Décret n° 2-11-58 du 20 rabii I 1432 (24 février 2011) approuvant la convention de crédit conclue le 3 moharrem 1432 (9 décembre 2010) entre le gouvernement du Royaume du Maroc et le Fonds saoudien de développement, en vue de la participation au financement du projet de construction et d'équipement d'écoles d'enseignement dans les villes de Tamansourt et Tamasna.

LE PREMIER MINISTRE,

Vu l'article 36 la loi de finances n° 48-09 pour l'année budgétaire 2010, promulguée par le dahir n° 1-09-243 du 13 moharrem 1431 (30 décembre 2009) ;

Vu le paragraphe 1 de l'article 41 la loi de finances pour l'année 1982, n° 26-81, promulguée par le dahir n° 1-81-425 du 5 rabii I 1402 (1er janvier 1982) ;

Sur proposition du ministre de l'économie et des finances,

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. – Est approuvée, telle qu'elle est annexée à l'original du présent décret, la convention de crédit d'un montant de quatre-vingt-dix millions de rials saoudiens (90.000.000) conclue le 3 moharrem 1432 (9 décembre 2010) entre le gouvernement du Royaume du Maroc et le Fonds saoudien de développement, en vue de la participation au financement du projet de construction et d'équipement d'écoles d'enseignement dans les villes de Tamansourt et Tamasna.

ART. 2. – Le ministre de l'économie et des finances est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Bulletin officiel.*

Fait à Rabat, le 20 rabii I 1432 (24 février 2011).

ABBAS EL FASSI.

Pour contreseing :

Le ministre de l'économie et des finances,

SALAHEDDINE MEZOUAR.

Arrêté de la ministre de la santé n° 456-11 du 23 rejeb 1431 (6 juillet 2010) portant règlement intérieur des hôpitaux

LA MINISTRE DE LA SANTE,

Vu le décret n° 2-06-656 du 24 rabii 1er 1428 (13 avril 2007) relatif à l'organisation hospitalière, notamment ses articles 10, 12, 13, 14 et 16,

ARRÊTE :

Chapitre premier

Organisation administrative hospitalière

Section I. – **Le directeur**

ARTICLE PREMIER. – Conformément aux dispositions du décret susvisé n° 2-06-656, chaque centre hospitalier régional, préfectoral ou provincial ou hôpital est dirigé par un directeur nommé par le ministre de la santé.

Le directeur consacre l'intégralité du temps de travail à la gestion et à l'administration du centre hospitalier ou de l'hôpital selon le cas.

Il ne peut être dérogé à cette règle que sur décision du Ministre de la Santé prise sur proposition du Directeur Régional et du Délégué, et dans le seul cas de nécessité de service, notamment pour combler un manque en personnel médical au centre hospitalier ou à l'hôpital.

ART. 2. – Attributions du directeur

Le directeur du centre hospitalier ou de l'hôpital assure la gestion technique, administrative et financière de l'établissement. Il est responsable de la conduite générale de l'établissement dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur et du présent règlement intérieur.

Il est responsable de la mise en œuvre de la politique sanitaire, et des directives ministérielles en matière de planification et de gestion hospitalière et veille au bon fonctionnement de l'établissement.

A ce titre, Il est notamment chargé de :

- veiller à la planification des actions de l'établissement dans le cadre du « Projet d'établissement hospitalier » ;
- veiller au respect et à l'application des plans d'actions et des normes et procédures de gestion hospitalière ;
- coordonner les plans d'actions des différents départements et services hospitaliers pour atteindre les objectifs stratégiques de l'établissement ;
- assurer la coordination des activités de l'ensemble des pôles, des départements, des services médicaux ou médico-techniques et s'assurer de la cohérence de leurs activités avec les missions et les objectifs de l'établissement et les ressources disponibles ;
- s'assurer que les unités de soins et services évaluent, de façon systématique et continue, la qualité des actes professionnels ;
- veiller à l'exécution des recommandations du « comité d'établissement » de l hôpital ;
- approuver les listes de garde et d'astreinte ;
- élaborer une stratégie de communication interne et externe et soutenir les différents services de l'établissement dans l'élaboration de leurs plans de communication spécifiques ;
- représenter l'établissement vis-à-vis des partenaires, des usagers et des tiers en concertation avec le délégué ;
- coordonner les relations de l'établissement avec les autres composantes de la filière de soins en concertation avec le délégué ;
- informer la hiérarchie de tout incident important ou grave qui survient à l'intérieur de l'établissement ;
- établir un rapport annuel des activités techniques, administratives et financières de l'établissement ;
- gérer les relations de travail avec les différentes instances syndicales locales ;
- mettre à jour annuellement les inventaires de l'hôpital ;
- élaborer le projet de budget annuel et les projets de budgets programmes et veiller à leur exécution.

Les directeurs des centres hospitaliers assurent, en outre, le secrétariat du comité de gestion visé à l'article 22 ci-dessous.

ART. 3. – Le directeur du centre hospitalier régional, préfectoral, provincial ou de l'hôpital a autorité sur l'ensemble du personnel de l'établissement dans le respect de la législation et de la réglementation en vigueur et des règles déontologiques et professionnelles.

Section II. – **Attributions et organisation des pôles de gestion**

ART. 4. – Conformément à l'article 14 du décret n° 2-06-656 susvisé, l'administration du centre hospitalier et de chaque hôpital le composant est organisée en trois pôles de gestion :

– un pôle des affaires médicales (PAM) ;

– un pôle des soins infirmiers (PSI) ;

– un pôle des affaires administratives (PAA).

Sous-section 1. – Le pôle des affaires médicales

ART. 5. – Missions du pôle.

Le pôle des affaires médicales est placé sous la responsabilité d'un médecin. Il est chargé des missions suivantes :

– la coordination et la planification des activités et programmes de soins et de services médicaux, y compris ceux relatifs à l'éducation sanitaire ;

– l'évaluation de la qualité et de la performance des soins hospitaliers ;

– la formation continue du personnel médical ;

– la contribution à la formation continue du personnel paramédical ;

– la contribution à la prévention des infections et à l'hygiène de l'établissement ;

– La planification et la gestion des ressources destinées au personnel médical ;

Le pôle des affaires médicales est organisé en deux ou plusieurs bureaux en fonction du volume des activités.

ART. 6. – Attributions du chef du pôle des affaires médicales

Sous l'autorité du directeur, le chef du pôle des affaires médicales assure la gestion du pôle et coordonne l'activité professionnelle et scientifique de l'établissement. Il est en outre chargé de :

– mettre en place des mécanismes favorisant la promotion des bonnes pratiques de soins et leur application ;

– veiller sur la cohérence de l'ensemble des activités cliniques ;

– établir les besoins en médicaments et dispositifs médicaux nécessaires pour les activités hospitalières des départements ou services médicaux et des unités de soins et de services ;

– valider les listes de garde et d'astreinte des médecins et des étudiants en médecine, élaborées par les chefs des départements ou des services médicaux et des unités de soins et de services ;

– élaborer le programme de formation continue des médecins et des médecins dentistes ;

– mettre en œuvre les recommandations du conseil des médecins, médecins dentistes et pharmaciens, après leur approbation par le directeur ;

– veiller à la bonne tenue des dossiers d'hospitalisation ;

– contribuer à l'élaboration du projet d'établissement hospitalier.

Sous-section 2. – Le pôle des soins infirmiers

ART. 7. – Missions du pôle

Le pôle des soins infirmiers est placé sous la responsabilité d'un cadre titulaire du diplôme d'État d'infirmier. Il a pour mission de veiller à la bonne gestion des unités de soins et de services paramédicaux. A cet effet, il est notamment chargé des activités suivantes :

– la coordination et la planification des activités et programmes de soins et des services paramédicaux ;

– l'évaluation de leur qualité et performance ;

– la contribution à la prévention des infections nosocomiales ;

– la planification et la gestion des ressources destinées au personnel paramédical ;

– la contribution à l'élaboration et au suivi des programmes d'éducation sanitaire ;

– la contribution au développement de la recherche en soins infirmiers.

Le pôle des soins infirmiers est structuré en deux ou plusieurs bureaux en fonction du volume des activités.

ART. 8. – Attributions du chef du pôle des soins infirmiers

Sous l'autorité du directeur, le chef du pôle des soins infirmiers assure la gestion du pôle et coordonne l'activité professionnelle des infirmiers et du personnel paramédical en général. Il est, en outre, chargé de :

– veiller sur la cohérence des activités paramédicales avec l'ensemble des activités cliniques ;

– valider les listes de garde et d'astreinte des infirmiers, élaborées par les chefs de département et unités de soins et de services ;

– élaborer le programme de formation continue des infirmiers, en concertation avec le pôle des affaires médicales, et participer à l'encadrement des infirmiers stagiaires ;

– mettre en œuvre les recommandations du conseil des infirmiers et infirmières, après leur approbation par le directeur.

Sous-section 3. – Le pôle des affaires administratives

ART. 9. – Missions du pôle des affaires administratives

Le pôle des affaires administratives est placé sous la responsabilité d'un cadre administratif, il a pour mission d'assurer la gestion des ressources humaines et financières ainsi que la gestion des services techniques et de maintenance. Il apporte son appui à l'ensemble des différents services de l'établissement.

Le pôle des affaires administratives est chargé des activités suivantes :

a) En matière de gestion des ressources humaines :

– assurer la gestion administrative du personnel ;

– élaborer le plan de développement des ressources humaines ;

– élaborer des stratégies de mobilisation et de motivation du personnel ;

– veiller à la bonne application du système d'appréciation du rendement du personnel ;

– élaborer le plan d'action de la formation continue du personnel du pôle.

b) En matière de gestion administrative, des ressources financières :

– assurer la gestion budgétaire, financière et comptable ;

– assurer l'approvisionnement en médicaments, fongibles, matériel et autres produits nécessaires au fonctionnement de l'établissement et en assurer leur distribution ;

– veiller au recouvrement des créances de l'établissement conformément à la législation et à la réglementation en vigueur ;

– organiser et gérer les archives administratives de l'établissement.

c) En matière de gestion des services techniques et de soutien

– assurer l'alimentation des patients et du personnel de garde ;

– assurer le nettoyage et la sécurité des bâtiments et le buandage des linges ;

– gérer le système interne de télécommunication ;

– assurer la gestion des déchets hospitaliers ;

– élaborer et mettre en œuvre un plan de gestion et de maintenance des équipements médicaux, des installations techniques, des bâtiments et mobiliers ainsi que du parc automobile.

Le pôle des affaires administratives est organisé en bureaux ou unités en fonction du volume de ses activités.

ART.10. – Attributions du chef du pôle des affaires administratives

Sous l'autorité du directeur, le chef du pôle des affaires administratives assure la gestion de son pôle. Il est en outre chargé :

– d'assurer le suivi et l'évaluation des activités du pôle ;

– de veiller à la cohérence desdites activités avec la mission de l'établissement ;

– de mettre en œuvre les recommandations des instances de concertation et d'appui, qui sont en rapport avec les activités de son pôle, lorsqu'elles sont approuvées par le directeur.

Section II. – **Instances de concertation et d'appui**

ART. 11. – Conformément aux dispositions de l'article 13 du décret n° 2-06-656 susvisé, la composition, les attributions, l'organisation et les modalités de fonctionnement des instances de concertation et d'appui sont définies dans la présente section.

Sous-section 1. – Le comité d'établissement

ART. 12. – Composition du Comité d'établissement

Le comité d'établissement est présidé par le directeur. Il est composé :

– du chef du pôle des affaires médicales ;

– du chef du pôle des soins infirmiers ;

– du chef du pôle des affaires administratives ;

– du responsable de la pharmacie ;

– du responsable du service d'accueil et d'admission ;

– du président du conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens ;

– du président du conseil des infirmiers et infirmières ;

– du représentant du délégué du ministère de la santé à la préfecture ou province chef lieu de l'hôpital.

Le comité d'établissement peut s'adjoindre, à titre consultatif, toute personne dont la présence lui paraît utile en fonction du sujet traité.

ART. 13. – Attributions, organisation du comité d'établissement et modalités de son fonctionnement

Le comité d'établissement a pour mission de définir les orientations stratégiques de l'hôpital.

Il est, à ce titre, chargé de se prononcer sur :

– le « Projet d'établissement hospitalier » et le plan d'action annuel ;

– le projet de budget de l'hôpital et les projets des contrats programmes ;

– les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements, établis conformément au projet d'établissement hospitalier (PEH) ;

– les plans de formation continue des différentes catégories du personnel ;

– l'allocation des ressources aux services de l'établissement et le développement de mécanismes de synergie entre ces services ;

– les actions de coopération hospitalière intrarégionale et interrégionale ;

– les rapports et recommandations du « Comité de Suivi et d'Evaluation » ;

– le rapport d'activités et l'analyse de la performance et de la qualité des prestations rendues, eu égard aux objectifs préalablement fixés.

Il est consulté sur les projets de création, de scission ou de regroupement des départements, services ou unités de soins, en fonction des besoins des usagers et des capacités de l'hôpital.

Le comité d'établissement se réunit à l'initiative de son président une fois par trimestre et autant de fois que les besoins l'exigent.

Sous-section 2 : le comité de suivi et d'évaluation

ART. 14. – Composition du comité de suivi et d'évaluation

Le comité de suivi et d'évaluation est composé :

– du représentant du pôle des affaires médicales ;

– du représentant du pôle des soins infirmiers ;

– du représentant du pôle des affaires administratives ;

– du responsable du service d'accueil et d'admission;

– et du responsable de la pharmacie hospitalière.

Le comité peut s'adjoindre à ses réunions toute personne dont il juge la présence utile pour le bon déroulement de ses travaux.

Le comité est présidé par le directeur. Il se réunit une fois par trimestre.

Le secrétariat est assuré par le responsable du service d'accueil et d'admission.

ART. 15. – Attributions, organisation et modalités de fonctionnement du comité de suivi et d'évaluation

Le comité de suivi et d'évaluation a pour mission d'assurer, sur la base des orientations du comité d'établissement visé à l'article 12 ci-dessus :

– le suivi des activités de l'hôpital au niveau clinique et informationnel et le suivi de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières ;

– l'examen des données sur l'activité hospitalière ;

– l'analyse de la performance de l'hôpital et de la qualité des soins.

Le comité de suivi et d'évaluation procède à l'analyse mensuelle des indicateurs et résultats obtenus. Il identifie et propose, au directeur de l'hôpital, des axes d'amélioration de la qualité et/ou de la performance qui serviront comme éléments indicatifs de la planification stratégique de l'hôpital.

Sous section 3. – **Le conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens (CMDP)**

ART. 16. – Composition du conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens (CMDP)

Ce conseil est composé des représentants élus des médecins, des médecins dentistes et des pharmaciens en fonction à l'hôpital à raison de deux représentants par département ou service clinique ou médico-technique, et deux représentants des autres services cliniques et médico-techniques ne relevant pas des départements.

Le directeur l'hôpital et le chef du pôle des affaires médicales font partie d'office dudit comité.

Les membres du conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens élisent parmi eux un président sur la base de sa notoriété clinique.

Le secrétariat du conseil est assuré par le chef du pôle des affaires médicales.

ART. 17. – Attributions, organisation et modalités de fonctionnement du conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens (CMDP) :

Le conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens est chargé:

– de contribuer à l'élaboration du projet d'établissement ;

– de proposer au comité d'établissement des actions de nature à améliorer la prise en charge des malades ;

– d'émettre son avis sur toutes les questions d'ordre clinique ou médico-technique intéressant les activités de l'hôpital qui lui sont soumises par le directeur de l'établissement ;

– de proposer au directeur des plans de formation continue et de recherche ainsi que toute mesure visant le développement des compétences des médecins, médecins dentistes et pharmaciens de l'hôpital et l'encadrement des étudiants en médecine faisant fonction d'internes ;

– de définir les besoins en médicaments, produits pharmaceutiques non médicamenteux et dispositifs médicaux ;

– de proposer le plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à l'hôpital.

Le conseil se réunit une fois par trimestre et autant de fois que les nécessités l'exigent.

Sous-section 4. – Le conseil des infirmiers et infirmières (CII)

ART. 18. – Composition du conseil des infirmiers et infirmières (CII)

Le conseil des infirmiers et infirmières est composé pour moitié du responsable du pôle des soins infirmiers, des infirmier (e)s chefs aux départements et des infirmier(e)s chefs aux services et pour l'autre moitié de représentants élus du personnel infirmier, des techniciens et des assistants médicaux, lorsqu'ils existent.

Les membres du conseil élisent, parmi eux, un président sur la base de sa notoriété professionnelle.

ART. 19. – Attributions, organisation et modalités de fonctionnement du Conseil des infirmiers et infirmières (CII)

Le conseil est chargé :

– d'apprécier la qualité et la pertinence des soins infirmiers ;

– de Contribuer à la formation continue ;

– de donner son avis sur les questions relatives à la prestation de soins infirmiers par l'hôpital, qui lui sont soumises par le directeur de l'établissement.

Le conseil se réunit une fois par trimestre et autant de fois que les besoins l'exigent. Son secrétariat est assuré par le chef du pôle des soins infirmiers.

Sous section 5. – Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

ART. 20. – Composition du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales comprend, outre le directeur et les chefs de pôles, les membres suivants :

– le président du conseil des médecins, médecins dentistes et pharmaciens ;

– les responsables des structures médico-techniques suivantes :

• le laboratoire ;

• la pharmacie hospitalière ;

– un médecin de chacune des spécialités disponibles à l'hôpital ;

– l'épidémiologiste en fonction à l'hôpital, lorsqu'il existe ;

– un ingénieur biomédical ;

– le représentant de l'équipe opérationnelle de l'hygiène.

Le président du comité est désigné par et parmi les membres du comité.

Le comité peut faire appel à toute personne dont il juge la participation utile à ses travaux.

ART. 21. – Attributions, organisation et modalités de fonctionnement du comité de lutte contre les infections Nosocomiales (CLIN)

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales a pour missions :

– de proposer le programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales ;

– de proposer des mécanismes de coordination des actions menées dans les services hospitaliers en matière de lutte contre les infections nosocomiales ;

– de participer à la formation des professionnels de santé en matière d'hygiène hospitalière et de lutte contre les infections nosocomiales. ;

– de proposer un dispositif de surveillance des infections nosocomiales ;

– de promouvoir l'application des recommandations de bonnes pratiques en matière d'hygiène hospitalière ;

– d'évaluer périodiquement les actions de lutte contre les infections nosocomiales ;

– d'organiser des campagnes de sensibilisation et d'information au profit des usagers de l'hôpital ;

Il est chargé d'établir un rapport périodique de situation sur la lutte contre les infections nosocomiales et de veiller à sa diffusion.

Il est consulté par la direction de l'hôpital sur toute question se rapportant à l'hygiène hospitalière, aux infections nosocomiales et à la sécurité du patient.

Le comité se réunit à l'initiative de son président au moins une fois par trimestre et chaque fois que de besoin.

Son secrétariat est assuré par le chef pôle des affaires médicales.

Sous-section 6. – Le comité de gestion du centre hospitalier

ART. 22. – Composition du comité

Il est créé dans chaque centre hospitalier régional, préfectoral ou provincial un comité de gestion, présidé par le délégué du ministère de la santé à la préfecture ou province chef lieu du centre hospitalier.

Le comité comprend, outre son président, les membres suivants :

– le directeur du centre hospitalier concerné ;

– les directeurs des hôpitaux composants le centre hospitalier ;

– les chefs des pôles de gestion de chaque hôpital composant le centre hospitalier ;

– le médecin chef du service du réseau d'infrastructure et d'actions ambulatoires provincial ou préfectoral(SIAAP) ;

– les présidents du conseil des médecins, médecins dentistes et pharmaciens et du conseil des infirmiers et infirmières des hôpitaux composant le centre hospitalier.

Lorsque le centre hospitalier est régional, le comité de gestion est présidé par le délégué du ministère de la santé à la préfecture ou province chef lieu de la région, et comprend outre les membres cités ci-dessus :

– les délégués du ministère aux préfectures et provinces de la région ;

– les médecins chefs des services du réseau d'infrastructures et d'actions ambulatoires provincial ou préfectoral (SIAAP) des dites préfectures et provinces ;

– les directeurs des centres hospitaliers préfectoraux et provinciaux de la région ;

– les chefs des pôles de gestion de chaque hôpital composant ces centres hospitaliers et le centre hospitalier régional.

Le président du comité de gestion peut faire appel, à titre consultatif, à toute autre personne dont il juge la présence utile.

ART. 23. – Attributions et modalités de fonctionnement du comité

Le comité de gestion est investi d'une mission générale de concertation, de coordination et de suivi des activités du centre hospitalier dans le respect de la réglementation en vigueur. A ce titre, il est chargé :

– de veiller à la mise en œuvre des orientations de la politique nationale en matière d'hospitalisation et à la cohérence des actions du centre hospitalier ;

– d'analyser le rapport d'activité et évaluer la performance du centre ;

– d'examiner et approuver le plan d'action annuel du centre hospitalier ;

– de donner un avis sur l'allocation des ressources entre les hôpitaux composants le centre ;

– de donner un avis sur le projet d'établissement du centre hospitalier ;

– de définir les actions de coopération interhospitalière et avec les établissements de soins de santé de base.

Le comité se réunit chaque fois que les besoins du centre hospitalier l'exigent et au moins deux fois par an :

– avant le 15 février pour analyser le bilan d'activité du centre hospitalier de l'exercice écoulé et examiner le plan d'action de l'année en cours ;

– avant le 15 juillet pour analyser l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan d'action et apporter les ajustements nécessaires.

Le comité de gestion délibère valablement lorsqu'au moins la moitié de ses membres sont présents et prend ses décisions à la majorité des voix.

Le secrétariat du comité de gestion est assuré par le directeur du centre hospitalier, qui prépare les réunions et élabore les comptes-rendus des dites réunions, dont un exemplaire doit être adressé à chacun des membres.

Chapitre deux

Organisation des soins et services

ART. 24. – Conformément à l'article 15 du décret précité n° 2-06-656, les activités médicales, pharmaceutiques ou odontologiques sont organisées au sein d'unités de soins et de services formant soit des départements, soit des services médicaux.

Section I. – **Organisation des prestations de soins et de services**

Sous-section 1. – Organisation

ART. 25. – Le département et le service médical

Le département ou le service médical réunit les unités de soins et de services d'une même spécialité ou de spécialités différentes qui partagent le même plateau technique, ou qui s'adressent à la même population cible, ou qui nécessitent une organisation commune.

Un service médical peut être médical, chirurgical ou médico-technique.

Les unités de soins et de services sont créees sur proposition du comité d'établissement en fonction des prestations à offrir aux patients hospitalisés et de l'organisation optimale des soins.

ART. 26. – Organisation médicale des hôpitaux généraux de moins de 120 lits

Les hôpitaux généraux de moins de 120 lits sont organisés en six services :

– le service d'accueil et d'admission (SAA) ;

– le service des urgences ;

– le service mère-enfant (SME) ;

– le service de médecine (SM) ;

– le service de chirurgie (SC), y compris le bloc opératoire ;

– le service d'imagerie médicale ;

– le service de biologie médicale ;

– le service de la pharmacie hospitalière.

ART. 27. – Organisation médicale des hôpitaux généraux de 120 à 240 lits

Les hôpitaux généraux de 120 à 240 lits sont organisés en six départements cliniques et trois services:

– le service d'accueil et d'admission (SAA) ;

– le service des urgences (SU) ;

– le département mère-enfant (DME) ;

– le département de médecine (DM) ;

– le département de chirurgie (DC) ;

– le département de traumato-orthopédie et de neurochirurgie, lorsqu'elle existe ;

– le département OPHTALMO – ORL – STOMATO ;

– le département médico-technique (DMT) regroupant notamment les unités médico-techniques suivantes :

* l'imagerie médicale ;

* la biologie médicale ;

* l'exploration fonctionnelle ;

– le service de la pharmacie hospitalière (SPH).

ART. 28. – Organisation médicale des hôpitaux de plus de 240 lits

Les hôpitaux de plus de 240 lits ne peuvent dépasser 8 départements cliniques. Les urgences doivent être intégrées dans un département clinique dans le respect de la cohérence des activités médicales et chirurgicales. Ils doivent en outre comprendre :

– le service de l'accueil et d'admission ;

– la pharmacie hospitalière.

ART. 29. – Toutes les spécialités offertes à l'hôpital doivent être intégrées dans les départements correspondants par décision du directeur de l'hôpital après avis du comité d'établissement.

Le bloc opératoire est rattaché à l'un des départements de chirurgie désigné par le directeur de l'hôpital après avis du comité d'établissement.

Sous-section 2. – Attributions des responsables des départements et des services médicaux et des unités de soins et de services

ART. 30. – Attributions du chef de département

Chaque département est placé sous l'autorité d'un médecin chef assisté par un infirmier chef.

Le chef de département est chargé d'organiser le fonctionnement de la structure dont il est responsable, dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien. Il est notamment chargé :

– de planifier et gérer les ressources du département ou du service et coordonner les activités professionnelles des médecins dans son département ;

– de coordonner l'élaboration multidisciplinaire de la programmation des activités ;

– de s"assurer de la présence des ressources médicales dans le département et établir les listes du personnel chargé de la garde ou de l'astreinte ;

– de veiller au respect des règles d'éthique, de déontologie et de l'application des règles professionnelles ;

– d'assurer l'encadrement des étudiants et stagiaires des facultés de médecine et de pharmacie.

Conjointement avec l'infirmier chef de département, les médecins et les infirmiers (ères) chefs d'unités de soins et de services, le chef de département est également chargé :

– d'évaluer périodiquement la qualité des soins et services ;

– d'évaluer les besoins de formation continue du personnel médical et infirmier ;

– de s'assurer du respect des règles d'hygiène et d'asepsie dans les services ;

– d'élaborer les protocoles cliniques généraux à suivre au sein du département et les chemins thérapeutiques, lorsqu'il s'agit de département ou de service clinique.

ART. 31. – Attributions du chef du service médical

Chaque service médical est placé sous l'autorité d'un médecin chef de service dans la discipline ou spécialité concernée, assisté d'un infirmier chef.

Le chef de service médical est chargé d'organiser le fonctionnement de celui-ci dans le respect de la responsabilité médicale de chaque praticien. Il est notamment chargé :

– de s'assurer de la présence des ressources humaines dans le service et prévoir les listes de garde ;

– de veiller au respect des règles d'éthique, de déontologie et de l'application des règles professionnelles ;

– d'assurer l'encadrement des étudiants et stagiaires ;

– d'évaluer périodiquement la qualité des soins et services ;

– de s'assurer du respect des règles d'hygiène et d'asepsie dans les services ;

ART. 32. – Attributions des infirmiers chefs d'unités de soins et de services.

Les infirmiers chefs des unités de soins et de services sont chargés d'organiser et de superviser le travail des infirmiers, des techniciens, du personnel de soutien au sein des départements ou des services.

Ils évaluent les besoins des patients et s'assurent que les soins et les prestations requises sont dispensées conformément aux prescriptions médicales ;

Ils veillent sur la qualité des soins infirmiers dans le respect des procédures et des règles professionnelles, d'éthique et de déontologie ;

Ils assurent l'encadrement des stagiaires, des infirmiers et des techniciens de santé stagiaires.

Section II. – **Dispositions propres au service de la pharmacie hospitalière et au service d'accueil et d'admission**

ART. 33. – Rattachement

La pharmacie hospitalière et le service d'accueil et d'admission sont deux services médico-techniques, placés sous l'autorité directe du directeur de l'hôpital.

ART. 34. – La pharmacie hospitalière

La pharmacie hospitalière a pour mission d'assurer, dans le respect des règles qui régissent le fonctionnement de l'hôpital, la préparation, le contrôle, la détention, la distribution et la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux et de veiller à la préservation de leur qualité.

La pharmacie hospitalière est placée sous la responsabilité d'un pharmacien.

Le pharmacien responsable de la pharmacie hospitalière est chargé de la gestion de la pharmacie.

Il assure notamment les fonctions suivantes :

– mener ou participer à toute action d'information sur les médicaments et les dispositifs médicaux, de promotion et d'évaluation de leur bon usage ;

– concourir à la pharmacovigilance et à la matériovigilance ;

– fournir l'information sur les dernières mises à jour de la nomenclature des médicaments et des dispositifs médicaux, ainsi que sur l'évolution de leurs prix ;

– arrêter, à partir de la nomenclature nationale et avec l'étroite collaboration du conseil des médecins, des médecins dentistes et des pharmaciens (CMDP), la liste des médicaments et des dispositifs médicaux nécessaires au fonctionnement de l'hôpital ou du centre hospitalier de rattachement pour et donner suite aux commandes émanant des services, selon les procédures en vigueur ;

– superviser le processus de réception des médicaments et des dispositifs médicaux ;

– assurer la gestion des stocks des médicaments et des dispositifs médicaux en évitant le gaspillage, les stocks morts et les péremptions des produits ;

– contribuer, à travers un système d'information, au suivi de la traçabilité des médicaments et des dispositifs médicaux depuis la date de réception jusqu'à leur dispensation aux patients ;

– veiller à la mise à jour du registre des stupéfiants selon la réglementation en vigueur ;

– assurer un contrôle rigoureux du bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux ;

– participer à la surveillance des infections nosocomiales par le suivi de l'évolution de la consommation des médicaments, notamment, les produits anti-infectieux ;

– participer aux activités d'hygiène hospitalière ;

– encadrer le personnel impliqué dans la gestion et l'utilisation des médicaments, des dispositifs médicaux et des produits d'hygiène ainsi que le personnel chargé de la stérilisation.

Il est également chargé :

– d'assurer la dispensation nominative sur ordonnance médicale des médicaments onéreux et des médicaments des affections de longue durée ;

– d'assurer la disponibilité des médicaments et des dispositifs médicaux vitaux au niveau des services des urgences.

ART. 35. – Le service d'accueil et d'admission

Le service d'accueil et d'admission est chargé des activités suivantes :

– gérer l'accueil et l'orientation des patients ;

– organiser les admissions et les sorties des malades ainsi que la gestion des rendez vous ;

– gérer les effectifs des patients et leurs mouvements à l'intérieur de l'hôpital ;

– enregistrer les actes médicaux légaux et assurer la gestion de la morgue hospitalière ;

– établir les statistiques et gérer l'information hospitalière ;

– établir la facturation des prestations et services rendus par l'hôpital sur la base de la classification des maladies, des nomenclatures des actes et des tarifs en vigueur ;

– organiser la communication interne et externe de l'hôpital ;

– assurer l'assistance sociale aux patients;

– organiser et gérer les archives médicales et les dossiers des patients de l'établissement.

Le service d'accueil et d'admission peut être organisé en deux ou plusieurs sections en fonction du volume des activités. Il est géré par un médecin.

Chapitre trois

Admission à l'hôpital

Section I. – Conditions d'utilisation des prestations et services de l'hôpital

ART. 36. – Les différents modes d'utilisation

L'utilisation des prestations et des services hospitaliers peut avoir lieu suivant l'un des modes suivants :

– l'hospitalisation y compris l'hôpital de jour, soit en admission ordinaire, soit en urgence ;

– les prestations et services de diagnostic rendus à titre externe ;

– les consultations spécialisées rendues à titre externe ;

– les consultations et soins d'urgence ;

– les prestations de rééducation et de réadaptation fonctionnelle.

Sous-section 1. – Conditions d'admission ordinaire

ART. 37. – Admission ordinaire

On entend par admission ordinaire, toute hospitalisation complète ou de jour, programmée en dehors des urgences.

Les modalités d'admission ordinaire s'effectuent au niveau du service d'accueil et d'admission.

Tout refus d'admission doit être motivé par écrit.

ART. 38. – Ordonnance médicale d'admission et demande de prise en charge

Aucune admission ordinaire en hospitalisation ne peut avoir lieu en l'absence d'une décision médicale prise par un médecin en fonction à l'hôpital.

Le médecin hospitalier décide de l'admission sur la base de l'examen du patient ou de son dossier médical en cas de référence.

Lorsque le médecin décide l'hospitalisation, il doit :

– délivrer au patient une ordonnance médicale d'admission portant notamment les indications suivantes : l'identité du patient, le motif d'hospitalisation, le département ou le service et la date de l'ordonnance.

– établir une demande d'accord de prise en charge pour les patients qui disposent d'une assurance maladie.

L'ordonnance médicale d'admission et la demande d'accord doivent porter de façon lisible le nom et la signature du médecin ayant décidé l'hospitalisation.

L'admission ordinaire ne peut se faire que pendant les heures et les jours ouvrables de la semaine.

ART. 39. – Billet d'entrée

Aucun patient ne peut être hospitalisé dans le cadre de l'admission ordinaire sans l'établissement d'un billet d'entrée par le service d'accueil et d'admission.

Tout manquement à cette règle est passible de sanctions disciplinaires.

Le médecin chef et l'infirmier chef du département ou du service sont chargés de veiller au respect de cette disposition et, le cas échéant, d'en informer immédiatement le directeur de l'établissement.

En cas d'indisponibilité de lits, l'hospitalisation peut être programmée avec un rendez vous après avis du médecin ayant décidé l'hospitalisation. En aucun cas, l'hospitalisation ne peut être différée si l'état de santé du patient risque de s'aggraver et/ou de compromettre son pronostic vital.

ART. 40. – Formalités d'admission ordinaire

Le patient ou son accompagnant se présente au service d'accueil et d'amission pour l'accomplissement des formalités administratives d'admission ordinaire, muni de l'ordonnance médicale d'admission, d'une pièce d'identité et des documents exigés par la réglementation en vigueur en fonction de son statut de couverture médicale.

Si le patient n'est pas assujetti à un régime de couverture médicale et en l'absence d'affection justifiant son exonération conformément à la réglementation en vigueur, le patient ou en cas d'incapacité, sa famille, est informé de l'obligation du paiement direct de l'intégralité des frais d'hospitalisation suivant la rémunération en vigueur des services et prestations rendus par l'hôpital.

ART. 41. – Admission des accompagnants

A titre exceptionnel, si l'état de santé du patient l'exige et lorsque la disponibilité en lits le permet, le directeur de l'hôpital peut autoriser l'admission d'un parent du patient hospitalisé après avis du médecin traitant. L'accompagnant est tenu à l'accomplissement des formalités administratives auprès du service d'accueil et d'admission.

L'accompagnant ne peut pas se prévaloir de son maintien à l'hôpital si les nécessités du service requièrent l'utilisation du lit qu'il occupe.

Sous-section 2. – Admission en urgence

ART. 42. – Accueil aux urgences

Tout patient, blessé ou parturiente qui se présente en situation d'urgence doit être reçu, examiné et admis en hospitalisation, le cas échéant, si son état l'exige même en cas d'indisponibilité de lits. La procédure de facturation n'est entamée qu'après engagement de la prise en charge médicale.

Si l'état du patient n'est pas jugé médicalement urgent, il est référé vers la structure de soins appropriée ou pris directement en charge en cas de possibilité, sous réserve de s'acquitter préalablement des frais inhérents à cette prise en charge.

ART. 43. – Soins aux urgences

Le patient admis aux urgences reçoit les soins requis. Si son état de santé n'exige pas son hospitalisation, il doit, préalablement à sa sortie, s'acquitter, auprès du service d'accueil et d'admission, du paiement des frais des soins reçus.

ART. 44. – L'hospitalisation d'urgence

L'hospitalisation est ordonnée par le médecin des urgences ou le spécialiste de garde ou d'astreinte dans les mêmes conditions que celles prévues pour l'admission ordinaire.

L'hospitalisation des parturientes peut être décidée par la sage femme ou, le cas échéant l'infirmière accoucheuse sous l'encadrement du médecin ou du gynécologue obstétricien de garde qui établit à cet effet l'ordonnance médicale d'admission.

ART. 45. – Formalités d'admission en urgence

Les formalités d'admission en urgence ont lieu, dans les mêmes conditions que celles de l'admission ordinaire, à la suite de l'administration des premiers soins au patient reçu en urgence, soit au chevet de ce dernier lorsque son état le permet, soit au service d'accueil et d'admission par sa famille, et dans tous les cas avant sa sortie de l'hôpital.

Si le patient est inconscient lors de son admission en urgence, l'infirmier de garde procède à l'inventaire contradictoire des effets, objets ou sommes d'argent en possession de l'intéressé et dresse un procès-verbal qu'il doit signer conjointement avec un accompagnant du patient, ou en cas d'inexistence d'accompagnant, par la personne l'ayant transporté aux urgences ou par deux témoins.

Les objets inventoriés doivent être remis à l'administration de l'hôpital où ils seront conservés par l'agent responsable des biens des patients, désigné par le directeur de l'établissement. En tout cas, ils ne peuvent être remis par l'administration de l'hôpital qu'au patient directement lors de sa sortie ou à un membre de sa famille devant des témoins.

ART. 46. – Admission d'une personne décédée

L'admission à l'hôpital d'une personne décédée est interdite. Cependant, en cas d'inexistence de morgue municipale, l'hôpital peut, à titre exceptionnel, recevoir le corps du défunt à la demande des autorités compétentes. Un constat de décès est établi portant la mention « arrivé mort à l'hôpital ».

ART. 47. – Transfert d'un patient ou blessé admis en urgence

Lorsque le médecin des urgences constate qu'un patient ou un blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique n'existant pas à l'hôpital, il prodigue les premiers secours et ordonne le transfert du patient vers l'établissement approprié à son état de santé. Le directeur de l'hôpital ou son représentant prend toutes les dispositions nécessaires pour que le patient ou blessé soit dirigé dans des conditions sécurisées vers ledit établissement. Ce transfert doit se faire par le biais du centre de régulation médical quand il existe.

L'administration de l'hôpital doit informer la famille du patient de ce transfert.

Le patient doit être informé préalablement à son transfert à un autre établissement. Sauf extrême urgence, le transfert ne peut être effectué, sans le consentement écrit du patient. Si ce dernier se trouve dans l'impossibilité de donner son accord écrit pour le transfert, l'administration de l'hôpital le mentionne sur son dossier, procède au transfert et en informe la famille ou les proches du patient dans les meilleurs délais.

Section II. – **Admission de certaines catégories de patients**

Sous-section 1. – Les patients mineurs

ART. 48. – Conditions et modalités générales de l'admission des patients mineurs

Sauf cas d'urgence, l'admission d'un patient mineur a lieu dans les mêmes conditions que celles prévues pour l'admission ordinaire à la demande du père, de la mère, du représentant légal ou, le cas échéant, du représentant de l'établissement qui héberge l'enfant.

En tout état de cause, l'agent chargé du service d'accueil et d'amission doit vérifier l'identité de l'accompagnant et inscrire toutes les informations utiles (les noms, prénoms et numéro de la carte d'identité nationale) dans le formulaire d'admission.

La mère d'un patient mineur, particulièrement de moins de 5 ans, ou son représentant légal de sexe féminin, peut être autorisée à rester auprès de l'enfant pendant le séjour de ce dernier à l'hôpital. Toutefois, la maman qui allaite doit obligatoirement être retenue auprès de son enfant.

Si le patient mineur n'est pas accompagné de l'une des personnes citées ci-dessus, l'hôpital lui prodigue les soins médicalement requis par son état de santé et informe le représentant légal, lorsqu'il est identifiable ou, le cas échéant, les autorités de police judiciaire.

ART. 49. – Admission de mineurs dans les services pour adultes

En dehors des hôpitaux d'enfants, les mineurs de moins de 12 ans ne peuvent être admis dans les services pour adultes, sauf si leur cas relève d'une discipline ou d'une technique qui n'est pas pratiquée dans les unités de soins de pédiatrie ou de chirurgie pédiatrique.

Dans ces conditions, le directeur de l'hôpital doit prendre toutes les mesures adéquates pour les séparer des adultes dans un lieu protégé permettant le bon déroulement du traitement.

ART. 50. – Scolarisation des mineurs hospitalisés

Lorsqu'au moins cinq enfants en âge de scolarisation sont hospitalisés pour une maladie de moyenne ou longue durée, l'hôpital peut demander à l'Académie régionale de l'éducation et la formation de mettre à sa disposition des enseignants en vue de leur dispenser l'enseignement adapté à leur niveau.

Les enseignants doivent être tenus informés des problèmes de scolarisation des enfants provisoirement éloignés du milieu scolaire normal. Ils sont également informés de l'obligation du respect des prescriptions du présent règlement et des consignes médicales à prendre en considération.

Durant leur période de service à l'hôpital, les enseignants ont droit au bénéfice des mesures de protection juridique et de protection contre les risques, prévues aux articles 98 et 99 ci-dessous, en conformité avec la législation et la réglementation en vigueur et en concertation avec leur administration d'origine.

Lorsqu'un enseignant manque à ses obligations professionnelles d'enseignement, ou qu'il agisse de façon gênant soit le déroulement du traitement, soit le fonctionnement du service, le médecin chef du département ou du service établit à ce sujet un rapport motivé, qu'il adresse au directeur de l'hôpital. Le directeur de l'hôpital doit demander des explications écrites à l'enseignant. Il peut également diligenter une enquête et adresser un rappel à l'ordre à l'enseignant, en cas de véracité des faits qui lui sont reprochés.

Le directeur peut, en outre et s'il le juge nécessaire, transmettre à l'académie régionale de l'éducation et la formation, sous couvert du délégué du ministère de la santé à la préfecture ou la province concernée, l'original du dossier disciplinaire assorti de son avis.

Le directeur doit conserver une copie du dossier disciplinaire.

Sous-section 2 . – Les patients malades mentaux

ART. 51. – Conditions et modalités générales de l'admission des malades mentaux

L'admission des malades mentaux a lieu dans les conditions prévues par la législation en vigueur les concernant et les dispositions du présent règlement.

Les malades mentaux peuvent être soit hospitalisés à leur demande ou à la demande de toute autre personne publique ou privée, soit mis en observation.

Lorsque l'hospitalisation est demandée par une personne autre que le malade concerné, elle doit être faite par écrit au directeur de l'hôpital.

Quel que soit le demandeur, l'hospitalisation ne peut être décidée qu'au vu d'un certificat délivré par un médecin psychiatre justifiant cette nécessité.

Le certificat ne peut être délivré par un médecin parent ou allié du malade ou par la personne qui demande l'hospitalisation.

L'hospitalisation ou la mise en observation d'office d'un malade mental ne peut intervenir que :

– par décision du gouverneur de la préfecture ou la province concernée sur avis conforme du médecin traitant lorsque la sortie du malade constituerait un danger pour sa vie, pour ses proches ou pour l'ordre public ;

– ou sur ordonnance du juge.

Sous-section 3. – Les detenus

ART. 52. – Conditions et modalités d'hospitalisation et de transfert.

Conformément à l'article 136 de la loi n° 23-98 relative à l'organisation et au fonctionnement des établissements pénitentiaires, lorsque le médecin de l'établissement pénitentiaire estime que les soins nécessaires ne peuvent être dispensés sur place ou s'il s'agit d'une affection épidémique, les détenus malades doivent être admis à l'hôpital le plus proche sur demande écrite du médecin de l'établissement pénitentiaire.

Avant son admission, le détenu doit être examiné, sous la responsabilité du médecin chef de département ou du service qui s'assure de la nécessité de le garder à l'hôpital. Celui-ci peut, à tout moment, ordonner le renvoi du malade à l'établissement pénitentiaire s'il constate que le détenu peut recevoir les soins médicalement requis au sein dudit établissement.

En tout état de cause, l'hospitalisation ne peut avoir lieu que sur ordonnance médicale d'admission et suivant les formalités administratives prévues à l'article 40 ci-dessus.

En cas d'urgence, il peut être procédé à l'hospitalisation du détenu en vue des premiers soins urgents en attendant la demande écrite. Le directeur de l'hôpital est informé dans tous les cas.

Si le médecin traitant de l'hôpital estime que le patient détenu doit recevoir des prestations de diagnostic ou de traitement dans un autre hôpital approprié, il en informe le directeur de l'hôpital qui assure le transfert du patient sous la responsabilité et la surveillance de l'administration pénitentiaire.

ART. 53. – Lieux d'hospitalisation, surveillance et interrogatoire.

Les détenus sont admis, chaque fois que cela est possible, soit dans des chambres spécialement aménagés à cet effet à l'hôpital, lorsqu'elles existent, soit dans les lits où il est possible d'assurer la surveillance du détenu sans entraver le fonctionnement régulier du service hospitalier ni gêner les autres patients.

En tout état de cause, la responsabilité de la surveillance des détenus incombe exclusivement à l'établissement pénitentiaire conformément à l'article 137 de la loi n° 23-98 précitée.

Les interrogatoires des patients par des autorités extérieures à l'hôpital ne peuvent avoir lieu que sur autorisation expresse du directeur de l'hôpital après avis du médecin traitant.

sous-section 4. – Les patients appartenant au corps des Forces armées royales

ART. 54. – Conditions et modalités d'admission et de transfert

En dehors des cas d'urgence, les patients militaires sont admis à l'hôpital, dans les mêmes conditions que les civils, soit à leur demande, soit à la demande de l'autorité militaire.

En cas d'admission en urgence d'un militaire, le directeur de l'hôpital informe l'autorité militaire ou, à défaut, la gendarmerie royale.

En cas d'hospitalisation et dès que l'état de santé du patient hospitalisé le permet, celui-ci peut être évacué vers l'hôpital militaire approprié s'il en manifeste le désir ou si l'autorité militaire le demande.

Sous-section 5. – Les autres catégories de patients

ART. 55. – Patients atteints de maladies transmissibles

Lorsqu'il est confirmé que le patient hospitalisé est atteint d'une maladie transmissible à déclaration obligatoire, le directeur de l'hôpital est tenu d'en informer le délégué du Ministère de la Santé à la préfecture ou la province concernée et de remplir toutes les formalités prescrites pour la déclaration obligatoire et les mesures prophylactiques à prendre et l'isolement immédiat dudit patient le cas échéant.

L'hospitalisation d'une personne atteinte de ce type de maladie ne peut être différée quelle qu'en soit la raison. Elle doit être prononcée même en cas d'indisponibilité de lits.

En cas de danger grave pour la santé publique, le directeur de l'hôpital informe le délégué du Ministère de la Santé à la préfecture ou la province qui prend toutes les mesures nécessaires en concertation avec les autorités locales.

ART. 56. – Victimes d'accidents de travail ou de maladies professionnelles

L'admission des personnes victimes d'accidents de travail ou de maladies professionnelles a lieu dans les mêmes conditions et formalités ordinaires ou en urgence.

Ils sont soignés, contrôlés et le cas échéant, appareillés conformément à la législation en vigueur en la matière.

Les certificats médicaux leur sont délivrés en vertu de cette même législation. Ils sont établis par les médecins désignés à cet effet au niveau de l'unité chargée des accidents de travail.

ART. 57. – Ressortissants étrangers

Les patients ou blessés non marocains sont admis, quels que soient leurs statuts, dans les mêmes conditions que les nationaux.

Les modalités de facturation des prestations qui leur sont prodiguées doivent s'effectuer dans les mêmes conditions sauf en cas d'existence de convention de soins entre le Maroc et le Pays dont le patient est ressortissant.

Section III. – **Consentement préalable aux soins**

ART. 58. – Obligation et formalités du consentement

Sauf disposition légale spécifique et quel que soit le mode d'admission, un formulaire de consentement doit être signé par le patient ou son représentant légal pour les actes de diagnostic, de soins ou de services qui lui seront prodigués au cours de son séjour à l'hôpital.

ART. 59. – Autorisation du représentant légal d'un patient mineur

S'il apparaît, lors de l'admission d'un patient mineur, que le consentement de son représentant légal, ne peut être obtenu à brève échéance, l'autorisation de pratiquer l'opération ou les opérations nécessaire(s), et les actes qui lui sont liés peut être exigée dudit représentant légal au cours de l'hospitalisation.

Dans le cas où le représentant légal peut donner une autorisation écrite à bref délai, elle lui est demandée aussitôt que l'intervention chirurgicale s'avère nécessaire.

L'intervention prévue doit se pratiquer dans les conditions ci-après :

- l'urgence doit être constatée et l'intervention décidée par le médecin hospitalier concerné ;
- l'intervention doit être pratiquée par ce médecin ou sous sa supervision ;
- la décision d'opérer doit être portée à la connaissance du représentant légal ou de la personne ayant la charge de l'enfant.

Elle fait l'objet d'un protocole contresigné par le médecin hospitalier et le directeur de l'hôpital et conservé dans le dossier d'hospitalisation du patient mineur.

En cas de refus d'autorisation ou s'il s'avère impossible de recueillir le consentement, il ne peut être procédé à l'intervention qu'en cas d'urgence et seulement lorsque la vie de l'enfant est en péril ou lorsque son intégrité corporelle est menacée.

Un procès-verbal de refus doit être dressé et signé par le représentant de l'administration et la personne ayant la responsabilité de l'enfant ou, à défaut, par deux témoins.

Chapitre quatre

Organisation, coordination des soins et conditions de sejour

Section I. – **Le dossier d'hospitalisation**

ART. 60. – Constitution et gestion du dossier d'hospitalisation

Un dossier d'hospitalisation est constitué pour chaque patient hospitalisé. Le dossier d'hospitalisation est la propriété de l'hôpital qui en assure la conservation.

Dès la sortie du patient, le dossier d'hospitalisation est transmis au service en charge des archives médicales de l'hôpital. Dans certains cas, le directeur de l'hôpital peut accorder, en fonction des besoins de chaque département ou service, un délai supplémentaire de conservation du dossier dans les unités de soins avant son transfert aux archives médicales de l'hôpital.

Sous la responsabilité du chef du département ou de service et du chef de l'unité de soins ou des services concernés, les praticiens et les infirmiers sont tenus chacun en ce qui le concerne, de remplir au quotidien, exhaustivement et lisiblement le dossier d'hospitalisation.

Le personnel de l'hôpital doit prendre toutes les mesures adéquates pour sauvegarder le caractère confidentiel des renseignements contenus dans le dossier d'hospitalisation.

ART. 61. – Consultation et communication du dossier d'hospitalisation

Le dossier d'hospitalisation peut être consulté par le patient ou son représentant légal, ses ayants droit en cas de décès par l'intermédiaire de son médecin traitant externe à l'hôpital.

Le patient ou son médecin représentant disposent du droit de consultation du dossier d'hospitalisation sur place, en présence du médecin hospitalier traitant.

Le patient peut se faire communiquer, par l'intermédiaire de son médecin hospitalier traitant, une copie du dossier hospitalier et/ou un compte rendu détaillé de sa prise en charge médicale, sur la base d'une demande présentée par le patient au directeur de l'hôpital.

En cas de transfert du patient vers un autre établissement hospitalier, le compte rendu détaillé, ainsi que la copie du dossier, dont le contenu doit être listé sur un bordereau de transmission, sont communiqués à l'établissement d'accueil, qui en accuse réception en signant une copie du bordereau.

Le dossier d'hospitalisation peut être communiqué dans un but scientifique à tout membre du corps médical en vue d'une consultation sur place, sur autorisation du directeur de l'hôpital.

Section II. – **Coordination des soins**

ART. 62. – Coordination des soins

Les hôpitaux du ministère de la santé constituent des éléments intégrés dans le système de soins. A ce titre, chaque hôpital doit en fonction de sa vocation et des moyens dont il dispose assurer la complémentarité avec les établissements de santé publics et privés, en prenant en charge les patients qui lui sont orientés par ces établissements et veiller à établir des documents de suivi et de liaison à ce sujet.

L'ensemble du personnel hospitalier participe à la prise en charge des patients hospitalisés, des patients admis en urgence et tout autre patient qui se présente à l'hôpital.

L'activité du personnel médical se fait de manière coordonnée sous la supervision des chefs des départements ou de services concernés en fonction des besoins des patients.

ART. 63. – La continuité du service hospitalier

Pour assurer la continuité de la prestation de soins à l'hôpital, un service de garde et d'astreinte doit être organisé conformément aux dispositions du décret n° 2-06-623 du 24 rabii I 1428 (13 avril 2007) et des textes pris pour son application.

A cet effet, des plannings quotidiens, hebdomadaires ou occasionnels de garde et d'astreinte sont établis mentionnant les noms, prénoms, fonctions et coordonnées (adresses et numéros des téléphones) des médecins et infirmiers concernés, ainsi que les services et horaires de garde ou d'astreinte. Ces plannings doivent être diffusés et affichés à l'intérieur de l'hôpital.

L'administration de l'hôpital est chargée d'assurer les conditions nécessaires relatives au repos et à l'alimentation du personnel de garde. Elle assure, dans la limite des moyens disponibles, le transport du personnel chargé de l'astreinte.

Le directeur de l'hôpital établit également le planning de la permanence administrative pour le personnel technicien, administratif et de soutien appelé à satisfaire les besoins exceptionnels et urgents de fonctionnement, pouvant survenir en dehors de l'horaire normal de travail.

ART. 64. – Soins et examens à l'intérieur de l'hôpital

Les visites médicales des patients hospitalisés doivent s'effectuer régulièrement et au moins une fois par jour au lit du patient, sauf lorsque la visite médicale nécessite des diagnostics spécialisés exigeant le déplacement de celui-ci au lieu d'exploration. Les visites médicales sont assurées par les médecins en fonction à l'hôpital.

Les visites médicales et examens para cliniques doivent être répartis sur l'ensemble de la journée.

Les soins prescrits par les médecins doivent être exécutés par le personnel infirmier, strictement aux heures indiquées et selon le protocole prévu, sous le contrôle du chef de l'unité de soins ou de service.

Les patients doivent consommer les médicaments prescrits en présence du personnel soignant.

Il est interdit aux médecins hospitaliers de délivrer des ordonnances prescrivant aux patients l'achat :

- de médicaments ou de dispositifs médicaux vitaux disponibles à l'hôpital ;
- de spécialités pharmaceutiques dont les génériques sont disponibles à l'hôpital.

L'administration de l'hôpital doit afficher dans des lieux visibles et accessibles aux usagers de l'hôpital :

- la liste des médicaments vitaux et des dispositifs médicaux disponibles ;
- un bulletin d'information relatif à l'état de fonctionnalité des équipements biomédicaux.

Elle doit également procéder à la révision des affichages en fonction des changements intervenus.

Tous les résultats des examens et actes effectués doivent être versés et transcrits au dossier d'hospitalisation.

Si une consultation spécialisée ou d'autres examens exploratoires plus avancés ou n'existant pas à l'hôpital sont indiqués, toutes les mesures de sécurité doivent être prises pour le transport du patient dans de bonnes conditions, en considération de son état de santé, vers un autre hôpital offrant lesdites prestations.

Des copies des documents relatifs aux actes prescrits sont versées au dossier d'hospitalisation.

ART. 65. – Conditions et procédure du transfert d'un patient vers un autre hôpital

En cas d'absence d'unités pouvant assurer adéquatement la prise en charge médicale d'un patient, et que l'état de santé de celui-ci l'exige, le médecin traitant établit une ordonnance médicale de transfert vers la structure hospitalière publique la plus appropriée ou, en cas de nécessité vers un des centres hospitaliers créés en vertu de la loi n° 37-80.

Le directeur de l'hôpital prend les mesures administratives nécessaires au transfert du patient dans les délais raisonnables et en informe sa famille.

Le transfert vers une clinique ou établissement assimilé ne peut avoir lieu qu'à la demande écrite du patient ou de sa famille ou en cas d'existence de convention de soins entre l'hôpital public et le lieu d'hospitalisation privé concerné.

L'infirmier chef de l'unité de soins concerné doit prendre rendez-vous avec la structure d'accueil et organiser, suffisamment à temps, le transport du patient.

Le patient doit être informé du jour du rendez –vous en vue de l'examen ou du traitement préconisé.

Le jour du rendez–vous, le patient est transporté par les moyens de l'hôpital où il séjourne ou par le biais d'une ambulance privée, aux frais du patient. Dans les deux cas, le patient doit être assisté par un personnel soignant de l'hôpital. Le patient doit être accompagné d'une fiche de liaison, de son dossier hospitalier ou à défaut d'un résumé clinique comportant tous les renseignements utiles pour la consultation ou l'examen.

ART. 66. – Procédure d'exploitation des unités de diagnostic et de traitement destinées à l'usage commun par plusieurs hôpitaux

Lorsque les unités de diagnostic et de traitement implantées dans une formation hospitalière sont destinées à l'usage commun d'un ensemble d'hôpitaux relevant ou pas d'un centre hospitalier, elles doivent être utilisées, sauf cas d'urgence, sur la base d'un protocole établi par le directeur de l'hôpital lieu d'implantation desdites unités, en concertation avec les directeurs des hôpitaux concernés.

Section III. – **Informations des patients hospitalisés et de leur famille et conditions de leur séjour**

ART. 67. – Information de la famille et de la police judiciaire locale d'une hospitalisation urgente

Lorsqu'un patient mineur, incapable ou en état d'inconscience, est hospitalisé en urgence, toutes les mesures utiles doivent être prises le plus rapidement par les services compétents de l'hôpital pour identifier et prévenir, en cas de possibilité, sa famille ou, le cas échéant, informer l'autorité de la police judiciaire locale.

ART. 68. – Information des patients

Les patients hospitalisés doivent être informés du nom et de la qualité des personnes appelées à contribuer au diagnostic de leur état de santé, à leur prodiguer des soins ou à veiller sur l'ordre et l'hygiène.

Les patients sont informés préalablement de la nature des risques et des conséquences que les actes médicaux et chirurgicaux peuvent entraîner.

Ces informations sont communiquées par les médecins traitants, s'ils le jugent utile, à la famille du patient sous réserve de l'accord préalable de celui-ci s'il est capable de l'exprimer.

Le personnel infirmier participe à cette information dans son domaine de compétence et s'abstient notamment de donner des informations sur le diagnostic, le pronostic ainsi que l'évolution de l'état de santé.

ART. 69. – Lors de son admission ordinaire à l'hôpital, le patient est informé des dispositions du présent règlement intérieur et de l'obligation de s'y conformer. Une copie du présent règlement ou des dispositions le concernant peut lui être communiquée à sa demande.

Le patient est également informé que l'hôpital ne peut être tenu pour responsable de la perte ou du vol des objets qu'il conserve sur lui au cours de son séjour à l'hôpital.

En outre, le personnel hospitalier doit, en toute circonstance, donner les informations d'usage permettant à chacun des usagers de contribuer au bon fonctionnement, à la sécurité et à l'hygiène de l'hôpital.

ART. 70. – Conditions de séjour des patients

Dans son intérêt, le patient hospitalisé est appelé à collaborer à la réalisation des examens cliniques et para cliniques, des soins et traitements qui lui sont prescrits.

Le patient hospitalisé doit s'abstenir de troubler le repos des autres patients ou de gêner le fonctionnement du service par ses actions ou ses propos ou en portant atteinte à l'hygiène et à la sécurité à l'hôpital.

A ce titre, il lui est notamment interdit de :

- tenir des propos à haute voix ou des paroles désobligeantes à l'égard des autres patients et du personnel de l'hôpital ;
- utiliser des récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores sans l'autorisation de l'infirmier chef de l'unité de soins, leur usage ne doit en aucun cas gêner les patients ;
- fumer dans les chambres d'hospitalisation et les salles de soins et dans toutes les autres annexes fermées de l'hôpital ;
- prendre des photos dans les unités de soins et de services ;
- mendier au sein des unités de prestations de soins et services ou dans l'enceinte de l'hôpital ;
- garder en sa possession des sommes importantes d'argent, bijoux ou tout autre objet de valeur.

En outre, le patient est tenu de :

- veiller scrupuleusement sur le bon état des locaux et des objets mis à sa disposition ;
- indemniser la perte ou la dégradation sciemment commises desdits objets ;
- observer une stricte hygiène corporelle et des effets qu'il porte, lorsque son état de santé le permet.

Les hospitalisés sont astreints à porter une tenue décente. Ils ne peuvent sortir pendant la journée en dehors de l'unité de soins qu'avec l'autorisation de l'infirmier chef de l'unité et dans les limites fixées pour leur promenade. Après le repas du dîner, ils ne peuvent plus quitter les unités de soins.

La personne admise en qualité d'accompagnant de patient est tenu aux mêmes obligations. Elle doit éviter toute perturbation du fonctionnement du service ou interférence dans la dispensation de soins, sous peine d'exclusion.

ART. 71. – Modalités d'accueil et de réception des familles

Les modalités d'accueil et de réception des familles des patients sont définies par le directeur de l'hôpital et affichées à la vue du public.

Dans chaque département ou service, les médecins reçoivent les familles des patients soit sur rendez-vous, soit selon un calendrier de visite affiché.

Chapitre cinq

La sortie de l'hôpital

Section I. – **Les motifs de sortie**

ART. 72. – Généralités

Le patient hospitalisé peut normalement quitter l'hôpital, soit sur indication du médecin traitant ou lorsque son transfert vers un autre hôpital est décidé pour des raisons médicalement motivées, soit à sa demande.

ART. 73. – Sortie pour fin de traitement

Lorsque le médecin traitant du patient hospitalisé estime que l'état de santé de celui-ci ne nécessite plus son maintien à l'hôpital, il prononce la sortie ordinaire du patient.

Lors de la visite médicale journalière, le médecin traitant désigne les patients sortants suffisamment à l'avance pour permettre l'information de la famille et la préparation des documents nécessaires à la sortie.

La sortie ordinaire des patients a lieu tous les jours ouvrables, de préférence avant midi. Elle ne peut avoir lieu après 18h sauf lorsqu'il s'agit d'un transfert urgent.

L'administration de l'hôpital prend toutes les mesures pour informer la famille du patient préalablement à sa sortie de l'hôpital.

La sortie des patients mineurs ne peut être effectuée qu'entre les mains du représentant légal ou de la personne qui a accompagné l'enfant lors de son admission ou de toute autre personne autorisée par les parents à cet effet, à la condition d'apporter les justifications nécessaires.

La sortie des malades mentaux hospitalisés d'office doit être effectuée en concertation avec les autorités ayant ordonné la mise en observation ou l'hospitalisation d'office.

En cas de refus du patient de quitter l'hôpital, le cas est porté à la connaissance du directeur de l'hôpital qui prend les mesures nécessaires pour concrétiser la sortie, y compris le recours aux services de police.

ART. 74. – Sortie pour cause d'aggravation de l'état du patient

Lorsque les médecins d'une unité de soins constatent que l'état d'un patient est particulièrement grave, qu'il est agonisant ou au-dessus de toute ressource thérapeutique, Ils peuvent, après accord du médecin chef du département, consentir à son transfert à domicile, si lui-même ou sa famille en exprime la volonté par écrit.

Si le transfert à domicile n'est pas demandé et si les moyens de l'hôpital le permettent, le patient peut être transporté discrètement dans une chambre individuelle de l'unité de soins.

Ses proches peuvent être admis à rester auprès de lui pour l'assister dans ses derniers moments.

Sous-section 1. – La sortie du fait du patient

ART. 75. – Sortie volontaire du patient avec accord médical

En dehors du cas particulier des patients mineurs, de certains patients hospitalisés d'office et des incapables, les patients peuvent, à leur demande, quitter l'hôpital à la condition d'effectuer au préalable les formalités administratives de sortie.

Toutefois, si le chef de département ou de service estime que cette sortie est prématurée et qu'elle comporte un danger pour la santé du patient, il doit exiger de ce dernier la signature d'une attestation certifiant qu'après avoir pris connaissance des dangers que représente cette sortie, il persiste dans sa demande. En cas de refus du patient, un procès-verbal est établi et signé en présence de deux témoins.

ART. 76. – Sortie contre avis médical

Lorsque le patient refuse les examens, traitements, interventions et soins qui lui sont proposés, un procès-verbal contradictoire est dressé et signé conjointement par le représentant de l'administration et le patient. En cas de refus de ce dernier, il est fait appel à des témoins. La sortie est alors prononcée par le chef de département ou service concerné, sur rapport du médecin traitant, sauf si l'état du patient nécessite des soins urgents.

En outre, le bulletin de sortie qui est délivré dans ce cas au patient doit porter la mention « sortie contre avis médical »

ART. 77. – Sortie par mesure disciplinaire

En cas de manquement grave aux prescriptions du présent règlement ou lorsqu'un patient dûment averti cause des troubles perturbant le fonctionnement du ou des services de l'établissement, le directeur de l'hôpital peut, sur rapport du médecin traitant, prononcer sa sortie pour des raisons disciplinaires.

Toutefois cette sortie ne peut avoir lieu si l'état de santé du patient ne le permet pas. Dans ce cas, l'administration de l'hôpital doit informer, par écrit et dans les meilleurs délais, les autorités de police judiciaire pour prévenir d'éventuelles réactions dangereuses du patient vis-à-vis du personnel, des autres patients hospitalisés ou vis à vis des biens de l'hôpital.

Sous-section 2. – Les formalités de la sortie

ART. 78. – Les formalités médicales

Dès que la sortie est décidée pour quelques causes que ce soit, le médecin traitant doit indiquer si le patient nécessite un suivi au moyen de consultations externes jusqu'à sa guérison ou jusqu'à la consolidation de ses blessures. Il doit établir les certificats médicaux utiles au patient pour la justification de ses droits. Il établit les ordonnances visant la continuité des soins en précisant, le cas échéant, la date de la prochaine consultation à titre externe.

L'infirmier chef de l'unité de soins donne au patient toutes les informations et les conseils nécessaires à la continuation du traitement et lui remet les documents de sortie.

La sortie de tout patient est enregistrée sur une fiche spéciale versée à son dossier d'hospitalisation.

ART. 79. – les formalités administratives

Les patients sortants ou leurs parents doivent procéder aux formalités de sortie auprès du service d'accueil et d'admission. Les formalités de sortie comportent les étapes suivantes :

- enregistrement des nom et prénom du patient sur le registre des sortants ;
- facturation et règlement des frais d'hospitalisation ou signature des documents de prise charge ;
- restitution des effets personnels et toutes valeurs confiées à l'hôpital sur présentation de l'attestation de dépôt délivrée lors de l'admission ;
- délivrance du billet de sortie.

Section II. – **Les autres motifs de déclaration de sortie de l'hôpital**

ART. 80. – Sortie d'un patient à l'insu du personnel hospitalier

Au cas où un patient quitte l'hôpital à l'insu du personnel médical, le chef du département ou du service ou, à défaut, le médecin de garde doit établir un procès-verbal constatant la disparition du patient, relater tous les renseignements sur le patient et préciser la date de sortie ou de disparition qu'il transmet au directeur de l'hôpital.

Le directeur de l'hôpital prend, en outre, toutes les dispositions nécessaires pour informer immédiatement les autorités de police judiciaire et la famille du patient et en informe le délégué du ministère de la santé à la préfecture ou province concernée.

Le patient doit être porté sortant aux registres des patients hospitalisés.

ART. 81. – Permission de sortie

Les patients peuvent, compte tenu de la durée de leur séjour, et lorsque leur état de santé le permet, bénéficier de permissions de sortie ne pouvant pas dépasser 48h, sous réserve de régulariser au préalable les formalités de sortie pour la période écoulée.

La permission de sortie est établie par l'infirmier chef de l'unité de soins, sur le formulaire destiné à cet usage. La permission doit être signée par le médecin traitant.

Les permissions de sortie sont enregistrées dans un registre spécifique au niveau du service d'accueil et d'admission mentionnant le nom du patient, le médecin ayant autorisé la sortie ainsi que, la date et la durée de celle-ci. Le formulaire est versé au dossier d'hospitalisation.

Si à l'issue du délai de permission le patient ne rentre pas, l'administration le porte sortant. Il ne pourra être réhospitalisé que lorsque la disponibilité en lits le permettra.

Chapitre six

Sécurité, hygiène et gestion des risques

Section I. – **Sécurité générale de l'hôpital**

ART. 82. – Généralités

Le directeur de l'hôpital a la responsabilité d'établir des règles et dispositifs de sécurité générale à l'hôpital visant notamment :

– la garantie de la quiétude et de la sécurité des patients et autres usagers de l'hôpital ainsi que la protection de leurs biens ;

– la garantie de la sécurité du personnel ;

– la protection des installations et équipements médicaux.

Il édicte les consignes particulières conformément à la réglementation en vigueur et veille à leur stricte application au sein de l'hôpital.

Sous-section 1. – Accès et circulation à l'intérieur de l'hôpital

ART. 83. – Personnes autorisées pour l'accès

L'accès à l'hôpital est réservé :

– au personnel de l'hôpital muni du badge correspondant à la catégorie à laquelle il appartient ;

– aux étudiants en médecine, en médecine dentaire et en pharmacie et aux élèves des instituts publics et privés de formation aux carrières de santé admis en stage à l'hôpital, sous réserve d'être munis d'un badge les identifiant ;

– aux patients ;

– aux visiteurs et aux accompagnants dans le respect des dispositions du présent règlement et des règles édictées par le directeur de l'hôpital ;

– à toute personne valablement autorisée par le directeur pour raison de service.

Le personnel et les stagiaires doivent porter leurs badges à l'intérieur de l'hôpital.

L'accès des journalistes ou des photographes à l'hôpital, pour des raisons professionnelles, est soumis à une autorisation écrite du directeur de l'hôpital.

Le directeur de l'hôpital organise les conditions d'accès en fonction des nécessités du fonctionnement de l'hôpital. Ces conditions doivent être affichées à l'entrée de l'établissement.

L'accès à l'hôpital est strictement interdit aux animaux.

ART. 84. – Circulation et stationnement des véhicules

Les véhicules (voitures, bicyclettes, vélomoteurs) des visiteurs n'ont pas le droit d'accès à l'hôpital. Ceux autorisés à y accéder doivent être dotés d'un macaron ou d'un laissez-passer délivré par le directeur ou le fonctionnaire désigné par lui à cet effet.

Les véhicules du personnel doivent être stationnés aux endroits indiqués à cet effet.

ART. 85. – Poste de sécurité et permanence

Un poste de sécurité est installé à proximité de l'entrée de l'hôpital. Ce poste doit fonctionner en permanence de jour comme de nuit en vue de garantir l'application des règles en matière d'accès à l'hôpital et de protection des patients et du personnel de l'hôpital.

A l'exception de la porte d'entrée aux urgences hospitalières, toutes les autres voies d'accès à l'hôpital doivent être fermées la nuit.

ART. 86. – Actions des associations et organisations à but non lucratif

Les associations et organisations à but non lucratif ne peuvent contribuer aux activités de l'hôpital qu'en vertu de conventions régulièrement établies. Ces conventions doivent être conformes aux modèles types élaborés, le cas échéant, par l'administration centrale du ministère.

Les conventions de partenariat doivent être soumises, dans tous les cas, à l'approbation préalable du Ministre de la Santé ou de la personne déléguée par lui à cet effet, avant leur application.

Les institutions précitées doivent s'engager, dans les conventions, à respecter les dispositions du présent règlement intérieur.

Sous-section 2. – hygiène hospitalière

ART. 87. – Hygiène de l'hôpital

Le directeur de l'hôpital doit veiller à l'appui du comité de lutte contre les infections nosocomiales prévu aux articles 20 et 21 du présent arrêté, au respect des règles d'hygiène et de propreté des locaux de l'hôpital par les usagers, le personnel et les visiteurs. Il prend, à cet effet, toutes les mesures de prévention et de sensibilisation nécessaires.

La gestion et l'élimination des déchets médicaux et pharmaceutiques doivent s'effectuer conformément à la législation et à la réglementation en vigueur en la matière.

Les agents ne relevant pas de l'hôpital qui assurent des services externalisés pour le compte de l'hôpital (nettoyage, gardiennage, jardinage, ...) doivent se conformer, aux dispositions du présent règlement et aux règles d'hygiène et de sécurité édictées à cet effet par le directeur de l'établissement

Le directeur de l'hôpital doit veiller à ce que ces agents ne s'immiscent pas dans les activités de soins et dans les prestations ne relevant pas de leurs attributions.

Section II. – **Gestion des risques**

ART. 88. – La vigilance et la sécurité sanitaire intra hospitalière

La direction de l'hôpital doit veiller au respect de la réglementation en vigueur en matière de vigilance sanitaire et mettre en place les dispositifs, procédures et mesures de nature à réduire la fréquence de survenue des évènements indésirables, d'en prévenir l'incidence et de minimiser les conséquences sur les patients, le personnel et les visiteurs.

Le service de la maintenance est chargé de la gestion des questions liées à la sécurité des équipements et des installations techniques et de veiller sur leur fonctionnement normal, de jour comme de nuit.

En dehors de l'horaire normal et pendant les jours fériés et chômés, le directeur est tenu d'organiser une permanence technique destinée à garantir le fonctionnement de l'ensemble des installations et équipements de l'hôpital.

Tout équipement présentant un risque potentiel pour la sécurité des patients, du personnel et de l'environnement doit être mis hors d'usage jusqu'à sa remise en état de fonctionnement répondant aux normes.

ART. 89. – Matières dangereuses

Sauf besoins de service, et sous réserve du respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur en la matière, il est interdit d'introduire au sein de l'hôpital tous instruments ou produits (armes de toute nature, explosifs, bonbonnes de gaz, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi) pouvant présenter un danger réel ou potentiel pour la structure et/ou les personnes.

Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi seront réquisitionnés, le cas échéant, par l'administration de l'hôpital pour être remises aux autorités de police contre récépissé.

ART. 90. – Gestion des catastrophes

La direction de l'hôpital doit asseoir et développer, en concertation avec tous les partenaires concernés, une approche de gestion globale et intégrée des catastrophes éventuelles intra ou extra hospitalières, notamment à travers la préparation d'un plan d'urgence hospitalier permettant de faire face à un afflux massif de personnes en situation de détresse sanitaire.

Le plan d'urgence hospitalier doit être régulièrement actualisé et validé par le comité d'établissement.

Les consignes et procédures relatives aux différentes phases de l'activation du plan d'urgence hospitalier, doivent être affichées dans des endroits appropriés de l'hôpital.

Chapitre sept

Devoirs du personnel de l'hôpital

ART. 91. – Devoirs à l'égard des patients

Le personnel de l'hôpital est tenu au respect de la dignité, de l'intimité, de l'appartenance ethnique, religieuse, politique, syndicale ou sociale des patients séjournant ou fréquentant l'hôpital.

Le personnel de l'hôpital doit répondre aux appels des patients avec diligence, les renseigner et les conseiller. Il doit éviter tout comportement susceptible d'altérer l'image de marque du service public ou de nuire à sa réputation et notamment :

- de tenir des propos injurieux à l'endroit des patients ;
- d'accepter des patients ou des autres usagers des gratifications de quelque nature que ce soit ;
- de tenir avec les patients des discussions susceptibles de porter un doute sur le diagnostic ou l'efficacité du traitement ou le devenir de la maladie ;
- de garder ou conserver les dépôts d'argent, bijoux ou objets de valeur appartenant aux patients.

ART. 92. – Secret et discrétion professionnels

Sauf dispositions légales contraires, le personnel hospitalier est tenu d'observer le secret et la discrétion absolue sur tous les faits et informations concernant un patient hospitalisé, dont il peut avoir connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

Le médecin est libéré de l'obligation de secret médical lorsqu'il constate dans l'exercice de son activité professionnelle des faits ou infractions pénales. Il est tenu d'informer immédiatement le directeur de l'hôpital qui les porte à la connaissance des autorités judiciaires ou administratives compétentes.

Toute violation dans les limites légales du secret professionnel est passible des sanctions disciplinaires prévues par la réglementation en vigueur, sans préjudice des poursuites pénales auxquelles s'expose le fonctionnaire concerné.

ART. 93. – les devoirs des étudiants faisant fonction d'internes

Au cours de l'exercice des activités de soins dans le cadre de leur formation, les étudiants en médecine faisant fonction d'internes et les étudiants en pharmacie et en médecine dentaire sont tenus au respect du présent règlement et des règles déontologiques et éthiques de leurs professions.

Ils doivent assister quotidiennement à la visite médicale et sont associés au service de garde. Ils exercent des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins sous la surveillance et le contrôle du chef de département. Ils sont responsables devant lui des actes et prestations dispensés par eux.

Les étudiants en médecine faisant fonction d'internes ne peuvent procéder à des opérations chirurgicales que sous la responsabilité du médecin chirurgien.

Il est interdit aux étudiants en médecine, faisant fonction d'internes, d'établir des certificats médicaux légaux.

ART. 94. – Respect des conditions réglementaires de travail

Le personnel hospitalier est tenu de se conformer aux dispositions du présent règlement intérieur.

Sans préjudice des poursuites judiciaires dont le fonctionnaire de l'hôpital pourrait faire l'objet en cas d'infraction pénale, toute violation des dispositions du présent règlement expose son auteur aux sanctions administratives et disciplinaires en vigueur.

Quel que soit leur rang hiérarchique, les membres du personnel hospitalier sont personnellement responsables des actes et tâches qui leur sont confiés ou/et inhérents à leurs fonctions. Ils sont tenus de respecter les procédures applicables aux tâches dont ils ont la charge et doivent exécuter toutes instructions entrant dans les attributions qui leur sont reconnues ou indiquées par leurs supérieurs hiérarchiques. Ces derniers doivent assurer un contrôle permanent sur l'activité du personnel placé sous leur autorité.

ART. 95. – Règles générales de conduite

Dans l'intérêt du patient, chaque cadre ou agent hospitalier doit signaler à son supérieur hiérarchique tous faits et incidents survenant dans les structures de l'hôpital, avec un maximum de célérité.

Dans l'exercice de leur activité professionnelle, tous les membres du personnel hospitalier doivent éviter tout comportement de nature à déconsidérer leur fonction, à porter atteinte à l'image de marque de l'hôpital ou à entraver son fonctionnement.

Le personnel hospitalier doit notamment s'abstenir d'accomplir les actes suivants :

- introduire dans l'établissement ou ses dépendances, sans autorisation du supérieur hiérarchique, des personnes étrangères au service ;
- donner toute information concernant l'identité des patients, leur comportement ou leur état de santé à des personnes étrangères à la famille sans l'autorisation expresse du médecin chef de département ou de service et l'accord du patient concerné;
- communiquer la totalité ou une partie du dossier d'un patient ou tout document de service sans l'autorisation expresse du directeur de l'hôpital ;
- exercer toute sorte de pression sur le personnel pour faire obstacle à la liberté du travail ;
- sortir illégalement de l'enceinte de l'hôpital des objets, des instruments ou du matériel appartenant à l'hôpital et utiliser le matériel de l'hôpital à des fins personnelles ;
- détruire les affiches ou signalisations placées sur ordre de l'administration de l'hôpital ou y apposer des inscriptions complémentaires ou indécentes ;
- tenir dans l'enceinte de l'hôpital, sans l'autorisation du directeur, des réunions dont l'objet est incompatible avec la mission ou/et les fonctions de l'hôpital ;
- apposer sans l'autorisation de l'administration des affiches dans des endroits non conçus pour cet usage ;
- fumer dans les locaux des départements ou services médicaux ou médico-techniques ;
- introduire dans l'établissement hospitalier des boissons alcoolisées, toxiques et en général tous produits prohibés par la loi.

ART. 96. – Règles d'occupation des structures et dépendances de l'hôpital

Les personnes bénéficiant de logements dans l'enceinte de l'hôpital sont tenues de respecter le règlement intérieur de l'hôpital.

Elles doivent notamment s'abstenir de toutes actions nuisibles (tapage diurne et nocturne, circulation des membres de la famille et du personnel de maison dans les lieux communs aux autres usagers de l'hôpital) de nature à perturber le calme et le fonctionnement de l'hôpital ou à troubler la tranquillité des patients.

ART. 97. – Usage du patrimoine de l'hôpital

Le personnel hospitalier est responsable du matériel, instruments, médicaments et de tout autre produit mis à sa disposition aux fins d'exercice de ses activités. Chacun est tenu d'en prendre soin et de veiller à leur utilisation correcte, leur entretien et leur bonne conservation.

Les cadres et les agents hospitaliers doivent signaler avec le maximum de diligence à leurs supérieurs hiérarchiques et aux personnes chargées de l'entretien, les arrêts ou dysfonctionnements des appareils et équipements mis à leur disposition.

S'il est démontré qu'une personne est l'auteur de la perte ou la détérioration intentionnelle d'un instrument de travail ou matériel appartenant à l'hôpital, elle doit être mise dans l'obligation de le restituer ou de le réparer à ses frais, sans préjudice des poursuites auxquelles elle pourrait être exposée en conformité avec la réglementation en vigueur.

Toute personne est tenue d'utiliser à bon escient sans gaspillage les médicaments, les aliments, l'eau, l'électricité, les gaz médicaux, le gaz propane, le carburant et tout autre élément du patrimoine mis à sa disposition pour l'accomplissement de ses tâches.

L'usage des téléphones portables doit rester limité aux endroits non pourvus d'équipements techniques ou électroniques.

Chapitre huit

Protection du personnel

ART. 98. – Protection juridique

En application du statut général de la fonction publique, la protection juridique du personnel en fonction à l'hôpital contre les menaces, agressions, attaques, outrages ou diffamation est garantie.

Tout fonctionnaire ou agent ayant été victime d'un incident à l'occasion de l'exercice de ses fonctions doit informer dans l'immédiat son supérieur hiérarchique. Ce dernier constitue un dossier qu'il transmet sans délai au directeur de l'hôpital. Le dossier doit contenir notamment un rapport circonstancié sur l'incident et, le cas échéant, la déposition de témoin(s) et tout autre document de clarification.

Le directeur de l'hôpital saisit, par écrit et sans délai, le délégué du ministère de la santé à la préfecture ou province concernée et lui transmet le dossier complet, assorti de ses observations éventuelles en vue de sa transmission à l'administration centrale qui prend toutes les mesures adéquates pour assurer la défense de la personne concernée.

ART. 99. – Protection contre les risques

Le directeur de l'hôpital est tenu de prendre les mesures nécessaires à la protection de la santé et de la sécurité du personnel hospitalier. Il veille à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires dans le domaine de la sécurité du personnel.

Le directeur doit instaurer un programme de sensibilisation du personnel contre les risques professionnels et les maladies transmissibles. Il diligente des enquêtes en matière d'accidents de service ou de maladies et risques professionnels.

ART. 100. – Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel*.

Rabat, le 23 rejeb 1431 (6 juillet 2010).

YASMINA BADDOU.

Le texte en langue arabe a été publié dans l'édition générale du « Bulletin officiel » n° 5923 du 2 rabii II 1432 (7 mars 2011).

Arrêté du ministre de l'économie et des finances n° 181-11 du 4 moharrem 1432 (10 décembre 2010) fixant le taux et les modalités de recouvrement de la commission de garantie sur les prêts assortis de la garantie directe de l'Etat aux emprunts intérieurs.

LE MINISTRE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES,

Vu le décret n° 2-05-1428 du 26 kaada 1426 (28 décembre 2005) instituant une rémunération des services rendus à l'occasion de l'octroi de la garantie directe de l'Etat aux emprunts intérieurs dénommée « commission de garantie »,

ARRÊTE :

ARTICLE PREMIER. – Le taux de la commission de garantie instituée par le décret n° 2-05-1428 du 26 kaada 1426 (28 décembre 2005) susvisé est fixé en fonction de la période de remboursement et du montant de l'emprunt garanti par l'Etat comme suit :

– pour une durée inférieure ou égale à 10 ans ..... 1 % ;

– pour une durée supérieure à 10 ans et inférieure ou égale à 15 ans ..... 1,5 % ;

– pour une durée supérieure à 15 ans ..... 2 %.

ART. 2. – La commission de garantie est recouvrée au vu d'un bulletin de perception émis par le directeur du Trésor et des finances extérieures ou son représentant, précisant les bases de liquidation de ladite commission et son montant. Ce montant doit être acquitté par l'organisme emprunteur, préalablement à la remise de l'instrument de garantie, en totalité en un seul versement auprès de la Trésorerie générale du Royaume.

ART. 3. – Le présent arrêté, qui abroge l'arrêté du ministre des finances et de la privatisation n° 471-06 du 8 safar 1427 (9 mars 2006) relatif au même objet, sera publié au *Bulletin officiel*.

Rabat, le 4 moharrem 1432 (10 décembre 2010).

SALAHEDDINE MEZOUAR.

Arrêté du ministre de l'économie et des finances n° 182-11 du 4 moharrem 1432 (10 décembre 2010) fixant le taux et les modalités de recouvrement de la commission de garantie sur les prêts assortis de la garantie directe de l'Etat aux emprunts extérieurs.

LE MINISTRE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES,

Vu le décret n° 2-96-299 du 13 safar 1417 (30 juin 1996) instituant une rémunération des services rendus à l'occasion de l'octroi de la garantie directe de l'Etat aux emprunts extérieurs dénommée « commission de garantie »,

ARRÊTE :

ARTICLE PREMIER. – Le taux de la commission de garantie instituée par le décret n° 2-96-299 du 13 safar 1417 (30 juin 1996) est fixé en fonction de la durée et du montant de l'emprunt garanti par l'Etat comme suit :

– pour une durée inférieure ou égale à 10 ans ..... 1 % ;

– pour une durée supérieure à 10 ans et inférieure ou égale à 15 ans ..... 1,5 % ;

– pour une durée supérieure à 15 ans ..... 2 %.

La durée précitée comprend la période des tirages, la période de grâce et la période de remboursement.

Le taux de change appliqué pour le calcul de la commission de garantie correspond à la moyenne des cours de change achat et vente, cotés par Bank Al-Maghrib, à la dernière date de signature de la convention, de l'accord ou de l'instrument de financement, définissant le montant de l'emprunt garanti.

Toute augmentation du montant de l'emprunt garanti résultant d'un avenant à la convention ou à l'accord initial est soumise au paiement de la commission précitée.

ART. 2. – La commission de garantie est recouvrée au vu d'un bulletin de perception émis par le directeur du Trésor et des finances extérieures ou son représentant, précisant les bases de liquidation de ladite commission et son montant.

Ce montant doit être acquitté par l'organisme emprunteur, préalablement à la remise de l'instrument de garantie, en totalité en un seul versement auprès de la Trésorerie générale du Royaume.

Par dérogation aux dispositions du 2e alinéa du présent article, le ministre des finances ou la personne habilitée par lui à cet effet, peut accorder aux organismes emprunteurs qui justifient des difficultés de trésorerie, un règlement sur la base d'un échéancier étalé sur la période des tirages. Dans ce cas, l'instrument de garantie sera remis à l'organisme emprunteur sur la base des billets à ordre signés par l'organisme emprunteur, matérialisant sa dette vis-à-vis du Trésor au titre de la commission de garantie.

ART. 3. – Si un mécanisme de contre-garantie du défaut de remboursement de l'emprunteur est convenu entre le ministère des finances et l'organisme emprunteur, ou son autorité de tutelle, la commission de garantie est payée au prorata de la partie non contre-garantie.