

LOD N° 00/05 Nouméa, le 10 novembre 2000

Centre Hospitalier Territorial (CHT)

Gaston Bourret

Examen de la gestion

Exercices 1991 à 1997

OBSERVATIONS DEFINITIVES

0. INTRODUCTION - LES ETAPES DU CONTROLE

En application de l'article L262-2 du Code des Juridictions Financières, l'examen de la gestion et le contrôle de la comptabilité des exercices 1991 à 1997 du Centre hospitalier territorial Gaston BOURRET ont été engagés le 28 juillet 1999 par lettre du président de la juridiction au directeur.

Les observations relevées par le rapporteur ont été portées à la connaissance du directeur par intérim de l'établissement, lors de l'entretien de fin de contrôle qui a eu lieu le 13 juin 2000,

La Chambre s'est réunie le mardi 8 août 2000, pour examiner le rapport du magistrat chargé du contrôle et les conclusions du commissaire du Gouvernement. Conformément à l'article L262-49 du Code des Juridictions Financières, une lettre d'observations provisoires a été notifiée au directeur du CHT, le 8 août 2000, l'ordonnateur précédent a été également mis en mesure de répondre aux observations de la Chambre. Après réponse de ceux-ci, le 20 octobre 2000, la Chambre s'est réunie le 8 novembre 2000 et a arrêté les observations définitives qui suivent.

SOMMAIRE

0. INTRODUCTION - LES ETAPES DU CONTROLE 1

1. ACTIVITÉ MÉDICALE DU CHT 4

1.1 CONTEXTE SANITAIRE SUR LE TERRITOIRE 4

1.2 DES PROGRÈS À RÉALISER POUR L'ANALYSE DE L'ACTIVITÉ DU CHT 5

1.2.1. La nécessité de développer des indicateurs d'activité complets et de les utiliser pour le pilotage 5

1.2.2. Le CHT déborde de façon importante de sa mission d'hospitalisation de court séjour 7

1.3 LES RAPPORTS DU CONTRÔLE MÉDICAL 9

1.4 LE PMSI : UNE INITIATIVE DU CHT POUR SUIVRE SON ACTIVITÉ 9

1.5 LA NÉCESSAIRE MAÎTRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ 12

1.6 FINANCEMENT D'ASSOCIATIONS 13

2. STRUCTURES ET OUTILS DE PILOTAGE DU CHT 13

2.1 UNE BONNE GESTION BUDGÉTAIRE ET UNE COMPTABILITÉ D'ENGAGEMENT RIGOUREUSE 13

2.2 UNE FIABILITÉ DE LA COMPTABILITÉ ANALYTIQUE À RENFORCER 14

2.3 DES CARENCES DANS LE PILOTAGE STRATÉGIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT 14

3. ANALYSE FINANCIÈRE 15

4. RELATIONS COMPTABLE-ORDONNATEUR 17

4.1 LE DÉPÔT DES COMPTES 17

4.2 LES RÉGIES 18

4.2.1 Des contrôles des régies insuffisants 18

4.2.2 Les axes de réflexion conduits par la Direction de l'hôpital pour assurer une gestion plus active de la trésorerie par l'intervention du régisseur des recettes. 18

4.3 L'AMÉLIORATION DES RELATIONS COMPTABLE- ORDONNATEUR N'A PAS ÉTÉ À LA HAUTEUR DES OBJECTIFS FORMALISÉS DANS LA CONVENTION 19

4.3.1 La convention de partenariat hospitalier 19

5. LES RECETTES DE FINANCEMENT DE L'HÔPITAL PUBLIC 19

5.1 UNE RATIONALISATION POSSIBLE DU MODE DE CALCUL ACTUEL DE LA DOTATION GLOBALE DE FONCTIONNEMENT (DGF) 20

5.2 UN TAUX DIRECTEUR QUI FORCE LE CHT À RÉALISER DES GAINS DE PRODUCTIVITÉ	21
5.3 PROCÉDURES DE RECOUVREMENT	21
5.3.1 Augmentation importante des restes à recouvrer : un plan d'action nécessaire	22
5.3.1.1. La rémanence d'un nombre important de litiges avec les payeurs	22
5.3.1.2. Rétention de la DGF par les payeurs	23
5.3.1.3. Carence dans l'adressage en Nouvelle-Calédonie et problème de Justification du statut d'assuré social parfois difficile à établir	24
5.3.1.4. Le cumul d'impayés du service de santé de Wallis	25
5.3.2. Admission en non-valeur : un surcroît de rigueur à adopter	25
5.3.3. La mise en ouvre des émissions des titres souffre de retards	26
6. LES INVESTISSEMENTS DU CHT	26
6.1. LES INVESTISSEMENTS IMMOBILIERS	26
6.1.1. Les prises de décision en matière immobilière et le schéma directeur : retards, contretemps et défaut de concertation	26
6.1.1.1. Historique du projet de délocalisation de l'hôpital	26
6.1.1.2. L'attribution de la clinique Magenta au CHT	27
6.1.1.2.1 La bilocation du CHT	27
6.1.1.2.2 retard en terme d'investissement : le fonctionnement sous-optimal de la Clinique Magenta et de son aménagement en pôle mère-enfant	27
6.1.1.3. Le Bâtiment P du centre hospitalier Gaston Bourret	28
6.1.1.3.1 La décision de construction du bâtiment P	28
6.1.1.3.2 L'adaptation du bâtiment P	29

6.1.1.3.3 Hélicoptère 29

6.1.1.3.4 Les études et la concertation 30

6.1.1.5 Le schéma directeur de Gaston Bourret 31

6.1.2. Des problèmes de sécurité importants non réglés risquant d'entraîner la responsabilité juridique et financière du CHT 32

6.1.2.1. La prise en compte de la Sécurité incendie au CHT 32

6.1.2.2. Résistance bâtementaire 34

6.2 INVESTISSEMENT EN MATÉRIELS INFORMATIQUES ET BIOMÉDICAUX : LA NÉCESSITÉ D'ACCROÎTRE LES BUDGETS, LES ÉTUDES PRÉALABLES ET LA TRANSPARENCE DES CHOIX 34

6.2.1. Les retards en terme de projets et systèmes informatiques 34

6.2.1.1. Retard dans les projets et dysfonctionnements 35

6.2.2. Ancienneté du matériel biomédical et non renouvellement d'équipements dangereux 36

6.2.3. La maintenance : des coûts à maîtriser 37

6.3. LES MARCHÉS : EXIGENCE DE TRANSPARENCE 38

6.3.1. Respect de la réglementation des marchés 38

6.3.2. Le marché calédonien du bio-médical et la concurrence 38

6.3.3. Table vasculaire dite d'angiographie numérisée : Un choix sans justifications rationnelles explicites 39

7. DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT AU CHT 40

7.1. : IMPUTATION ERRONÉE EN SECTION DE FONCTIONNEMENT : ACHATS NON STOCKÉS ET MAINTENANCE 40

7.2. CONVENTION AVEC LES SOCIÉTÉS D'AMBULANCES : INTERROGATION QUANT À LA NÉCESSITÉ D'UNE SOUS-TRAITANCE 40

7.3. BLANCHISSERIE : UNE LOUABLE MAÎTRISE DES COÛTS À POURSUIVRE 41

7.4. PHARMACIE : DES RATIONALISATIONS DANS LA GESTION DES STOCKS À ENTREPRENDRE 41

7.2. DÉPENSES DE PERSONNEL 43

7.2.1. Un recours important aux contractuels 43

7.2.2. La durée du travail : la non conformité par rapport à la réglementation 43

1. ACTIVITE MEDICALE DU CHT

1.1 Contexte sanitaire sur le territoire

Les indicateurs de santé, même s'ils ne reflètent pas complètement les problèmes de santé en tribus, sont globalement satisfaisants. Le niveau de performance sanitaire, relativement élevé par rapport à la région, est le fruit d'un investissement croissant de la santé en Calédonie, même s'il demeure inférieur au budget métropolitain en la matière. Il reste toutefois des efforts en terme de réglementation à faire, pour améliorer encore la prise en compte des besoins de santé de la Nouvelle-Calédonie.

Des indicateurs de santé satisfaisants

Il convient de noter un taux brut de mortalité faible traduisant un bon état de santé (5.1 pour 1000 ; 5.9 il y a 10 ans). De même, la comparaison des taux de mortalité infantile pour les différents pays de la région est éloquente (10 fois moins que la Papouasie ou le Vanuatu, 60 % de la mortalité infantile enregistrée en Polynésie française, des taux inférieurs à ceux de la Nouvelle Zélande ou l'Australie). Enfin, l'espérance de vie à la naissance n'a cessé de croître depuis 20 ans passant de 66,5 ans en 1981 à 72,5 en 1997. La structure de la pyramide des âges entre en partie dans les bons résultats ci-dessus.

Des dépenses de santé inférieures à celle de la métropole

Le coût de la santé par habitant sur le Territoire est de 30 % inférieur à celui de métropole.

Le taux d'occupation des établissements hospitaliers court séjour pour l'ensemble des secteurs et disciplines sur le Territoire (62,32 % en 1997) est nettement inférieur au taux métropolitain 75,3 % en 1998. En revanche, la répartition secteur public / secteur privé et entre provinces s'opère de façon déséquilibrée majorant les taux d'occupation du secteur public et du CHT. Il existe un problème de répartition de l'offre de soins.

Le C.H.T dispose de 462 lits M.C.O.

En 1998, leur taux moyen d'occupation (T.M.O) était de 78,76% avec une durée moyenne de séjour (D.M.S) de 5,3 jours alors que les taux métropolitains des établissements publics de santé étaient respectivement de 77,13% et de 6,8 jours (cf. Etudes et résultats du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité n° 60 - avril 2000).

En 1999, la croissance du nombre de journées a été de 3,2% contre -0,3% en métropole et l'augmentation des entrées totales de 7,9% contre 1,3% en métropole (cf. Etudes et résultats du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité n° 80 - septembre 2000).

Des carences dans la réglementation de l'offre de soins

Des carences relevées dans la réglementation sanitaire distinguent également la Nouvelle-Calédonie de la métropole :

les spécificités dans les pathologies présentes sur le territoire ont parfois pour origine le retard de la réglementation. Il convient de noter la place importante de la traumatologie due au retard en matière de réglementation routière;

la réglementation sur la médecine de garde et les pharmacies de garde accroît le recours aux urgences ;

les personnes relevant de l'aide médicale ne peuvent voir les médecins libéraux qu'avec des conditions par trop restrictives qui diffèrent selon les provinces ;

absence de long séjour ou de service de rééducation. En métropole, le ratio des lits de court séjour par rapport à l'ensemble des lits installés est d'environ 50 %. En Nouvelle Calédonie, ce ratio est près de 80 %. Si l'on exclut les lits destinés aux soins de la tuberculose (Col de la Pirogue), de la lèpre (Ducos) et le CHS. Il n'y a, au 31 décembre 1997, que 3 lits de moyen ou long séjour pour l'ensemble des autres spécialités médicales ;

nécessité d'une vraie prévention, tout spécialement nécessaire pour des pathologies importantes au Territoire : hypertension, hémodialyse ;

il n'existe pas de législation coercitive pour que les gens traitent leurs pathologies infectieuses sur le Territoire. 5 à 6 pathologies représentent la moitié du budget de l'hôpital : route, tabac, excès (diabète), lutte contre les infections ;

Un avant projet de carte sanitaire est en cours d'élaboration par la DASS. Il permet de définir de façon précise le besoin en nombre de lits à court et moyen terme. Ce projet a eu un temps d'élaboration très long. Une des difficultés du projet est de convaincre les cliniques privées de

s'intégrer au dispositif du réseau des urgences en l'absence, en Nouvelle-Calédonie, d'une couverture universelle comme elle a été instituée en métropole en janvier 2000. Ce projet doit être présenté en Commission Territoriale de l'Organisation des Affaires Sanitaires et Sociales (CTOSS).

1.2 Des progrès à réaliser pour l'analyse de l'activité du CHT

1.2.1. La nécessité de développer des indicateurs d'activité complets et de les utiliser pour le pilotage

L'activité des services se présente comme suit :

Données	Budget gl	B,A./CMCP	B,A./CRF	Total entité
Années	Court séjour	Moyen séjour	Long séjour	
<u>Nombre de lits</u>				
1991	473	24	55	552
1992	473	24	55	552
1993	473	20	55	548
1994	455	20	55	530
1995	455	20	55	530
1996	455	20	55	530
1997	462	20	55	537
<u>Nombre d'entrées</u>				
1991	20.721	119	99	20.939
1992	20.336	151	83	20.570
1993	21.112	206	87	21.405
1994	21.167	177	56	21.400
1995	22.335	253	66	22.654
1996	23.404	289	53	23.746
1997	23.710	247	54	24.011
<u>Journées</u>				
1991	149.189	5.723	16.019	170.931
1992	138.427	4.861	15.362	158.650
1993	130.635	4.202	13.805	148.642
1994	126.376	5.235	11.889	143.500
1995	131.977	5.038	12.469	149.484
1996	133.616	6.075	10.620	150.311
1997	129.251	6.339	9.743	145.333
<u>Durée moy.séjour</u>				
1991	7,20	48,09	161,81	
1992	6,81	32,19	185,08	
1993	6,19	20,40	158,68	
1994	5,97	29,58	212,30	
1995	5,91	19,91	188,92	
1996	5,71	21,02	200,38	
1997	5,45	25,66	180,43	
<u>Tx moy.d'occupation</u>				
1991	85,69%	78,40%	79,80%	
1992	80,18%	55,49%	76,52%	
1993	75,67%	57,56%	68,77%	
1994	76,43%	71,71%	59,22%	
1995	79,47%	69,01%	62,11%	
1996	80,24%	82,99%	52,76%	
1997	77,46%	86,84%	48,53%	

Il a tout d'abord été constaté le caractère incomplet des documents rendant compte de l'activité pendant le début de la période contrôlée. Les comptes administratifs de 1991 et 1992, ne portent pas mention d'un nombre important d'indicateurs d'activité : actes de biochimie, cas opératoires, radiologie, kinésithérapie.

Des indicateurs d'activité sont développés, depuis 1996, par la cellule d'analyse et de gestion un poste de chef de bureau lui a été affecté en 1993 puis un second poste d'adjoint des cadres en 1996. Ces indicateurs, s'ils sont la première étape d'un contrôle de gestion inexistant auparavant, semblent toutefois rester relativement descriptifs et ne pas donner lieu à une véritable analyse et à la définition d'une stratégie, par exemple pour la perte de " part de marché " en Obstétrique.

La Chambre ne peut qu'approuver la mise en place d'outils informatiques plus performants (nouvelle version C.PAGE début 2001), ils permettront de définir la politique stratégique de l'établissement, dans le respect des missions de service public.

1.2.2. Le CHT déborde de façon importante de sa mission d'hospitalisation de court séjour

Toute structure utilisant des deniers publics doit assurer dans la consommation de ceux-ci le principe d'efficacité et le principe d'économie. Appliqués au CHT, ces deux principes se déclinent sous la forme d'une question : existe-t-il des alternatives à l'hospitalisation au CHT qui permettraient de diminuer le coût des soins pour la collectivité ?

Une étude du contrôle médical a été élaborée par le docteur Hérault en septembre 1998, analysant les raisons médicales de la présence de la totalité des malades sur une journée dans 5 services importants du CHT ayant un taux d'occupation supérieur à 90 %. Il a été effectué une analyse pour chaque malade de l'adéquation de celui-ci à la structure. Les résultats synthétisés ci-dessous sont éloquents :

	<i>inadéquations</i>	<i>Attente d'examen</i>	<i>transfert injustifié depuis les hôpitaux du Nord</i>	<i>malade relevant d'un autre service du CHT</i>	<i>moyen séjour</i>	<i>hospitalisation de jour</i>	<i>adéquations</i>	<i>nombre total de malades</i>
Neurologie	6	1			5		10	16
Gastro	18	7		3	5	3	10	28
Cardio	11	7	3		1		10	21
Chir ortho	30	4	2	2	15	7	32	62
Pneumo	7	2			3	2	21	28
	72	21	5	5	29	12	83	155
	46,45%	13,55%	3,23%	3,23%	18,71%	7,74%	53,55%	100,00%

Une inadéquation du fonctionnement du CHT à sa mission

L'étude a donc conclu que plus de 45 % des malades n'étaient pas à leur place dans le service qui les avait pris en charge. Mais, il ne s'agit pas en l'occurrence simplement d'une mauvaise affectation au sein du CHT. En effet, plus de 43% d'entre eux n'auraient pas dû être hospitalisés au CHT. Plus de 40 % ne relèvent pas d'une structure de court séjour. Il est à souligner que le coût d'hébergement en structure de moyen séjour est moindre.

Le Projet d'établissement du C.H.T a intégré depuis juillet 1996 la nécessité de créer un service de réadaptation et de rééducation fonctionnelle de 20 à 25 lits et d'étendre la capacité du service de suites (actuellement situé au Col de la Pirogue) de 20 à 40 lits. Toutefois, le C.H.T n'a jamais disposé des moyens ni de l'aval des instances décisionnelles lui permettant de concrétiser ces projets.

Aussi l'ensemble de ces inadéquations, dont les 13,5% de malades en attente d'examen, induit-elle à la fois une grande part de la saturation de nombreux services du CHT, et pèse de façon non négligeable sur les coûts de la santé en Nouvelle-Calédonie.

L'importance quantitative des conclusions de cette étude n'a pas été contestée par les chefs de service. Les résultats ont été présentés et approuvés fin 1999 en commission médicale d'établissement.

Une nouvelle étude plus longue effectuée par le Contrôle médical lors de l'année 2000 a eu lieu avec une immersion dans les services plus importants. Les données de cette étude confirment

celles de 1998 avec une amélioration enregistrée pour les attentes d'examen. Les préconisations ressortant de cette étude sont :

Le besoin immédiat de lits de moyen séjour est évalué à 60 lits. Ces lits doivent être ouverts au sein d'une entité distincte de l'activité traditionnelle de court séjour. Cette individualisation d'un service correspond à l'application de grilles tarifaires différentes.

La confirmation de l'étude 1998 plaide pour la mise en place d'un poste de médecin-conseil au sein de l'hôpital pour débloquer certaines situations : accès aux équipements lourds de malades en attente d'examen ou envoi de malades vers les CHP.

Ces études du contrôle médical suscitent les deux remarques suivantes :

1- Incidence sur l'analyse de l'activité 1999

Les prévisions d'activité pour 1999 ont été largement dépassées ; les entrées directes sont supérieures de 7,3% à celles de 1998 et le nombre de journées a augmenté de 3.29 %. Le rapport d'activité note que cette saturation a atteint un niveau alarmant avec un taux moyen d'occupation de 81,3%. Ce taux est, en effet, de 5 points supérieur au taux d'hospitalisation court séjour. Il apparaît donc spécialement urgent pour le CHT de recentrer son activité vers les missions d'un centre hospitalier de court séjour en abandonnant des fonctions d'hébergement ou d'hospitalisation long séjour qui doivent être prises en charge de façon spécifique après leur intégration dans le schéma directeur sanitaire. Une telle approche, loin d'un rationnement de l'offre de soins, devrait permettre par une rationalisation du budget santé du Territoire d'améliorer encore la qualité du service rendu à l'utilisateur.

2- Prise en compte insuffisante du résultat des études par la carte sanitaire

L'étude du contrôle médical ne paraît guère avoir été suivie notamment dans l'élaboration du schéma directeur.

Le projet de carte sanitaire piloté par la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale traite de la carence de la Nouvelle-Calédonie en matière d'offre de soins de moyen séjour. L'analyse de l'existant ne fait apparaître que les 20 lits du sanatorium du Col de la Pirogue. Il est proposé la création de 60 lits supplémentaires dont on peut remarquer que le nombre correspond à l'évaluation du contrôle médical ainsi qu'aux données du PMSI concernant les séjours de plus de 20 jours au CHT. Cette création de lits se répartit comme suit :

20 pour un service à créer de rééducation et de réadaptation neurologique et orthopédique au CHT ;

40 disponibles pour tout autre projet.

Nous sommes donc loin d'une mise en place à court terme de 60 lits, réponse logique aux constatations des études.

En effet, le service du CHT est conditionné par la réalisation du schéma directeur dont il est hasardeux de fixer l'achèvement avant 5 ans au moins. Les 40 autres lits disponibles restent très théoriques, il n'est pas pour l'instant envisagé de projet public de centre de moyen séjour, et l'absence de promoteur privé n'est que la matérialisation du caractère non rentable de ce type de structure.

Ceci pourrait pourtant plaider pour imputer la responsabilité de l'ouverture d'un tel centre au service public de la santé. La construction sur fonds publics d'un centre de moyen et long séjour, correspondant à un besoin, aurait en tout état de cause un impact positif sur la bonne allocation du coût des soins et permettrait donc une meilleure utilisation du budget santé de la Nouvelle-Calédonie.

Une réponse semble en voie d'être apportée tout au moins partiellement par une augmentation des places de moyen séjour dans le nouveau projet révisé de schéma directeur (juin 2000). Il prévoit la construction à moyen terme d'une unité de 40 lits de moyen séjour/rééducation fonctionnelle sur le site du centre ville de même qu'un hôpital de jour de 24 places à Gaston Bourret et de 12 à Magenta.

1.3 Les rapports du contrôle médical

Le Territoire finance 11 postes au contrôle médical (délibération de décembre 1997). Cette structure a une mission très importante pour continuer d'offrir la meilleure offre de soins. Le "contrôle médical unifié" est, en effet, de fait intégré à la CAFAT. Aussi, le corps médical du CHT peut critiquer son indépendance vis à vis de la CAFAT.

De plus, les difficultés de communication entre les acteurs et les distorsions enregistrées dans l'écho qu'ont les professionnels de santé n'ayant pas reçu le contenu des rapports du contrôle médical plaident pour une formalisation du ou des rapports du contrôle médical sur le CHT. Afin de d'améliorer son efficacité, il pourrait être envisagé de faire apparaître en regard des observations du contrôle médical, les réactions de la CME ou du(es) médecin(s) concerné(s), ainsi que celle de la direction du CHT.

1.4 Le PMSI : une initiative du CHT pour suivre son activité

Le projet de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est devenu un principe pour les hôpitaux de métropole depuis la loi du 31 juillet 1991 instituant également les " départements d'information médicale (DIM) " en charge de la mise en oeuvre du PMSI. Il est à signaler que cette loi n'est pas applicable en Nouvelle-Calédonie. Même si le PMSI a été mis en oeuvre par le CHT,

l'absence de cadre légal rend difficile la formalisation des échanges des résultats entre les différents partenaires du système de santé.

Le Département d'Information Médicale (D.I.M) a été créé par redéploiements dans un souci d'amélioration de la gestion de l'établissement hors de toute contrainte réglementaire.

Pourtant le suivi de l'activité du CHT au travers du PMSI est d'un double intérêt : épidémiologique et financier (allocation budgétaire inter-services).

Présentation du PMSI

Le PMSI revient à coder chaque acte réalisé au sein du CHT, c'est-à-dire à comptabiliser un certain nombre de points prédéfinis pour chacun de ces actes, et à rapporter le total de ces points au budget de fonctionnement de l'hôpital.

Chaque malade donne lieu à l'établissement d'un RSA (résumé standard anonyme) où sont codifiés le diagnostic et les actes effectués. Tous les RSA sont fournis en fin d'année au DIM (département de l'information médicale) qui calcule un RUM (résumé d'unité médicalisée). Chaque RUM donne lieu à l'attribution d'un certain nombre de points ISA. Le budget est divisé par le nombre de points ISA et permet de donner la valeur du point ISA.

Le point ISA correspond donc à l'unité de codage. La valeur du point ISA mesure le coût, pour l'établissement de santé, de réalisation d'un acte correspondant à un point ISA. Une comparaison peut être effectuée entre deux établissements selon la valeur respective de leur point ISA où au sein d'un même établissement l'évolution du point ISA dans le temps peut être analysée.

Résultats positifs des études sur la qualité des premières données PMSI

Un directeur d'hôpital métropolitain et un chef de service ont procédé en juillet 1999 à une étude qui visait notamment à :

vérifier la bonne qualité du codage au sein des RSA (ensemble des actes codifiés pour un patient) ; un sondage effectué sur 100 RSA a permis de conclure que le codage est dans les marges d'acceptabilité métropolitaine ;

identifier le surcoût des charges de gestion pour le CHT dû au contexte géographique et réglementaire local. On a ainsi constaté des économies (absence de TVA, moindre coût des charges sociales et impôts ...), et des surcoûts (rémunérations, coûts de fret, coûts de stockage, voyages, prix de l'énergie). Cette démarche rigoureuse permet d'effectuer une comparaison avec la métropole.

Au niveau global, les surcoûts et les économies se présentent comme suit :

	Surcoût par rapport à la métropole (en %)	Surcoût par rapport à la métropole (en F CFP)
Personnel non médical	+ 25,79	
Personnel médical	+ 52,06	
Total rémunération (économie, charges sociales et impôts déduits)		1 650 727 576
Dépenses médicales (fret, stockage – économie TVA)		58 097 646
Dépenses hôtelières et générales (énergie, voyages ...)		154 000 000
Surcoût global		1 862 825 222

Au niveau global

Ces surcoûts, qui représentent 20 % de la facture hospitalière, ont été déduits du total du budget pour prendre en compte les spécificités de la Nouvelle-Calédonie. Sur ces bases a été calculée une valeur corrigée du point ISA, qui s'établit alors à un niveau inférieur à celui de la moyenne métropolitaine ou à la moyenne des établissements de la région PACA. Toute chose étant égale par ailleurs, les résultats de l'étude semblent attester d'un bon rendement des budgets du CHT en terme de soins dispensés.

Il se pose bien évidemment un problème de cohérence avec l'étude sur les "inadéquations" du contrôle médical. Un croisement des deux approches, avec par exemple un examen de la codification des RSS des malades pour lequel une inadéquation a été enregistrée, permettra d'affiner le regard porté sur la codification.

Au niveau des activités

Deux activités peuvent être identifiées comme étant particulièrement coûteuses :

la restauration avec un écart par rapport à la base de référence métropolitaine de 69,03 %,

l'activité blanchisserie avec un écart de 58.93 %.

Des spécificités locales expliquent partiellement ces surcoûts : choix de produits frais plutôt que surgelés, moindre utilisation de linge à usage unique.

La chambre prend bonne note que ces activités constitueront des pistes de réflexion pour accroître la meilleure utilisation des budgets.

Un rôle à occuper pour la DASS

La loi hospitalière régissant le PMSI, le DIM et la comptabilité analytique, n'est pas applicable sur

le Territoire.

Aussi, l'organisme de tutelle (la DASS), n'a pas à comparer ces données par rapport à la base nationale. La DASS n'est d'ailleurs pas équipée pour cela. En 1999, cette opération a été soustraite par le CHT à la DRASS de Montpellier. Une réflexion pour rendre applicable officiellement le PMSI sur le Territoire, permettrait le nécessaire dialogue entre le CHT et la tutelle.

La DASS devra alors se doter de compétences en local pour pouvoir comparer directement les données locales avec des références métropolitaines indexées afin de pouvoir porter un jugement sur le coût de séjour des différentes pathologies au CHT. Le logiciel MAOS utilisé en métropole permet un traitement aisé des données du PMSI.

En Nouvelle Calédonie, la nécessaire pondération pour prendre en compte les surcoûts (indexation, gestion des stocks ...) existe déjà depuis la mission récente PMSI précitée.

L'argument selon lequel les points ISA ne peuvent être comparables entre la métropole et un pays où il n'y a pas de blocs sanitaires dans toutes les écoles, n'exclut pas l'intérêt d'un tel outil, qui permet au moins le suivi dans le temps des données calédoniennes.

De plus, le PMSI ne doit pas être réduit à un outil d'allocation budgétaire entre établissements. S'il l'était, son intérêt en Nouvelle-Calédonie serait pour le moins limité. Le PMSI peut être utilisé :

en interne, pour améliorer le suivi de la formation des coûts et de l'activité de l'hôpital ;

à des fins épidémiologiques par l'exploitation de la base de donnée associée.

L'utilisation des données PMSI en interne implique la réalisation d'études ponctuelles sur certaines de ses données : par exemple, étude de durée de séjour pour des groupes de malades codé " suspicion de pathologie " regroupant des malades hospitalisés pour examen.

Enfin, la pleine efficacité du dispositif PMSI impliquerait un renforcement des moyens du département d'informatique médical en charge de son suivi ou la mise en œuvre de la saisie décentralisée des résumés d'unité médicalisée.

Les rapports annuels du P.M.S.I sont transmis à la D.A.S.S., organisme de tutelle de l'établissement, à charge pour elle d'en assurer la diffusion à sa convenance. Par ailleurs, ces documents peuvent être consultés au D.I.M par le service du contrôle médical C.A.F.A.T. ce qui ne s'est pas opéré. La mise en place officielle de ces outils de pilotage permettrait une meilleure prise en compte des résultats par tous les acteurs.

1.5 La nécessaire maîtrise des dépenses de santé

Le dispositif de maîtrise des dépenses de santé mis en place par le Territoire, s'agissant du CHT, soulève deux interrogations :

7 ans après la délibération 429 l'instituant, il n'y a toujours pas de carte sanitaire du schéma d'organisation sanitaire territorial approuvé par le Congrès (1). Ce document de planification sanitaire est le cadre dans lequel peut s'exercer le développement des projets du CHT.

Il y a bien eu un plan de maîtrise des dépenses de santé pour les praticiens privés (2), mais aucun dispositif n'a été défini pour le secteur public, et donc pour le CHT.

La mise en œuvre d'un plan de maîtrise des dépenses de santé peut bien évidemment être définie par délibération, mais également ressortir d'un engagement du CHT vis à vis des payeurs institutionnels. La CAFAT a présenté devant la commission inter-organismes un projet concernant " la bonne pratique médicale hospitalière ". Les grands axes de ce projet ont été présentés à la commission médicale d'établissement sans suite notable. Pourtant ce projet a été présenté par la CAFAT comme la contrepartie de la mise en place d'une véritable dotation globale de fonctionnement (DGF) incluant les soins externes.

On le voit, l'enjeu n'est pas uniquement la maîtrise nécessaire des dépenses de santé ; il apparaît, en effet, difficile pour la Nouvelle-Calédonie de continuer à financer, dans le moyen terme, une augmentation de 5 % l'an des dépenses.

Si la mise en place d'un plan de maîtrise des dépenses est le corollaire d'une dotation générale de fonctionnement (DGF) vraiment globale, incluant l'ensemble des dépenses, l'effet positif tant sur la trésorerie que sur l'accumulation des créances douteuses, sera un gage de gestion financière plus aisée. Si la mise en place de cette DGF incluant les soins externes est un des éléments de la maîtrise des dépenses de santé, elle ne saurait se substituer à d'autres mesures qui ont d'ailleurs été rendues applicables pour les établissements de courts séjours métropolitains.

La simple transposition de notions relevant du secteur privé telles que " médecin traitant " (opposée à la notion " d'équipe médicale hospitalière ") ou " référence médicale opposable " (à l'inverse de " références médicales applicables à l'hôpital " définies par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (A.N.A.E.S) et utilisées à l'hôpital public pour améliorer la qualité des soins) sans tenir compte du contexte juridique et réglementaire de la pratique médicale hospitalière n'a pas été jugé pertinente en métropole.

La maîtrise des dépenses d'hospitalisation peut être également encadrée au niveau de l'établissement au travers de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Cette approche a été formalisée en métropole par des circulaires applicables aux hôpitaux publics.

Si le contrôle souhaité par la CAFAT sur l'activité de chaque médecin ne correspond pas complètement à la logique hospitalière, en tout état de cause, la mise en œuvre d'un accord "

gagnant-gagnant " tel qu'il avait été envisagé permettrait de voir les objectifs de chaque acteur réalisés : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens inscrits dans les schémas d'organisation sanitaire en cours d'examen au Comité Territorial de l'Organisation Sanitaire (C.T.O.S)et une réelle dotation globale de fonctionnement et non plus une dotation partielle pour le CHT. Ceci reviendrait simplement à voir s'opérer en Nouvelle-Calédonie les rationalisations entreprises en matière d'hospitalisation en métropole.

1.6 Financement d'associations

L'examen des associations "satellites" composées de médecins du CHT a révélé que l'association sur l'imagerie médicale "A prime" a reçu de la part des fournisseurs du CHT des chèques pour financer la participation à des congrès professionnels ; 3 participations de fournisseurs apparaissent sur les comptes 93 à 96 pour un montant total de 233.518 F CFP.

Les problèmes déontologiques qu'entraînent de telles pratiques sont à souligner. Il peut sembler souhaitable pour de telles associations d'éviter de recevoir des dons des fournisseurs du CHT.

2. STRUCTURES ET OUTILS DE PILOTAGE DU CHT

2.1 Une bonne gestion budgétaire et Une comptabilité d'engagement rigoureuse

La gestion budgétaire de l'établissement est rigoureuse. Il existe des états mensuels de pilotage budgétaire ; pour l'exploitation et pour l'investissement. Ils sont constitués et tenus régulièrement.

L'engagement comptable avant liquidation et mandatement n'a pas donné lieu à observations :

le directeur vise toutes les dépenses d'investissement ;

le chef de service vise toutes les commandes.

Les bons de commandes sont saisis et le système informatique permet de suivre de façon satisfaisante les engagements cumulés. Des situations mensuelles sont remises au directeur.

2.2 Une fiabilité de la comptabilité analytique à renforcer

Les données de la comptabilité analytique sont élaborées conformément au guide méthodologique diffusé par le Ministère de l'emploi et de la solidarité.

Il convient de souligner toutefois trois incertitudes sur les données de la comptabilité analytique par service ou par activité :

il n'a jamais été opéré de contrôle sur la validité des affectations de dépenses par unité

fonctionnelle,

certaines données ne sont pas bien appréhendées : travaux de laboratoires sous-traités à l'extérieur,

il demeure une incertitude sur les affectations multiples du personnel non médical non gérées par informatique.

Le renforcement de la fiabilité des données détaillées de la comptabilité analytique peut accompagner une plus grande utilisation stratégique de celles-ci non encore mises en oeuvre.

La Chambre prend bonne note de la volonté de la direction de mettre en place un contrôle qualité plus performant dès que les nouveaux logiciels seront opérationnels.

2.3 Des carences dans le pilotage stratégique de l'établissement

Le pilotage de l'établissement recouvre notamment l'organigramme, les engagements de la direction auprès du conseil d'administration, et le recueil des données stratégiques pour guider le pilotage.

Poste de l'organigramme non pourvu

Sur la période considérée, l'équipe de direction du C.H.T a été perturbée par un turn-over important et la direction a connu 4 titulaires. Seule la constitution d'une équipe stable et soudée autour de son directeur permettrait d'atteindre un mode de gestion stratégique performant alors qu'un certain nombre de postes de direction (nommés par l'exécutif du Territoire sur proposition du Conseil d'Administration) ne sont pas pourvus depuis plusieurs années.

Le CHT n'a pas de chef de bureau de la comptabilité en titre depuis 2 ans. Le cumul du poste de directeur des services financiers et directeur adjoint correspond déjà à une charge lourde, depuis six mois s'est ajoutée pour son titulaire la responsabilité de directeur par intérim du CHT.

La directrice des soins infirmiers a été, par décision interne, privée de l'ensemble de ses responsabilités (participation aux réunions, gardes, animation et coordination des surveillantes) sans qu'ait été évoquée pour autant une procédure disciplinaire, ce cadre de direction, sans pouvoir depuis le 30 novembre 1998, reste donc titulaire de son poste, alors que l'essentiel de son travail est assuré par une tierce personne affectée et rémunérée à cet effet. Il a fallu près de deux ans pour engager une procédure disciplinaire.

Une structure telle que le CHT nécessite un découpage précis et transparent des responsabilités. Les postes non pourvus de l'organigramme, ainsi que l'absence de comptes rendus de réunions de direction ou de contrats d'objectif pour chaque directeur, attestent de la nécessité de

progresser dans ce partage des responsabilités.

Communication perfectible entre les directions

Certains rapports d'intérêt commun (PMSI, Comptabilité analytique) ne sont pas transmis aux directions concernées.

Des inscriptions budgétaires sans mise en ouvre effective

La mise en place d'un service administratif d'accueil des urgences nécessitant la création de postes, validé par le conseil, mais n'a été réalisée que deux ans plus tard, faute d'une étude approfondie préalable

L'ouverture effective du service administratif d'accueil des urgences n'a pu se faire qu'à la mise en service du bâtiment " P " (janvier 2000) intervenue avec près de 2 ans de retard. Les anciens locaux ne permettaient pas, après étude approfondie, de mettre en place une organisation fonctionnelle avec les 2 seuls postes créés. En définitive, il a fallu créer 4 postes de plus au budget 2000 pour assurer cette nouvelle fonction 24 h/24, 7 jours/7.

Le dispositif aurait pu être suscité une étude approfondis avant vote des crédits par le Conseil d'administration.

Manque d'un traitement stratégique des informations hospitalières

Les tableaux de bord trimestriels concernent l'activité plus les dépenses, la cellule de gestion devrait être plus réactive vis à vis des services opérationnels : il faudrait une véritable synthèse entre l'activité hospitalière et les dépenses de fonctionnement. Il serait préférable que la cellule de gestion effectue plus de missions ad hoc de pilotage via l'analyse de l'activité par service (ex : prix de journée réelle du plateau technique, on n'a pas l'imputation des services communs). Un axe de perfectionnement réside donc dans un contrôle de gestion plus opérationnel moins destiné à rendre compte de l'activité au conseil d'administration.

3. ANALYSE FINANCIERE

Bien que la convention le prévoit, le C.H.T n'a jamais été destinataire de l'analyse financière du Trésor Public. Les légères différences qui ont pu être constatées par la Chambre proviennent certainement de ce que le Payeur doit faire une analyse purement comptable alors que l'ordonnateur fait une analyse financière, après retraitement du bilan comptable.

Il n'y a pas d'homogénéité dans les méthodes de calcul pour l'analyse financière entre l'ordonnateur et le trésorier. Des grandeurs essentielles comme l'autofinancement, le fonds de roulement net global, le taux de rotation des créances ou des stocks est différent dans chacune

des analyses. Il n'apparaît pas qu'une discussion ou qu'un débat en conseil d'administration ait été engagé pour confronter les deux approches. En fait, l'analyse du Trésor n'est pas utilisée.

La trésorerie est bien évidemment la même dans les deux analyses financières. Les définitions du fonds de roulement et du besoin de fonds de roulement, en revanche, diffèrent. Dans un cas l'analyse part de l'actif brut, dans l'autre cas de l'actif net.

dans la comptabilisation des dettes financières, des écarts sont également à constater ;

les immobilisations nettes du compte de gestion ne correspondent pas les premières années avec celle du compte administratif ;

les stocks sont estimés par la direction comme correspondant à hauteur de 80 % à une composante de l'actif immobilisé.

Après les correctifs ci-dessus, les trois analyses financières étudiées convergent dans leur conclusion.

Le compte de résultat : fonctionnement et investissement

3 exercices sont déficitaires 1990, 1992 et 1996. L'autofinancement n'a été négatif que pour 1990 et 1992 et a impliqué l'intervention financière du territoire. La section d'exploitation résorbe lentement les déficits cumulés antérieurs.

Le déficit de fonctionnement de l'exercice 1996 (64.884.429 francs) a été absorbé par prélèvement de la totalité de la réserve de compensation (55.798.640 francs). Le report à nouveau déficitaire (11.786.486 francs) a été absorbé par le budget 1998, conformément à l'Instruction M21. Depuis 1997, les résultats ont toujours été excédentaires.

Les excédents de la section d'investissement sont très importants surtout en regard du retard en investissement de l'établissement : mise aux normes, sécurité... Il est à souligner le caractère théorique de ces excédents dont la contrepartie correspond à des créances non recouvrés.

Autofinancement

L'autofinancement du C.H.T n'a jamais permis d'assurer " le renouvellement de l'équipement hospitalier en temps voulu " (cf. Instruction M21) à cause d'une sous évaluation initiale très importante du patrimoine foncier et d'une politique d'endettement volontairement limitée aux opérations de travaux. Ainsi, à fin 1998, l'état des matériels amortis à renouveler se montait à 1.427.394.656 francs pour une dotation aux amortissements de 417.090.916 francs, largement insuffisante pour maintenir l'établissement à niveau.

Les créances

On observe à la fois un niveau important de créances (près de 40 % du budget annuel, 4.338 MF CFP pour 1998) et des oscillations importantes de ces comptes sur la période considérée. Un effort doit être entrepris à la fois pour réduire ce montant et les lisser dans le temps.

Il est à noter depuis 1995 une augmentation de la durée du crédit clients de 20 %. Le taux d'encaissement des créances de l'exercice est stable environ 80 %. Par contre, la proportion de créances des exercices antérieurs non apurés par rapport aux produits hospitaliers tend à augmenter : de 1995 à 1998, l'augmentation de ce taux de créances anciennes est de près de 50%. L'amélioration du recouvrement sur les créances récentes est donc à nuancer de la dégradation sur les créances anciennes.

La trésorerie

L'établissement a connu des difficultés de trésorerie importantes au début des années 1990. Une avance de trésorerie de 500 millions de FCFP lui a été consentie en 1990. En 1991, une délibération du 3 septembre prévoit en son article 11 une nouvelle avance à court terme de 300 millions de francs, remboursable au 31 décembre 1991, ainsi que la transformation de l'avance de 1990 en subvention.

La situation de trésorerie est établie au jour le jour. Il est à signaler que l'analyse financière du CHT ne reflète pas complètement la réalité comptable de l'établissement. C'est le cas de la trésorerie puisqu'un nombre important de mandats sont retenus par la direction des services financiers pour garder une marge de manœuvre en matière de trésorerie. Ainsi fin 1999, 828 millions de mandats fournisseurs sont en attente de mise en règlement par la paierie du CHT.

Les difficultés de trésorerie des années 1998 et 1999 sont en grande partie dues aux restes à recouvrer auprès des institutionnels (CAFAT, Provinces, Service de santé de Wallis). Cependant, une amélioration très nette de la trésorerie s'est opérée depuis quelque mois du fait du règlement de retard de paiement, notamment avec la CAFAT.

Le calcul des coefficients de trésorerie et de fonds de roulement et leur comparaison avec les références métropolitaines attestent d'un niveau insuffisant de la trésorerie et particulièrement élevé du besoin de fonds de roulement dû à l'importance des créances à court terme.

Provisions

L'effort de provisionnement est notable depuis 1994. Il doit être poursuivi, les créances irrécouvrables atteignent un montant en première estimation supérieur à celui porté au compte 491 en 1998.

Dettes financières

La diminution du ratio d'endettement sur la période (de 34 % à 18%) accroît la capacité de souscrire à de nouveaux emprunts.

La charge de la dette sur la période reste très raisonnable. Les années 1991 et 1992 sont atypiques et leur ratio résulte de prêt et d'avances de trésorerie du Territoire.

4. RELATIONS COMPTABLE-ORDONNATEUR

Les comptes du centre hospitalier territorial de Gaston Bourret sont tenus par le Trésorier des centres hospitaliers de Nouméa, qui exerce également la fonction de comptable principal du centre hospitalier spécialisé Albert Bousquet.

4.1 Le dépôt des comptes

Le décret n° 85-372 du 27 mars 1985, dans son article 1er, prévoit que le visa du comptable supérieur doit être antérieur à la délibération du conseil d'administration. Cela n'a pas été le cas au cours des exercices 1994 et 1995. L'objectif en est un premier niveau de vérification avant délibération.

En outre, des écarts constatés sur les montants bruts et les amortissements comptabilisés à l'état de l'actif et au bilan 1995, correspondent à la double comptabilisation d'une somme de 188.500 F CFP lors du transport du compte 2313 au compte 23351, la rectification ayant été effectuée ultérieurement à l'établissement de l'état de l'actif et à la non prise en compte dans l'état de l'actif des comptes 23 et 275.

L'écart sur le montant des amortissements provient d'erreurs commises lors du changement du système de gestion informatisé, 639.919 F CFP ont été omis.

La chambre recommande que l'état de l'actif établi conjointement avec l'ordonnateur soit mis en conformité avec le compte de gestion dès son établissement.

4.2 Les régies

4.2.1 Des contrôles des régies insuffisants

Les régies sont installées dans les locaux du Service des Admissions du Centre hospitalier, en centre ville. Conformément à la réglementation, l'acte constitutif de la régie de recettes résulte de la décision du directeur du C.H.T. n° 4507/ 94/ 190/ CHT/ SF du 14 avril 1994. Cette décision a été visée par le comptable public de l'établissement.

L'article 14, alinéa 1er du décret du 28 mai 1964 modifié, ainsi que le paragraphe 126.3. de l'instruction comptable M21 stipulent que les régisseurs d'avances et de recettes sont soumis aux contrôles du comptable public assignataire et de l'ordonnateur auprès duquel ils sont placés. En application de ces principes, il est constaté que les contrôles de l'ordonnateur et du comptable public ne se sont pas exercés pleinement. Aucune vérification de l'ordonnateur n'a été relevée.

La Chambre ne peut qu'approuver le contrôle formel sur la régie de recettes que la direction compte mettre en place avant la fin de l'année.

4.2.2 Les axes de réflexion conduits par la Direction de l'hôpital pour assurer une gestion plus active de la trésorerie par l'intervention du régisseur des recettes.

On s'efforce que les intéressés puissent payer à la sortie. De plus, il est procédé à cet envoi relativement rapide d'une demande de paiement amiable avant le titre de recettes.

Les bureaux des entrées procèdent, depuis 1998, au traitement des régies prolongées, envoi d'un rappel de paiement avant l'émission d'un titre de recettes par le comptable. Si suite à cette procédure les factures sont non acquittées, les créances font l'objet d'une émission de titres par le comptable. Le suivi de ces encaissements est assuré par les services du comptable hospitalier.

Le taux des encaissements de régies aux caisses des bureaux des entrées a été évalué entre 9% et 10% pour un montant moyen mensuel de 1.513.956 F CFP pour l'année 1999. Pour ramener ce taux à un niveau le plus haut possible, il a été prévu de mettre en place un service d'accueil administratif 24h/24 aux nouvelles urgences pour pouvoir " constituer des dossiers complets, des encaissements à toutes heures et de renseigner " les redevables. L'augmentation du taux des encaissements de régies participera ainsi à la diminution des émissions de titres de recettes par l'ordonnateur.

Le taux de paiement, suite à l'envoi du rappel de paiement, paraît peu élevé eu égard aux moyens investis. Le bilan coût / avantage de cette procédure ne sera véritablement positif qu'avec une augmentation significative du taux des encaissements. Cet effort doit être poursuivi. Il ne donnera toutefois un retour sur investissement que si le taux de retour des demandes de paiement amiable dépasse sensiblement le taux actuel de 9 à 10 %.

4.3 L'amélioration des relations comptable- ordonnateur n'a pas été à la hauteur des objectifs formalisés dans la convention

4.3.1 La convention de partenariat hospitalier

En 1997, une convention a été signée entre l'ordonnateur et le comptable. L'objectif est de dynamiser les relations entre le Centre Hospitalier Territorial de Nouméa et la Trésorerie des Centres Hospitaliers Territoriaux. Deux ans et demi après la signature de la convention, force est

de constater que la réalisation des objectifs est très partielle :

La réunion trimestrielle d'information a été en fait semestrielle. Celle semestrielle de concertation prévue a plutôt été effectuée sur un rythme annuel.

Il n'a pas été mis en place de cahier de transmission des informations échangées, pour signaler les incidents.

On ne constate pas non plus de mise en oeuvre du tableau de bord de suivi de l'émission des titres de recettes (50 à 60 000 chaque année) et de mandats.

Il n'est pas effectué de rapprochements mensuels du compte administratif et du compte de gestion.

Les interfaces d'échanges de données dématérialisées entre les logiciels ne s'effectuent qu'à sens unique de l'ordonnateur vers le comptable.

La dématérialisation des titres de recettes n'a pas été engagée

Cette convention, signée le 26 mars 1997, n'a pas, à ce jour, donné lieu à amélioration en matière de recouvrement. La seule modification notable est la première émission de rappel de paiement amiable appelée "régie prolongée" par le bureau des entrées.

La Chambre recommande une mise en oeuvre effective de l'ensemble de la convention de partenariat avec un compte rendu au conseil d'administration.

5. LES RECETTES DE FINANCEMENT DE L'HOPITAL PUBLIC

La délibération N° 425 modifiée du 12 août 1993 relative au financement des établissements publics territoriaux d'hospitalisation a institué la Dotation Globale de Fonctionnement (DGF) révisée chaque année par un taux directeur. Le taux directeur fixé chaque année par le Congrès encadre l'augmentation des dépenses hospitalières prévues au budget.

L'attention de la Chambre a été attirée par :

les spécificités locales qui compliquent le fonctionnement comptable du CHT

la nécessité de réduire les " restes à réaliser " sur les recettes.

5.1 Une rationalisation possible du mode de calcul actuel de la Dotation Globale de Fonctionnement (DGF)

La DGF est définie comme la différence entre les recettes totales nécessaires et ce qui n'est pas financé par " autre chose ". Elle représente environ 70 % des recettes du CHT.

Le mode actuel de calcul de la DGF n'est pas exempt de critiques. Le calcul est établi par une commission inter-organismes (CIO) qui se réunit après le vote du compte administratif de l'année N et réparti sur la clé N -2

Les excédents viennent abonder la DGF mais pas les déficits. La somme des recettes prise en compte pour le calcul de la DGF est fautive car des titres viennent en annulation (une partie de la facturation " intéressée " se retrouve en prise en charge et engendre donc un manque à gagner pour l'hôpital).

Mais c'est probablement le caractère partiel de la DGF qui est la source principale des difficultés en raison de la complexité induite au niveau de la gestion financière.

Un élargissement des soins concernés par la DGF a déjà suscité des réflexions. Une réunion présidée par la DTASS le 29 août 1997 enregistre un accord de tous les partenaires à l'élargissement de la DGF. Le dernier obstacle déclaré, lors de cette réunion, est la mise en œuvre d'un plan de maîtrise des dépenses médicales.

La CAFAT était prête à se lancer dans une étude de faisabilité à condition que les médecins du CHT se conforment aux objectifs du plan de maîtrise des dépenses de santé (délibération 490 et suivants). Il s'avère que les fiches techniques envoyées par la CAFAT à la CME sur la maîtrise des dépenses de santé sont restées sans suite.

Les questions qui se posent, en cas de relance de la réflexion :

l'intégration ou non du SMUR dans le calcul de l'actuelle DGF. L'intégration est souhaitée par le conseil d'administration du CHT, mais la DGF a été calculée, selon la CAFAT, sur la base d'un prix de journée qui intégrait le SMUR, facturé jusqu'en 1992. Même s'il a été sorti de la DGF en 1995, sans incidence sur son montant, la CAFAT considère qu'il y a eu à l'époque une revalorisation du prix de journée pour compenser la non prise en compte du SMUR dans la DGF.

l'accord du CHT pour intégrer dans l'extension les médicaments coûteux et le service de transfusion sanguine. L'intégration des médicaments coûteux peut être discutable puisqu'il s'agit d'une dépense non encadrée par le taux directeur dans la mesure où le C.H.T joue le rôle de distributeur pour toutes les prescriptions de ville (médicaments réservés aux hôpitaux) au même titre que le Service de Transfusion Sanguine (S.T.S) fournit l'ensemble de la Nouvelle Calédonie et même Wallis et Futuna.

La Chambre recommande de ne pas rester au statu quo actuel et de relancer la réflexion afin de faire bénéficier le CHT d'un cadre de gestion financière alliant simplicité et sécurité.

5.2 Un taux directeur qui force le CHT à réaliser des gains de productivité

Chaque année, les recettes augmentent après fixation du taux directeur d'augmentation arrêté par le Congrès. Le conseil d'administration propose un taux à la DTASS après discussion au sein de la commission des finances.

L'administration du CHT note la disjonction entre l'activité et le taux directeur. Certes la comparaison de l'augmentation de la consommation électrique entre 7 et 9 % et un taux directeur à 2,11 % pour la reconduction des moyens atteste d'un décalage sur certains postes. Celui-ci n'existe pas en global.

Les taux directeurs en cumulé entre 1994 et 1999 ont induit une augmentation de la DGF de 24,55 % (17,79 % hors mesures nouvelles) soit moins que l'inflation corrélée à l'évolution du taux d'activité :

Le rapport des soins prodigués sur leurs coûts impose au CHT de réaliser des gains de productivité

Le coût de l'hospitalisation augmente apparemment proportionnellement plus que l'activité. L'augmentation des coûts ne coïncide pas avec une augmentation des journées : en effet, de 1994 à 1999, la tendance est une augmentation du nombre de journées puisqu'il passe de 131 611 journées à 142 633 journées (+ 8,4%). Les coûts globaux de l'hospitalisation eux augmentent de 24,9% % (mandats émis pour l'exercice considéré au sein de la section d'exploitation).

On assiste donc à une augmentation de 15,2 % du coût moyen de la journée. A cette augmentation, il convient de déduire 7,7 % d'inflation, l'augmentation du coût moyen de la journée s'établit donc à 7,1 %.

Pour autant, on ne peut en conclure que l'hôpital voit son rapport soins rendus / coût supporté par la collectivité, augmenter. En effet, la diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) permet de traiter plus de patients pour un même nombre de journées par an (les entrées augmentent de 27,3 % de 1994 à 1999).

Si l'on se base sur les entrées totales, le gain de productivité sur la période après prise en compte de l'inflation est de 10,1 %, soit 2 % par an ;

Si un effort du CHT de maîtrise des coûts peut, en première analyse, être reconnu, les postes de dépenses ayant une augmentation sensiblement supérieure au taux directeur nécessiterait une analyse de contrôle de gestion ad hoc afin d'identifier et de contenir ces surcroûts de dépenses.

5.3 Procédures de recouvrement

Des problèmes structurels ou récurrents affectent l'encaissement des recettes du CHT, composées de la DGF et des produits hospitaliers.

La DGF représente environ 7 milliards par an sur un total de recettes de 10,5 milliards de F CFP (répartis CAFAT, PN, PS, PIL). Son paiement intervient en deux fois : 60 % début de mois, 40 % fin de mois. Les produits hospitaliers facturés pour des soins représentent 2,3 milliards environ en 1999.

Le niveau d'impayés des créances " intéressés " (produits hospitaliers facturés aux patients) s'établit à un niveau très élevé. En outre les institutionnels débiteurs du CHT externalisent de façon systématique leur problème de trésorerie en reportant le paiement de leur fraction de DGF.

Cette situation dégradée du niveau de créances n'a pas été améliorée malgré un effort dans les diligences effectuées depuis 1996 par le comptable, notamment en matière de saisies et de commandements.

5.3.1 Augmentation importante des restes à recouvrer : un plan d'action nécessaire

La comptabilité du CHT est caractérisée par un montant très important des restes à recouvrer.

Cette situation n'est pas nouvelle, en 1996 il avait déjà été élaboré un plan de réduction des créances clients. Celles-ci avaient été considérées comme dépassant la norme acceptable. Cette norme peut être estimée à 100 jours de produits d'exploitation des groupes 1 et 2 :

L'encours des créances clients au 31/12/95 étant de 3,9 milliards de francs, l'objectif fixé par la direction pour 1997 était 2,3 milliards.

Cet objectif est issu du plan de réduction des créances clients. Ce plan constituait une condition suspensive à la mobilisation des fonds pour 2 emprunts d'un montant de 1 milliard auprès de l'AFD afin de financer les bâtiments P et U. Force est de constater que ce plan est resté lettre morte.

Le niveau atteint 3 ans plus tard par l'ensemble des créances clients s'élève au double de l'objectif 97. Si l'on fait abstraction des rétentions sur la dotation globale, les créances 1998 égalent 160 % de l'objectif 1997.

L'action du comptable sur les restes à recouvrer est réelle sur l'exercice précédent (N-1) mais les résultats sont très faibles sur les exercices antérieurs à celui-ci ainsi qu'en témoigne la comparaison des balances au 31/12/98 et au 30/08/99.

De plus si l'on compare l'évolution dans le temps des restes à recouvrer (décembre 1998 et août

1999) :

on enregistre bien une amélioration de 53 MFCFP sur les titres de l'année N,

mais une dégradation de près de 500 millions sur les créances DGF, de plus de 100 millions sur le recouvrement des titres N-1 et de près de 500 millions sur les créances N-2 et plus.

Ce montant élevé de restes à recouvrer a quatre causes détaillées ci-après :

5.3.1.1. La rémanence d'un nombre important de litiges avec les payeurs

Un nombre important de créances correspondent à des contentieux avec les payeurs institutionnels (près de 2 milliards de retard avec la CAFAT et les provinces).

Pour une partie des créances, il est à signaler que malgré de nombreuses relances du comptable, l'existence de litiges n'a que peu permis de progresser. Comme en métropole, le comptable ne met pas en oeuvre de poursuites à l'encontre des collectivités territoriales ou d'organismes de protection sociale.

Ces litiges entre le CHT et les institutionnels sont nombreux et divers, à titre d'exemple :

proposition sans suite pour des créances de la province Nord de 1993 et 1994 d'un montant de 118 millions, de réaliser une compensation avec des titres de recettes datant de 1989 qu'elle estimait avoir payés à tort, non règlement de plus de 200 millions par la province Nord au CHT pour défaut de demande d'autorisation d'hospitalisation au-delà du 12ème jour ;

pour la CAFAT, nous avons (3) :

de vieilles créances avant 91-92, sans aucune trace comptable ;

58 MF CFP, litiges à caractère médical (tarification des prothèses) ;

39 MF CFP, litiges à caractère administratif (non production des pièces justificatives pour les soins externes de 1994 à 1996) ;

56 MF CFP, litiges " jour de sortie " facturé pourtant tranché en 1992 par la tutelle au bénéfice de la CAFAT (lettre DTASS n°902 du 14.12.1990) par la tutelle;

litige, facturation non conforme.

La Chambre recommande une clarification des comptes correspondants. Le CHT et les institutionnels doivent poste de créances par poste de créance, identifier dans ces créances

celles qui pourraient être réglées par les institutionnels mais qui n'ont pas été réclamées par le CHT.

Quant aux créances litigieuses, les litiges devraient être tranchés soit par l'autorité de tutelle ou par le tribunal administratif.

Pour certaines créances, cette clarification devra résoudre un problème lié à une imprécision dans les informations accompagnant les paiements Cafat. Celles-ci ne permettent pas toujours la bonne identification des créances concernées.

La Chambre prend bonne note que Le Conseil d'Administration sera saisi prochainement d'un rapport explicatif sur les principaux litiges existant avec les organismes de couverture sociale en vue de prendre les mesures adaptées à chaque situation (contentieux, négociation, annulation des titres etc...).

5.3.1.2. Rétention de la DGF par les payeurs

Certaines créances des provinces et de la CAFAT correspondent à une externalisation des difficultés de trésorerie des payeurs, par report du paiement de la DGF. Normalement le solde de DGF dû à la fin de chaque mois devrait être nul.

Le 23 décembre 1998, une décision unilatérale du conseil d'administration de la CAFAT a conduit à retenir 50 MF par mois sur la dotation mensuelle due au CHT. En 1999, la retenue est de 92 Millions de F CFP par mois. Fin août 1999, la rétention de la CAFAT s'élève ainsi à 736 millions de F CFP.

A compter de novembre 1999, l'amélioration de la trésorerie de la CAFAT lui permet de payer ses arriérés en deux versements. Mais dès janvier 2000, une nouvelle rétention est opérée pour 100 millions par mois pour un total mensuel moyen du par la CAFAT de 376 millions.

De même, la Province des îles opère en 2000 une rétention sur la DGF qu'elle doit verser, la dette cumulée est pour le premier trimestre 2000 seulement de 185 millions de F CFP.

5.3.1.3. Carence dans l'adressage en Nouvelle-Calédonie et problème de Justification du statut d'assuré social parfois difficile à établir

Le rythme d'émission des titres a été lissé dans le temps, facilitant la gestion de la trésorerie de l'établissement (en 94-95 le tiers des recettes se faisait en nov-déc). Toutefois, cet effort ne règle pas les problèmes d'adressage des titres.

Une des premières raisons des impayés " intéressés " est le caractère incomplet ou approximatif des noms et adresses de facturation ; beaucoup reviennent du fait de l'absence de boîte à lettres.

Il faut toutefois noter que la situation a beaucoup progressé, le retour est plus faible qu'il y a 2 ou 3 ans. Le suivi statistique des types de retour depuis le mois de novembre 1999 devrait permettre de poursuivre les efforts déjà réalisés. Sur les 6 premiers mois de l'année 2000, 217 titres de recettes ont été retournés. Les deux motifs essentiels de retour sont :

l'absence de boîtes aux lettres accessibles et identifiées (81 retours)

adresse incomplète ou insuffisante (171 retours)

Le règlement du premier point dépend de mesures à arrêter avec l'OPT concernant la distribution du courrier.

L'amélioration du second point passe par une meilleure identification des intéressés (Cf. ci-après connexion au fichier informatique de la CAFAT). La vérification actuelle des adresses par les services des payeurs, ne peut d'opérer de façon totalement efficace. Il serait préférable de lui substituer une vérification en amont par le CHT via l'accès au fichier CAFAT.

Un nombre important de créances sont consécutives à une négligence des redevables qui ne font pas la demande nécessaire de prise en charge auprès de leur organisme de couverture sociale ou qui ne présentent pas leur carte de prise en charge au bureau des entrées de l'hôpital dans les délais requis. Actuellement, la vérification du statut d'assuré social et de l'adresse de celui-ci, via une passerelle informatique, ne se fait que par l'intermédiaire d'agents de la Cafat. Deux agents sont mis à disposition du CHT, ils effectuent dans les locaux du CHT des tâches pour le compte de la CAFAT et répondent aux interrogations des bureaux des entrées pour toute demande d'identification d'assuré.

Cette procédure actuelle n'est pas optimum. En effet :

durant certaines périodes de l'année, ces agents sont absents et ne sont pas remplacés ;

ils ne peuvent répondre à des demandes d'identification le week-end ou la nuit ;

les services du CHT essaient de ne pas les solliciter systématiquement, ces agents étant engagés dans d'autres travaux.

Une passerelle informatique directe entre la CAFAT et le CHT supprimerait tous les inconvénients listés ci-dessus. Une telle liaison notamment pourrait éviter également des doubles saisies au niveau de la CAFAT. Un tel système devrait diminuer les discordances de chiffres entre la CAFAT et le CHT, ainsi qu'elles apparaissent dans les procès verbaux de la commission inter-organismes.

5.3.1.4. Le cumul d'impayés du service de santé de Wallis

Les créances avec les services de santé de Wallis pour les soins à Nouméa des évacués en provenance de Wallis sont restées fixées à un niveau élevé 662 millions de francs en juin 1999. Elles n'ont cessé de croître ces 5 dernières années : 184,8 MF CFP en juillet 1995, 276,8 MF CFP en février 1996. Plusieurs actions ont été faites pour obtenir le paiement, le débiteur étant in fine l'Etat. Le Secrétaire d'Etat à l'outre-mer, s'était engagé à verser les fonds, un virement a été fait à Wallis et partiellement reversé au CHT. Malgré cet apurement, la dette s'élève de nouveau à 495,7 MF, CFP en février 1998.

De ce fait, le CHT a décidé de la rétention d'un certain nombre de mandats (notamment de l'institut Pasteur) pour compenser le non paiement par Wallis de ses créances (610 millions). Ainsi, on observe de ce fait un report du compte fournisseur de 176.777.175 F CFP. Cette situation de non paiement et de rétention par rétention de mandat ne peut en toute rigueur se prolonger.

En avril 1998, une note du directeur de cabinet du secrétariat d'état à l'outre-mer à l'attention des représentants de l'Etat sur le territoire et à Wallis prévoit le remboursement pour l'année 2000 de la totalité de la dette du CHT.

Depuis novembre 1999, la volonté de l'Etat d'apurer sa dette vis à vis du CHT a permis l'apurement de 162.128.996 F CFP en 13 versements. Il est peu vraisemblable que le calendrier soit respecté. En effet, l'Etat a bien versé la somme prévue pour le service de santé de Wallis par la réunion ministérielle de 1998, mais celui-ci ayant différents créanciers, l'ensemble de cette somme ne peut être versé entièrement à l'un d'entre eux.

Il serait souhaitable que l'ordonnateur reprenne la négociation d'une convention d'avance de trésorerie annoncé lors de la réunion interministérielle du 6 mars 1998.

En résumé des problèmes de restes à recouvrer, il apparaît nécessaire de rebâtir un plan de réduction des créances incluant les différentes causes de leur accumulation, avec fixation d'une échéance de compte rendu de l'avancement de ce plan auprès du conseil d'administration.

En outre, fin 1998, les provisions pour créances irrécouvrables se sont élevées à 38 % de l'encours des créances intéressées (674 millions provisionnés sur 1743 millions d'encours). Les créances douteuses sont très sensiblement supérieures à ce chiffre (une estimation de la cellule d'analyse et de gestion les fixent pour 1998 à 1 312 MFCFP). L'effort de provisionnement en application du principe comptable de prudence est donc à poursuivre.

5.3.2. Admission en non-valeur : un surcroît de rigueur à adopter

Concernant les admissions en non-valeur, si les dates de procès-verbal de carence sont indiquées sur les états nominatifs, les dates des commandements ne sont pas indiquées sur les

états nominatifs après 1994. Cette situation est imputable en l'occurrence au passage du logiciel de suivi des restes SDB à DDPAC, celui ci ne permettant pas l'édition automatique des dates de commandement. Le traitement manuel de celle-ci pour compléter les listes des états nominatifs destinés aux ANV a été jugé trop consommatrice de temps.

La Chambre estime qu'il convient de différencier le traitement des créances anciennes et des créances récentes.

Pour les créances anciennes

Force est de constater qu'une souplesse importante existe dans la mise en oeuvre des ANV, la délibération n° 54 de 1993 du Conseil d'administration. .

Il a été prononcé des ANV (état 52/94) sur la base de l'article 5 de la délibération 54 alors que l'autorité de tutelle n'a pas approuvé cet article (cf. lettre du DTASS du 28 septembre 1994).

Pour les créances récentes

Une plus grande rigueur peut être préconisée. La délibération 54 ne précise pas si l'on doit additionner toutes les créances d'un débiteur avant d'apprécier si les seuils prévus sont atteints.

Il n'est pas effectué de totalisation de tous les titres dus par un même redevable. Le coût de gestion d'un commandement rapporté au montant cumulé permet d'aboutir à des décisions sensiblement différentes concernant l'opportunité d'un commandement ou d'une poursuite.

5.3.3. La mise en oeuvre des émissions des titres souffre de retards

Il est à noter un retard dans l'émission des titres.

I- Nombre de mois écoulés entre la date de sortie du malade de l'hôpital et la date d'émission du titre

	Inférieur à 1 mois	Supérieur à 1 mois	Inférieur à 2 mois	Supérieur à 2 mois	Total
Nombre de titres	23	47	46	9	125
Soit en %	18	38	37	7	100

Il est à souligner qu'à la date d'émission des titres la régie prolongée (non transmission immédiate des titres à émettre afin d'une relance par l'ordonnateur) n'est pas encore en place. Aussi, les délais de plus d'un mois pour prendre en charge près de 80% de ces créances importantes ou le délai de plus de deux mois pour 45 % d'entre elles semble spécialement long.

La Chambre approuve l'objectif de réduction à moins de 30 jours des délais d'émission des titres de recettes qui ont été fixés aux services financiers par la direction.

6. LES INVESTISSEMENTS DU CHT

6.1. Les investissements immobiliers

6.1.1. Les prises de décision en matière immobilière et le schéma directeur : retards, contretemps et défaut de concertation

6.1.1.1. Historique du projet de délocalisation de l'hôpital

Le projet de l'hôpital de Koutio décidé en 1974, est allé jusqu'à l'étape de l'avant projet sommaire. Ces études ont coûté 200 MF. Ce projet surdimensionné du fait des anticipations faites après le boom du nickel a été enterré en 1979.

La reprise de la clinique de Magenta, le 1er juillet 1983 pour en faire un pôle mère-enfant, et surtout la décision de construire le bâtiment P, sont des étapes difficilement réversibles dans la décision de ne pas délocaliser le CHT en construisant un nouvel hôpital neuf.

Le coût de construction d'un hôpital neuf en Nouvelle Calédonie est estimé à minima par la Direction des hôpitaux (cf. M. COLL) à 25 millions F cfp par lit soit pour le C.H.T, soit avec une capacité de 462 lits, un total de 11,5 milliards (valeur 1999).

La question de savoir si cette option était préférable à un schéma directeur de modernisation-reconstruction d'un coût de plus de 9,2 milliards sans le bâtiment P, maintenant la bilocation de l'hôpital sur 2 sites et reprenant le passif d'une construction datant de 1870, a été posé. Elle ne se pose plus aujourd'hui. La Chambre relève que l'ensemble des coûts des projets en cours n'est pas loin de ceux d'une construction unique neuve sans pouvoir bénéficier pour autant de la même cohérence. .

6.1.1.2. L'attribution de la clinique Magenta au CHT

6.1.1.2.1 La bilocation du CHT

La bilocation existe dans d'autres centres hospitaliers. Elle n'est bien évidemment neutre ni en ce qui concerne les coûts de fonctionnement (transport des malades pour les scanners, des repas, des médicaments) ni en ce qui concerne certains choix thérapeutiques (certaines pathologies ne permettent pas le transport).

Pendant la période contrôlée l'arrivée des résultats du laboratoire fut un problème : après de longs débats sur la mise en place d'un serveur de résultats, les fax depuis peu ont permis de rationaliser la transmission de ces résultats.

6.1.1.2.2 retard en terme d'investissement : le fonctionnement sous-optimal de la Clinique Magenta et de son aménagement en pôle mère-enfant

La "reprise" de la clinique de Magenta "en l'état" a entraîné de nombreux dysfonctionnements. Ceux-ci n'ont pas été réglés après la reprise de la gestion par le CHT de Magenta :

deux des salles de bloc opératoire ne sont pas utilisées ou peu utilisées ;

il n'y a pas sur le site de réanimation, les anesthésistes - réanimateurs sont de ce fait sous utilisés ;

il n'y a qu'un seul accès aux salles de réveil qu'elles soient septiques et aseptiques ;

certains opérés de Magenta doivent être transférés en post opératoire à Gaston Bourret ;

la disjonction du bloc obstétrique au bloc opératoire implique en cas de césarienne, de traverser la salle des urgences avec le patient sur un brancard ;

les lieux de Magenta eux-mêmes ne sont pas adaptés : quand il doit être effectué une dialyse des malades en néphrologie, il y a obligation d'y accéder par ambulance pour quelques dizaines de mètres ;

ces malades de néphrologie sont, en raison de la disposition des locaux, mélangés aux enfants de pédiatrie ;

la néo-natalogie se situe dans un local en sous-sol. Le manque de surface et l'état du local ne permettent pas au personnel de travailler dans des conditions satisfaisantes ;

la salle de rééducation en sous-sol également est peu éclairée, la piscine, quant à elle, n'est que très peu utilisée.

Certes, en décembre 1987, le groupement PICOU-ELAN est retenu pour élaborer un projet d'agrandissement. Le 24 novembre 1989, un schéma directeur pour Magenta est adopté. Mais des raisons financières entraînent une révision à la baisse du projet : après un premier appel d'offres en avril 1991, seules les constructions du bâtiment d'hémodialyse et de la zone technique ont été réalisées. Il est à noter que le CHT ne dispose d'aucun chiffrage de l'opération totale. Il n'a pu être non plus réalisé auprès du concepteur décédé.

6.1.1.3. Le Bâtiment P du centre hospitalier Gaston Bourret

6.1.1.3.1 La décision de construction du bâtiment P

Au début des années 1980, la délocalisation de l'hôpital ayant été repoussée, des travaux s'imposaient dans ces bâtiments, lesquels dataient de plus d'un siècle.

Le plan directeur arrêté alors comprenait 3 phases :

tranches 1 et 2 : réhabilitation des unités de soins

tranche 3 : plateau technique.

Entre les conclusions de l'IGAS, la première mission de la direction des hôpitaux approuvant le projet de la modernisation des blocs opératoires (3^e tranche) et l'ouverture du bâtiment P se sont écoulés 15 ans.

Le coût prévisionnel arrêté en 1988 a été de 1,8 milliard rien que pour l'immobilier. La réactualisation qui en a été faite en 1993 a porté ce montant à 2,2 milliards. Pour pouvoir rester dans l'enveloppe des 1,8 milliard, il a fallu procéder à la suppression des fonctions logistiques qui étaient prévues initialement dans le projet.

Les délais ont été rarement respectés. La responsabilité des retards n'est pas due qu'aux entrepreneurs. Ces retards apparaissent avant même la mise en œuvre du projet. Cela ne signifie pas non plus qu'il s'agisse de la seule responsabilité du CHT. Dès que les travaux sont importants, il faut solliciter la Direction de l'Équipement de la Province Sud qui est très demandée, cela pose problème dans le respect des délais.

En tout état de cause, ces retards ont un coût. Le coût d'objectif arrêté à 1,8 milliards en juin 1993, a dû être réactualisé lors de la passation du marché de travaux à 2,2 milliards. Les travaux ont duré 3 ans et 4 mois alors qu'ils étaient prévus pour 2 ans. Les retards ont été importants. Huit prolongations de délais ont été accordées.

Il est à signaler que huit prolongations pour travaux supplémentaires laissent à penser à une insuffisante définition et validation du projet en amont. D'ailleurs le directeur des services techniques avait souhaité par courrier du 26 octobre 1995 que l'on ne " néglige pas le côté technique de la construction du bâtiment P " et a attiré "l'attention sur les risques inhérents au souhait de lancer rapidement l'appel d'offres ". Il a été rappelé que " l'expérience des dernières réalisations (zone Technique, Hémodialyse) effectuées à partir de dossiers mal ficelés en est la pénible démonstration ".

De plus, ces prolongations de délais ne semblent, au vu des pièces transmises à la Chambre, avoir été évaluées par les sous-traitants ou le maître d'œuvre parfois qu'après leur réalisation. Ces prolongations de délais sont pour la plupart effectuées sur simple ordre de service et régularisées ultérieurement par avenant. Mi-1999, certaines correspondances de la Direction de l'Équipement de la Province Sud dénoncent l'abus fait par les entreprises. Ainsi des travaux correspondant à

une facturation de 6 jours conduisent à un report de délais de 1 mois. Il est à noter que sur les 602 jours calendaires de prolongation de délais, aucun n'est porté à la charge du maître d'ouvrage ou des sous-traitants.

Seul le délai entre la réception refusée pour non conformité au cahier des charges et la réception prononcée n'a pu bien évidemment être décompté au titre de travaux supplémentaires. Il s'ensuit un délai de 63 jours. Le paiement de pénalités sur le retard de 63 jours pour la réception n'est pas à ce jour engagé juridiquement.

6.1.1.3.2 L'adaptation du bâtiment P

On peut noter la disproportion entre l'ampleur des travaux ainsi que leur coût et l'augmentation de capacité réelle.

Le bâtiment P n'offre que 2 lits pour le secteur réanimation en plus, et 4 lits pour le service de soins intensifs. Seulement, il n'y a pas eu d'allocation de surface adaptée aux services des urgences.

En revanche, on a une " marge de manœuvre pour l'avenir " de 50 % pour les blocs : sur 9 blocs, 6 sont utilisés dans un premier temps. Les 3 blocs restant ne sont pas équipés et le CHT ne dispose pas du personnel correspondant. Il est certain que la programmation des opérations sera facilitée lors de l'ouverture des nouveaux blocs et qu'il faut prévoir les évolutions de la "demande chirurgicale sur le Territoire". Cette légitime prudence vis-à-vis des besoins ultérieurs en chirurgie du Territoire pose question lorsque l'on examine le retard pris pour lutter contre la vétusté d'autres bâtiments et assurer la sécurité des patients.

Le déplacement du service dans le bâtiment P ne s'est pas opéré avec une augmentation significative de moyens, notamment en termes de surface ; les gains de surface sur les urgences déjà saturées sont très faibles. L'insuffisante capacité des urgences ne pourra que croître dans l'avenir. Les erreurs de conception du bâtiment P concernant les urgences sont également nombreuses. La réalisation de cette unité très récente est bien en deçà des normes métropolitaines : salle de déchoquage et de soins trop petite, local poubelle trop petit pour accueillir les poubelles, revêtement des couloirs non adapté au chariot, sas de sécurité manuel ne permettant pas aux brancardiers de manœuvrer, couloirs trop étroits, absence de locaux techniques ...

6.1.1.3.3 Hélicoptère

Du fait des règles de sécurité sur le Territoire, du fait de l'application d'un arrêté du 25 février 1985 modifié en 1995, ne peuvent survoler les habitations que les biturbines que ne possèdent que les militaires. Les évasans ne sont effectués qu'avec des monoturbines.

Le respect de la réglementation impliquerait donc de ne pas utiliser cet hélicoptère avec les hélicoptères utilisés actuellement pour les évacués. La réglementation prévoit une tolérance jusqu'à 2002 pour l'utilisation d'hélicoptère de jour seulement par des bimoteurs sous réserve que l'exploitant intéressé se soit engagé à acquérir un hélicoptère bimoteur et à le mettre en service avant cette date.

D'autre part, le coût d'une plate-forme de ce type est élevé, en investissement et en fonctionnement. La quasi-totalité des constructions hospitalières en métropole proscrivent la construction de tels hélicoptères sur les toits de bâtiments.

Les problèmes de ce type d'installation sont illustrés par les problèmes d'étanchéité qui sont intervenus sur l'hélicoptère quelques mois après sa réalisation. Il a été nécessaire de décaper celle-ci plusieurs fois pour réparer des fuites au niveau du joint de dilatation.

Concernant le CHT, divers parcs d'atterrissage à proximité immédiate du bâtiment P (1) pouvaient être envisagés. Le choix de la solution la plus coûteuse qui s'est de plus révélé contraire à la réglementation, paraît devoir être relié au retard pris par le CHT en matière d'investissement ou de respect des normes.

6.1.1.3.4 Les études et la concertation

Cohérence avec le projet d'établissement

La réalisation d'un investissement de l'ampleur du bâtiment P sans que soit défini un projet d'établissement préalable arrêtant notamment tous les services hospitaliers suscite des interrogations. En effet, la mise à plat des évolutions de court et moyen terme de l'hôpital aurait dû être intégrée a priori. Ceci n'a pas été réalisé.

L'intégration du SAMU et du service " porte " n'était pas prévue initialement. Ils ont été rajoutés, la définition d'un projet d'établissement intégrant les 4 pôles du service des urgences aurait dû précéder la conception d'un projet immobilier de cette ampleur.

Concertation avec la commission territoriale de sécurité

Des aménagements ont été demandés par la commission, sans qu'il y ait de concertation préalable. Ces observations substantielles ont concerné les voies d'accès, la résistance au feu de la résille, l'accès des pompiers, l'ajustement du positionnement des sas d'accès pompier, le remplacement de parties des " galeries de liaison " avec les anciens bâtiments ne répondaient pas aux normes de sécurité incendie.

Selon la commission elle-même, l'aspect sécurité d'un bâtiment recevant du public doit être traité en amont de la réalisation. La mise aux normes sécurité, même si les coûts ont été pris en charge

par les entreprises, a également pesé sur les délais de réalisation.

Concertation avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)

Le conseil d'administration du 13 décembre 1995 crée au sein de l'établissement un comité de lutte contre les infections nosocomiales. Il a pour mission d'organiser et de coordonner une surveillance continue des infections via l'organisation de formation, la remise de rapports à la direction et la transmission de données à la DTASS. A la demande de la direction, le comité peut être appelé à donner un avis sur les aménagements de locaux et les acquisitions d'équipement susceptibles d'avoir une répercussion sur la prévention et la transmission des infections à l'hôpital

Lors de la mise en place du CLIN, certes nous sommes 1 mois après l'appel d'offres travaux et un mois avant la remise des offres, mais au vu de l'ampleur du chantier concernant des locaux d'une importance toute particulière vis à vis des infections nosocomiales, une étude aurait pu être entreprise pour adapter certains détails mineurs du projet qui ont des conséquences importantes pour ce type d'infection, par exemple les rebords des fenêtres. Or il n'apparaît pas que l'avis du CLIN ait été requis. Il était donc de la responsabilité de la direction de susciter cette réflexion du CLIN, en l'absence de " commande " celui ci n'a fonctionné activement qu'à la fin de 1997.

Il a d'ailleurs été constaté a posteriori de nombreux défauts dans la conception. Ainsi que le relève la présidente du CLIN lors du conseil d'administration du 1er avril 1999 : " Il y aura de graves problèmes d'infections nosocomiales, ce qui est dommage au regard de l'investissement énorme qu'il a représenté, ces défauts vont coûter cher en termes de maladies nosocomiales et impliquer le recrutement d'un surcroît de personnel paramédical. "

Concertation avec les médecins

Avant la période contrôlée, les avis négatifs des médecins n'ont pas suscité de réelle prise en compte. De plus, aucun médecin travaillant au CHT et ayant participé à des groupes de travail sur l'analyse des offres sur la question n'a été en mesure de faire valoir directement ses arguments devant les membres du jury qui a présidé au choix du projet. La formalisation d'une réelle concertation avec les médecins, au vu de l'importance du projet, aurait pu être entreprise en amont lors des décisions structurantes et non seulement lors de la mise à jour des plans.

Lors de cette mise à jour du projet, les médecins ont été impliqués lors de six réunions, de février 1994 à mai 1995.

6.1.1.5 Le schéma directeur de Gaston Bourret

La révision du schéma directeur immobilier a été proposée par la société Hospiconseil en juillet 1997, et adoptée par le conseil d'administration. Cette révision peut s'appréhender comme une reconstruction presque totale contrainte par le bâtiment P et la nécessité d'assurer une continuité

du service public.

Ce schéma a pour objectifs :

une augmentation de capacité pour répondre au besoin de la population hospitalisable ;

une mise aux normes de sécurité des bâtiments ;

une amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des hospitalisés.

Les deux derniers points sont des impératifs tant pour la sécurité (cf. ci dessous) que pour la qualité de la prise en charge dont l'audit réalisé par la Sanesco notait déjà il y a 8 ans que l'on était à un " niveau inférieur que ce qu'on est en droit d'attendre ".

La vétusté de certains bâtiments et l'encombrement des locaux apparaissent en effet en dessous du seuil d'acceptabilité. Le premier point implique un préliminaire, celui de connaître précisément la population nécessitant une hospitalisation de court séjour. Or ainsi qu'en témoigne l'étude Hérault, cette évaluation, son officialisation au niveau de la carte sanitaire et surtout la décision éventuelle de construction de structure de suite de moyen et long séjour restent encore à réaliser. Les augmentations réelles sont de 28 lits dont 18 lits d'hospitalisation de jour. Cette augmentation semble raisonnable mais n'intègre pas la première évaluation du taux d'inadéquation des patients (40 %), c'est-à-dire ceux ne relevant pas d'une structure de court séjour.

Le bouclage financier du projet a attendu fin 99 pour être avalisé par le Congrès, 7 milliards sur 5 ans (500 MF/an pour le Territoire, 500 MF/an pour l'Etat et 3,5 MF pour le CHT). Il restait alors une hypothèque tenant à l'intervention d'un expert de la Direction des hôpitaux en mars 1999. Celui-ci a estimé que deux hypothèques entâchaient la réalisation du schéma directeur : la longueur des travaux (7 ans de travaux), les nuisances du chantier pour les patients durant cette période. Le rapport de l'expert visait également à faire des économies, en surface à construire notamment, en conservant certains bâtiments (A-C-H) séparés du pôle central ou en maintenant l'imagerie à Magenta. Il n'est bien évidemment pas envisageable après la mise en service du bâtiment P, d'évoquer une autre solution qu'une reconstruction-modernisation autour de celui-ci.

Les deux écueils d'un tel schéma directeur suscitent au décideur un dilemme : un report des décisions faisant attendre la réponse aux questions urgentes de sécurité et d'accueil et une réponse hâtive non adaptée au vrai besoin d'un équilibre de l'offre de soins sur le Territoire. Ces écueils engendreraient soit un risque juridique et financier pour le CHT, soit une utilisation non " économe " des deniers publics consacrés aux dépenses d'hospitalisation.

6.1.2. Des problèmes de sécurité importants non réglés risquant d'entraîner la responsabilité juridique et financière du CHT

6.1.2.1. La prise en compte de la Sécurité incendie au CHT

Pour tous les établissements recevant du public, la Commission Territoriale de Sécurité rend un avis à l'autorité de police sur la prise en compte de la réglementation de sécurité par l'établissement. Le maire de la commune généralement suit cet avis. Selon le respect des normes appréciées par la CTS, il est procédé soit à la demande de fermeture, soit à une négociation conduite par la CTS pour des travaux.

La Commission Territoriale de Sécurité placée sous la responsabilité du directeur de cabinet du haut-commissaire, contrôle l'application de la réglementation contre le risque d'incendie et de panique et pour l'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite.

Il convient tout d'abord de signaler la non prise en compte des problèmes de sécurité avant 1994. Ceux-ci étaient déjà existants sans susciter aucun contrôle de la part de la commission territoriale : aucune trace de visite effectuée entre le 29/06/1983 et le 16/09/1997. La direction du CHT dont la responsabilité juridique aurait été engagée en cas d'accident, ne s'est pas non plus attelée à la prise en compte de cet aspect dans la gestion du parc immobilier.

Quelques exemples :

à Magenta : il n'existe pas de cloisonnement vertical et horizontal ; les gaines électriques seraient en cas d'incendie des facteurs propices à leur extension ; on a déjà enregistré 2 incendies ; la salle d'attente des enfants est devant l'ascenseur...

à Gaston Bourret, hormis au sein du bâtiment P, de nombreux sites d'archives servent à entreposer des radios hautement inflammables. Il existe des archives dans les combles de Gaston Bourret jouxtant les chambres des malades sans que les précautions de sécurité incendie ne soient prises.

La chronologie des interventions de la commission pendant la période contrôlée s'établit comme suit :

le 16 sept 1997, 1ère visite sur Magenta aboutit à donner un avis défavorable à l'ouverture de l'établissement au public ;

le 23 sept 1997, visite de Gaston Bourret qui conduit également à un avis défavorable sur les bâtiments C et H ;

le 7 octobre 1997, la commission de sécurité rend un avis identique pour Raoul Follereau ;

le 29 octobre 1997, le conseil d'administration vote un budget pour provoquer une expertise ;

en février 98, l'entreprise Casso rend son rapport en aggravation par rapport aux constatations de la commission de sécurité ;

enfin en mars 98, un rapport du groupement d'étude Galinie sur la résistance des structures, présente des conclusions alarmantes ;

Les commissions de sécurité ont donc émis un avis défavorable à l'ouverture au public du CHT. Suite à cela une étude a été demandée à Casso et Hospiconseil par le CHT. Cette contre-expertise aux conclusions de la commission de sécurité a conclu en aggravation, notamment concernant la résistance bâtementaire. Il a été évoqué qu'il serait préférable de " le raser plutôt que de le conforter ".

Des travaux de sécurité ont été réalisés en urgence. 210 MF ont été versés par le Territoire pour la sécurité, depuis septembre 1998. Le caractère partiel des travaux réalisés a impliqué la mise en place de palliatifs : un vigile de la société " Le Vigilant " patrouillant pour détecter les incendies. En raison du niveau de risque incendie important, un marché a été signé le 25 mai 1999 pour effectuer ces prestations de surveillance au cas où un début d'incendie se déclencherait, comme cela a déjà été le cas à plusieurs reprises. Ce marché remplace le marché de gré à gré souscrit pour 97 / 98. Du 10 mai 1999 au 31 décembre 1999, le montant total de ces prestations palliant un respect des normes de sécurité incendie s'est élevé à 5.432.120 F CFP.

Le schéma directeur immobilier inclut la mise aux normes de sécurité.

En cas de non réalisation du schéma directeur à court ou moyen terme le coût de cette mise aux normes de sécurité incendie est évalué par les cabinets Hospiconseil et Casso entre :

567 millions de F CFP sans inclure les travaux indirectement liés à la sécurité mais contribuant à son amélioration ni les travaux de mise en conformité des services transférés au bâtiment P,

1118 millions de F CFP incluant les travaux indirectement liés à la sécurité mais contribuant à son amélioration.

Si le schéma est réalisé à court terme, la mise en oeuvre des mesures de sécurité a été évaluée à 198 millions de F CFP. Or, on peut douter que l'achèvement des travaux découlant du schéma directeur révisé entre dans un horizon de court terme.

Une évaluation des mises en conformité a été faite. Elle repose sur le respect de calendrier très serré, notamment du schéma directeur. Il a donc été toléré le non respect temporaire par rapport aux normes de sécurité concernant les bâtiments que l'on démolit.

En cas d'incendie, un risque existe donc de voir la responsabilité juridique du CHT engagé. Ce risque juridique peut avoir pour le CHT une conséquence financière et ne s'éteindra qu'à la date

effective de réforme ou de destruction des bâtiments.

6.1.2.2. Résistance bâtementaire

Aucune étude de résistance bâtementaire n'a été entreprise au moment des décisions du plan directeur de 1983, ni avant la réalisation du bâtiment P. En novembre 1997, sur conseil de la société Hospiconseil une étude est confiée à BRH/Galinié/LBTP sur la résistance bâtementaire de Gaston Bourret. Cette étude qui a duré 6 mois s'est opérée par prélèvements de matériaux dans les différentes zones du CHT.

Ces tests ont fait apparaître des fléchissements des poutres métalliques, une corrosion des profilés, une perte des matériaux et des remontées d'humidité. L'ampleur de ces désordres est importante : le pourcentage de corrosion des aciers est de 60% à 80% de la matière initiale ; les dalles béton des coursives ne sont pas ancrées, ni dans les murs, ni dans les poutres ; des endroits qui paraissent sains extérieurement sont en fait très atteints.

Les résultats globaux sont très préoccupants (" tous les bâtiments sont affectés par des désordres critiques "). Le groupement en charge de l'étude n'a pu garantir une pérennité des structures en place au-delà de 5 ans, soit mai 2003, avec une possibilité de désordres tels que des chutes de matériaux ou plus, avant ces 5 ans. Les risques potentiels sont aggravés par le fait que " les désordres critiques ne sont pas systématiquement localisables ".

Ces annonces inquiétantes ont vu un début de réalisation, puisqu'en février 1999 un morceau d'enduit en sous face d'une poutre de balcon de chirurgie B2 est tombé. Devant la constatation d'autres détachements sur les voutains, une étude est réalisée en urgence, dès le lendemain par la société BRH. Sept jours plus tard, un marché de travaux est passé pour des travaux de confortement à titre provisoire pour un coût total de 7.912.870 F CFP. Les travaux commencent 20 jours après. En mai 1999, la surveillante de chirurgie A2 signale que les fissures dans la dalle du balcon nord s'ouvrent. L'inspection avec BRH a permis de constater le gonflement des tirants qui a fait éclater les enduits. Le risque est une infiltration des eaux de pluies dans la structure. Des travaux sont entrepris dès le mois suivant.

Une reprise sur provisions pour 40 MF pour confortement des bâtiments historiques a déjà été opérée pour financer ces travaux.

En cas de non-destruction des bâtiments dits d'époque, prévue dans le cadre de l'application du schéma directeur, le coût de rénovation des structures, de confortement des bâtiments ainsi que sécurité incendie s'élèverait au total à 2,764 milliards de F CFP.

La Chambre renouvelle sa mise en garde contre le risque juridique et financier pesant sur le CHT en cas d'effondrement.

6.2 Investissement en matériels informatiques et biomédicaux : la nécessité d'accroître les budgets, les études préalables et la transparence des choix

6.2.1. Les retards en terme de projets et systèmes informatiques

Le retard dans la mise en oeuvre des projets informatiques a conduit à élaborer un schéma directeur particulièrement ambitieux.

6.2.1.1. Retard dans les projets et dysfonctionnements

Un audit notait en 1992 " l'insuffisance notoire de la gestion administrative informatique ". Huit ans après, le retard du CHT en la matière reste important tant pour l'informatique administrative que médicale pour lequel on a une forte demande. Les points notés par la Chambre ont notamment été :

l'intégration entre la gestion administrative et l'informatique est imparfaite ;

il n'y a pas eu jusqu'à récemment d'installation de réseau local, malgré les 2 enveloppes budgétaires de 25 MF en 95 et 96, on n'a jamais câblé (hormis un câblage partiel sur Magenta) ou utilisé les liaisons RTC pour servir de support à un ou des réseaux informatiques ;

l'élaboration d'un projet d'établissement a donné lieu à la constitution d'un groupe de travail informatique, il y a 5 ans, la plupart de ces préconisations sont restées lettre morte ;

la réflexion sur l'interfaçage des logiciels pour créer un site de demande de résultat souhaité s'est prolongé sur des années et n'a toujours pas abouti ;

Les salaires ne sont complètement informatisés que depuis juillet 1997, seulement par le logiciel SYGAGIP du SMAI. Cependant les fonctionnalités de ce logiciel, au regard des besoins de pilotage du premier poste de dépenses du CHT, paraissent bien en deçà du nécessaire : il n'existe aucun outil d'extraction d'informations, il est nécessaire pour le service du personnel de réaliser des demandes ponctuelles au SMAI.

il n'existe pas de passerelle entre CPAGE (gestion administrative de l'ordonnateur) et DDPAC (gestion comptable du payeur), l'entrée des informations s'effectue par disquette ;

la précision et l'exhaustivité des informations détenues par l'ordonnateur ne sont pas intégrées dans le système informatique du payeur , il est à signaler que celui-ci ne fait pas partie des personnes consultées dans le cadre de l'élaboration du schéma directeur du CHT.

L'analyse sur la gestion de l'information et son automatisation ne peut dans la période contrôlée que stigmatiser la mauvaise circulation de l'information, une difficulté évidente à mener les projets

transversaux, une maîtrise d'ouvrage et une maîtrise d'œuvre ne contrôlant pas totalement la situation : étude préalable insuffisante, moyens nécessaires insuffisants, implication des acteurs incertaines.

6.2.1.2. Un schéma directeur particulièrement ambitieux

Un schéma directeur relatif à la période 2000-2005 a été élaboré. La Chambre prend acte des mesures de rattrapage en voie d'être prise par la mise en œuvre du schéma directeur qui même s'il est un peu ambitieux (conduite simultanée de six projets informatiques) devrait permettre de tirer un bilan à son terme en 2005 et accroître la cohérence et la rapidité dans le développement des projets.

6.2.2. Ancienneté du matériel biomédical et non renouvellement d'équipements dangereux

Il n'existe pas au CHT de schéma pluriannuel de remplacement des matériels biomédicaux. En conséquence de quoi, les acquisitions en matériel médical sont effectuées sans planification de long terme. De plus, il est noté une carence sur le nécessaire renouvellement de matériels identifiés comme dangereux.

L'ingénieur biomédical a en charge de trier les demandes pour pouvoir inscrire les achats au sein de l'enveloppe : en 1999, les demandes déjà cadrées par l'ingénieur biomédical s'élèvent à 311 millions de F CFP et les acquisitions effectives à 117 MF CFP ; en 1998, les demandes ont représenté 793 MF CFP incluant certes 2 matériels lourds importants : IRN pour 210 MF CFP et le scanner pour 160 MF CFP.

L'analyse du compte concerné le 215421 se présente comme suit :

Compte matériel biomédical	
1994	98.252.442
1995	59.480.795
1996	97.529.824
1997	223.220.975
1998	97.196.840
	115.136.175
Moyenne annuelle	

A titre de comparaison la moyenne des trois dernières années d'achats de matériel technique et biomédical s'élève à Papeete à 220 millions de F CFP pour un budget global comparable de plus de 10 milliards.

Un souci se fait jour périodiquement au sein de la commission médicale d'établissement ou des conseils d'administration du " problème épineux du remplacement du matériel biomédical avant

que celui-ci se périmé, casse et soit complètement inutilisable ". Ainsi en décembre 1998, il n'y avait plus de biomètres utilisables en Ophtalmologie, les patients devant être envoyés dans le privé. Une telle sous-traitance au privé n'est pas toujours possible quand l'automate de coagulation du laboratoire de biochimie du CHT tombe en panne, il n'est plus possible de faire de coagulation sur le Territoire.

De même, le service de Cardiologie a eu pendant des semaines des appareils qui ne fonctionnaient pas (les échographes et la table d'effort). De nombreux appareils d'investigation ont dépassé leur durée d'amortissement de 7 ans. Ainsi, lors de la période contrôlée, les durées d'utilisation s'établissent comme suit :

le scanner a plus de 10 ans ;

les échographes qui devaient être changés au bout de 7 ans ont pour deux d'entre eux été changés au bout de 9 ans et l'un d'eux de plus de 10 ans reste utilisé ;

les respirateurs ont plus de 10 ans.

Il apparaît souhaitable pour le CHT de passer à une gestion prévisionnelle des remplacements afin d'éviter d'arriver au stade de la panne pour remplacer un matériel défectueux.

Il est à noter que l'insuffisance de l'enveloppe entraîne le non-respect de certaines consignes de sécurité ou tout au moins un retard dans leur application. Par exemple, une circulaire du ministère de la santé a indiqué que certains " appareils à roue codeuse " ont un défaut qui entraîne leur dérèglement et par conséquent des débits erronés. Or plusieurs années plus tard, il reste toujours 30 % de ce type de matériel.

De même, une note très stricte puis une circulaire imposent le retrait des couveuses sans sonde cutanée, dangereuses car risquant de causer des brûlures. Une date limite est imposée pour ce retrait, le 11 novembre 1999. En 2000, il subsiste 4 couveuses de ce type utilisées, malgré l'augmentation des dépenses biomédicales, en 1999, qui se sont élevées à 203.974.977 francs

Une dotation de 80 millions de F CFP est effectuée chaque année par le Territoire. Selon l'avis de l'ancien directeur exprimé en CME, " 80 millions constituent une somme notoirement insuffisante ", " l'enveloppe du renouvellement du matériel médical devrait être de 120 millions par an ". Une telle enveloppe même élargie ne peut inclure l'acquisition de matériel lourd tel que scanner ou IRM.

La Chambre espère que la réflexion préparatoire à l'élaboration d'un programme d'équipement sur 5 ans, en cours depuis 1 an et demi, puisse permettre notamment ces problèmes de sécurité du matériel biomédical pouvant engager la responsabilité juridique et financière du CHT.

De plus, La Chambre recommande un recours plus important à des débats formalisés sur les choix d'investissement en installations biomédicales. L'exemple du choix d'une centrale d'osmose pour le service d'hémodialyse illustre ce point. La centrale d'osmose choisie correspond à un type sophistiqué " à jet continu ". Un tel dispositif présente l'avantage de réduire notablement les risques de contamination par des germes. En revanche, par rapport aux autres systèmes en circuit fermé, il implique une consommation d'eau importante et l'obligation de réfrigérer par climatiseurs en permanence la salle où est placée la centrale. Le cahier des charges est fait par les utilisateurs tant pour la construction du bâtiment qu'ultérieurement la mise en place de la centrale. Il n'y a pas de présentation chiffrée de différents scénarios. Les décisions ont été prises par le service technique sans débat formalisé ni hiérarchisation entre les différentes priorités.

Ces coûts d'investissement (19,2 MF CFP de coût direct) et de fonctionnement importants ne sont pas choquants en eux-mêmes. L'absence de débats dans l'allocation du budget d'investissement ne correspond pas à une gestion rationnelle de ce budget, et ce d'autant plus que l'enveloppe est contrainte et les besoins du CHT importants.

6.2.3. La maintenance : des coûts à maîtriser

Le budget total de la maintenance s'élève globalement à 130 MF CFP dont 40 MF CFP pour les dépannages et 20 à 25 MF CFP pour les pièces détachées.

Le coût excessif de certains contrats doit être souligné. Ainsi la maintenance du scanner et des deux échographes s'élève à 38 MF CFP en y incluant les " coupes supplémentaires facturées " (marché de gré à gré 96/01 du 28 août 1995) Alors que dans le cadre du renouvellement du scanner (mise en service fin 2000), le coût d'acquisition est de 120 millions et le contrat de maintenance annuel de 13,9 millions (11,6%).

Il n'a pas été envisagé d'ouvrir un appel d'offres pour confier cette maintenance, le cas échéant, à une société australienne. Cette alternative permettant en tout état de cause de mieux négocier les montants forfaitaires annuels. Or cette sous-traitance de la maintenance en Australie est réalisable, techniquement et financièrement, les intermédiaires de matériels biomédicaux du Territoire la pratiquant. La Chambre préconise que cette option soit envisagée dès lors qu'il s'agit de matériels lourds.

6.3. Les marchés : exigence de transparence

6.3.1. Respect de la réglementation des marchés

Le nombre des marchés est en constante augmentation (118 en 1997, 120 en 1998, 176 en 1999) du fait de l'application depuis le 1er mars 1998 du Code Territorial des Marchés

Diverses irrégularités de procédures sont toutefois apparues à l'examen des marchés durant la

période considérée :

Des carences dans la bonne information des membres de la CAO

Les convocations pour la CAO sont envoyées sans être accompagnées d'aucun document de travail sur lequel les membres de la commission auront à se prononcer.

Insuffisances de transparence dans le compte-rendu des décisions de la CAO

Les procès verbaux sont quelque peu laconiques, il n'y est pas fait de présentation introductive ou de compte rendu des positions des intervenants. Les résolutions finales restent peu motivées. Aucune mention du contenu des débats n'est effectuée.

Non respect dans les procédures d'ouverture des plis

Lors du dépouillement des offres des soumissionnaires du bâtiment P, il a été décidé de ne pas ouvrir la deuxième enveloppe de la proposition de " Glauser international " pour deux motifs : absence de référence locale et insuffisance en hommes et matériels de la société. Le tribunal administratif par son jugement du 1er mars 1999 a considéré que le premier motif non prévu dans le règlement particulier de l'appel d'offres ne pouvait être retenu. Quant au second, il a été jugé qu'il y avait là une erreur manifeste d'appréciation. Aussi, la décision d'attribution du marché a-t-elle été jugée illégale. Une instance en vue de l'indemnisation de la société pour éviction irrégulière du marché d'appel d'offres est en cours.

Le caractère illégal du marché a été jugé par le tribunal administratif de Nouméa qui ne s'est pas prononcé sur la fixation de l'indemnité pour défaut d'éléments fournis par le soumissionnaire. Une requête a été déposée auprès de la Cour Administrative d'Appel de Paris pour condamnation du CHT à une éventuelle indemnisation.

La Chambre regrette la charge financière potentielle engendrée par un non-respect des procédures.

6.3.2. Le marché calédonien du bio-médical et la concurrence

Les opérations de concentrations récentes entre les sociétés représentant le bio-médical sur le Territoire réduisent encore la concurrence sur ce secteur en Nouvelle-Calédonie

Les deux derniers échographes pour un coût total de 34 MF ont été acquis via un intermédiaire calédonien. Le CHT effectue très peu d'achats en direct auprès du fournisseur et passe généralement par un intermédiaire. La publication du marché s'est faite en local, donc les réponses se sont également faites au niveau local. Un achat en direct après publication d'un appel d'offres au niveau national aurait pu permettre d'économiser sur le coût global du matériel.

L'intermédiaire prend en charge la maintenance, mais celle-ci est en fait sous-traitée en Australie ; rien n'empêche le CHT de procéder de même.

De plus, le contrat de renouvellement du scanner montre qu'il est possible d'acheter directement en métropole et de confier la maintenance à une société locale.

6.3.3. Table vasculaire dite d'angiographie numérisée : Un choix sans justifications rationnelles explicites

Il a été acquis une table vasculaire dite d'angiographie numérisée.

L'avis des utilisateurs est que cette table est chère et non opérationnelle, l'achat s'est opéré contre l'avis des médecins, elle n'est pas considérée comme une bonne table (Cf. procès-verbaux de la Commission Médicale d'Etablissement). La question logique est de s'interroger sur les critères qui ont amené à retenir cette table afin d'apprécier le caractère non contestable de ce choix, ou tout au moins les justifications présentées.

En annexe du procès-verbal apparaissent bien des tableaux comparatifs des caractéristiques techniques des matériels. Le strict examen de ce tableau n'explique pas pourquoi le choix s'est effectué sur la table General Electrics présentée par la société CIPAC.

En effet, le procès verbal de la commission d'appel d'offres, énonce les caractéristiques techniques de chaque matériel pour chaque critère de choix inclus dans l'appel d'offre, ce PV se présente comme suit :

Critères de sélection	Table Général <i>Electrics</i>	Table <i>Philips</i>
prix	Cette table n'est qu'en avant dernière position (4° sur 5)	Cette table est la moins disante avec un écart de 24.820.000 FCFP avec la table retenu
Valeur technique de l'offre		Seule cette table intègre un dispositif de contrôleur de dose jugé indispensable par le manipulateur radio
Délai d'exécution	238 jours	238,33 jours
Service après vente	1 an de garantie	1 an de garantie
Modalités de maintenance	Trop sommaire et partiel pour être valablement comparé	
Formation du personnel utilisateur	2 semaines	2 semaines
Modalité de dépose, des travaux d'installation et de pose du matériel	“ “	“ “

Logiquement, ce tableau aurait dû conduire à retenir la table Philips ou tout au moins à préciser ce qui rendait la table général electrics la " mieux disante ".

De plus, l'avis de deux spécialistes praticiens du CHT, qui n'a pas été présenté dans le procès-verbal prévu à l'article 299 ter du code des marchés publics,. Ce " choix consensuel " a été réalisé par l'ensemble du service, et est matérialisé par un courrier des 2 médecins consultés.

Aucune motivation détaillée et explicite du choix du conseil n'apparaît dans les procès verbaux. La Chambre dénonce le manque de transparence et de justification pour le choix du fournisseur qui a amené à choisir un matériel bio-médical lourd avec au niveau des offres un surcoût de 36 % s'élevant à 24 millions de F CFP alors que les 2 médecins et le radio-manipulateur se sont prononcés en faveur de la valeur technique supérieure du matériel non choisi.

Il est à signaler également que la livraison du matériel onéreux choisi sans justification explicite, n'a pas été conforme au cahier des charges : l'écran n'a pas les dimensions requises ; un problème est apparu dans la capacité de sortie des clichés, le fournisseur a subi une rétention de garantie à hauteur de 3% du marché car le logiciel de reconstruction des membres inférieurs n'a pas été fourni. De même l'amplificateur de luminance livré s'est révélé inférieur au chiffre annoncé au cahier des clauses techniques.

7. DEPENSES DE FONCTIONNEMENT AU CHT

7.1. : Imputation erronée en section de fonctionnement : Achats non stockés et Maintenance

Diverses erreurs d'imputation ont été relevées : il s'agissaient de dépenses enregistrées en section de fonctionnement alors qu'elles auraient dues l'être en section d'investissement.

Ainsi, le compte 6063 - Achats non stockés de matières et de fournitures - lors de l'exercice 1997, a enregistré l'achat de dix groupes de condensation TECO. La facture correspondante et numérotée 210 078, émise par la S.A. Socometra, en date du 27 août 1997 a été jointe au mandat n° 8248, bordereau 1258 et s'élevait à 1.131.200 F CFP. Il peut être rappelé qu'en vertu de la réglementation comptable M21 (145.23), les matériels et outillages, ou matériels de bureau de faible valeur dès lors que leur durée de vie est supérieure à un an ou leur prix unitaire d'acquisition, toutes taxes comprises, doivent être comptabilisés en immobilisation.

De même, en vertu de la réglementation comptable M21 (§ 145.1), les dépenses de maintenance doivent être comptabilisées en charges d'exploitation ou en immobilisation selon qu'elles ont, respectivement, le caractère d'entretien n'augmentant pas la durée de vie du matériel ou celui de dépenses d'amélioration définies par la M21 comme permettant une durée de vie supérieure ou une production supérieure. Un nombre important de matériels a été maintenu au delà de leur durée d'amortissement, et certains nécessitent des dépenses de maintenance spécifique dus par exemple à une production de clichés supérieure à celle prévue initialement, pour le scanner par exemple. Ces dépenses auraient dû être comptabilisées en investissement.

Cette dépense aurait pu être enregistrée en investissement, et inscrite en inventaire, quand bien même que le coût unitaire ait été de 113.120 F CFP.

7.2. Convention avec les sociétés d'ambulances : interrogation quant à la nécessité d'une sous-traitance

Une convention d'association à la mission de service public du CHT a été signée en 1990. Il correspond à la location d'un véhicule et d'un chauffeur- ambulancier. L'objectif est d'assurer le service de nuit alors que le CHT dispose déjà de véhicules et d'ambulanciers. Le coût de cette mise à disposition coûte au CHT, en 1999, 17.504.311 F CFP, soit une dépense élevée sans qu'ait été réalisée une étude comparative avec les coûts induits par l'embauche de deux ou trois ambulanciers utilisant les véhicules du CHT.

7.3. Blanchisserie : une louable maîtrise des coûts à poursuivre

Le C.H.T. dispose d'une lingerie- buanderie qui n'assure que des fonctions de relais par rapport à celles dévolues à des entreprises de blanchisserie sous- traitantes : tri du linge, raccommodages.... Cette unité rencontre les problèmes liés à la non-fonctionnalité des locaux : l'exiguïté qui, lors des opérations de tri du linge, peut comporter des risques pour les agents qui y sont affectés, la localisation près des cuisines.... La création d'une blanchisserie hospitalière a été

envisagée, mais le projet a été abandonné pour des raisons économiques.

Les entreprises sous-traitantes sont la société " Blanchisserie Industrielle de Nouméa " (B.I.N.) et la " Blanchisserie Lav'Express ". La première société pratiquait des tarifs de l'ordre de 20% plus chers que la seconde. La " Blanchisserie Lav'Express " n'a pu poursuivre ses prestations auprès du C.H.T.

Un marché négocié a été établi avec la société B.I.N. aux mêmes conditions tarifaires que celles pratiquées par la " Blanchisserie Lav'Express ", pour les lots qui étaient attribués à celle-ci, et pour la période de juin 1994 à décembre 1994.

Par appel d'offres du 7 septembre 1994, le C.H.T. a exprimé ses besoins en prestations de blanchissage pour l'année 1995. Cet appel d'offres a été déclaré infructueux en raison de propositions de prix inacceptables.

L'hôpital a conclu le 17 octobre 1994 un marché négocié avec la société Blanchisserie Industrielle de Nouméa (B.I.N.). L'ensemble des factures présentées par cette société, au titre de ce marché, a atteint la somme de 56.929.470 F CFP en 1997.

Le contrat établi avec la société B.I.N., pratiquement en situation de monopole, a été conclu pour une durée totale de trois ans avec négociation des prix à chaque échéance annuelle. La comparaison des coûts de revient de la blanchisserie avec la métropole aboutit à un surcoût important pour le CHT II a été examiné l'évolution des révisions tarifaires du marché. Dans un premier temps, le CHT obtient une réduction des augmentations demandées par la société B.I.N.

Deux avenants ont été souscrits : le premier a fixé une augmentation des tarifs de 7%, au lieu de 10% pour l'exercice 1996, et le second une hausse de 3% des tarifs pour l'année 1997, au lieu de 5%. Les négociations concernant les révisions tarifaires pour les reconductions 1998 à 2000 ont été conduites par le CHT avec encore plus de fermeté. Les hausses négociées ont été respectivement de 3% en 1998, de 0% en 1999 et de 0% pour l'année 2000.

La Chambre approuve l'effort entrepris de maîtrise des tarifs de la part du CHT. Celui-ci doit être poursuivi pour l'avenir.

7.4. Pharmacie : des rationalisations dans la gestion des stocks à entreprendre

La pharmacie centrale gère 80 % des stocks du CHT et approvisionne les unités de soins. La faiblesse des procédures de contrôle interne est toutefois à souligner. Le pharmacien travaille avec une très grande autonomie. Il a ainsi en charge les commandes, la réception des produits et fournitures, et la préparation des mandats. En 1992, le transfert de la liquidation des factures au service économique a d'ailleurs été envisagé. C'est en fait le contraire que s'est opéré puisque certaines " lignes budgétaires " des comptes 602 et 601 sont transférées pour gestion et

mandatement à la pharmacie.

De plus, le taux d'augmentation des dépenses de médicaments de 1991 à 1997 est de 65,3 %, soit une augmentation annuelle de près de 11 %. La chambre s'interroge sur la soutenabilité de ce taux d'augmentation à long terme.

Enfin, les ratios de stocks de médicaments sont certes plus élevés que les ratios métropolitains. Mais ceci est nécessaire pour une plus grande indépendance et sécurité par rapport aux fournisseurs locaux.

Trois points additionnels sont à souligner :

Lacunes dans le suivi des péremptions

Le principe de stockage doit garantir une gestion de stocks basée sur un système FIFO " premier entré, premier sorti ", et non sur un système LIFO "dernier entré, premier sorti ". On peut observer des péremptions des produits dues à une gestion perfectible des péremptions, celles-ci, chiffrées par le pharmacien, peuvent être évaluées à 2 millions de F CFP par an.

Sécurité du stockage

La sécurité du stockage est également un axe de perfectionnement pour la pharmacie. Ainsi 5,4 millions de soluté Baxter ont du être détruits suite à une inondation en 1996. En 1999, plus de 6 millions de produits ont dû subir le même sort du fait d'un stockage inadapté sur Magenta.

Une gestion déficiente des stocks par les unités de soins

Après livraison des médicaments de la pharmacie centrale aux unités de soins, il n'existe pas de gestion informatisée et homogène des stocks. La conservation de ceux-ci ne s'opère pas dans des conditions de sécurité suffisantes. Sur Gaston Bourret, les médicaments sont dans des placards ouverts dans les couloirs.

Ainsi sur la période 1995 - 1998, près de 47 millions de F CFP de médicaments ont du être enregistrés en perte. Les origines de celles-ci peuvent être diverses : manquants, périmés ou livraison aux services supérieurs aux commandes enregistrées.

(en F CFP)

Médicaments ...			
	comptes 9998 mali sur stocks	comptes 9997 boni sur stocks	résultat
1995	17.472.591	2.963.889	-14.508.702
1996	10.347.138	5.960.396	-4.386.742
1997	25.724.566	16.706.820	-9.017.746
1998	16.039.169	6.273.130	-9.766.039
	18.916.973	9.580.504	-9.336.469
Total 95 / 98	88.500.437	41.484.739	-47.015.698
	résultat		-47.015.698

La Chambre prend acte du projet annoncé par la direction d'une amélioration de la gestion générale des stocks par la création d'un pôle logistique qui regroupera sur un site unique tous les stocks actuellement répartis dans différents docks, souvent non adaptés aux produits stockés et peu fonctionnels. De même, une nouvelle organisation de la distribution envisagée permettra de mieux suivre et contrôler la consommation des services et de limiter au maximum les stocks des unités de soins.

7.2. Dépenses de personnel

7.2.1. Un recours important aux contractuels

Le C.H.T utilise des contractuels en C.D.D exclusivement dès qu'il existe un corps d'accueil (exemple : infirmières). Cela est rendu nécessaire par un turn over important et des promotions insuffisantes à l'école de formation territoriale des professions de santé. Tous les postes vacants font l'objet d'une publication de la D.R.H à l'attention des fonctionnaires. En cas d'absence de candidats que le C.H.T recrute des contractuels.

Ce recours à un nombre relativement important de contractuels et de personnels détachés, induit une hétérogénéité des règles de gestion et des surcoûts.

Un statut particulier de la fonction publique hospitalière semble un horizon de moyen ou long terme souhaitable, propre à créer un esprit d'entreprise et à simplifier l'hétérogénéité des règles de gestion. Ce statut, outre l'unité des procédures, devra pouvoir permettre de régler différents problèmes, comme l'attractivité des postes de direction et l'existence de "passerelles" avec la fonction publique territoriale.

La nécessité à terme d'un statut implique toutefois une hiérarchisation de celle-ci avec les autres priorités du CHT.

La création d'un corps de fonctionnaires publics hospitaliers peut sembler nécessaire pour une gestion plus juste et plus efficace des agents. Une telle mesure pourra difficilement s'opérer à coût

inchangé, un choix de priorité devra donc être opéré par le Congrès considérant notamment le problème de la reconstruction des locaux et de leur sécurité.

7.2.2. La durée du travail : la non conformité par rapport à la réglementation

La délibération modifiée n° 52/ CP du 10 mai 1989, modifiée par la délibération n°390 du 26 janvier 1993, prévoit en son article 426, alinéas 1 et 2, que l'aménagement et la répartition des horaires de travail, les dérogations permanentes ou temporaires, ainsi que les modalités de récupération des heures de travail perdues et les mesures de contrôle de ces dispositions, sont déterminées par des arrêtés de l'Exécutif. Ces arrêtés sont pris et révisés après consultation des organisations d'employeurs et de salariés intéressés. Lorsque l'entreprise a au moins un délégué syndical, l'employeur est tenu d'engager une négociation annuelle sur la durée et l'organisation du temps de travail.

L'alinéa 3 de cet article dispose que des dérogations peuvent s'appliquer au moyen de conventions ou d'accords d'entreprise ou établissement. En outre, l'article 432 prévoit, lorsque ces moyens sont utilisés, la possibilité de dépasser la durée maximale quotidienne de travail soumise à autorisation, soit 10 heures, sous réserve que ce dépassement n'excède pas 12 heures en durée quotidienne de travail effectif.

Pour le travail par équipes successives exécuté selon un cycle continu, le texte prescrit à l'article 433, l'établissement de la durée hebdomadaire moyenne du travail sur un cycle de plusieurs semaines. Aux termes de l'article 447, 4ème et 5ème alinéas, la mise en place des cycles de travail requiert deux conditions : les entreprises doivent fonctionner en continu, et la fixation de la durée maximale du cycle est arrêtée par la convention ou l'accord collectif, dès lors que cette possibilité est autorisée par arrêté de l'Exécutif.

Au cas particulier, les conditions de formes ne sont pas remplies (accord collectif et arrêté).

De plus, durant la période contrôlée, des plannings prévoyant des durées de travail ou de garde consécutives de 24 ou 48 heures apparaissent contraires à l'impératif d'efficacité (4) et de sécurité et aux circulaires du ministère de la santé.

1- (Délibération n° 429 du 3 novembre 1993 portant organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie : création d'un Comité Territorial de l'Organisation Sanitaire et Sociale, définition de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire)

2- (délibération n° 490 du 11 août 1994 portant plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soin (professionnels de santé du secteur libéral, développement de la politique de prévention)

3- Les montants ci-dessous sont arrêtés en avril 1999

4- Des tâches telles que la matériovigilance peuvent être entreprises à l'hôpital la nuit, mais elles ne sont pas compatibles avec de telles durées de travail qui supposent que les agents dorment sur place