place les conditions d'accueil des premières promotions d'étudiants, garants d'une formation médicale de qualité.

II. Naissance et structuration du CHU de Rabat (1962-1970)

La première décennie d'existence de la faculté de médecine de Rabat, était décisive dans la naissance de la formation médicale et la recherche en santé au Maroc. Toutefois, les données écrites sur cette période, pourtant proche, sont rares voire inexistantes. Or, il est très important de rappeler aux jeunes d'aujourd'hui, les conditions difficiles dans lesquelles les pionniers ont travaillé pour

bâtir, en moins de dix ans, un CHU qui deviendra une référence régionale, voire même internationale, en matière de formation médicale et de recherche scientifique.

C'est pourquoi j'ai pensé profiter de ce manuscrit pour essayer d'y transcrire le maximum d'informations sur les débuts du premier CHU national. Pour compléter mes souvenirs sur cette période, que j'ai vécue comme étudiant, j'ai essayé de les actualiser en recueillant oralement ou par écrit, un complément d'information sur cette période, auprès des collègues et maîtres, qui étaient les acteurs et bâtisseurs de cette période, dont la majorité sont encore, heureusement, en vie.

Je tiens à leur exprimer mes remerciements et ma profonde gratitude, de m'avoir permis d'apporter quelques éclaircissements sur cette période cruciale de la naissance du premier CHU marocain.

Les premiers artisans de la structuration du CHU de Rabat et à qui il faut rendre un hommage particulier, étaient certainement les premiers doyens de la faculté de médecine, les premières promotions d'enseignants et d'internes, les directeurs de l'Hôpital Avicenne et ses chefs de services qui ont constitué l'embryon des premiers enseignants de médecine à plein temps. Ils ont assuré les premiers cours à la faculté et les premiers stages à l'hôpital Avicenne, appuyés par une équipe d'enseignants missionnaires français de haut niveau, dont le rôle dans la naissance du CHU de Rabat et dans la qualité de sa formation médicale restera

gravé à jamais dans la mémoire des premières promotions d'étudiants et d'internes qui les ont côtoyés.

C'est à feu Dr Abdelmalek Faraj, premier docteur marocain en médecine et premier ministre de la santé au lendemain de l'indépendance et doyen durant les sept premières années (1962-1969) d'existence de la faculté, que revient le mérite d'avoir entrepris les premières démarches de la mise en place de la Faculté de Médecine de Rabat. Il a assuré l'aménagement et l'équipement technique et pédagogique des locaux d'une école normale des instituteurs située au quartier des orangers à Rabat, pour en faire les premiers bâtiments de la faculté de médecine, tout en construisant les premiers amphithéâtres, qui vont côtoyer l'hôpital Avicenne et constituer le premier noyau du futur CHU de Rabat. Il va parcourir les facultés françaises de renommée pour négocier, le détachement des premiers professeurs français chefs de services, des professeurs vacataires pour assurer l'enseignement clinique et fondamental ainsi que les conditions d'ouverture de concours pour le recrutement des professeurs agrégés français pour le Maroc. Compte tenu du nombre important de professeurs vacataires missionnaires au début, il était nécessaire de mettre en place une logistique rigoureuse pour la collecte des questions d'examens et leurs regroupements dans les meilleures conditions de confidentialité, et pour assurer l'envoi de milliers de copies pour la correction; ce qui se faisait grâce au secrétaire

général de la faculté, qui effectuait un véritable tour de France à chaque session d'examen.

C'est pourquoi la préoccupation majeure du Doyen Faraj était le recrutement, le plus tôt possible, des premiers enseignants-chercheurs marocains, parmi ceux qui avaient rejoint l'hôpital Avicenne pour parfaire leur formation pratique, après avoir terminé leurs études en France ou ceux qui avaient accepté de quitter leurs cabinets dans le privé pour rejoindre le CHU. Certains de ces médecins participaient déjà à l'encadrement des premières promotions d'étudiants au cours des stages ou de travaux dirigés. Ainsi, quatre années après l'ouverture de la faculté (1967), trois concours furent organisés. Le premier pour recruter les quatre premiers professeurs agrégés : A. Berbich, (médecine interne), A. Laraki, (pneumologie), H. Messouak, (oto-rhino-laryngologie) et A. Tounsi, (chirurgie générale). Le deuxième concours a été organisé pour recruter les sept premiers maîtres-assistants : A. Belmahi, A. Benchakroun, B. Benyahya, A. Maaouni et T. Alami, (chirurgie générale), M. A. Alaoui, (microbiologie), et K. Ostowar, (gynéco-obstétrique). Le dernier concours a été tenu pour sélectionner la première promotion d'internes de CHU de Rabat : M. Hassar, A. Tazi Mokha, R. Assouline, A. Chaouni Ben Abdellah, O. Cherkaoui, A. El Malki, L. M. Tahar, F. Sebti, M. Sami, A. Tlemçani, A. Essaegh, Kh. Bourezgui, A. Barroudi, X. Bassiers, H. Fdili Alaoui, A. El Ouarzazi (5).

En instaurant le concours d'Internat de CHU, reconnu à l'époque (particulièrement en France) comme la meilleure voie de sélection des enseignants des facultés de médecine et appelé de ce fait « voie royale », le Doyen Faraj, a garanti dès le départ le « Label Qualité » aux promotions d'enseignants qui seront recrutés dans la première faculté de médecine du Maroc. On disait de ce premier doyen, intègre, grand organisateur et idéaliste, qu'il aurait fait le rêve que « les premiers enseignants de la faculté de Rabat seraient recrutés essentiellement parmi ses anciens étudiants ». Je pense aujourd'hui, qu'il peut reposer en paix, car son rêve s'est réalisé. En effet, le concours d'internat, organisé chaque année (depuis 1967), avec une sélection draconienne, ne laissant réussir que les meilleurs, abstraction faite du nombre de postes, allait donner des générations d'enseignants-chercheurs d'une qualité exceptionnelle. Ces enseignants-chercheurs étaient destinés, non seulement à la faculté de Rabat, mais aussi aux autres facultés qui allaient être créées à travers le Maroc; 15-20 ans après le premier concours d'internat, plus de 80 % des enseignants-chercheurs de la faculté de médecine de Rabat, étaient déjà recrutés parmi les anciens internes de CHU.

Ce premier doyen visionnaire avait également introduit une autre mesure, devenue une tradition depuis, car respectée par tous les doyens qui lui ont succédé, à savoir l'autorisation des internes de CHU de Rabat

à effectuer des stages de perfectionnement à l'étranger de six mois à un, deux, voire trois ans dans certains cas (quand l'interne se destine à une spécialité n'existant pas au CHU de Rabat), à la fin de leur internat ou au cours de leurs premières années comme maîtres-assistants. Au cours de ces stages, les internes ou maîtres-assistants, bénéficiaient d'une bourse, tout en gardant leurs salaires, avec le droit de le transférer pendant toute la durée de leurs stages. Ces séjours de perfectionnement dans les universités européennes et nord-américaines, ont permis aux promotions d'internes de combler très vite le déficit en spécialités ou sous-spécialités manquantes au CHU, tout en s'initiant à la recherche au laboratoire.

Nous verrons plus loin qu'une des raisons du déclin de l'enseignement médical dans nos CHU au cours des dix dernières années est imputable au changement qui s'est opéré dans le statut de l'Interne de CHU à partir de 1997.

Le recrutement par la voie de l'internat étant à ses débuts, le Doyen Faraj avait maintenu l'ouverture des concours pour les jeunes médecins marocains qui rentraient de l'étranger, mais en sélectionnant les meilleurs et les plus motivés, avec des jurys composés en grande partie de membres étrangers et en appliquant des critères de standard international.

Les deux types de concours permettront de doter la jeune faculté d'enseignants d'une grande qualité scientifique et éthique, et dont la motivation était telle qu'ils

avaient choisi la carrière de l'enseignant-chercheur par vocation, en dépit des avantages que leur offrait le secteur privé, d'autant plus que la plupart étaient les premiers dans leurs spécialités. Ces premières générations d'enseignants-chercheurs qui méritent d'être qualifiés de fantassins de l'enseignement médical au Maroc, ont pu asseoir un début de formation médicale de qualité, animer des générations de jeunes pour les préparer et les motiver ; mais aussi commencer à développer les différentes disciplines médicales et chirurgicales et promouvoir des travaux de recherche, en dépit des moyens techniques limités et des difficultés d'accès aux ressources bibliographiques.

Sur le plan hospitalier, c'est surtout l'hôpital Avicenne qui jouera le rôle majeur dans cette période de démarrage de la formation médicale au Maroc. Fleuron des hôpitaux de la période du protectorat, l'Hôpital Avicenne avait ouvert ses portes aux patients le 1^{er} mai 1954. Il a été construit dans le but de répondre, aussi bien aux besoins des patients qualifiés à l'époque d'« indigènes », (marocains), qu'à ceux de la diaspora coloniale. Les deux groupes de patients étaient hospitalisés dans des pavillons différents (6). C'était l'hôpital le plus moderne à l'époque (au Maroc) : bien équipé, avec une capacité de plus de 700 lits, répartis sur plusieurs services médico-chirurgicaux et d'explorations, tous dirigés par des médecins étrangers, français en particulier. La direction de l'hôpital était également assurée au début par des médecins français. Quatre directeurs

français, (Drs. Biechler, Mercier, Tonnelot et Joseph), se sont succédé à la tête de cet hôpital (7). Il faut rendre hommage en particulier au Dr L. Tonnelot, qui s'est distingué par son attitude anti coloniale et à qui revient le mérite d'avoir mis en place les bases d'organisation et de fonctionnement de l'hôpital Avicenne. Pr A. Belmahi, était le premier directeur marocain, nommé à la tête de cet hôpital en janvier 1968 (8). Il va en assurer la direction pendant deux ans avant d'être nommé ministre de la santé, et sera remplacé par feu Dr Ramzi. Dès lors, plusieurs jeunes directeurs marocains vont se succéder à la tête de ce prestigieux hôpital. Ils vont conjuguer leurs efforts avec ceux des doyens de la faculté et les pionniers parmi les enseignants-chercheurs, avec l'appui des ministères de tutelle, pour assurer un développement remarquable du CHU de Rabat.

C'est à l'hôpital Avicenne que vont être affectés, à partir de 1962-63, les premiers professeurs français, recrutés comme chefs de services, pour assurer aussi bien les cours cliniques que l'encadrement des stages des premières promotions d'étudiants. Parmi ces pionniers qui ont établi les premières bases de la formation médicale pratique (stages aux étudiants et préparation des jeunes assistants et internes marocains à prendre la relève), les professeurs et docteurs, Haeffner, Aulong et Robert (en chirurgie), Demange, Delons et Fulcrand (en médecine), Guignard (en pédiatrie), Tourneau et Hermo

(en neurochirurgie), Meunier et Galindo (en chirurgie thoracique), Franquet (en urologie), Brun (en Gynécobstétrique), G. Catanzano (en anatomie pathologique), De Marchi (en microbiologie), Gillet (en radiologie) et bien d'autres dont je n'ai malheureusement pas pu retrouver les noms. Tous ces pionniers étrangers étaient entourés de jeunes marocains, assidus, avides d'apprendre et animés par un grand esprit de responsabilité, perfectionnant leurs spécialités auprès de leurs maîtres et toujours à l'écoute de leur enseignement et de leurs conseils pour préparer et passer brillamment les premiers concours de recrutement d'enseignants marocains.

J'ai eu le privilège de vivre une partie de cette première décennie d'existence de CHU de Rabat en tant qu'étudiant, puisque je suis arrivé sur les bancs de la faculté de médecine en octobre 1966. J'ai bénéficié, au cours de mes cinq années d'études, de l'enseignement aussi bien théorique que pratique de tous ces maîtres pionniers avant de passer le concours d'internat en octobre 1971. Fidèle à la valeur de sélection précoce des meilleurs, le Doyen Faraj avait introduit « l'externat sur titre », qui impliquait des stages continus, à partir de la quatrième année de médecine pour les meilleurs étudiants. Etre Externe sur titre, donnait droit à une affectation officielle, en nombre limité, comme stagiaire dans les services hospitaliers de manière permanente (avec un mois de congé par année), à assurer les gardes aux urgences (lieu d'apprentissage

privilegié), encadrés par les internes et à aider au bloc opératoire. Les étudiants Externes avaient aussi deux autres avantages non moins négligeables : une rémunération de 100 (cent) dirhams, payée par le ministère de la santé et le droit de manger au réfectoire des infirmiers(ères), mais pas au réfectoire des internes, sanctuaire et chasse gardée, hautement surveillé par les internes et qui n'y invitent de temps à autre, un externe que s'il fait preuve de sérieux, d'assiduité et de responsabilité, en général au décours d'une garde. J'ai eu la chance de bénéficier de ces invitations pendant mes deux années d'Externat sur titre, ce qui me permettait de doubler de courage et de détermination pour préparer le concours d'Internat.

Tels sont les débuts du premier CHU et de la formation médicale au Maroc, grâce à des pionniers déterminés et visionnaires, qui, en l'espace de quelques années, ont réussi à mettre en place les bases d'une formation médicale de haut niveau, à créer un esprit d'émulation sain et efficace chez les jeunes générations, en mesure de perpétuer la qualité et maintenir le cap vers l'excellence. Tout cela, s'est fait avec des moyens humains, logistiques et pédagogiques très limités.

III. Les 20 glorieuses du CHU de Rabat: 1970-1990

L'objectif de cette partie n'est pas de rappeler la nostalgie du passé ou de glorifier particulièrement les

pionniers, mais plutôt de rappeler aux jeunes générations, qu'avec des moyens beaucoup plus limités qu'aujourd'hui, les premières générations d'enseignants-chercheurs de notre CHU ont pu faire un travail remarquable. Ce travail a permis de créer, organiser et structurer un CHU qui, en l'espace de trois décennies, va devenir une référence nationale et régionale aussi bien en matière de soins, de formation que de recherche scientifique et de publications, malgré des conditions de travail précaires et des moyens technologiques désuets.

Ainsi, vers la fin de 1970, le nombre d'enseignants-chercheurs marocains, toutes catégories confondues, était de 39. Ce nombre va vite augmenter grâce à la progression rapide du nombre de lauréats du concours d'internat, en parallèle avec l'accroissement du nombre d'étudiants. En effet, si la première promotion en 1962-63, ne dépassait pas 120 étudiants, le nombre total de ces derniers va dépasser 1000 en 1970, pour atteindre 3000 vers 1980, nombre qui va se maintenir avec peu de variation jusqu'aux années 2000, compte tenu d'un respect strict de *numerus clausus*. Le nombre d'enseignants va continuer à être renforcé par le maintien du recrutement en dehors de la voie de l'internat baptisée par les internes de l'époque « voie latérale » ; cette dernière permettait de sélectionner les meilleurs parmi les jeunes spécialistes marocains formés à l'étranger et désireux d'intégrer la filière universitaire. Ainsi, le nombre d'enseignants,

sera vers les années 1980, d'environ 250 à 300, ce qui permettra à la faculté de Rabat d'atteindre son meilleur taux d'encadrement (10,8 étudiants/enseignant) entre 1983-84.

Pour répondre à cette poussée du nombre d'étudiants et d'enseignants, le ministère de la santé va mettre en place un programme ambitieux d'aménagement de plusieurs services hospitaliers et surtout de création de plusieurs hôpitaux : l'hôpital d'Enfants et la maternité Souissi (1977), l'hôpital des Spécialités (1983) et l'Institut national d'Oncologie Sidi Mohamed Ben Abdellah (1985). Ainsi, le CHU de Rabat va tripler sa capacité, qui passera de moins de 1000 lits entre 1962-70, à plus de 3000 lits, entre 1985-90.

Ce développement remarquable du CHU de Rabat, entre 1970 et 1990, aussi bien dans son secteur universitaire qu'hospitalier, s'est opéré grâce à la volonté et à la collaboration des ministères de l'Éducation Nationale et de la Santé de l'époque. Les différents ministres vont soutenir et appuyer le travail des doyens qui ont succédé au Dr Faraj (Pr A. Berbich de 1969 à 1974; Pr B. Lazrak de 1974 à 1981, Pr T. Chkili de 1981 à 1989 et Pr MT. Alaoui de 1989 à 1996) et celui des générations de jeunes enseignants-chercheurs marocains, qui étaient motivés, dynamiques, ambitieux, et animés d'un grand sens des responsabilités et d'un engagement total pour le développement de la formation médicale et de la recherche

scientifique. Ensemble, ils vont contribuer à faire de la deuxième et de la troisième décennie d'existence du CHU de Rabat, une période qu'on peut qualifier « d'âge d'or ». Nous allons voir les principales réalisations mises en place au cours de cette période.

A. Création d'autres facultés et branches de formation en sciences de santé

La progression assez rapide du nombre d'enseignants et l'afflux croissant de nombre de bacheliers scientifiques, joints à une insuffisance évidente en démographie médicale, poussera les enseignants-chercheurs du CHU de Rabat, à solliciter, très tôt, la création d'autres facultés de Médecine, en exprimant leur disposition à aider à l'encadrement dans ces nouvelles facultés, alors que leur nombre commençait à peine à être suffisant dans leur propre faculté. C'est ainsi qu'une deuxième faculté de médecine fut créée à Casablanca en 1975, dont les premiers professeurs et chefs de services hospitaliers vont être recrutés parmi les enseignants de la Faculté de Rabat et d'autres vont assurer les cours comme vacataires dans différentes disciplines pendant plusieurs années, tout en encadrant à Rabat les jeunes internes et assistants, futurs enseignants de Casablanca. Pour compléter les branches de formation en sciences de santé, le CHU de Rabat va se doter d'une faculté de Médecine dentaire en 1981 et d'une branche de pharmacie à la faculté de Médecine en 1986.

Pour l'histoire, les enseignants-chercheurs des deux premières facultés de médecine, conscients du retard du pays en matière de démographie médicale, n'ont cessé de réclamer, depuis 1980, la création d'autres facultés de médecine, en particulier à Fes et Marrakech. Ces deux facultés ne seront créées qu'en 1998. Le Maroc paye aujourd'hui ce retard, par la crise qu'il vit dans sa démographie médicale, en particulier, dans les régions rurales.

B. Création et structuration des différentes disciplines et spécialités

Si les premiers chefs de services étrangers, recrutés dans le cadre de la coopération au démarrage de la faculté, avaient commencé à structurer certains services-clefs, à l'hôpital Avicenne en particulier, c'est aux premières générations d'enseignants marocains que revient le mérite d'avoir mis en place et développé, les différentes spécialités médico-chirurgicales et d'explorations et d'avoir créé des vocations pour ces différentes disciplines, parmi les premiers internes ou jeunes spécialistes qui rentraient de l'étranger. Cette structuration des spécialités, chacune réunissant de plus en plus d'enseignants-chercheurs, va entraîner une émulation et un développement en profondeur du CHU, qui vont être déterminants dans la qualité de la formation et de la recherche en santé que le CHU de Rabat va connaître au cours de cette période qualifiée de « glorieuse ». Il est donc nécessaire, pour

rendre hommage à ces pionniers, mais aussi pour l'histoire, de donner un aperçu sur la naissance des principales disciplines et spécialités, dans le CHU de Rabat.

a- Les spécialités chirurgicales

Elles étaient dominantes à l'hôpital Avicenne au moment de la création de la faculté. Comme nous l'avons vu plus haut, la chirurgie va bénéficier, très tôt (dès 1967), de l'arrivée des premiers enseignants marocains en chirurgie. De ce fait, et compte tenu de l'attraction particulière des jeunes internes pour la chirurgie, ces derniers vont vite se retrouver en assez grand nombre dans cette spécialité, ce qui permettra une très bonne structuration des services des spécialités chirurgicales :

i. La chirurgie générale

Déjà bien implantée par les pionniers français, celle-ci va s'organiser et se développer dans quatre services dirigés respectivement par les professeurs : A. Tounsi, A. Maaouni, B. Benyahya et A. Belmahi, et ce dans le respect total des règles inhérentes à cette spécialité, des valeurs de l'éthique et du sens de responsabilité. Très vite, l'émulation et le dynamisme des jeunes qui arrivaient dans ces premiers services, aboutiront à la formation de générations de brillants chirurgiens, qui prendront la relève en chirurgie générale ou dans d'autres spécialités chirurgicales. Avec le développement des spécialités chirurgicales,

trois de ces services pionniers de chirurgie générale vont s'orienter vers la chirurgie viscérale et le quatrième, vers la chirurgie vasculaire, grâce à l'esprit d'ouverture et au caractère visionnaire de Feu Pr B. Benyahya. Cependant, la spécialisation de ces services, va vite priver le CHU de Rabat, d'un vrai service de chirurgie générale, ce qui, à long terme, ne restera pas sans conséquences sur la formation des jeunes médecins en chirurgie générale.

ii. La chirurgie urologique

Elle existait déjà à l'hôpital Avicenne au moment de la création de la faculté, pratiquée par Dr. Franquet, célèbre par ses compétences chirurgicales et son dévouement au patient. Avec l'arrivée du Pr A. Benchakroun, cette spécialité va se structurer, se développer et connaître une notoriété internationale, grâce aux nouvelles techniques introduites et à la littérature publiée, dans le but de les vulgariser. Ces deux pionniers de la chirurgie urologique, ont tenté leur première greffe de rein en 1969 (6). Avec l'arrivée des Pr. Lakrissa, Mikou et bien d'autres, tous issus des premières promotions d'internat, l'école de l'urologie marocaine va s'offrir une grande place à l'échelle nationale, régionale et internationale.

iii. La Neurochirurgie

Celle-ci existait également comme spécialité à l'hôpital Avicenne au moment de la création du CHU de

Rabat (1962). Trois pionniers étrangers exerçaient dans ce service au cours de sa première décennie : Pr Tournoux, coopérant militaire français qui était chef de service et professeur d'anatomie, (très célèbre par ses schémas proportionnels à la taille du tableau et à la durée du cours), Dr J. Hermo, coopérant espagnol, formé à Genève et qui succèdera au Pr Tournoux à la tête du service (1968), et Dr Hameshak, coopérant roumain. Il faut rendre hommage à ces trois pionniers, en particulier Dr Hermo, très ouvert au progrès, qui a introduit la pratique des examens neuroradiologiques par les neurochirurgiens.

Je voudrais rendre un hommage personnel à feu Dr J. Hermo, car c'est lui qui m'a orienté vers la neurochirurgie après mon stage d'interne dans son service en 1973, en m'expliquant à l'époque, que la Neurochirurgie était une spécialité d'avenir. Il ne s'est pas trompé, que Dieu ait son âme en Sa Sainte Miséricorde

Dr A. El Ouarzazi, était le premier enseignant marocain arrivé en Neurochirurgie, en 1972, en tant que maître assistant en chirurgie générale (1972), puis Pr Agrégé en neurochirurgie (1975). Je l'ai rejoint en tant qu'interne, puis maître-assistant aux mêmes dates, respectivement 1972 et 1975. Nommé chef de service, à la place du Dr Hermo (1976), Pr El Ouarzazi, issu de la première promotion d'internes du CHU de Rabat, était plein de dynamisme et à l'écoute des jeunes autour de lui. La même année, 1976, la neurochirurgie va passer d'une petite unité de

moins de 30 lits, greffée sur la pédiatrie, à un service nouvellement créé aux urgences de l'hôpital Avicenne, d'une grande capacité (70 lits) et doté d'un équipement chirurgical moderne avec le premier microscope opératoire, dédié à la neurochirurgie. Pr El Ouarzazi a su capitaliser sur ces apports techniques et sur le groupe de collaborateurs brillants qui l'ont rejoint (A. El Khamlichi, F. Bellakhdar, M. Boucetta, M. Bellaghmaïdi, M. Elfaïdouzi), tous issus de promotions d'internes et qui vont tous brillamment réussir leurs concours universitaires, devenir chefs de services pour la plupart et assurer une relève et un développement prodigieux à la neurochirurgie marocaine.

iv. La chirurgie thoracique

Elle était également pratiquée à l'hôpital Avicenne depuis son ouverture en 1954, par Dr Munier, et surtout par Dr R. Galindo, chirurgien d'origine bolivienne, qui, à partir de 1965, pratiquera la chirurgie thoracique au service de pneumologie, dirigé par feu Pr A. Laraki; celui-ci participait de très près aux indications chirurgicales. Je me souviens, en tant qu'étudiant Externe sur titre (1970-71), des discussions de certains cas que Pr Laraki proposait à la chirurgie et pour lesquels Dr Galindo était réticent; il fallait la sagesse du Dr M. Bartal, maître-assistant à l'époque dans le service, pour arriver (pas toujours) au consensus. Le premier enseignant marocain qui rejoignit Dr Galindo, fut Dr O. Cherkaoui,

qui passa son agrégation de chirurgie générale en 1976, et voulut se fixer en chirurgie thoracique. Lauréat de la première promotion d'internes du CHU de Rabat, il était un chirurgien appliqué et un excellent enseignant dédié à la carrière universitaire. Néanmoins, la lenteur accusée dans l'ouverture d'un service de chirurgie thoracique indépendant, favorisera son départ à Casablanca, puis vers une carrière de gestion hospitalière. Il faudra attendre de nombreuses années (1998), pour voir naître un service de chirurgie thoracique indépendant, dirigé par Pr A. Benosman.

v. La chirurgie pédiatrique

Elle a vu le jour à l'hôpital Avicenne avec Pr T. Alami, formé en France et qui a rejoint la faculté en tant que lauréat de la première promotion de maîtres-assistants (1967). Doté d'une capacité de travail sans limites, Pr Alami est à la fois un enseignant hors pair, un fin clinicien et un chirurgien innovant, mais cherchant toujours à s'adapter aux conditions de son pays. Il enseignait l'anatomie qu'il connaissait mieux que quiconque, avec des schémas clairs aux moindres détails, dont je me souviens encore et dont se souviennent des générations d'étudiants. Après l'ouverture de l'hôpital d'Enfants, (1977), il va développer la chirurgie pédiatrique dans tous ses aspects. Malheureusement, il a quitté le CHU prématurément, mais en laissant une génération de chirurgiens

pédiatres enseignants (M. Barahiou, feu M. Benhammou, O. Outarahout, M. Ktiri, et bien d'autres), qui ont su prendre la relève et qui continuent, avec leurs élèves, à développer cette spécialité.

vi. La chirurgie traumatologique

Elle continuera à être pratiquée dans les services de chirurgie générale, jusqu'à la construction du service de traumatologie-orthopédie au pavillon des urgences de l'hôpital Avicenne en 1975. C'est le Pr Smail, formé en Espagne, qui sera recruté comme enseignant-chercheur chef de service pour assurer l'organisation et le développement de cette spécialité primordiale. Il va lui aussi, avec l'aide des Prs. Lamnouar, Derfoufi, Wahbi, Ouazzani, Harmas et d'autres, accueillir plusieurs jeunes pour les former et développer un programme de formation continue avec l'Espagne et la France, qui va apporter une mise à niveau de la discipline et son épanouissement à l'échelle nationale et internationale.

b- Les spécialités médicales

i. La médecine interne

La médecine interne disposait d'un service à l'hôpital Avicenne, lorsque la faculté a été créée. Dans ce service, qui prenait en charge tous les malades non chirurgicaux et la réanimation médicale, ont travaillé au début trois coopérants français (Pr Demange, Dr Delons et Dr

Fulkrand), tous célèbres par leur enseignement et leur dévouement aux malades. Feu Pr Berbich, sera le premier chef de service et professeur marocain de médecine interne. C'est lui qui va organiser le service, pour en faire un véritable service de médecine interne en orientant les premiers internes arrivés dans son service (H. Tazi, Z. Assouline, M. Hassar, L. Balafrej-Faraj, J. Bensouda, Y. Alaoui, A. Maaouni, et bien d'autres), vers des spécialités médicales clefs, qu'ils vont, à leur tour, développer et structurer. Ainsi, Pr Hassar introduira l'enseignement de la pharmacologie clinique, Feu Pr Bensouda créera le service d'endocrinologie et des maladies métaboliques et organisera l'enseignement de cette discipline, Pr H. Tazi le service de Rhumatologie et son programme d'enseignement et Pr L. Balafrej-Faraj, le service de néphrologie.

ii. La Pédiatrie

Comme la médecine interne, la pédiatrie était bien présente à l'hôpital Avicenne au moment de la création du CHU. Le service était dirigé par Pr Guignard, bien connu pour son dévouement à cette discipline, qu'il enseignait brillamment aussi bien à la faculté qu'au lit du malade. Compte tenu de ses qualités humaines et professionnelles, mais aussi de l'importance de cette spécialité, il a vite été rejoint par quatre lauréats de la première promotion d'internes, (A. Baroudi, M.T. Lahrech, O.R.

Tahri, A. El Malki-Tazi), tous très brillants et dédiés à la carrière hospitalo-universitaire. Avec l'ouverture de l'hôpital d'Enfants en 1977, ces quatre premiers internes, tous déjà professeurs, seront rejoints par les Prs N. Lamdouar-Bouazzaoui (qui développera la néonatalogie) et M.D. Alaoui qui assurera la responsabilité de l'anesthésie réanimation pédiatrique, spécialité lourde et combien demandeuse d'énergie. Tous ensemble, avec l'équipe des chirurgiens pédiatres dont les pionniers ont déjà été mentionnés et les promotions successives de jeunes professeurs, (tous anciens internes), et qui arrivent chaque année, (F. Msaffer-Alaoui, A. Mouhid, F. Bouchetta, A. Abdellaoui, et bien d'autres), donneront à la médecine de l'enfant, toutes spécialités confondues, réunies dans un hôpital neuf, avec toutes les conditions de soins dédiés à l'enfant, un essor et un épanouissement qui vont vite dépasser le cadre national. Leur travail permettra d'offrir une formation de qualité à des dizaines, voire des centaines de pédiatres et chirurgiens pédiatres, qui vont prendre la relève au CHU de Rabat ou de Casablanca ou se répartir à travers le pays, dans les hôpitaux publics ou dans le secteur privé.

iii. La pneumologie

Cette spécialité sera structurée et organisée par Feu Pr A. Laraki, lui même lauréat de la première promotion de maîtres de conférences agrégés marocains de Médecine

(1967). Secondé par Pr M. Bartal (rentré de France en tant que spécialiste, nommé maître-assistant, puis maître de conférence agrégé), ils vont s'entourer de leurs premiers élèves, (A. Bennis, M. Abdellaoui, et bien d'autres) et se consacrer au développement de la discipline, aussi bien sur le plan de l'enseignement que de la recherche, en introduisant l'endoscopie, l'allergologie et l'exploration fonctionnelle respiratoire. Comme nous l'avons vu plus haut, Feu Pr Laraki supervisait aussi la chirurgie thoracique, (pratiquée par l'équipe de chirurgiens déjà mentionnée), qu'il a gardée attachée au service de pneumologie pendant plus de trois décennies.

Pr M. Bouzekri, arrivé également de France comme spécialiste de pneumologie, nommé maître-assistant, puis maître de conférence agrégé, (1973), s'engagera dans la modernisation de la lutte antituberculeuse, en la mettant en phase avec les avancées diagnostiques et thérapeutiques. Il va en particulier moderniser l'hôpital Moulay Youssef, conçu au départ comme un sanatorium, pour en faire un véritable centre de Pneumophthisiologie.

iv. La gastroentérologie

Elle va se développer et se structurer grâce au recrutement à la faculté, de quatre spécialistes marocains formés en France, d'abord comme maîtres-assistants en médecine interne, puis comme professeurs agrégés (1973). Nommés tous les quatre chefs de services, (Feu Pr A. Bennani et Pr F.

Sebti à Rabat, Prs A. Cherkaoui et M. Mourid à Casablanca, à la création de la deuxième faculté), ils orienteront progressivement l'activité de leurs services, de médecine interne, vers la gastroentérologie. Ils développeront ainsi les explorations endoscopiques, l'hépatologie, la proctologie, les explorations fonctionnelles et l'imagerie, tout en assurant les soins des patients et l'enseignement de la discipline et en attirant de plus en plus de jeunes vers cette spécialité. Ils seront vite rejoints par Pr N. Amrani, qui va dédier une grande partie de sa carrière au développement d'un laboratoire d'explorations fonctionnelles digestives à l'hôpital Avicenne, et d'un programme d'enseignement de gastroentérologie à la Faculté de Médecine, financé par des institutions internationales, en faveur des gastroentérologues marocains et Africains.

v. La cardiologie

Le premier service de cardiologie a vu le jour à l'hôpital Avicenne sous la direction du Dr A. Tazi, mais cette spécialité se développera et s'épanouira sous la direction du Pr M. Benomar, nommé maître de conférences agrégé et chef de service en 1973. Cet enseignant-chercheur visionnaire, créatif et innovateur, a permis très tôt à la cardiologie marocaine, d'atteindre un niveau de pointe, avec un rayonnement national et international grâce à trois actions conjuguées. (1) Il a su s'entourer de jeunes internes et spécialistes d'une qualité exceptionnelle,

dont il a orienté les carrières jusqu'à leurs nominations comme professeurs (A. Berrada, M. Agharbi, J.E. Srairi, A. Bouzoubaa, R. Mesbahi, G. Benmimoun, A. Chaara, et bien d'autres) (2). Il a créé une Ligue contre les maladies cardiovasculaires qui lui a permis de réunir des fonds pour rénover le service, créer une unité de soins intensifs de pointe et un laboratoire d'analyses multidisciplinaires et surtout d'envoyer ses collaborateurs se former à l'étranger dans les nouvelles techniques, comme le cathétérisme et les explorations fonctionnelles (3). Il a également créé un service de chirurgie cardiaque dont la responsabilité sera assurée successivement par les Prs feu A. M'hamdi Alaoui, formé aux USA, W. Maazouzi et M. Benomar, formés au Maroc et en France. Un nombre considérable de cardiologues seront formés dans ce service, assureront, par la suite, la relève aux CHU et essaieront dans le privé où ils vont créer des cliniques de cardiologie souvent de très bon niveau. Le développement fulgurant de la cardiologie pendant ces deux décennies, permettra au CHU de Rabat de réaliser sa première greffe cardiaque en 1995 (par Pr W. Maazouzi); malheureusement, celle-ci restera unique, pour des raisons que nous verrons plus loin.

vi. La Neurologie et la Psychiatrie

Groupées auparavant (avant les années 1950) sous la dénomination de Neuropsychiatrie, elles sont aujourd'hui complètement indépendantes, tout en étant très proches,

car, faisant partie toutes les deux, des Neurosciences cliniques. Au moment de la création de la faculté de médecine de Rabat, seule la psychiatrie existait à l'hôpital Arrazi à Salé, dirigé par un psychiatre français, Dr Hayon. C'est au Pr T. Chkili, neurologue formé en France, recruté à la faculté de Rabat comme enseignant-chercheur en neuro-psychiatrie en 1970, que revient le mérite d'avoir organisé l'hôpital Arrazi et mis en place les bases de soins et de formation en psychiatrie, en aménageant des chambres de soins dignes d'un hôpital, avec des espaces pédagogiques pour y accueillir des étudiants et des médecins stagiaires. Il créa une consultation pour les urgences, des consultations aux centres de santé de Rabat et Salé et introduisit les méthodes thérapeutiques psychiatriques modernes, fondées sur l'entretien, la psychothérapie et l'usage des médicaments appropriés, bannissant en particulier les contraintes et la contention, qui étaient quasi-systématiques auparavant. Si les ressources humaines étaient au début réduites aux coopérants français, la spécialité va vite attirer les premiers internes et spécialistes marocains qui arrivaient de l'étranger. Avec l'arrivée des Prs M. Paes, M. Moussaoui, M. Thouhami, et un peu plus tard, des Prs. Benchakroun, Ktiouet, Reddaoui et bien d'autres, une nouvelle dynamique sera insufflée à la formation en psychiatrie, avec une organisation rigoureuse des stages aux étudiants et un programme d'enseignement aussi bien pratique que théorique pour les médecins en spécialité

de psychiatrie. Ainsi, la relève sera rapidement assurée aussi bien à Rabat (Pr M. Paes qui succédera au Pr Chkili comme médecin chef de l'hôpital Arrazi), qu'à Casablanca (Pr Moussaoui, chef de service de psychiatrie au CHU Ibn Rochd). Ainsi, des dizaines de psychiatres, (formés à l'hôpital Arrazi), seront affectés dans différents hôpitaux du Maroc pour assurer une prise en charge moderne des maladies mentales.

Mais Pr Chkili était plus neurologue que psychiatre de formation, et la Neurologie n'existait pas encore en tant que spécialité au CHU de Rabat. C'est pourquoi, tout en assurant l'organisation de la psychiatrie, il a ouvert une consultation de neurologie et a fait aménager une unité de neurologie à l'hôpital Arrazi. Dès qu'il a été rejoint par Pr A. Medjel, neurologue formé en France et recruté à la faculté, Pr Chkili a commencé à se focaliser davantage sur le développement de la neurologie, non pas comme spécialité isolée, mais plutôt intégrée à l'ensemble des disciplines des neurosciences. Ainsi, il a commencé à pratiquer (avec Pr Medjel), les explorations d'imagerie (encéphalographie gazeuse, myélographie, artériographie, électroencéphalographie), à l'instar des neurochirurgiens de l'hôpital Avicenne, qui, faute de spécialistes en neuroradiologie, pratiquaient eux-même ces examens pour leurs patients depuis plus de dix ans. En même temps, il a manifesté dès le début, son attachement au développement d'une neurologie multidisciplinaire, en se déplaçant

à l'hôpital Avicenne avec Pr Medjel, pour retrouver les neurochirurgiens, (Pr El Ouarzazi, Dr Hermo, et Dr A. El Khamlichi) afin d'animer ensemble, le premier staff multidisciplinaire de neurosciences cliniques. À ce staff multidisciplinaire, se joignaient également, la première interne marocaine qui s'intéressait à la neuroradiologie, (Dr N. Boukhrissi), avec quelques collègues d'autres disciplines qui venaient présenter des cas relevant de la neurologie ou de la neurochirurgie.

Convaincu que l'unité géographique est essentielle pour le rendement de ce groupe de pionniers en neurosciences cliniques, mais aussi et surtout pour attirer les jeunes vers les autres disciplines des neurosciences, Pr Chkili étudiera le projet, (original à l'époque), de création d'un hôpital réunissant toutes les spécialités de la tête: l'Hôpital des Spécialités. Déterminé, il insistera beaucoup pour obtenir l'accord du ministre de la santé de l'époque, feu Dr Tohami, puis suivra les travaux et l'équipement, jusqu'à l'inauguration de l'hôpital, en 1983, par Sa Majesté Mohammed VI, à l'époque Prince Héritier. J'ai eu le privilège d'être nommé médecin directeur de cet hôpital, une année avant son ouverture. J'avais donc la charge de participer au suivi de la phase finale des constructions et de l'équipement avec Pr Chkili et d'assurer par la suite, la direction de cet hôpital-modèle à ce moment-là, pendant plus de dix ans.

C'était un hôpital de 400 lits, tous dédiés aux spécialités de la tête. La Neurologie dirigée par Pr T. Chkili, la Neurochirurgie par Pr A. El Khamlichi, l'otorhinolaryngologie par Prof. Pr S. Laalej, l'ophtalmologie A et B, par Prs A. Sekkat et A. Chaouni-Berbich, la Neuroradiologie, par Pr N. Boukhrissi, la neurophysiologie clinique par Pr. A. Medjel, la neuro-anesthésie et neuro-réanimation par Pr. W. Maazouzi, et la neuropathologie par Pr. Saidi. Très rapidement, tous ces chefs de services se sont entourés de jeunes collaborateurs, travailleurs, dynamiques et ambitieux, tous issus des promotions d'internes et qui vont brillamment passer leurs concours universitaires. Il s'agit, en particulier, des Prs M. Alaoui, M. Yahyaoui, R. Ouazzani en neurologie; des Prs F. Bellakhdar, M. El Azzouzi, F. El Amrani, F. Chaoui, A. El Ouahabi, S. Derraz et N. Abbadi en neurochirurgie; des Prs M. Jiddan, MR. Hassani et N. Chakir, en neuroradiologie; des Prs M. Rafi, A. Berraho et R. Daoudi en ophtalmologie; des Prs El Fassi Fihri, Zemmama, Ayoubi, Lazrak, L. Benchakroun, L. Esskali en otorhinolaryngologie et bien d'autres qui vont tous s'investir avec beaucoup de conviction et d'engagement dans leurs missions hospitalo-universitaires pour développer leurs spécialités et créer une collaboration multidisciplinaire. Très vite, la qualité des soins, de la formation, le nombre et le niveau des publications, feront de l'hôpital des spécialités, une référence en matière de

neurosciences cliniques aussi bien à l'échelle nationale qu'à l'échelle régionale et internationale.

Ce développement rapide des disciplines des neurosciences entraînera une augmentation des besoins de l'hôpital des spécialités en équipements techniques de pointe et surtout en formation et perfectionnement des promotions de jeunes enseignants-chercheurs, qui souhaitent s'engager dans différentes sous spécialités des neurosciences. Connaissant bien les limites du budget de l'état en tant que médecin directeur de l'hôpital depuis son ouverture, je me devais de trouver un autre moyen de financement pour acquérir les nouvelles technologies et soutenir la formation continue. D'où l'idée de création de la « Fondation Hassan II pour la Prévention et la Lutte contre les Maladies du Système Nerveux ». Une fois le projet avalisé par la plupart des collègues de l'hôpital, la Fondation a été créée en 1989. Depuis sa création à ce jour, (2014), l'apport de cette fondation en nouvelles technologies et formation continue a été décisif pour le développement des neurosciences : acquisition d'équipements de pointe pour le bloc opératoire de neurochirurgie en 1993 (microscope opératoire, laser chirurgical, aspirateur à ultrasons, équipement de stéréotaxie), avec un coût total de cinq millions de dirhams. La Fondation a également permis, en 1994, l'installation de la première unité d'Imagerie par Résonance Magnétique dans un hôpital public au Maroc, (1,5 Tesla), pour un coût de trente millions de

dirhams. Entre 2001 et 2008, la Fondation s'est engagée dans la construction et l'équipement du Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences, pour un coût de cent soixante-treize millions de dirhams. Parallèlement à ces acquisitions techniques, la Fondation a pu financer des activités de formation continue par l'organisation de trois à cinq séminaires par an, la participation aux congrès, avec en particulier l'organisation du premier Congrès Mondial de Neurochirurgie en Afrique (Marrakech, 2005). Cet apport technologique consolidé par la formation des jeunes, permettra de mettre en place à l'hôpital des Spécialités, la plupart des sous-spécialités des neurosciences cliniques (neurogénétique, épileptologie, chirurgie vasculaire, chirurgie de la base du crâne, chirurgie de l'épilepsie, chirurgie du Parkinson et des mouvements anormaux, radiologie interventionnelle, radiochirurgie Gammaknife...). Cette évolution permettra à l'hôpital des Spécialités de maintenir une qualité de soins, de formation et de recherche de standard international. Ceci amènera certains de ses services (Neurochirurgie en 2002 et Neurologie en 2013), à être accrédités par des institutions internationales (World Federation of Neurosurgical Societies et World Federation of Neurology), comme « Centres de Référence pour la formation de médecins Africains en neurochirurgie et en neurologie », ce qui place le Maroc à l'avant-garde de l'Afrique en matière de Neurosciences.

c- Les spécialités médico-chirurgicales

L'ophtalmologie et l'oto-rhino-laryngologie

Ces deux spécialités existaient déjà au moment de la création de la faculté de médecine de Rabat, respectivement au centre ophtalmologique de Salé, (sous la responsabilité d'abord de coopérants français, puis du Dr Yaakoubi), et à l'hôpital Avicenne, (d'abord, sous la responsabilité de coopérants français, puis de feu, Dr A. Mesouak, qui sera un des premiers agrégés marocains en 1967). Le Professeur Mesouak dirigera le service d'ORL à l'hôpital Avicenne, tout en ayant une activité dans son cabinet privé en ville, et ce jusqu'à 1974. C'est grâce au Professeur Hamza El Ouazzani, qui lui a succédé, que cette spécialité commencera sa structuration en tant que discipline universitaire, avec l'introduction de son enseignement à la Faculté et le recrutement des premiers internes du CHU.

Comme nous l'avons vu plus haut, ces deux spécialités vont surtout se développer avec l'ouverture de l'hôpital des Spécialités sous la direction des Prs A. Sekkat, A. Berbich, M. Rafi, (en ophtalmologie), et S. Laalej, M. Ksadri, (en oto-rhino-laryngologie), dont les élèves prendront la relève et assureront à ces spécialités un développement important aussi bien en nombre d'enseignants-chercheurs que de praticiens dédiés à ces spécialités.

La gynécologie-obstétrique

Elle naîtra assez tôt après l'ouverture de la faculté de médecine, à la maternité des Orangers, (ancienne

Maternité Lyautey), sous la direction d'un remarquable enseignant coopérant français, le Pr Brun. Mais ce sont surtout les premiers agrégés marocains dans cette spécialité, les Prs K. Ostowar, (1970), M.T. Alaoui et A. Chaoui, (1973), qui donneront un véritable élan à cette spécialité, indispensable et si demandée, dans un pays à forte natalité, où presque toutes les grossesses, ne connaissent aucune surveillance médicale, et la quasi-totalité des accouchements, se passent à domicile. Avec l'ouverture de la grande maternité Souissi et de l'hôpital d'Enfants en 1977, ainsi que la création d'un Centre de Fertilité et de Reproduction à la maternité des Orangers, sous la direction du Pr M.T. Alaoui, la gynéco-obstétrique va connaître un développement considérable dans son programme d'enseignement et l'ouverture de la spécialité pour les jeunes en formation, mais aussi dans la mise en place de programmes essentiels pour la santé tels que « planning familial » et « santé de la mère et de l'enfant ».

L'anesthésie-réanimation

Présente à l'hôpital Avicenne depuis son ouverture, elle était pratiquée à ses débuts par les chirurgiens eux-mêmes (6), aidés par les infirmiers anesthésistes. Son enseignement à la faculté et au lit du malade a commencé avec des coopérants français, (dont Pr Neidart) avant l'arrivée du premier agrégé marocain en anesthésie-réanimation, le Pr A. Slaoui en 1978. Rejoint rapidement par le Pr A. Sbihi, ils vont donner une indépendance

totale à cette spécialité et organiser son programme de formation aussi bien théorique que pratique.

d- Les spécialités fondamentales et d'exploration

Toutes ces disciplines et spécialités, qui étaient enseignées et pratiquées dans les laboratoires par les coopérants étrangers (français en particulier), au moment de l'ouverture de la faculté, seront prises en charge, dès les années 1970, par des enseignants nationaux. Le département d'Anatomie sera organisé d'abord par Pr T. Alami et surtout par Pr A. Lahlaïdi; la physiologie par Pr M. Seqat; la biochimie par Pr C. Benabdeljalil; la Microbiologie par Pr M.A. Alaoui; la parasitologie par Pr M. Cadi Soussi et l'anatomie pathologique par Pr T.D. Benyahya.

Quant à la Radiologie, elle était bien implantée à l'hôpital Avicenne lors de la première décennie de l'ouverture de la faculté, grâce au dévouement, au sens des responsabilités et à une capacité de travail hors pair, de feu Dr Gillet, dont le nom et la compétence resteront gravés dans les mémoires de dizaines de générations d'étudiants et d'internes. Les qualités humaines et professionnelles de ce passionné de l'image, doublé d'un flair diagnostique sans égal, lui ont permis de s'entourer très vite de remarquables internes, qui vont tous réussir brillamment leurs concours d'agrégation: d'abord Pr F. Labiad-Imani, première agrégée marocaine en radiologie

(1976), suivie quelques années après de Pr H. Sbihi. Les deux assureront, respectivement, la responsabilité des services de radiologie de l'hôpital Avicenne, et de l'hôpital d'Enfants; ils s'entoureront, à leur tour, de jeunes internes passionnés de radiologie et permettront ensemble un essor remarquable à leur discipline.

Pour conclure sur la mise en place des différentes spécialités dans le CHU de Rabat, il faut noter que malgré la volonté, l'enthousiasme et l'engagement de tous ces pionniers, qui a abouti à la naissance et à l'épanouissement de toutes les spécialités, certains parmi eux, les chefs des services de chirurgie générale et de médecine interne, en particulier, étaient parfois réticents à l'ouverture des concours universitaires ou des services hospitaliers dans les spécialités de chirurgie ou de médecine. À ce propos, je voudrais raconter ici, une anecdote assez significative qui a précédé l'ouverture du premier concours universitaire de maîtrise d'assistanat en neurochirurgie, que j'ai passé en 1976. Je me souviens qu'à la fin de mon internat, quand j'ai postulé pour le concours de maître-assistant en neurochirurgie, tous les chefs des services de chirurgie de l'époque étaient contre et voulaient que je passe d'abord, un concours de maîtrise d'assistanat en chirurgie générale et passer la neurochirurgie au concours d'agrégation. Le Doyen B. Lazrek, embarrassé à l'époque par cette opposition peu recevable des chirurgiens, avait saisi l'occasion de la visite à Rabat de feu Pr J. Lecuire, (chef

de service de neurochirurgie à l'hôpital Neurologique de Lyon, France), pour lui poser la question : « dites-moi Mr Lecuire, à votre avis, faut-il recruter un enseignant de neurochirurgie au stade de maître-assistant ou au stade d'agrégation ? » Avec son sourire habituel, le Pr Lecuire répondit « je pense Mr le Doyen, qu'il vaut mieux recruter un neurochirurgien plutôt qu'un grand père neurochirurgien ! » Cette hésitation de certains pionniers, va retarder, voire priver le CHU de Rabat de certaines spécialités, ce qui limitera plus tard ses performances en matière de soins et de formation, comme nous le verrons plus loin.

C. Développement et structuration de la médecine militaire universitaire

La médecine militaire a été intégrée très tôt à la Faculté de Médecine de Rabat avec la création de l'Ecole Royale du Service de Santé Militaire en 1966, puis l'ouverture du concours d'agrégation aux lauréats marocains de l'Hôpital Val de Grâce de Paris, à partir de 1973. Très vite, plusieurs générations de médecins militaires, anciens internes ou spécialistes de Val-de-Grâce, vont brillamment réussir les concours universitaires, ce qui permettra de doter l'Hôpital d'Instruction Militaire Mohamed V de Rabat, d'enseignants-chercheurs de haut niveau, qui créeront et structureront les différentes spécialités à l'instar de leurs collègues civils. Parmi les pionniers qui ont bâti la

médecine militaire universitaire, il faut mentionner les Prs M.D. Archan (médecine interne), D. Moulay (traumatologie-orthopédie), A. Sekkat (dermatologie), S. Nejmi, (médecine préventive), L. Bouamama (radiologie), D. Draoui-Mharzi (urologie), M. Benboumahdi (ORL), S. Benomar (anatomie pathologique), A. Hammani (cardiologie), A. Faraj et H. Taoubane (chirurgie générale), M. Boucetta (neurochirurgie) et bien d'autres. Tous ensemble, avec leurs élèves, développeront des soins performants, assureront la formation de générations de spécialistes, universitaires et non universitaires, tout en étant en permanence mobilisés pour les besoins d'urgence aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays.

D. Développement de la recherche scientifique

Cette évolution fantastique qu'a connue le CHU de Rabat au cours de ses trois premières décennies d'existence, aussi bien sur le plan des structures hospitalières, du nombre d'enseignants-chercheurs et cadres techniques, que du déroulement des programmes d'enseignement et de la formation des spécialistes, va entraîner un épanouissement des échanges et de la recherche scientifique. Ainsi :

— Plusieurs sociétés savantes seront créées. D'abord la Société Marocaine des Sciences Médicales, qui va jouer un rôle pionnier dans l'organisation des congrès dont le célèbre Congrès Maghrébin, véritable forum annuel de compétition entre les sociétés médicales Marocaine,

Algérienne et Tunisienne. D'autres sociétés seront rapidement créées dans différentes spécialités et le nombre de manifestations scientifiques se comptera par dizaines, voire par centaines chaque année.

— La soutenance de centaines de thèses de Doctorat en médecine, qui abordent la description des différentes pathologies et permettent ainsi de documenter les aspects cliniques, épidémiologiques et préventifs des maladies les plus fréquentes au Maroc.

— La publication de centaines d'articles dans des journaux nationaux et internationaux, d'autant plus que la production scientifique jouait un rôle essentiel dans le succès aux concours universitaires et la progression dans la carrière de l'enseignant-chercheur.

— Le lancement de nouvelles revues médicales et surtout la préservation de « Maroc Médical », la plus ancienne revue médicale marocaine, fondée en 1921 par les médecins français du Protectorat et qui avaient décidé, en 1975, d'arrêter sa publication. Le sauvetage de cette revue, s'est fait grâce aux Prs Tounsi, Berbich, Maouni, Chkili, Benchakroun, Sekkat, Bennis et El Khamlichi. Cette revue constitue aujourd'hui un véritable trésor sur l'histoire de la médecine au Maroc, grâce au travail de ses sauveurs et de Dr Chmaaou, secrétaire de rédaction actuel, qui a réussi à réunir tous les numéros, depuis 1921 à ce jour, et à les archiver au local de la revue, à l'hôpital Ibn Sina. Avec le début de sa mise sur support électronique

depuis 2013, grâce à l'aide de l'Institut Marocain de l'information Scientifique et Technique, (IMIST) et l'acceptation du doyen actuel de la faculté de médecine, le Pr M. Adnaoui, de prendre la revue sous la protection de la faculté, le comité directeur de Maroc Médical, espère que cette revue, bientôt centenaire, va pouvoir améliorer son contenu et assurer sa pérennité.

E. Mise en place de deux grandes réformes

Pour permettre au CHU de Rabat de tirer profit de toutes ces avancées, et de se mettre à niveau aussi bien sur le plan des approches pédagogiques que de l'organisation hospitalière, deux grandes réformes vont voir le jour au début des années 1980 : la réforme des études médicales et la création du Centre Hospitalier Ibn Sina.

a- La réforme des études médicales

Sous l'impulsion du Doyen Chkili, les enseignants de la faculté de médecine de Rabat, en concertation avec ceux de la faculté de Casablanca, déjà en place depuis 5 ans, procèderont d'abord à une évaluation du système d'enseignement existant, trouver ses failles et chercher à travers les systèmes existants ailleurs, les adaptations adéquates à apporter. Pour cela, plusieurs séminaires et ateliers de pédagogie ont été organisés au profit des enseignants de Rabat et Casablanca, animés par des experts de l'Organisation Mondiale de la Santé, (OMS),

ou d'universités étrangères, (françaises en particulier), en parallèle à des visites aux universités européennes dont le modèle d'enseignement médical semblait séduisant.

Par la suite, plusieurs réunions ont été organisées à la faculté de médecine de Rabat, avec la participation des enseignants de Casablanca, pour débattre des ajustements à apporter à l'enseignement médical, et l'adapter aux aspirations des étudiants et aux besoins du pays. La première réforme des études médicales au Maroc a ainsi vu le jour. Elle a été axée sur les grandes lignes suivantes :

- La définition du profil du médecin marocain à former;
- La refonte des programmes avec une réduction importante de contenu, sur la base des besoins de l'étudiant à un niveau donné et ses besoins futurs comme médecin généraliste;
- L'abandon de l'annualité et l'introduction des modules avec la notion de capitalisation des acquis;
- L'organisation d'un enseignement intégré, englobant, dans la mesure du possible, les sciences fondamentales et cliniques, avec l'enseignement de la sémiologie au lit du malade;
- La réorganisation des méthodes d'évaluation et de validation des cliniques.

Le contenu de la réforme a été validé par les ministères de tutelle, traduit sous forme de décrets et appliqué à partir de 1983.

b- La création du Centre Hospitalier Ibn Sina

Tous les hôpitaux ci-dessus mentionnés fonctionnaient comme des hôpitaux universitaires, sans qu'il y ait de texte juridique les organisant comme tels ou définissant leurs rapports avec la Faculté de Médecine et de Pharmacie, ou avec l'Université. Il a fallu attendre le Dahir du 15/01/1983, et la loi 37/80, créant les centres hospitaliers de Rabat et de Casablanca, dénommés respectivement Centre Hospitalier Ibn Sina et Centre Hospitalier Ibn Rochd. Cette loi fixera les missions de ces centres hospitaliers et mettra en place leurs organes de gestion (Conseil d'Administration et Conseil de Gestion) en tant qu'établissements publics autonomes.

En tant qu'établissement public et autonome, le Centre Hospitalier Ibn Sina inclut les formations hospitalières suivantes : l'Hôpital Ibn Sina, l'Hôpital d'Enfants, la Maternité Souissi, l'Hôpital des Spécialités, l'Hôpital Moulay Youssef, l'Hôpital El Ayachi, l'Hôpital Arrazi, le Centre de Santé Reproductrice, l'Institut National d'Oncologie Sidi Mohammed Ben Abdellah, et le Centre de Consultation et de Traitement Dentaires.

Ainsi, si la loi 37/80 a bien défini le cadre juridique et le fonctionnement du Centre Hospitalier Ibn Sina avec les différentes formations hospitalières qui le composent, cette loi le garde entièrement sous la tutelle du Ministère de la Santé, et aucune autre loi n'a été promulguée à ce jour pour définir les relations du Centre Hospitalier

Ibn Sina avec l'Université, et la Faculté de Médecine et de Pharmacie en particulier. De plus, la suppression du terme « universitaire » de la dénomination du Centre Hospitalier Ibn Sina va consacrer, dans l'esprit du public, une indépendance totale de ce centre de l'Université et de la Faculté de Médecine. Cette situation a créé une dichotomie entre les deux institutions (le Centre Hospitalier Ibn Sina et la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat), qui va être préjudiciable à l'accomplissement des missions communes aux deux institutions.

Il faudra attendre plus de vingt ans pour voir apparaître à nouveau cette dénomination de Centre Hospitalier Universitaire (CHU), et ce dans deux décrets : celui du 27 décembre 2004, et celui du 02 janvier 2006. Le premier définit le CHU de Rabat comme un établissement groupant la Faculté de Médecine et de Pharmacie, le Centre Hospitalier Ibn Sina, les formations hospitalières militaires, et les établissements de soins créés par des organisations à but non lucratif. Le deuxième décret donne une définition plus précise du Centre Hospitalier et Universitaire de Rabat, qui, comprend ainsi les établissements suivants : le Centre Hospitalier Ibn Sina, la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, la Faculté de Médecine Dentaire de Rabat, l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V et l'Hôpital Cheikh Zeyd Ibn Soltane de Rabat. Hormis la définition, rien n'est mentionné dans ces deux décrets sur un quelconque lien juridique qui pourrait unir ces

institutions sous cette dénomination, dont l'objectif reste le même, assurer ensemble les soins, la formation et la recherche. Tout au plus, un de ces décrets stipule que des conventions seront signées ultérieurement entre l'Université et ces formations hospitalières pour définir les modalités de fonctionnement de cet ensemble hospitalier et universitaire. Certaines de ces conventions ont été signées, mais elles ont porté sur des généralités, et aucune application n'en a découlé à ce jour.

Les autres CHU, en dehors de celui de Rabat, connaissent le même vide juridique dans leurs lois organiques. Ainsi, et selon le même décret du 02/01/2006, le CHU de Casablanca est composé du Centre Hospitalier Ibn Rochd de Casablanca, de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca, et de la Faculté de Médecine Dentaire de Casablanca. Le Centre Hospitalier Universitaire de Marrakech est composé du Centre Hospitalier Mohammed VI de Marrakech, de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech, et de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. Concernant le Centre Hospitalier Universitaire de Fès, il est composé du Centre Hospitalier Hassan II de Fès, de l'Hôpital Militaire Moulay Ismail de Meknès, et de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès. Quant au Centre Hospitalier d'Oujda, il vient d'être créé, et est composé du Centre Hospitalier Mohammed VI et de la Faculté de Médecine d'Oujda.

Ainsi, si la création du CH Ibn Sina de Rabat en 1983 était une grande avancée et une nécessité pour la mise à niveau de la Formation Médicale au Maroc, la suppression du terme universitaire de sa dénomination et sa mise sous la tutelle exclusive du ministère de la santé auront des conséquences négatives sur la formation médicale et représentent actuellement, plus de 30 ans plus tard, une des causes du déclin de nos CHU. Nous verrons cela en détail plus loin.

F. Contribution des enseignants-chercheurs du CHU de Rabat à l'organisation de la santé à l'échelle nationale

Durant ses décennies d'épanouissement, le CHU de Rabat a connu une phase de collaboration fructueuse entre les enseignants-chercheurs et le ministère de la santé, et ce grâce à la conjugaison de la volonté des ministres de la santé de l'époque, d'impliquer les enseignants-chercheurs dans les efforts de rationalisation des politiques publiques de la santé et de l'esprit de responsabilité des enseignants, qui ont accepté d'assurer bénévolement des missions dans plusieurs secteurs de la santé à l'échelle nationale. Ainsi :

— Plusieurs enseignants présidaient des commissions nationales chargées du suivi des pathologies relevant de leurs spécialités : commission nationale des maladies pulmonaires et de la tuberculose, (présidée par Pr

Bouzakri), commission nationale des maladies mentales, (présidée par le Pr T. Chkili), commission des maladies cardio-vasculaires, (présidée par le Pr M. Benomar), commission des maladies transmissibles, (présidée par le Pr A. Alaoui), commission de Neurochirurgie (présidée par le Pr A. El Khamlichi). Ces commissions étaient chargées de proposer des protocoles de dépistage, de prévention, de diagnostic et de traitement de ces différentes pathologies, de participer à la planification de la création et de l'équipement des services régionaux dont relèvent ces pathologies, d'établir les critères de transfert des patients vers le CHU et de participer à l'étude des demandes d'admission de nouveaux médicaments.

— Plusieurs missions et cycles de formation continue étaient assurés par les enseignants-chercheurs du CHU de Rabat, sous l'égide de la Société Marocaine des Sciences Médicales, dans différents hôpitaux provinciaux, auxquels assistaient aussi bien les médecins de santé publique, que ceux du secteur privé installés dans la région.

— Certains enseignants ont pu assurer, en parallèle à leurs fonctions à la faculté et à l'hôpital, des fonctions de conseillers ou directeurs techniques au ministère de la santé. L'exemple des Prs M.T. Alaoui et B. B. Fikri, respectivement directeur technique et chef de division de l'épidémiologie, sont restés célèbres par les actions accomplies dans l'organisation de la carte sanitaire, dans la définition de la prise en charge d'éventuelles épidémies,

dans l'organisation des soins préventifs, dans le suivi, le stockage et la distribution des médicaments...etc.

Telles sont les différentes avancées que le CHU de Rabat a pu achever au cours de ses trois premières décennies pour atteindre sa vitesse de croisière, au cours des années 1980-1990.

Cependant, ce développement commencera à s'essouffler, pour stagner vers la fin des années 1990 et amorcer une régression vers le début des années 2000. Ainsi, au cours des dix dernières années, le CHU de Rabat va connaître un grand ralentissement dans son activité, avec des anomalies à tous les niveaux qui sont à l'origine de divers signes de souffrance de ses différentes composantes que nous avons qualifiée de « détresse » et que nous détaillerons dans le chapitre suivant.

IV. Période des difficultés du CHU de Rabat (à partir de 1990)

À l'origine des difficultés qu'a connues le CHU, deux groupes de causes se distinguent : d'un côté, celles inhérentes à certaines réformes qui étaient indispensables, mais entreprises sans mesures d'accompagnement et dont on n'a probablement pas bien mesuré les conséquences. D'un autre côté, celles résultant d'une inadéquation totale entre les moyens budgétaires et le mode de gouvernance, par rapport aux évolutions fulgurantes qui s'opèrent

d'année en année, aussi bien dans les soins que dans la formation médicale.

Les réformes adoptées sans mesures d'accompagnement nécessaires sont au nombre de quatre :

a. La première réforme signalée plus haut, relative à la création du Centre Hospitalier Ibn Sina, CHIS dont la dénomination, a supprimé l'adjectif « Universitaire ». La seule mesure d'accompagnement, à savoir la consolidation des liens avec l'université par la signature de conventions, n'a jamais été suivie d'effet. Les décrets de 2004 et 2006, mentionnés plus haut, n'ont jamais été appliqués, d'où la consécration de la dichotomie Faculté-Centre hospitalier. L'unique lien administratif entre les deux est la présence du doyen dans le conseil d'administration du CHIS et celle du directeur du CHIS au conseil de faculté. Nous verrons plus loin les conséquences pratiques de cette situation, sur l'activité des médecins-enseignants-chercheurs qui, statutairement, dépendent de l'université et de l'enseignement supérieur, alors qu'en pratique, la quasi-totalité de leur activité se déroule dans les hôpitaux dépendant du CHIS et du ministère de la santé.

b. La deuxième réforme est représentée par l'application de la loi sur l'exercice de la médecine, qui a introduit l'autorisation de la pratique de la médecine libérale par les professeurs de médecine, pratique plus connue sous

la dénomination de « temps plein aménagé » ou (TPA), et ce, à partir de 1993-94. Là aussi, la principale mesure d'accompagnement, qui conditionnait l'exercice de ce TPA, à savoir son exercice à l'intérieur des « cliniques universitaires », autrement dit, à l'intérieur des hôpitaux, n'a pas été respectée, livrant ainsi depuis plus de 20 ans des centaines d'enseignants, à la pratique de ce TPA, dans les cliniques et cabinets de ville. Les conséquences de cette pratique non contrôlée et incontrôlable, sont aujourd'hui nuisibles pour la formation médicale. Un chapitre sera consacré au TPA, dans cette monographie.

c. La troisième réforme est relative à l'application du texte sur le résidanat et la suppression implicite de l'internat (1997). L'introduction du résidanat était nécessaire, pour consolider la structuration des spécialités médicales et doter le pays en spécialistes indispensables, aussi bien au secteur public que privé. Mais la généralisation de la possibilité d'accès de tous les résidents aux concours universitaires a privé la faculté de la possibilité de choix de ses enseignants parmi l'élite de ses étudiants, et que l'internat, lui, garantissait. De plus, en multipliant pratiquement par 5 à 10 voire 15 à 20 (selon les spécialités), le nombre de stagiaires (résidents), alors que la capacité d'accueil (nombre de lits) des hôpitaux universitaires n'a pas changé, (nous verrons qu'elle a diminué de plus de 25 % entre 2000 et 2012), le résultat logique se fera

sentir sur la formation de ces résidents, surtout dans les spécialités dont la maîtrise nécessite la pratique manuelle individuelle (chirurgie en particulier). De plus, la réussite du résident aux tests de sélection, lui permet, en même temps, d'être nommé résident et lui assure immédiatement le recrutement par le ministère de la santé, comme médecin fonctionnaire de l'Etat, abstraction faite de ce que seront ses performances et les résultats de ses stages et examens au cours du résidanat.

d. La quatrième réforme est relative à l'adoption, dans le cadre de la réforme de l'université, (1997), d'un décret sur le statut des enseignants-chercheurs, y compris ceux des facultés de médecine. Ce décret instaure les modalités de leurs recrutement, titularisation et avancement. Ce décret limite le nombre de publications à un minimum de deux pour pouvoir passer le concours d'agrégation et établit la titularisation et l'avancement sur la base de l'ancienneté et les travaux dits d'ouverture, négligeant les activités de recherche. Ce décret a donné un véritable coup de frein aux publications scientifiques dans l'ensemble des universités, y compris les facultés de médecine. Nous verrons plus loin que les épreuves des titres et travaux des candidats au concours d'agrégation à la faculté de médecine a régressé de manière vertigineuse au cours des 15 dernières années, avec tout ce que cela entraîne comme conséquences sur la formation et la recherche.

Deux autres causes vont aggraver et amplifier les conséquences de ces réformes pendant deux décennies, il s'agit :

— **De l'insuffisance des moyens budgétaires**, due à l'essoufflement des moyens de l'Etat et à la stagnation des recettes propres des hôpitaux.

— **D'une incohérence totale dans la gouvernance de CHU**, résultant de l'absence d'une instance de coordination entre les institutions qui le composent, aggravée par la dichotomie créée par la suppression de la dimension universitaire à travers la dénomination des CH.

Les doyens qui se sont succédé à la faculté de médecine, durant cette période, (Prs A. Belmahi; N. Hajjaj; M. Adnaoui, doyen actuel) et certains directeurs de CHIS (Prs O. Cherkaoui, W. Maazouzi, A. Hassani, M. Chefchaoui et Rougani, directeur actuel), ont essayé de faire de leur mieux pour apporter des améliorations ponctuelles et passagères. Mais l'absence d'une réaction dynamique des décideurs politiques pour entreprendre une réforme en profondeur, va aggraver la crise du CHU de Rabat au point que cette crise pose aujourd'hui, un réel problème pour la qualité des soins et de la formation médicale, comme nous allons le voir dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

POURQUOI LE CENTRE HOSPITALIER IBN SINA EST ACTUELLEMENT EN DÉTRESSE ?

I. État actuel du CHU Ibn Sina de Rabat

Comme nous l'avons dit plus haut, le Centre Hospitalier Ibn Sina de Rabat est constitué de dix hôpitaux. Sa capacité globale équivaut à 40-50 % de la totalité des lits hospitaliers des CH du Maroc (47 % selon le bilan de 2006). Etant le plus ancien et le plus grand CHU, et disposant d'un grand nombre d'enseignants-chercheurs et d'un plateau technique supposé être de « haut niveau », le CH Ibn Sina de Rabat est censé être le plus performant des CHU du pays. L'analyse de l'état actuel de ce CHU reflétera donc largement l'état des autres CHU du Royaume.

Pour avoir une description fidèle du CH Ibn Sina de Rabat, nous nous sommes fondés sur l'analyse de ses bilans d'activités des dix dernières années, de 2001

à 2010 (9), actuellement disponibles. Sur chacun de ces bilans, on trouve tout au début, un tableau intitulé « CH Ibn Sina en chiffres » ou « Les chiffres-clés du CH Ibn Sina » (Tableaux 1, 2 et 3).

Ces tableaux permettent effectivement de se rendre compte assez rapidement de l'importance de cette institution, formée de dix hôpitaux, totalisant une capacité de plus de 3 250 lits, où travaillent plus de 6 000 employés, dont environ 2 000 infirmiers, 1 984 médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes, et plus de 800 employés administratifs et techniques. D'autres chiffres frappent très rapidement le lecteur, plus de 400 000 consultations par année, environ 80 000 patients hospitalisés par an, et 30 477 interventions chirurgicales. Le budget global mentionné sur les bilans est passé de 430 millions de dirhams en 2001 à 630 millions en 2007, avec une augmentation d'environ 46,5 %.

Près de 80 % de ce budget est représenté par la subvention de l'Etat. Les recettes propres des dix hôpitaux du CH Ibn Sina n'ont représenté que 23,6 % du budget pour l'année 2007. En 2008, le budget du CH va connaître une augmentation d'environ 30 % par rapport à 2007 (environ 880 millions de dirhams). Les bilans 2009 et 2010 ne mentionnent pas les chiffres du budget global du Centre.

Tableau 1: Quelques chiffres en bref, année 2001, p.7 (Bilan 2001)

1- Etablissements hospitaliers (E.H.)	10
2- Age moyen des E.H. (ans)	35
3- Capacité litière ⁽¹⁾	3 250 lits
- Capacité litière fonctionnelle	2 672 lits
4- Effectif global	6 239
4.1- Infirmiers	2 299
4.2- Personnel de soutien	1 763
4.3- Médecins, pharmaciens, dentistes ⁽²⁾	1 469
4.4- Cadres administratifs et techniques	708
5- Consultations ⁽³⁾	396 000
6- Admissions	74 000
7- Journées d'hospitalisation	788 250
8- TOM (Taux d'occupation moyenne)	76,68 %
9- DMS (Durée moyenne de séjour)	11 j
10- I.ROT (Indices de rotation)	3 j
11- T.ROT (Taux de rotation)	26 malades/lit
12- Interventions chirurgicales	41 300
13- Accouchements	17 640

1. Y compris les lits d'expectantes et les lits d'observation des services des urgences.

2. Y compris les DNS et les résidents en formation.

3. Non comprises les consultations du Centre de Diagnostic de Bab El Bouiba.

14- Imagerie médicale:

Nombre d'examens325 000

Nombre de Z⁽⁴⁾..... 10451 000

15- Laboratoire

Nombre d'examens800 000

Nombre de B⁽⁵⁾..... 50000 000

16- Mortalité hospitalière.....22,57 p/1000

17- Budget de fonctionnement en Dhs... 322 758 511

18- Budget d'investissement en Dhs..... 35 570 341

19- Prestations facturées en Dhs 271 319 946

20- Recettes propres encaissées en Dhs ... 71 726 809

Source: Bilan d'activités - CH Ibn Sina - 2001 - p.7

4. Z. Lettre clef pour la facturation des examens radiologiques.

5. B. Lettre clé pour la facturation des examens de laboratoire.

Tableau 2 : Les chiffres clés – 2007 (Bilan 2007, p.18)

1- Etablissements hospitaliers (E.H.)	10
2- Age moyen des E.H. (ans)	42
3- Capacité d'accueil ⁽⁶⁾	3 250 lits
- Capacité d'accueil fonctionnelle	2 672 lits
4- Effectif global	6 251
4.1- Infirmiers	2 170
4.2- Médecins, pharmaciens, dentistes ⁽⁷⁾	1 840
4.3- Personnel de soutien	1 391
4.4- Cadres administratifs et techniques	750
5- Consultations ⁽⁸⁾	372 685
6- Admissions	77 443
7- Journées d'hospitalisation	726 472
8- TOM	74,49 %
9- DMS	9,38 j
10- I.ROT	3 j
11- T.ROT	29 malades/lit
12- Interventions chirurgicales	35 686
13- Accouchements	19 505
14- Imagerie médicale:	
Nombre d'examens	302 965
Nombre de Z	13 411 595

6. Y compris les lits d'expectantes et les lits d'observation des services des urgences.

7. Y compris les DNS et les résidents en formation et les enseignants.

8. Non comprises les consultations du Centre de Diagnostic de Bab El Bouiba.

15- Radiothérapie

Malades3 278

Nombre de Z..... 2 584 464

16- Laboratoire

Nombre d'examens861 195

Nombre de B..... 53 982 679

17- Dentaire

Nombre des actes10 877

Nombre de D228 697

18- Mortalité hospitalière.....21,00 p/1000

19- Budget de fonctionnement engagé (9).....

462 979 611,91 DH, soit 93 % des C. ouverts

20- Budget d'investissement engagé (4)

45 225 374,40 DH, soit 85 % des C. ouverts

21- Recettes propres encaissées (10)

120 988 129,03 DH, soit 798 % des prévisions

Source: *Bilan d'activités - CH Ibn Sina - 2007 - p.18*

9. Crédits de l'exercice 2007.

10. Recettes de l'exercice 2007 et exercices antérieurs.

Tableau 3 : Les chiffres clés – 2010 (Bilan 2010, P.9)

1- Etablissements hospitaliers (E.H.)	10
2- Age moyen des E.H. (ans)	45
3- Capacité d'accueil fonctionnelle	2458 lits
4- Effectif global	6355
4.1- Infirmiers	2173
4.2- Médecins, pharmaciens, dentistes	1984
4.3- Personnel de soutien	1328
4.4- Cadres administratifs et techniques	870
5- Consultations externes	248186
6- Passages aux urgences	169499
7- Hospitalisations complètes	79205
8- Journées d'hospitalisation	649546
9- TOM	72,39 %
10- DMS	8,2 j
11- I.ROT	3,13 j
12- T.ROT	32 malades/lit
13- Interventions chirurgicales	30477
14- Hôpital de jour	87272
15- Explorations	30769
16- Accouchements	22320
17- Imagerie médicale:	
Nombre d'examens	308949
Nombre de Z	16453794
18- Radiothérapie	
Malades	1549

Nombre de Z.....	2056175
19- Laboratoire	
Nombre d'examens	1539001
Nombre de B.....	87590095
20- Dentaire	
Nombre des actes	7606
Nombre de D	208508
21- Mortalité hospitalière.....	19,22 p/1000
<i>Source: Bilan d'activités - CH Ibn Sina - 2010 - p.9</i>	

Si ces tableaux confirment l'importance du CH Ibn Sina en tant que pièce centrale du système de santé marocain, une lecture approfondie de ses bilans successifs sur 10 ans permet de comprendre assez facilement les limites des performances actuelles de ce Centre Hospitalier :

1- La quasi-totalité de ces bilans est limitée à des données chiffrées avec peu de commentaires. Chaque bilan se réfère à l'année précédente, en montrant que tel acte ou telle prestation a augmenté ou diminué de tant pour cent par rapport à l'année antérieure, sans commentaire ou évaluation ajoutés expliquant les variations ou l'évolution à long terme de l'activité considérée. Ainsi, si nous observons l'ensemble des indicateurs, nous constatons que l'activité du Centre Hospitalier Ibn Sina a connu peu de variations (sinon souvent à la baisse) au cours des dix dernières années (2001-2010). À titre d'exemple, le nombre d'interventions chirurgicales pratiquées dans

tous les hôpitaux du CH a diminué, passant de 41 300 en 2001, à 35 686 en 2007, et à 30 477 en 2010, soit une baisse de 26 %. Le nombre de consultations médicales effectuées dans les différentes formations hospitalières du Centre Hospitalier Ibn Sina, est passé de 396 000 en 2001, à 417 635 en 2010, enregistrant une augmentation de 5 % en dix ans. Le nombre de patients hospitalisés au niveau de l'ensemble du CH Ibn Sina a augmenté entre 2001 et 2010 de 6 % (74 000 admissions en 2001 et 79 499 en 2010); le taux d'occupation moyenne (TOM), est passé de 76,69 % en 2001 à 74,49 % en 2007, et à 72,4 % en 2010, montrant qu'en moyenne, 25 % des lits du CH Ibn Sina sont vides en permanence, soit 1 lit sur 4.

2- La quasi-totalité des bilans de ces dix années a été établie de manière globale, associant l'ensemble des formations hospitalières qui composent le CH Ibn Sina, et l'ensemble des services cliniques et médicotechniques. On trouve à la fin de chaque bilan, des tableaux signalétiques avec des chiffres correspondant à chaque formation hospitalière du CH, avec les services qui la composent, mais sans analyse qui tient compte de la spécificité de chaque service. Dans ces conditions, il est quasiment impossible d'approcher le rendement d'un service par rapport à un autre, et encore moins d'un personnel par rapport à un autre. Ainsi, on voit défiler sur différents bilans des écarts dans les chiffres d'activités d'un service ou d'un hôpital par rapport aux autres, qui peuvent aller de 1 à

30 % (en plus ou en moins), sans que cela n'entraîne un commentaire ou une réaction pour encourager le service ou l'hôpital le plus méritant, ou pour se pencher sur les problèmes du service ou de l'hôpital le plus à la traîne et tenter de l'améliorer l'année suivante. Quand on essaie de reporter cette activité à l'effectif du personnel, il s'avère difficile d'approcher le rendement de ce dernier, et donc de l'évaluer. À titre d'exemple, sur le bilan de 2010, le nombre d'infirmiers dont dispose le CH Ibn Sina est de 2 173 ; comparé à la capacité litière fonctionnelle (2 458 lits), le ratio est de 1 infirmier pour 1,23 lit, mais la réalité est loin de refléter ce chiffre. Une partie importante de ce personnel infirmier assure d'autres fonctions en dehors des services cliniques, en particulier des fonctions administratives. Si on considère, toujours sur ce même bilan de l'année 2010, le nombre de consultations programmées réalisées au cours de cette année (vu que les consultations d'urgence sont pour la plupart faites par des médecins résidents en formation), nous obtenons un total de 248 186 consultations. Si l'on reporte ce nombre au nombre total de médecins, qui s'élève à 629 (hormis les médecins résidents), on constate que chaque médecin consulte en moyenne moins de 6 patients par semaine ; là aussi, la réalité est certainement toute autre.

3- Le bilan d'activité du CH Ibn Sina est toujours consacré quasi exclusivement aux activités de soins chiffrées. Or, en plus des soins médicaux, le CHU a deux

autres missions : l'enseignement médical et la recherche médicale. Rien ne ressort dans les bilans successifs des différentes années sur ces deux activités. Seuls les bilans des années 2009-2010 consacrent un paragraphe à la production scientifique, en mentionnant le nombre total de communications scientifiques, de publications, et de thèses ; mais là aussi, sans aucune évaluation analytique permettant de connaître les services et personnel productifs de ceux qui le seraient moins. Pourtant, parmi le personnel du Centre Hospitalier Ibn Sina, il y a plus de 1 500 médecins hospitalo-universitaires dont plus de 500 médecins enseignants-chercheurs, environ 1 000 internes et résidents, effectuant leurs stages chaque année à l'intérieur des différents hôpitaux du CH Ibn Sina ; plus de 4 000 étudiants stagiaires, entre ceux qui viennent de la Faculté de Médecine et de Pharmacie et de la Faculté de Médecine Dentaire pour différents niveaux de stages d'externat ou de clinicat. En plus de l'apprentissage clinique au lit du malade, dans les blocs opératoires, et dans les différents services d'exploration, des dizaines de cours, de conférences, de séminaires et de congrès se déroulent quotidiennement dans les amphithéâtres et les salles de cours des différentes formations hospitalières composant le CH. Il en est de même des dizaines, voire des centaines, de présentations scientifiques effectuées dans différents congrès nationaux ou internationaux, ou des publications dans différentes revues nationales

ou internationales. Toute cette activité de formation, d'enseignement clinique et de recherche médicale devrait faire partie intégrante du bilan du CHIS, d'autant plus que le support logistique et financier de ces activités provient de son budget.

4- D'autres réalisations très importantes pour le rayonnement du CH Ibn Sina, qui demandent souvent beaucoup de temps et de sacrifices aux acteurs qui y travaillent, ne se trouvent pas sur ces bilans d'activité. Il s'agit, à titre d'exemples :

- Des innovations médicales et nouveautés techniques: le CH Ibn Sina étant le premier CH au Maroc, il reste la locomotive de tous les Centres Hospitaliers nationaux. Ainsi, un grand nombre de techniques d'exploration ou de traitement a été introduit au Maroc en passant par les différents services et spécialités de ce CH. En neurochirurgie par exemple, nous avons pu introduire, pour la première fois au Maroc, la technique de chirurgie stéréotaxique en 1984, la technique d'immunohistochimie en 1986 (avec le Service de Neuropathologie), la technique d'imagerie par résonance magnétique (IRM) en 1994 (avec le Service de Neuroradiologie), la chirurgie cérébrale au laser et à l'aspirateur à ultrasons (Kavitron) en 1994, l'endoscopie cérébrale en 1999, la chirurgie de l'épilepsie en 2005 (avec le Service de Neurophysiologie clinique), la radiochirurgie par Gamma Knife en 2008, la chirurgie

sous neuronavigation en 2009-2010, etc. Il est certain que des dizaines d'autres techniques ont été introduites par d'autres collègues dans d'autres spécialités. L'ensemble de ces techniques devrait figurer en première page sur le rapport annuel du CH Ibn Sina, constituant « des premières nationales », vu qu'elles représentent une réelle fierté pour le CH, et les inclure serait une grande compensation morale pour les acteurs qui les ont mises au point.

- Du rôle des ONG qui œuvrent dans les différents hôpitaux du CH Ibn Sina et apportent une aide considérable, qu'il s'agisse d'associations, de ligues, de fondations ou autres : tous les bilans annuels mentionnent la coopération du CH Ibn Sina avec les autres hôpitaux à l'échelle internationale, y compris les hôpitaux européens et/ou africains, coopération qui souvent n'a rien apporté de concret ; mais on ne retrouve sur aucun de ces bilans la mention de don ou d'achat d'équipements par ces ONG qui travaillent dans différents hôpitaux du CH. Nous avons déjà vu le rôle déterminant joué par la Fondation Hassan II dans la mise à niveau de l'hôpital des Spécialités depuis plus de 20 ans, et qui a permis au CH Ibn Sina d'être l'unique centre hospitalier au Maroc et en Afrique à disposer de certaines technologies de pointe, pour le diagnostic et le traitement des maladies du système nerveux. Aucun de ces projets n'a figuré sur les bilans du CH Ibn Sina. Pourtant, tous ces projets

sont gérés en commun par la Fondation qui les a mis en place et le CH Ibn Sina, sur la base de trois conventions signées en 1993, 2003 et 2012 entre le CHIS, le Ministère de la Santé et la Fondation.

En somme, si l'on veut situer l'état actuel du CH Ibn Sina de Rabat à la lumière des bilans des dix dernières années, on peut le décrire comme un hôpital géant de plus de 2 500 lits, où travaillent plus de 6 000 employés toutes catégories confondues, avec un bilan global limité à l'activité des soins et dont les chiffres sont honorables à première vue; mais ce bilan ne cesse de stagner, voire de diminuer d'année en année. En plus de cette inertie, il est impossible, à la lecture de ces bilans, d'approcher le rendement des différents services composant le CH Ibn Sina, et encore moins celui des professionnels qui y travaillent. Cette stagnation ou parfois régression, constatée dans les chiffres des bilans annuels, devient de plus en plus évidente dans l'activité quotidienne des services cliniques et médicotechniques. En effet, malgré l'encombrement apparent des couloirs des hôpitaux par les patients et leurs accompagnants, le rendement réel des différents services est loin d'être optimal. Cette situation est due à une dégradation nette des conditions d'accueil et d'hospitalisation des patients, et des conditions de travail du personnel soignant. Ceci engendre inévitablement une fuite des patients vers le secteur privé, et le CH

Ibn Sina reste de plus en plus occupé (à plus de 80 %) par des patients dont les moyens sont limités et qui ne peuvent payer leurs soins dans le secteur privé. C'est là, la raison principale de la stagnation des recettes propres des hôpitaux. D'où un cercle vicieux dont le CH Ibn Sina ne pourra sortir, sans une réforme profonde, et sur laquelle nous reviendrons à la fin de ce livre.

II. Des signes de souffrance évidents

Pour ceux qui fréquentent les différents hôpitaux du CHIS de Rabat, patients, visiteurs, et personnel soignant, les signes de souffrance de cette institution sont d'une évidence frappante. Si la baisse de rendement, constatée depuis plusieurs années, constitue un signe de perturbation profonde de l'activité des différents services du CHIS, un simple tour dans l'une des différentes structures le composant permet de faire le diagnostic d'un « CHIS en détresse », rien qu'au vu de la vétusté de ses locaux, de la désorientation des nouveaux patients et leurs accompagnants et de l'absence du minimum requis pour le séjour des patients. Comme nous l'avons déjà mentionné, au moment de la création du CHIS de Rabat, probablement par manque de moyens, mais aussi de vision à long terme, au lieu de construire un véritable CHU, cette institution a été formée à partir d'un groupement de dix hôpitaux déjà existants, dont la plupart ressemblaient beaucoup

plus à des hôpitaux de zones qu'à des hôpitaux universitaires. Malgré tous les essais d'amélioration qui ont été apportés à ces petits hôpitaux, leur aspect architectural aussi bien intérieur qu'extérieur est loin de représenter une structure hospitalo-universitaire. La plus importante de ces dix formations hospitalières, l'Hôpital Ibn Sina (ou Avicenne), avait une architecture respectable au moment de son intégration à la faculté de médecine de Rabat en 1962 pour constituer le premier embryon de CHU, avec un joli bâtiment en ailes bien ensoleillées, entourées de larges espaces verts et une circulation intérieure aérée et sécurisée, aussi bien pour les patients que pour les véhicules. Cet hôpital modèle, a été progressivement abîmé par la construction supplémentaire de plusieurs bâtiments et baraques autour de l'édifice initial, avec la suppression de la quasi-totalité des espaces verts et des chemins de circulation. Même certaines terrasses du bâtiment initial ont été intégrées dans les constructions. Actuellement, la comparaison d'une photo aérienne de cet hôpital au moment de son ouverture par rapport à son état actuel, le rend méconnaissable.

À l'ancienneté et à l'inadaptation architecturale de la plupart des bâtiments des formations hospitalières du CHIS, s'ajoute la vétusté des locaux. Les chambres d'hospitalisation des patients à un lit représentent moins de dix pour cent de la capacité du CHIS, et celle à deux

lits moins de vingt pour cent. La plupart des chambres d'hospitalisation sont à quatre, six, huit, voire même dix lits. Il est difficile d'imaginer les possibilités de repos à la fois physique et psychologique d'un patient entouré de trois, cinq, sept ou neuf autres patients dans la même chambre, avec leurs visiteurs respectifs, et des toilettes communes. Les fuites d'eau, non réparées à temps, créent fréquemment des problèmes d'humidité à l'intérieur de ces chambres, auxquels s'ajoutent des moisissures qui noircissent les murs pendant des mois, avant qu'une couche de peinture ne soit programmée pour les masquer pour un ou deux ans. Il est à noter que le chauffage ne fonctionne plus depuis plus de dix ans dans l'hôpital où j'exerce ; il en est de même pour l'eau chaude. Cette situation est partagée par la plupart des hôpitaux du CHIS.

À cette vétusté des locaux, il faut ajouter l'encombrement quasi permanent de ces structures par les patients, les accompagnants et les visiteurs. Nonobstant l'existence d'un service d'accueil dans tous les hôpitaux (du moins sur l'organigramme de l'hôpital), et malgré la soustraction des services de sécurité aux portes d'entrée principales, à des sociétés privées, les couloirs de nos hôpitaux sont encombrés de foules interminables. Les uns sont venus pour une consultation, avec ou sans rendez-vous, et attendent leur tour, qui viendra ou pas ; les autres sont perdus et s'accrochent à la moindre blouse blanche pour demander où se trouve tel ou tel médecin,

tel ou tel laboratoire, ou tout simplement où se trouve la porte de sortie ; d'autres apportent des médicaments, de la nourriture, une couverture, ou tout autre besoin pour un parent hospitalisé. Dans l'hôpital où j'exerce, il n'est pas rare de voir des personnes transportant leurs parents grabataires sur leur dos pour monter au premier, deuxième, voire au troisième étage, parce que l'ascenseur est en panne, ou parce qu'elles ignorent son utilisation, ou parce qu'elles n'ont pas pu être dirigés vers le service des urgences ou vers le « service d'accueil » pour leur donner un chariot ou une chaise roulante. Malgré des demandes réitérées par les différents chefs des services médicotéchniques auprès des administratifs, cette circulation permanente, intense et désorganisée à la fois des patients et des visiteurs à l'intérieur des hôpitaux, continue à ternir les conditions d'accueil dans les hôpitaux du CHIS. D'ailleurs, beaucoup de chefs de services cliniques ont pris l'initiative de fermer pratiquement à clé la porte de leurs services au moins le matin pour pouvoir effectuer les visites médicales au lit du malade, administrer les soins paramédicaux, et assurer le déroulement des séances d'enseignement des étudiants et des stagiaires.

Qu'en est-il de l'hygiène hospitalière dans de telles conditions ?

On peut comprendre aisément la réaction d'un patient qui assiste à un tel spectacle lors de sa première

admission dans l'un de ces hôpitaux et qui décide de le fuir, pour chercher à se faire soigner ailleurs, même si on l'avait convaincu qu'au CHU, il trouverait de meilleures compétences. D'ailleurs, la qualité des soins et les compétences qui faisaient la réputation du CHU il y a une vingtaine d'années, ont été largement entachées depuis l'instauration du Temps Plein Aménagé (TPA) pour les professeurs. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point.

III. Des conditions de travail pénibles

Depuis une dizaine d'années, on assiste à une dégradation progressive des conditions de travail dans les différents services médico-chirurgicaux et techniques des hôpitaux du CHIS de Rabat. Cette dégradation est telle que « l'amélioration des conditions de travail » constitue la première revendication de tous les syndicats représentant le personnel soignant, toutes catégories confondues. Elle est illustrée par une insuffisance des moyens nécessaires pour la prise en charge des patients, aussi bien sur le plan diagnostique que thérapeutique, l'absence totale de normes hospitalières de référence et l'absence d'un système d'évaluation et de responsabilisation, juste et transparent, seul garant d'une qualité des soins pour les patients et d'une motivation du personnel soignant.

A. Un manque cruel de moyens

Il est de notoriété publique que « tout manque à l'hôpital », et pourtant, aussi bien les pouvoirs publics que les décideurs politiques semblent bien s'accommoder de cette situation depuis plusieurs années. Cette « pauvreté » des hôpitaux du CHIS est illustrée par :

- L'achat de médicaments, fongibles et/ou la plupart des dispositifs médico-chirurgicaux par les patients. Ainsi, dans la plupart des services, le patient se voit délivrer, avec son papier d'hospitalisation, une ordonnance-type dans laquelle sont marqués les produits qu'il doit apporter avant son admission à l'hôpital. En plus de cette ordonnance-type, d'autres ordonnances vont suivre pendant la période d'hospitalisation.

Dans le service de neurochirurgie, les patients doivent se procurer plusieurs types de dispositifs médico-chirurgicaux, tels que le matériel nécessaire au traitement des fractures de la colonne vertébrale, les clips vasculaires pour traiter les anévrismes cérébraux, les colles biologiques (très utilisées et souvent de manière imprévue au cours d'une intervention chirurgicale), les sacs de drainage externe et les valves pour traiter les hydrocéphalies (souvent en urgence), etc. Il en est de même pour les autres spécialités, chirurgicales en particulier. La situation devient dramatique pour les patients admis en urgence : une victime d'un accident de la circulation ou

autre, souffrant d'une fracture de la colonne vertébrale et une paralysie de ses membres inférieurs ou des quatre membres nécessitant théoriquement un traitement dans les douze heures, se voit délivrer (à lui ou à sa famille) à son arrivée au service des urgences, une ordonnance pour se procurer le matériel nécessaire à son intervention (plaques et vis pour fixer sa fracture). Il en est de même pour un nourrisson ou un adulte qui arrive également en urgence, porteur d'une hydrocéphalie, ou porteur d'un anévrisme rompu, et qui ne sera traité qu'une fois que sa famille aura acheté les dispositifs médicaux nécessaires pour la chirurgie ou le traitement endovasculaire.

Les conséquences de ce manque de dispositifs médico-chirurgicaux sont nombreuses. D'abord pour le patient, vu que le retard au traitement peut entraîner des complications qui peuvent être à l'origine de séquelles, voire même de décès. Ensuite, quelle que soit l'expérience du chirurgien, le prototype du dispositif médical demandé sur ordonnance, quelle que soit la précision des références techniques, peut s'avérer inadéquat au moment de son utilisation sur le patient, car le choix du dispositif chirurgical doit être fait en fonction du type de lésion ou de pathologie qu'on découvre au cours de l'intervention chirurgicale. Avec l'achat d'un prototype unique sur ordonnance, le chirurgien se trouve privé de la possibilité de choix du matériel adapté pour assurer le meilleur traitement pour son patient.

Inutile d'insister sur les conséquences d'une telle situation sur le moral des jeunes médecins (et moins jeunes) qui se voient assurer une nuit de garde à l'hôpital mais dont le travail est limité à délivrer des ordonnances au lieu de prodiguer des soins en urgence pour sauver à temps leurs patients. Une autre conséquence, non moins importante, est la vente anarchique sur ordonnance des dispositifs médicaux aux patients, avec la multiplicité des revendeurs, qui mettent sur le marché des produits dont le contrôle à l'importation et la qualité sont souvent douteux. Certains de ces revendeurs n'hésitent pas à mettre des courtiers à la porte des hôpitaux qui utilisent ces dispositifs, ou à entretenir un marché parallèle à l'intérieur de certains services hospitaliers, frôlant la corruption, et jetant à tort, le discrédit sur l'ensemble du personnel soignant.

- Cette insuffisance de moyens est également illustrée par les pannes répétées des différents appareils et installations techniques. Qu'il s'agisse d'un appareil hautement sophistiqué de radiologie comme le Scanner, d'un automate de laboratoire, d'un respirateur de réanimation, d'une climatisation de bloc opératoire, ou tout simplement d'une installation aussi simple que la plomberie ou l'électricité. Ces pannes sont devenues monnaie courante, au point qu'on a l'impression qu'elles ne dérangent plus aucun responsable administratif, malgré leurs conséquences négatives aussi bien sur les malades que sur le moral du personnel soignant.

L'exemple le plus édifiant à l'hôpital où je travaille, est représenté par les pannes répétitives du scanner qui durent parfois des semaines, voire des mois. Or, les malades admis en urgence pour des traumatismes crâniens ou pour des comas neurologiques d'une autre origine doivent impérativement passer un scanner de toute urgence ; ces patients vont devoir être transférés d'un hôpital du CHIS à un autre, dans l'espoir de trouver un scanner fonctionnel, tout en sachant que certains sont porteurs de lésions menaçant le pronostic vital s'ils ne sont pas opérés à temps. Un autre exemple caricatural des pannes, celles des respirateurs dans les services de réanimation. Là aussi, les patients admis en urgence nécessitant une respiration artificielle se trouvent parfois transférés dans un autre hôpital à la recherche d'un lit équipé d'un respirateur fonctionnel dans un service de réanimation. De plus, quand les respirateurs disponibles et fonctionnels d'un service de réanimation sont occupés, les patients programmés pour une chirurgie froide (non urgente), sont tout simplement reportés à une date ultérieure, vu que leur réveil post-opératoire nécessite un séjour de vingt-quatre ou quarante-huit heures en réanimation. Ainsi, on imagine la réaction en chaîne, créée par la panne d'une installation technique quelconque, et qui peut être à l'origine de retards en cascade aussi bien au niveau diagnostique que thérapeutique.

En plus des pannes de l'appareillage biomédical, même la panne d'une installation technique ordinaire peut paralyser un hôpital en entier plusieurs semaines, plusieurs mois, voire plusieurs années. À titre d'exemple, les ascenseurs de l'hôpital où je travaille ont connu des pannes de manière intermittente et imprévisible pendant plus de trois ans, avant qu'ils ne soient réparés.

Les conséquences de telles situations sont évidentes, sur les soins des patients ainsi que sur l'organisation de l'activité du personnel soignant, aussi bien à l'échelle individuelle, que collective, sans parler du rendement, peu valorisé dans la gestion des ressources humaines hospitalières, comme nous l'avons vu sur les bilans d'activités annuels du CHIS.

- L'insuffisance des moyens dans les différents hôpitaux du CHIS est également illustrée par les retards dans la réalisation des différents projets : qu'il s'agisse de l'aménagement ou de la construction des locaux médicotechniques ou de la réfection d'un bloc opératoire etc. Plusieurs projets prévus pour être réalisés en quelques mois, ont pris des années ; d'autres n'ont jamais vu le jour. À titre d'exemples, le projet d'informatisation des services cliniques des hôpitaux, initié en 1984, et qui n'a été partiellement appliqué qu'en 2009-2010 ; le projet de réaménagement du centre de diagnostic de l'Hôpital des Spécialités, commencé début 2007 pour qu'il soit réalisé en 6-12 mois et qui a pris plus de cinq ans ; le projet de

réfection du bloc opératoire de l'Hôpital Ibn Sina, prévu pour quelques mois, a pris plus de trois ans, le projet de développement des prélèvements et greffes d'organes, en discussion dans les commissions depuis plus de dix ans, et qui, à ce jour, n'est jamais passé à la phase d'application, etc.

Le lecteur qui parcourt ces lignes se pose certainement déjà la question : Pourquoi une telle pénurie de moyens au niveau du CH Ibn Sina (CHIS), lorsqu'on sait qu'il y a un effort soutenu par l'Etat pour augmenter les subventions, et qu'un effort parallèle est fourni par les responsables administratifs du CHIS pour améliorer la gestion et augmenter les recettes propres de chaque hôpital composant le CHIS ? Nous avons vu que malgré la multiplication du personnel administratif et gestionnaire du CHIS et de ses hôpitaux par plus de 500 pour 100 depuis la création du CHIS, les recettes propres ne représentent pas plus de 30 % du budget actuel de cette institution. Quant à la subvention de l'Etat, compte tenu du niveau économique du pays, quelle que soit son augmentation, elle ne pourra en aucun cas être suffisamment consistante pour répondre seule, aux besoins réels des différents services hospitaliers.

En fait, cette pénurie de moyens est le résultat de trois facteurs :

a- L'insuffisance des recettes propres des hôpitaux du CHIS. Dans l'état actuel, ces recettes ne pourront

jamais augmenter pour atteindre un niveau d'auto-suffisance. En effet, si on compare un hôpital à une entreprise (comme le veut la gestion moderne des hôpitaux), nous remarquons que la gestion du CHIS est régie, depuis quelques années, de façon à répondre majoritairement à une clientèle spécifique, en majorité démunie. En effet, la vétusté des locaux, les conditions d'accueil et d'hôtellerie, le manque de dispositifs médicaux, les pannes répétées des installations techniques avec leurs conséquences sur le report des rendez-vous et la durée d'hospitalisation, font que seuls les patients qui n'ont pas les moyens de se faire soigner dans le privé, choisissent les structures du CHIS. La proportion des patients dits « indigents », représente entre 70 et 80 % des patients admis dans les différents hôpitaux du CHIS. À l'hôpital où je travaille, le pourcentage de ces patients « indigents » admis à froid est de 60 % ; en urgence, 70 % ; seuls 23 % sont payants ou assurés. Pourtant, quand on lit le rapport publié par le Haut-Commissariat au Plan, en date du 25 juin 2008, on voit que le taux de pauvreté parmi la population marocaine, représente une moyenne de 9 % à l'échelle nationale, et le taux de vulnérabilité (c'est-à-dire la proportion de la population qui n'est pas pauvre mais qui court un risque de pauvreté selon l'approche de la Banque Mondiale), représente 17,5 % à l'échelle nationale. Quelle que soit la critique que l'on peut formuler quant à ces chiffres du Haut-Commissariat

au Plan dans la définition de la pauvreté, on peut affirmer que la plupart des patients définis par leur commune comme indigents ne correspondent certainement pas tous à des « patients pauvres ».

Le régime d'aide médicale «RAMED» aux personnes en situation de précarité qui vient d'être mis en place (début avril 2012) aidera certainement à résoudre la problématique des certificats d'indigence, à condition que le RAMED soit appliqué (délivrance des cartes) avec beaucoup de rigueur, et que les factures des hôpitaux soient effectivement honorées par les organismes chargés de prendre en charge les frais des patients bénéficiant de cette aide à l'assurance maladie.

b- Avec l'autorisation donnée aux professeurs enseignants-chercheurs en 1993 de pratiquer à titre privé deux demi-journées par semaine dans une clinique privée de leur choix, le CHIS a barré l'accès à ses hôpitaux aux patients qui ont les moyens de payer leurs soins, ou qui bénéficient d'une assurance-maladie les prenant en charge. En effet, ces patients vont pouvoir se procurer les compétences qu'ils recherchaient au niveau du CHIS, dans les différentes cliniques privées. Nous verrons plus loin les conséquences désastreuses, non pas de l'activité libérale elle-même, mais plutôt de la façon avec laquelle elle est appliquée depuis son instauration.

c- Un troisième élément, non moins important, explique cette pénurie des moyens dans les hôpitaux

du CHIS: la tarification appliquée pour les prestations hospitalières: la consultation d'un médecin généraliste est facturée 40 dirhams à un malade payant; celle d'un médecin spécialiste 60 dirhams et celle d'un professeur à 100 dirhams, alors que toutes les consultations dans le secteur privé sont facturées entre 200 et 300 dirhams. Il en est de même pour les lettres K, D et Z qui désignent respectivement les lettres clés des tarifications pour le tiers payant, des interventions chirurgicales, des examens de laboratoire, et des examens radiologiques; la valeur de ces lettres clés est facturée à 50-60 % moins que la tarification en vigueur dans le secteur privé. Cette façon de faire a déprécié le véritable capital dont dispose le CHIS dans son état actuel, à savoir les compétences de ses professeurs-enseignants-chercheurs, dans la mesure où le CHIS évalue les consultations, explorations, examens, et interventions chirurgicales effectuées par les professeurs-enseignants-chercheurs, la moitié, voire le tiers du coût de ces mêmes actes pratiqués par un médecin ou un chirurgien spécialiste installé dans le privé.

Pour résumer, le CHIS, tel qu'il a fonctionné depuis sa création, avec son système d'admission des patients sur la base d'un certificat d'indigence pour la majorité, et son système de facturation «à bas prix» ne correspondant même pas au tiers du coût réel des actes, et avec les différentes barrières qu'il a dressées sur le chemin des patients

payants ou ceux disposant d'une assurance maladie, s'est progressivement retrouvé piégé dans un cercle vicieux, dont il ne peut sortir que par une réforme en profondeur qui doit porter aussi bien sur sa gouvernance, sa restructuration que sur sa gestion, sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

B. Des normes hospitalières de référence absentes

Etant dans l'impossibilité de mettre à la disposition du personnel soignant et des patients les moyens nécessaires pour le fonctionnement optimal des services hospitaliers, les hôpitaux du CHIS se trouvent dépourvus de tout système standard de référence qui devrait servir de guide pour les différents services de soins, qu'il s'agisse de normes des locaux, de l'hygiène hospitalière, de la répartition du personnel, de l'acquisition ou de la distribution des équipements, ou même des normes de la pratique médicale elle-même.

Nous avons vu plus haut, par exemple, que le système de climatisation est souvent en panne dans les hôpitaux du CHIS. Où se trouve alors, la norme de l'asepsie d'un bloc opératoire sans climatisation ? Qu'en est-il des normes de l'hygiène hospitalière, surtout lorsque celle-ci s'ajoute à la longue liste des conditions d'hospitalisation des patients et l'hygiène des locaux déjà mentionnées ?

Paradoxalement, dans chaque hôpital, une ou plusieurs personnes sont chargées de la lutte contre les infections

hospitalières (dites infections nosocomiales). Comment éradiquer l'infection hospitalière dans un hôpital où le patient est hospitalisé dans une chambre à 8 ou 10 lits, avec des toilettes communes, sans douche, sans eau chaude, et opéré dans un bloc opératoire sans climatisation ? Avec quelles normes peut-on gérer ce genre de programme de lutte contre les « infections nosocomiales », quand on a un tel décalage avec la réalité des lieux ?

En l'absence de normes hospitalières de référence, tout est laissé au savoir-faire et à la bonne volonté du personnel soignant, et du personnel technique et auxiliaire qui travaille dans les différents services. Comment, en l'absence de ces normes, garantir une répartition équitable de ce personnel aussi bien médical, paramédical, qu'administratif et technique entre les différents hôpitaux du CHIS et les différents services hospitaliers, médicot techniques ? Et comment assurer un équipement optimal pour chaque spécialité médico-chirurgicale ou département technique d'un hôpital ?

C. Un système d'évaluation et de motivation inexistant

Le système d'évaluation et de motivation est presque inexistant dans les administrations publiques en général.

Il semble évident qu'avant d'évaluer le travail d'une personne, celle-ci doit au moins pouvoir bénéficier de moyens pour exercer ce travail. Et c'est là le nœud du problème : les responsables administratifs du CHIS, étant

dans l'incapacité de répondre aux besoins nécessaires pour les usagers (patients et personnel soignant) ou d'exiger l'application de normes optimales en matière de fonctionnement des différents services hospitaliers et de soins médicaux, il leur est difficile de procéder à une évaluation objective qui peut aboutir à l'analyse de rendement d'un hôpital, d'un service ou encore moins du personnel.

Dans un tel contexte de manque de moyens et d'absence d'évaluation, le rendement de plusieurs professionnels peut baisser, soit par dépit, soit par découragement. Cette politique ne fait aucune différence entre les acteurs qui œuvrent et se surpassent pour faire de leur mieux avec « les moyens du bord », et assurer la mission qui leur a été confiée, et ceux qui ont préféré la facilité, car ils savent pertinemment que le système ne récompensera pas les plus dévoués, et surtout ne pénalisera pas les moins impliqués. Toutes les carrières seront gérées de la même façon, y compris celles des médecins enseignants-chercheurs, (conformément au décret de la réforme universitaire de 1997, déjà mentionné), ils accéderont au même grade, vu que la promotion se fait par ancienneté et non par méritocratie, encore moins par la recherche ou le nombre de publications. L'application du TPA ne fera qu'aggraver cette situation.

Et que deviennent les patients dans de telles conditions ? Ils sont au premier rang pour subir les résultats,

sachant que la plupart d'entre eux viennent de milieux défavorisés; et qu'aucune charte définissant leurs droits et leurs devoirs n'existe dans les hôpitaux.

IV. Un personnel soignant démoralisé

Les performances d'un CHU reposent principalement sur les qualités et le dévouement des femmes et des hommes qui y travaillent. Nous avons vu que plus de 6000 professionnels œuvrent quotidiennement dans le CHIS pour concourir ensemble à soulager la douleur des patients et à améliorer leur sécurité et leur confort. Tout ce personnel, corps médical, personnel soignant et non soignant, corps administratif, tous doivent, en principe, être orientés vers un seul objectif : assurer au patient la meilleure prise en charge possible. Néanmoins, et au vu des conditions de travail que nous venons de voir, la plupart de ces acteurs sont actuellement démoralisés, partagés entre lassitude et colère pour les uns, et passivité et attente d'un espoir d'amélioration pour les autres.

Pour le médecin hospitalo-universitaire du CHU de Rabat, les sources d'angoisse sont multiples. Tout d'abord, la situation d'impuissance dans laquelle il se trouve pratiquement à chaque consultation : pour le patient marocain, le médecin doit jouer plusieurs rôles ; il attend de lui le « remède miracle pour sa maladie », mais attend également de lui la solution pour tous les

problèmes qu'il peut rencontrer à l'hôpital, de l'attente à la consultation jusqu'à l'absence d'eau chaude dans sa chambre. Cette assimilation de l'institution hospitalière au médecin, véhicule des exigences auxquelles le médecin n'a pas toujours la possibilité de faire face.

Les patients qui arrivent dans l'un des hôpitaux du CHIS de Rabat, après avoir été référés par plusieurs médecins ou plusieurs hôpitaux (dispensaire — centre de santé — hôpital provincial — CHU régional — CHU de Rabat), sont convaincus qu'ils arrivent dans le CHU de Référence. Chacun de ces patients fonde tout son espoir sur le premier médecin qui va l'examiner, et il pense aussi qu'il sera pris en charge de manière à ce que tous ses malheurs prennent fin avec cette consultation : qu'il va pouvoir passer toutes les radios nécessaires pour sa maladie, tous les examens de laboratoire, et qu'il aura rapidement un diagnostic et un traitement adéquat. La réalité est toute autre : le médecin du CHIS de Rabat sait pertinemment qu'il ne peut offrir que ses compétences, en expliquant au patient que tel ou tel examen n'est pas disponible à l'hôpital, ou que l'appareil nécessaire est en panne, ou que le patient ne peut être opéré, car le bloc opératoire n'est pas fonctionnel, ou que le médicament ou le dispositif médical nécessaire à son traitement doit être acheté au préalable à l'extérieur (avant son hospitalisation) etc.

La deuxième source d'angoisse et de démoralisation du médecin hospitalo-universitaire est son sentiment d'impuissance face à ses conditions de travail : malgré la multiplication des rapports émanant des différents chefs de services médicotéchniques, les réponses apportées par les administratifs ne changent pratiquement rien au fond des problèmes. Bien au contraire, la situation se dégrade d'année en année.

Pour approcher davantage le quotidien d'un médecin hospitalo-universitaire ou d'une équipe médicale hospitalo-universitaire, je me permets de donner ici la description d'une des journées type de la semaine de l'équipe Neurochirurgicale que je dirige. Tous les médecins, depuis le résident de la première année jusqu'au professeur chef de service, arrivent à huit heures du matin précises. Avec l'aide des infirmiers et du personnel de service, il faut compter quinze minutes pour prier les visiteurs de libérer les chambres des patients et les couloirs, et de quitter le service. À 8 heures 15 minutes commence un tour qui dure entre 20 et 30 minutes avec tous les médecins du service et les infirmiers chefs des unités. Ce tour est destiné à voir uniquement les entrants de la veille et de la nuit ; l'observation ou le « cas » de chacun de ces nouveaux patients admis est présenté par le résident de garde, au lit du malade. Arrive ensuite (vers 8h30-8h45, selon la durée du tour matinal), le staff matinal qui réunit tous les médecins, et au cours duquel sont discutés les

dossiers des patients admis en urgence, et les patients séjournant dans le service des soins intensifs.

Ce tour et ce staff matinaux, constituent un des meilleurs moments de discussion et d'échange qui sont extrêmement bénéfiques pour toute l'équipe, en particulier pour les jeunes en formation. Pourtant, cette belle entrée en matière matinale hospitalo-universitaire peut se trouver perturbée par beaucoup de problèmes angoissants, pour toute l'équipe médicale. Des patients, arrivés en urgence la veille ou dans la nuit, ne sont pas encore opérés parce que les produits nécessaires à leur traitement et manquant à l'hôpital n'ont pu être achetés par leurs familles, d'autres n'ont pu avoir tel ou tel examen pour panne de machine, et ont été transférés pour le faire dans d'autres hôpitaux, d'où des aggravations, voire même des décès au cours des transferts, etc. Ces situations sont toujours rapportées par des jeunes médecins, qui viennent d'assurer vingt-quatre heures de garde et qui ont déployé toute leur énergie pour apporter l'aide nécessaire à leurs patients, en vain. Le staff matinal devient alors une occasion pour eux, de déverser toute leur tension, leur déception parfois leur colère auprès des moins jeunes parmi leurs collègues et auprès de leur chef de service, en particulier. Le chef de service, à son tour, se trouve acculé à multiplier les rapports auprès de l'administration pour relater quotidiennement ces problèmes – des rapports qui ne trouveront jamais de réponse, et les problèmes se pérennisent et se répètent

ainsi quotidiennement. Après le staff matinal, chacun des chirurgiens se dirige soit vers le bloc opératoire soit vers une consultation des malades externes, ou pour un tour plus approfondi avec les étudiants stagiaires et les résidents du service.

Quel que soit le reste du programme de sa journée, le médecin ou le chirurgien hospitalo-universitaire, va devoir affronter une multitude de problèmes pratiquement toujours identiques, et qui se résument toujours soit à des actes non faits, à des rendez-vous non respectés, à des explorations de laboratoire ou de radiologie non exécutés, ou à des traitements non administrés. Et la raison est pratiquement toujours la même : manquement d'un produit, ou panne d'appareillage ou d'installation technique. Pour toutes ces situations, le médecin et le personnel soignant sont seuls à subir l'angoisse et les plaintes des patients. À cette déception des patients, s'ajoute celle des étudiants stagiaires et des jeunes médecins résidents en formation qui souvent expriment leur déception et leur révolte face à une telle dégradation qui se répercute inévitablement sur leur formation.

En définitive, un tel quotidien, doublé d'une absence ou d'une incapacité d'écoute et de soutien de la part des administratifs explique aisément la colère, le désarroi et le ras le bol du médecin hospitalo-universitaire. Dans une enquête que nous avons menée en 2009 dans mon service au cours de la préparation d'un séminaire par les

résidents, sur les conditions d'accueil des malades aux urgences, nous avons demandé aux enseignants-chercheurs du CHIS de Rabat de répondre à la question suivante : êtes-vous satisfait(e) de votre activité hospitalière ? La réponse se déclinait en trois niveaux : très satisfait, satisfait, non satisfait, et nous leur avons demandé d'expliquer leur réponse. Sur 391 enseignants-chercheurs interrogés (285 professeurs, 70 professeurs agrégés et 36 professeurs assistants), seuls 164 ont répondu à l'enquête. Sur les 164, 138 ont répondu « non satisfait » (soit 84 %), 26 ont répondu « satisfait » (soit 16 %), aucun n'a répondu « très satisfait ». Quant aux raisons invoquées pour la non satisfaction, pour 65 % d'entre eux, « les conditions de travail » arrivent en tête, vient ensuite, « l'ambiance et/ou l'organisation du travail », pour 22 % d'entre eux, et 13 % ont invoqué « l'insuffisance des salaires ».

Le moral des médecins du CHIS est ainsi au plus bas, celui du personnel paramédical, infirmiers en particulier, n'est pas mieux. De plus, cette catégorie du personnel soignant vit d'autres problèmes qui se répercutent négativement sur leur moral, en particulier, la surcharge de travail dans certains services. À titre d'exemple, dans le service de neurochirurgie, où en moyenne 30 à 40 % des patients sont partiellement ou totalement dépendants, il n'y a que deux infirmières par tranche horaire de huit heures pour chaque unité de 30 lits. La méconnaissance de la différence de charge de travail d'un secteur par

rapport à un autre et l'absence de normes en matière de répartition du personnel, constituent actuellement une grande lacune dans l'organisation du travail dans les différents hôpitaux du CHIS.

Ce malaise, qui règne parmi le personnel médical et paramédical du CHIS depuis plusieurs années, ne cesse de gagner toutes les autres catégories du personnel, qu'il s'agisse du personnel technique, des secrétaires médicales, ou du personnel de soutien toutes catégories confondues. Tous se posent les mêmes questions : pourquoi une telle dégradation des conditions de soins et de travail dans notre CHU ? Comment les administrations de tutelle restent-elles impassibles face à une telle dégradation, malgré les conséquences qu'elle engendre sur les soins des patients et sur la formation médicale ? Comment expliquer que l'Etat marocain, qui s'est attaqué au cours des dix dernières années à beaucoup de secteurs de développement (transport, infrastructures routières, agriculture, habitat, environnement, etc.), ne se soit pas encore intéressé à la santé dont la vitrine est reflétée par les CHU ?

V. Le personnel administratif gère la pénurie et la routine

Il est indéniable que depuis que le CHIS de Rabat a été créé il y a bientôt 30 ans, il y a eu un important renforcement des équipes administratives « spécialisées »

dans la gestion des différents hôpitaux composant ce centre. Si au moment de sa création en 1983, le nombre des agents responsables de la gestion administrative du CHIS ne dépassait pas 150 agents, ce chiffre est passé aujourd'hui à plus de 870 employés en personnel administratif de gestion toutes catégories confondues (bilan du CH Ibn Sina de 2010). Si cette évolution quantitative a eu des résultats indéniables sur le plan de la gestion, elle n'a pas abouti à une évolution parallèle dans la qualité des soins et de formation au niveau du CHIS.

Notons tout d'abord une anomalie de taille dans cette augmentation du personnel administratif : si ce personnel a été multiplié par 10 au niveau des structures administratives du Centre Hospitalier et de ses hôpitaux, le nombre de personnes qui gèrent les services médicotechniques n'a quasiment pas évolué. En effet, lorsque j'ai commencé mes stages en tant que jeune interne il y a plus de 40 ans (1972), il y avait dans tous les services hospitaliers que j'ai fréquentés, un professeur chef de service, un(e) infirmier(ère) chef ou un(e) infirmier(ère) major, et une secrétaire. Ce sont les seules personnes qui s'occupaient des tâches administratives et de gestion d'un service clinique ou médicotechnique. Cette situation n'a pas changé à ce jour, et on trouve dans la quasi-totalité des services hospitaliers du CHIS, le même nombre de personnes, trois précisément, qui doivent s'occuper de tous les aspects

de gestion administrative du service. Ces aspects sont l'admission et la sortie des patients, l'approvisionnement quotidien et le calcul de consommation de chaque patient en médicaments et en produits médico-chirurgicaux, l'enregistrement de chaque type d'examen de laboratoire, de radiologie, et de toute autre exploration pour chaque patient et leur transmission au bureau de facturation. Ils doivent également déterminer le nombre de rations alimentaires quotidiennes, avec la variabilité des régimes en fonction du nombre et du type de patients hospitalisés, et veiller à la bonne marche des différents programmes de soins dans le service (préparation des patients pour le bloc opératoire, rendez-vous de consultation pour les malades, vérification de la fiche de soins de chaque patient, etc). De plus, ils doivent contrôler l'hygiène des locaux, gérer les besoins alimentaires et vestimentaires, aussi bien du personnel que des malades, gérer les consultations externes (sortir les dossiers des anciens malades pour les donner au médecin qui fait la consultation, vérifier que le patient a apporté ses anciens examens, ainsi que les examens demandés pour la consultation, vérifier qu'il a bien payé sa consultation au bureau des admissions-facturations avant d'arriver au service), etc. À ceci, s'ajoutent les contacts et les déplacements vers les services administratifs et les services techniques, avec des réunions souvent interminables et répétées. À noter que chaque service hospitalier a en moyenne 50 à 60 patients hospitalisés,

et reçoit en consultation externe pratiquement le même nombre chaque jour.

En plus de cette gestion administrative, ces mêmes personnes, le chef de service, l'infirmier major du service et la secrétaire, assurent la gestion administrative de la formation médicale, paramédicale et des stages. Celle-ci englobe le contrôle de présence des étudiants stagiaires en médecine (15 à 20 par groupe et par jour), la présence des stagiaires de différentes écoles de formation paramédicale (4 à 8 par jour), celle des résidents en formation (entre 5 et 10 par service, voire même 20 dans certaines spécialités). Ils doivent veiller aussi au contrôle de présence de tous les médecins et du personnel paramédical et de soutien dans le service, veiller au respect du programme de formation de toutes ces catégories de stagiaires, gérer leurs dossiers de stage, et transmettre des attestations de validation de stage à la fin de chaque période (tous les mois) à l'administration du CHIS, à la Faculté de Médecine, et aux différentes écoles de formation professionnelle paramédicale.

La quasi-totalité du personnel administratif du CHIS se concentre donc au niveau du siège de la Direction du CHIS ou dans des pavillons administratifs isolés dans les hôpitaux qui le composent. Ce personnel assure la gestion de l'hôpital avec ses services médicotechniques depuis ses bureaux, et connaît, pour la plupart, très peu la réalité de ses services médicotechniques. Rares sont les directeurs

d'hôpitaux qui organisent des tournées régulières tous les quinze jours ou tous les mois dans les différents services de leur hôpital pour se réunir avec les responsables de ces services et faire un état des lieux. Peut-être sont-ils gênés par l'insuffisance des moyens ? Les surveillants généraux se font eux aussi rares dans les étages, où ils sont affectés ; ils « se sédentarisent » dans leurs bureaux du pavillon administratif, et se déplacent rarement dans les services hospitaliers. D'ailleurs, lorsqu'on circule dans le pavillon administratif d'un hôpital, et qu'on passe après au couloir d'un service médico-chirurgical, on se rend compte assez facilement du changement de paysage. On passe de locaux propres et peints, à des locaux vétustes et délabrés ; de bureaux équipés et informatisés pratiquement pour toutes les catégories du personnel administratif, vers des chambres de malades transformées en bureaux, souvent partagés entre plusieurs médecins résidents, ou même plusieurs professeurs assistants ou professeurs agrégés ne disposant que d'une table (faisant office de bureau), sans ligne téléphonique, ni ordinateur. Beaucoup de chefs de services n'ont pas de ligne téléphonique externe dans leurs bureaux, et pour ceux qui en disposent, la consommation mensuelle plafonne à 500 dirhams par mois.

Depuis plus de 30 ans, on parle chaque année dans les projets du CHIS de l'informatisation des hôpitaux.

Il existe un département d'informatique au niveau de la Direction du CHIS depuis sa création il y a 30 ans, mais à ce jour, rien de concret sur cet aspect technique, en dehors de la mise en place de câblage il y a deux ans, et l'installation d'un ordinateur au niveau du bureau de l'infirmier-chef du service. On comprend aisément que tous les efforts fournis par ce personnel administratif pour améliorer la gestion et les performances du CHIS restent très peu productifs. En effet, si on compare un hôpital moderne à une entreprise, comment est-il possible d'améliorer la performance de l'institution si une attention importante n'est pas accordée à la gestion de services de production, représentées dans un hôpital par les services de soins ?

En d'autres termes, les administratifs du CHIS, gèrent les unités d'approvisionnement (marchés, livraisons, stockage, circulation des produits...) et de vente (bureaux des entrées, facturation, recouvrement...), sans se préoccuper des unités de production (services médicotecniques) qui produisent les soins vendus (facturés) par l'hôpital. Une entreprise qui procède ainsi, encourt évidemment un grand risque de faillite.

Devant l'insuffisance chronique des moyens financiers, le personnel administratif du CHIS et ses hôpitaux, se contente de gérer la routine et la pénurie. D'ailleurs, la plupart de ces administratifs sont très occupés

dans une gestion de « grands programmes théoriques » (sans application sur le terrain) tels que les programmes des « stratégies » de développement du CHIS, des « contrats plans », des « plans d'action », des « projets d'établissement », des « évaluations des indicateurs qualitatifs », des « évaluations des performances », « management de qualité » etc. Ces multiples programmes théoriques vont occuper beaucoup de pages dans les bilans d'activités annuels du CHIS, mais, en fait, n'ont pratiquement aucune conséquence sur l'amélioration du quotidien des patients dans les services hospitaliers, ou celui du personnel soignant. Il est fort probable que le manque de moyens financiers, mis à la disposition du CHIS, pousse les responsables administratifs de cette institution à se pencher davantage sur ces aspects de gestion théorique qui aboutit à la production de longs rapports qui seront étudiés dans des réunions interminables de comités et de commissions, avec des conclusions souvent diffusées aux services médicotechniques sous forme de notes de services. Ces rapports ou notes de services intéressent de moins en moins le personnel soignant car ne sont pratiquement jamais suivis d'application.

Un autre aspect de gestion creuse davantage le fossé entre les gestionnaires et le personnel soignant, c'est la tendance adoptée vers une centralisation de beaucoup de services au niveau de la Direction du CHIS. C'est le

cas des services financiers, des services des marchés, des services de maintenance etc. Cette centralisation cause des retards dans les approvisionnements et entraîne des ruptures de stock, à cause du manque de suivi du quotidien des services cliniques et médicotechniques dans les hôpitaux. Depuis six ans, le CHIS a créé un laboratoire central destiné à centraliser les examens biologiques de ses différents hôpitaux. L'expérience a pourtant montré, à travers le laboratoire de l'Hôpital Ibn Sina qui assure la garde la nuit et les weekends, et se charge des examens biologiques des autres hôpitaux demandés en urgence, que cette solution de centralisation est à banir, compte tenu des retards enregistrés dans l'envoi, aussi bien des examens que des résultats avec d'énormes déperditions constatées dans ces examens.

Cette tendance à la centralisation des activités, et qui s'accompagne d'une centralisation des décisions, va à l'encontre de l'esprit d'autonomie du CHIS qui, au contraire, devrait encourager une gestion participative de l'ensemble des acteurs à l'intérieur de ce centre. Or, on a de plus en plus l'impression d'une volonté permanente de la Direction du CHIS de subtiliser le pouvoir de décision aux responsables des hôpitaux et des services médicotechniques.

Cette recherche du pouvoir par l'autorité pour remplacer le pouvoir mérité de la part des responsables

administratifs, aboutit inévitablement à un découragement et à une démobilisation du personnel soignant, et handicape terriblement la recherche commune de solutions pour améliorer la qualité des soins. Ainsi, en voulant tout décider et tout gérer, et sans concertation, les responsables administratifs du CHIS ont créé une crise d'autorité et un manque de discipline sans précédent dans les différents services hospitaliers. Comment maintenir une discipline à l'intérieur d'un bloc opératoire si le chirurgien n'est pas écouté ? Comment procéder à des réparations urgentes des installations techniques si l'ingénieur de l'hôpital ou de la Direction du CHIS ne répond pas aux appels et aux doléances du médecin responsable de ce service technique ? Comment gérer les rendez-vous des consultations et organiser le circuit d'admission des patients, si le personnel paramédical et administratif qui s'occupe de ces activités n'obéit pas aux instructions du médecin chef du service où se déroulent ces activités ?

Cette crise d'autorité est favorisée par la lenteur que connaissent les nominations des chefs de services médicot techniques. En effet, depuis une dizaine d'années, les responsables du CHIS et le ministère de tutelle, ont pris l'habitude de nommer dans les services vacants, des chefs de services « intérimaires », qu'ils gardent pendant des mois, voire des années, (plus de trois ans pour certains), en les remplaçant parfois par d'autres intérimaires, avant de procéder à la nomination définitive du chef de service.

Cette situation, tolérée généralement dans la fonction publique pour parer à l'urgence, est progressivement devenue une habitude au CHIS, au point qu'au cours des dernières années 2010-2014, plus d'un tiers des services médicotextiques du CHIS sont gérés par des chefs de services intérimaires.

En conclusion de ce deuxième chapitre, le lecteur aura fait le diagnostic de détresse du CH Ibn Sina à travers la vétusté de ses locaux, leur encombrement, la pénurie des moyens, les pannes chroniques des installations techniques. Des hôpitaux où sont soignés des patients en majorité démunis, où travaille un personnel soignant souvent démoralisé, sans normes hospitalières ni système d'évaluation, et un personnel administratif dédié à la gestion de la pénurie et de la routine, souvent détaché de la réalité du terrain, et en lutte permanente pour s'attribuer le pouvoir par l'autorité, faute de l'obtenir par le respect.

CHAPITRE III

LE TEMPS PLEIN AMÉNAGÉ REMÈDE EFFICACE MAIS MAL APPLIQUÉ

I. Définition et instauration

Les lois relatives à l'exercice de la médecine diffèrent d'un pays à un autre. Il y a des pays où l'exercice de la médecine libérale est strictement interdit pour les médecins fonctionnaires. Ceux-ci doivent donc consacrer la totalité de leur temps d'activité à l'exercice de leur profession à l'intérieur du service public ou de l'hôpital public auprès duquel ils sont régulièrement affectés. Dans d'autres pays, les médecins fonctionnaires sont autorisés à exercer une partie de leur activité dans le secteur libéral, en dehors de l'hôpital auquel ils sont affectés. Ces médecins peuvent donc avoir leur temps « aménagé » ou partagé entre l'activité publique et l'activité libérale. Ces dispositions législatives ont donné naissance à plusieurs systèmes d'exercice de la médecine hospitalière. En général, dans la plupart des pays développés, l'exercice du Temps Plein

Aménagé est réservé aux professeurs parmi les médecins enseignants des Centres Hospitalo-Universitaires.

Au Maroc, depuis la création des premières facultés de médecine à Rabat et à Casablanca (respectivement en 1962 et 1975), les médecins enseignants de ces deux facultés, soumis au départ au régime plein temps dans leur activité, n'ont cessé de revendiquer le droit au Temps Plein Aménagé, c'est-à-dire le droit à une activité libérale parallèle à leur activité hospitalo-universitaire. Après plusieurs mouvements de grève, et surtout après plusieurs vagues de démissions des médecins enseignants, et sur intervention directe de Feu Sa Majesté le Roi Hassan II que Dieu L'ait en Sa Sainte Miséricorde, le droit des médecins hospitalo-universitaires à l'activité libérale a été accordé. Il a été légalisé par le décret 10-94 qui stipule que « les professeurs et professeurs agrégés de médecine sont autorisés à exercer la médecine de manière libérale dans les cliniques dénommées « Cliniques Universitaires » créées à cet effet par l'administration des Centres Hospitalo-Universitaires ou les organismes à but non lucratif autorisés à créer et à gérer des établissements de soins en vertu des textes législatifs les instituant ». En attendant la création de ces « cliniques universitaires », le texte de loi a autorisé les médecins-enseignants-chercheurs à commencer leur activité dans des cliniques privées dans des conditions très précises, et ce pour une période transitoire de cinq années.

Différents textes d'application ont délimité le temps qui doit être consacré par les professeurs et professeurs agrégés à l'activité libérale à deux demi-journées par semaine, c'est-à-dire à peu près 20 % de leur temps d'activité hebdomadaire. Autrement dit, 80 % de leur temps d'activité, soit 4 jours sur 5 ou huit demi-journées, sont consacrés à leur mission hospitalo-universitaire principale (soins, formation et recherche) à l'intérieur des hôpitaux universitaires. Les médecins-enseignants-chercheurs doivent donc bien continuer à travailler à plein temps pour leur mission hospitalo-universitaire (80 % de leur temps) avec un aménagement (20 %) consacré à une activité libérale.

II. Les nobles objectifs du TPA

L'instauration du TPA répondait à des besoins spécifiques, dont le fondement se trouve dans la morale et l'éthique de l'exercice de la médecine. Tout d'abord, la possibilité accordée aux professeurs de médecine d'exercer une activité libérale répond au respect de la relation médecin-malade, permettant au malade d'avoir le droit et le libre choix de son médecin, et aussi le droit du médecin à soigner tout malade qui le sollicite. Pourquoi empêcher les professeurs de médecine, censés être parmi l'élite médicale du pays — beaucoup parmi eux ayant accumulé des années d'expérience et formé des générations de

spécialistes — de voir les patients qui désirent les consulter, en dehors des conditions restrictives offertes dans les hôpitaux où ils exercent ? Il est également nécessaire de reconnaître le droit de tout patient qui, pour des raisons médicales, personnelles ou sociales, souhaite bénéficier de la consultation d'un professeur dans un autre cadre que celui de l'hôpital public.

Le deuxième objectif qui découle de ce principe de libre choix médecin-malade est l'ouverture des hôpitaux du CHU au public. En effet, au lieu de faire de ces hôpitaux des centres de référence tertiaires pour les patients ayant déjà passé le filtre du centre de santé, des hôpitaux régionaux ou celui des médecins privés, ces hôpitaux peuvent, au contraire, fonctionner comme toute institution de santé ouverte au public, et vers laquelle chaque citoyen peut se diriger pour demander directement l'avis d'un spécialiste de son choix selon la maladie qu'il présente. En procédant ainsi et en améliorant l'accueil, ces hôpitaux du CHU peuvent recevoir différentes catégories de patients, qu'ils soient démunis, payants ou pris en charge par un organisme tiers payant.

Le troisième objectif qui découle du deuxième est le soutien financier que cette activité privée peut rapporter au CHU. Il semble que cet objectif n'ait pas été considéré par les instances administratives chargées de l'application du TPA, qui n'ont vu dans l'aspect lucratif de cette activité

que la partie destinée à améliorer les salaires des enseignants que l'Etat ne pouvait augmenter. Pourtant, le législateur, à travers la Loi 10-94 instaurant le TPA, a bien vu cet aspect financier bénéfique pour le CHU. En effet, le législateur a autorisé les professeurs à pratiquer le TPA dans « les cliniques dénommées cliniques universitaires créées à cet effet par l'administration, les centres hospitaliers universitaires ou les organismes à but non lucratif ». En demandant à l'administration de la santé, et au CHU en particulier, de se doter de cliniques universitaires destinées au TPA, autrement dit d'aménager des pavillons à l'intérieur des hôpitaux des CHU destinés à assurer cette activité privée pour laquelle les professeurs sont autorisés, le législateur visait alors deux objectifs. Le premier consistait à garder les professeurs à l'intérieur de leurs services et de leurs hôpitaux pendant tout le temps de leur activité, leur permettant réellement de se consacrer à leurs missions de soins, de formation et de recherche, tout en consacrant un peu de leur temps à leurs patients privés. Le second objectif visé par le législateur est évidemment l'apport financier aux hôpitaux des CHU à travers la gestion de cette activité privée, dans la mesure où 60 à 80 % des recettes reviendraient à l'hôpital où les professeurs pratiqueraient cette activité privée. En effet, si on prend l'exemple d'une clinique privée, les honoraires médicaux représentent généralement entre 15 à 30 % de l'ensemble des frais des soins médicaux que les patients ou leurs assurances paient.

Avec 550 professeurs et professeurs agrégés exerçant aujourd'hui au CHU de Rabat et qui ont été poussés à se disperser dans les différentes cliniques de la Wilaya de Rabat, il est facile d'imaginer le montant des recettes que le CHU aurait pu réaliser à travers cette activité privée, et qui aurait pu améliorer de façon remarquable, aussi bien la qualité des locaux et des équipements, que la qualité des soins et le confort des patients.

Tels sont les nobles objectifs du TPA dont les bienfaits sur la qualité des soins et le moral du personnel médical dans les hôpitaux universitaires, ont été démontrés depuis des décennies dans les pays développés, dont la plupart ont adopté ce système pour l'activité médicale hospitalière dans leurs CHU. En France par exemple, le système de TPA pour les professeurs de médecine a été mis en place en même temps que la création des premiers CHU français entre 1958 et 1960. En effet, dès le début, les ministres français de l'Education Nationale et de la Santé ont compris qu'attirer l'élite des médecins dans les CHU requièrait un statut attractif basé sur deux avantages essentiels : tout en faisant partie du personnel de l'Education Nationale, (i) ils perçoivent en plus un deuxième salaire du Ministère de la Santé pour leur activité de soins (c'est le cas aussi pour les médecins enseignants des CHU marocains); mais (ii) «il fallait apporter une attractivité supplémentaire en leur donnant la possibilité

de poursuivre une consultation privée, ce qui avait en outre l'avantage d'attirer une nouvelle clientèle dans le système hospitalier, et de faire réellement passer l'hôpital du système paupériste à une ouverture à toutes les catégories sociales » (10)(11).

Dans une note de synthèse sur les centres hospitaliers universitaires rédigée le 28 septembre 1960, les ministres français de l'Education Nationale et de la Santé apportaient les précisions suivantes : « la fonction à plein temps n'est pas comme on l'a parfois dit, une fonctionnarisation de la médecine hospitalière. Les professeurs et maîtres de conférences peuvent être appelés en consultation en ville. Ils peuvent recevoir à l'hôpital des malades personnels en consultation deux fois par semaine. Ils peuvent les faire hospitaliser dans des lits mis à leur disposition à cet effet... ». Le même jour, dans une réunion avec les doyens des facultés de médecine, le ministre de l'Education Nationale français ajoute les précisions suivantes : « la médecine à plein temps n'exclut pas une part de médecine privée, et cela est tout à fait essentiel si l'on veut éviter une fonctionnarisation des médecins, si l'on veut que l'hôpital soit largement ouvert sur le dehors, et que le médecin reste en contact avec une clientèle différente de la clientèle hospitalière traditionnelle. À l'hôpital, les médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux sont autorisés à recevoir en consultation deux fois par semaine

leurs malades personnels (qu'ils sont également autorisés à faire admettre à l'hôpital). Un certain nombre de lits leur est réservé à cet effet... »(10).

Au Maroc, les mêmes objectifs étaient à l'origine de la revendication de TPA pendant des années par les médecins enseignants. Le texte de loi qui l'a instauré a également essayé de tracer les grandes lignes qui mènent vers ces objectifs. Cependant, l'application du TPA telle qu'elle a été faite depuis son instauration il y a plus de vingt ans a complètement scotomisé ses objectifs et risque, si elle continue ainsi pendant quelques années, de compromettre sérieusement l'avenir de la formation médicale dans notre pays.

III. Tel qu'il est appliqué, le TPA est un désastre pour les CHU, aussi bien pour la qualité des soins que pour la formation médicale et la recherche

Nous avons vu plus haut que le texte de loi qui a instauré l'exercice du TPA (Loi 10-94) précise trois conditions fondamentales à cet exercice :

— La catégorie de médecins enseignants autorisée à pratiquer le TPA : les professeurs et les professeurs agrégés.

— Le lieu d'exercice du TPA : « cliniques universitaires créées par l'administration, les centres hospitaliers universitaires ou les organismes à but non lucratif ». Le législateur précisait, que dans l'attente de la création des

cliniques universitaires par les parties visées et pour une période transitoire de cinq ans, les médecins concernés peuvent exercer le TPA dans « les cliniques qui ont conclu avec l'administration une convention déterminant l'étendue des obligations de la clinique vis-à-vis de l'administration d'une part, et vis-à-vis desdits médecins d'autre part ».

— L'administration et l'Ordre National des Médecins sont chargés de fixer et de contrôler l'exercice du TPA dans lesdites cliniques.

Effectivement, au début de l'application du TPA (1993-94), pratiquement tous les professeurs et professeurs agrégés désireux d'exercer cette activité ont pu obtenir une autorisation individuelle écrite du Conseil de l'Ordre des Médecins via l'administration du CHU. Sur cette autorisation sont précisés aussi bien le nom de la clinique où le médecin enseignant exerce régulièrement, que les deux demi-journées de la semaine pour lesquelles il est autorisé à exercer le TPA. Ainsi, à Rabat par exemple, en l'espace d'un an ou deux, plus d'une centaine de médecins enseignants vont se trouver répartis sur une dizaine de cliniques privées qui existaient à l'époque à la Wilaya de Rabat-Salé, pour y exercer leur TPA d'une manière provisoire, en attendant d'être réunis dans une ou plusieurs cliniques universitaires, comme le stipule la loi.

Cependant, des irrégularités vont très rapidement apparaître et entacheront la pratique du TPA dans les cliniques privées: le non-respect par certains collègues de l'exercice dans un lieu fixe, le non-respect des deux demi-journées par semaine, le non-respect du montant des honoraires, etc. Quant aux administrations de tutelle (CHU, Université, Ministère de la Santé, Ministère de l'Enseignement Supérieur), censées veiller à la mise en place des textes d'application (pour la période transitoire de 5 ans) et surtout à la construction de cliniques universitaires (pour la solution durable), elles vont, avec le Conseil de l'Ordre des Médecins, continuer (pour la période transitoire de 5 ans) à assister passivement à l'anarchie progressive qui s'installait dans la pratique du TPA. D'autant plus que [le nombre] de cliniques dans la Wilaya de Rabat-Salé va doubler, voire tripler en quelques années, au fur et à mesure que le nombre de professeurs et professeurs agrégés arrivaient dans ces cliniques.

Avec la fin de la période transitoire des 5 ans (novembre 2001), qui ne verra la construction d'« aucune clinique universitaire », le TPA sera tacitement « légalisé » dans l'ensemble des cliniques privées dans les différentes villes où se trouve un CHU, voire même en dehors de ces villes. En effet, les médecins enseignants qui l'exercent ne seront plus assujettis (après la période transitoire de 5 ans) à une autorisation de l'administration

ou du Conseil de l'Ordre, et seront libres d'exercer leur TPA là où ils veulent et quand ils veulent. À Rabat par exemple, il y avait en 2012 plus de 550 professeurs et professeurs agrégés qui exerçaient le TPA dans les cliniques privées de la région de Rabat-Salé. Selon la liste des cliniques privées publiée par le Conseil de l'Ordre de la région nord-ouest en 2007, il y avait jusqu'à cette date dans la région de Rabat-Salé-Zemmour-Zaïers 40 cliniques totalisant plus de 700 lits. Plus des 2/3 de ces cliniques ont été construites après 1994, soit immédiatement après l'instauration du TPA. Il faut ajouter à ces cliniques d'exercice médical, les laboratoires d'analyses, toutes spécialités confondues, et les cliniques et cabinets de chirurgie dentaire où exercent les professeurs et professeurs agrégés des Facultés de médecine dentaire et des sections des sciences fondamentales des deux Facultés.

Avec cette augmentation exponentielle du nombre de cliniques privées en l'espace de vingt ans, du nombre de praticiens de TPA et de la diversité des lieux de cet exercice (60 à 70 lieux différents pour Rabat entre cliniques, laboratoires et cabinets médico-chirurgicaux), il est difficile, voire illusoire d'imaginer un quelconque contrôle exercé, aussi bien par l'administration que par le Conseil de l'Ordre sur ce type d'exercice médical. D'ailleurs, on parle souvent de certains professeurs qui seraient actionnaires dans des cliniques privées tout en

étant médecins-enseignants. D'autres étaient détachés par l'Université pour travailler dans une clinique privée à temps plein, tout en continuant à percevoir leurs salaires de médecins enseignants-chercheurs.

Entre fin 2012 et début 2013, des discussions ont été engagées entre les ministères de tutelle (Enseignement Supérieur et Santé) et les médecins enseignants (par l'intermédiaire de leur syndicat) au sujet des moyens à mettre en place pour assainir la pratique du TPA. Mais la solution de départ, préconisée par le législateur (loi 10/94), permettant cet exercice à l'intérieur des hôpitaux universitaires pour sauvegarder le temps, et la dignité des professeurs et améliorer les recettes des hôpitaux, a encore été reportée à une date ultérieure. En effet, une nouvelle solution, encore provisoire, a été préconisée par les ministères de tutelle, qui garde l'exercice du TPA ouvert dans toutes les cliniques privées, mais qui limite le temps de son exercice aux seules journées de vendredi après-midi et aux samedis-dimanches. Il est évident qu'une telle « solution » (si elle est appliquée et respectée) va renforcer l'anarchie en livrant, par exemple, à Rabat, plus de 550 professeurs de médecine, de pharmacie et de médecine dentaire à faire la queue les weekends devant les blocs opératoires et les bureaux de consultation des différentes cliniques privées de la région de Rabat-Salé. Cette solution va entacher davantage la dignité des

médecins-enseignants-chercheurs déjà largement entamée par les conditions de travail, comme nous l'avons déjà vu, et pousser la plupart à la démission. Faut-il rappeler qu'une des raisons principales à l'origine de l'instauration du TPA il y a 20 ans était justement de tenter de limiter le départ prématuré des médecins-enseignants-chercheurs, et qui était à l'origine d'une insuffisance chronique en encadrement, avec une réduction drastique du nombre des lauréats de nos facultés de médecine, pharmacie et médecine dentaire, d'où le problème que vit aujourd'hui le Maroc en matière de densité médicale/population. Il est bien évident que, dans de telles conditions, la prise en charge des patients va également (en) pâtir.

Ainsi, après plus de vingt ans d'une application « anarchique » du TPA, on est bien loin de son noble objectif initial.

Les conséquences de cette anarchie, qui semble délibérément tolérée ou impossible à gérer, aussi bien par l'administration de tutelle que par le Conseil de l'Ordre, sont évidentes :

— **La présence régulière des médecins enseignants dans leurs services hospitaliers est problématique.** Ceux qui ne respectent plus la limitation aux deux demi-journées par semaine de TPA se font de plus en plus rares dans leurs services hospitaliers, et même pour ceux qui la respectent, la prise en charge de patients hospitalisés

ou opérés dans une clinique au centre-ville, ou parfois en dehors de la ville siège du CHU, nécessite des visites quotidiennes, voire pluriquotidiennes, avec tout ce que cela demande comme temps, pris bien entendu, sur le plein temps hospitalier. En plus des soins des patients dans les services hospitaliers, on sait que la plus grande partie de la formation médicale se passe au lit du malade, puisque chaque service hospitalier reçoit, en moyenne, 10 à 15 étudiants « externes » par jour (stage hospitalier des étudiants des 3^e, 4^e et 5^e années), et 5 à 15 résidents en formation dans chaque spécialité médicale. L'expérience montre que pour qu'un médecin enseignant s'acquitte quotidiennement de ses deux tâches de soins et de formation, il doit passer un minimum de 8 heures par jour dans le service hospitalier. Pour s'acquitter de sa tâche de recherche qui représente la troisième mission non moins importante du médecin enseignant, il doit consacrer trois à quatre heures par jour à des réunions de groupes de travail sur les projets de recherche, à la rédaction de publications, à la préparation de travaux scientifiques ou à revoir avec les jeunes résidents et les étudiants des thèses, des mémoires ou des travaux de recherche divers. Il est illusoire de demander à un médecin enseignant « volatile » entre l'hôpital et une ou plusieurs cliniques de ville, d'assurer à l'hôpital une présence constante et prolongée pour répondre aux exigences de ces différentes fonctions académiques.

Cette absence d'une partie (plus ou moins importante) des membres d'une équipe médicale dans un service hospitalo-universitaire handicape fortement la formation des étudiants et des résidents. En effet, les visites au lit des malades qui doivent être quotidiennes, surtout qu'elles constituent le moment essentiel pour l'apprentissage des étudiants en médecine en stage, sont très souvent écourtées ou réduites, voire même supprimées dans certains services. Les consultations externes sont souvent délaissées par les anciens et assurées par les résidents; les séminaires, staffs des services et multidisciplinaires ne connaissent presque jamais la présence de tous les membres de l'équipe ou des équipes concernées; la préparation des thèses et des mémoires est souvent bâclée et/ou limitée à des généralités (rares sont les thèses et mémoires originaux); les publications scientifiques et les travaux de recherche de qualité sont de plus en plus rares. Il faut ajouter que ce manque d'intérêt pour les travaux scientifiques est encouragé par l'application d'un système d'avancement pratiquement systématique des enseignants-chercheurs des Facultés de Médecine et de Pharmacie et de Médecine Dentaire, basé beaucoup plus sur l'ancienneté que sur la production scientifique dans la plupart des cas.

— **La morale de la profession médicale, l'éthique et la conscience professionnelle sont de moins en moins cultivées chez les jeunes médecins en formation. Il**

est vrai que beaucoup de facteurs sont à l'origine de ces changements dans l'évolution de l'enseignement médical et ne sont pas spécifiques à notre pays. Néanmoins, l'exemple donné par certains de leurs aînés, absents ou se pressant pour finir la visite médicale ou leur confiant la consultation des patients externes pour aller s'occuper de leur clientèle privée, démoralise beaucoup de jeunes médecins, qui sont d'ailleurs souvent interloqués quand ils apprennent que certains de leurs professeurs ou chefs de services sont actionnaires de cliniques privées. Ces situations restent encore rares certes, mais pourraient augmenter si rien n'est fait pour y remédier.

— **La majorité, sinon la totalité des patients ayant la possibilité d'assurer la prise en charge de leurs soins (patients payants ou avec un tiers payant) a déserté l'hôpital et suivi les médecins enseignants dans les cliniques privées.** La dégradation progressive, aussi bien des locaux que des conditions de travail, l'absence du minimum requis pour l'accueil et les soins des patients, les poussent encore plus à aller vers les cliniques privées, à partir du moment où le TPA leur offre la possibilité de choix, au niveau de ces cliniques, parmi les meilleures compétences existantes au CHU.

Cette situation engendre, bien entendu, une perte financière très importante pour les hôpitaux universitaires. Pour approcher cette perte, il suffit de faire deux constatations :

- L'évolution du nombre de lits d'hospitalisation dans le secteur privé et au niveau du CHIS depuis l'instauration du TPA en 1994 : le nombre de cliniques à la Wilaya de Rabat et leur capacité totale ont été multipliés par trois (319 lits dans les cliniques privées existantes jusqu'en 1994, et 936 lits dans les cliniques privées de Rabat recensés en juillet 2007 et plus de 1100 en 2012, (liste des cliniques publiée annuellement par le Conseil de l'Ordre des médecins). Au CHIS en revanche, la capacité totale de ses hôpitaux figée depuis sa création (1983), accuse une importante diminution au cours des dix dernières années (3250 lits en 2001 et 2458 lits en 2010, soit une diminution de 24,3 % (Bilans du CHIS, 2001 et 2010). Sur l'ensemble de cette capacité litière fonctionnelle, le taux d'occupation moyen sur les dix dernières années varie entre 70 et 77 %.

- Cette explosion de la capacité dans le secteur privé, provoquée en grande partie par l'arrivée des médecins enseignants qui pratiquent le TPA, est expliquée par le caractère lucratif de cette pratique.

Il est difficile de comprendre comment les CHU et leurs administrations de tutelle ont ignoré l'importance de l'aspect financier du TPA surtout que, depuis la fin de la période transitoire (novembre 2001), la plupart des médecins enseignants pratiquant le TPA ne cessent de réclamer l'organisation de ce TPA à l'intérieur des hôpitaux (TPA intra-muros).

Il est donc urgent que l'administration du CHIS et le Ministère de la Santé soient attentifs aux doléances des médecins enseignants, pour instaurer urgemment la pratique du TPA à l'intérieur des hôpitaux du CHIS, appliquant ainsi le texte de loi initial précisant que le TPA doit être pratiqué dans des « Cliniques Universitaires » construites à cet effet par l'administration des CHU.

CHAPITRE IV

LE CH IBN SINA ASSURE-T-IL SES MISSIONS ?

Tel que précisé précédemment, trois missions constituent la spécificité et l'excellence des centres hospitalo-universitaires : les soins, la formation et la recherche. Pour assurer ces missions, le CHU se doit de réunir dans ses hôpitaux les compétences les plus pointues et les équipements biomédicaux les plus modernes. Il se doit également de mettre en place une organisation rigoureuse des soins, des programmes de formation régulièrement évalués par des instances indépendantes et des unités de recherche dont les résultats constituent la source des innovations diagnostiques et thérapeutiques et le moyen incontestable qui assure le rayonnement du CHU à l'échelle nationale, régionale et internationale.

À travers l'exemple du CHIS de Rabat, nous avons constaté que ces conditions étaient loin d'être réunies dans la plupart des services hospitaliers : les moyens techniques biomédicaux obsolètes et les compétences humaines

lourdement entamées par le plan des départs volontaires (2005) et par les vagues successives des démissions. Pour ceux qui y exercent toujours, ils souffrent de l'anarchie qui règne dans la pratique du TPA, de l'absence des normes dans la pratique des soins et dans le contrôle de l'exécution des programmes de formation. Le système de gouvernance quant à lui, en lutte permanente pour le pouvoir et la centralisation des décisions, brille par son incohérence et son inertie ; tout cela handicape sérieusement le CHIS dans l'accomplissement de ses missions.

I. Insuffisances dans la mission des soins

Les hôpitaux universitaires sont, en principe, destinés à prendre en charge les soins tertiaires ; autrement dit, faire face aux pathologies difficiles et complexes référées des hôpitaux provinciaux. Rappelons encore que le CHIS reçoit les patients des hôpitaux provinciaux (comme les autres CHU), mais continue à recevoir régulièrement (10 à 30 % des admissions selon les spécialités) des patients référés par les autres CHU (Casablanca, Marrakech, Fès et Oujda), ce qui souligne la notoriété dont il jouit à l'échelle nationale.

Plusieurs indicateurs montrent les déficits dont souffre la qualité des soins dans les hôpitaux du CHIS :

1- L'absence d'organisation et de critères de « sélection » des patients transférés par les hôpitaux provinciaux ou par

les médecins du secteur libéral se traduit souvent par un transfert de patients porteurs de pathologies primaires ou secondaires, beaucoup plus que de pathologies tertiaires. À titre d'exemple, en neurochirurgie, plus de 50 % des patients référés en urgence des hôpitaux périphériques viennent pour des traumatismes crâniens de moyenne gravité ou pour une pathologie vertébro-médullaire, qui peuvent être pris en charge dans les hôpitaux provinciaux où existent des médecins spécialistes (neurochirurgiens). Cette situation existe dans toutes les spécialités. Elle était concevable il y a 30-40 ans, mais aujourd'hui, avec le nombre de spécialistes exerçant dans les hôpitaux provinciaux, elle perdure à cause de l'absence d'une organisation adéquate dans le transfert des patients entre les hôpitaux.

Les raisons souvent invoquées sur les lettres médicales de transfert sont soit la panne des moyens d'exploration à l'hôpital provincial, ou le manque de dispositifs médicaux ou de matériel pour opérer. D'ailleurs, quand on regarde les bilans annuels successifs des différents hôpitaux du CHIS, le nombre d'interventions chirurgicales pratiquées dans les services d'urgence représente environ 50 % pour l'ensemble du CHIS (49,1 % sur le bilan de l'année 2010). Quand on regarde le niveau de complexité des interventions chirurgicales pratiquées, on voit que seul un tiers (33 % sur le bilan 2011) pourrait constituer des interventions sur des pathologies de niveau tertiaire. Les

hôpitaux de nos CHU restent donc submergés par des pathologies primaires et secondaires, ce qui se fait, bien entendu, au détriment des patients qui ont besoin des soins tertiaires en urgence et dont la prise en charge est retardée ou reportée à cause de l'encombrement des urgences ou du manque de places dans les services d'hospitalisation.

2- Malgré son ancienneté (1962), le CHU de Rabat manque encore de services de spécialités médicales dont certaines sont fondamentales, aussi bien pour les soins que pour la formation : la génétique, l'hématologie, les maladies infectieuses, la médecine physique et la médecine légale. L'Hôpital d'Enfants de Rabat, créé depuis bientôt 40 ans, ne dispose toujours pas de services ou d'unités dédiés à certaines spécialités comme la neurochirurgie, la neurologie, l'ophtalmologie et l'oto-rhino-laryngologie. Les enfants souffrant des pathologies relevant de ces spécialités sont pris en charge à l'Hôpital des Spécialités, conçu au départ pour adultes, sans aucun environnement adapté aux enfants. Pour les cas urgents, cette prise en charge est assurée tant bien que mal depuis plusieurs années grâce au dévouement des médecins des deux hôpitaux qui ne cessent de se déplacer avec leurs patients, de nuit comme de jour, de l'Hôpital d'Enfants vers l'Hôpital des Spécialités pour les faire opérer, et les transporter immédiatement après la chirurgie à l'Hôpital d'Enfants pour les soins et le séjour en réanimation pédiatrique. Depuis plus de 30 ans, plusieurs rapports envoyés par

les médecins de garde aux responsables administratifs relatant ces difficultés de prise en charge et les aggravations qui en résultent (parfois fatales) n'ont rien changé à la situation à ce jour.

La réticence de certains pionniers, peu nombreux à l'époque, à encourager l'ouverture de leur discipline aux spécialités et sous-spécialités, a probablement retardé la naissance de ces spécialités manquantes. Mais cette situation devient aujourd'hui difficile à comprendre dans un CHU qui compte plus de 500 enseignants-chercheurs. En réalité, elle trouve ses raisons dans les conditions de travail et dans la pénurie des moyens techniques qui ne permettent pas de créer de nouvelles spécialités ou sous-spécialités, mais aussi dans la gestion actuelle des carrières des enseignants-chercheurs (sur laquelle nous reviendrons), permettant peu ou pas de visibilité à long terme. Ceci pousse la majorité d'entre eux à avoir en permanence le regard rivé sur le privé, et préfèrent plutôt évoluer en tant que généralistes dans leur spécialité, en attendant de démissionner dès que le ras le bol des conditions du travail hospitalier aura pris le dessus.

Il est bien évident que ce manque de spécialités et de sous-spécialités limite considérablement la qualité des soins, et porte ainsi préjudice aux patients qui souffrent de pathologies relevant de ces disciplines manquantes. Si cet état de détresse perdure dans nos CHU, il leur sera difficile de généraliser la pratique d'une médecine

moderne, vu que celle-ci est basée sur une prise en charge multidisciplinaire du patient, où chacun des membres, voire plusieurs, est expert dans une sous-spécialité.

3- Autre donnée importante illustrant les limites de nos CHU pour assurer des soins de haut niveau, le retard accusé dans le domaine de la transplantation d'organes et de tissus humains. La transplantation rénale, parfaitement maîtrisée en Europe et dans beaucoup de pays depuis plus de 30 ans, reste encore à ses débuts au Maroc, avec une moyenne de 5 à 7 cas par an (1 cas au CHIS de Rabat sur le bilan de 2010). Ainsi, le Maroc, dans ce domaine, est loin derrière des pays de niveau socio-économique similaire, comme l'Égypte, la Tunisie, l'Iran, l'Arabie Saoudite ou la Jordanie, ...etc. Le nombre de patients bénéficiant d'une greffe rénale varie aujourd'hui de 80 à 100 par an en Tunisie, et de 300 à 500 par an en Égypte (12) (13). Sur l'ensemble des reins greffés actuellement dans les pays développés, plus de 80 % provient de donneurs en état de mort cérébrale, et le reste provient de donneurs vivants. Au Maroc, la quasi-totalité des rares cas greffés provient de donneurs vivants, étant entendu que les prélèvements à partir de donneurs en état de mort cérébrale nécessitent une infrastructure et une organisation plus complexes que nos CHU n'ont pas encore développées. Il est également inutile de rappeler l'énorme besoin du Maroc pour développer la greffe rénale compte tenu du grand nombre de patients

jeunes en insuffisance rénale maintenus en vie grâce à la dialyse, et dont la greffe constituerait le traitement idéal et radical.

Si les performances du CHU restent en deçà des attentes dans la pratique de la greffe rénale, qui reste la plus répandue et la mieux codifiée, il lui est difficile, dans son état actuel, de réaliser des greffes d'organes plus complexes telles que les greffes de cœur, de foie ou des poumons, couramment pratiquées dans les pays développés. Alors que le Maroc et la Tunisie ont réalisé leurs premières greffes cardiaques à la même période (1993 par le Pr. M. Fourati en Tunisie, et 1995 par le Pr. W. Maazouzi à Rabat), la Tunisie a continué à en réaliser, totalisant 17 cas jusqu'à 2011 (14). Au Maroc, aucune autre greffe cardiaque n'a suivi celle de 1995. En effet, contrairement à toutes les autres greffes d'organes, la transplantation cardiaque ne peut se faire qu'à partir d'un donneur en état de mort cérébrale, ce qui nécessite, comme mentionné précédemment, une logistique et un haut niveau de perfectionnement des services hospitaliers concernés. Pour la greffe de foie, la plus pratiquée après celle des reins (plus de 100 cas/an en France), aucune n'a été réalisée à ce jour dans nos CHU, alors que la Tunisie en pratique 3 à 4 par an dans deux CHU accrédités pour la pratique de la greffe de foie (CHU Sahloul à Sous et le CHU Mongi Slim à Tunis (15).

À noter que les transplantations d'organes ne sont plus considérées aujourd'hui comme des exploits de la chirurgie, mais font plutôt partie, dans les pays développés, de la routine de beaucoup de CHU. C'est ainsi que la France a franchi en 2012, la barre des 5000 patients ayant subi une greffe d'organe, avec 3044 greffes du rein, 1161 greffes du foie, 397 greffes du cœur, 322 greffes du poumon et 72 greffes du pancréas. Des cas de patients qui reçoivent, au cours de la même intervention, la greffe de 2-3 voire 5 organes sont de plus en plus nombreux dans la littérature médicale (16) (17).

À ce retard constaté dans la transplantation d'organes, s'ajoute celui accusé dans les greffes ou les transplantations des tissus humains. L'exemple le plus édifiant est représenté par la greffe de cornée qui permet de rendre la vue à des milliers de patients qui souffrent de cécité ou d'une importante dégradation de leur vision, secondaire à une diminution de la transparence de leur cornée. La technique consiste à prélever une cornée sur l'œil d'un patient décédé, et remplacer celle d'un patient vivant souffrant d'une cécité ou pré-cécité à cause de l'opacité de sa cornée, et lui rendre ainsi la vue. Cette technique, pratiquée depuis plus de 60 ans, est actuellement bien codifiée et disponible dans tous les CHU et cliniques à travers le monde. Dans les pays d'Afrique du Nord, on estime actuellement à 300-400 greffes de cornée par an en Algérie et 500 à 1000 en Tunisie, (18) (12). Au Maroc, il y a eu 6 cas de

greffes de cornée au CHU de Rabat (bilan 2010). Seule une clinique privée de Rabat, qui dispose actuellement d'une autorisation pour l'importation des greffons à partir d'une banque américaine de tissus, pratiquerait entre 100 et 120 greffes par an, ce qui porte à environ 150 le nombre de patients qui bénéficient actuellement d'une greffe de la cornée au Maroc.

Cette carence, aussi bien dans la transplantation des organes que dans celle des tissus, s'explique en partie par les dysfonctionnements précédemment énoncés, en particulier la mise à jour des technologies de pointe, la formation, le maintien et la motivation du personnel qualifié, l'adaptation des locaux et l'organisation des équipes multidisciplinaires. Elle s'explique également par l'inertie des autorités politiques en matière de législation, de création et de gestion des banques d'organes et de tissus humains et la mise en place d'une organisation rigoureuse des prélèvements, de la conservation et du transport d'organes et tissus prélevés avant de les greffer ou de les transplanter.

Avec ces trois exemples : la dominance des soins primaires et secondaires sur les soins tertiaires, l'absence de plusieurs spécialités indispensables, le retard dans plusieurs secteurs de soins de pointe comme la transplantation d'organes et de tissus, il semble évident que nos CHU ne sont pas aujourd'hui la référence nationale en matière de soins complexes et innovants, ce qui devrait être leur spécificité.

II. Une mission de formation qui peine à porter ses fruits

Il est évident que la qualité des soins (technicité et expertise) constitue le fondement de la qualité de formation qu'un CHU peut dispenser à ses jeunes étudiants et médecins. Autrement dit, ces jeunes médecins ne peuvent se perfectionner que dans le type de soins dispensés dans les services hospitaliers qu'ils fréquentent, ne peuvent se familiariser et/ou s'orienter que vers les spécialités qui existent, et enfin ne peuvent se forger un modèle de pratique de la médecine que celui fondé sur le modèle de pratique et d'organisation interdisciplinaire et multidisciplinaire qu'ils ont connu au cours de leur formation.

De plus, et contrairement aux autres types de formation, la médecine est davantage tributaire des stages dans les hôpitaux universitaires que des cours théoriques à la Faculté. Les cours théoriques constituent, certes, l'entrée en matière pour les études médicales, mais ce sont surtout les stages hospitaliers qui bâtissent les fondements de la formation de l'étudiant en médecine. D'ailleurs, au cours de ses sept années d'études, l'étudiant passe moins de quarante pour cent (40 %) de son temps d'apprentissage dans les amphithéâtres de la Faculté, et plus de soixante pour cent (60 %) dans les services hospitaliers. Quant

au résident (médecin en cours de spécialisation), son apprentissage se fait en quasi-totalité à l'hôpital. De plus, vu que la formation théorique est aujourd'hui disponible dans les livres et sur des supports E-Learning, alors que la formation pratique ne peut être acquise que par une longue exposition à l'observation directe, à la démonstration méthodique et à la pratique guidée, on comprend aisément que la qualité de la formation en médecine dépend essentiellement de la qualité des terrains de stage, du niveau des soins et des compétences des hôpitaux des CHU.

Il y a vingt ans, la qualité de la formation médicale au Maroc était parmi les meilleures, sinon la meilleure au niveau régional. Certains décideurs politiques avaient souvent usé de cet argument de qualité, au détriment de la quantité, ce qui a causé un grand retard dans la création des facultés de médecine et des CHU au Maroc par rapport à nos voisins de l'Afrique du Nord, et par rapport à beaucoup d'autres pays de même niveau socio-économique. Nous reviendrons sur cet aspect quantitatif.

Pour comprendre cette dégradation de la qualité de la formation médicale dans nos CHU, il faut se rappeler de toutes les causes à l'origine de la « détresse de nos CHU », et que nous avons résumées dans les chapitres précédents. Il faut y ajouter un autre élément assez récent et qui s'aggrave d'année en année : le rajeunissement « excessif »

des professeurs, en particulier les chefs des services. Le rajeunissement des cadres est certes un facteur de vitalité et de dynamisme dans toute institution, à condition que celle-ci favorise le maintien de ces jeunes suffisamment longtemps à leurs postes pour s'y épanouir, et leur crée des conditions de travail leur permettant de s'engager résolument dans la carrière hospitalo-universitaire à long terme. Or, depuis une vingtaine d'années, nos CHU n'arrivent plus à mettre en place les mesures nécessaires d'incitation pour encourager les médecins-enseignants-chercheurs à opter pour une carrière hospitalo-universitaire de longue durée, d'où les vagues de démissions successives, essentiellement dues aux conditions de travail. Si la raison financière des démissions a pu, momentanément, trouver sa solution dans l'introduction du TPA en 1994, son application anarchique va en revanche mettre les médecins-enseignants-chercheurs face à une médecine privée de plus en plus lucrative (parfois sans limites ni contrôle), et une médecine hospitalière de plus en plus appauvrie. Les hôpitaux connaissent aujourd'hui une dégradation des conditions de travail sans précédent, et des vagues de démissions des enseignants des plus importantes. En plus, la mise en application des départs volontaires à la retraite (2005-2006) a provoqué une véritable hémorragie, vers le privé, des enseignants-chercheurs en médecine.

En conséquence, très peu de professeurs poursuivent la totalité de leur carrière au CHU jusqu'à leur retraite,

et la plupart n'y reste que quelques années après leur nomination comme chefs de service et démissionnent pour suivre l'appel du secteur privé. Il est difficile, avec cette instabilité des enseignants, en particulier ceux qui dirigent les services médicotecniques ou d'explorations (unités de formation), d'établir des normes dans les programmes de soins, de planifier le développement d'une spécialité à long terme, ou d'assurer le suivi des programmes de recherche. Or, la formation en médecine (le savoir technique ou le savoir-faire), indissociable de l'Education (savoir-être), a toujours été, le long de l'histoire de la médecine, et demeure, conditionnée par le côtoïement, des Maîtres, des Professeurs, des Leaders, des Patrons qui, par leur savoir, leur dévouement et leur charisme sont de véritables Ecoles dans différentes disciplines. Pour mériter ces qualificatifs de « Patron » et de « Maître », un chef de service se doit de dédier toute sa carrière professionnelle à la médecine hospitalo-universitaire, il doit soigner, former et organiser une équipe multidisciplinaire capable de prendre en charge toutes les pathologies de sa spécialité et assurer un rayonnement national, régional et international de la discipline qu'il enseigne ou qu'il dirige. Ce sont ces Patrons, ces Maîtres, ces Leaders, ces Professeurs-Ecoles qui captent l'admiration des jeunes et suscitent chez eux la vocation et l'amour de la profession médicale. Ils sont les repères du savoir dans un CHU, mais aussi les repères de la morale

et de l'éthique. Aujourd'hui, et compte tenu des conditions sus-mentionnées, ces « Patrons » et « Maîtres » se font de plus en plus rares dans nos CHU handicapant ainsi la transmission du savoir et la formation médicale.

Si la situation de nos CHU commence ainsi à se répercuter sur la qualité de la formation médicale, les effectifs des lauréats qu'ils forment chaque année sont loin d'assurer une démographie médicale suffisante pour accompagner l'évolution de la population marocaine. Ainsi, après que les effectifs des cadres enseignants, les plus expérimentés, se soient amenuisés suite aux départs volontaires à la retraite, les CHU se trouvent un an plus tard (2007) face au défi d'assurer une relève, dans le cadre de la « Convention-cadre de l'Initiative gouvernementale pour la formation de 3300 médecins par an à l'horizon 2020 ». Cette convention a été signée par le ministre de la Santé, le ministre de l'Enseignement Supérieur, et celui des Finances, et paraphée par le Premier Ministre. Cette initiative vise à former 3300 médecins par an dès 2020, et à améliorer la démographie médicale dans notre pays, pour passer de 6 à 10 médecins pour 10000 habitants. Ce ratio, 10 médecins/10000 habitants, reste inférieur à ceux de la densité médicale actuelle (2012) dans les pays voisins (14 médecins/10000 habitants en Tunisie, 12/10000 habitants en Algérie), et dans beaucoup d'autres pays de même niveau socio-économique. Il est à noter que pour répondre aux besoins de notre

pays en nombre de médecins, cette initiative, visant à former 3 300 médecins par an à l'horizon 2020, devrait à ce jour être dépassée, voire doublée pour permettre au Maroc de combler son déficit en nombre de médecins. Par ailleurs, il est impératif de revoir l'affectation des médecins à travers le pays de manière plus justifiée et équitable, et se donner les moyens d'appliquer l'ambitieux programme d'assurance-maladie obligatoire.

Voyons comment nos CHU ont répondu à cette initiative depuis 2007 à ce jour (6 ans après). En 2007, les 4 facultés de médecine existantes avaient enregistré un total de 892 étudiants inscrits (273 à Rabat, 286 à Casablanca, 177 à Fez, et 156 à Marrakech) (19). Le nombre total des lauréats en 2006 était de 703 pour les 4 facultés (5). Arriver à 3300 lauréats/an en 2020 reviendrait à augmenter l'effectif des lauréats de 250 annuellement. Selon la planification des cosignataires de l'Initiative en 2007, cette augmentation annuelle du nombre des lauréats devait se faire en augmentant le nombre d'étudiants inscrits dans les facultés existantes, en renforçant les capacités d'accueil et d'encadrement; mais aussi avec la création de cinq nouveaux CHU (Facultés de Médecine et Centres Hospitaliers) (19).

En observant la mobilisation de nos CHU pour l'exécution de cette initiative gouvernementale vitale pour l'avenir de la santé du pays, nous constatons que :

— l’Initiative prévoyait la création de cinq facultés de médecine avec leur CHU : en 2008 à Oujda, en 2011 à Agadir, en 2013 à Tanger, en 2014 (lieu non précisé), et une cinquième faculté privée en 2011. À ce jour, une seule de ces facultés a vu le jour à Oujda depuis 2008. Deux projets de création d’une Ecole de médecine privée à Rabat et à Casablanca sont en cours ; nous verrons plus loin que les CHU privés ne peuvent jouer qu’un rôle limité dans la formation médicale ;

— l’Initiative prévoyait également d’augmenter progressivement le nombre des étudiants inscrits chaque année dans les différentes facultés de médecine du Royaume. Ainsi, pour l’année universitaire 2012-13, le plan de l’Initiative prévoyait 3020 étudiants nouvellement inscrits. Dans la réalité, les cinq facultés existantes ont inscrit 498 étudiants à Rabat, 418 à Casablanca, 297 à Fes, 353 à Marrakech, 276 à Oujda, soit un total de 1842 étudiants, représentant 61 % de l’effectif prévu par l’initiative gouvernementale ;

— le plan de l’Initiative prévoyait aussi un effectif total des étudiants en médecine de 17300 pendant l’année universitaire 2012-13. En réalité, ils sont 2954 à Rabat, 2022 à Casablanca, 1998 à Marrakech, 1891 à Fez, 1071 à Oujda, soit un total dans les 5 facultés de 9936, ne représentant que 57 % de l’effectif prévu (20).

Au vu de ce qui précède, la mise en œuvre de l’initiative gouvernementale 3300 médecins à l’horizon 2020

pourrait être compromise. Une mise à niveau immédiate des CHU existants, leur permettant l'utilisation optimale des capacités de formation dont ils disposent, et la création de nouvelles facultés de médecine avec leurs centres hospitaliers, est un prérequis sans lequel le Maroc ne pourra combler son déficit en démographie médicale, donnée essentielle pour le développement économique et l'application de la réforme du système de santé à travers le pays.

III. Une mission de recherche peu valorisée

La recherche et l'innovation sont nécessaires pour la pérennité de la qualité des soins et de la formation. Les professeurs de médecine portent le titre de « professeur-enseignant-chercheur », ce qui montre le caractère indissociable des trois missions, mais aussi l'obligation des CHU de leur offrir des conditions de travail et d'organisation adéquates et favorables pour pouvoir les assurer. Les médecins-enseignants-chercheurs devraient évoluer, en principe, dans deux types de recherche : la recherche fondamentale, pratiquée en général dans les laboratoires des facultés de médecine ou d'autres établissements scientifiques et techniques dédiés, et la recherche clinique ou appliquée, pratiquée dans les hôpitaux universitaires, et qui est souvent destinée à l'évaluation des méthodes diagnostiques ou thérapeutiques au bénéfice des patients.

Dans nos CHU, ces deux types de recherche connaissent une grande stagnation, voire une régression. Certes, tous les lauréats des facultés de médecine de pharmacie et de médecine dentaire préparent des travaux de thèse à la fin de leurs études. La plupart des résidents préparent des mémoires de fin de spécialité ; mais la majorité de ces travaux sont des études rétrospectives sur des séries de cas cliniques où la méthodologie et le suivi à long terme, essentiels pour les conclusions de l'étude, font souvent défaut. Par conséquent, la finalité scientifique de ce grand nombre de manuscrits (thèses et mémoires) s'arrête souvent à la soutenance de thèse ou à la réussite de l'examen de fin de spécialité. D'ailleurs, la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat a arrêté depuis plusieurs années, pour des raisons non expliquées, la mention « d'échange avec les facultés étrangères », distinction que les jurys pouvaient attribuer à une thèse et permettre ainsi à la Faculté, un échange de ses meilleurs travaux avec les facultés étrangères. Très peu de ces travaux de thèse débouchent sur des publications, comme en témoigne l'évolution du nombre de publications médicales dans nos facultés et CHU, ce que nous verrons plus loin. Il en est de même pour les communications présentées dans les différents congrès et réunions médicales chaque année, toujours fondées sur les mêmes études rétrospectives, avec des conclusions peu informatives et qui donnent rarement matière à publication.

Quant à la recherche fondamentale qui doit se faire à l'université, un effort important de communication a été fourni au cours des dix dernières années pour mettre en exergue la volonté de la Faculté et de l'Université d'encourager la recherche. Il en a résulté une organisation des médecins-enseignants dans des structures de recherche (groupes ou laboratoires ou centres de recherche selon la dénomination officielle), et un grand nombre de projets de recherche soumis chaque année à l'Université. Mais là aussi, les résultats en matière de financement de ces structures de recherche et de leurs projets, et surtout en matière de suivi et d'accompagnement, restent encore rudimentaires avec très peu de résultats concrets sous forme d'innovations ou de publications scientifiques dans des revues internationales.

Trois exemples édifiants pourraient illustrer la carence de l'activité de recherche et les difficultés de son épanouissement dans l'état actuel des CHU :

— L'absence d'un lien juridique entre les hôpitaux universitaires et les facultés de médecine et de pharmacie rend l'évaluation et le suivi de la recherche et de la formation très difficiles. Cette absence de lien entrave également la gestion commune des moyens nécessaires pour la recherche et la formation. Il n'existe pas d'instance commune pour définir les devoirs et obligations de chaque institution en matière de recherche et de formation. Depuis

2005-2006, des Unités de Pédagogie et de Recherche (UPR) ont été créées à la Faculté, regroupant tous les médecins-enseignants-chercheurs d'une même spécialité. Ces unités ont été mises en place à un moment opportun, car elles ont permis, pour la première fois, d'unir tous les enseignants d'une même spécialité pour discuter des programmes de formation à la Faculté et à l'hôpital, ainsi que de la recherche. L'une des mesures phares prises par ces UPR est l'introduction du livret des externes (étudiants stagiaires) pour contrôler les stages hospitaliers que l'étudiant effectue le long de son cursus d'études médicales, le livret du résident pour le suivi du cursus de spécialité de chaque résident pendant toute sa spécialité, et un barème pour les notes des stages des résidents.

Il est cependant à noter que depuis la création de ces UPR en 2006, le fonctionnement de certaines d'entre elles ne se fait que grâce à la volonté et au dévouement de leurs coordinateurs et de certains de leur enseignants. En effet, peu de support logistique de fonctionnement a été accordé par l'université, les rapports des coordinateurs transmis chaque année au décanat de la faculté sur les insuffisances relevées dans l'exécution des programmes de formation restent sans réponse (séminaires de formation non faits, livret de l'étudiant externe ou du résident non appliqué, barème de notes de stage non respecté etc.). Ces rapports des UPR (plus de 40 UPR pour la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat) sont présentés lors

d'un seul Conseil de Faculté, qui dure 3-4 heures, et les rapports résumés en 3 présentations (celle des UPR de médecine, de chirurgie et des spécialités fondamentales). Il s'en suit une discussion sommaire, clôturant le bilan de formation de plus de 3 000 étudiants et environ 1000 résidents. Suite à ce Conseil de Faculté, celle-ci ne publie aucun rapport analysant les résultats de ces UPR, pour encourager l'effort consenti par les enseignants et par les coordinateurs dans ces rapports, et surtout pour pointer les critiques et relever les insuffisances qui pourraient permettre à tous les acteurs (enseignants, étudiants, administratifs de la Faculté) d'en tirer les conclusions et de suivre l'évolution de la formation à la Faculté et aux hôpitaux.

Quant au bilan annuel des hôpitaux universitaires (CHIS) comme nous l'avons vu, il ne fait aucune mention de la formation ou de la recherche, en dehors du nombre d'étudiants et de résidents qui fréquentent ces hôpitaux.

— Un deuxième exemple révèle la précarité de la recherche médicale dans nos CHU : l'évolution du nombre de publications scientifiques (publications médicales comprises) au cours des dix dernières années. Selon le rapport de l'Agence Thomson-Reuters sur la recherche en Afrique, le Maroc est passé de la troisième place en 2003 (derrière l'Afrique du Sud et l'Égypte) à la sixième place en 2009 (3 100 publications scientifiques), derrière

l’Afrique du Sud (14 000 publications), l’Égypte (10 000), la Tunisie (4 300), le Nigéria (4 200) et l’Algérie (3 200). Les mêmes résultats ont été rapportés dans une étude faite à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, et qui a été présentée dans un Conseil de Faculté en 2010.

— Un troisième exemple illustrant cette stagnation, voire la régression de la recherche médicale et de son corollaire, la production scientifique, est retrouvé dans l’étude de l’évolution des épreuves des titres et travaux des médecins-enseignants admis aux concours universitaires. Pour approcher cette donnée, nous avons pris la liste de l’ensemble des professeurs et professeurs agrégés exerçant actuellement au CHU de Rabat. Les plus anciens, encore en exercice, ont passé leur concours d’agrégation en 1980. Pour juger l’évolution du nombre de publications scientifiques mentionnées dans les épreuves des titres et travaux des lauréats des concours d’agrégation successifs depuis 1980, nous avons pris, au hasard, une promotion tous les cinq ans de 1980 à 2010, et avons cherché sur leurs épreuves de titres et travaux, le nombre de publications scientifiques mentionnées sur chaque épreuve.

Il ressort de cette étude que le nombre moyen de publications par promotion connaît une régression nette depuis les années 1980 à ce jour (passant de 23 à 5).

Comment expliquer cette carence en publications scientifiques ? Pourquoi la place de la recherche scientifique est-elle minimisée dans l’évaluation des candidats ?

Il est vrai que les conditions de travail ne favorisent pas la production scientifique des jeunes et des moins jeunes, mais les vraies raisons résident dans trois mesures prises par l'université et/ou la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, il y a une dizaine d'années :

- L'absence d'un quota obligatoire de publications pour se présenter aux concours ;

- L'application d'une « grille de cotation pédagogique » par les jurys des concours qui n'avantage pas les publications scientifiques dans l'évaluation des épreuves des titres et travaux scientifiques des candidats aux postes d'enseignants-chercheurs à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat. Sur une note globale de 100 points réservée à l'épreuve de titres et travaux scientifiques, seuls 16 sont accordés aux publications scientifiques : soit 3,2/20. Le reste, 16,8 points sur 20, sont attribués à des activités désignées sur la grille comme suit : (i) « production pédagogique » (polycopiés, manipulations au laboratoire, diaporama, page web, ...etc.), (ii) « encadrement pédagogique » (activités hospitalières, encadrement des ressources humaines, suivi de fonctionnement d'unités de soins, ...etc.), (iii) « responsabilité pédagogique » (participation à la gestion d'un module, d'un service, d'un diplôme, d'une commission, ...etc.), (iv) « encadrement scientifique », (v) « responsabilité scientifique », (vi) « activités d'innovation et de valorisation », etc. Toutes ces activités, qui s'accaparent la quasi-totalité de la note,

16.8/20, sont généralement exercées, à des degrés variables, par les résidents et surtout par les professeurs assistants au cours de leur cursus hospitalo-universitaire. Ainsi, quelle que soit l'exigence des jurys, les candidats peuvent facilement obtenir leur moyenne sur les épreuves des titres et travaux, abstraction faite des notes réservées aux publications (3.2/20). De plus, il n'y a pas de note éliminatoire pour cette épreuve ;

- Si les jeunes enseignants-chercheurs réussissent les concours de professeur agrégé en ayant si peu de publications à leur actif, il est peu probable qu'ils en produisent plus tard dans leur carrière. En effet, la titularisation des professeurs agrégés (en tant que professeurs de l'enseignement supérieur) ainsi que leur évolution de carrière se font essentiellement en fonction de l'ancienneté (décret de 1997 déjà mentionné).

Ce type d'évaluation des compétences n'est pas spécifique à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat. La situation est la même dans toutes les autres facultés de médecine nationales qui connaissent une déficience encore plus importante en matière de publications scientifiques : un rapport publié par la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat à l'occasion de son cinquantième (Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat : Histoire et évolution, 2012), présente des diagrammes de comparaison des publications scientifiques entre les cinq facultés de médecine nationales. Ces diagrammes

révèlent que, malgré les problèmes cités précédemment, la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat vient en tête, et enregistre une production scientifique largement supérieure aux autres facultés. Ainsi, selon ce rapport, qui se réfère aux articles mentionnés dans la base de données bibliographique Scopus, la Faculté de Médecine de Rabat a totalisé 475 publications en 2011 contre 155 pour la Faculté de Fes, 120 pour la Faculté de Casablanca, 108 pour celle de Marrakech, et 11 pour celle d'Oujda (21).

En fait, ce mode d'évaluation des publications dans le recrutement et le cursus des enseignants-chercheurs n'est pas spécifique aux facultés de médecine et de pharmacie. Les modalités de nomination et le cursus des enseignants-chercheurs dans les autres facultés de nos universités est à la limite du laxisme. Si les facultés de médecine maintiennent les concours de recrutement dans lesquels les épreuves de titres et travaux scientifiques représentent une épreuve (la 2^e et la 3^e sont représentées par la leçon magistrale et l'épreuve clinique), dans les autres facultés, le recrutement au poste d'enseignant chercheur relève davantage de la nomination que du concours. En effet, une candidature peut être retenue, lorsque le candidat est titulaire d'un doctorat national (ou d'un Doctorat d'Etat ancien régime), qu'il ait à son actif deux publications au moins, et qu'il fasse un exposé devant le jury sur ses titres et travaux (Décret du 19 février 1997, déjà mentionné).

De telles procédures pourraient expliquer la place des universités marocaines dans les classifications des universités à travers le monde, établies par différents organismes internationaux d'évaluation.

Au vu de ce qui précède, l'élaboration d'un nouveau statut des enseignants-chercheurs en médecine s'impose, mais aussi dans les autres facultés techniques et scientifiques. Ceci permettrait aux CHU de s'acquitter de leur mission de recherche en parallèle avec celles des soins et de la formation.

Plusieurs institutions scientifiques nationales ont exprimé leur inquiétude quant au ralentissement de la recherche dans notre pays au cours des dix dernières années, et l'impact qu'il pouvait avoir sur le développement économique. Deux rapports très édifiants dans ce sens ont été publiés par l'Académie Hassan II des Sciences et Techniques, en 2009 et en 2012. Ces rapports font une analyse exhaustive de la situation de la recherche scientifique nationale. Ils mettent l'accent, en particulier, sur la pertinence de la recherche scientifique et technique, le développement économique, social et culturel, la priorité du développement des compétences avant les technologies, et la nécessité de respecter les standards internationaux en matière de recherche scientifique. Ils insistent également sur les progrès et les insuffisances du système scientifique national, et les mesures et recommandations à adopter pour relancer la

recherche scientifique. De plus, ils révèlent un paradoxe frappant : les effectifs des enseignants-chercheurs ont enregistré une forte augmentation (+67 %) entre 1999 et 2006, ainsi que ceux des étudiants doctorants, qui ont augmenté de 100 % entre 1997 et 2000. Les ressources financières allouées à la recherche ont elles aussi vu leur part augmenter vu que les dépenses sont passées de 1,45 milliard de dirhams en 1999 à 5,6 milliards de dirhams en 2010, soit une augmentation de plus de 284 %. Malgré cette augmentation des enseignants, des étudiants doctorants, et des ressources financières, la production scientifique marocaine a considérablement baissé, passant du 3^e au 6^e rang africain entre 2003 et 2009. (22) (23).

Ce paradoxe a fait l'objet de plusieurs analyses publiées par le CNRST (Centre National de la Recherche Scientifique et Technique), et l'IMIST (Institut Marocain de l'Information Scientifique et Technique) (24). Ces publications mettent l'accent sur les facteurs à l'origine de la baisse de rendement de la recherche dans notre pays au cours des dix dernières années.

Le facteur essentiel qui pourrait expliquer ce paradoxe, du moins en ce qui concerne la recherche biomédicale dans les CHU, est très étroitement lié à « la détresse chronique » dont souffrent nos CHU et dont nous avons détaillé les symptômes. Il faut également ajouter « un sentiment d'exclusion » ou d'éloignement

(peut-être involontaire et méconnu) des médecins-enseignants-chercheurs, acteurs et créateurs de la recherche, des instances mises en place par l'Etat au cours des dix dernières années pour encourager la recherche scientifique afin d'en faire le moteur de développement économique. En effet, le système national de recherche est actuellement hiérarchisé en trois niveaux (22):

- Les instances d'orientation, de planification et de financement constituées par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et d'autres ministères pour la recherche sectorielle;
- Les instances de promotion de la recherche scientifique et technique comme le CNRST, l'IMIST, l'Académie Hassan II des Sciences et Techniques, etc ;
- Les instances d'exécution et de mise en œuvre des programmes de recherche constituées essentiellement par les universités et les CHU pour la recherche biomédicale dont les acteurs créateurs de la recherche sont les médecins-enseignants-chercheurs.

Depuis leur création, ces instances fonctionnent d'une manière relativement hermétique, et les instances d'exécution, qui représentent le lieu de production de la recherche scientifique, se sentent éloignées des décisions et des projets. Ainsi, les efforts financiers (non négligeables) consentis par l'Etat (augmentation de 284 % entre 1999 et 2010) sont en grande partie absorbés dans

des réunions, des journées d'études et des audits réalisés par des commissions nationales ou des cabinets étrangers, qui aboutissent à l'élaboration de rapports, rarement suivis d'application. Quant aux enseignants-chercheurs, ils continuent, pour la plupart, à vivre les mêmes difficultés budgétaires dans leurs services médicotechniques et dans leurs laboratoires ou unités de recherche.

Telles sont les insuffisances dont souffrent nos CHU dans l'accomplissement de leurs principales missions : les soins, la formation et la recherche. Comme nous l'avons vu, et compte tenu des relations étroites, légitimes et historiques entre la qualité des soins et les exigences de l'Education en médecine, il est évident que la formation médicale va souffrir de ces carences, impliquant des conséquences inévitables sur l'avenir de la santé dans notre pays, en l'absence d'une réforme approfondie de nos CHU.

Il est donc urgent de se pencher sur les problèmes structurels à l'origine de cette situation dans nos CHU, et proposer des solutions à même d'offrir à notre pays des médecins compétents, adaptés à ses besoins qualitatifs et démographiques et mieux préparés à relever les défis de la santé ; véritable moteur de l'économie et finalité de tout projet de développement humain.

CHAPITRE V

DES SOLUTIONS POSSIBLES ET À FAIBLE COÛT

Une des motivations à l'élaboration de cette monographie sur la « détresse » de nos CHU, est ma conviction que celle-ci est curable, et que ses symptômes peuvent être éradiqués par des remèdes efficaces. Les problèmes dont souffrent aujourd'hui nos CHU peuvent être résolus par une série de solutions réalistes, puisées dans l'expérience du terrain, et pour la plupart, connues depuis plusieurs années et débattues entre les médecins-enseignants-chercheurs des différents CHU du Maroc.

I. Impact limité de certaines solutions récemment préconisées

A- Problématique des CHU privés

Des CHU privés vont certainement voir le jour dans notre pays, suite à la promulgation de la loi sur la

libéralisation des capitaux pour l'investissement dans les cliniques et les hôpitaux privés. Comme nous l'avons dit, des projets d'Ecoles de médecine à Rabat et à Casablanca sont en cours de réalisation. Rappelons que même dans les pays développés où existent de grands complexes hospitaliers privés, la formation médicale reste du domaine des CHU publics. En France, par exemple, il existe une seule école privée de médecine à Lille, contre plus de trente CHU publics, et qui assurent la quasi-totalité de la formation médicale en France (10).

En effet, la formation médicale se déroule généralement sur deux cycles : un premier cycle de 3 ans, consacré aux matières fondamentales, et qui nécessite un important investissement en laboratoires de travaux pratiques et en enseignants, et un second cycle de 4 ans, qui se déroule en grande partie sous forme de stages hospitaliers, permettant à l'étudiant de se familiariser avec tous les types de maladies courantes. Pour que ce deuxième cycle se déroule dans les normes, il faut que le CHU privé dispose d'un complexe hospitalier formé de centaines de lits, répartis en dizaines de services de spécialités dirigés par des équipes d'enseignants permanents, en mesure d'organiser un programme de stages sans failles tout le long de l'année, et soignant leurs patients dans l'anonymat. Or, une des règles de la médecine privée est la rémunération à l'acte de ses médecins (donc vacataires)

et le caractère personnalisé des patients (le patient privé choisit lui-même le médecin qui va l'examiner, le soigner ou l'opérer). Quels patients les étudiants stagiaires inscrits dans ce CHU privé vont-ils examiner ? Sur quels malades vont-ils apprendre les premiers gestes médico-chirurgicaux ou pratiquer les actes d'exploration nécessaires à leur formation pratique ?

Il y a trois contraintes de taille qui handicapent la formation médicale dans les CHU privés : (i) l'investissement élevé (sans contre partie lucrative) pour mettre en place les installations techniques et laboratoires de travaux pratiques et de recherche, ainsi que le coût de leur fonctionnement ; (ii) la disponibilité permanente aussi bien des patients, en nombre et en types de pathologies, que (iii) l'acceptation du patient privé et de son médecin de remplacer les soins personnalisés qui font le « label » qualité de la médecine privée par des soins dans l'anonymat.

Ces contraintes ne peuvent être surmontées que par des coûts très élevés, qui seront difficilement compensés par les recettes sur les soins et l'inscription des étudiants qui sont soumis au marché de l'offre et de la demande. C'est pour ces raisons que la formation médicale n'a jamais été une mission des CHU privés et reste, de par le monde, une responsabilité et une mission des CHU publics. Pour qu'un CHU privé puisse réussir une

formation médicale, il faut qu'il soit à « but non lucratif », et appuyé par des mécènes et/ou des fondations qui prennent en charge (sans contrepartie) les coûts élevés de la formation médicale susmentionnés, mais aussi les hospitalisations gratuites, ou à des coûts réduits, de centaines, voire de milliers de patients chaque année, pour faire face aux besoins de stages des étudiants et des jeunes médecins en formation. Pour les CHU privés à but lucratif, ils peuvent participer à la formation médicale à travers une coopération avec les CHU publics, sous forme d'échanges de compétences et/ou de mise à disposition de certaines technologies.

B- La construction de nouveaux bâtiments et l'abandon des anciens

Le lecteur aura remarqué, dans les précédents chapitres, que les bâtiments des hôpitaux du CHIS ne constituent pas une cause essentielle au dysfonctionnement du CHU. Certes, nous avons évoqué la vétusté des locaux, l'inadaptation des capacités des chambres (6 à 10 lits) dans certains services, l'usure des installations techniques ; mais tout cela résulte du manque d'entretien et surtout de l'improvisation dans l'extension des anciens locaux ou dans l'ajout abusif de nouveaux locaux au détriment des espaces verts et des chemins de circulation (cas de l'Hôpital Avicenne). Comme nous l'avons également mentionné dans les chapitres précédents, la plupart des hôpitaux

du CHIS sont relativement récents (Hôpital Avicenne, 1954; Hôpital d'Enfants et Maternité, 1977; Hôpital des Spécialités, 1983; Institut d'Oncologie Sidi Mohamed Ben Abdallah, 1985), comparés à beaucoup d'hôpitaux universitaires en Europe où le vieillissement architectural des bâtiments, toujours accompagné de modernisation pour les adapter à l'évolution des besoins, constitue un avantage, et fait partie du patrimoine historique de la santé dans le pays. L'exemple en est l'Hôpital la Pitié-Salpêtrière à Paris, construit en 1544, et régulièrement rénové, mais jamais abandonné, et qui reste aujourd'hui l'un des meilleurs CHU de France.

Il y a actuellement un projet pour la construction d'un nouveau bâtiment, évalué à plusieurs milliards de Dirhams, loin de l'ancien, pour y transférer l'Hôpital Avicenne. Ceci pourrait être une partie de la solution pour cet hôpital dont l'architecture a été si malmenée au cours des vingt dernières années, mais ce n'est certainement pas un remède durable pour la souffrance actuelle de notre CHU. Tous les hôpitaux sus-mentionnés (Hôpital d'Enfants, Hôpital des Spécialités, Hôpital d'Oncologie, Hôpital Avicenne lui-même) étaient des modèles architecturaux et à la pointe de la technologie au moment de leur ouverture, mais le mode de gouvernance, de financement et de gestion ont très vite abouti aux dysfonctionnements que nous avons décrits.

Il est donc évident que sans un accompagnement par l'introduction d'une réforme du mode de gouvernance, du mode de gestion et de financement et du mode de recrutement et de motivation des médecins-enseignants-chercheurs, même les CHU récemment construits (Fes, Marrakech et Oujda) et ceux qui seront construits à l'avenir, risquent de connaître la même évolution que ceux de Rabat et de Casablanca.

C'est pourquoi nous pensons que les solutions qui sont en mesure d'apporter un « traitement étiologique » à la « détresse chronique » de nos CHU doivent s'articuler autour de trois axes :

- Doter les CHU d'une personnalité morale et juridique fondée sur des textes de loi définissant leurs missions communes (soins, formation et recherche) ;

- Trouver une solution durable et efficace à l'insuffisance alarmante aussi bien des moyens financiers que des moyens humains au niveau des hôpitaux des CHU par l'introduction de la pratique du Temps Plein Aménagé à l'intérieur des hôpitaux des CHU, et ce conformément à la loi qui a institué ce TPA en 1994 (Loi 10/94) ;

- Mettre en application la réforme des études médicales, préparée depuis 7 ans mais toujours en attente. Nous verrons que cette réforme permettra d'adapter le cursus de formation des médecins aux besoins du pays, de faciliter l'augmentation de l'effectif des médecins

formés, et de préparer davantage les jeunes médecins-enseignants-chercheurs à leurs missions de soins, de formation et de recherche.

II. Solutions proposées

A. Doter le CHU d'une personnalité morale et juridique et d'une gouvernance cohérente

Tel que présenté dans le premier chapitre, les seuls textes de loi relatifs aux CHU en tant que tels sont deux décrets, 02/01 et 27/12 2006. Ils stipulent que chacun de ces CHU est constitué d'un ensemble d'institutions, supposées assurer, ensemble, les mêmes missions. Or, aucun autre texte définissant la responsabilité de chacune de ces institutions n'a été décrété depuis et il n'existe aucune instance de coordination commune à toutes ces institutions, chargée de planifier et d'évaluer l'efficience de l'ensemble du CHU comme centre de référence en matière de soins, de formation médicale et de recherche scientifique.

Pour prendre toujours l'exemple du CHU de Rabat, le décret du 2 janvier 2006 le définit comme une institution formée par le Centre Hospitalier Ibn Sina (CHIS), la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, la Faculté de Médecine Dentaire de Rabat, l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat et l'Hôpital Cheikh Zayd de Rabat. Les quatre premières sont des institutions

publiques qui ont chacune sa hiérarchie et sa tutelle administrative complètement indépendante l'une de l'autre, des budgets autonomes et indépendants, et recrutent le personnel médical et technique selon leurs propres besoins. La cinquième institution est un hôpital privé. Son inclusion dans le CHU aurait pu constituer un bon exemple de partenariat public-privé dans le domaine de la santé mais, là aussi, cette institution fonctionne surtout comme une clinique privée sans une participation clairement définie aux missions du CHU. Il existe cependant une convention entre cette clinique, le Centre Hospitalier Ibn Sina et la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, mais aucune application n'en a découlé à ce jour depuis sa signature, il y a plus de dix ans.

Cette dichotomie entre les institutions du CHU se traduit par une absence de stratégie globale, permettant au CHU de remplir pleinement ses missions. Chacune de ces institutions essaie, séparément, de faire de son mieux pour assurer ce qu'elle considère être sa mission (enseignement théorique pour les facultés et soins pour les centres hospitaliers). Quant à la formation pratique (qui se déroule en grande partie dans les hôpitaux) et la recherche scientifique (qui devrait se dérouler dans toutes ces institutions), nécessitant la mise en commun des moyens humains, financiers et logistiques, ce sont celles qui souffrent le plus de l'absence de liens juridiques et de coordination entre les différentes institutions composant

les CHU, ce qui constitue actuellement un handicap majeur à la formation médicale dans notre pays.

Ce vide juridique laisse le champ libre au déficit et à l'incohérence dans la gouvernance de nos CHU, d'où les problèmes à l'origine de leur « souffrance chronique » dont nous avons parlé au deuxième chapitre de cette monographie.

Ce manque de coordination existe également entre les différents CHU du pays : chaque CHU organise son propre concours d'entrée (accès à la première année de médecine, de pharmacie et de médecine dentaire), son propre concours de résidanat pour les spécialités, d'internat et de recrutement des enseignants-chercheurs. Les conséquences de l'absence de concours nationaux se feront ressentir à long terme par un manque d'uniformité dans la qualité de la formation et la difficulté, voire l'impossibilité, d'évaluer de manière comparative l'ensemble des CHU pour tester leurs performances et apporter les correctifs nécessaires à ceux qui en auraient besoin.

Il est donc urgent de compléter les décrets qui régissent les CHU et leurs établissements par d'autres textes de loi, afin de préciser les moyens qui doivent être mis en place (séparément et en commun), ainsi que les tâches dont ils doivent s'acquitter (séparément et en commun) pour permettre au CHU d'assurer au mieux ses trois missions de soins, de formation et de recherche. Tout cela pourrait être assuré par une instance supérieure

régionale, un « Conseil Supérieur Régional du CHU », qui doit représenter les établissements qui composent le CHU d'une région, les autorités administratives de tutelle, les élus et les organismes d'assurance maladie. De ces conseils supérieurs régionaux des CHU, doit émaner un conseil supérieur national des CHU qui assurera la coordination entre les différents CHU du pays, et veillera à l'application d'une charte nationale qui doit définir les normes nationales requises en matière de soins, de formation et de recherche en santé.

Dans cette instance nationale, il faudrait inclure des représentants des sociétés médicales savantes qui doivent jouer un rôle dans la formation continue et participer à la planification et à la formation des spécialistes. Devraient également être inclus dans ces instances, des représentants des CHU privés en voie de création aujourd'hui dans certaines régions du pays, et dont nous avons déjà souligné les limites dans la formation médicale. La mise en place de ces instances réunissant les CHU publics et privés permettra certainement d'uniformiser les critères d'évaluation et de canaliser tous les efforts vers les mêmes objectifs : avoir des CHU capables d'assurer des soins de qualité, une formation médicale adaptée aux besoins du pays, et une recherche scientifique qui peut se positionner honorablement à l'échelle régionale et internationale.

B. Trouver une solution efficace et durable pour répondre à l'insuffisance alarmante des moyens dans les hôpitaux des CHU

1. La subvention de l'Etat aux hôpitaux universitaires a atteint ses limites : la solution est ailleurs

Comme nous l'avons vu dans le chapitre II, une des principales causes de la détresse de nos CHU réside dans l'insuffisance des moyens. Cette insuffisance est à l'origine de la pénurie des produits médico-chirurgicaux, du vieillissement de la technologie et de son manque d'entretien et de la vétusté des locaux. Les conditions de travail en deviennent ainsi diminuées, affectant systématiquement le moral du personnel et son rendement. Cette insuffisance matérielle chronique s'explique aisément par l'épuisement du budget de l'état, malgré les timides augmentations accordées d'année en année, ajoutée à la tarification à la limite de la gratuité, uniformément appliquée à tous les patients quel que soit leur niveau socio-économique.

Les cliniques privées ont connu un développement florissant grâce à l'autorisation accordée par les CHU aux médecins-enseignants-chercheurs à y exercer leur TPA. Or, le texte de loi, qui autorise le TPA (loi 10/94), conditionne cet exercice par sa pratique dans des cliniques universitaires créées par les CHU ou les organismes à

but non lucratif. Dans sa pratique actuelle, le TPA porte préjudice à la bonne marche des CHU et à la formation médicale. Il est donc impératif que toute réforme des CHU passe par une organisation de la pratique du TPA.

Cette organisation doit se faire sur la base du texte de loi qui l'a créée (loi 10/94), et donc prévoir son exercice à l'intérieur des hôpitaux universitaires, dans des pavillons isolés baptisés «cliniques universitaires», qui fonctionnent selon un mode privé à but non lucratif. La majorité des médecins enseignants sont favorables à la pratique du TPA à l'intérieur des hôpitaux universitaires.

Ces pavillons «privés» peuvent être mis en place sans le moindre coût pour les CHU, et ce en partenariat avec des organismes privés à but non lucratif. Pour reprendre l'exemple du CHIS de Rabat, la plupart de ses hôpitaux disposent de locaux, puisque sa capacité d'accueil fonctionnelle est passée de 3250 lits (bilan 2000) à 2858 lits (bilan 2010) puis à 2489 lits (bilan 2011), avec une diminution de 23,4 %. Le taux d'occupation moyen est de 70 % (bilan 2011), avec plus d'un lit sur quatre non occupé. Cet excédent en lits déjà abandonnés (392) et en lits vacants en permanence (857) est largement suffisant pour les besoins des «cliniques universitaires», puisqu'il suffit d'un quart à un cinquième de lits gérés selon un mode «privé» pour doubler, voire tripler les recettes de l'hôpital. Nous verrons cela à travers un exemple concret.

Ces locaux, il faut les aménager et les équiper pour en faire des lieux attractifs pour les patients, et convénables pour la pratique d'une médecine de qualité digne d'un CHU. Pour cela, le CHIS a le choix entre deux possibilités :

— Aménager et équiper lui-même ces locaux, et donc les gérer aussi selon un mode « privé » à but non lucratif. Cette solution présente l'avantage de l'unicité de gestion. Le CHIS gère seul ses hôpitaux, aussi bien la partie publique que privée, mais elle a plusieurs inconvénients (nécessité d'un budget supplémentaire, incompatibilité d'une gestion « privée » par une institution publique, absence de souplesse dans la gestion des pavillons privés), qui étaient probablement jusqu'à maintenant, à l'origine de la réticence des administratifs à appliquer le TPA à l'intérieur des hôpitaux depuis son instauration.

— Faire aménager et équiper ces pavillons privés par un organisme privé à but non lucratif, et les faire gérer par cet organisme sous contrôle du CHIS. Cette approche a de multiples avantages : introduction du partenariat public-privé, pas de dépenses ou dépenses très limitées de la part du CHIS (Etat), souplesse de gestion et possibilité d'évolution future vers de véritables CHU publics-privés.

Quel que soit le mode choisi par les décideurs, cette pratique du TPA à l'intérieur des hôpitaux universitaires

aura un impact très positif sur les problèmes de fond de ces hôpitaux.

2. Impact du TPA intra-muros sur les recettes des hôpitaux des CHU

Pour estimer l'importance de ces recettes au niveau du CHU de Rabat, il faut rappeler deux données déjà mentionnées au Chapitre III :

— Le nombre de professeurs et de professeurs agrégés au CHU de Rabat est actuellement de 550 environ. Ils pratiquent leur TPA dans différentes cliniques de la Wilaya de Rabat. Si tous ces médecins soignaient leurs patients privés à l'intérieur des hôpitaux dans des pavillons dédiés, il est facile d'imaginer l'augmentation des recettes des hôpitaux, sachant qu'en moyenne, chaque médecin hospitalise et/ou opère 1 à 2 patients privés par semaine, et que la facture moyenne de chacun de ces patients dans les cliniques où se pratique le TPA varie entre vingt et trente mille dirhams, honoraires des médecins exclus. Mais la véritable source de recettes réside dans les explorations (imagerie, laboratoire, et autres explorations fonctionnelles) dont les recettes resteraient à 80 % pour l'hôpital. Nous verrons cela plus loin, à travers un exemple concret.

La même situation peut être imaginée dans les autres CHU avec à Casablanca 180 professeurs et professeurs agrégés, 120 à Marrakech, 70 à Fes, et 30 à Oujda.

— Nous avons vu que la majorité, sinon la quasi-totalité des patients ayant un tiers payant ou la possibilité personnelle d'assurer la prise en charge de leurs soins, suivent actuellement les professeurs dans les cliniques privées, abandonnant le CHIS aux malades démunis. L'évolution du nombre de lits d'hospitalisation au niveau du CHIS et des cliniques privées à Rabat depuis l'introduction du TPA (1994) est le meilleur témoin de l'énorme perte financière dont le CHIS s'est privé, en mettant son meilleur capital (l'élite médicale dont il dispose) au profit des cliniques privées. Ainsi, en 1994, la capacité d'accueil du secteur privé à Rabat (cliniques existantes jusqu'à 1994) était de 319 lits. Elle est aujourd'hui (2012) à plus de 1200 lits, soit une augmentation de plus de 376 %. Celle du CHIS stagne ou diminue depuis sa création (1983). Entre 2000 et 2011, cette capacité est passée de 3250 à 2489 lits, avec une diminution de 23,4 %. Sur cette capacité, le taux d'occupation est de 70 % (bilan 2011 du CHIS).

La même situation s'est produite dans les autres villes où des CHU sont établis depuis un moment, Casablanca en particulier.

Il est donc clair, à la lumière de ces données, que la pratique du TPA « intra-muros » aura un impact très positif sur les recettes des hôpitaux universitaires ; elle leur permettra de multiplier par cinq, voire par dix, leurs budgets, et donc de faire face à la « pénurie des moyens »

qui constitue le symptôme le plus frappant de la détresse de ces hôpitaux, et qui semblait vraiment incurable.

Cette amélioration des moyens financiers permettra aux hôpitaux des CHU de soigner les symptômes apparents (de forme) de leur détresse avec l'amélioration de l'hôtellerie, de l'hygiène, des équipements médico-techniques et de leur maintenance, et du consommable médical. Cet apport financier substantiel, géré selon un mode privé à but non lucratif, va évoluer parallèlement avec la motivation du personnel, d'où d'autres améliorations de forme au niveau des hôpitaux universitaires : dans l'accueil, dans la relation entre les professionnels de la santé et les administratifs, et dans l'ambiance du travail en général.

3. Impact du TPA «intra-muros» sur les problèmes de fond des hôpitaux universitaires

a. Protéger l'éthique et la morale de l'hôpital

La réputation morale est aussi importante que les technologies sophistiquées et les compétences qui constituent aujourd'hui le capital des hôpitaux universitaires. Comme nous l'avons vu dans les chapitres II et III, les conditions de travail et les conséquences de la pratique anarchique du TPA dans les cliniques privées sont loin de favoriser la culture de l'éthique et de la morale de la profession médicale chez les étudiants et les jeunes médecins en formation. Avec le maintien des médecins-enseignants-chercheurs dans leurs services et le changement radical de leurs conditions

de travail (comme nous le verrons), le TPA « intra-muros » apportera certainement un correctif au respect des normes morales dans l'exercice de la profession.

b. Le respect des normes hospitalières et des critères objectifs d'évaluation

Il est évident que l'apport croissant des moyens financiers à travers le « TPA intra-muros » permettra aux administratifs des hôpitaux des CHU de mieux répondre aux exigences des patients et du personnel soignant, en mettant à leur disposition les moyens nécessaires pour assurer un fonctionnement optimal des services hospitaliers. Il devient alors possible de mettre en place des normes hospitalières qui protègent les patients et constituent des références pour le personnel soignant. Nous entendons par « normes hospitalières » les règles standards générales de gestion hospitalière (architecture des locaux, hygiène, répartition du personnel et charge de travail, répartition des équipements, ...etc.) et les règles de pratique médicale, à savoir les guidelines de prise en charge des différentes maladies traitées au niveau des hôpitaux universitaires. Il deviendra alors plus simple pour les gestionnaires des services médicotechniques et des hôpitaux, d'exiger le respect de ces normes vu que le nécessaire requis pour les soins est disponible. Il deviendra aussi possible de mettre en place un système d'évaluation permettant un suivi régulier et objectif de l'évolution de

l'activité, aussi bien des services, des hôpitaux, que du CHU dans son ensemble.

Le respect des normes et des guidelines des soins est d'une importance capitale pour la prise en charge des patients et la formation médicale : l'étudiant stagiaire en médecine, qui arrive dans un service hospitalier, ou le jeune médecin résident qui entame une spécialité, va se trouver dans une équipe qui applique les mêmes règles de soins, qui adopte les mêmes conduites à tenir face aux principales pathologies, et qui travaille dans un hôpital doté de normes de sécurité et de confort aussi bien pour les patients que pour le personnel soignant. Ce sont là des conditions qui permettraient à ces stagiaires et jeunes médecins d'assimiler l'essentiel des connaissances médicales de la spécialité où se passe leur stage, mais aussi de se familiariser avec des principes de pratique hospitalière où ils peuvent puiser des exemples pour leur carrière future une fois leur formation terminée.

Ainsi, l'hôpital universitaire peut constituer pour les jeunes médecins un véritable lieu de formation technique, pour apprendre les règles du « savoir-faire » et d'Éducation pour assimiler les règles du « savoir-être ».

c. La présence effective des médecins-enseignants dans leurs services

Comme nous l'avons vu plus haut (Chapitres III et IV), un des problèmes majeurs qui handicape aujourd'hui

les hôpitaux universitaires dans la réalisation de leurs missions de soins, de formation et de recherche, est l'absence quasi constante d'un nombre plus ou moins important de médecins enseignants à cause de leur dispersion dans les cliniques privées pour la pratique du TPA. Cette absence, qui varie selon les cas, peut être quasi permanente, pour ceux qui ne respectent pas les deux demi-journées, ou pour certains (heureusement relativement rares) qui sont actionnaires dans des cliniques privées ; mais même pour ceux qui respectent leurs demi-journées, le suivi d'un patient hospitalisé ou opéré dans une clinique à l'autre bout de la ville, et qui nécessite des déplacements quotidiens ou pluriquotidiens, seront obligés de quitter fréquemment leurs services pour répondre aux exigences de leurs patients privés. Cette situation est souvent à l'origine :

- De l'abandon imprévu des jeunes en les laissant assurer seuls des activités pour lesquelles ils ne sont pas encore bien préparés : consultations, bloc opératoire, explorations, ...etc.
- Du report ou de l'annulation pure et simple de séminaires ou de cours pratiques prévus pour les étudiants stagiaires ou pour les résidents.
- D'une présence réduite dans les réunions de groupes de travail, qu'il s'agisse de « staffs » quotidiens ou hebdomadaires d'un service, de réunions multidisciplinaires interservices ou de réunions de petits groupes

pour débattre d'un problème d'organisation ou d'un sujet de recherche.

Cet absentéisme « chronique » et « toléré » représente une cause majeure qui contribue à la détresse de nos CHU. Nous pensons que sa solution se trouve dans le TPA « intra-muros », car :

- Il permettra de garder les médecins-enseignants-chercheurs à l'intérieur de leurs hôpitaux, donc disponibles pour les activités sus-mentionnées sous réserve, bien entendu, d'une organisation intra-hospitalière rigoureuse, facilitée par la mise en place des normes et des critères d'évaluation déjà mentionnés.

- Il introduit à l'hôpital une source supplémentaire d'apprentissage, de formation, et d'amélioration de la recherche clinique à travers les « cas » et les dossiers des patients privés, et ce pour deux raisons :

— Les médecins en formation apprennent à pratiquer des soins de qualité grâce aux moyens disponibles dans les pavillons « privés » ; les nouvelles technologies introduites par l'amélioration des recettes de ces pavillons, leur permettent d'apprendre des méthodes de traitement et des techniques d'exploration qu'ils ne verraient probablement jamais dans les services hospitaliers avec leurs équipements actuels. Avec le temps, l'excédent budgétaire des pavillons privés va rejaillir sur le reste de l'hôpital, ce qui permettra d'étendre

cette qualité des soins à l'ensemble des patients [de l'hôpital].

— La base de la recherche clinique est constituée du suivi à long terme des patients traités, et donc de la conservation de leurs dossiers. Or, l'inconvénient majeur aujourd'hui à la préparation de publications scientifiques de qualité est représenté par le manque d'observations sur les dossiers des patients (la plupart ne reviennent pas aux consultations pour des raisons sociales : pauvreté, analphabétisme...) et par l'absence d'un système d'archivage efficient dans nos hôpitaux. La situation est très différente avec les patients privés : la quasi-totalité revient aux consultations, les dossiers sont mieux conservés (moyens humains, patients personnalisés); ils représentent donc la source idéale pour les études des séries cliniques et leurs publications. Là aussi, avec le temps, le système d'archivage des pavillons privés peut fonctionner pour le reste de l'hôpital, et permettra aux médecins et aux jeunes chercheurs de disposer des données, à long terme, de l'ensemble de leurs patients. Nous verrons plus loin, à travers un exemple concret, que tout cela est possible et réalisable.

d. L'ouverture de l'hôpital universitaire sur la société

Comme nous l'avons vu précédemment, la majorité des patients soignés actuellement dans les hôpitaux

universitaires viennent de milieux socio-économiques démunis (70-80 %), alors que les patients qui ont des tiers payants ou qui sont en mesure de prendre en charge leurs soins suivent leurs médecins professeurs vers les cliniques privées. Il résulte de cette situation que l'hôpital est coupé de la société et des pouvoirs publics. En effet, les personnes influentes (les hauts responsables, les élus, les hommes d'affaires, les professions libérales, ...) n'y sont admises que rarement (quelques situations d'urgence), et ne sont presque jamais exposés aux problèmes réels des hôpitaux qui se trouvent ainsi privés de tout contrepoids revendicatif vis-à-vis des décideurs politiques pour les impliquer à considérer la mise à niveau des CHU parmi les priorités du développement durable que le Maroc a entamé depuis une dizaine d'années.

4. Les autres bénéfices du TPA « intra-muros »

À côté de ces améliorations certaines aux problèmes de fond dont souffrent les hôpitaux universitaires, la pratique du TPA « intra-muros » introduira d'autres changements qui contribueront très rapidement à faire de ces hôpitaux un lieu de référence aussi bien à l'échelle nationale, régionale, qu'internationale. Parmi ces changements :

— Le développement du partenariat public-privé, seul en mesure actuellement d'apporter une solution efficace et durable à l'insuffisance chronique des moyens de travail

dans nos hôpitaux. Ce partenariat apportera obligatoirement une souplesse dans la gestion, une rigueur dans l'organisation de travail et une motivation du personnel soignant avec une évaluation basée sur la méritocratie. De même, il permettra progressivement un échange de compétences entre les secteurs public et privé, avec un appui mutuel dans la complémentarité des soins, mais aussi dans l'organisation de la formation continue (véritable pilier de la mise à jour des connaissances) et dans des projets communs de recherche.

— En maintenant les médecins enseignants à l'intérieur des hôpitaux, en leur garantissant les moyens et l'organisation de travail, le TPA « intra-muros » favorisera les réunions des groupes aussi bien à l'intérieur des services qu'au niveau de l'hôpital ou de l'ensemble du CHU. Cette organisation en groupes multidisciplinaires motivés représente actuellement un garant de la qualité de la formation et un moteur de la recherche scientifique.

— Dans les mêmes conditions ci-dessus réunies, le TPA « intra-muros » favorisera l'accès à l'hôpital d'une clientèle étrangère, africaine en particulier. Il y a aujourd'hui un grand désir des patients africains de se faire soigner au Maroc, et ce compte tenu du climat social qu'ils y trouvent, des difficultés d'accès aux pays et donc aux hôpitaux européens, et surtout du coût des prestations médicales relativement réduit par rapport à

l'Europe. Inutile d'insister sur les avantages multiples de ce tourisme sanitaire prisé aujourd'hui par beaucoup de pays à travers le monde.

En résumé, la pratique du TPA à l'intérieur des hôpitaux lui restituera sa légalité et garantira aux hôpitaux des recettes suffisantes pour acquérir les moyens nécessaires pour les soins, la formation et la recherche. Il facilitera la tâche des gestionnaires par l'application des normes hospitalières et des règles d'évaluation objectives. Il introduira un partenariat public-privé non lucratif, avec ses avantages financiers, sa souplesse de gestion, sa rigueur d'organisation et sa motivation du personnel soignant. Il maintiendra les enseignants plus longtemps dans leur carrière, et plus longtemps à l'hôpital et dans leurs services près de leurs étudiants et résidents, favorisant ainsi les réunions d'échanges et la constitution d'équipes multidisciplinaires, véritables assises de la formation continue et de la recherche scientifique. Enfin, le TPA intra-hospitalier ouvrira l'hôpital aux patients privés aussi bien nationaux qu'étrangers, bénéficiant ainsi de l'appui des décideurs politiques et suscitant davantage l'intérêt des organismes d'assurance et tiers payants.

Pour démontrer que ces propositions sont réalisables dans notre pays et nos CHU, je souhaiterais présenter l'expérience pilote du Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences (CNR-NS). Ce centre a été créé en partenariat entre une fondation, la Fondation Hassan

II pour la Prévention et la Lutte Contre les Maladies du Système Nerveux, le Centre Hospitalier Ibn Sina de Rabat, et le Ministère de la Santé; il est géré selon un mode privé à but non lucratif, sur la base d'une convention entre les trois institutions.

5. Exemple du Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences (CNR-NS) de Rabat

a. Historique

En 1983, l'Hôpital des Spécialités de Rabat, dédié aux spécialités cliniques de la tête (neurologie, neurochirurgie, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, neuro-anesthésiologie) et aux explorations qui s'y rattachent (neuroradiologie, neuropathologie, neurophysiologie), a été inauguré par Sa Majesté le Roi Mohammed VI, à l'époque Prince Héritier, et ouvert aux patients. C'était un hôpital pilote, d'environ 400 lits, doté à son ouverture de tous les équipements nécessaires, dont le premier scanner introduit au Maroc et réunissant des spécialités proches, dirigées par des enseignants-chercheurs plein d'ambition et de dynamisme.

Malheureusement, en lui appliquant le mode de gestion public commun à tous les hôpitaux, cet hôpital, avec ses locaux, ses installations techniques et ses équipements biomédicaux, va très rapidement se dégrader faute d'entretien et de renouvellement des équipements. Or,

la période des années 1980-1990 constituait l'ère du début des grands progrès sur les maladies du système nerveux. Les médecins qui travaillaient alors dans cet hôpital (neurochirurgiens, neurologues, neurophysiologistes, neuroradiologues, neuroanesthésistes) voyaient avec enthousiasme les progrès qui arrivaient de jour en jour dans leurs disciplines. Les jeunes qui rentraient de leurs stages à l'étranger avec des connaissances toutes fraîches sur ces progrès, assistaient impuissants à la détérioration progressive des locaux de leurs services, au vieillissement des installations techniques, à la dégradation des conditions de travail et à la démotivation du personnel soignant qui s'ensuivait.

Aidés par certains collègues de l'hôpital, et par des mécènes, nous avons décidé de créer une fondation pour tenter d'avoir les moyens nécessaires, afin de mieux prendre les patients, et de suivre les progrès qui s'opèrent dans les différentes spécialités des neurosciences. Cette fondation a été créée le 29 février 1989 sous le nom de « Fondation Hassan II pour la Prévention et la Lutte Contre les Maladies du Système Nerveux ». Elle a été reconnue d'utilité publique par le décret du 31 juillet 1989.

Un des principaux objectifs que cette fondation s'est fixé était la mise en place des technologies de pointe, nécessaires à la prise en charge des maladies du système nerveux à l'Hôpital des Spécialités (dédié aux maladies du système nerveux et ses annexes). Ainsi, trois ans

après sa création, cette fondation a pu obtenir une aide du Royaume de l'Arabie Saoudite sous forme d'équipements de bloc opératoire et d'un appareil d'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) d'un coût global de 35 (trente-cinq) millions de dirhams. Les équipements du bloc opératoire sont arrivés en 1991 (microscope opératoire dernier modèle, laser chirurgical, équipement de stéréotaxie et aspirateur à ultrasons). Ils ont tous été installés au bloc opératoire de l'Hôpital des Spécialités. L'appareil d'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) est arrivé en 1993. En commun accord avec l'Hôpital et le CHIS, la Fondation a construit un local dédié derrière l'Hôpital des Spécialités, où la machine d'IRM a été installée et a commencé à fonctionner dès janvier 1994. C'était la première machine d'IRM introduite dans un hôpital public au Maroc.

Compte tenu des performances de cet appareil d'IRM (1,5 Tesla), de son coût (30 millions de dirhams), du coût de sa maintenance (1,5 million de dirhams), et au vu de la difficulté qu'a rencontré l'hôpital pour la maintenance des équipements que la Fondation avait acquis, deux années auparavant, au profit du bloc opératoire de l'hôpital des Spécialités, la Fondation a ainsi proposé au Ministère de la Santé et au CHIS de gérer l'unité d'IRM selon un mode privé à but non lucratif, afin de lui permettre un fonctionnement optimal, une maintenance permanente, et assurer plus tard son renouvellement.

Ainsi une convention a été signée le 20 juillet 1993 entre la Fondation, le CHIS et le Ministère de la Santé pour mettre en place ce modèle de partenariat. Cette convention confiait la gestion financière de cette unité d'IRM à la Fondation, et la gestion technique et administrative à un Comité de Gestion présidé par le Directeur du CHIS, et composé de représentants de la Fondation, du CHIS, de l'Hôpital des Spécialités, du Ministère de la Santé et du Ministère des Finances.

Grâce à ce premier partenariat privé-public sur la base d'une gestion privée à but non lucratif, l'IRM a pu fonctionner régulièrement pour le bien des patients et des praticiens, sans jamais poser de problème de maintenance ou de renouvellement de ses accessoires, et le CHU de Rabat a pu disposer très tôt de la technologie d'imagerie la plus sophistiquée. S'il fallait compter sur le budget de l'Etat, il aurait fallu attendre 10 ans, puisque c'est en 2004 que le Ministère de la Santé a pu équiper les CHU avec des appareils IRM.

Fort de cette première expérience de partenariat, la Fondation a pensé l'élargir à la création d'un centre de Neurosciences qui réunirait l'ensemble des technologies récentes nécessaires pour la prise en charge des maladies du système nerveux. Le projet a été préparé, et une promesse d'aide internationale (14 millions de dollars) pour sa réalisation a été accordée en 1995. Malheureusement, la réticence aussi bien de l'hôpital que du CHIS et du

Ministère de la santé pour donner leur accord à la mise en place d'un tel centre, a retardé ce projet avec la perte de l'aide financière promise pour sa création. Il a fallu attendre cinq ans pour voir arriver deux événements qui vont favoriser la réalisation de ce projet :

- La Lettre Royale que Sa Majesté le Roi Mohammed VI a adressé aux participants au symposium international sur le thème « Prévenir et Guérir pour moins d'handicaps à l'avenir », que la Fondation Hassan II pour la prévention et la lutte contre les maladies du système nerveux a organisé le 28 octobre 2000 à Rabat, à l'occasion de son dixième anniversaire. Dans cette lettre, le Souverain invite la Fondation et les participants à réfléchir sur un plan national de prévention de l'handicap au Maroc. Sachant que 80 % des handicap dans notre pays sont secondaires aux maladies du système nerveux (selon une étude préliminaire sur 3000 dossiers répertoriés au haut-commissariat pour les handicapés entre 1999-2000), il était évident pour les experts réunis dans ce symposium que tout plan de prévention de l'handicap au Maroc passait par la création d'un Centre National disposant de moyens modernes de diagnostic et de traitement précoces des maladies du système nerveux.

- Le choix de la ville de Marrakech par la Fédération Mondiale des Sociétés de Neurochirurgie (World Federation of Neurosurgical Societies, WFNS) pour

organiser le XIII^e Congrès Mondial de Neurochirurgie en 2005. Ce choix a eu lieu à San Francisco, le 9 avril 2000, suite à un vote du comité exécutif de la WFNS, qui devait départager cinq villes candidates : Marrakech, Istanbul, Le Caire, Durban et Hong Kong. Ce succès de Marrakech a placé le Maroc dans une situation privilégiée qui a amené le comité directeur de la WFNS et le comité des experts en Neurochirurgie auprès de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) à proposer le Maroc comme lieu de formation des neurochirurgiens Africains et donc comme plate-forme de développement des Neurosciences en Afrique. Cependant, avant d'accréditer le département de Neurochirurgie du CHU de Rabat, ces deux Institutions ont souhaité une mise à niveau de la Neurochirurgie dans ce CHU afin qu'il soit en mesure d'assurer une formation de standard international.

Ces deux heureuses circonstances ont permis à la Fondation d'accélérer la concrétisation du projet de création du « Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences » (CNR-NS) dans l'enceinte de l'hôpital des Spécialités de Rabat, en partenariat avec le Centre Hospitalier Ibn Sina (CHIS) et le Ministère de la santé.

Le projet a été validé par Sa Majesté le Roi Mohammed VI le 5 Mai, 2001 et la pose de la première pierre, par Son Altesse Royale le prince Moulay Rachid, a eu lieu le 12 juillet 2001.

Encouragé par l'Appui Royal et par la convention signée en 1993, instituant le premier partenariat entre la Fondation, le Centre Hospitalier Ibn Sina et le Ministère de la santé, la Fondation a entrepris la construction et l'équipement du « Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences » (CNR-NS). Ce centre est destiné à réunir tous les moyens nécessaires à la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients atteints de maladies du système nerveux et à constituer ainsi le maillon central de prévention de l'handicap au Maroc. Ce projet devait être financé et géré en partenariat entre la Fondation, le CHIS et le Ministère de la Santé. L'expérience réussie des 10 ans de partenariat dans la gestion de l'IRM a encouragé le Ministère de la Santé, le CHIS et la Fondation à signer, le 18 avril 2003, une deuxième convention de partenariat pour la construction, l'équipement et la gestion du « Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences ». Cette convention reprenait pratiquement les termes de la convention de 1993. La construction et l'équipement du Centre ont duré 7 ans, et les premières unités du Centre ont été ouvertes aux patients en juin 2008.

Bien entendu, une fois rassurée sur la mise à niveau de la neurochirurgie au CHU de Rabat, à travers la création du CNR-NS, la WFNS a officiellement accrédité le Département de Neurochirurgie de l'Université Mohamed V Souissi comme Centre de Référence pour la formation des neurochirurgiens Africains (WFNS Rabat Reference

Center for Training African Neurosurgeons), et une convention de coopération a été signée entre la WFNS et l'Université Mohamed V Souissi le 19 Mai 2005, à l'occasion du Congrès Mondial à Marrakech.

b- Architecture et équipements

Le Centre a été construit sur un terrain du CHIS, situé dans l'enceinte de l'hôpital des Spécialités, dans le prolongement de l'Unité d'IRM. Il comprend une unité d'hospitalisation de 36 lits, des locaux administratifs avec un hall d'accueil, des services généraux (cuisine, magasins, morgue, ...etc.), mais surtout des locaux destinés à accueillir des technologies en majorité non disponibles au CHIS: unité de radiochirurgie équipée d'un appareil Gamma Knife PerfeXion, unité d'imagerie, unité de radiologie interventionnelle, unité de médecine physique et rééducation, unité de neurochirurgie fonctionnelle et un bloc opératoire avec deux salles et leurs annexes. Parmi les équipements de pointe de ce centre, beaucoup ont été introduits pour la première fois au Maroc. Il s'agit en particulier:

- D'un appareil de radiochirurgie dernière génération, le Gamma Knife PerfeXion. Le Maroc reste, depuis 2008 à ce jour, 2015, le seul pays en Afrique à disposer de cette génération de machines, (prix d'achat: cinquante millions de dirhams).

- Des équipements pilotes de bloc opératoire (appareil de neuronavigation, Kavitron, microscope opératoire

haut de gamme), tous introduits pour la première fois au Maroc.

- Des équipements de neurophysiologie (salle réservée à la vidéo-EEG destinée essentiellement au bilan préopératoire des patients candidats à la chirurgie de l'Epilepsie).

- Un équipement informatique sophistiqué avec en particulier des logiciels dernière génération, qui font de l'Unité d'IRM du CNR-NS, la seule machine à l'échelle nationale capable de faire des techniques avancées d'IRM de qualité (IRM spectro, IRM fonctionnelle, IRM tractographie, IRM métabolique ...etc.).

En somme, il s'agit d'un centre réunissant l'essentiel des technologies médicales modernes nécessaires aujourd'hui à la prise en charge des patients atteints de maladies du système nerveux.

c. Financement et mode de gestion

Selon la convention signée en 2003, le CHIS a fourni le terrain sur lequel le Centre a été construit et s'est engagé à prendre en charge la consommation d'eau et d'électricité. La Fondation s'est engagée à assurer la construction et l'équipement du Centre, étant entendu qu'une fois terminé et équipé, le Centre fera partie du patrimoine du CHIS, qui le met à la disposition de la Fondation pour le gérer selon les termes de la convention. Le coût total du Centre, hors terrain, était de 25 (vingt-cinq) millions de dirhams pour

les constructions, et de 150 (cent cinquante) millions de dirhams pour les équipements, soit un total de 175 (cent soixante-quinze) millions de dirhams. Environ un tiers de ce montant a été assuré par la Fondation à travers les subventions et les dons, (dont une subvention du Ministère de la Santé, de dix millions de dirhams), et le reste par des crédits bancaires et leasing contractés par la Fondation.

Le Centre est géré selon un mode privé à but non lucratif (conventions de 1993 et 2003, complétées par une 3^e convention en 2012). Selon ces conventions, la gestion administrative et financière est assurée par la Fondation qui nomme pour cette tâche un directeur exécutif, et la gestion technique (médicale) est assurée par le CHIS qui nomme pour cette tâche un directeur médical. Les deux directeurs exécutent les décisions d'un comité de direction du Centre, présidé par le Directeur du CHIS et où siègent des représentants de toutes les parties (Fondation, CHIS, Hôpital des Spécialités). Le Centre doit assurer son autofinancement, rembourser ses dettes (crédits bancaires et leasing) et contribuer à la prise en charge de certains patients démunis.

d- Fonctionnement

Les règles de fonctionnement du Centre, présentées dans la dernière convention signée en décembre 2012, ne précisent pas clairement les conditions dans lesquelles les médecins enseignants doivent travailler dans ce centre. La convention les autorise à y travailler, mais sans dire

dans quel cadre. Cette ambiguïté, jointe à la confusion qui règne aujourd'hui dans la pratique du TPA, et que nous avons déjà largement détaillée (Chapitre III), font que le Centre n'arrive pas à fonctionner de manière optimale alors qu'il est ouvert depuis plus de cinq ans. Ainsi, sur l'ensemble des médecins enseignants du CHU de Rabat (550), moins d'une vingtaine y travaillent dans le cadre de leur TPA à titre exclusif ou partiel, car dans l'esprit de ces enseignants et la conception du projet par la Fondation, un tel centre ne peut exister que dans le cadre d'une clinique universitaire telle qu'elle est instituée par le législateur pour la pratique du TPA.

e- L'impact du Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences (CNR-NS) comme exemple de l'exercice du « TPA intra-muros »

Malgré les limites que ce centre connaît dans son fonctionnement depuis son ouverture, comme nous venons de le voir, l'expérience de ses cinq premières années, montre qu'il a un impact très positif sur tous les avantages de la pratique du « TPA intra-muros » que nous avons mentionnés, et que nous pouvons confirmer ici à travers des données chiffrées et objectives extraites du bilan du centre.

i. Apport financier

Avec la réduction du nombre de médecins enseignants qui y travaillent, le taux d'occupation des lits

d'hospitalisation de CNR-NS ne dépasse pas 30 % en moyenne, et le taux d'utilisation de ses autres unités de soins et d'explorations ne dépasse pas 60 % ; malgré cela, les recettes du Centre au cours de l'année 2012 étaient de 35 (trente-cinq) millions de dirhams, avec une augmentation de 27 % par rapport à 2011. En 2013, les recettes enregistrées ont atteint 41 (quarante et un) millions de dirhams, augmentant 17 % par rapport à 2012. L'année 2014 vient de se terminer avec un total de recettes de 47 (quarante sept) millions de dirhams, soit 15 % d'augmentation par rapport à 2013.

Ces recettes résultent du travail des 26 (vingt-six) professeurs qui exercent actuellement au Centre (TPA). Si le principe de « TPA intra-muros » exclusif est appliqué, ce qui amènerait tous les professeurs de l'Hôpital des Spécialités (soixante-deux actuellement) à faire le TPA au niveau du CNR-NS, les recettes seraient multipliées par 2 ou 3 (entre 70 et 100 millions de dirhams). En extrapolant sur l'ensemble des professeurs du CHIS (550) qui feraient leur TPA en intra-muros dans des pavillons dédiés à l'instar du CNR-NS, les recettes pour le CHIS dépasseraient un milliard de dirhams par an.

Il suffit de comparer ces chiffres aux recettes totales de l'année 2012 de l'Hôpital des Spécialités et du CHIS avec tous ses hôpitaux, et qui sont respectivement de 10 et 127 millions de dirhams. On comprend facilement les

possibilités qui vont ainsi s'ouvrir aux hôpitaux universitaires pour disposer de moyens de travail optimal et sortir de la situation de manque chronique dans laquelle ils se trouvent, et que nous avons largement décrite dans le Chapitre II.

ii. Apport à la qualité des soins

Nous avons vu que durant l'équipement du Centre, la priorité a été donnée aux techniques non disponibles au niveau du CHIS, et ce conformément aux objectifs de la Fondation. Pendant que ces équipements de pointe étaient en voie d'acquisition, la Fondation a mis en place un programme de formation et d'échange avec des universités européennes et nord-américaines pour former et préparer le personnel soignant à l'utilisation de ces technologies. Grâce à ces équipements de pointe et à la formation, ce centre a pu introduire pour la première fois au Maroc des techniques de diagnostic et de soins pour lesquelles les patients partaient auparavant à l'étranger. Il s'agit, en particulier, de :

- **La radiochirurgie Gamma Knife**, utilisant la dernière génération de machines Gamma Knife, le PerfeXion, fonctionnel au Centre depuis 7 ans (juin 2008). Comme nous l'avons déjà dit, à ce jour, 2015, le Maroc est le seul pays africain à disposer de cette machine dernière génération. La radiochirurgie est une technique de traitement

révolutionnaire qui utilise les rayons Gamma émis par de multiples sources de Cobalt 60 et qui peuvent être focalisés sur la lésion pour la détruire sélectivement, sans endommager les structures nerveuses autour. Le traitement se fait sans anesthésie, en une journée, et le patient peut rentrer chez lui immédiatement après le traitement et reprendre son travail le lendemain. Cette technique s'est développée surtout à partir des années 1990 et s'adresse à un grand nombre de maladies du système nerveux : malformations vasculaires, tumeurs bénignes, tumeurs malignes et neurochirurgie fonctionnelle comme l'épilepsie, la douleur ou la maladie de Parkinson. Depuis l'introduction de cette technique au Centre des Neurosciences, environ 1000 (mille) patients ont été traités. Avant, tous ces patients partaient (quand ils en avaient les moyens) à l'étranger pour se faire soigner. Il est facile d'imaginer l'économie en devises pour le pays, quand on sait que le prix de ce traitement à l'étranger varie entre douze et vingt mille euros, d'où une économie en devises pour notre pays de plus de 15 (quinze) millions d'Euros. Au Maroc, le coût du traitement varie entre soixante et quatre-vingt mille dirhams.

• **Techniques avancées d'imagerie par résonance magnétique (IRM)**, permettant d'effectuer des IRM spectroscopiques (technique qui permet d'évoquer le diagnostic histologique d'une lésion cérébrale avant sa

biopsie), IRM tractographie (technique qui visualise les voies de cheminement des grandes fonctions cérébrales à l'intérieur du cerveau), IRM fonctionnelle (technique qui visualise les différentes zones fonctionnelles du cerveau : zone de motricité, zone de langage, zone de vision ...etc). Toutes ces techniques apportent des améliorations remarquables au diagnostic, mais aussi et surtout, au traitement chirurgical des lésions cérébrales en permettant au neurochirurgien de respecter ces zones fonctionnelles au cours de la chirurgie, réduisant ainsi le risque de séquelles postopératoires et offrant au patient une meilleure qualité de vie. L'appareil d'IRM du CNR-NS est le seul au Maroc qui dispose de logiciels complets et de professionnels dédiés pour effectuer ces techniques.

- **La chirurgie sous neuronavigation**, utilisant une technologie qui intègre les données de l'imagerie du patient (IRM et TDM) aux données réelles de sa morphologie crânio-cérébrale, ce qui permet au neurochirurgien de connaître la voie à suivre vers la lésion intracrânienne (d'où le terme de navigation), et donc d'opérer avec plus de sécurité pour les structures nobles du cerveau et pour le patient.

- **La chirurgie de l'épilepsie** est extrêmement utile. L'épilepsie est une maladie chronique, fréquente et très handicapante. Heureusement, un nombre important de

patients épileptiques (60-70 %) peuvent être équilibrés par les médicaments antiépileptiques, mais d'autres sont résistants à ces médicaments. Dans ce dernier groupe, un tiers des patients peut être guéri par la chirurgie. La sélection des patients à la chirurgie et la pratique de celle-ci nécessitent des moyens techniques (vidéo-EEG, techniques avancées d'IRM, neuronavigation), qui ne sont disponibles aujourd'hui au Maroc qu'au niveau du Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences. Là aussi, ces patients partaient se faire soigner à l'étranger, lorsque leurs moyens le leur permettaient. Là aussi, on imagine facilement l'économie en devises quand on sait que la préparation et la chirurgie nécessite des hospitalisations répétées de deux à six semaines.

• **L'immunohistochimie et les marqueurs tumoraux**, si cette technique a été introduite pour la première fois au Maroc au service de Neuropathologie de l'hôpital des Spécialités il y a plus de 15 ans, grâce à l'aide apportée par la Fondation pour la formation et l'acquisition des réactifs, le Centre des Neurosciences a mis en place, au niveau de son laboratoire de Neuropathologie, les moyens nécessaires pour développer davantage l'immunohistochimie et lui joindre la recherche des marqueurs tumoraux. Ces techniques permettent aujourd'hui de disposer d'un diagnostic histologique précis, mais aussi de certains facteurs histologiques qui permettent de

guider le traitement et d'évaluer le pronostic des tumeurs cérébrales.

• **D'autres techniques ont été introduites ou perfectionnées** grâce à un apport technique et un complément de formation. Il s'agit des techniques de neuroradiologie interventionnelle, de médecine physique, et des protocoles de traitement de plusieurs maladies neurologiques comme la maladie de Parkinson, les accidents vasculaires cérébraux et certaines maladies dégénératives.

En somme, ce Centre dispose pratiquement de tous les moyens nécessaires à la prise en charge moderne des patients atteints de maladies du système nerveux. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le Ministère de la Santé a accepté d'accorder à ce centre le qualificatif de National (Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences) dans la nouvelle convention signée en décembre 2012 entre la Fondation, le CHIS et le Ministère de la Santé.

Ces moyens techniques sophistiqués, utilisés par un personnel soignant compétent (suffisamment formé sur chaque nouvelle technologie) et motivé (rémunéré à l'acte) et associé à une gestion souple, privée à but non lucratif, favorisent la pratique de soins de qualité, dignes d'un hôpital universitaire. En considérant l'expérience du Centre depuis l'ouverture de ses unités cliniques il y a 5 ans, et à partir des premiers patients hospitalisés et traités au Centre (1188 patients), plusieurs indicateurs confirment la qualité élevée des soins: durée de séjour

moyenne inférieure à quatre jours (alors qu'elle est de huit à l'Hôpital, bilan 2010 du CHIS), rareté des complications opératoires et infectieuses, mortalité globale de 12/1000, (alors qu'elle est de 20/1000 à l'Hôpital : bilan 2010 du CHIS), un nombre croissant de patients étrangers (africains et maghrébins) : 4 % en 2012, avec une augmentation progressive d'année en année, ...etc.

iii. Apport à la qualité de la formation

Comme nous l'avons vu, la qualité de la formation évolue avec celle des soins, dans la mesure où les jeunes médecins en formation dans les disciplines des neurosciences trouvent à leur disposition au niveau de ce centre toutes les technologies modernes et les moyens nécessaires au diagnostic et au traitement (médical ou chirurgical), et voient leurs aînés pratiquer leur métier dans les conditions optimales exigées par leurs patients. On peut citer comme avancées apportées par le CNR-NS à la formation :

— Le Centre de Référence international de Rabat pour la formation des Neurochirurgiens Africains.

Rappelons qu'une des raisons de la création du Centre National des Neurosciences était la nécessité de la mise à niveau de la neurochirurgie marocaine au CHU de Rabat, exigée par la Fédération Mondiale des Sociétés de Neurochirurgie et le Comité des Experts en Neurochirurgie

auprès de l’OMS, avant d’accréditer, en 2002, le Maroc, comme Centre de Référence pour la formation des neurochirurgiens africains « WFNS Rabat Reference Center for Training of African Neurosurgeons ». C’est grâce aux équipements modernes du Centre National de réhabilitation et des Neurosciences que le CHU de Rabat est parvenu à assurer, à ce jour, une formation complète (durée 5 ans), de standard international à plus de 30 neurochirurgiens africains et aux jeunes neuro-chirurgiens nationaux.

— **Formation des équipes multidisciplinaires:** si la formation de base des étudiants et des résidents en Neurochirurgie se trouve hautement rehaussée par la mise en place de ce Centre, la formation continue y trouve également un terrain favorable grâce à la qualité des conditions de travail et à la présence régulière des enseignants, ce qui facilite l’organisation des équipes multidisciplinaires et des staffs réguliers dans différentes disciplines des neurosciences.

Parmi ces équipes multidisciplinaires travaillant au CNR-NS, l’équipe de radiochirurgie (composée de neurochirurgiens, de neuroradiologues, de radiothérapeutes, de radiophysiciens et de neuroanesthésistes), l’équipe de neuroradiologie interventionnelle (neuroradiologues, neurochirurgiens, neurologues neuro-anesthésistes), l’équipe de chirurgie de l’épilepsie (neurologues, neurophysiologistes, neuro-radiologues, neurochirurgiens, neur anesthésistes, neuropathologistes), l’équipe de la

maladie de Parkinson et des mouvements anormaux (neurologues, neurochirurgiens, neurophysiologistes, neuroradiologues, neuroanesthésiologistes); toutes ces équipes se réunissent régulièrement aussi bien pour la sélection des patients à traiter, que pendant le déroulement de leur traitement et pour analyser les résultats des traitements appliqués. D'autres équipes multidisciplinaires sont en voie de formation: équipe de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, équipe de neuro-oncologie, équipe de traitement de la douleur....

Rappelons que cette organisation de travail en équipes multidisciplinaires constitue aujourd'hui, à travers le monde, la plus grande valeur ajoutée qui fait des hôpitaux universitaires des centres d'excellence en matière de soins, de formation et de recherche.

iv. Apport à la recherche scientifique

Grâce aux technologies installées au niveau du Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences et à la formation parallèle dispensée aux médecins-enseignants-chercheurs travaillant au Centre, pratiquement toutes les disciplines des neurosciences de l'Hôpital des Spécialités disposent aujourd'hui d'un ou deux projets de recherche accrédités par l'Université Mohammed V Souissi.

- L'introduction de la radiochirurgie a permis d'accréditer trois projets de recherche:

— « Evaluation de l'efficacité clinique et de l'innocuité de la thalamotomie par Radiochirurgie Gamma Knife dans le traitement du tremblement invalidant sévère pharmaco-résistant » ;

— « Traitement d'image et intégration des données issues des nouvelles techniques d'IRM (spectroscopie, IRM fonctionnelle, IRM de diffusion, tractographie) au planning radiochirurgical » ; mémoire déjà soutenu comme Master ;

— « Traitement d'image et intégration des données issues des nouvelles techniques d'IRM (spectroscopie, IRM fonctionnelle, IRM de diffusion, tractographie), au planning radiochirurgical dans les gliomes cérébraux » ; travail en cours pour une thèse de Doctorat (PhD).

- L'introduction de la chirurgie de l'épilepsie a permis l'accréditation d'un sujet de recherche sur : « l'évaluation de l'apport des explorations non invasives à la chirurgie des épilepsies pharmaco-résistantes » ;

- Le développement des techniques avancées d'IRM a permis l'accréditation d'un sujet de recherche sur : « Etude en imagerie et spectrométrie IRM des tumeurs cérébrales : corrélations avec les données neurochirurgicales et neuropathologiques » ;

- L'acquisition des techniques d'immunohistochimie et les marqueurs tumoraux a permis l'accréditation d'un sujet de recherche sur : « Validation des marqueurs

histo-moléculaires des gliomes et son impact sur la classification et le pronostic ».

Ainsi, grâce à l'accréditation de ces sujets de recherche et à l'organisation des équipes multidisciplinaires au sein du CNR-NS, les disciplines des neurosciences ont le plus grand nombre d'équipes de recherche accrédités (sept), et le nombre de leurs publications dépasse celui des autres disciplines au niveau du CHU de Rabat.

En somme, nous voyons à travers cet exemple concret du CNR-NS que l'introduction du TPA « intra-muros », en ouvrant l'hôpital aux patients privés, fournit un apport financier important pour assurer une autonomie de gestion durable, un changement radical dans les conditions et l'ambiance de travail qui, jointes à la souplesse de gestion (privée à but non lucratif) et à la motivation du personnel soignant, créent les conditions optimales pour une prise en charge de qualité pour les patients atteints de maladies du système nerveux, pour favoriser une formation médicale pertinente et une recherche scientifique productive. Il s'agit là d'un exemple pilote qui fonctionne depuis six ans, et que le Ministère de la Santé a encouragé en acceptant sa gestion privée sur la base des différentes conventions signées avec la Fondation.

La réussite de ce centre, comme exemple du TPA intra-muros et de partenariat privé-public dans le domaine de la santé, devrait inciter le Ministère de la Santé à autoriser le TPA en intramuros en aménageant

des pavillons privés similaires au CNR-NS dans les autres hôpitaux du CHIS, ce qui permettra d'étendre les progrès apportés par le CNR-NS aux neurosciences, aux autres disciplines médicales, et donnera à l'hôpital universitaire la possibilité d'assurer pleinement ses missions de soins, de formation et de recherche, et d'être ainsi la locomotive du progrès sanitaire dans le pays.

D'ailleurs, ce que nous proposons à travers ce « TPA intra-muros » et son corollaire de partenariat privé-public va dans le sens des orientations actuelles du Ministère de la Santé. On peut lire dans le « livre blanc pour une nouvelle gouvernance de la santé », que le Ministère a édité à l'occasion de la « Deuxième Conférence Nationale sur la Santé » (Marrakech, 1-3 juillet 2013) (18) :

« Il y a de toute évidence un problème majeur de qualité des soins dans les établissements publics : la gamme des soins y est réduite, les soins y sont souvent mal organisés et d'une qualité technique insuffisante, les établissements et équipements mal entretenus, il y a des problèmes de sécurité et de corruption. De tels services ne sont guère attractifs pour les usagers » (Chap. 5, p. 37).

« Que faire ? Tester différentes formes de contractualisations et de partenariat avec engagement sur les moyens et les résultats des entités privées et publiques. Cela devrait permettre d'instaurer des modes de paiement qui garantissent des niveaux de qualité et de protection des utilisateurs » (Chap. 5, p. 38).

C. Réforme des études médicales, du statut des enseignants-chercheurs des facultés de médecine, accompagnée d'une mise à niveau des moyens pédagogiques

Nous avons vu que la qualité de la formation médicale dans nos CHU dépend largement de la qualité des soins dispensés dans leurs hôpitaux et de la qualité d'encadrement des stages, elle-même dépendante de la présence des enseignants dans les services, de l'organisation et de l'ambiance du travail. Nous venons de voir dans les paragraphes précédents que le TPA intramuros peut apporter une amélioration certaine à la qualité des soins et de la formation, et peut constituer une solution viable à long terme à travers le partenariat public-privé.

À côté de la qualité, la formation médicale doit actuellement relever trois autres défis : le profil des médecins à former, le nombre de médecins nécessaires pour répondre à la démographie nationale et la formation continue. Or, ces défis ne peuvent pas être vaincus par la seule mise à niveau des hôpitaux universitaires. Il faut aussi une mise à niveau des facultés de médecine, de pharmacie et d'odontologie. Cette mise à niveau passe nécessairement par une réforme des études médicales, une réforme du statut des médecins enseignants-chercheurs et une mise à niveau des moyens pédagogiques.

1. La réforme des études médicales

La dernière réforme des études médicales au Maroc a eu lieu en 1983. Elle a coïncidé avec la création des centres hospitaliers universitaires. Cette réforme a permis d'apporter, en son temps, des améliorations considérables aux aspects pédagogiques : régulation du flux des étudiants inscrits, définition du profil du médecin formé, organisation des études en modules, réduction d'une année des études théoriques au profit d'une année supplémentaire de stages hospitaliers et création du résidanat. Elle a également essayé de répondre aux exigences de notre système de santé de l'époque en apportant des correctifs sur le plan qualitatif, mais malheureusement pas sur le plan quantitatif, compte tenu du nombre réduit des facultés de médecine et de pharmacie à l'époque (une à Rabat et une à Casablanca).

Aujourd'hui, 30 ans après, une nouvelle réforme devient nécessaire pour accompagner la mise à niveau des centres hospitaliers, mais aussi pour apporter des rectificatifs aux dysfonctionnements liés à la formation médicale, et adapter celle-ci aux exigences d'un système de santé en adéquation avec les changements et les réformes que connaît aujourd'hui notre pays dans différents domaines socio-économiques.

Il faut rendre hommage aux enseignants-chercheurs des facultés de médecine, (en particulier la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat) qui, à travers leurs

conseils des facultés et leurs doyens, ont été à l'origine de la réforme de 1983, et qui, à travers les mêmes instances, ont entrepris et finalisé une deuxième réforme il y a déjà plus de 6 ans, mais qui jusqu'à aujourd'hui, peine à voir le jour. En effet, suite à plusieurs rapports établis entre 2005 et 2006 par la présidence de l'Université Mohammed V Souissi (26), dans lesquels ont été détaillés les aspects qui devaient être concernés par la réforme et les mesures d'ordre organisationnel et logistique nécessaires à la réussite de cette réforme, une commission régionale de réflexion sur un projet de réforme des études médicales au Maroc a été désignée. Cette commission était constituée de représentants des enseignants, de représentants des résidents et des internes, avec l'implication des commissions scientifique et pédagogique et des chefs des départements. Cette commission a tenu plusieurs réunions à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat entre janvier et mars 2006. Ces réunions ont abouti à l'établissement d'un rapport préliminaire sur le « projet de réforme des études médicales pharmaceutiques et odontologiques ». Ce rapport, établi par la commission régionale de Rabat, a été soumis aux différentes commissions régionales des quatre universités où existent des facultés de médecine (Rabat, Casablanca, Marrakech et Fes). Les conclusions des discussions dans ces quatre commissions régionales ont abouti à l'élaboration d'un rapport de synthèse par

une commission nationale. Ce rapport souligne l'essentiel du contenu de la réforme telle qu'elle a été retenue par les commissions régionales et la commission nationale (27). Parmi les aspects que cette réforme vise à améliorer, il faut mentionner :

— Le profil des médecins, pharmaciens et médecins dentistes avec, en particulier, l'amélioration du profil du futur médecin généraliste pour l'adapter aux besoins nationaux, en corrigeant les dysfonctionnements constatés dans l'exercice de la médecine générale au cours des trente dernières années ;

— Les aspects scientifiques et pédagogiques avec l'organisation de l'enseignement de base en deux cycles (1^{er} cycle de 2 ans dédié aux sciences fondamentales, séméiologie, soins infirmiers et médecine sociale ; 2^e cycle de 3 ans dédié à la pathologie et aux stages d'externat), suivis d'un 3^e cycle de 2 ans (6^e et 7^e années) dédié aux stages d'internat. Au cours des deux premiers cycles, l'enseignement est basé sur des modules constitués de disciplines proches et qui sont capitalisables. La réforme introduit les passerelles vers les métiers de soins paramédicaux avec une préparation de masters débouchant sur diverses professions dans le domaine de la santé. Le contenu scientifique est enrichi par de nouvelles matières comme l'économie de la santé, l'éthique, la déontologie et les langues ;

— L'intégration progressive et cohérente de l'enseignement théorique à la formation pratique à travers une

organisation rigoureuse des stages, une mise à niveau de leur terrain, l'introduction de la notion d'accréditation des établissements hospitaliers, et l'organisation d'un examen national de fin de spécialité ;

- L'introduction de modules supplémentaires comme le module de pédagogie, le module de la méthodologie de recherche pour les résidents désireux de suivre une carrière hospitalo-universitaire, et qui sont candidats aux postes de professeurs assistants ;

- La problématique du déficit quantitatif en professionnels de la santé, en particulier les médecins, est également abordée dans la réforme en insistant sur les mesures d'accompagnement pour répondre aux besoins nationaux.

Nous avons vu dans le Chapitre IV que ce problème a été abordé un an après la proposition de cette réforme des études médicales (2007) par l'initiative gouvernementale « 3300 médecins par an à l'horizon 2020 », mais que les résultats de la mise en place de cette initiative restent encore, à ce jour (2014), très modestes et très loin d'atteindre l'objectif fixé par le projet.

- La réforme insiste également sur la formation médicale continue, dont elle fait une des missions essentielles des CHU, et qu'elle propose d'institutionnaliser ;

- Enfin, la réforme aborde la problématique du TPA (temps plein aménagé) dont elle dénonce la pratique excessive et « anarchique » (terme que nous avons repris dans le Chap. III de ce livre), et recommande de

réfléchir sur le « TPA intra-muros » seul à même de faire revenir les enseignants dans leurs services et de les réconcilier avec leurs hôpitaux.

Telles sont les principales améliorations que la Réforme des études médicales, élaborée il y a plus de 7 ans (2006), se propose d'apporter à la formation du médecin pour répondre aux exigences socio-économiques actuelles du Maroc et pour pallier aux insuffisances constatées depuis l'application de la réforme de 1983.

Malheureusement, cette réforme n'a pas encore vu le jour, alors qu'elle a eu le consensus national à travers les commissions régionales des quatre facultés de médecine, de pharmacie et de médecine dentaire en mars 2006. La même année, le projet de réforme a été transmis par l'Université aux ministères de tutelle pour approbation et mise en application. A ce jour (8 ans), ce projet de réforme n'a pas vu le jour. Le paradoxe, c'est que le Ministère de la Santé réclame haut et fort une réforme des études médicales. Ainsi, on peut lire dans le livre blanc édité par le Ministère de la Santé (en 2013), et que nous avons déjà mentionné :

— « La volonté de changer et d'adapter le cursus de formation de médecin généraliste est une priorité unanimement reconnue » (p. 10) ;

— « Le problème est d'abord quantitatif : il faut augmenter la production de médecins et d'infirmiers bien au-delà des plans actuels. Ils ne sont tout simplement

pas nombreux. Mais il est également qualitatif et lié à la formation des professionnels : à l'heure, elle ne prépare ni aux problèmes de la santé prévalant, ni au travail en équipe, ni au travail avec les nouveaux outils-technologies, nouveaux accès à l'information, télé médecine. » (p. 53);

— « Il faut gagner la bataille du nombre et la bataille du profil » (p. 55).

Ces propos s'expliquent amplement par le déclin que connaît la formation médicale et l'immense retard qu'accuse le Maroc en matière de démographie médicale et sur lequel nous avons longuement insisté dans ce livre.

C'est pourquoi nous pensons qu'il est urgent de mettre en application cette réforme des études médicales afin de permettre à nos CHU de répondre à leur mission de formation sous tous ses aspects : qualitatif, quantitatif, et formation continue. L'application de cette réforme constitue un complément essentiel à la mise à niveau des hôpitaux universitaires pour permettre aux CHU de s'acquitter pleinement de leurs missions.

2. La révision du statut des enseignants-chercheurs des facultés de médecine, de pharmacie et de médecine dentaire

La mise à niveau de nos CHU et la réforme des études médicales, pharmaceutiques et odontologiques doivent être accompagnées d'une révision du statut des enseignants-chercheurs de ces facultés. Ce nouveau statut

doit corriger les principaux dysfonctionnements résultant du statut actuel, il faut en particulier :

- Rendre à l'internat du CHU sa place d'honneur comme filière privilégiée, la « voie Royale » de formation des enseignants-chercheurs en médecine et qu'elle a perdue depuis bientôt 17 ans (1997), suite au décret de création du résidanat qui a introduit un amalgame entre l'internat et le résidanat, en créant une passerelle entre les deux. Cette passerelle, à sens unique, permettant à l'interne de devenir résident à partir de la 3^e année d'internat, donc jugée à tort à l'avantage de l'interne, va s'avérer d'une extrême gravité pour la carrière de l'enseignant en médecine, dans la mesure où elle supprime purement et simplement l'internat du CHU. En effet, une fois résident, l'interne est soumis à deux obligations qui vont étouffer dans l'œuf sa carrière hospitalo-universitaire :

- Il doit préparer sa thèse de doctorat en médecine et la soutenir pour qu'il soit nommé résident, car le titre de docteur en médecine est obligatoire pour devenir résident, pourquoi ?... Comme il ne dispose que de quelques mois, la plupart des thèses sont bâclées et de qualité médiocre, alors qu'auparavant, les thèses des internes du CHU étaient pour la plupart d'une grande qualité, et intéressaient souvent des sujets de recherche clinique, qui débouchaient

sur des publications. Cette initiation de l'interne à la recherche au cours de la préparation de sa thèse était une étape importante dans sa préparation à la carrière hospitalo-universitaire.

— Plus grave encore, en devenant résident, l'interne perd sa qualité « d'Interne » et comme tout autre résident, il doit quitter le CHU à la fin de son résidanat, pour être affecté dans un hôpital provincial en tant que médecin spécialiste. L'interne perd ainsi totalement contact avec le CHU, alors qu'auparavant, l'interne évoluait au niveau du CHU le long de sa carrière, bénéficiait de stages de perfectionnement à l'étranger, en ayant comme unique objectif la préparation du concours de professeur assistant, qui lui permettra, une fois réussi, d'embrasser la carrière hospitalo-universitaire dont il rêvait depuis le jour où il a réussi son concours d'Internat.

Nous avons vu dans le premier chapitre que le premier doyen (feu Pr. A. Faraj) de la première faculté de médecine du Maroc (celle de Rabat), avait fait le choix de l'Internat du CHU (premier concours en 1967) pour la sélection des futurs enseignants-chercheurs de sa faculté, et ce malgré la pénurie des cadres à l'époque. Cette voie va être privilégiée par les autres doyens et les enseignants du CHU de Rabat pendant 30 ans (1967-1997) et soutenue par le CHU, par des avantages spécifiques : logement

et nourriture gratuits à l'intérieur de l'hôpital dans un pavillon dédié et bien entretenu, priorité dans le choix des spécialités, stages de perfectionnement à l'étranger et titre « d'Ancien Interne du CHU » à la fin de l'Internat. En contrepartie de ces avantages, le concours d'accès à l'internat du CHU était très difficile, avec une sélection rigoureuse, ne laissant passer que les plus brillants. Au cours de tous ses stages, l'« interne » se devait d'être disponible aux urgences ou dans le service où il est affecté pratiquement 24h/24h, toujours prêt à examiner les patients, à aider au bloc opératoire, à faire un exposé aux étudiants stagiaires ou à assister à une discussion de cas cliniques.

Chemin faisant, le long de sa journée et de ses années à l'hôpital et donc le long de sa carrière, l'interne est à l'écoute des remarques et de l'enseignement de ses aînés, accumulant les connaissances théoriques et l'apprentissage pratique, se forgeant progressivement une expérience solide qui le préparera à la carrière hospitalo-universitaire à laquelle il ne pourra accéder qu'après avoir passé plusieurs autres concours aussi sélectifs et rigoureux que celui de l'internat.

La création du résidanat était nécessaire comme filière de formation des spécialistes dont le besoin est vital pour le pays. On accède au résidanat par un concours ouvert à tous les médecins généralistes désireux de faire une spécialité. Dès qu'il réussit le concours, le résident est recruté comme médecin de santé publique, et son objectif

principal sera de valider ses stages et de réussir l'examen de son diplôme de spécialité. Bien entendu, le nombre de résidents est nettement supérieur à celui des internes du CHU (quatre ou cinq fois plus selon les besoins du Ministère de la Santé en spécialistes).

L'internat et le résidanat sont donc deux filières de formation différentes avec des objectifs et des finalités différentes.

La réforme du statut des enseignants-chercheurs en médecine souhaitée doit garder le résidanat bien entendu, mais elle doit impérativement rétablir l'internat du CHU dans sa légitimité historique comme filière de préparation et de sélection des futurs enseignants-chercheurs des facultés de médecine.

- Le recrutement du personnel enseignant sur la base des besoins du CHU (tel qu'il est proposé de le définir au début de ce chapitre), c'est-à-dire les besoins respectifs des institutions qui le composent (faculté, centre hospitalier, hôpital militaire, hôpital privé éventuellement), mais qui sont définis par une instance qui coordonne l'ensemble de ces institutions (que nous avons appelée Conseil Supérieur du CHU), et ce conformément aux objectifs communs de CHU (soins, formation, recherche). Cette adaptation des besoins en enseignants-chercheurs aux besoins communs du CHU dans son ensemble mettra fin aux déséquilibres frappants constatés aujourd'hui entre

les différents hôpitaux, services et spécialités. Mais cette nécessité d'uniformiser les besoins en formateurs ne doit pas empêcher les différentes institutions composant le CHU de compléter leurs besoins spécifiques en recrutant des cadres médicaux ou autres non enseignants.

- La sélection des candidats aux postes d'enseignants-chercheurs selon des critères objectifs et clairs basés sur la méritocratie. Les candidats aux postes de professeurs assistants doivent répondre, au moins, à quatre critères : (1) être des anciens internes de CHU ; (2) avoir préparé les modules de la pédagogie et de la méthodologie de la recherche déjà mentionnés, avec en plus, pour les spécialités chirurgicales, un module de microchirurgie ; (3) avoir fait deux années d'internat « complémentaires » (fellowship) qui leur permettent de s'orienter vers une sous-spécialité de la discipline qu'ils ont choisie ; (4) avoir réussi le concours d'accès tel qu'il se déroule actuellement, mais où les publications et les travaux de recherche constituent l'essentiel de la grille des notes attribuées sur l'épreuve des titres et travaux scientifiques.

Ce concours ne doit pas être limité aux lauréats issus du cursus d'internat d'un CHU donné, mais ouvert aux autres médecins marocains (anciens internes des autres CHU marocains ou étrangers) et aux médecins privés (anciens internes) répondant aux critères de sélection susmentionnés.

- L'évolution dans la carrière et l'avancement dans le grade des enseignants-chercheurs doivent être fondés sur la productivité de chacun, jugés essentiellement sur deux critères fondamentaux : la qualité de l'encadrement et la production scientifique. Cette évaluation doit être objective et mesurable selon les normes et les indicateurs internationaux.

Il est urgent d'en finir avec le système d'avancement et de promotion actuel basé sur l'ancienneté, qui ignore les plus productifs, et dont nous avons vu les dommages dans les services hospitaliers (voir chapitre II), tout en sachant que la démotivation créée par ce système et qui se traduit par la stagnation de la production scientifique, est en partie à l'origine du mauvais classement de nos universités à l'échelle internationale.

- La nomination aux postes de responsabilité aussi bien à la Faculté que dans les hôpitaux (doyens des facultés, chefs des services, directeurs des UPR, membres des commissions scientifiques, ...etc.) doit obéir aux mêmes critères de sélection basés sur le bilan académique et la production scientifique.

- La réforme du statut des enseignants doit enfin, et c'est essentiel, définir les règles d'exercice du TPA, qui doivent aboutir à l'arrêt de son exercice anarchique actuel.

Ce sont là les principaux aspects sur lesquels la réforme du statut des enseignants-chercheurs des CHU doit insister pour mobiliser et motiver les compétences, sélectionner les meilleurs, leur donner les moyens de travailler, et exiger d’eux, en contrepartie, un rendement concret sur lequel ils seront jugés le long de leur carrière.

3. La mise à niveau des moyens pédagogiques et de recherche dans des facultés de Médecine

La réforme des études médicales doit aussi être accompagnée d’une mise à niveau des conditions de travail dans les facultés de médecine, de pharmacie et d’odontologie. Cette mise à niveau passe par l’entretien et l’adaptation des locaux, la disponibilité des outils pédagogiques et la logistique d’accueil des UPR (locaux, secrétariat, structure de suivi de leur travail), des départements et des unités de recherche. Plusieurs insuffisances dans ces moyens pédagogiques handicapent actuellement la formation et la recherche au niveau de nos facultés.

À titre d’exemple, nous pouvons mentionner, au niveau de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, le manque de pièces de dissection (cadavres humains) au Département d’Anatomie. Or, la maîtrise de l’anatomie constitue la pièce centrale, l’entrée en matière, dans la formation médicale. Depuis la nuit des temps, les plus grands progrès réalisés en médecine étaient nés des premières connaissances en anatomie. Ces connaissances

sont loin d'être épuisées, et leur découverte se fait essentiellement par les études sur cadavres. Depuis la création de la Faculté de Médecine de Rabat (1962), une loi a été promulguée autorisant les autopsies pour l'intérêt scientifique ou médico-légal, et le Département d'Anatomie a toujours disposé d'une réserve suffisante de cadavres pour les travaux pratiques des étudiants et pour les jeunes chirurgiens qui veulent faire des travaux de recherche en rapport avec l'anatomie. Inutile de rappeler combien ces travaux sont importants pour la maîtrise des techniques chirurgicales, toutes spécialités confondues.

Pendant plus de trente ans (1962-1995), les étudiants en médecine de première et deuxième années ont toujours disposé d'un cadavre par groupe de 8-10 étudiants pour leurs séances de travaux pratiques (dissections), et les résidents en chirurgie ont toujours trouvé au Département d'Anatomie suffisamment de pièces anatomiques pour pratiquer à titre individuel ou organiser des cours et des workshops avec des invités étrangers et faire des démonstrations sur cadavre, sur les nouvelles techniques chirurgicales.

Pour illustrer le rôle primordial joué par l'anatomie dans l'initiation à la recherche et dans la formation continue, je donne un exemple puisé en Neurochirurgie : entre 1950 et 1980, les anévrysmes cérébraux étaient considérés rares, voire inexistantes au Maroc, en Afrique, au Moyen-Orient et en Asie. Quand j'ai commencé

mon internat (1972), mes aînés en voyaient 1 à 2 cas par an au CHU de Rabat et affirmaient qu'ils étaient exceptionnels au Maroc, en invoquant des hypothèses diverses, mais jamais vérifiées. Entre 1982 et 1985, pour vérifier la validité de cette affirmation empirique, nous avons pratiqué des études anatomiques en injectant les vaisseaux cérébraux des cadavres par la résine colorée, pour les disséquer par la suite, et vérifier l'existence ou non d'anévrisme, et étudier, en même temps, la morphologie de la circulation cérébrale chez le sujet marocain (à la recherche de variations anatomiques dans ce dispositif circulatoire, qui pourraient expliquer la rareté des anévrismes cérébraux au Maroc). Cette étude a été effectuée sur 250 cadavres, disponibles à l'époque au Département d'Anatomie ou dans les morgues des hôpitaux universitaires. Ce travail nous a permis de mettre fin à l'affirmation empirique sur la rareté des anévrismes au Maroc (et en Afrique), en montrant que leur pourcentage sur les séries d'autopsies est le même que dans les pays développés. Les résultats de ce travail ont fait l'objet de plusieurs présentations dans divers congrès, de trois thèses et plusieurs articles publiés dans des revues nationales et internationales (28, 29, 30) ayant abouti à une prise de conscience des neurochirurgiens, neurologues et médecins généralistes pour penser au diagnostic d'un anévrisme devant tout patient se présentant avec les signes d'une hémorragie méningée. Ce changement

d'attitude s'est très vite accompagné d'une augmentation progressive du nombre de cas diagnostiqués et d'un développement technologique au CHU de Rabat, ayant abouti à une amélioration de la prise en charge des patients porteurs d'anévrismes cérébraux. Actuellement, chaque année, 60 à 70 patients sont traités pour un anévrisme cérébral rompu dans les services de neurochirurgie du CHU de Rabat. Dans les années 1970-80, on en voyait 1 à 2 cas par an et on croyait, à tort, que les anévrismes étaient rares au Maroc, alors qu'en fait, la plupart des patients avec une hémorragie cérébrale sur anévrisme décédaient avant leur arrivée à l'hôpital.

Cet exemple est rapporté ici pour montrer l'apport considérable des dissections sur cadavres non seulement aux étudiants et aux jeunes chirurgiens, mais aussi à tous les chirurgiens quel que soit leur niveau. En plus, ces travaux d'anatomie peuvent faire l'objet de publications de renommée, qui vont grandement enrichir la production scientifique marocaine qui accuse une régression sérieuse depuis une dizaine d'années (chapitre IV).

Malheureusement, à partir des années 1995-2000, suite à une série de textes de loi délimitant les conditions d'autopsie et des prélèvements d'organes, des mesures restrictives à la limite de l'interdiction sont appliquées dans les hôpitaux du CHU de Rabat sur la pratique des autopsies et les formalités de don de cadavres pour la science; ce qui a entraîné progressivement des difficultés

d'approvisionnement des départements d'anatomie en cadavres, et crée la problématique presque insoluble au niveau des prélèvements pour greffes d'organes et tissus vivants, ce que nous avons souligné au Chap. IV. Aujourd'hui, et depuis plus de dix ans, les séances de travaux pratiques d'anatomie (dissections) se déroulent sur quelques pièces de cadavres ou organes, que tous les groupes d'étudiants d'une même année utilisent, et sur lesquelles on leur montre les parties anatomiques d'un organe déjà disséqué plusieurs fois, sans donner l'occasion à l'étudiant de pratiquer lui-même la dissection d'un cadavre pour découvrir seul (ou avec l'aide de son moniteur) la disposition et les rapports des organes d'un corps ou les composants d'un organe.

Depuis plus de dix ans également, il est impossible de faire des travaux de recherche en anatomie ou d'organiser des workshops et des cours pour le perfectionnement des jeunes chirurgiens. En neurochirurgie, nous avons pu obtenir, il y a 5 ans, l'accréditation internationale du Comité de la Chirurgie de la Base du Crâne de la Fédération Mondiale des Sociétés de Neurochirurgie pour dispenser une formation aux jeunes neurochirurgiens désireux de se perfectionner dans la Chirurgie de la Base du Crâne; mais l'accréditation accordée à l'université de Rabat reste depuis 5 ans de catégorie B, la catégorie A étant réservée aux universités pouvant organiser une

formation pratique, sous forme de séances de dissections sur cadavres.

Malgré plusieurs réclamations écrites, la discussion du problème plusieurs fois au Conseil de la Faculté de Médecine de Rabat, aucun doyen ni directeur du Centre Hospitalier n'a réussi (manque de pouvoir, manque d'écoute, manque d'intérêt ?) à obtenir l'appui des ministères de tutelle pour résoudre ce problème qui continue à se pérenniser, avec ses préjudices évidents sur la formation des étudiants, sur la formation continue et la recherche et les traces indélébiles qu'il laisse dans chaque génération de médecins formés.

CONCLUSION

Telles sont les propositions que nous pensons susceptibles de constituer des solutions à moindre coût pour guérir le CHU de sa détresse chronique, et le rendre plus apte à assurer ses nobles missions de soins, de formation et de recherche. Comme nous venons de le voir, ces propositions sont en mesure de soulager les trois malaises essentiels dont souffrent nos CHU depuis bientôt 20 ans :

— Mettre fin à la dichotomie qui caractérise actuellement les institutions qui composent chaque CHU, et les CHU entre eux, en dotant chacun d'une personnalité juridique avec un organe de coordination qui engage ces institutions à appliquer les mêmes règles et investir les mêmes moyens quand il s'agit de répondre aux objectifs communs : soins, formation et recherche.

— Mettre fin à la pratique anarchique du TPA dans les cliniques privées et donc, à l'abandon des hôpitaux,

des étudiants et jeunes médecins en formation, et à la dégradation continue des conditions de travail en instaurant la pratique du TPA intramuros à travers un partenariat public-privé, et permettre ainsi aux hôpitaux universitaires de bénéficier des avantages multiples de cette pratique aussi bien sur le plan des recettes financières, que pour les solutions qu'elle apporte aux problèmes de fond de ces hôpitaux et de leur personnel soignant.

— Mettre fin à l'inadéquation qualitative et quantitative des médecins formés actuellement, par rapport aux besoins du pays, en appliquant une réforme des études médicales, déjà préparée il y a 7 ans, et qui sommeille dans les bureaux des ministères de tutelle. Cette réforme doit être accompagnée d'une révision du statut des enseignants-chercheurs en médecine, et d'une mise à niveau des moyens pédagogiques au niveau des facultés de médecine.

Ces solutions sont, certes, à moindre coût sur le plan matériel, mais leur mise en application nécessite une grande volonté politique, car les forces en présence sont parfois antagonistes, constituant souvent des lobbies dont les intérêts ne vont pas forcément fleurir avec l'existence d'une médecine de qualité dans les hôpitaux universitaires, et la mise en place d'une autorité commune aux institutions composant le CHU, qui va favoriser la transparence dans la gestion, l'équité dans les moyens mis en place par chaque institution

pour répondre aux missions du CHU et encourager le rendement et la méritocratie dans les nominations et les promotions du personnel médical enseignant.

Comme nous l'avons vu à travers cet ouvrage, ces solutions découlent d'une « analyse objective de la situation actuelle de la formation médicale dans notre pays, avec une évaluation de ses réalisations et l'identification de ses dysfonctionnements et points de faiblesse », et ce conformément au contenu du discours de Sa Majesté le Roi Mohammed VI, prononcé le 20 Août 2013, à l'occasion du 60^e anniversaire de la Révolution du Roi et du Peuple.

C'est pourquoi nous souhaitons qu'une telle réforme de nos CHU, soit initiée au plus haut niveau de l'Etat, et ce à l'instar des grands plans sectoriels que Sa Majesté le Roi Mohammed VI, que Dieu L'Assiste, a initiés depuis son accession au trône dans d'autres secteurs socio-économiques, et qui ont permis de mettre le Maroc sur la voie du progrès et de la modernité.

BIBLIOGRAPHIE

1. 50 ans de développement humain et perspectives 2025. Rapport établi à l'occasion du cinquantenaire de l'indépendance du Maroc (2005).
2. L. Albert et al: Elaboration d'un plan de développement pour la mise en œuvre de l'initiative 3 300 médecins par an à l'horizon 2020. Unité de Santé Internationale, Université de Montréal. Janvier 2009.
3. Moussaoui D; Battas O et Chakib A. Histoire de la médecine au Maroc pendant le protectorat. Histoire des sciences médicales, 1992, tome XXVI, n° 4, p.291-99 Maroc Médical, Tome 20 n° 1, mars 1998.
4. Extrait de discours de SM Feu Hassan II; Maroc Médical, Tome 20 n° 1, mars 1998.
5. Rapport établi à l'occasion du 50^e anniversaire de la création de la faculté de Médecine de Rabat, 25 mars, 2013.

6. Tounsi A. Souvenirs et réflexions à propos de 50^e anniversaire de la chirurgie à l'hôpital Ibn Sina de Rabat Maroc Médical, tome 26, n°3, 2004, p 244-247.
7. Spécial 50^e anniversaire de l'hôpital Ibn Sina- Rabat. Maroc Médical, tome 26, n°3, Sep. 2004, 223-226.
8. Belmahi A. Parcours d'un combattant, Edition Maarif, 2013.
9. Rapports d'activité du Centre Hospitalier Ibn Sina de Rabat de 2001 à 2010.
10. A. Dordain: le CHU: l'hôpital de tous les défis. Ed. Trivat, 2007.
11. D. Labayle: Tempêtes sur l'hôpital. Ed. Seril, 2002.
12. Benabdellah T. Greffe d'organes en Tunisie; 5^e Colloque France-Maghreb, Nice, 23-24 Mars, 2012.
13. Huges CH. Egyptian doctors limit kidney transplants; N Y Times, Jan 23, 1992.
14. Khalfaoui A. Zoom sur la transplantation cardiaque en Tunisie avec le Pr Slim Chenik; Santé TN; 10/18; 2013.
15. Pr Khalfaoui fait le point sur la transplantation hépatique en Tunisie; Santé TN 10/12; 2013.
16. Cap de 5000 greffes d'organes franchis en 2012; La provence.com; 6 mars; 2013.
17. Greffe simultanée de cinq organes: mise au point de l'académie de chirurgie; Provence.com; 24 déc. 2013.
18. Nombre de greffes d'organes en Algérie reste « en

- deçà» des résultats espérés. Le temps d'Algérie, 10 janvier 2010.
19. Plan de l'initiative 3 300 médecins/2020 (nombre d'étudiants inscrits en 2007 et nombre de lauréats en 2007).
 20. Effectifs des étudiants inscrits aux facultés de médecine du Royaume en 2012-2013, publié par chaque faculté.
 21. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat, histoire et évolution. Rapport publié par la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat à l'occasion de son cinquantenaire (2012).
 22. Pour une relance de la recherche scientifique et technique au service du développement du Maroc. Rapport de l'Académie Hassan II des Sciences et Techniques, mars 2009.
 23. Développer la recherche scientifique et l'innovation pour gagner la bataille de la compétitivité. Rapport de l'Académie Hassan II des Sciences et Techniques, novembre 2012.
 24. Maroc bibliométrie: mesure des entrants de la recherche et développement. Bulletin de l'IMIST, N°5, 2012.
 25. Livre blanc pour une nouvelle gouvernance de la santé. Deuxième conférence de la santé. Marrakech, 1-3 juillet, 2013.
 26. Chkili T. Réforme des études médicales: aspects

- organisationnels. Rapport de l'Université Mohammed V Souissi, 2005.
27. Projet de réforme des études médicales, pharmaceutiques et odontologiques: rapport de synthèse des travaux des commissions régionales, Rabat, mars 2006.
 28. El Khamlichi A. Configuration anatomique du polygone de Willis de l'adulte étudiée par les techniques d'injection. Conférence faite à la réunion de la société de Neurochirurgie de langue française, Paris (Décembre 1984) et publiée dans la revue Neurochirurgie, Ed. Masson – Paris, 1985.
 29. El Khamlichi A.; El Azzouzi M.; Amrani F. et Agdach R. L'apport des techniques d'injection par les résines synthétiques dans l'étude anatomique du polygone de Willis. À propos de 250 cerveaux injectés, Neurochirurgie, 32, 1986, 333-336.
 30. El Khamlichi A.; Amrani F. et El Ouahabi A. Etude de la configuration anatomique du polygone artériel de Willis chez le fœtus humain. À propos de 50 cerveaux étudiés. Maroc Médical, XI, 1, 1989.

BIOGRAPHIE

Le Professeur Abdeslam El Khamlichi a dédié toute sa carrière hospitalo-universitaire au CHU de Rabat. Sa vocation pour la formation médicale, l'éducation et la recherche scientifique lui a valu plusieurs distinctions nationales et internationales, dont sa nomination en 2011 «Président Honoraire à vie de la Fédération Mondiale des Sociétés de Neurochirurgie».

Né en 1948 à Beni Ammart, province d'Al Hoceïma, il débutera sa scolarité par l'Ecole Coranique, puis l'école primaire à Tétouan, suivies du Lycée Moulay Youssef à Rabat, avant d'accéder à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat en 1966. Nommé interne du CHU en 1971, il va se spécialiser en neurochirurgie, passer le concours de Professeur Assistant en 1976 et entamer une série de stages de formation à l'étranger pendant plus de deux ans, en Suisse (Lausanne et Zürich), en France (Lyon

et Paris), et en Amérique du Nord (Cleveland et New York). Nommé Professeur de l'Enseignement Supérieur et chef de service en 1983, il va montrer, le long de sa carrière, que sa passion pour la neurochirurgie n'a d'égal que son dévouement pour son pays et son engagement à développer la neurochirurgie et les neurosciences dans le secteur public.

Homme de terrain, doté d'une capacité de travail sans limites et innovateur, il va trouver une solution à l'insuffisance de moyens au niveau de l'hôpital en créant en 1989 la Fondation Hassan II pour la Prévention et la Lutte Contre les Maladies du Système Nerveux, qui contribuera pleinement à la formation continue, à la recherche scientifique et à l'introduction des nouvelles technologies. Grâce à cette évolution technique et technologique, le Professeur El Khamlichi a pu introduire au CHU de Rabat plusieurs techniques d'exploration et de soins, pour lesquelles les patients partaient auparavant à l'étranger. Toutes ces techniques sont réunies au Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences, qui constitue aujourd'hui un modèle, à l'échelle nationale et africaine, de centre de soins, de formation et de recherche sur les maladies du système nerveux.

Invité dans plus de quarante universités à travers le monde comme « Visiting Professor » ou comme

conférencier dans plus de cent cinquante congrès internationaux, membre de plusieurs sociétés savantes internationales (dont les deux principales sociétés nord-américaines et la Société Japonaise de Neurochirurgie), le Professeur El Khamlichi est devenu le symbole de la coopération nord-sud et sud-sud dans le domaine de la formation médicale. En effet, après la mise à niveau de la neurochirurgie marocaine, il a focalisé son attention sur le développement de la neurochirurgie en Afrique. Il a ainsi été le précurseur du premier centre international de référence pour la formation des neurochirurgiens africains, qu'il dirige depuis 2002, et qui a formé (et forme toujours) des dizaines de neurochirurgiens des pays africains subsahariens. Depuis 2012, il coordonne un deuxième programme de formation, « Africa 100 », également en faveur des neurochirurgiens africains. En 2005, il a organisé le Congrès Mondial de Neurochirurgie à Marrakech, premier congrès de ce genre organisé sur le continent africain.

Fort de cette expérience dans le domaine des soins, de la formation et de la recherche qui s'étale sur plus de 40 ans, doublée d'une expérience parallèle d'activité associative de partenariat public-privé ayant permis des progrès fulgurants à la neurochirurgie et aux neurosciences au Maroc, et donné naissance à un centre où se pratiquent des soins de qualité, une formation de

haut niveau et une recherche biomédicale pertinente; et devant les difficultés croissantes que connaissent nos CHU, le Professeur El Khamlichi a voulu, à travers cette monographie, attirer l'attention de l'ensemble des acteurs et des décideurs sur les risques encourus pour la formation médicale dans la situation actuelle de nos CHU, et leur demander de mener une réflexion sur des réformes simples, peu coûteuses et à leur portée. Il démontre, à travers l'exemple du Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences susmentionné, que le partenariat public-privé à but non lucratif, peut constituer la solution idéale à l'application du Temps Plein Aménagé (TPA), et apporter des améliorations qualitatives, aussi bien à la qualité des soins, de la formation, qu'à la recherche scientifique dans nos CHU.

LA MONOGRAPHIE CHU EN DÉTRESSE

Résumé

Trois missions constituent la spécificité et l'excellence des CHU et font de ces hôpitaux les piliers du système de santé d'un pays et la locomotive de son progrès médical. Au Maroc, il existe actuellement cinq CHU qui, tout en ayant les mêmes missions, souffrent de plusieurs symptômes qui tendent vers la chronicité affectant sérieusement la qualité des soins et la formation médicale. À travers l'exemple du CHU de Rabat, ce livre rappelle comment les pionniers ont réussi à relever le défi du lancement et de l'épanouissement de la formation médicale au Maroc malgré les difficultés de l'époque, et décrit le déclin amorcé par ce CHU, au point qu'il peine actuellement à assurer ses missions. Cet ouvrage fait le diagnostic de la détresse du CHU à travers la description de l'état des locaux, l'accueil des patients, le manque de moyens, les conditions de travail, le manque de normes hospitalières et de système d'évaluation.

Il détaille les principales causes de cette détresse : (1) l'application anarchique du Temps Plein Aménagé (TPA), (2) l'insuffisance des moyens financiers, (3) l'inadéquation du mode de gouvernance aux évolutions de la médecine universitaire, et (4) l'application de certaines réformes qui étaient indispensables, mais malheureusement entreprises sans mesures d'accompagnement (instauration du résidanat et suppression implicite de l'internat, l'adoption d'une réforme universitaire des enseignants-chercheurs, qui réduit la valeur de la production scientifique et de la recherche au profit de l'ancienneté dans la gestion de la carrière des enseignants-chercheurs en médecine, et les textes de création des hôpitaux universitaires qui ont supprimé de leur dénomination l'adjectif universitaire, « CH » au lieu de « CHU », ce qui a consacré la dichotomie entre ces hôpitaux et les universités). Ainsi, depuis une dizaine d'années, les CHU connaissent de plus en plus de difficultés à accomplir leur mission de soins (la prédominance des soins primaires et secondaires sur les soins tertiaires), de formation (aussi bien sur le plan qualitatif que quantitatif), et de recherche (régression du Maroc sur le plan des publications scientifiques, de la troisième place au niveau de l'Afrique en 2003 à la sixième place en 2009).

Dans la dernière partie de cet ouvrage, l'auteur propose des solutions qui pourraient constituer des

remèdes efficaces, puisées dans l'expérience du terrain, et qui peuvent être appliquées assez rapidement et à moindre coût. Celles-ci s'articulent autour de trois axes : (1) Doter les CHU et les établissements les composant d'un statut juridique qui définit les moyens à mettre en commun et séparément pour chacun de ces établissements pour s'acquitter de l'ensemble des trois missions d'un CHU avec, en particulier, la mise en place de deux instances de coordination : un conseil supérieur régional du CHU et un conseil national des CHU. (2) Trouver une solution durable et efficace à l'insuffisance alarmante des moyens financiers, à travers l'application du TPA à l'intérieur des hôpitaux universitaires (TPA intra-muros). L'auteur démontre, à travers l'exemple concret du Centre National des Neurosciences sis à l'Hôpital des Spécialités de Rabat, et géré sur la base d'un partenariat public-privé, comment cette pratique du TPA intra-muros, permet aux CHU de multiplier leurs recettes au moins par dix, et donne des exemples concrets sur le changement radical que ce partenariat privé-public dans le cadre d'un TPA intra-muros, apporte aussi bien à la qualité des soins, à la formation, à la recherche, et au fonctionnement optimal des CHU. (3) La réforme des études médicales et du statut des enseignants-chercheurs des facultés de médecine, accompagnés d'une mise à niveau des moyens pédagogiques.

TABLE DES MATIÈRES

Préface 1 - Pr Abdelkader Tounsi.....	15
Préface 2 - Pr Taieb Chkili.....	23
Préface 3 - Pr M.T. Alaoui.....	31
Préface 4 - Pr Mohammed Barahioui.....	39
Introduction.....	43

Chapitre I

Le centre hospitalier universitaire de Rabat	
Pionnier de la formation médicale au Maroc.....	51
I. Création du CHU de Rabat	52
II. Naissance et structuration du CHU de Rabat (1962-1970).....	54
III. Les 20 glorieuses du CHU de Rabat: 1970-1990	63
A. Création d'autres facultés et branches de formation en sciences de la santé.....	66
B. Création et structuration des différentes disciplines et spécialités	67
C. Développement et structuration de la médecine militaire universitaire	89

D. Développement de la recherche scientifique	90
E. Mise en place de deux grandes réformes.	92
F. Contribution des enseignants-chercheurs du CHU de Rabat à l'organisation de la santé à l'échelle nationale.....	97
IV. Période des difficultés du CHU de Rabat (À partir de 1990).....	99

Chapitre II

Pourquoi le centre hospitalier Ibn Sina est actuellement en détresse ?

I. État actuel du CHU Ibn Sina de Rabat	105
II. Des signes de souffrance évidents.....	119
III. Des conditions de travail pénibles	123
IV. Un personnel soignant démoralisé	136
V. Le personnel administratif gère la pénurie et la routine.....	142

Chapitre III

Le temps plein aménagé, remède efficace mais mal appliqué

I. Définition et instauration.....	153
II. Les nobles objectifs du TPA	155
III. Tel qu'il est appliqué, le TPA est un désastre pour les CHU, aussi bien pour la qualité des soins que pour la formation médicale et la recherche	160

Chapitre IV

Le CH Ibn Sina assure-t-il ses missions ?	171
I. Insuffisances dans la mission des soins.	172
II. Une mission de formation qui peine à porter ses fruits.	180
III. Une mission de recherche peu valorisée	187

Chapitre V

Des solutions possibles et à faible coût	201
I. Impact limité de certaines solutions récemment préconisées	201
II. Solutions proposées	207
A. Doter le CHU d'une personnalité morale et juridique et d'une gouvernance cohérente ...	207
B. Trouver une solution efficace et durable pour répondre à l'insuffisance alarmante des moyens dans les hôpitaux des CHU.....	211
1. La subvention de l'Etat aux hôpitaux universitaires a atteint ses limites : la solution est ailleurs.....	211
2. Impact du TPA « intra-muros » sur les recettes des hôpitaux des CHU	214
3. Impact du TPA « intra-muros » sur les problèmes de fond des universitaires	216
a) Protéger l'éthique et la morale de l'hôpital	216
b) Le respect des normes hospitalières et des critères objectifs d'évaluation.....	217

c) La présence effective des médecins-enseignants dans leurs services	218
d) L'ouverture de l'hôpital universitaire sur la société	221
4. Les autres bénéfices du TPA « intra-muros »	222
5. Exemple du Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences de Rabat	225
a) Historique	225
b) Architecture et équipements	232
c) Financement et mode de gestion	233
d) Fonctionnement	234
e) Impact du Centre National de Réhabilitation et des Neurosciences comme exemple de l'exercice du TPA « intra-muros »	235
i. Apport financier	235
ii. Apport à la qualité des soins	237
iii. Apport à la qualité de la formation	242
iv. Apport à la recherche scientifique	244
C. Réforme des études médicales, du statut des enseignants-chercheurs des facultés de médecine, accompagnée d'une mise à niveau des moyens pédagogiques	248
1. La réforme des études médicales	249
2. La révision du statut des enseignants-chercheurs des facultés de médecine, de pharmacie et de médecine dentaire	254

3. La mise à niveau des moyens pédagogique et de recherche dans les facultés de médecine	261
Conclusion	267
Bibliographie	271
Biographie de l'auteur	275
La Monographie CHU en détresse	
Résumé	279

المستشفى الجامعي يستغيث
والتكوين الطبي مهدد
لمؤلفه الدكتور عبد السلام الخمليشي

صدر منذ ست سنوات (يونيو 2014) كتاب باللغة الفرنسية
تحت عنوان:

CHU EN DÉTRESSE
Formation médicale en danger

توطئة

يتطرق الكتاب إلى وضعية المستشفيات الجامعية بالمغرب، والعوائق التي بدأت تضايق تطورها منذ ثلاثين سنة حتى أصبحت في بداية هذا القرن تواجه صعوبات هيكلية وتنظيمية ومالية أعجزتها عن الاستجابة لعدة جوانب من مهامها الثلاث: العلاج والتكوين والبحث العلمي. ويعد هذا الكتاب بمثابة دق ناقوس الخطر الذي يهدد المستشفيات الجامعية، وقطاع الصحة بصفة عامة، إذا ما استمرت الأمور على ما هو عليه. وقد اقترح المؤلف بعض الحلول التي رآها مناسبة انطلاقاً من تجربته التي تفوق أربعين سنة قضاها في المركز الإستشفائي الجامعي بالرباط.

للأسف لم يتغير شيء كثير في مستشفياتنا منذ ذلك الحين، بل ازدادت الأمور تدهوراً، الشيء الذي أبرزته بوضوح جائحة كوفيد-19 التي بدأت تجتاح المغرب بداية مارس 2020، والتي بينت هشاشة منظومتنا الصحية، وافتقارها إلى الحاجيات الأساسية من تجهيزات، وأطر، وبحث علمي، لمواجهة هذه الجائحة.

وإيماننا من المؤلف بحتمية إصلاح المستشفيات الجامعية كأساس ومقدمة لأي إصلاح للمنظومة الصحية في بلادنا، ارتأى أن يوسع دائرة الإطلاع على الكتاب بجعل قراءته مجانية ومتاحة على شبكة الانترنت. كما قام بترجمة ملخص شامل للكتاب إلى العربية آملاً أن يساهم في تنوير الرأي العام، ودفع كل القوى الحية في بلادنا إلى أخذ العبرة من جائحة كورونا، والمبادرة بالقيام بإصلاح جذري للمنظومة الصحية يركز بالأساس على النهوض بالمستشفيات الجامعية كرافعة أساسية لهذا الإصلاح.

ملخص الكتاب

تتصدر الكتاب مقدمات تمهيدية كتبها أربعة أساتذة أجلاء بكلية الطب والصيدلة بالرباط، أمضوا كلهم ما يزيد على أربعين سنة من حياتهم المهنية بالمستشفى الجامعي بالرباط، أجمعوا فيها على أن المستشفى الجامعي، هو العمود الفقري للمنظومة الصحية في البلاد، وأن التكوين الطبي يتم فعليا داخل المستشفى، أكثر منه داخل كلية الطب والصيدلة، وأن المستشفى الجامعي يعيش حالة حرجة نتيجة نقص التجهيزات وندرة الموارد وهجر الكثير من أطره المؤهلة إلى القطاع الخاص، وأنه بعد أن أمضى فترة من التطور المستمر حتى سار يضاهي في الثمانينات المستشفيات الجامعية الأوروبية، أصبح ابتداء من التسعينات يعيش تقهقرا مستمرا سنة بعد أخرى يتجلى في مستوى التكفل بالمرضى، وجودة التعليم الطبي وتراجع البحث العلمي. وبهذا، بدأ المستشفى الجامعي يتراجع عن دوره المركزي في التكوين والعلاج والإبداع العلمي. واعتبرت هذه المقدمات التمهيدية أن الوضعية التي يوجد عليها المستشفى الجامعي، تستوجب إصلاحا عميقا مستعجلا، إذا أردنا إنقاذ الصحة والتكوين الطبي في بلادنا مستقبلا، لذا أعتبر هذا الكتاب بمثابة دق ناقوس الخطر انطلاقا من روح المسؤولية والدعوة إلى التعبئة.

تلي هذه المقدمات التمهيدية، مقدمة المؤلف التي يُعرف من خلالها بالمستشفى الجامعي (أو المركز الاستشفائي الجامعي) كمستشفى

يجمع بين التقنيات الحديثة والكفاءات المهنية، مرتبطا عضويا بكلية الطب والصيدلة وطب الأسنان، ويؤدي بمهنية عالية مهماته الثلاث (العلاج، التكوين، البحث العلمي) محتلا بذلك مكانة الصدارة في المنظومة الإستشفائية الوطنية. نجد في هذه المقدمة أسماء المراكز الإستشفائية الموجودة في المغرب مع ملاحظة تثير الإنتباه، وهي أن المشرع عندما سمى هذه المستشفيات، حذف كلمة «الجامعي» من أسمائها، وسُميت «المركز الإستشفائي»، مثلا «المركز الإستشفائي ابن سينا» (عوض المركز الإستشفائي الجامعي ابن سينا) بالرباط. بعد هذا، يثير المؤلف في مقدمته الأسباب التي دفعته إلى تأليف هذا الكتاب، والغاية المتوخاة منه، فذكر أن واجبه المهني كطبيب اشتغل في المستشفى الجامعي منذ ما يزيد على أربعين سنة، عايش وساهم في فطرة بنائه وازدهارها، عاين وتقاسم مشاكله على مختلف المستويات منذ بداية أزمته الحالية، كان يفرض عليه تدوين هذا الكتاب، موضحا «التشخيص السببي» (Diagnostic étiologique) للأزمة ومقترحا حلولا نابعة من أرض الواقع بإمكانها أن تساهم في تخفيف أزمة المستشفى الجامعي وتعيّنه على القيام بمهامه. ويختم المؤلف مقدمته قائلا: أملي أن يكون هذا الكتاب أرضية للتفكير لدى الأساتذة الباحثين الأطباء في مستشفياتنا الجامعية، والوزارات المعنية والمنتخبين وكل القوى الحية ليبادروا جميعا بإصلاح منظومتنا الصحية بدأ بركيزتها الأساسية المثلة في المستشفيات الجامعية.

بعد المقدمات التمهيدية ومقدمة المؤلف، يأتي جوهر الكتاب المقسم إلى خمسة فصول.

يتطرق الفصل الأول إلى تاريخ المركز الإستشفائي الجامعي بالرباط ودوره الرائد في التكوين الطبي بالمغرب. أحدث هذا المركز في البداية من مؤسستين، أول كلية للطب والصيدلة، ومستشفى ابن سينا، أكبر مستشفى آنذاك بالرباط. كانت السنوات الأولى بعد إنشاء

(1962-1970) حاسمة في بناءه على أسس متينة تستجيب للمتطلبات الأساسية لأول مؤسسة وطنية تضطلع بجودة العلاج والتكوين الطبي. ومن أهم ما أنجز خلال هذه المدة اختيار ثلة من الأساتذة الباحثين الأجانب انتقاهم المرحوم الدكتور عبد المالك فرج أول عميد للكلية خلال هذه المدة، من مختلف الجامعات الفرنسية ومن بين القليل من الأطباء المغاربة المتواجدين إذ ذاك، الذين قبلوا الالتحاق بالكلية أو المستشفى الجامعي، بعد اجتياز مباراة الدخول، التي كانت تنظم وفق ما كان يجري في كليات الطب الفرنسية. وانطلاقاً من مبدأ اكتشاف وتشجيع الطلبة الأوائل، وما لهذه الفكرة من أهمية في الطب، نُظمت مبكراً (1967) أول مباراة للأطباء الداخليين للمستشفى الجامعي بالرباط (Concours d'Internat du CHU de Rabat). هذه المباراة كانت ولا زالت، تعتبر أفضل طريقة لاختيار المدرسين، باعتبار أن هذه النخبة من الأطباء الداخليين يُعطى لهم تكوين خاص لعدة سنوات يهيئهم لاجتياز مختلف مباريات أسلاك التدريس في كلية الطب. وسنرى فيما بعد أنه من بين أسباب تقهقر المستشفى الجامعي حذف مباراة اختيار هذه النخبة من الأطباء الداخليين سنة 1997. حرص المؤلف على رواية هذه الفترة الأساسية من تاريخ التكوين الطبي وإنشاء أول مركز استشفائي جامعي في بلادنا بدقة بالغة اعتمد فيها على معاشته لجزء من هذه الفترة كطالب في كلية الطب، وكذا استسقاء المعلومات من أساتذته الذين عاصروا هذه المرحلة، الشيء الذي يعطي لهذا الجزء من الكتاب أهمية الوثيقة التاريخية.

بعد هذه المرحلة التكوينية، عاش المركز الإستشفائي الجامعي بالرباط عشرين عاماً (1970-1990)، سماها المؤلف «فترة المجد»، استطاع خلالها أن يضاعف عشر مرات عدد الأساتذة الباحثين (من 39 أستاذاً سنة 1970 إلى 300 سنة 1984، 80% عبر مباراة الأطباء الداخليين) ويضمن بذلك أحسن نسبة للتأطير (أستاذ لكل 10.8

طالب) ما بين 1983-1984. كما ضاعف ثلاث مرات عدد الأسرة الإستشفائية، بإنشاء أكبر المستشفيات التي تكونه اليوم (مستشفى الأطفال، مستشفى الولادة، مستشفى الاختصاصات، المعهد الوطني للأكلوجيا سيدي محمد بن عبد الله، والمستشفى العسكري محمد الخامس). بفضل هذا التطور الهائل، استطاع المركز الإستشفائي الجامعي بالرباط الإستجابة المثلى لمهامه الثلاث: العلاج والتكوين والبحث العلمي، بالإضافة إلى إحداث كل التخصصات الطبية المتواجدة آنذاك، والمساهمة في التخطيط للمنظومة الصحية على الصعيد الوطني مع إنشاء مجلتين علميتين، وتسريع وثيرة التبادل مع الجامعات الأجنبية. كل هذا أهل المركز الإستشفائي الجامعي بالرباط ليكون في صدارة المستشفيات الجامعية على الصعيد القاري وليضاهي العديد من المستشفيات الجامعية الأوروبية.

في أوائل التسعينات، بدأت بوادر الإعياء ومرحلة الركود الناتجة عن نوعين من الأسباب: (1) بعض القوانين المتوخى منها بعض الإصلاحات التنظيمية والهيكلية والتي لم يُنتبه إلى نتائجها على المدى البعيد: القانون المنظم للمراكز الاستشفائية الجامعية (1983) الذي حذف كلمة «الجامعي» من أسمائها، الشيء الذي ألغى ضمنا، في نفس الوقت، علاقتها العضوية مع كلية الطب والجامعة، والقانون الذي ينظم ممارسة الطب الذي رخص للأساتذة الباحثين في كليات الطب بالعمل الحر خارج المستشفى الجامعي، والقانون الذي أدمج الأطباء الداخليين مع الأطباء المقيمين (1997)، وأخيرا القانون التنظيمي للجامعة، الذي يشمل بطبيعة الحال كليات الطب، والذي حدد عدد المنشورات العلمية (Publications scientifiques) في اثنين كحد أدنى للمشاركة في مباريات اختيار أساتذة الجامعة. (2) تدهور حالة التسيير للمستشفيات الجامعية نتيجة عدم التوازن بين الموارد المالية، وما يتطلبه التطور السريع لكل من العلاج والتكوين والبحث العلمي.

الفصل الثاني يحاول الإجابة على الجزء الأول من عنوان الكتاب: لماذا المستشفى الجامعي يستغيث؟ وكمثال على ذلك يتطرق المؤلف إلى الوضعية التي يوجد فيها المركز الإستشفائي ابن سينا بالرباط، باعتبار دوره الطلائعي والنموذجي من الناحية التاريخية كما رأينا، وكونه يمثل أكبر المراكز الإستشفائية الوطنية. أهم الأعراض التي يشتكي منها هذا المركز، والتي جعلته في حالة «استغاثة» منذ عدة سنوات هي كالتالي: (1) القراءة التحليلية في التقارير السنوية لحصيلة عمل هذا المركز، خلال عشر سنوات متتالية (2001-2010) تبين بالأرقام ركودا مستمرا وأحيانا تراجعاً في عمل مجمل الوحدات التي تكون المركز. ولا تجد في هذه التقارير أية إشارة إلى ما يميز عادة المستشفيات الجامعية مثل إحداث تقنيات جديدة، أو اكتشاف علاجات، أو إنتاجات علمية أو مخبرية. (2) قدم البنايات، وعدم العناية المستمرة بترميمها والبناء العشوائي في المساحات الخضراء داخل بعض المستشفيات، وهيمنة الغرف الجماعية (أربعة مرضى فما فوق)، وندرة التدفئة والمياه الساخنة... كل هذا يجعل المرضى يفتقرون إلى أبسط ظروف الراحة النفسية والجسدية أثناء إقامتهم داخل المستشفى. (3) اكتظاظ ممرات هذه المباني بحشد لا ينقطع من مرضى، ومرافقين وزوار، كل في حركة «مرتبكة»، منهم من أتى لعيادة بموعد أو دون موعد، ومنهم من أتى بدواء، أو طعام أو غطاء أو غيره من الحاجيات لقريب مقيم في المستشفى، ومنهم من يترقب مرور أية بذلة بيضاء ليسأل عن مكان الطبيب الذي جاء ليزوره، أو مكان الفحص الذي أتى من أجله، أو حتى باب الخروج. فكيف السبيل للمحافظة على قواعد النظافة؟ وكيف للمرضى الميسرين، بعد معائنتهم لهذا المشهد، ألا يفروا من المستشفى، واللجوء إلى القطاع الخاص، خصوصا بعد أن رُخص للأطباء الأساتذة بالعمل الحر. (4) ظروف العمل في هذه المستشفيات أصبحت شاقة وأحيانا مؤلمة بالنسبة للأطباء والمرضى وبعض

الإداريين الذين يعانون جميعاً من ضعف الإمكانيات التي تتجلى في نقص الأدوية والعقاقير الطبية، وتعطيل آلات الكشف والعلاج المختلفة بصورة متكررة، وتدهور العمل في أقسام حيوية كالمركبات الجراحية، أو المختبرات، أو أقسام الإنعاش. ويرجع هذا النقص في الإمكانيات، الذي يعرفه الخاص والعام، حتى أن الكل يتحدث عن «فقر المستشفى»، إلى ضعف الواردات المالية للمستشفى الناتج عن نزوح المرضى الميسورين أو الذين يتمتعون بالتغطية الصحية إلى المصحات الخاصة. وعندما يصل المريض المغربي إلى المستشفى الجامعي بعد توجيئه من المستوصف، ثم المركز الصحي، ثم المستشفى الإقليمي، حيث سبق أن فحصه ثلاثة أطباء، كلهم فسروا له أن علاج مرضه يقتضي تنقله إلى المستشفى الجامعي، يتنفس الصعداء ويحمد الله أن محنته قد انتهت، وسيجد علاجاً لمرضه. إلا أن الطبيب الذي سيستقبله يعرف أنه لا يملك إلا أن يفحصه، وأنه سيضطر أن يفسر له، في كثير من الأحيان، وعلى مضض أن الفحص الفلاني، الضروري لمرضه غير متوفر لأن الآلة معطلة أو لا يتوفر عليها المستشفى، أو أن علاجه يتوقف على عملية جراحية، ولكن لا يمكن إجراؤها لأن المركب الجراحي غير مجهز حالياً بما يتطلبه مرضه من حاجيات وأدوات إلخ. كل هذا يفسره الطبيب الأستاذ للمريض بحضور الطلبة والأطباء المتدربين، مما يجعل هؤلاء يتقاسمون ضيق وحرَج أستاذهم وتعاسة وحظ المريض، ثم يتساءلون بطبيعة الحال عن تكوينهم ومستقبلهم المهني. كل هذا يُضعف معنوية العاملين بالمستشفى الجامعي من أطباء وممرضين وإداريين نتيجة التراكمات اليومية الناتجة عن عجزهم لأداء مهامهم.

في الفصل الثالث، يتحدث الكتاب على النموذج الجديد لممارسة الطب الحر من طرف الأساتذة الباحثين في كلية الطب المعروف بـ «التوقيت الكامل المرتب» المصطلح عليه بالفرنسية: (Temps Plein)

(aménagé ou TPA)، والذي يعتبره المؤلف «علاجاً ناجحاً ولكن أسئ تطبيقه». تعني عبارة «التوقيت الكامل المرتب» أنه يحق للطبيب أن يعمل بدوام كامل في المستشفى مع تخصيص جزء بسيط منه للعمل الحر. أحدث هذا النموذج من الممارسة الطبية سنة 1994 بقانون 94-10، الذي يُخول للأساتذة حوالي 20% من عملهم الأسبوعي (نصف يوم مرتين في الأسبوع) للعمل الحر مع التأكيد على تخصيص 80% من الوقت للعلاج والتكوين والبحث العلمي في المستشفى. يبين الكاتب أن إحداث هذا النموذج الجديد من الممارسة الطبية من طرف الأساتذة الباحثين في الطب، كانت له أهداف جد نبيلة منها: (1) تمكين المريض الذي يريد استشارة الطبيب الأستاذ، من القيام بذلك دون إلزامه بقيود المستشفى، مما يكرس مبدأ حرية اختيار المريض لطيبه، وفتح المستشفى الجامعي للمرضى الميسرين أو الذين يتمتعون بالتغطية الصحية، دون إجبارهم بالتقيد بالمسار التقليدي للوصول إلى المستشفى الجامعي. (2) الهدف الثاني جد مهم، يتجلى في الدعم المالي الذي يخوله هذا النموذج من الممارسة الطبية سواء للأساتذة الأطباء أنفسهم أو للمستشفيات الجامعية، الشيء الذي بينه المشرع حين نص في القانون 94-10، على ضرورة ممارسة هذا العمل الحر الجزئي، داخل مصحات تُقيمها لهذا الغرض، الإدارة أو المراكز الإستشفائية الجامعية أو المؤسسات ذات النفع العام. وطلب المشرع من المستشفيات الجامعية إحداث مصحات بداخلها أو تخصيص أجنحة لممارسة الطب الحر، كان يهدف من جهة إلى الإحتفاظ بالأساتذة داخل المستشفى طوال أوقاتهم المهنية، متبعين عن قرب، مهامهم العلاجية والتكوينية والبحث العلمي، ومن جهة أخرى إلى دعم المستشفى الجامعي بمداخل مالية إضافية ناتجة عن الممارسة الحرة للأساتذة الأطباء في هذه الأجنحة الخاصة، علماً بأن حوالي ثلثين، على الأقل، من تكاليف العلاج والإستشفاء التي يؤديها المريض في

الجناح الخاص يستفيد منها المستشفى، والثلث الباقي، على أكثر تقدير، يخصص لرفع راتب أو تعويضات الطبيب المعالج. هذه هي الأهداف النبيلة المتوخاة من ترخيص الأساتذة الباحثين في كلية الطب لتخصيص جزء من وقت عملهم للعمل الحر، وفتح المستشفى الجامعي جزئياً على القطاع الخاص. وتجدر الإشارة إلى أن هذا النموذج من الممارسة المزدوجة داخل المستشفيات الجامعية، معمول به في البلدان المتقدمة، مما يخلق تكافؤاً وتعاوناً بين القطاع العام والخاص يستفيد منه المريض والمستشفى والمنظومة الصحية بصفة عامة. لذا اعتبر المؤلف إحداث هذه الممارسة «علاجاً ناجحاً» لحالة «الإستغاثة» التي تعيشها مستشفياتنا الجامعية.

إلا أنه، إذا نظرنا إلى ممارسة هذا العمل الحر الجزئي خلال السنوات العشر الأولى من تطبيقه، وجدنا أنه أحدث خللاً كبيراً في المستشفى الجامعي سواء على مستوى نوعية العلاج أو التكوين الطبي أو البحث العلمي، وذلك للأسباب التالية. أولاً، عوض تشجيع المستشفيات الجامعية على خلق مصحات حرة داخل المستشفى، قبل المسؤولون أن يمارس هذا العمل الحر الجزئي، خلال فترة انتقالية تمتد لخمس سنوات، خارج المستشفى في العيادات الخاصة، دون أي تهين لأرضية هاذة الممارسة الجديدة والمعقدة. وهكذا، بين عشية وضحاها، أصبح مثلاً في الرباط، ما يزيد على ثلاث مائة أستاذ طبيب من المركز الإستشفائي الجامعي ابن سينا ينتشرون في القطاع الخاص بولاية الرباط، بما تمتلك من مصحات وعيادات ومختبرات. ثانياً رغم سهولة الانتباه إلى ما يمكن لهذه الوضعية الجديدة في ممارسة الطب، أن تحدث من خلل ومشاكل، اكتفى المسؤولون بتطبيق «التوقيت الكامل المرتب»، بإحداث لجنة للمراقبة تمثل المركز الإستشفائي الجامعي وكلية الطب والهيئة الوطنية للأطباء، لجنة ستجد نفسها، منذ البداية، تتسابق مع الأحداث، وتفتقر إلى العون من الجهات الوصية، مما سيضعف عملها

يوما بعد يوم . ثالثا، بعد انتهاء المرحلة الإنتقالية (2001) دون تهيين أي مصحة أو جناح لممارسة الطب الخاص داخل المستشفى الجامعي، استمر الأطباء الأساتذة في عملهم في مؤسسات القطاع الحر. ووضِع الجميع أمام الأمر الواقع، وتلاشت المراقبة أكثر، مما دفع بعض الأساتذة إلى عدم احترام الأيام أو الأوقات المخصصة للعمل الحر، وشجع الكثير منهم على الاستثمار في القطاع الخاص، مع مواصلة العمل في المستشفى، مما جعل عدد الأسرة في هذا القطاع يرتفع من 319 في 1994 (تاريخ إحداث «التوقيت الكامل المرتب») إلى 1.100 سنة 2012. بالمقابل، إنخفض عدد الأسرة في المركز الإستشفائي الجامعي بالرباط من 3.250 سنة 2001 إلى 2.458 سنة 2011. رابعا، في هذا المناخ الذي عرف انتعاشا غير مسبوق لقطاع الطب الحر، وتدهورا بالغا للمستشفيات الجامعية، قدمت الوظيفة العمومية لكل العاملين بها اقتراح «المغادرة الطوعية» (2005)، فكانت فرصة من ذهب للعديد من الأطباء الأساتذة في المستشفيات الجامعية للهروب من المستشفى والالتحاق بالقطاع الحر. ففي الرباط مثلا، غادر 27 رئيس قسم في المركز الإستشفائي الجامعي ابن سينا دفعة واحدة، ومع كل واحد منهم تجربة أكثر من خمسة عشرة أو عشرين سنة، وأغلبية الباقي تشبثوا أكثر فأكثر بازدواجية عملهم، مع الاهتمام المتزايد بعملهم في القطاع الخاص، إذ أصبحوا يشتغلون في أكثر من مصحة خاصة، ويمتلكون أسهما فيها، مع احتفاظهم بمناصبهم كرؤساء أقسام وأساتذة باحثين في المستشفى الجامعي.

وكتيجة لهذا التطبيق العشوائي ل«التوقيت الكامل المرتب»، يعيش الآن المستشفى الجامعي وضعا كارثيا يتجلى فيما يلي: أولا، غياب الأطباء الأساتذة الباحثين عن أقسامهم في المستشفى الجامعي إما كليا أو جزئيا وبصفة متكررة، الشيء الذي يؤثر سلبا على أداء مهامهم، خصوصا إذا علمنا أن أداءهم لهذه المهام يتطلب حضورهم

عشر ساعات في اليوم على الأقل، يمضيها الطبيب الأستاذ بين زيارة وعيادة المرضى، والعمليات الجراحية، والمشاركة في التكوين والبحث العلمي. مشكلة الغياب هذه تجعل المرضى ينتظرون في جناح العيادة، والطلبة المتدربون في قاعة المحاضرات، والمرضى المهينون للعمليات أمام المركب الجراحي، فما بالك بالاجتماعات المفروض تنظيمها يوميا وأسبوعيا للتداول في مواضيع البحث العلمي. ثانيا، فقدان المناخ الملائم لتنمية الضوابط الأخلاقية لمهنة الطب لدى الأطباء والطلبة الذين هم في طور التكوين نتيجة ما يعانيه هؤلاء الأطباء الشباب من مصاعب أثناء تكفلهم بالمرضى بمفردهم، خصوصا في قسم المستعجلات، وما يروونه من تصرفات بعض زملائهم القدامى وهم يلتمسون لأنفسهم أدنى الأعذار لتأجيل عمل ما في المستشفى قصد الالتحاق بعياداتهم الخاصة.

لهذه الأسباب، أصبح «التوقيت الكامل المرتب» كارثة على المستشفى الجامعي، ولا يمكن بتاتا النهوض بالمستشفى الجامعي والتكوين الطبي دون إصلاح هذه المعضلة. وإصلاحها يقتضي تطبيق القانون المحدث لها، والذي ينص على ضرورة ممارسته داخل المستشفيات الجامعية.

يتساءل المؤلف في الفصل الرابع هل المستشفى الجامعي يؤدي مهماته؟ رغم ما يعيشه من نقص في المعدات التقنية، وأزمة في الموارد البشرية، وانعدام المعايير والمراقبة في تنفيذ برامج العلاج والتكوين. ففيما يتعلق بمهمة العلاج، هناك مؤشرات كثيرة تبين قصور المستشفى الجامعي في هذه المهمة: أولا، غياب المعايير التي تحدد مستوى العلاجات التي يقوم بها المستشفى الجامعي مقارنة مع المستشفيات الجهوية والإقليمية. فتجد حوالي 70% من المرضى الموجهين إلى المستشفى الجامعي، بإمكان معالجتهم في المستشفيات الجهوية (50% من العمليات الجراحية التي تجرى في المستشفيات الجامعية تقوم بها

أقسام المستعجلات). ثانيا، غياب بعض الاختصاصات الأساسية في كثير من المستشفيات الجامعية، رغم قدمها كأقسام الأمراض التعفنفة والمعدفة، والأمراض الوراثفة، وأمراض الدم، والطب الشرعف، وما فمصطلح علفه حاليا بما فوق التخصصات (sous-spécialités) فف العفد من التخصصات الجراحفة. ثالثا، تقصفر المستشفف الجامعف فف القفام بالعلاجات المتطورة، والذف ففجلف فف التأخر الذف فف سجله فف مبال زرع الأعضاء مقارنة مع العفد من البلدان الفف لها نفس المستوى الاقتصادف، فزراعة الكلفة مثلا الفف ففعتبر الآن من الجراحة العادفة فف هذه البلدان لا ففجرى منها فف مستشففاتنا أكثر من ثلاثة إلى خمسة فف السنة على أكثر تقدفر، فما بالك بزراعة الأعضاء الأخرى كالقلب والكبد والرئفف، وففر ذلك من الأعضاء والأنسجة. رابعا، فزافد عدد المرضف المغاربة الوافدفن على أوروبا (فرنسا بالخصوص) للاستشفاء مع كل ما ففطلب ذلك من تكالف باهظة تؤدى بالعملة الصعبة. هذه الأمثلة فففن بفلاء أن المستشفف الجامعف لم فعد ففكون حاليا المرجع الوطنف أو المعلمة الوطنية فف العلاجات المعقدة والمبتكرة.

أما ففما ففخص مهمة التكوين الطبف فف المستشفف الجامعف ففعرف فدهورا أكثر، وعواقبها أعمق، لما لها من تأثير على أبال الأطباء المكونفن سنة فلو الأخرى، الشفء الذف فرفن مستقبل المنظومة الصشفة ببلادنا. والنقص فف التكوين فففة حتمفة لما ففعانف المستشفف الجامعف من الأزمات الفف ذكرنا وما وصل إلفه من قصور فف القفام بمهمفه العلاجفة، ذلك أن جودة الاستشفاء الفف ففعمد على الففقفنة والخبرة والففربة، فف ركفزة التكوين الطبف الذف ففمكن فلقفنه للطلبة والأطباء الشباب. فف هؤلاء الأطباء المتدربون لا ففمكن لهم استكمال ففوذجهم الشفصف فف فمارسة المهنة إلا انطلاقا من النماذج الفف ففعرض علفهم أثناء ففدرفباتهم بفختلف الأقسام الاستشفائفة، ولهذا السبب ففعب المستشفف الجامعف

الدور الأساسي في تكوين الطبيب، أكثر بكثير من الدور الذي تلعبه كلية الطب، فالطالب في الطب يمضي حوالي 60% من فترة الدراسة (6 سنوات) في المستشفى، و100% من الوقت في المستشفى أثناء فترة الاختصاص (4 سنوات). والعامل الثاني الذي يوضح أكثر هذه العلاقة العضوية بين المستشفى الجامعي والتكوين في الطب هو العامل الإنساني، الذي يتجلى في خبرة وتجربة وأخلاق الأستاذ أو «المعلم» الذي يتولى تلقين وتوجيه الطالب المتدرب. فالتكوين في الطب (المعرفة التقنية والبراعة اليدوية: *savoir technique et savoir-faire*) لا يمكن فصله عن التربية على آداب المهنة. وتبين طوال تاريخ دراسة الطب، أن الجمع بين الكفاءتين (الكفاءة التقنية والأخلاقية) لا يتأتى إلا بمداومة الإصغاء والتعلم والإقتداء بأساتذة أجلاء، يجمعون بين العلم والإخلاص والأخلاق تجعل منهم مدارس وموسوعات في اختصاصاتهم، لذا يُلقب الأستاذ في الطب من طرف طلبته والمتدربين عليه بـ «المعلم» وما يمكن الاصطلاح عليه بالعامية المغربية «المعلم» (*le maître*)، ويلقب كذلك بـ «الرئيس» أو القائد (*le patron*). هؤلاء الأساتذة المخلصون، المتمكنون من مهنتهم، هم الذين يثرون انتباه الطلبة والأطباء الشباب، ويحبذون لديهم شغف المهنة والميول إلى اختصاص معين. هذا النوع من الأساتذة هم الذين يكونون المعلمة العلمية والأخلاقية في المستشفى الجامعي.

أما المهمة الثالثة للمستشفى الجامعي التي تتجلى في البحث العلمي، والتي تعتبر ضرورية لاستمرارية نوعية العلاج والتكوين، فهي كذلك تعرف ركودا متزايدا سنة بعد أخرى. ويتجلى ذلك في مستوى أطروحات الطلبة سواء في الطب العام أو التخصص، والتراجع الواضح سنة بعد أخرى في عدد المقالات والمنشورات العلمية مما جعل المغرب يتقهقر إلى الدرجة السادسة على الصعيد الإفريقي سنة 2009 بعد أن كان يحتل الدرجة الثالثة عام 2003.

والمثال الثالث الذي يوضح تراجع البحث العلمي في المستشفى الجامعي والذي يبين كذلك أن البحث العلمي مرتبط عضوياً بالبنية التي يسير عليها المستشفى الجامعي، هو الدور الهزيل الذي تلعبه الأبحاث العلمية في مباراة اختيار الأساتذة الباحثين الذين يعملون في المستشفى الجامعي. فالمطلع على ملفات المرشحين لهذه المباراة سيندهش من الانخفاض المذهل في عدد الأبحاث العلمية سنة بعد أخرى منذ حوالي عشرين سنة. إذا أخذنا مثلاً أفواج الأساتذة المبرزين في كلية الطب بالرباط الذين نجحوا في المباراة منذ 1980 إلى 2010، وانتقينا منهم فوجاً كل خمس سنوات، واحتسبنا متوسط عدد الأبحاث العلمية في كل فوج، نجد أن معدل هذه الأبحاث المنشورة (publications scientifiques) تقهقر من معدل 23، سنة 1980، إلى 5، سنة 2010. لماذا هذا النقص المدقع في البحوث العلمية؟ ولماذا هذا التقليل من أهمية العناية بالبحث العلمي لدى المرشحين المقبولين للتباري، فبالأحرى نجاحهم في المباراة؟ الأسباب الرئيسية مفصلة في الكتاب لكن النتيجة أن الأستاذ المبرز الذي لم يستطع خلال أزيد من خمسة عشر سنة (7 سنوات في دراسة الطب، 4-5 سنوات في طور التخصص، 4-5 سنوات كأستاذ مساعد) كتابة أكثر من خمس منشورات علمية، ما أظن أنه سينتج أكثر بعد قبوله كأستاذ مبرز، خصوصاً وأنه يعرف أنه سيصبح بالأقدمية (4 سنوات) أستاذاً باحثاً في الكلية، وربما رئيس قسم في المستشفى الجامعي.

هذه هي الثغرات الرئيسية التي تجعل حالياً المستشفى الجامعي يعجز عن أداء مهماته والتي تبين بوضوح انعكاسها الختامي على التكوين الطبي.

بعد هذا التشخيص، يصل الكتاب في بابه الخامس والأخير إلى اقتراح بعض الحلول التي يعتبرها المؤلف ممكنة ومنخفضة التكلفة. وهي تركز على ثلاثة محاور:

1- تعزيز المركز الاستشفائي الجامعي بإطار قانوني واضح يحدد له الشخصية المعنوية والحكمة المنسقة. على هذا الإطار القانوني أن يجمع كل المستشفيات التي تكون المركز ويحدد لها أهدافها، والعلاقة العضوية التي تجمعها بكليات الطب بمختلف شعبها (الطب، الصيدلة، طب الأسنان...) و يمنحها استقلالية التسيير مع تمكينها من الموارد المالية التي تخول لها تحقيق أهدافها الثلاثة: العلاج والتكوين والبحث العلمي. ولا بد لهذا الإطار القانوني أن يحدث آلية للتنسيق بين المراكز الاستشفائية الجهوية بما فيها العمومية منها والخاصة، وكذا تنسيقا على الصعيد الوطني مما يوحد برامج التكوين في الطب على الصعيد الوطني، سواء على مستوى البرامج أو الامتحانات، أو شواهد التخرج والاختصاص؛

2- إيجاد حل فعال ومستدام لمعضلة نقص الموارد في المستشفيات الجامعية. وهنا يذكرنا المؤلف أن ميزانية الدولة وحدها لن تستطيع مساهمة ارتفاع تكاليف العلاج والتكوين والبحث العلمي مع ما يطالعه به التقدم العلمي والتقني في مختلف ميادين الطب سنة بعد أخرى، لذا وجب البحث عن موارد تكميلية. وهكذا يقترح المؤلف إعادة النظر في تطبيق «التوقيت الكامل المرتب» لحل معضلة الموارد، كما سبقت الإشارة إلى ذلك. فالقانون الذي أحدث هذا النظام (10/94) اشترط ممارسته في مصحات تُنشئها المستشفيات الجامعية، بمعنى ممارسة «التوقيت الكامل المرتب» داخل هذه المستشفيات، وذلك لما له من انعكاسات إيجابية بما فيها تحسين الموارد المالية. ولتوضيح حجم هذه الموارد والدور الذي يمكن أن تلعبه في تحسين وضعية المستشفى الجامعي، يكفي أن نعطي مثالا بالمركز الاستشفائي الجامعي بالرباط، حيث يبلغ عدد الأطباء الأساتذة الذين يزاولون «التوقيت الكامل المرتب» في المصحات الخاصة ما يزيد على 500 طبيب أستاذ، كل منهم يكشف على معدل عشرين أو ثلاثين مريض على الأقل كل

أسبوع. والعديد من هؤلاء تجرى له عدة فحوص، ويتلقى علاجات جراحية أو ما يمثّلها بطرق أخرى. يؤدي المريض، مقابل هذا كله، تكاليف علاجه إلى المصحة، ويبلغ ما يتقاضاه الطبيب مقابل أتعابه ما يعادل 20 إلى 40 % حسب الحالات المرضية، بينما تعود بقية الموارد (60 إلى 80 %) إلى المصحة. وممارسة «التوقيت الكامل المرتب» داخل المستشفيات الجامعية، يعني إدخال هذه النسبة إلى المستشفى. الشيء الذي سيمنّكه من الاستفادة من مداخل مالية جد مريحة، خصوصا إذا أضفناها إلى مبالغ الميزانية العامة التي تمنحها الدولة للمستشفى. وممارسة «التوقيت الكامل المرتب» داخل المستشفيات الجامعية لا تتطلب إنفاقا كثيرا، إذ يكفي تحويل مجموعة من الأسرة المتوفرة حاليا (ما بين 20-30 % من الأسرة فارغة في المستشفيات الجامعية لقلّة الإقبال عليها) وعزلها في جناح خاص، ثم ترميم وتجهيز هذا الجناح ليكون قابلا لاستقبال المرضى الخواص.

ولتوضيح الرؤيا أكثر، يعطي الكاتب مثالا حيا لممارسة «التوقيت الكامل المرتب» داخل أحد المستشفيات الجامعية منذ عدة سنوات، ألا وهو مستشفى الاختصاصات بالرباط. ففي هذا الأخير، يتواجد «المركز الوطني للترويض والعلوم العصبية» الذي أنشئ بتعليمات من جلالة الملك محمد السادس، وقامت ببنائه وتجهيزه مؤسسة الحسن الثاني لوقاية ومكافحة أمراض الجهاز العصبي ما بين 2001-2007. هذا المركز الذي فتح أبوابه للمرضى في 2008، هو عبارة عن جناح مستقل شيد داخل مستشفى الاختصاصات، مكون من الوحدات الأساسية لكشف وعلاج أمراض الجهاز العصبي، متوفر على كل التقنيات الحديثة وعلى حوالي ثلاثين سريرا للاستشفاء، ووحدة للعمليات الجراحية والإنعاش. في هذا المركز يمارس بعض الأطباء الأساتذة العاملون في مستشفى الاختصاصات عياداتهم الخاصة منذ أزيد من ست سنوات. تبين هذه التجربة سنة بعد أخرى أن ممارسة

«التوقيت الكامل المرتب» داخل المستشفى الجامعي لها فوائد جد إيجابية على نوعية العلاج، ومستوى التكوين وإحياء البحث العلمي: أولاً، تسير المركز مؤسسة الحسن الثاني لوقاية ومكافحة أمراض الجهاز العصبي، وهي مؤسسة ذات النفع العام، مما يخول للمركز ممارسة «الطب الحر غير المستهدف للربح». ثانياً، رغم أن طاقته الإيوائية تمثل حوالي 8% من عدد أسرة مستشفى الاختصاصات وعدد الأطباء الأساتذة الذين يزاولون عملهم الحر في المركز يمثل حوالي 10% من مجموع أساتذة هذا المستشفى، فإن مداخل المركز الوطني للترويض والعلوم العصبية سنة 2012 مثلت ثلاثة أضعاف موارد مستشفى الاختصاصات بأكمله، فما بالك لو أحدثت هذه الأجنحة الخاصة في كل المستشفيات الجامعية، ومارس فيها كل الأطباء الأساتذة عملهم الحر. ثالثاً، فيما يتعلق بنوعية العلاج، فقد أحدثت في هذا المركز عدة تقنيات للكشف والعلاج لم يكن المستشفى الجامعي يتوفر عليها، وأهمها العلاج بأشعة كاما (Radiochirurgie Gamma Knife). هذه التقنية التي كان المغرب أول بلد إفريقي يكتنيها سنة 2008، والتي تعالج حوالي مائتي مريض سنوياً كانوا يذهبون كلهم فيما قبل، إلى أوروبا، إذا ما توفرت لهم الإمكانيات. رابعاً، عرف التكوين في ميدان الجراحة والعلوم العصبية، قفزة نوعية أثارت انتباه العديد من المنظمات الدولية. فبالإضافة إلى ما أحدثته التقنيات الجديدة التي يتوفر عليها المركز من تجديد وإضافة في برامج التكوين على الصعيد الوطني، بادرت بعض الجمعيات الدولية، وفي مقدمتها الفيدرالية العالمية لجراحي الدماغ والأعصاب، إلى اعتماد قسم جراحة الدماغ والأعصاب بمستشفى الاختصاصات بالرباط كمركز مرجعي (Centre de référence) لتكوين جراحي الدماغ والأعصاب الأفارقة. وهكذا، وقعت هذه الفيدرالية اتفاقية في هذا الشأن مع جامعة محمد الخامس سنة 2005، تتعهد بمقتضاها بمساعدة هؤلاء

الأطباء أثناء تكوينهم بالمنح الدراسية، ودورات تدريبية. خامسا، فيما يتعلق بالبحث العلمي، فيكفي أن نشير إلى تكوين سبع مجموعات متعددة الاختصاصات للبحث في عدة مواضيع علمية معتمدة من طرف جامعة محمد الخامس تستعمل كلها التقنيات الجديدة المحدثه في المركز الوطني للترويض والعلوم العصبية.

أملنا أن يقتدى بهذه النتائج المشجعة، وتعمم ممارسة «التوقيت الكامل المرتب» داخل المستشفيات الجامعية، ويبرز في بلادنا قطاع «الطب الحر غير الهادف للربح» الذي استطاعت من خلاله الدول المتقدمة أن تخلق توازنا بين فقر الطب العمومي والهيمنة المادية للطب الحر.

3- إصلاح النظام الدراسي في كلية الطب ومراجعة النظام الأساسي للأطباء الأساتذة الباحثين. على هذه الإصلاحات أن تنكب على عصرنة البرامج وملاءمتها لحاجيات المغرب من الأطباء، وإجبارية التكوين المستمر للأطباء العاملين في كل قطاعات الصحة، وإعادة نظام «الطبيب الداخلي» (Internat du CHU) إلى ما كان عليه، ومراجعة مباراة اختيار الأساتذة الباحثين في كلية الطب، ونظام ترقيتهم وترسيمهم.

هذه باختصار هي الحلول التي يقترحها الكاتب لإغاثة المستشفى الجامعي وإنقاذ التكوين الطبي، وكما نرى، فهي فعلا حلول غير مكلفة وتبدو في متناول المسؤولين على هذا القطاع الحيوي، إلا أن هذه الحلول، وإن كانت غير مكلفة ماديا، فإن تطبيقها يقتضي عزيمة قوية على صعيد الدولة، نرجو أن تتوفر في أقرب الآجال قبل فوات الأوان.

Achevé d'imprimer
Imprimerie El Maârif Al Jadida