



Papeete, le 26 novembre 2018

Le président

à

Monsieur René CAILLET
Directeur du centre hospitalier
de la Polynésie française
(rene.caillet@cht.pf)

n° 2018-494

Envoi dématérialisé avec accusé de réception

Objet : notification des observations définitives relatives au contrôle des comptes et de la gestion du Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF).

Pièce jointe : un rapport d'observations définitives.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la Chambre sur la gestion du Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF) concernant les exercices 2013 et suivants pour lequel, à l'expiration du délai d'un mois prévu par l'article L. 272-66 du code des juridictions financières, la Chambre n'a reçu aucune réponse écrite destinée à y être jointe.

Je vous rappelle que ce document revêt un caractère confidentiel qu'il vous appartient de protéger jusqu'à sa communication à l'assemblée délibérante du CHPF. Il conviendra de l'inscrire à l'ordre du jour de sa plus proche réunion, au cours de laquelle il donnera lieu à débat. Dans cette perspective, le rapport sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres.

Dès la tenue de cette réunion, ce document pourra être publié et communiqué aux tiers en faisant la demande.

En application de l'article R. 272-109 du code des juridictions financières, je vous demande d'informer le greffe de la juridiction de la date de la plus proche réunion de l'assemblée délibérante du CHPF et de lui communiquer en temps utile copie de son ordre du jour.

Enfin je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 272-112 du code précité, le rapport d'observations est transmis au haut-commissaire de la République ainsi qu'au directeur local des finances publiques de la Polynésie française.

Jean LACHKAR
Conseiller maître
à la Cour des comptes



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER DE POLYNESIE FRANCAISE (CHPF)

Exercices 2013 à 2018

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 9 octobre 2018

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS	6
INTRODUCTION.....	7
1 PRESENTATION GENERALE	9
1.1 Contexte	9
1.2 Organisation générale du centre hospitalier de Polynésie française.....	9
1.2.1 Des missions très étendues	9
1.2.2 Un statut d'établissement public administratif, inadapté pour un centre hospitalier	10
1.2.3 Un établissement dont l'activité est en forte croissance	11
1.2.4 Des projets médical et d'établissement retardés dans l'attente de l'adoption du schéma d'organisation des soins (SOS).....	11
1.3 Activité du centre hospitalier de Polynésie française	13
1.3.1 Une activité diversifiée	13
1.3.2 Une organisation en services de taille trop réduite	14
1.3.3 Une activité en forte progression et des durées moyennes de séjour encore trop élevées.....	15
1.3.4 Un début de mutualisation du traitement de l'alerte entre le SAMU et les pompiers	19
1.4 Gouvernance du centre hospitalier de Polynésie française.....	21
1.4.1 Les instances du CHPF	21
1.4.2 Un manque de stabilité du personnel de direction	22
1.4.3 Un contrôle interne embryonnaire	22
1.4.4 L'omniprésence du Pays au sein du Conseil d'administration	23
2 LE BUDGET ET LES COMPTES.....	25
2.1 Le respect des principes d'annualité et d'équilibre budgétaires	25
2.1.1 Le rattachement des charges	25
2.1.2 Le rattachement des produits	28
2.2 Le respect du principe de prudence	29
2.2.1 Les dotations aux provisions.....	29
2.2.2 Les reprises sur provisions.....	30
2.2.3 Les dotations aux amortissements	31
2.2.4 Les reprises sur amortissements	33
3 UNE SITUATION FINANCIERE DEGRADEE	34
3.1 Des résultats en dégradation constante et en accélération	34
3.2 Une capacité d'autofinancement négative en fin de période	38
3.3 Un établissement mis sous la dépendance des avances du Pays.....	39
3.4 Un investissement limité.....	41
3.5 Un rôle du contrôle des dépenses engagées (CDE) à adapter et une politique d'achat à mettre en œuvre	42
3.6 L'absence persistante de comptabilité analytique.....	45

4	LES PRINCIPALES CAUSES DE CETTE DEGRADATION	46
4.1	Une performance hospitalière insuffisante	46
4.1.1	Les activités de laboratoire	46
4.1.2	Les activités de pharmacie.....	46
4.1.3	Le bloc opératoire	47
4.2	Un patrimoine immobilier peu adapté à une gestion optimisée.....	49
4.2.1	Un patrimoine étendu et dilaté.....	49
4.2.2	Un patrimoine présentant de nombreuses malfaçons.....	50
4.2.3	Un patrimoine coûteux à entretenir et énergivore.....	51
4.2.4	Un patrimoine dont la sûreté est perfectible	53
4.3	Une organisation des ressources humaines largement perfectible.....	54
4.3.1	Les précédentes recommandations de la chambre ont été peu suivies	54
4.3.2	La taille des services	55
4.3.3	L'organisation du temps de travail	56
4.3.4	Les modalités de recrutements.....	57
4.3.5	Les gardes et astreintes	64
	ANNEXE	69

SYNTHÈSE

Un contexte très spécifique :

Présentant en 2017 un budget de 22 Mrds F CFP et un résultat d'exploitation, déficitaire constaté de 874 M F CFP au titre du budget principal, le CHPF se situe dans un contexte tout à fait particulier. Intervenant sur un territoire vaste et dispersé, couvrant une zone maritime équivalente à la superficie de l'Europe continentale, le centre hospitalier de Polynésie française est le principal hôpital pluridisciplinaire de la Polynésie française. Il a pour spécificité d'assumer sa mission d'établissement de santé dans un environnement géographique dispersé, nécessitant un équilibre, par définition précaire, entre prises en charge locales et évacuations sanitaires (EVASAN), des îles de Polynésie française vers Tahiti et de Tahiti vers la métropole ou vers la Nouvelle-Zélande.

Une activité en forte progression et une capacité d'accueil qui se restreint :

En 2018, l'établissement présente une capacité de 459 lits et places en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), 83 en psychiatrie et 22 postes de dialyse.

Depuis son déménagement sur le site de Taaone, en octobre 2010, l'activité du CHPF a fortement progressé. Par rapport au site de Mamao, le bâtiment actuel a vu sa surface passer de 30 000 m² à 100 000 m² alors que sa capacité en nombre de lits et places augmentait, seulement, de 18 %. Cette augmentation de surface résulte du parti architectural retenu avec une conception du bâtiment en longueur.

C'est tout particulièrement compte tenu de filières d'aval insuffisamment développées et d'interactions largement perfectibles avec les autres acteurs de santé du territoire, que le CHPF voit son taux de remplissage augmenter. Amené à prendre en charge des pathologies mineures et des soins de suite et de réadaptation, il ne parvient pas à réduire sa durée moyenne de séjour dans des proportions qui permettraient de préserver sa capacité d'accueil et son plateau technique aux pathologies aiguës nécessitant son expertise.

Une situation financière défavorablement orientée :

De ce fait, le CHPF présente une situation financière défavorablement orientée et en dégradation constante, de plus en plus rapide sur la période. Sa capacité d'autofinancement nette négative en fin de période prive l'établissement des ressources qui seraient nécessaires à la mise en œuvre de ses projets d'investissement. Pourtant des projets stratégiques rendent impératif que le CHPF investisse : renouvellement des équipements médicaux, amélioration de la sûreté du lieu de stockage, dossier informatisé du patient...

Dans le cadre de son précédent rapport, la CTC recommandait déjà de rendre applicable au CHPF la version en vigueur de l'instruction comptable des établissements publics de santé (M21). Les réponses du directeur et du Président du Pays font état d'une volonté de mettre en œuvre cette recommandation et l'établissement doit donc se doter et respecter ce cadre budgétaire et comptable et tout en procédant à une évaluation sincère de ses dépenses et de ses recettes.

Par ailleurs, faute d'une comptabilité analytique fiable, l'établissement n'est toujours pas en capacité, en 2018, d'avoir un véritable dialogue de gestion avec sa tutelle.

Il est enfin, à son corps défendant, totalement dépendant des avances de trésorerie du Pays permettant de compenser les retards de versement de dotation globale de fonctionnement de la CPS.

Un statut d'Établissement public administratif, inadapté :

Le statut actuel du CHPF emporte un certain nombre de conséquences au premier rang desquelles figure la prééminence du conseil d'administration (CA) dans la gouvernance de l'établissement, et, à l'intérieur du CA, celle de membres du gouvernement présents au sein de cette instance. Lors de son précédent rapport, la chambre territoriale des comptes avait déjà recommandé de « clarifier les rôles du CA et de l'autorité de tutelle » et d'en « revoir la composition afin que ce dernier ne comporte plus de membre du gouvernement et que la présidence ne soit plus assurée par le ministre de la santé ». Il est regrettable de constater que cette situation n'avait toujours pas évolué au lancement du contrôle, en 2018, même si des engagements ont été pris par le président du Pays en réponse aux observations de la chambre.

Des réformes indispensables :

Dans ce contexte, il aurait été nécessaire que l'établissement prenne, beaucoup plus tôt, certaines décisions de rationalisation de sa gestion. C'est le cas concernant l'activité ambulatoire, insuffisamment développée par rapport à des établissements comparables, alors qu'elle permettrait de réduire les durées moyennes de séjour et de préserver la capacité d'accueil.

C'est également le cas de l'organisation de l'établissement, en service de trop petite taille et ne permettant pas les mutualisations nécessaires. Doté d'un patrimoine immobilier peu adapté à une gestion optimisée mais dont il doit tenir compte, le CHPF devrait d'autant plus, agir sur son organisation interne qui est largement perfectible. C'est tout particulièrement l'organisation en services, de petite taille qu'il convient de regrouper afin de permettre la mutualisation des moyens en personnel. L'amélioration de l'efficacité du bloc opératoire et la mise en place d'une véritable politique d'achat permettront également de dégager des marges de manœuvre financière.

Lors de son précédent rapport, la chambre territoriale des comptes avait fait de nombreuses recommandations, notamment en matière de recrutement et de gestion des ressources humaines dont seules quelques-unes ont été suivies. Cette responsabilité incombe pour partie au CHPF mais elle implique également le Pays.

Il est donc grand temps que le Pays reconsidère l'arrêté n°999/CM du 12 septembre 1988 et la délibération APF n°96-136 du 21/11/1996 sur l'ensemble des points soulevés dans le présent rapport, en particulier sur l'architecture institutionnelle qui donne aux chefs de service un pouvoir ne permettant pas à l'établissement de se réformer comme il le devrait. Cette nécessaire réorganisation de l'établissement doit notamment concerner la suppression de la journée continue qui génère structurellement des heures supplémentaires et la refonte du dispositif des gardes et astreintes qui ont conduit à la mise en place de complément de revenus non justifiés pour certains médecins.

Au-delà des recommandations qui s'adressent au Pays, la direction de l'établissement doit, pour sa part, proposer au conseil d'administration la mise en œuvre d'une politique d'achat, d'une commission de déontologie et des outils de comptabilité analytique, indispensables au dialogue avec la tutelle et au pilotage efficace de la structure.

Au final, il n'existe pas d'alternative raisonnable à une évolution vers un statut d'Etablissement Public de Santé, qui a déjà fait l'objet d'un projet de loi ajourné ou abandonné. Cette évolution statutaire paraît seule de nature à permettre au CHPF d'améliorer sa gestion au travers d'une gouvernance plus adaptée et à un financement enfin normalisé. Le Pays devra donc se saisir de cet enjeu stratégique qui relève de sa compétence et de son arbitrage.

En réponse, le président du Pays a indiqué, « que la composition du Conseil d'administration pourra être revue après que les outils de pilotage et de contrôle auront été mis en place [par le CHPF] ».

S'agissant de la fusion des services du CHPF au sein de 15 départements, le Président du Pays a indiqué que ce point a été validé en août 2017 par « le projet d'établissement et que l'Agence de régulation sanitaire et sociale sera chargée de l'élaboration du statut d'établissement public de santé ».

Enfin, le Président du Pays a conclu sa réponse dans le cadre du contradictoire, en indiquant qu'il appartiendra au Pays « de mettre l'organisation administrative du CPPF en adéquation avec le projet d'établissement et de réformer sa gouvernance. La création d'un établissement public de santé permettra de se conformer aux recommandations de la chambre sur les problématiques de gouvernance, de règles budgétaires, financières et comptables ».

La chambre des comptes prend le plus grand acte de ces engagements du Pays.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations soulignées (1, 3, 4, 7, 8 et 9) s'adressent au Pays et les autres (2, 5 et 6) concernent la direction du CHPF.

Recommandation 1 : étendre le périmètre du centre de traitement de l'alerte, positionné au sein des locaux du CHPF, au plus grand nombre possible de communes de la Polynésie française et se doter de systèmes d'information interconnectés.

Recommandation 2 : mettre en place une commission de déontologie et de prévention des conflits d'intérêts, présidée par une personnalité extérieure indépendante.

Recommandation 3 : revoir la composition du conseil d'administration afin qu'il ne comporte plus de membre du gouvernement et que la présidence ne soit plus assurée par le ministre de la santé.

Recommandation 4 : rendre effective l'application à l'établissement de la version en vigueur de l'instruction comptable M21 et procéder à une évaluation sincère des recettes et des dépenses.

Recommandation 5 : se doter rapidement des outils et moyens (nomenclature prévisionnelle des achats), pour disposer d'une commande publique efficiente et dégager ainsi des marges de manœuvre financière.

Recommandation 6 : faire de la comptabilité analytique et du contrôle de gestion les instruments clefs de toute prise de décision.

Recommandation 7 : réaliser les investissements nécessaires afin de rapprocher le stock de l'implantation principale, dans un local répondant aux normes de sûreté.

Recommandation 8 : refondre l'arrêté n°999/CM du 12 septembre 1988 et la délibération n°96-136 APF du 21 novembre 1996, en tenant compte de l'ensemble des points mentionnées au rapport.

Recommandation 9 : évoluer vers un statut d'EPS.

INTRODUCTION

Procédure :

La Chambre territoriale des comptes de Polynésie française a procédé, dans le cadre de son programme pour 2018, à l'examen de la gestion du Centre Hospitalier de Polynésie française (CHPF) pour les exercices 2013 à la période la plus récente, en application des dispositions de l'article LO 272-12 du code des juridictions financières.

Quatre ordonnateurs se sont succédé sur la période : Mme Geneviève CAZES, M. Christophe BOURIAT et M. René CAILLET actuellement en poste. M. James COWAN, directeur des moyens généraux de l'établissement, a assuré plusieurs intérim dont deux périodes longues de cinq mois en 2014 et un an et deux mois en 2015-2016. Les entretiens de début de contrôle ont eu lieu dans les locaux de l'établissement, le 20 décembre 2017 avec M. CAILLET, directeur en exercice et le 18 décembre avec M. COWAN, directeur par intérim. Les entretiens de début de contrôle avec les autres ordonnateurs ont eu lieu le 14 décembre 2017 avec M. BOURIAT et le 25 janvier 2018 avec Mme CAZES.

En application des dispositions de l'article L272-45 du code des juridictions financières, les entretiens de fin de contrôle avec les ordonnateurs ont eu lieu, séparément, le 14 mai 2018 avec M. CAILLET et M. COWAN, le 15 mai 2018, séparément avec M. BOURIAT et Mme CAZES.

La chambre territoriale des comptes a arrêté ses observations provisoires lors de sa séance du 24 mai 2018 qui ont été adressées aux ordonnateurs et parties concernées entre le 22 juin et le 2 juillet 2018.

La réponse du directeur en exercice est parvenue le 21 août 2018 et celle du Président du Pays a été enregistrée le 14 septembre, un délai supplémentaire ayant été sollicité et obtenu jusqu'à cette date. Aucune autre réponse n'a été adressée au greffe de la chambre, laquelle a arrêté ses observations définitives lors de la séance du 9 octobre 2018.

Transmises au directeur de l'établissement public et au président de la Polynésie française par lettre du 19 octobre 2018, ces observations définitives n'ont pas donné lieu à réponse de leur part, au terme du délai d'un mois prévu par l'article L. 272-66 du code des juridictions financières.

Contexte :

Le centre hospitalier de Polynésie française est le principal hôpital pluridisciplinaire de la Polynésie française. Il intervient en complément des quatre hôpitaux de proximité situés à Taravao, sur l'île de Tahiti, et sur les îles de Moorea, Raiatea et Nuku Hiva.

Il a pour spécificité de devoir assumer sa mission d'établissement de santé dans un environnement géographique dispersé, nécessitant un équilibre entre prises en charge locales et évacuations sanitaires (EVASAN), des îles de Polynésie française vers Tahiti et de Tahiti vers la métropole ou vers la Nouvelle-Zélande. Il assure ou concourt à l'urgence et la permanence des soins, à l'enseignement et la formation du personnel de santé médical ou non médical, à la recherche et aux actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Fondé historiquement par des médecins de marine en service colonial, c'est en 1884 que le premier hôpital de Papeete fut créé. En 1988, l'hôpital, qui était encore un simple service de la direction de la santé, devient un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Depuis 2003, l'établissement, est désormais dénommé centre hospitalier de Polynésie française. En 2017, il emploie 1 905 équivalents temps plein et la capacité de l'établissement est de 459 lits et places en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), 83 en psychiatrie ; il dispose en outre de 22 postes de dialyse.

Depuis son déménagement sur le site de Taaone, en octobre 2010, l'activité du CHPF a fortement progressé. Le directeur en exercice a indiqué, en réponse, que l'activité « s'est surtout diversifiée et complexifiée ».

L'établissement présentait ainsi en 2017 un budget de 22 Mrds F CFP et un résultat d'exploitation, déficitaire constaté de 874 MF CFP au titre du budget principal, en dégradation continue et de plus en plus rapide sur la période.

Les suites données par le CHPF aux recommandations du précédent rapport de la chambre :

Dans le cadre de son précédent rapport, la chambre territoriale des comptes avait adressé 25 recommandations portant sur la fiabilité des comptes, la gouvernance, les outils de pilotage, les pratiques en matière de recrutements, tant médical que non médical, et enfin sur des propositions d'économies. Si toutes ne dépendaient pas du seul directeur du CHPF mais impliquaient également le Pays, force est, au final, de constater que les recommandations de la Chambre ont, dans l'ensemble, été fort peu suivies.

Ainsi, à l'exception de la mise en fonctionnement de l'hélistation, de l'harmonisation du fichier des immobilisations et de l'actif, de la suppression des congés rayons et de la rétrocession partielle des radiologues libéraux, l'essentiel des recommandations faites par la chambre peuvent être reconduites en 2018.

Elles seront abordées dans le corps du texte et s'adressent, tant au CHPF qu'à la collectivité de Polynésie française, ci-après dénommée « le Pays ».

1 PRESENTATION GENERALE

1.1 Contexte

Disposant d'un territoire vaste et d'une démographie vieillissante, la population de Polynésie française présente des pathologies spécifiques, appelant une politique de santé adaptée de la part du Pays, qui bénéficie d'une compétence exclusive en la matière. Fortement polarisée autour du CHPF dont les missions sont larges, l'offre de santé doit donc tenir compte de caractéristiques tout à fait spécifiques.

Le constat fait par le Pays dans son schéma d'organisation sanitaire pour la période 2016 à 2025 est objectif : *« si la Polynésie française peut se féliciter de la mise en place de la couverture sociale universelle dès 1995, l'équilibre du système de la PSG est dans une spirale de dégradation. Les dépenses de l'assurance maladie n'ont pas cessé d'augmenter, tous régimes sociaux confondus. A l'instar de la métropole, les dépenses croissent avec le ralentissement des recettes de la protection sociale, la hausse du prix des soins, les progrès coûteux des technologies médicales, l'augmentation des personnes en longue maladie et le vieillissement de la population¹ ».*

1.2 Organisation générale du centre hospitalier de Polynésie française

1.2.1 Des missions très étendues

Conformément au schéma d'organisation sanitaire précité, le CHPF a pour missions :

- d'assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, en tenant compte des aspects psychologiques des patients,
- de participer à des actions de santé publique et notamment à toutes les actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et la prévention,
- de dispenser, avec ou sans hébergement :
 - des soins de courte durée ou concernant les affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique,
 - des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion,

¹ La politique de santé en Polynésie 2016 – 2025 (pages 4 et 5).

- des soins de longue durée comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien,
- de concourir :
 - à l'enseignement et à la recherche de type médical et pharmaceutique,
 - à la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers,
 - à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétences,
 - aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination, conjointement avec les praticiens et autres professionnels de santé, personnes et services concernés , à l'aide médicale urgente,
- de développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du malade, afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience,
- de procéder à l'analyse de son activité,
- d'assurer des expertises.

1.2.2 Un statut d'établissement public administratif, inadapté pour un centre hospitalier

C'est par la délibération n°83-181 du 4 novembre 1983 que l'ancien hôpital de Mamo a été érigé en établissement public territorial administratif, doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière. Son organisation, son fonctionnement et ses règles financières et comptables ont été fixés par l'arrêté n°999/CM du 12 septembre 1988 relatif à l'organisation, au fonctionnement et aux règles financières, budgétaires et comptables du Centre hospitalier de Polynésie française.

Installé aujourd'hui dans des locaux livrés il y a moins de dix ans et qui ont coûté 47 mrd F CFP, largement financés par l'État, le CHPF est dirigé conjointement par un conseil d'administration et un directeur. Le conseil d'administration est composé de 13 membres et est présidé par le Ministre de la santé². Il définit la politique générale de l'établissement, mise ensuite en œuvre par un directeur nommé par le gouvernement du Pays.

L'organisation en EPA emporte désormais un certain nombre de conséquences négatives, en particulier sur le plan la gouvernance. Ce point, central et majeur, fait l'objet de développements infra.

² Arrêté n°1334/CM du 4 octobre 2013.

1.2.3 Un établissement dont l'activité est en forte croissance

Par rapport au site de Mamao, le bâtiment actuel a vu sa surface passer de 30 000 m² à 100 000 m² (+230%) alors que sa capacité en nombre de lits et places augmentait de seulement 18 %. Cette augmentation de surface résulte du parti architectural retenu avec un hall de grande taille et une structure du bâtiment en longueur. La capacité en lits du CHPF n'a ainsi augmenté que de 25 lits et 49 places, y compris l'intégration en mai 2012 des 17 places d'hospitalisation de jour en pédopsychiatrie, antérieurement gérées par la direction de la santé.

En 2018, le CHPF dispose aussi de 564 lits et places³ pour un effectif moyen de 1 905 équivalents temps plein⁴. Doté d'un budget principal et de 5 budgets annexes⁵, ses dépenses représentent environ 22 milliards de francs CFP, faisant de cet établissement le deuxième employeur, après l'administration du Pays.

1.2.4 Des projets médical et d'établissement retardés dans l'attente de l'adoption du schéma d'organisation des soins (SOS)

Alors que le précédent projet d'établissement était échu depuis 2013, il a fallu attendre la formalisation du SOS pour que le nouveau projet d'établissement 2017-2022 soit adopté. C'est donc avec ce décalage que le nouveau projet médical a été rédigé. Cette carence entre deux projets d'établissement s'est avéré préjudiciable à l'hôpital car il l'a laissé sans projet et cadre programmatique formalisé pendant plusieurs années.

Si le projet médical met désormais en avant, à juste titre, l'objectif de recentrer l'activité autour des soins aigus, vocation première de l'établissement, le développement de nouvelles activités apparaît aujourd'hui irréaliste compte tenu de la réduction des marges de manœuvre financières et de l'absence de toute comptabilité analytique permettant un dialogue de gestion entre l'établissement, la tutelle et la CPS. Ce point fera l'objet de développement dans la suite du rapport.

Le projet d'établissement en cours fait état, à bon escient, d'une nécessaire évolution de l'établissement : effectivement, l'organisation sur un cycle de travail unique de journée continue (7h30 à 15 h30) génère structurellement des heures supplémentaires qui pèsent sur les finances du CHPF. Le projet d'établissement pointe également la nécessaire évolution de l'organisation des blocs opératoires dont l'efficacité est largement perfectible. Ces points feront l'objet de développements infra.

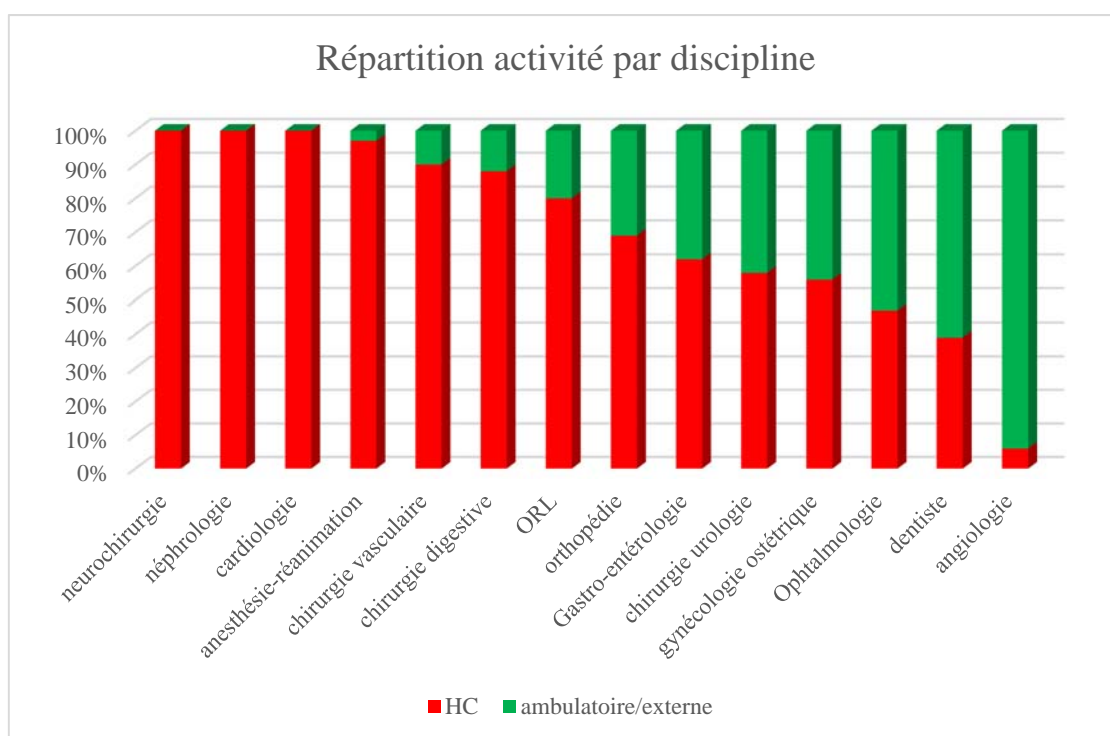
Dans ce contexte, il aurait été nécessaire que l'établissement prenne beaucoup plus tôt certaines décisions. C'est le cas concernant l'activité ambulatoire. Dans ce domaine, l'établissement affiche globalement un taux d'ambulatoire d'environ 25% qui dissimule des disparités importantes entre services. Ainsi, l'ORL et l'ophtalmologie présentent des taux qui peuvent être jugés trop bas par rapport à des établissements comparables. Cette situation peut s'expliquer par le mode de financement globalisé (DGF) ; en l'absence de toute incitation

³ 459 lits et places en MCO, 83 lits et places en psychiatrie et 22 postes de dialyse.

⁴ ETP.

⁵ 5 BA en 2017 Psychiatrie, centre de transfusion sanguine, SAMU, Hôtel des familles, Ecole de sages-femmes (fermeture du BA Nivee en 2016).

financière de la CPS, l'activité ambulatoire apparaît aujourd'hui sous-développée alors qu'une cible de 50 % permettrait de réduire les durées moyennes de séjour et de préserver la capacité d'accueil, aujourd'hui sous tension. Ce constat est partagé par le directeur en exercice du CHPF qui évoque par ailleurs d'autres raisons tels que le taux de comorbidité associée des patients en Polynésie ainsi que les problématiques sociales et l'éclatement du territoire de Polynésie française qui compliquent le retour à domicile du patient.



C'est également le cas de la reconfiguration de l'hôpital de jour d'oncologie, nécessaire à l'amélioration des conditions d'accueil des patients atteints de pathologies cancéreuses, dont le nombre n'a cessé de croître, et pour laquelle le directeur en exercice a indiqué que celle-ci « doit aboutir avant fin 2018 ».

C'est enfin uniquement dans le cadre du dernier projet d'établissement que le CHPF a dressé le constat d'une nécessaire évolution de l'organisation en services, inadaptée aux enjeux de mutualisation, vers une organisation en 15 départements.

Si les projets médicaux et d'établissement posent désormais des constats et des objectifs clairs, la méthode à suivre pour recentrer l'établissement sur le cœur de ses missions reste totalement à déterminer pour avoir une chance de devenir, à terme, opérationnelle.

En réponse, le directeur en exercice a précisé qu'en dépit de sa validation par le CA de février 2018, « la mise en place des départements, mesure emblématique prévue par le projet médical a rencontré une vive opposition de certains chefs de services qui se réfèrent à l'arrêté N°999 du 12 septembre 1988 pour rappeler leurs prérogatives quant à l'organisation des moyens, notamment en personnels ».

La chambre insiste sur la nécessité de mettre en œuvre cette réforme nécessaire au bon accomplissement par l'établissement de sa mission en procédant sur ce point en particulier à une modification de l'arrêté n°999 précité ainsi que de la délibération n°96-136 APF du 21 novembre 1996.

1.3 Activité du centre hospitalier de Polynésie française

1.3.1 Une activité diversifiée

Parmi les acteurs de santé de la Polynésie française, tant publics que privés, le CHPF est un acteur majeur. Il représente ainsi plus de la moitié des hospitalisations du territoire, 60 % des naissances et la totalité de l'offre de soins pour les spécialités critiques⁶ et la fourniture de l'ensemble des produits sanguins labiles du territoire.

Le CHPF connaît depuis son déménagement sur le site de Taaone en octobre 2010 une hausse constante d'activité. Répondant à une demande du Pays, l'établissement a en particulier développé sur la période contrôlée la médecine isotopique et une activité d'oncologie qui ont contribué à réduire les évacuations sanitaires en dehors de la Polynésie française. Ainsi, alors qu'il ne compte que 459 lits et places en MCO, les caractéristiques de son territoire l'amènent à prendre en charge des missions habituellement imparties à des établissements de plus grosse taille. Par rapport à des CH de même capacité⁷, l'éventail des cas traités⁸ est plus important. Cette situation est également alimentée par le déport des établissements privés d'un certain nombre de prises en charge et qui se solde, de fait, par le recours au CHPF.

Tableau n° 1 : Le CHPF par rapport à des établissements présentant une activité proche en 2016

	CHPF	Tourcoing	Bayonne	Pau	Arras
Nombre de lits	430	431	441	489	380
nombre de places	29	33	35	66	57
niveau de la maternité	3	2	3	3	3
Nombre passages urgences non suivis hospit.	33 624	42 589	36 649	48 997	38 349
nombre minimum de GHM (80 % séjours)	140	115	151	148	134
nombre d'accouchements	1 883	1 537	2 012	1 283	1 691
nombre de césariennes	457	256	285	336	428

(source : à partir de données CHPF – DIM à partir du PMSI 2016)

⁶ Réanimations néo-natale, pédiatrique et adulte, cardiologie et neurologie urgente, dialyse lourde.

⁷ Tourcoing, Bayonne, Pau et Arras.

⁸ Ou « case mix » en anglais, décrivant le classement en groupements homogènes de malades (GHM).

Le CHPF intervient dans l'ensemble des catégories, de façon assez homogène, illustrant une activité diversifiée, allant pour 2,3% de son activité vers des actes relevant de CHU.

Tableau n° 2 : Activité de l'établissement en référence à des établissements de taille comparable

	CHPF	Tourcoing	Bayonne	Arras	Pau
chirurgie du sein	68	8	96	92	141
Cataracte	326	1178	1	0	1054
arthroscopie du genou	67	233	348	169	165
hernie infantile	66	1	52	3	88
résection trans urétrale prostate	33	57	120	86	0
hernie adulte	128	109	266	142	270
Part activité CHU	2,3%	0,05%	1,1%	0,4%	0,7%

(source : CHPF DIM à partir du PMSI 2016)

1.3.2 Une organisation en services de taille trop réduite

Sur la période 2014 à 2017, le nombre de services a augmenté de 2 passant de 30 à 32, soit une taille moyenne, trop réduite, de 13 lits uniquement. Si la taille et le nombre de services sont restés stables en chirurgie (16 lits) et en obstétrique (18 lits), ce n'est pas le cas des services de médecine dont la taille a diminué. Elle est inférieure à 11 lits en 2017. Ce point, central, fera l'objet de développements infra, tant sur le plan organisationnel que financier.

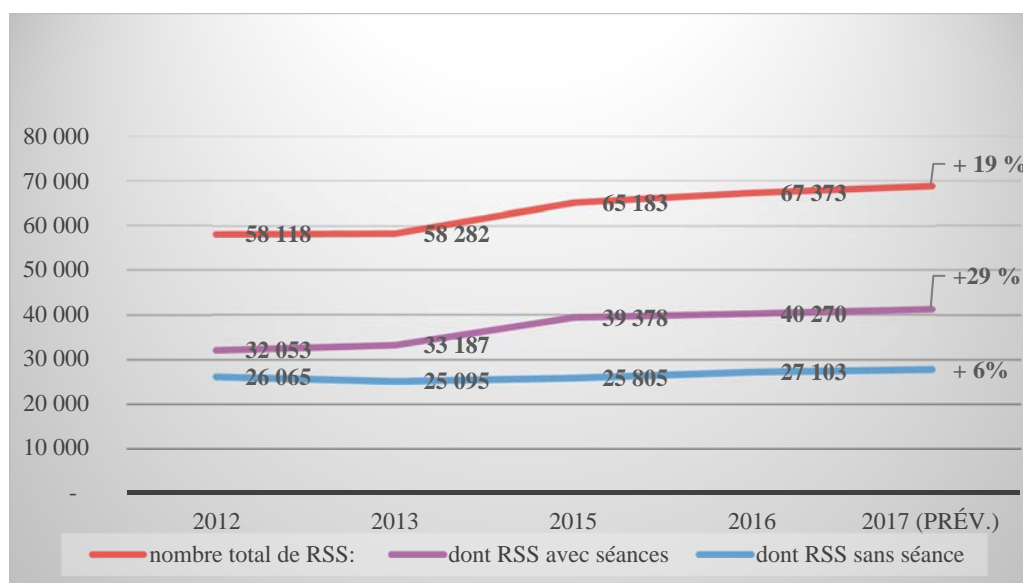
Tableau n° 3 : Des services de petite taille, en particulier en médecine

	2014	2015	2016	2017
Médecine				
nombre de services	18	19	20	20
nombre moyen de lits	11,5	11,3	10,8	10,7
Chirurgie				
nombre de services	7	7	7	7
nombre moyen de lits	16,3	16,3	16,3	16,3
obstétrique				
nombre de services	5	5	5	5
nombre moyen de lits	18,2	18,2	18,2	18,2
total MCO				
nombre de services	30	31	32	32
nombre moyen de lits	13,7	13,5	13,1	13,1

(source : CHPF)

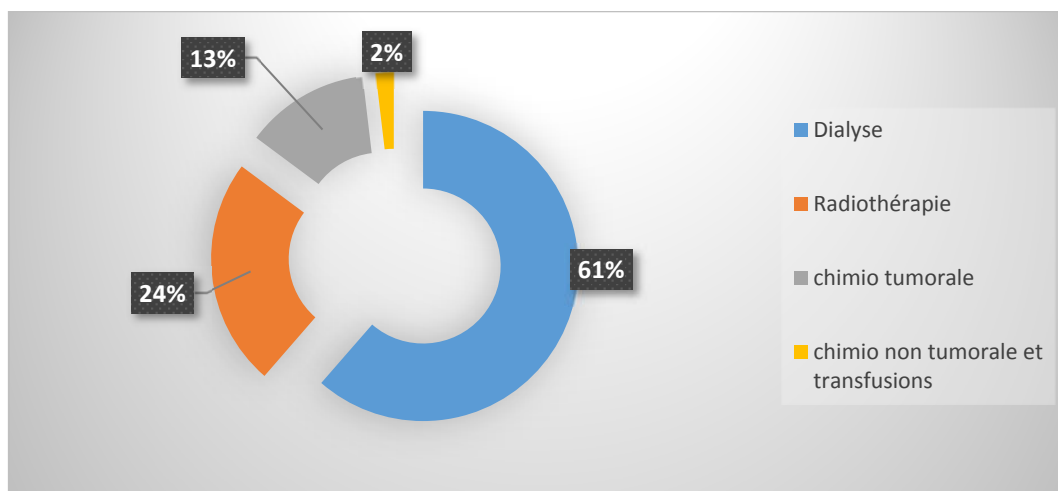
1.3.3 Une activité en forte progression et des durées moyennes de séjour encore trop élevées

Entre 2012 et 2017, l'activité a fortement progressé (+19 %), en particulier du fait de celle des séjours avec séances (+29%). C'est plus spécifiquement les soins de dialyse (61%) et de radiothérapie (24%) qui sont à l'origine de cette progression.

Graphique n° 1 : Evolution du nombre de séjours avec et sans séance

Source : DIM CHPF

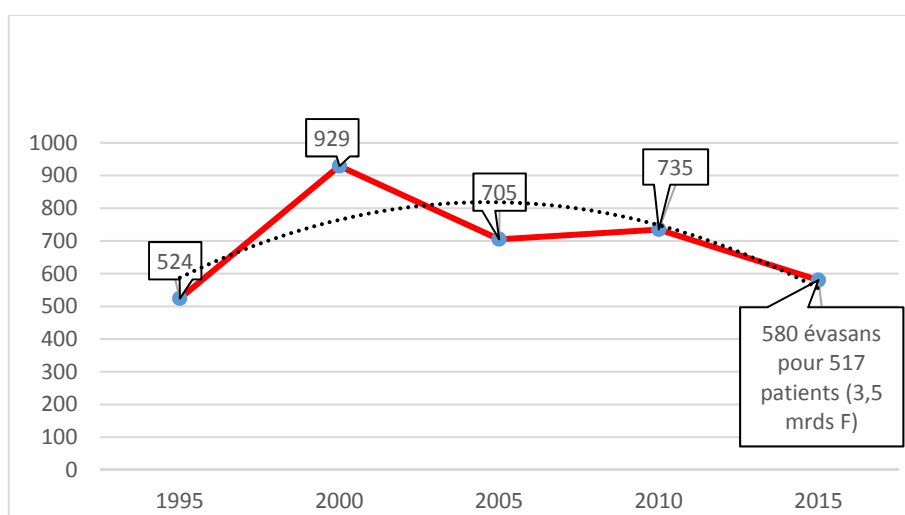
Graphique n° 2 : Répartition des séjours avec séance en 2016



Source : DIM CHPF

Le graphique n°3 ci-après permet de constater, alors que le nombre d'évacuations sanitaires internationales tendait à croître de 1995 à 2000, que la mise en place de la radiothérapie en 2011 a contribué à renverser la tendance, ainsi que le développement des greffes et de l'oncologie.

Graphique n° 3 : Evolution du nombre d'évacuations sanitaires internationales (EVASANS)



Source : projet médical CHPF- page 7.

Selon les données de la CPS, les évacuations sanitaires ont, à nouveau, augmenté à compter de 2016 pour atteindre plus de 660, réparties entre la métropole (>60 %) et la Nouvelle-Zélande (>30%). Elles ont concerné plus de 600 patients pour un coût moyen de 7,5 MF par patient pour la métropole et de 3,5 MF CFP par patient pour la Nouvelle Zélande. Les deux tiers des pathologies concernées concernent la cancérologie (>30%) et la cardiologie (>30%). En 2016, les soins représentaient en moyenne 79% de ce coût et le transport environ 8%.

Tableau n° 4 : Suivi des Evasans à compter de 2016

	2016		2017	
		en %		en %
nbre EVASANS (1)	672		661	
<i>dt Métropole</i>	463	69%	431	65%
<i>dt Nouvelle-Zélande (NZ)</i>	209	31%	230	35%
Nbre de patients (2)	621		612	
coût total en MF CFP (3)	4044		3015	
<i>dont coût métropole</i>	3197	79%	2246	74%
<i>dont coût NZ</i>	847	21%	769	26%
coût moyen par évasan en MF CFP (4) = (3) / (2)	6,5		4,9	
<i>dont coût métropole</i>	8		7	
<i>dont coût NZ</i>	5		4	

Source : à partir de données CPS.

L'équilibre entre la réalisation de soins en Polynésie et l'évacuation sanitaire est donc essentiel en termes de confort de traitement pour les patients et leur famille mais également d'un point de vue financier. Il est par conséquent indispensable que l'ensemble de ces aspects soit pris en compte dans le cadre des études médico-économiques à réaliser avant le déploiement de toute nouvelle activité. Mais cette démarche nécessiterait d'abord que l'établissement soit en capacité de quantifier finement les données d'activité médicale et financières. Malheureusement, faute d'une comptabilité analytique fiable, celui-ci n'est toujours pas en capacité de mener sur des bases objectivées un véritable dialogue de gestion avec sa tutelle. Cette carence, déjà signalée dans le précédent rapport de la chambre, est l'objet de développements infra.

En outre, afin de remplir correctement sa mission dans le contexte présenté supra, l'établissement se doit de réduire la durée moyenne des séjours (DMS) en orientant les patients, de la façon la plus fluide possible, vers des établissements de soins de suite et de réadaptation, après la phase aigüe d'hospitalisation. Le tableau qui suit permet de constater que la DMS, calculée à l'échelle de l'année civile, est de l'ordre de 6 jours. Elle est en légère baisse sur la période contrôlée. Ce résultat est encore largement perfectible eu égard en particulier au taux d'occupation des services élevé. Ces indicateurs traduisent une capacité d'accueil sous tension, notamment en psychiatrie.

Tableau n° 5 : Les indicateurs d'activité 2016

	MCO	psychiatrie
durée moyenne de séjour en nombre des jours	6,3	28,3
taux d'occupation en %	84,3%	105,7%

source : à partir de données CHPF

En réponse, le directeur en exercice a précisé que « *le CHPF pâtit en l'occurrence des problèmes structurels suivants :*

- *absence de lits de suite et de moyen séjour. (...),*
- *faible nombre de structures de type EHPAD ou d'accueil en gériatrie,*
- *absence, jusqu'en 2017, de structure d'hospitalisation à domicile. L'autorisation récente de la création de 30 places est très attendue, notamment pour les fins de vie et les soins palliatifs, pour lesquels très peu de solutions sont ouvertes ».*

Au demeurant, l'équilibre à trouver est complexe car les caractéristiques du territoire tendent à augmenter cette durée, en particulier pour les patients en provenance des îles mais aussi en raison du faible nombre de structures d'aval en soins de suite et des difficultés liées au transport sanitaire. Par ailleurs, le fort taux de remplissage de l'hôtel des familles (BA hospitel), actuellement observé, devrait inciter l'établissement à développer ce type de capacité. Le recours à des nuitées de pré et de post-admission permet en effet de fluidifier le parcours du patient et ainsi de libérer des capacités d'accueil en hospitalisation ; au surplus, les possibilités d'accueil offertes par les hôpitaux périphériques pourraient être mieux utilisées.

En psychiatrie, le taux d'occupation est supérieur à 100 % et la DMS affichée, de 28 jours, ne traduit pas la réalité dans cette spécialité. Effectivement, alors que certains patients sont hospitalisés de façon récurrente sur plusieurs exercices, la DMS est calculée uniquement sur l'année civile, introduisant ainsi un biais important. Selon les données communiquées par le CHPF, la file active est d'environ 400 patients pour lesquels les alternatives à l'hospitalisation, insuffisamment développées, conduisent inéluctablement à l'hospitalisation au CHPF. Outre les hospitalisations à la demande du représentant de l'Etat⁹ ou d'un tiers¹⁰, les besoins de soins en ambulatoire sont supérieurs à l'offre. Cette faiblesse du nombre de filières d'aval a conduit à engorger les services de psychiatrie du CHPF. Il est ainsi fréquent que des chambres, théoriquement calibrées pour un patient, en accueillent deux et que celles prévues pour deux patients en accueillent trois mais dans des conditions d'hébergement inadmissibles. C'est donc à juste titre que les services de psychiatrie du CHPF ont alerté en novembre 2017 le ministère de la santé de la dégradation des conditions de prise en charge thérapeutique des pathologies psychiatriques en Polynésie française. C'est également à juste titre que les équipes médicales proposent, sans réponse à ce jour, des scénarii alternatifs : création de structures légères, agrément de familles d'accueil thérapeutique voire création d'unités d'hospitalisation de jour dans les murs des centres pénitentiaires.

Au-delà du projet de création du pôle de psychiatrie dont l'ouverture permettra de réguler la surpopulation intramuros de l'hôpital, la Chambre considère comme impératif que le Pays, la CPS et le CHPF traitent cette question en priorité, notamment en développant des filières d'aval.

⁹ ADRE.

¹⁰ HDT.

1.3.4 Un début de mutualisation du traitement de l'alerte entre le SAMU et les pompiers

Le SAMU du CHPF a été créé en août 2005 par l'attribution d'un financement de 240 MF CFP (40 MF CFP en investissement¹¹ et 200 MF en fonctionnement¹²) identifié dans un budget annexe du CHPF.

En termes d'activité, le centre de réception et de régulation des appels a ouvert 23 083 dossiers, traduisant une activité en progression de 35 % sur la période. Entre 2013 et 2017, l'augmentation des flux d'adressage des patients par les pompiers est significative puisqu'ils sont passés de 7 155 à 13 644 (+91%). Cette tendance de fond s'avère donc importante et pérenne.

En Polynésie française, le déclenchement du traitement de l'urgence s'opère via les pompiers de chaque commune, ou via le 15, vers le SAMU. Sur les 48 communes de la Polynésie, seules 28 sont dotées de centres de secours. Dès lors, la transmission de l'information, les modalités de déclenchement de l'alerte et le dimensionnement des moyens sont primordiales pour une prise en charge optimale de l'urgence.

Le CHPF et les autres hôpitaux dotés de services des urgences, prennent en charge ces dernières sans qu'aucune loi de Pays d'organisation du traitement de l'urgence n'ait pu aboutir. Les textes métropolitains n'étant pas applicables, il n'existe donc pas de textes réglementaires en Polynésie française qui définissent les niveaux de soins pouvant être assurés par les différents établissements appelés à traiter l'urgence, c'est donc vers le CHPF et son plateau technique que les patients sont souvent adressés, quelle que soit la gravité de leur problème médical. Cette situation est doublement dommageable car outre les carences qu'elle révèle, elle expose le Pays et les établissements concernés à un risque juridique en cas de recours de la part d'un patient invoquant une mauvaise prise en charge.

L'ordonnance du 15 février 2006, portant actualisation et adaptation du droit applicable en matière de sécurité civile en Polynésie française prévoit toutefois en son article 33 :

- la création « *d'un établissement public local à caractère administratif, dénommé établissement public d'incendie et de secours de Polynésie française, composé des communes et des établissements publics de coopération intercommunale compétents en matière de secours et de lutte contre l'incendie. La Polynésie française peut être membre de l'établissement public.* »
- et qui a pour mission :
 - « *le conseil aux collectivités territoriales et à leurs groupements en matière d'acquisition, de location et de gestion d'équipements et matériels d'incendie et de secours, ainsi que la constitution d'un groupement de commandes avec les collectivités territoriales ou leurs groupements afin de coordonner et grouper les achats ;*
 - *la mise en place, l'équipement et le fonctionnement d'un ou, si nécessaire, de plusieurs centres de traitement de l'alerte ;*
 - *l'information et la sensibilisation du public aux risques affectant la sécurité des personnes et des biens ;*

¹¹ Création d'une salle de régulation et acquisition d'équipements.

¹² Recrutement des personnels pour le fonctionnement du SAMU avec deux entités (Centre 15 et CESU).

- la réalisation d'études et de recherches ;
- sur décision du conseil d'administration prévu à l'article 34, l'acquisition, la location et la gestion d'équipements et matériels d'incendie et de secours, complémentaires, en tant que de besoin, aux moyens des services communaux et intercommunaux d'incendie et de secours, ainsi que l'acquisition ou la location des biens meubles et immeubles nécessaires à l'entretien et à la gestion de ces moyens propres à l'établissement public d'incendie et de secours de Polynésie française. Celui-ci pourra passer avec les collectivités territoriales ou leurs établissements publics toute convention concernant la gestion opérationnelle ou non opérationnelle des moyens des services d'incendie et de secours. »

Douze années plus tard, l'établissement n'a toujours pas vu le jour.

Dans le cadre de son précédent rapport, La chambre territoriale des comptes avait recommandé de formaliser « les conventions avec le SMUR périphérique de la direction de la santé, avec les différents services de sapeurs-pompiers des communes ». L'ordonnateur du CHPF avait indiqué en réponse sur ce point « qu'aucune convention n'a été formalisée, notamment en raison de l'absence de réglementation relative à la médecine d'urgence en Polynésie française ». De même, il avait précisé que, si « aucune convention n'encadre les relations entre les services communaux de secours et le CHPF, une convention lie depuis août 2016 le CHPF aux communes de Mahina, Arue et Pirae pour la mise en place d'un centre de traitement de l'alerte positionné sur le plateau d'écoute du Samu ».

Si le cadre conventionnel n'a que peu progressé, la mutualisation entre le SAMU et les pompiers de deux communes (Arue et Pirae)¹³ est une évolution tout à fait positive. De fait, le centre de traitement des appels du SAMU et des pompiers de ces deux communes est désormais physiquement situé au sein du CHPF depuis avril 2018. Cette situation est favorable puisqu'elle permettra à terme une mutualisation qui remplit plusieurs objectifs : réceptionner dans un même lieu les appels, favoriser la transmission des informations, optimiser la complémentarité des services en cas de secours à personne, organiser et réguler les moyens engagés et améliorer la pertinence et la qualité des interventions. Afin que cette mutualisation soit optimale, il convient que les systèmes d'information soient interconnectés pour permettre les synergies techniques, organisationnelles et humaines.

Cette interconnexion, chiffrée à 100 MF CFP par le CHPF, permettra de mettre en lien le système du centre 15 du CHPF¹⁴ avec celui des pompiers¹⁵. Dans l'idéal, cette organisation pourrait s'étendre aux autres communes de Polynésie pour une amélioration du traitement de l'urgence. Compte tenu de l'antériorité de ce projet, La chambre territoriale des comptes recommande au CHPF, sous l'égide du Pays et en lien avec les communes, de :

Recommandation n°1 : étendre le périmètre du centre de traitement de l'alerte, positionné au sein des locaux du CHPF, au plus grand nombre possible de communes de la Polynésie française et de se doter de systèmes d'information interconnectés.

¹³ La commune de Mahina s'est retirée du dispositif, à son lancement, en juin 2018.

¹⁴ Centaure 15

¹⁵ Artémis

En réponse, le président du Pays a indiqué qu'il « *conviendra à terme de créer une structure intercommunale élargie aux 48 communes, avec un financement spécifique* ». Il a par ailleurs précisé que « *ce projet de 122 MF CFP ne peut être financé par le CHPF dans le contexte actuel* » et que des financements seront à rechercher « *dans le cadre du contrat de projet* ».

1.4 Gouvernance du centre hospitalier de Polynésie française

1.4.1 Les instances du CHPF

Le CHPF compte les instances reprises dans le tableau infra :

Tableau n° 6 : Les différentes instances du CHPF

Libellé	Attributions
commission médicale d'établissement	gère la vie médicale et fonctionnement de l'hôpital
comité technique paritaire	consulté sur les questions relatives aux conditions générales d'organisation et les programmes de modernisation des méthodes
commission paritaire consultative	problèmes individuels concernant les agents non fonctionnaires de l'administration (ANFA)
comité de lutte contre les infections nosocomiales	dirige les mesures de prévention des infections nosocomiales et bonne application de l'hygiène hospitalière
comité de lutte contre la douleur	formation / sensibilisation du personnel hospitalier à la prévention de la douleur
comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance	Traçabilité des produits sanguins
commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	organisation générale des soins
conseil de bloc	organisation des blocs
comité de liaison en alimentation et en nutrition	programme annuel d'actions pour améliorer nutrition et alimentation
comité de pilotage qualité et gestion des risques	politique qualité et gestion des risques
Centre de coordination en cancérologie	définir une stratégie de cancérologie et déclinaison opérationnelle du plan cancer

source : à partir de données CHPF.

Cependant, le CHPF n'est pas doté d'une commission de déontologie et de prévention des conflits d'intérêts. Pourtant, de telles situations ne manquent pas de naître dans un environnement insulaire et une population active restreinte. Ce risque est en outre accentué par la raréfaction des compétences médicales, les salariés du CHPF pouvant être appelés à intervenir dans des associations liées à l'établissement. Compte tenu des risques encourus, tant pour l'établissement que pour ses salariés, La chambre territoriale des comptes recommande à la direction du CHPF de proposer au conseil d'administration de :

Recommandation n°2 : mettre en place une commission de déontologie et de prévention des conflits d'intérêts, présidée par une personnalité extérieure indépendante.

En réponse, le directeur en exercice a indiqué souscrire à cette recommandation ; par ailleurs, il a précisé que cette évolution « *devrait être validée préalablement par le Conseil d'administration (et qu'une) proposition sera formulée en ce sens dans les prochains mois* ».

En réponse, le président du Pays a indiqué, dans le même sens, qu'il « *sera demandé au CHPF d'initier les travaux d'élaboration d'un code de déontologie dès cette année* ».

1.4.2 Un manque de stabilité du personnel de direction

L'établissement présente une faible stabilité de son personnel de direction, à l'image des quatre directeurs qui se sont succédé sur la période contrôlée. Certains licenciements ont été coûteux pour les finances de l'établissement et ont donné lieu à d'importants développements médiatiques. Tous les directeurs en question n'avaient d'ailleurs pas reçu une lettre de mission de la part du Ministre de la santé du Pays (initiale ou mise à jour suite à changement de gouvernement).

Cette instabilité est également remarquée pour les autres fonctions de direction. A titre d'illustration, trois responsables travaux se sont succédé pendant la période sous revue ; par ailleurs, le directeur des finances et celle des ressources humaines, recrutés en qualité de non titulaires, ont concomitamment quitté leurs fonctions en janvier 2018, suite à un recours juridictionnel contestant l'absence de publication de vacances de ces deux postes. Ce n'est qu'en mai 2018, que le CHPF a pu recruter un nouveau DRH, et en août 2018 le nouveau directeur des finances.

Le contraste est, à cet égard, marqué avec le personnel d'exécution des services administratifs mais également avec la représentation médicale, plus stable sur la période.

L'ensemble de ces caractéristiques, conjugué à la forte déconcentration des processus décisionnels, traduit la complexité du pilotage de cet établissement dont la gouvernance et l'architecture doivent sans aucun doute évoluer afin qu'il puisse remplir sa mission. Ce point est l'objet de développements infra.

1.4.3 Un contrôle interne embryonnaire

La modernisation de l'administration du Pays et le développement du contrôle interne constituent des chantiers importants du mandat 2014-2018 de la collectivité de Polynésie

française. En tant qu'établissement public le plus fortement doté en effectifs, le CHPF a désigné plusieurs agents qui ont suivi une formation à la formalisation des procédures de contrôle interne. Toutefois, l'existence même d'une liste des procédures existantes en cours de révision témoigne d'une démarche encore embryonnaire qui est encore loin d'avoir produit les effets escomptés.

1.4.4 L'omniprésence du Pays au sein du Conseil d'administration

Le statut d'EPA emporte un certain nombre de conséquences au premier rang desquelles figure la prééminence du conseil d'administration (CA) dans la gouvernance de l'établissement et à l'intérieur du CA, de membres du gouvernement du Pays. Lors de son précédent rapport, La chambre territoriale des comptes avait recommandé de « clarifier les rôles du CA et de l'autorité de tutelle » et d'en « revoir la composition afin que ce dernier ne comporte plus de membre du gouvernement et que la présidence ne soit plus assurée par le ministre de la santé ».

En 2018, cette situation n'a pas évolué car l'article 3 de l'arrêté n°999/CM du 12 septembre 1988 précité, dispose toujours que le Conseil d'administration « est présidé par le ministre chargé de la santé et (qu'il) comprend les membres suivants :

- le ministre en charge de la solidarité ou son représentant ;
- le ministre en charge du budget ou son représentant ;
- un représentant à l'assemblée de la Polynésie française ou son suppléant ;
- deux représentants du régime général des salariés désignés par le conseil d'administration du régime ;
- un représentant du régime des non-salariés désigné par le conseil d'administration du régime ;
- un représentant du régime de solidarité de la Polynésie française désigné par le comité de gestion du régime ;
- deux représentants de la commission médicale d'établissement élus par celle-ci ;
- un représentant du conseil de l'ordre des médecins de la Polynésie française ;
- deux représentants du personnel du Centre hospitalier de la Polynésie française élus au scrutin uninominal à un tour ».

Les pouvoirs du conseil d'administration sont étendus ; effectivement, en application des dispositions de l'arrêté n°999/CM du 12 septembre 1988, et en particulier de son article 14, le Conseil d'administration délibère sur :

- La politique générale de l'établissement et le programme définissant les besoins que l'établissement doit satisfaire ;
- Le plan directeur ainsi que les projets de travaux de constructions, grosses réparations et démolitions ;
- Le budget, les décisions modificatives et les comptes de l'établissement ;
- Les propositions de prix de journée et des actes professionnels en vue de la fixation du tarif des

- prestations par le conseil des ministres ;
- La détermination des redevances afférentes aux prestations autres que celles visées au n° 4 ci-dessus ;
- Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leurs affectations, les conditions des baux de plus de huit ans ;
- Les emprunts autorisés dans les conditions réglementaires ;
- Le règlement intérieur de l'établissement (complété, Ar n° 1237 CM du 30/12/2005, art. 3) « et le règlement intérieur spécial du Centre de transfusion sanguine (CTS) » ;
- Les créations, suppressions et transformations de services médicaux et pharmaceutiques, ainsi que, le cas échéant, des pôles d'activités et des départements hospitaliers proposés par la commission médicale d'établissement ; les créations, suppressions et transformations des services autres que médicaux et pharmaceutiques ;
- Le tableau des effectifs ;
- Les règles concernant l'emploi et la rémunération des diverses catégories de personnels pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles ;
- L'acceptation et le refus des dons et legs ;
- Les actions judiciaires et les transactions ;
- (...),
- Les habilitations à signer les conventions de prêt nécessaires pour l'exécution du budget de l'établissement ;
- Les budgets annexes relatifs au fonctionnement des écoles rattachées au Centre hospitalier territorial et des activités décidées par le conseil d'administration ;
- Les propositions d'affectation des résultats d'exploitation.

Or, la lecture des procès-verbaux du CA a permis de constater que, loin d'assurer uniquement un rôle stratégique, cette instance est parfois impliquée dans la mise en œuvre opérationnelle, voire dans la gestion quotidienne. Ainsi, à titre d'illustration, le retard de validation par le conseil de la caution bancaire de l'emprunt de 2017 s'est soldé par un report de l'investissement sur 2018. De même, le CA aura consacré un temps significatif à la validation de l'organigramme qui habituellement relève du seul directeur dans un autre CH. Outre le fait que cette organisation ralentit les processus décisionnels, elle ne permet pas à la tutelle de disposer de la distance nécessaire pour arbitrer certains conflits, notamment vis-à-vis des revendications médicales. Dans ces conditions, La chambre territoriale des comptes ne peut que recommander de nouveau au Pays de :

Recommandation n°3 : revoir la composition du conseil d'administration afin qu'il ne comporte plus de membre du gouvernement et que la présidence ne soit plus assurée par le ministre de la santé.

En réponse, le Président du Pays a indiqué que la « *composition du Conseil d'administration pourra être revue après que les outils de pilotage et de contrôle (...) auront été mis en place [par le CHPF] (courrier 145/MSS du 23 janvier 2018)* ».

La chambre territoriale des comptes ne peut qu'encourager cette perspective, indépendamment de la mise en place tout à fait nécessaire par l'établissement des outils de pilotage et de contrôle.

2 LE BUDGET ET LES COMPTES

2.1 Le respect des principes d'annualité et d'équilibre budgétaires

Compte tenu de la réduction de ses marges de manœuvre financière, il est stratégique que l'établissement respecte les principes de l'annualité et de l'équilibre budgétaires en rattachant l'ensemble des charges et des produits à l'exercice correspondant et aussi en évaluant de façon sincère ses dépenses et ses recettes. Dans le cas contraire, le risque de voir se creuser un déséquilibre est avéré, l'établissement affichant des résultats qui ne seraient pas le reflet de la réalité.

Ce risque est constaté par le Conseil d'administration lui-même ; lors de sa séance du 8 décembre 2017, le PV fait état de la non incorporation de charges connues dans la construction du budget de l'établissement cela pour maintenir son équilibre.

Les taux d'exécution des dépenses et des recettes sont en moyenne de 98 % en fonctionnement et de 50 % environ en investissement, illustrant des marges de manœuvre financières réduites et l'impérieuse nécessité de veiller au respect de l'équilibre budgétaire.

Dans le cadre de son précédent rapport, la CTC recommandait déjà de rendre applicable la version en vigueur de la M21. En réponse sur ce point, l'ordonnateur du CHPF a indiqué que « *malgré plusieurs demandes de l'établissement, aucune évolution n'a été possible pour ce qui concerne la version de la M21 applicable* ». Cette application suppose de modifier l'article 62 de l'arrêté n°999/CM du 12 septembre 1988.

Indépendamment de la révision de cet arrêté, La chambre territoriale des comptes recommande au Pays de :

Recommandation n°4 : Rendre effective l'application à l'établissement de la version en vigueur de la M21 et procéder à une évaluation sincère des recettes et des dépenses.

En réponse, le directeur en exercice a indiqué que « *la direction va se rapprocher du ministère de la santé et de la direction de la modernisation de l'administration, en lien avec les services de la DGFIP, afin d'envisager les modalités d'un changement de réglementation* ».

Pour sa part, le Président du Pays a indiqué qu'il « *y a lieu de considérer que l'instruction comptable M21 en vigueur a été implicitement validée, en l'absence d'amendement de l'article 62 indiquant le contraire à l'occasion des modifications de l'arrêté n° 999/CM du 12/09/1988* ».

Au vu de ces deux réponses, la chambre renouvelle sa recommandation et prend note des engagements de l'établissement et du Pays.

2.1.1 Le rattachement des charges

Les écritures de rattachement consistent à émettre des mandats d'ordre pour l'ensemble des dépenses dont le service a été fait mais qui n'ont pu être payées, généralement parce que le

fournisseur a tardé à transmettre sa facture. Pour ces écritures, l'ordonnateur émet un mandat au débit du compte de charges concerné (classe 6), un compte d'attente (classe 4) étant par ailleurs crédité. Le tableau ci-après retrace l'évolution des comptes 408 « fournisseurs – factures non parvenues », 428 « personnel - charges à payer » et 468 « autres charges à payer ».

Au 31/12/2016, le compte 408 « fournisseurs – factures non parvenues » affiche un montant de près de 714 MF CFP soit une variation de 312 MF CFP (+ 77,6 %) par rapport à l'année précédente. Il s'agit principalement des factures du CHU de Bordeaux, lié au CHPF pour l'affectation d'internes¹⁶.

Tableau n° 7 : Evolution des charges à payer – Budget principal

<i>Solde créditeur au 31/12 en F CFP</i>	2013	2014	2015	2016
<i>C/408 « fournisseurs – Factures non parvenues »</i>	238 828 318	108 282 183	401 924 621	713 903 975
<i>428 « personnel - charges à payer »</i>	62 523 042	74 339 405	5 959 673	10 231 927
<i>4381 »charges à payer – CPS »</i>	-	-	-	200 736
<i>468 « autres charges à payer »</i>	-	-	1 088 222	29 186 019

(source : comptes de gestion).

Tableau n° 8 : Postes principaux du compte 408 « fournisseurs et factures non parvenues »

<i>Comptes</i>	<i>Intitulés</i>	<i>Montant</i>
<i>602</i>	Achats stockés	104 187 081
<i>606</i>	Achats non stockés	31 102 552
<i>611</i>	Prestations externes (labo, CS)	65 293 472
<i>621</i>	Personnel extérieur (CHU Bordeaux)	402 534 013
<i>total C/408</i>		713 903 975

source : tableau CTCPF d'après les données de l'agent comptable du CHPF.

Par ailleurs, le CHPF utilise les subdivisions du compte 672 « charges sur exercices antérieurs » pour enregistrer des charges sur exercices antérieurs qui n'auraient pas fait l'objet d'un rattachement à l'exercice qu'elles concernent. Sur la période, ces comptes ont évolué comme suit :

¹⁶ 65 MF CFP pour 2015 et 337 MF CFP pour 2016.

Tableau n° 9 : Evolution des reports de charges

n° compte	Libellé	2013	2014	2015	2016	Variation 2013-2016	% variation
67281	Charges/ex. ant. Relatives au personnel						
	Budget principal	434 826 110	171 009 125	91 695 397	136 614 625	- 298 211 485	-68,6%
	BA CTS	3 132 551	3 441 090	667 674	2 385 746	- 746 805	-23,8%
	BA NIVEE	48 075	-	-	22 329	- 25 746	-53,6%
	BA HDF	-	14 705	-	-	-	
	BA ESF	383 948	7 914	1 137 595	946 375	562 427	146,5%
	BA SAMU	3 252 861	2 174 993	345 245	1 011 869	- 2 240 992	-68,9%
	BA PSY	12 522 953	8 262 716	6 853 321	4 208 588	- 8 314 365	-66,4%
	Total c/67281	454 166 498	184 910 543	100 699 232	145 189 532	-308 976 966	-68,0%
67282	Charges/ex. ant. À caractère médical						
	Budget principal	5 189 346	4 155 469	7 821 447	4 677 650	- 511 696	-9,9%
	BA CTS	342 257	58 933	1 307 082	-		
	BA NIVEE	-	-	-	-		
	BA HDF	-	-	-	-		
	BA ESF	-	-	-	-		
	BA SAMU	-	-	-	-		
	BA PSY	-	-	-	-		
	Total c/67282	5 531 603	4 214 402	9 128 529	4 677 650	- 853 953	-15,4%
67283	Charges/ex. ant. À caractère hôtelier						
	Budget principal	87 142 384	3 147 158	5 454 621	15 026 289	- 72 116 095	-82,8%
	BA CTS	-	160 059	-	-		
	BA NIVEE	-	-	-	-		
	BA HDF	-	-	-	-		
	BA ESF	-	-	5 213	590 893		
	BA SAMU	128 973	-	-	-		
	BA PSY	244 524	10 829	67 725	38 000		
	Total c/67283	87 515 881	3 318 046	5 527 559	15 655 182	- 71 860 699	-82,1%
	Total C/672	547 213 982	192 442 991	115 355 320	165 522 364	-381 691 618	-69,8%

source : comptes de gestion.

Tableau n° 10 : Evolution des taux de charges reportés

REPORTS DE CHARGE (en KF CFP)	2013	2014	2015	2016	variation 2013-2016	% variation
Budget principal						
Total des charges reportées (de N-1 sur N)	527 157	178 311	104 971	156 318	- 370 839	-70,3%
Total des charges reportées (de N sur N+1)	178 311	104 971	156 318			
Charges totales de l'exercice N	20 681 309	21 224 663	21 491 381	22 649 559	1 968 250	9,5%
Taux de charges reportées (N-1 sur N/charges totales N)	2,5%	0,8%	0,5%	0,7%		
Budget consolidé						
Total des charges reportées (de N-1 sur N)	547 213	192 442	115 355	165 522	- 381 691	-69,8%
Total des charges reportées (de N sur N+1)	192 442	115 355	165 522			
Charges totales de l'exercice N	22 450 774	23 161 495	23 476 095	24 695 517	2 244 743	10,0%
Taux de charges reportées (N-1 sur N/charges totales N)	2,4%	0,8%	0,5%	0,7%		

source : comptes de gestion.

L'examen des dépenses imputées sur les comptes de charges reportées permet de constater qu'une partie de ces charges ont été insuffisamment rattachées aux exercices précédents par manque de crédits budgétaires. Cette procédure est toujours possible puisque le CHPF utilise une version ancienne de l'instruction comptable M21 en vigueur en 1995 laquelle autorise le report des charges d'un exercice sur l'autre par le biais des comptes 672.

A la différence de la période antérieure à 2013, il a été constaté une évolution favorable puisque le solde consolidé du compte 672 d'un montant de 547 MF CFP au 31 décembre 2013 affiche un montant de 165 MF CFP au 31 décembre 2016 soit une baisse de 70%. En 2016, le taux de report est de moins de 1% des charges totales et est principalement dû aux charges de personnel.

La chambre invite l'établissement à prendre les dispositions utiles afin de procéder au rattachement de l'intégralité des charges à l'exercice qu'elles concernent.

En 2017, 33 MF CFP de titres relatifs aux examens de scanner ont dû être annulés, la CPS ayant refusé la prise en charge de ces examens en raison de l'utilisation d'un matériel non agréé et non autorisé. En effet, compte tenu d'un délai de deux mois entre la demande et la réponse, l'établissement a réalisé des examens alors que le matériel n'avait reçu ni l'agrément ni l'autorisation de l'administration de contrôle. Lors du conseil d'administration du 26 septembre 2017, le président du conseil d'administration a indiqué que cette situation ne sera plus possible à l'avenir avec la mise en place de l'ARASS puisque les équipements seront placés sous la responsabilité de l'agence.

2.1.2 Le rattachement des produits

Le précédent rapport de la chambre appelait l'attention sur la situation du C/418 « hospitalisés et consultants – produits à recevoir » qui affichait un solde de 315 MF CFP à la clôture de l'exercice 2011 et qui démontrait ainsi un retard dans l'émission des titres à l'encontre des débiteurs. Cette situation a été régularisée sur la période contrôlée puisqu'à la clôture de l'exercice 2016, le solde de ce compte n'est que de 1 922 881 F CFP.

Sur la période, le C/487 « produits constatés d'avance » n'est pas utilisé.

Le compte 772 « produits sur exercice antérieur » est en partie le miroir du compte 673 « annulation des titres exercices antérieurs » utilisé pour annuler des titres N-1 (rejet de prise en charge par la CPS, erreur de débiteur, régularisation de prise en charge). Ces titres annulés sont réémis en exercice courant dans les sous comptes du 772 « produits sur exercices antérieurs ». En moyenne annuelle, dans le cadre de cette opération, 218 MF CFP de titres de recettes ont fait l'objet d'une annulation/réémission entre 2013 et 2016 contre 275 MF CFP de produits sur exercices antérieurs.

Tableau n° 11 : Evolution c/673 et c/772

	<i>En MF CFP</i>	2013	2014	2015	2016	2013-2016	moyenne annuelle
673	Annulations titres ex. Préc/ant	191	170	235	275	871	218
772	Prod. Sur ex. antérieurs				2	2	1
7 728	Autres prod sur ex ant			52		52	13
772 811	Prod. Ex. antérieurs hospitalisation	93	166	138	203	600	150
772 812	Prod. Ex antérieurs soins externes	78	62	28	24	192	48
77 288	Prod. Ex. antérieurs autres	42	51	83	77	253	63
	TOTAL 772	213	279	301	306	1 099	275

source : comptes de gestion.

2.2 Le respect du principe de prudence

2.2.1 Les dotations aux provisions

2.2.1.1 Les provisions constituées par le CHPF au compte 151

Sur la période sous revue, le CHPF a constitué des provisions pour risques et charges de 520 MF CFP en 2013 et 100 MF CFP en 2014 et le compte 151 « provisions pour risques » présente ainsi un solde de 620 MF CFP à la clôture de l'exercice 2016. Le compte 491 « provisions pour dépréciation des comptes de redevables » présente un solde de 50 MF CFP.

Tableau n° 12 : Evolution du compte 151 « provisions pour risques »

		Débit	Crédit
01/01/2009	Prov pour risques et charge : propre assureur		71 030 000
01/10/2010	Prov pour contentieux juridique		20 000 000
31/01/2013 EX 12	Prov pour risques et charges : contentieux Mdt 12/8661		75 000 000
31/01/2013 EX 12	Prov pour contentieux juridique : FAILLOUX - mdt 12/8662		158 000 000
31/01/2013 EX 12	Prov pour risques et charge - Mdt 8661/12		25 000 000
31/01/2013 EX 12	Prov pour risques et charge - Mdt 8663/12		50 000 000
31/01/2014 EX 13	Prov départs anticipés retraite et autres pers		210 000 000
31/01/2014 EX 13	Prov annulations titres de recettes		210 000 000
31/01/2014 EX 13	Prov pour apurer les dettes de la CPS		100 000 000
31/01/2015 EX 14	Prov pour risques et charges : personnel		100 000 000
	total		1 019 030 000
2016	Reprise sur provisions	399 030 000	
	Solde au 31 décembre 2016		620 000 000

source : Etats des développement des soldes.

La liste des contentieux responsabilité civile en cours comprend 25 dossiers. Le CHPF est peu exposé financièrement au risque car il a souscrit une assurance responsabilité civile :

- entre 2009 et 2014, auprès de la Société hospitalière d'assurances mutuelles (SHAM), avec franchise de 30 000 € pour les dommages corporels et 5 000 € pour les dommages matériels ;
- depuis 2015 auprès de la société CNA Insurance via la Société Bureau Européen d'Assurance Hospitalière (BEAH), sans franchise.

Cependant, sur la période antérieure à 2009, le CHPF était son propre assureur et un dossier, en cours devant les tribunaux depuis 2007, a été clôturé en 2016, condamnant le CHPF à verser des indemnités pour un montant total de 166 MF CFP, couvert en partie par une provision de 158 MF CFP constituée en 2012.

2.2.2 Les reprises sur provisions

Au cours de l'exercice 2016, des reprises sur provisions ont été réalisées pour un montant total de 494 MF CFP. Le rapport de présentation au conseil d'administration des comptes 2016 détaille la dépréciation de créances de 95 MF CFP, venant contrebalancer la charge constatée à l'article 654 « *créances irrécouvrables* » pour le même montant ainsi que la reprise de 399 MF CFP visant « *à reprendre pour charges au vu du taux d'exécution des dépenses* ».

Or, le compte 654 « *créances irrécouvrables* » enregistre un montant net de 54 376 268 F CFP au lieu des 55 739 086 F CFP prévu par délibération du 31 janvier 2017 compte tenu d'une annulation partielle du mandat pour un montant de 1 362 818 F CFP¹⁷. De plus, la reprise sur provisions de 399 030 000 F CFP aurait pu être justifiée simplement en informant le conseil d'administration que le CHPF a été condamné dans l'affaire FAILLOUX pour lequel une provision de 158 MF CFP avait été constitué en 2012.

Lors de la présentation du BP 2018 au CA le 8 décembre 2017, le directeur a indiqué que la reprise sur provisions a été effectuée en 2016 pour réduire le déficit qui « *était de 684 MF CFP ramené à 184 MF CFP par une reprise de 500 MF CFP sur les réserves constituées entre 2012 et 2014* ».

Tableau n° 13 : Evolution du compte 491 « provisions pour dépréciation des comptes de redevables »

		Débit	Crédit
30/01/2009 EX 08	Constitution prov pour ANV		25 500 000
30/01/2010 EX 09	Constitution prov pour ANV		40 000 000
30/01/2013 EX 12	Constitution prov pour ANV		50 000 000
30/01/2013 EX 12	Constitution prov pour ANV		30 000 000
	Total		145 500 000
2016	Reprise sur provisions	95 500 000	
	Solde au 31 décembre 2016		50 000 000

Source : d'après comptes du CHPF

Les restes à recouvrer sur exercices antérieurs du CHPF s'élèvent à 1 281 334 660 F CFP au 31 décembre 2016 contre 727 025 360 F CFP au 31 décembre 2013 soit une variation de + 76,2% en 3 ans (moyenne annuelle de 25%).

Sur la période 2013-2016, le CHPF a admis des créances en non-valeur pour un montant total de 353 MF CFP soit une moyenne annuelle de 88 MF CFP. Compte tenu des créances figurant encore dans l'état des restes, le CHPF devrait, par prudence, rétablir le montant de ses provisions pour pouvoir faire face aux futures admissions en non-valeur.

¹⁷ Créances recouvrées.

Tableau n° 14 : Titres présumés prescrits lors de l'admission en non-valeur

<i>Admission en valeur</i>	Exercices	Nombre de titres	Total
2013	1997 à 2008	1 099	31 407 589
2014	1997 à 2009	5 079	40 922 241
2015	1997 à 2009	6 924	40 846 579
2016	2002 à 2010	123	9 998 504

Source : d'après comptes du CHPF

Il serait de bonne gestion que le CHPF assure, lors de la prise en charge des patients, l'identification la plus fiable possible du débiteur, afin d'optimiser le recouvrement. S'agissant en particulier des débiteurs étrangers, il convient, dès la prise en charge administrative des patients, de prendre contact avec les assurances éventuelles. En effet, une fois que le patient quitte l'hôpital et la Polynésie française, il est difficile voire impossible pour le comptable d'actionner les moyens de recouvrement dont il dispose en raison de l'éloignement géographique.

2.2.3 Les dotations aux amortissements

Les amortissements sont définis comme la constatation comptable d'un amoindrissement de la valeur d'un élément d'actif résultant de l'usage, du temps, du changement des techniques ou toute autre cause dont les effets sont jugés irréversibles. Ils ont pour but d'assurer le renouvellement des immobilisations. Ils sont comptabilisés à l'actif du bilan et au compte de résultat, en charges.

Tableau n° 15 : Evolution des dotations aux amortissements

		2013	2014	2015	2016
280	Amortis. Des frais et recherche	-	84 069	866 767	650 719
281	Amort. Des immo corporelles	445 166 067	778 050 915	494 133 929	578 675 156
282	Amort. Matériel et outillage affectés		15 110 751	-	-
	Total c/28	445 166 067	793 245 735	495 000 696	579 325 875

		2013	2014	2015	2016
681	Budget principal	408 289 926	732 774 800	452 748 195	553 379 701
681	Budgets annexes	36 876 141	60 470 935	42 252 501	25 946 174
	Total	445 166 067	793 245 735	495 000 696	579 325 875

source : comptes de gestion.

La règle de l'amortissement linéaire est appliquée pour l'ensemble des immobilisations de l'établissement. Les biens acquis dans l'année N sont amortis à compter de l'année N+1. Le CHPF a suivi les observations de la chambre en fixant les durées d'amortissement des biens par délibération n° 09-2014 CHPF du 20 février 2014, modifiée les 31 octobre 2014 et 29 novembre 2016 :

Tableau n° 16 : Durées d'amortissement

Comptes	Intitulés	Durée d'amortissement
203	Frais de recherche et de développement	5 ans
205	Concessions, brevets, licences, marques	5 ans
212	Agencement et aménagement de terrains	20 ans
2141	Bâtiment	20 ans
2145	Installat° gén, agenc, aménag des construct°	8 - 10 ans
21541	Matériel et outillage	2 – 5 - 10 ans
21542	Matériel médical	2 – 5 - 7 ans
21543	Installat° matériel médical	5 ans
2182	Matériel de transport	5 ans
21831	Matériel de bureau	5 - 8 ans
21832	Matériel informatique – bureautique et logiciel	3 - 5 ans
21841	Mobilier – mobilier médical	5 - 8 ans
21842	Mobilier – autre mobilier	5 – 10 ans

Source : d'après comptes du CHPF

S'agissant de la connaissance du patrimoine, l'établissement a initié un travail de mise à jour de l'état de l'actif en partenariat avec le comptable au travers de la commission de sortie de l'actif. Hormis le matériel acquis par le maître d'ouvrage délégué à la construction du site de Taaone, l'état des immobilisations a été validé conjointement par l'ordonnateur et le comptable pour les exercices 2016 et 2017.

2.2.3.1 S'agissant des équipements

A cet état devront être intégrés les équipements médicaux et mobiliers acquis par l'établissement public Tahiti Nui Aménagement et Développement (TNAD) et par la direction de la santé lors de la construction du CHPF. Ces équipements ont été cédés gratuitement au CHPF par arrêté du 29 décembre 2016 pour une valeur historique de :

- 7 181 000 382 F CFP concernant les équipements et mobiliers acquis par TNAD y compris la rémunération du maître d'œuvre (RMO) ;
- 328 481 636 F CFP concernant les équipements et mobiliers acquis par la Direction de la santé.

L'examen des pièces produites lors de l'instruction a permis de constater que les opérations de transferts avaient en réalité été initiées dès 2011¹⁸ pour un montant de 3 267 557 627 F CFP puis en 2014¹⁹ pour un montant de 3 114 137 005 F CFP. Ce n'est pourtant qu'en 2017 que l'établissement a pris un nouvel arrêté, abrogeant les deux précédents, et initiant l'amortissement des biens correspondants. Compte tenu de la vétusté des équipements, déjà constatée en 2018, le CHPF va donc se retrouver à court terme dans l'obligation de renouveler des actifs sans avoir amorti les précédents. Le CHPF aurait dû prévoir dès 2011 et 2014 une provision s'il estimait être en désaccord avec les conditions de ce transfert.

2.2.3.2 S'agissant des bâtiments

Comme indiqué dans le précédent rapport de la Chambre, les bâtiments ont d'abord été affectés à la direction de la santé ; par la suite, aux termes de la convention signée le 31 mars 2011 entre le CHPF et le ministère de la santé :

- a) le CHPF « *est tenu d'assumer toutes les charges afférentes à la conservation, la protection, l'amélioration et au fonctionnement du bien affecté. Il en assure également l'entretien. Il supporte les travaux de rénovation ou d'amélioration quelle que soit leur importance ;*
- b) le Pays « *supporte les charges d'amortissement des immeubles de l'hôpital du Taaone.*»

A ce jour, ces charges d'amortissements ne sont toujours pas constatées dans les comptes du Pays alors que l'établissement utilise les locaux depuis 8 ans. Les services du Pays ont indiqué que cette absence d'amortissement était liée au fait que les dépenses figurent toujours aux comptes d'immobilisation provisoire (comptes 23), l'autorisation de programme n° 118-2003) n'ayant pas encore été clôturée en raison de procédures contentieuses initiées par le maître d'ouvrage délégué (TNAD).

En septembre 2015, TNAD, a ainsi saisi le Tribunal administratif d'un référé expertise pour déterminer l'origine et les causes des infiltrations affectant le CHPF et définir l'imputabilité des désordres constatés. Le 14 décembre 2015, le Pays s'est associé aux demandes de TNAD en sa qualité de maître de l'ouvrage. Une ordonnance du tribunal administratif du 29 décembre 2015 a rejeté la requête de TNAD comme irrecevable au motif que seul le maître d'ouvrage pouvait rechercher la responsabilité du constructeur sur le fondement de la garantie décennale. Mais, consécutivement aux interrogations émises dans le cadre de la présente instruction, ce n'est que trois ans après que le Pays a désigné le 2 mars 2018 un avocat afin qu'il le représente pour mener à bien l'action en garantie décennale.

2.2.4 Les reprises sur amortissements

Au cours de l'exercice 2013, une reprise sur amortissements a été effectuée à hauteur de 149 104 354 F CFP afin « *d'ajuster l'état de l'actif et l'inventaire* ». En effet, selon les indications fournies par le comptable, lors de la mise à jour de l'état de l'actif et la mise en concordance avec l'inventaire tenu par l'ordonnateur, il a été constaté que le montant des amortissements figurant dans les comptes 28183 et 28184 était trop élevé. Pour pallier cette

¹⁸ Arrêté n° 1055 CM du 22 juillet 2011.

¹⁹ Arrêté n° 841 CM du 31 mai 2014.

discordance, une écriture de régularisation a été opérée par le débit du compte d'immobilisation (c/28) et le crédit du compte de reprise (C/781).

En réponse au précédent rapport, l'ordonnateur avait déjà indiqué que : « *conscient du caractère obsolète de la version actuellement utilisée par le Centre Hospitalier de la Polynésie française de la nomenclature M21 qui ne permet pas aujourd'hui de disposer de comptes administratifs sincères (compte tenu notamment du mécanisme de report de charge), l'évolution de ce cadre budgétaire et comptable constituera un chantier prioritaire de la nouvelle direction.* ».

Quatre années plus tard, il est donc regrettable de constater que cette situation n'a pas évolué et que le même constat négatif peut être fait.

3 UNE SITUATION FINANCIERE DEGRADEE

L'analyse financière a porté sur la période 2014 à 2017 et a concerné le budget principal dont les tendances sont identiques à celles du budget consolidé²⁰.

3.1 Des résultats en dégradation constante et en accélération

Le résultat net du budget principal, qui était de 673 MF CFP en 2014, diminue de façon continue et de plus en plus rapidement sur la période. Il devient négatif dès 2016 (-184 MF CFP) et le déficit s'accroît encore en 2017 (- 1,211 Mrds de F CFP). Pour 2018, le déficit prévisionnel annoncé par le CHPF est évalué à 1,5 Mrds de F CFP.

Cette situation résulte de la dégradation constante de la valeur ajoutée (-1,7 Mrds représentant une chute de 13%) et de celle de l'excédent brut d'exploitation, (EBE) qui diminue de 2 Mrds de F CFP représentant une baisse de 125 %.

L'EBE est en théorie l'indicateur significatif d'une situation financière saine car il traduit, en termes financiers, les moyens dont dispose l'établissement pour financer d'une part, le renouvellement de ses investissements par les dotations aux amortissements et, d'autre part, les investissements nouveaux grâce à l'autofinancement dégagé.

En 2017, l'EBE du CHPF devient négatif (- 414 MF CFP) et ne permet donc plus, par définition, de financer les dotations aux amortissements qui représentaient alors 601 MF CFP. Le taux de rentabilité économique²¹ de l'hôpital, qui était encore de 3,8 % en 2014, tend vers zéro dès 2015 et devient négatif en 2017.

²⁰ 5 BA en 2017 Psychiatrie, centre de transfusion sanguine, SAMU, Hôtel des familles, Ecole de sages-femmes (fermeture du BA Nivee en 2016).

²¹ Taux de rentabilité = résultat d'exploitation / produits d'exploitation.

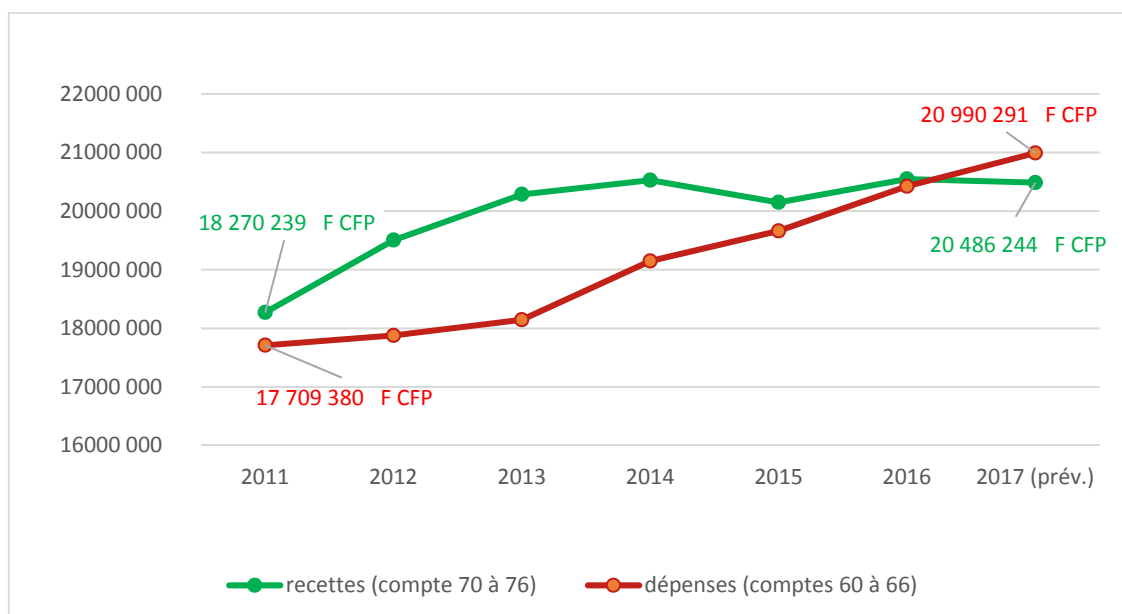
Tableau n° 17 : Évolution des soldes intermédiaires de gestion du budget principal

	2014	2015	2016	2017 (provisoire)	différence	en %
PRODUITS D'EXPLOITATION dont: (1)	21 394 635 614	21 074 000 530	21 517 414 278	21 337 105 720	- 57 529 894	-0,3%
dotation globale et COM:	13 084 188 494	12 579 929 924	13 488 163 480	13 466 500 000	382 311 506	2,9%
dont DGF	12 860 000 000	12 260 000 000	13 010 000 000	13 010 000 000	150 000 000	1,2%
dont COM	224 188 494	319 929 924	478 163 480	456 500 000	232 311 506	103,6%
hors dotation globale	7 231 730 163	7 251 480 807	6 965 485 061	6 796 660 184	- 435 069 979	-6,0%
produits annexes	31 477 446	7 568 393	5 140 571	5 945 536	- 25 531 910	-81,1%
subventions d'exploitation	10 000 000	166 795 714	1 260 000	10 000 000	-	0,0%
stock final	1 037 239 511	1 068 225 692	1 057 365 166	1 058 000 000	20 760 489	2,0%
SOUS TOTAL CHARGES dont: (2)	7 961 298 548	8 723 820 100	9 307 663 189	9 663 408 925	1 702 110 377	21,4%
achats médicaux	4 564 233 403	4 871 328 025	5 334 278 954	5 452 273 454	888 040 051	19,5%
autres achats	1 242 588 236	1 244 440 112	1 167 377 339	1 224 998 293	- 17 589 943	-1,4%
services extérieurs	1 212 602 604	1 256 328 287	1 361 120 144	1 417 696 412	205 093 808	16,9%
autres services extérieurs	941 874 305	1 351 723 676	1 444 886 752	1 568 440 766	626 566 461	66,5%
VALEUR AJOUTEE (3) = (1) - (2)	13 433 337 066	12 350 180 430	12 209 751 089	11 673 696 795	- 1 759 640 271	-13,1%
autres charges (4)	92 248 958	153 599 767	54 376 268	190 000 000	97 751 042	106,0%
frais de personnel (5)	11 875 820 323	11 700 652 601	12 092 147 287	12 105 361 091	229 540 768	1,9%
autres produits (6)	169 880 027	141 240 188	86 273 568	206 852 921	36 972 894	21,8%
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION (7) = (3) - (4) - (5) + (6)	1 635 147 812	637 168 250	149 501 102	- 414 811 375	- 2 049 959 187	-125,4%
Taux d'EBE (8) = (7) / (1)	7,6%	3,0%	0,7%	-1,9%	0	-12,5%
Dotations aux amortissement et provisions d'exploitation (9)	832 774 800	452 748 195	58 849 701	601 000 000	- 231 774 800	-28%
RESULTAT D'EXPLOITATION (10) = (7) - (9)	802 373 012	184 420 055	90 651 401	- 1 015 811 375	- 1 818 184 387	-226,6%
Rentabilité économique (11) = (10) / (1)	3,8%	0,9%	0,4%	-4,8%		
Produits exceptionnels (12)	333 070 378	344 307 592	366 259 797	474 137 411	141 067 033	42,4%
charges exceptionnelles (13)	349 676 711	340 565 324	604 645 817	581 192 515	231 515 804	66,2%
RESULTAT EXCEPTIONNEL (14) = (12) - (13)	- 16 606 333	3 742 268	- 238 386 020	- 107 055 104	- 90 448 771	544,7%
Produits financiers (15)	385 245	2 176 591	742 878	284 780	- 100 465	-26,1%
Charges financières (16)	112 843 112	119 994 679	37 347 263	88 887 531	- 23 955 581	-21,2%
RESULTAT FINANCIER (17) = (15) - (16)	- 112 457 867	- 117 818 088	- 36 604 385	- 88 602 751	23 855 116	-21,2%
RESULTAT NET (18) = (10) + (14) + (17)	673 308 812	70 344 235	- 184 339 004	- 1 211 469 230	- 1 884 778 042	-279,9%

source: CHPF

Sur la période 2014 à 2017, les produits d'exploitation diminuent globalement de 0,3%. Dans le même temps, l'augmentation des charges représente 21,4 % se soldant par un effet de ciseaux mis en exergue sur le graphique n°5 qui compare l'évolution des comptes 60 à 66 par rapport à celle des produits des comptes 70 à 76.

Graphique n° 4 : Evolution comparée des comptes 60 à 66 et 70 à 76 : effet de ciseaux



Source : CTCPF d'après CHPF.

Le financement du CHPF est assuré, à titre principal, par une dotation globale de fonctionnement (DGF) versée par les trois régimes de protection sociale polynésiens (RGS²², RNS²³ et RSPF²⁴). C'est la Caisse de prévoyance sociale (CPS), personne morale de droit privé chargée d'une mission de service public et dotée de l'autonomie financière qui est chargée du recouvrement des cotisations des régimes contributifs (RGS et RNS). Elle applique la politique de prestations sociales du Pays et en gère les régimes sociaux depuis la mise en œuvre de la protection sociale généralisée en 1995.

De fait, c'est le régime des salariés, le plus important et le premier à voter son budget, qui fixe son niveau de contribution. Celles des deux autres régimes sont ensuite calculées en référence, suivant des clefs de répartition internes à l'organisme de gestion. Ainsi la dotation de 2017 de 13,01 mrds de F CFP représentait 56% des recettes du budget principal du CHPF.

Tableau n° 18 : Répartition des financements par régime

<i>En MF CFP</i>	RGS	RNS	RSPF	Total 2017
<i>DGF MCO</i>	8 196	571	4 243	13 010
<i>Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM)</i>	385	50	163	598

Source : CHPF

Ces financements sont fixés annuellement par un avenant à la convention cadre du 25 octobre 1999²⁵, conclue en application de la délibération n°98-163 APF du 15 octobre 1998 relative à la maîtrise de l'évolution des dépenses des établissements de santé. L'article 2 dispose que la prise en charge des soins dispensés dans les établissements de santé prend la forme d'une dotation globale, « *fixée en cours d'année pour l'année suivante, sur la base notamment de l'activité constatée de l'établissement, en fonction de la carte sanitaire et des dépenses nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins, et en tenant compte de l'évolution du produit intérieur brut* ». En application de l'article 2 de l'avenant n°22 à la convention relative aux dotations globale pour la prise en charge des soins dispensés dans les établissements hospitaliers et conclu entre la CPS et le CHPF, la DGF MCO finance « *selon l'énumération exhaustive suivante* :

- *L'hospitalisation complète (...) avec tous les actes et produits pharmaceutiques qui y sont rattachés (...),*
- *L'hospitalisation de jour en médecine et chirurgie ambulatoire avec tous les actes et produits pharmaceutiques qui y sont rattachés,*

²² RGS ou régime général des salariés.

²³ RNS ou régime des non-salariés.

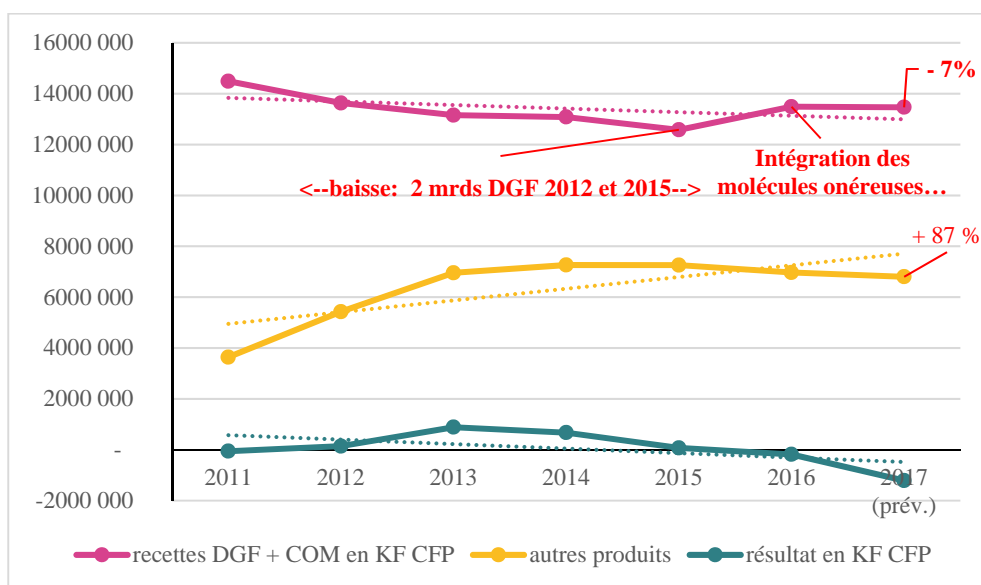
²⁴ RSPF ou régime de solidarité de Polynésie française.

²⁵ Relative aux dotations globales pour la prise en charge des soins dispensés dans les établissements publics hospitaliers.

- L'hospitalisation à domicile,
- Les séances d'hémodialyse,
- Les consultations, actes médicotechniques et soins effectués à titre externe (...) » . .

Alors que l'activité, telle que décrite supra, a progressé, de façon continue depuis l'emménagement dans les nouveaux locaux de Taaone (+19% entre 2012 et 2017), la DGF et les crédits alloués au titre des COM ont diminué de 7 %. En l'espace de trois exercices, entre 2012 et 2015, cette baisse représente un montant cumulé significatif de 2 mrd de F CFP.

Graphique n° 5 : Evolution des recettes et du résultat



Source : CTC d'après CHPF

En réponse, le directeur en exercice a indiqué que « *le CHPF a introduit à l'issue du conseil d'administration de juin une demande de remise à niveau de sa dotation, de 450 millions de F CFP en urgence pour l'exercice 2018, et de 1,5 milliard de F CFP pour l'exercice 2019* ».

Il a indiqué par ailleurs, que « *plus structurellement, le processus d'élaboration du budget devrait être revu en lien avec le Ministère de la Santé, l'ARASS et la CPS* ». La chambre ne peut que souscrire à cette proposition.

L'augmentation en 2016 de la courbe de couleur violette sur le graphique n°6 supra semble indiquer une augmentation des ressources à compter de cet exercice. Il s'agit en réalité d'un effet d'optique car c'est à cette date que les régimes sociaux, gérés par la CPS, ont intégré les molécules « dites onéreuses » à la DGF alors qu'elles étaient auparavant facturées à l'acte, en complément, pour un montant plafonné de 750 millions de F CFP. Ce n'est qu'en 2018 que ce mode de financement a évolué.

En parallèle de la baisse de la DGF et des COM (-7%), les autres produits ont augmenté de 87 %. Cette hausse s'explique pour l'essentiel par l'augmentation des tarifs pratiqués par l'établissement pour les ressortissants ne dépendant pas de la CPS. Cette façon de procéder a d'abord permis d'améliorer le résultat de l'établissement, le plaçant même dans une situation excédentaire, de 2012 à 2014. Néanmoins, la tendance s'inverse à partir de l'exercice 2016 et

s'accroît en fin de période. En 2017, 8% des patients ont ainsi généré pour 5 mrd de F CFP de recettes.

Le fait de compenser la baisse de la DGF par la hausse très importante des tarifs pour les ressortissants non CPS a donc atteint ses limites en 2015.

La conséquence de cette politique est que le CHPF est, en 2018, parmi les cinq établissements nationaux pratiquant les tarifs les plus élevés s'agissant du reste à charge laissé aux patients non ressortissants de la CPS. Ajouté au taux d'occupation élevé, ce niveau de tarifs engendre un double effet d'éviction, détournant les patients en question vers d'autres établissements. Cette situation va rapidement priver le CHPF des recettes correspondantes qui lui permettaient jusqu'alors d'équilibrer son budget. Il lui faudra donc trouver à très court terme de nouveaux moyens pour atteindre l'équilibre, soit en diminuant ses dépenses, soit en valorisant ses recettes, voire en combinant ces deux leviers.

Au final, alors que les recettes totales ont augmenté de 0,5 % entre 2014 et 2017, les dépenses ont suivi une évolution plus importante de 9,4%, générant l'effet de ciseaux décrit supra. Si l'évolution des dépenses, légèrement supérieure à 2 mrd de F CFP a pour moitié été portée par les dépenses à caractère médical, les dépenses de personnel consomment une part à la fois importante des recettes (94,1%) et en croissance de 3 points entre 2014 et 2017. Cette situation est par définition défavorable à la couverture des autres dépenses de l'établissement. Ces tendances sont encore plus marquées s'agissant du budget consolidé pour lequel la DGF elle-même ne couvre pas l'ensemble des dépenses de personnel.

Tableau n° 19 : consommation de la DGF par les charges de personnel

	2014	2015	2016	2017	moyenne
dépenses de personnel (groupe 1) / DGF en %	91,1%	96,7%	92,8%	94,1%	93,7%

Source : CHPF.

3.2 Une capacité d'autofinancement négative en fin de période

La capacité d'autofinancement brute suit la même évolution que celle du résultat et devient négative à compter de l'exercice 2016. Elle diminue de 2 118 MF CFP sur la période, soit une baisse de 141%.

Une fois remboursées les dettes financières, en croissance de 166 MF CFP sur la période (+313%), la CAF nette devient, elle aussi, négative en 2016. L'approche consolidée ne change rien à cette tendance de forte dégradation de la capacité d'autofinancement.

Tableau n° 20 : Évolution de la capacité d'autofinancement du budget principal

<i>en F CFP</i>	2014	2015	2016	2017
Résultat exercice	673 308 812	70 344 235	- 184 339 004	- 1 211 469 230
+ valeur comptable des éléments d'actifs cédés (c/675)	-			
+ dotations aux amortissements et aux provisions (c/68)	832 774 800	452 748 195	553 379 701	601 000 000
- produits des cessions d'éléments d'actifs (c/775)	1 025 001	485 155	6	101
- quote-part des subventions virées au compte de résultat (c/777)	6 753 267	13 506 534	6 753 267	9 517 328
- reprises sur amortissements et provisions (c/78)	-	-	- 494 530 0 00	-
= CAF brute	1 498 305 344	509 100 741	- 132 242 576	- 619 986 659
- remboursement des dettes financières	53 020 080	26 662 240	92 874 190	219 101 601
= CAF nette	1 445 285 264	482 438 501	-225 116 766	- 839 088 260

Source : CHPF.

3.3 Un établissement mis sous la dépendance des avances du Pays

Le tableau qui suit permet de constater l'évolution du fonds de roulement, du besoin en fonds de roulement et de la trésorerie, résultant de la différence entre les deux premiers indicateurs.

Tableau n° 21 : Évolution du fonds de roulement et du besoin en fonds de roulement

	2013	2014	2015	2016
FRI (1)	655 095 881	1 238 370 852	896 863 281	1 795 117 814
FRE (2)	2 733 795 062	3 159 313 166	3 032 389 993	2 388 568 491
FRNG (3) = (1) + (2)	3 388 890 943	4 397 684 018	3 929 253 274	4 183 686 305
BFR (4)	2 576 044 868	2 943 681 458	3 371 159 704	2 169 345 750
Trésorerie (5) = (3) - (4)	812 846 075	1 454 002 560	558 093 570	2 014 340 555
Charges courantes	18 994 713 237	19 929 367 829	20 578 072 468	21 454 186 744
FRNG en nombre de jours de charges courantes	64	79	69	70

Source : CHPF.

Si ces indicateurs semblent dessiner une situation a priori favorable, celle-ci n'est qu'apparente car, en raison des importants retards de versement de la CPS, le Pays a été contraint de mettre en place un système d'avances. Sans ces dernières, l'établissement serait dans l'incapacité de poursuivre son activité. Ainsi, l'avance, qui représentait 1 mrd de F CFP début 2013, a été augmentée à 2,65 mrd à la fin de cette année là, pour atteindre 3 mrd fin 2014. Le tableau qui suit permet d'en constater l'importance dans l'encours de dette au 31 décembre de chaque exercice.

Tableau n° 22 : Evolution de la dette

<i>en F CFP</i>	2014	2015	2016	2017
encours de la dette au 31/12	3 026 662 240	2 000 000 000	3 207 364 474	1 732 501 536
<i>dont Avances du pays</i>	<i>3 000 000 000</i>	<i>2 000 000 000</i>	<i>2 000 000 000</i>	<i>344 000 000</i>
<i>dont emprunts</i>	<i>26 662 240</i>	-	<i>1 207 364 474</i>	<i>1 388 501 536</i>

Source : CHPF.

A compter de l'exercice 2012, le ralentissement de l'activité a fait chuter les recettes, y compris celles affectées au financement du régime de solidarité alors que le nombre de ressortissants du RSPF a, à l'inverse, progressé. Lors de sa séance du 4 décembre 2012, le Comité de gestion de la CPS a fixé que les règlements des dotations globales, prestations hors dotation et des établissements publics interviendraient après les prestations aux assurés, les subventions aux associations et les frais de gestion dus au RGS.

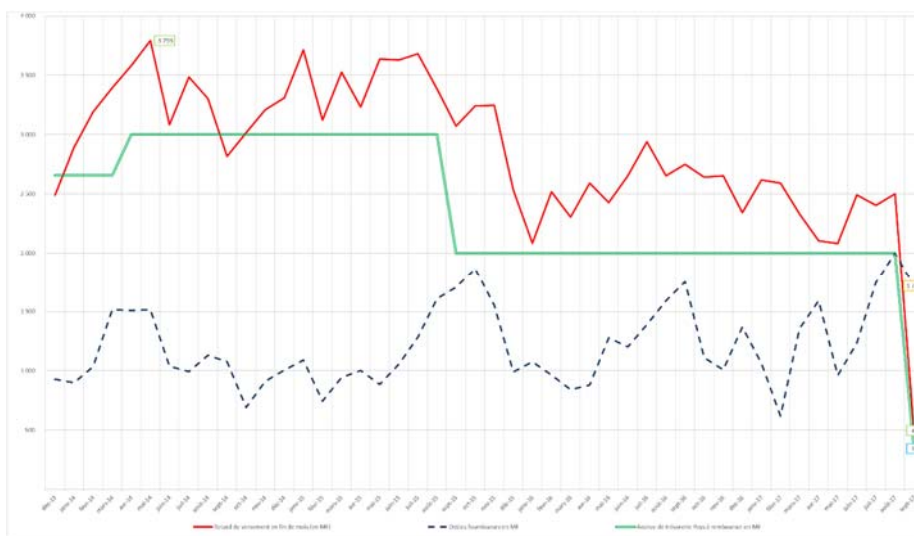
Force est de constater que les retards de paiements de la DGF sont dès lors devenus la règle. En 2017, ils représentaient ainsi 433 MF CFP. Cette façon de procéder a généré trois conséquences négatives.

La première, illustrée sur le graphique n°7 qui suit, est que les avances (courbe verte) ne compensent pas les retards de versement en fin de mois de la DGF (courbe rouge).

La deuxième conséquence est que les avances engendrent pour l'établissement le paiement d'intérêts de 4,4 %, lesquels contribuent à dégrader son résultat : ces intérêts ont ainsi représenté 112 MF en 2014 et 240 MF CFP de 2015 à 2017 inclus. En 2015, l'établissement a perçu une subvention exceptionnelle du Pays pour un montant de 155 MF CFP permettant de compenser en partie les charges financières payées au titre de l'avance 2014 et 2015. Cette façon de procéder relève d'un pilotage au cas par cas et ne permet pas à l'établissement de disposer de la visibilité nécessaire à la mise en œuvre d'une véritable stratégie pluriannuelle.

Enfin, le graphique n° 7 montre que le remboursement des avances au Pays (courbe verte) entraîne mécaniquement une troisième conséquence. Car, de fait, le paiement différé des fournisseurs est devenu la variable d'ajustement de la dégradation de la trésorerie. Sur le graphique figurent les remboursements intervenus en septembre 2015 pour 1 mrd de F CFP et en septembre 2017 pour un montant de 1,65 Mrds de F CFP.

Il convient donc de mettre fin à cette façon de procéder et il est urgent de revenir à un cycle de financement normalisé pour le CHPF. Aujourd'hui sous dépendance des avances du Pays pour tenter de compenser, sans succès les retards de versement de la CPS, le CHPF ne peut que répercuter cette tension sur ses fournisseurs qui jouent, de fait, le rôle de variable d'ajustement avec pour corollaire une dégradation de leurs délais de paiement.

Graphique n° 6 : Evolutions du retard de versement en fin de mois de la DGF, des avances du Pays et du délai de paiement fournisseur

Source : CHPF

Tableau n° 23 : Évolution des frais financiers

<i>en F CFP</i>	2014	2015	2016	2017
charges financières s/ emprunts	505 706	104 649	7 030 481	6 307 322
charges financières s/ avances du pays	111 545 133	116 364 554	28 758 400	95 108 358
charges financières s/ ligne de trésorerie		1 453 125		

Source : CHPF.

3.4 Un investissement limité

Le tableau ci-après permet de constater que le CHPF a peu investi sur la période considérée ; ce n'est qu'à compter de l'exercice 2016 que le CHPF réalise un emprunt de 1,3 mrds de F CFP permettant la montée en charge des investissements. Il a été signalé supra que l'établissement a intégré à son bilan les équipements qu'à compter de l'exercice 2017 pour un montant de 7,4 mrds de F CFP. Compte tenu du retard pris dans l'amortissement de ces actifs, il est impératif que le CHPF maintienne son niveau d'amortissement qui permettra de disposer des ressources nécessaires au renouvellement de ces équipements médicaux désormais pour certains, vieillissants. C'est donc à juste titre que le budget 2018 a prévu une dépense de près de 2 milliards de F CFP financés par un emprunt de 950 MF CFP auprès de l'AFD, par des subventions pour 440 MF CFP et par l'amortissement des immobilisations.

Tableau n° 24 : Évolution des recettes et dépenses d'investissement

<i>en MF CFP</i>	<i>BP</i>	2013	2014	2015	2016
131	Autres subvent° équip. Reçues			9 515 675	17 461 040
164	Emprunt				1 300 238 663
203	Frais de Rech. & développ.				
215	Installat° techn., mat. Et out. Industriel				
280	Amortis. Immo incorp.		84 069	866 767	650 719
281	Amortis. Immob corp.	445 166 067	778 050 915	494 133 929	578 675 156
282	Amortis. Immob affectées		15 110 751		
458	Opérations pour le compte de tiers				328 481 636
	TOTAL RECETTES INVESTIS.	445 166 067	793 245 735	504 516 371	2 225 507 214
139	Subvent° d'invest inscrite au cpte de rés.		6 753 267	13 506 534	6 753 267
164	Remboursement des emprunts	145 346 401	53 020 000	26 662 240	92 874 190
167	Prêts et avances des caisses (CPS)				
203	Frais de Rech. & développ.	1 681 384	1 337 709	3 605 830	
205	Concessions, brevets		53 699	180 800	5 515 213
212	Agencemt, aménag terrains				543 530
214	Construct° sur sol d'autrui	11 011 050		3 942 531	
215	Installat° techn., mat. Et out. Industriel	289 415 203	397 492 079	777 471 371	651 750 271
218	Autres Immob. Corporelles	35 066 943	47 998 809	197 096 498	211 551 312
231	Immob. Corp. en cours	7 631 683			
238	Acomptes sur immob en cours		14 894 227	72 897 176	27 335 033
275	Dépôts et cautionnement				
458	Opérations pour le compte de tiers				329 044 651
	TOTAL DEPENSES INVESTIS.	490 152 664	521 549 790	1 095 362 980	1 325 367 467
	RESULTAT D'INVESTISSEMENT	-44 986 597	271 695 945	-590 846 609	900 139 747

source: compte de gestion du CHPF

3.5 Un rôle du contrôle des dépenses engagées (CDE) à adapter et une politique d'achat à mettre en œuvre

Lors de son précédent rapport, La chambre territoriale des comptes avait recommandé de « *maintenir la présence du CDE pour qu'il continue à exercer son activité sans faire abstraction des contraintes particulières de fonctionnement d'un établissement assurant la permanence des soins* ». Sur la période contrôlée, la présence du contrôle des dépenses engagées a été permanente. Composée de cinq agents, le CDE est physiquement positionné au sein de l'établissement.

En application de l'article 3 de la délibération n°97-37 APF du 27 février 1997 « organisant le contrôle des dépenses engagées de la Polynésie française et de ses établissements publics », le CDE est en charge du visa de « *tout projet d'arrêté, ; de convention, de contrat, de bail, tout bon de commande, toute mesure ou décision de quelque nature qu'elle soit, ayant pour effet d'engager une dépense de fonctionnement ou d'investissement* ». En application de l'article 3 alinéa 4 de cette délibération n°97-37: « *le CDE effectue son contrôle au point de vue de l'imputation de la dépense, de la disponibilité des crédits ouverts ou délégués ainsi que, pour les dépenses en capital, de la disponibilité des autorisations d'engagement, de l'exactitude des évaluations, de l'application des dispositions d'ordre budgétaire, comptable et financier, des lois et règlements et de l'exécution des budgets revêtus de la force exécutoire* ».

En 2017, le nombre de dossiers traités était de 13 038, en augmentation de 26%, et composé à 86 % de demandes en matière de rémunération²⁶. L'examen des 7 lettres de refus de visa, en nette diminution par rapport à l'année précédente, permet de constater que les points de tension concernent en particulier les contrats de travail (3 cas) et de formation (2 cas). Dans deux cas sur les 7, le CHPF a décidé de passer outre.

Tableau n° 25 : Evolution de l'activité du CDE

	2016	2017
dossiers traités	10 350	13 038
délai de traitement moyen en jours	4,16	1,62
nombre de demandes satisfaites	9 065	11 641
<i>dont visa avec observations</i>	<i>165</i>	<i>199</i>
<i>dont visas sur passer outre</i>	<i>118</i>	<i>2</i>
nombre de demandes retournées non satisfaites	1 160	890
<i>dont refus de visa</i>	<i>92</i>	<i>7</i>

Source : à partir du rapport d'activité CDE.

Si l'action du CDE a permis, conformément à la recommandation de la CTC, d'apporter une plus grande rigueur, notamment dans le suivi des conventions pluriannuelles, il s'avère lourd pour certaines dépenses (déplacements aériens, formations), nécessitant une réactivité permettant d'obtenir les meilleurs tarifs. Une différenciation des règles applicables pourrait être envisagée en fonction du type de dépense, compte tenu des enjeux financiers en cause.

²⁶ Source : rapport d'activité CDE pour 2017.

Par ailleurs, le déploiement d'un nouveau Code des marchés publics début 2018²⁷ s'est soldé par des points de tension entre l'établissement et le CDE, en particulier s'agissant des marchés de services. L'exemple des conventions de prestations de services médicaux et paramédicaux en est l'illustration : conclues entre le CHPF et des professionnels titulaires d'un titre ou diplôme leur permettant d'exercer²⁸, ces conventions sont formalisées par le CHPF via des marchés négociés sans mise en concurrence alors que le CMP de la Polynésie française ne le prévoit pas. En application du Code précité²⁹, c'est la valeur totale des services considérés comme homogènes qui doit être prise en compte afin de déterminer la procédure de passation³⁰. La délimitation d'une catégorie homogène de services est de la seule compétence de chaque acheteur public, du CHPF en l'occurrence, et ne doit pas avoir pour effet de fractionner artificiellement les marchés dans le but de les faire échapper aux règles de passation qui leur sont applicables³¹.

Faute pour le CHPF de disposer d'un outil de computation prévisionnel des seuils par catégorie homogène de prestations, les bons de commande sont émis au fil de l'eau par les services sans que l'établissement et le CDE ne disposent des moyens permettant de vérifier le respect des règles applicables. Ce n'est qu'au travers de requêtes réalisées à partir du logiciel AS400 que l'établissement suit les mandats par fournisseur.

A défaut d'avoir mis en œuvre une organisation et les moyens adaptés, l'établissement se prive aujourd'hui de la possibilité d'avoir une véritable politique d'achat lui permettant d'une part de respecter les textes applicables et, d'autre part, de dégager des marges de manœuvre sur le plan financier.

Aussi la chambre recommande à la direction du CHPF de :

Recommandation n°5 : se doter rapidement des outils et moyens (nomenclature prévisionnelle des achats), pour disposer d'une commande publique efficiente et dégager ainsi des marges de manœuvre financière.

En réponse, le directeur a indiqué que «*cette mise en place est prévue en 2019- 2020 (...)*».

Sur ce point, le Président du Pays a, pour sa part indiqué, dans le même sens, que «*la direction des moyens généraux du CHPF a été renforcée par le recrutement d'un agent en 2017 pour répondre à cette recommandation. L'une des missions du bureau chargé de la commande publique est précisément de mettre en place une nomenclature prévisionnelle des achats du CHPF*».

²⁷ En application d'une loi du pays du 13 juillet 2017 portant code polynésien des marchés publics.

²⁸ Docteur en médecine, assorti d'une spécialité reconnue par un DES ou CES, psychologue clinicien, orthophoniste.

²⁹ CPMP, article LP223-5, I, 2°.

³⁰ 3 MF CFP HT pour un MAPA avec publicité dans un support de presse libre, 15 MF CFP HT pour un MAPA avec annonce dans un journal d'annonces légales (JAL) et 35 MF CFP HT pour un appel d'offres.

³¹ CPMP, art. LP 223-5, I, 2°, al. 2.

3.6 L'absence persistante de comptabilité analytique

Lors de son précédent rapport, La chambre territoriale des comptes avait recommandé de « *faire de la comptabilité analytique et du contrôle de gestion les instruments clefs de toute prise de décision de gestion* ». En réponse, l'ordonnateur du CHPF a indiqué que « *la mise en place d'une comptabilité analytique fiable destinée à asseoir les décisions de gestion est inscrite au rang des priorités de l'établissement. Ceci fait l'objet d'un développement particulier au sein du projet d'établissement 2017 à 2022* ».

Si la mise en œuvre de la comptabilité analytique, destinée à asseoir les décisions de gestion est effectivement inscrite dans le projet d'établissement 2017 à 2022, force est de constater que ces deux priorités n'ont toujours pas été déployés. De fait, l'établissement ne dispose donc toujours pas des outils permettant d'objectiver auprès de la tutelle, les conséquences financières des choix à opérer. Ce n'est qu'en 2017 qu'un groupe projet a été constitué aux fins de déployer ces outils. Puis, le départ de plusieurs compétences de la direction financière, dont la responsable opérationnelle du projet, a conduit à suspendre ce chantier. Si les outils techniques, informatiques et fichiers de structures existent, c'est bel et bien la carence de moyens humains dédiés à ce projet qui fait défaut depuis le précédent contrôle de la chambre territoriale des comptes.

La chambre territoriale des comptes ne peut que recommander de nouveau à la direction du CHPF, dans le contexte de raréfaction des marges de manœuvre financière décrite supra de :

Recommandation n°6 : faire de la comptabilité analytique et du contrôle de gestion les instruments clefs de toute prise de décision.

En réponse, le directeur en exercice a indiqué, que « *cet impératif, partagé par la direction, (...) a été soumis au CA du 26 juin 2018 (avec la) création d'une unité de contrôle de gestion, directement rattachée à la Direction générale* ».

Sur cet aspect, le Président du Pays a, quant à lui, indiqué qu'il « *devenait impératif de mettre (...) en place des outils de pilotage, pour améliorer la performance de l'établissement* ». Il a par ailleurs précisé que « *le renforcement de l'équipe de direction a été réalisé au travers de (...) la création d'une unité de contrôle de gestion avec deux postes de contrôleurs* ».

4 LES PRINCIPALES CAUSES DE CETTE DEGRADATION

4.1 Une performance hospitalière insuffisante

4.1.1 Les activités de laboratoire

Lors de son précédent rapport, La chambre territoriale des comptes avait recommandé de fusionner les activités des laboratoires de l'Institut Louis Malardé et du CHPF afin de retirer les bénéfices de la nouvelle chaîne robotisée du CHPF.

L'ordonnateur du CHPF a indiqué sur ce point que « *cette recommandation, dont la portée dépasse sensiblement la seule question de l'optimisation de l'utilisation de la chaîne robotisée du CHPF, n'a pas été mise en œuvre mais qu'elle pourrait néanmoins, débiter par l'anatomopathologie vu la disparition de l'offre privée* ».

4.1.2 Les activités de pharmacie

Dans son précédent rapport, la chambre recommandait de redéfinir les missions respectives de la pharmacie du CHPF et de la pharmacie d'approvisionnement de la direction de la santé.

Sur ce point, l'ordonnateur en exercice a indiqué que « les travaux relatifs à la prise en charge par la pharmacie à usage intérieur (PUI) du CHPF de l'approvisionnement des structures hospitalières gérées par la direction de la santé sont liés à l'évolution de la structuration de l'offre de soins publique telle que préconisée par le schéma d'organisation sanitaire adopté en février 2016. Les missions des deux PUI ont été redéfinies en particulier par le SOS qui prévoit une prise en charge de l'approvisionnement des structures hospitalières périphériques par le PUI du CHPF, la pharmacie d'approvisionnement gardant l'approvisionnement des dispensaires et autres structures de prévention. Cette redéfinition suit une logique métier vu l'expertise du CHPF en matière de fabrication pharmaco-techniques et de contrôles (préparations hospitalières, chimiothérapies centralisées, nutrition parentérale, stérilisation et radio-pharmacie) et les compétences de logistiques associées aux îles de la pharmacie d'approvisionnement, plus proche de la médecine de dispensaire "ambulatoire". Ainsi, le regroupement des achats suivra-t-il également une logique de métier: médicament hospitalier regroupé côté CHPF et médicament ville et ambulatoire côté pharmacie d'approvisionnement. Une plateforme logistique doit voir le jour pour avoir des conditions de conservation, d'assurance qualité et de sûreté en phase avec la criticité de la fonction.

Si le cadre est ainsi bien posé, il n'a pas connu de mise en œuvre opérationnelle depuis le dernier rapport de la chambre.

4.1.3 Le bloc opératoire

4.1.3.1 Une organisation déficiente

L'efficacité des blocs opératoires est une nécessité impérieuse pour un établissement de soins au regard des coûts générés par les moyens humains, techniques et matériels mobilisés. Par définition, le bloc opératoire constitue le cœur de l'activité de l'établissement et est, par nature, un outil transversal. Dès lors, il en concentre souvent les bons fonctionnements ou, à l'inverse, les risques de désorganisation.

Si l'outil était composé initialement de douze salles, seules 9 sont utilisées quotidiennement, impliquant l'affectation de personnel dans 8 salles au bloc central et une au bloc obstétrical³². C'est sur la base de ces 9 salles qu'ont été calculés les indicateurs de performance des blocs du CHPF. Ceux-ci sont pour la plupart d'entre eux calculés par rapport au TVO ou temps de vacation offert qui correspond au temps offert aux praticiens pour prendre en charge des interventions, programmées ou non.

En l'occurrence, les indicateurs du CHPF sont défavorablement orientés par rapport aux valeurs cibles, calculées par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (Meah). C'est en particulier le cas du taux d'ouverture³³ qui objective la performance du bloc : alors que la Meah fixe une valeur cible qui doit être supérieure à 85, le CHPF présente un taux d'ouverture de 78. Il en est de même pour le taux de débordement³⁴ de 11, plus de deux fois supérieur à la valeur cible qui doit être inférieure à 5 selon les critères de la Meah.

L'audit réalisé par le CHPF en mars 2017 auprès d'un prestataire privé fait ressortir un certain nombre d'explications à cette situation. Lors du déménagement du CHPF sur le nouveau site, les vacations (ou plages opératoires) ont été figées par spécialités. Par voie de conséquence, certaines salles ont été dédiées à certaines spécialités. Depuis, l'activité opératoire a évolué, créant des décalages entre spécialités par rapport à la répartition initiale et, à l'intérieur de chaque spécialité, entre les différents chirurgiens, au fur et à mesure de l'évolution de l'activité.

Par ailleurs, du fait d'une mauvaise anticipation des temps opératoires et des difficultés à réunir tous les acteurs pour débiter, l'établissement est confronté à de fréquentes déprogrammations et peine à intercaler au mieux les interventions d'urgence par rapport à l'activité programmée.

Enfin, le besoin en personnel pour l'activité programmée est supérieur à l'activité réelle. Cet écart est à l'origine de surcoûts pour l'établissement illustrés par le graphique n°8 ci-dessous, issu de l'audit précité. Les effectifs déployés, représentés par la courbe rouge, sont supérieurs aux besoins en personnel, représentés en bleu.

Cette situation est constatée dès la fin de la matinée. A partir de 15 heures, les effectifs affectés au bloc décroissent mais restent présents alors que l'activité est nulle, illustrant un recours abusif aux heures supplémentaires.

³² 8 BOC et 1 BOB.

³³ Taux d'ouverture = Temps de vacation offert / temps conventionnel Meah.

³⁴ Taux de débordement = temps de débordement au-delà de la vacation / TVO.

L'aménagement du temps de travail en journée continue, contraire à la réglementation, et la mauvaise organisation sont ainsi à l'origine d'un important gaspillage financier pour l'établissement.

Graphique n° 7 : Comparaison entre présence du personnel au bloc et le besoin



4.1.3.2 Le plan d'actions mis en place par le CHPF

Les pistes d'amélioration ont été clairement présentées à l'ensemble des acteurs à la suite de l'audit précité. Elles consistent à adapter les vacations à la réalité de l'activité et à formaliser les règles de prise en charge des urgences par rapport à l'activité programmée. La mise en adéquation des ressources humaines à la hauteur du besoin réel et la formalisation des instances de gouvernance ont également été identifiées comme des axes de progrès indispensables.

Par ailleurs, en 2017, la carence en personnel spécialisé (infirmiers de blocs opératoires notamment) a amené le directeur du CHPF à proposer la fermeture temporaire de plusieurs salles, amenant l'établissement à n'utiliser que 6 salles du 18 avril à fin mai 2017 et du 28 août au 27 octobre 2017. Cette décision s'est soldée par une augmentation des heures supplémentaires, illustrant le poids de l'organisation retenue en chefferie de service.

Depuis lors, l'organisation mise en place par l'établissement, reprise dans le tableau figurant en annexe, permet de constater que les actions correctives ont, pour l'essentiel, été mises en œuvre depuis le dernier semestre 2017. Cette dynamique résulte de la conjonction de

l'audit précité, du déploiement du logiciel de gestion du temps et du recrutement d'un nouveau cadre de bloc.

En réponse, le directeur en exercice a indiqué que « *le dispositif est encore renforcé par la mise en place en avril mai 2018 du logiciel de gestion de bloc OPERA® qui permettra à tous les intervenants au bloc opératoire de programmer, organiser, assurer le suivi et l'évaluation des moyens humains et techniques dédiés aux blocs opératoires. Il permettra aussi aux chirurgiens de mieux coter leur activité dans le PMSI* ».

Au jour de la clôture du contrôle, il n'a cependant pas été possible d'objectiver encore l'impact sur les indicateurs d'activité.

4.2 Un patrimoine immobilier peu adapté à une gestion optimisée

4.2.1 Un patrimoine étendu et dilaté

Alors qu'il n'a pas encore dix années d'exploitation, le bâtiment occupé par le CHPF présente un vieillissement prématuré. Insuffisamment adapté à une gestion optimisée, étendu et présentant de nombreuses malfaçons, ce patrimoine s'avère en outre énergivore. Les locaux du CHPF représentent une surface de 100 000 m² de planchers répartis sur 6 niveaux. Par rapport à l'ancien bâtiment de Mamao dont la surface était de 30 000 m², l'augmentation est donc très significative. Il faut rappeler qu'en comparaison, la capacité d'accueil n'a progressé que de 18%.

Le ratio de 130 m² par lit et place³⁵ apparaît donc particulièrement défavorable à l'établissement. Cette situation résulte du parti architectural retenu et d'un plan de circulation, consommateur de surfaces. Effectivement, les locaux ont été conçus par le Pays et le maître d'ouvrage délégué (établissement public TNAD³⁶) selon un plan en longueur, autour d'une nef centrale de grande hauteur et la quasi-totalité des chambres, de taille confortable pour une configuration à un lit, ne permettent pas d'y accueillir deux patients.

Les scénarii de densification et de rationalisation du patrimoine sont donc difficilement envisageables et limités à quelques extensions en toitures terrasses.

³⁵ Ratio de 130 m² par lit et place résultant d'une SDO hors parkings de 60 000 m² et de 460 lits en MCO

³⁶ Tahiti Nui Aménagement et Développement.

4.2.2 Un patrimoine présentant de nombreuses malfaçons

4.2.2.1 Le bâtiment du CHPF

Construit sous maîtrise d'ouvrage déléguée de l'établissement public TNAD, le patrimoine immobilier, représentant un investissement d'environ 47 mrds F CFP, est mis à disposition du CHPF par le Pays qui en reste encore le propriétaire.

Le bâtiment présente une usure rapide, résultant d'erreurs majeures de conception pour un patrimoine immobilier se situant en milieu tropical. A titre d'exemple, le bloc opératoire et la réanimation subissent des infiltrations provenant des joints de dilatation de la voie d'accès Ouest, située au-dessus³⁷. C'est également le cas des toitures terrasses, d'ordinaire bannies des constructions en Polynésie française du fait des fortes précipitations. Leur couverture partielle par des toitures représenterait un coût estimé à 221 MF CFP³⁸. La conception du bâtiment est également critiquable s'agissant du parement de la nef centrale en lames de bois, matériau anachronique à Tahiti et d'ordinaire proscrit dans la plupart des concours d'architecture organisés par les centres hospitaliers. En partie basse du bâtiment, les pompes de relevage vident quotidiennement 300 m³ d'eau pour désengorger le R-2 du bâtiment, et préserver ainsi les installations électriques et informatiques du CHPF.

En conclusion, le bâtiment présente donc de nombreux points de faiblesse avec lequel le CHPF doit aujourd'hui impérativement composer. Depuis 2010, ce sont ainsi 28 MF CFP de travaux de reprise d'étanchéité qui ont été pris en charge par l'établissement afin de faire face aux infiltrations et d'assurer au mieux le clos et le couvert du bâtiment.

Comme suite à la décision du Tribunal administratif de Papeete en date du 29/12/2015 déclarant irrecevable la requête de la société TNAD de désigner un expert sur le fondement de l'article R.532-1 du CJA, ce n'est que courant mars 2018 qu'une action contentieuse a été introduite par le Pays.

A défaut d'aboutir sur le terrain contentieux dans les délais, les investissements curatifs doivent désormais être chiffrés et étalés dans le temps pour assurer l'étanchéité du bâtiment.

Selon l'audit réalisé en avril 2017 par un expert extérieur, hors défaut éventuel de solidité de l'ouvrage, « *le traitement de l'ensemble des éléments de structure (terrasses, coque renversée, voirie) représenterait un montant autour de 200 à 300 millions de F CFP (...)* ».

4.2.2.2 Le bâtiment dit « Centre 15 »

Propriété du Pays et construit également par TNAD, ce bâtiment dit « Centre 15 » était occupé par le CHPF jusqu'au 1^{er} mars 2017³⁹. Cette occupation, qui n'avait pas encore fait l'objet d'une convention de mise à disposition par le Pays au bénéfice du CHPF, n'a cependant pas empêché le précédent directeur du CHPF de conclure sans capacité juridique, une

³⁷ Sa couverture représenterait un coût de 55 MF CFP pour le CHPF.

³⁸ 37 MF (R+2) + 17 MF (R+3) + 167 MF (R+4) = 221 MF CFP.

³⁹ Y logeaient notamment les services de la direction de moyens généraux, de la DGFIP et le contrôle des dépenses engagées.

convention d'autorisation temporaire le 8 juillet 2015 avec l'APURAD et l'APAIR. Aux termes de cette convention, le CHPF a mis à disposition de ces associations Loi 1901, et notamment de l'APURAD, en charge des dialyses légères, une partie du bâtiment⁴⁰. Sur la base de l'article 10.1 de cette convention, le CHPF a accepté, « *qu'en cas de résiliation décidée [par le CHPF] pour un motif autre que l'inexécution des clauses et/ou conditions de la convention, les occupants [soient] indemnisés du préjudice direct matériel et certain né de l'éviction anticipée* ». En vertu de ce contrat, l'APURAD a engagé des travaux pour un montant d'environ 250 MF CFP.

Le 1^{er} mars 2017, ces travaux ayant révélé une fragilité de la dalle béton, le directeur du CHPF en exercice a décidé de faire réaliser deux rapports d'expertise. Ces derniers ont tous deux conduit à la conclusion d'un défaut de solidité de l'ouvrage, rendant ce dernier impropre à sa destination. Sur cette base, le directeur du CHPF a pris la décision d'évacuer le bâtiment. Compte tenu des travaux engagés et de la clause précitée, c'est au CHPF que l'APURAD a demandé une indemnisation de 239 MF CFP.

Par courrier en date du 8 mars 2018, TNAD répondait au CHPF que l'assurance SMABTP n'interviendrait « *que pour les dommages qui menacent la solidité ou la stabilité du bâtiment* » en précisant ne pas avoir « *de solution à (...) proposer concernant [le] différend avec l'association APAIR/APURAD pour sa perte d'exploitation* ».

Fin 2018, le CA du CHPF n'avait pas encore statué sur ce point et l'expert missionné par l'assureur depuis plus d'un an n'avait pas fait connaître ses conclusions quant à la possible réhabilitation du bâtiment.

Il faut ajouter que ce bâtiment, dont le coût de démolition est évalué à 1,3 mrds de F CFP, génère pour le CHPF des dépenses d'entretien de 1,8 MF CFP par mois soit un montant annuel de 21,696 MF par an.

En outre, l'absence de mise à disposition du bâtiment au CHPF par le Pays, antérieurement à la convention signée avec APURAD, fait d'ailleurs peser sur elle une importante fragilité juridique.

4.2.3 Un patrimoine coûteux à entretenir et énergivore

En application de la convention conclue entre le Pays et le CHPF en 2011, les bâtiments situés sur la parcelle cadastrée section C n°451 sont affectés à la direction de la santé publique⁴¹, et mis à disposition du CHPF, à titre précaire et révocable, pour une durée de 99 années. En application de l'article 3 de la convention, le CHPF a pour obligation de gérer ces immeubles conformément à leur destination, au profit du service public hospitalier et autres activités annexes. Il est en particulier chargé « *d'assumer toutes les charges afférentes à la conservation, à la protection, à l'amélioration et au fonctionnement du bien affecté* ». Il en supporte l'entretien, les travaux de rénovation ou d'amélioration, quelle que soit leur importance. Tel

⁴⁰ Rez-de-chaussée « Rotonde » et espace dit « la terrasse ».

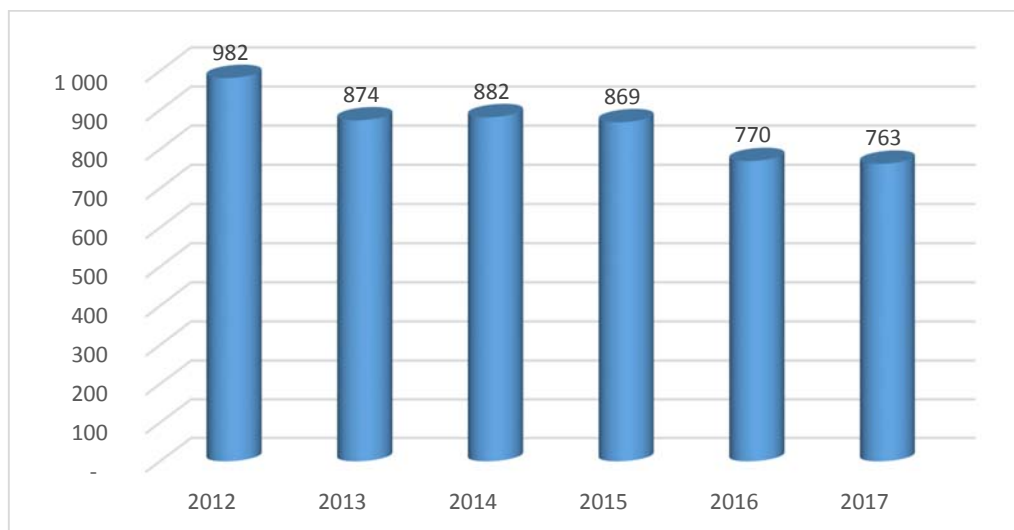
⁴¹ Arrêté n°5525 MAE du 11 août 2010.

que cela a été indiqué supra, le Pays n'assure pas l'amortissement des bâtiments alors qu'il le devrait, en application de l'article 4 de la même convention.

Le CHPF devra donc exiger du Pays, lors d'un éventuel transfert des immeubles dans son patrimoine ainsi que pour tout projet à venir (Cf. projet SWAC infra), que le montant transféré corresponde à la valeur réelle de biens, en tenant compte de leur vétusté à la date du transfert.

Compte tenu de l'impératif d'assurer les soins en continu, tous les équipements sont, à juste titre, dédoublés : chaudières, groupes électrogènes et groupes dédiés à la production de froid pour un bâtiment climatisé en totalité et en permanence⁴². Le bâtiment est également coûteux en termes de fonctionnement, en particulier du fait du coût de l'énergie électrique nécessaire à son exploitation. Ce point, déjà soulevé par la CTC dans son précédent rapport a fait l'objet d'actions de la part du CHPF, hormis le projet SWAC dont le retard est imputable au Pays. Effectivement, alors que la facture annuelle d'énergie électrique était de 982 MF CFP en 2012, les actions mises en œuvre par le CHPF ont permis de tendre vers un niveau nettement moindre. Le changement par l'établissement en 2013, sur fonds propres, de deux groupes froids devenus très rapidement défectueux, a ainsi permis de réduire le montant de la facture pour un bâtiment climatisé en permanence et en totalité. Ce changement certes coûteux est cependant positif car il a permis d'alléger la facture énergétique à 763 MF CFP.

Graphique n° 8 : Consommation électrique du CHPF en M de F CFP



Source : d'après CHPF

Cette décision est d'autant plus importante compte tenu du retard pris par le Pays dans le cadre du projet SWAC⁴³. Déjà lors de son précédent rapport, la chambre déplorait que ce projet, « *pourtant essentiel à l'équilibre financier du CHPF, [ait] subi un retard de trois ans*

⁴² Le CHPF compte trois chaudières, trois groupes électrogènes et 5 groupes froid.

⁴³ Le projet « Sea water air conditioning » consiste à aller puiser de l'eau en grande profondeur - environ 1000 m pour une température de 4° C - pour assurer par l'intermédiaire d'un échangeur les besoins en frigorifiques du CHPF.

dans sa réalisation, soit un surcoût de consommation électrique d'environ 500 MF CFP à 1,2 milliards de F CFP pour le CHPF ».

Ce n'est que le 11 septembre 2018, à l'issue d'une longue procédure de passation du marché pour les missions de maîtrise d'œuvre, que le Conseil des Ministres du Pays a attribué le marché suite à un concours d'ingénierie, lancé en novembre 2016. La chambre ne peut que constater et regretter que la mise en service de ce projet, essentiel à l'équilibre financier du CHPF, ne soit envisagé qu'à horizon de 2020, alors même que ce mode de climatisation du bâtiment était prévu dès l'origine.

Compte tenu du vieillissement prématuré du bâtiment et des infrastructures, il est heureux que la maintenance du CHPF, assurée par un contrat multiservice, soit de bonne qualité. Même s'ils sont deux à trois fois plus élevés qu'en métropole, notamment compte tenu du coût d'achat de l'énergie, les charges d'exploitation en maintenance étaient de 61 €/m²⁴⁴. Les montants en cause, 400 MF CFP par an, représentent un marché stratégique pour le CHPF. La procédure de passation de ce marché et les outils de suivi et de répartition des tâches entre le prestataire et les équipes du CHPF n'appellent pas de commentaire. Les installations sont en bon état d'entretien et la notification du prochain marché interviendra le 7 janvier 2019.

4.2.4 Un patrimoine dont la sûreté est perfectible

Au regard d'une recrudescence des actes de malveillance, agressions et vols, la direction du CHPF a fait réaliser un audit en 2017/2018 dont les conclusions font ressortir que l'établissement présente une sûreté perfectible. C'est en particulier le cas du bâtiment principal, largement ouvert à la fréquentation publique, et qui doit s'approprier une culture de sûreté afin de réduire les actes de malveillance qui affectent la sécurité des personnes et des biens.

C'est également le cas du lieu que le CHPF loue, en dehors de l'implantation principale, pour entreposer son stock hospitalier. Important à la fois en volume et en valeur (750 MF CFP soit les deux tiers du stock global chiffré à 1 milliard de F CFP dans les comptes du CHPF), l'importance de ce stock est justifiée par les conditions d'approvisionnement et par le caractère toujours aléatoire des rotations maritimes. Situé à environ 7 km de l'implantation principale, plusieurs rotations par semaine sont nécessaires pour garantir la continuité des approvisionnements.

Ce sont surtout les conditions, tant de sûreté anti-intrusion que de défense incendie, qui s'avèrent totalement insuffisantes et qui font courir un risque de rupture d'approvisionnement doublé d'un risque financier considérable à l'établissement, sans alternative d'approvisionnement auprès des établissements publics et privés de Polynésie française. Il est donc regrettable que le projet architectural initial porté par le Pays ait conduit, par mesure d'économie, à ne pas retenir un lieu de stockage sur le site principal. A cet égard, le président

⁴⁴ 61,24 €/m² en 2014 dont 23 €/m² en maintenance, 2,44 €/m² en support maintenance, 4,97 €/m² en sécurité incendie, 8,51 €/m² en investissement et 22,32 €/m² en énergie.

du Pays a lui-même indiqué en réponse « *qu'il a été choisi délibérément de réaliser une pharmacie à usage intérieur qui ne répond pas aux nécessités de disposer d'un niveau de stock important au vu de l'activité du CHPF, y compris 3 mois de stock de sécurité compte tenu du caractère insulaire* ».

Aussi La chambre territoriale des comptes recommande au CHPF d'obtenir du Pays de :

Recommandation n°7: réaliser les investissements nécessaires afin de rapprocher le stock de l'implantation principale, dans un local répondant aux normes de sûreté.

Cette recommandation nécessite un accompagnement fort du Pays pour identifier l'emprise foncière nécessaire, à proximité du site principal du CHPF.

En réponse, le Président du Pays a indiqué, admettant le bien-fondé de ces observations, « *qu'une inscription pour l'acquisition foncière sera proposée au budget 2019 (du Pays)* ».

4.3 Une organisation des ressources humaines largement perfectible

4.3.1 Les précédentes recommandations de la chambre ont été peu suivies

Lors de son précédent rapport, la chambre avait recommandé au CHPF de supprimer les congés rayons et de revoir les conditions d'utilisation de l'IRM par les praticiens libéraux en intégrant la possibilité d'une rétrocession partielle au profit du CHPF. Ces deux recommandations ont été suivies à compter de 2015 par l'établissement, qui encadre aussi les demi-journées d'activité général. Par ailleurs, la chambre avait recommandé de « *supprimer le versement d'heures supplémentaires contraires au rejet par le conseil d'administration du principe du versement d'une indemnité mensuelle de sujétion* ». En réponse, l'ordonnateur en exercice avait indiqué que ce dispositif avait été supprimé en janvier 2015.

Par contre, d'autres recommandations n'ont toujours pas été suivies d'effet. La principale consistait à lever les obstacles au détachement de praticiens hospitaliers. L'ordonnateur en exercice a indiqué en réponse sur ce point que « *la situation des praticiens hospitaliers titulaires d'une autre fonction publique fait l'objet de nombreux échanges avec la Direction générale des ressources humaines, service du Pays en charge du contrôle de la régularité des actes et de l'éventuelle évolution des dispositions réglementaires mais qu'aucun accord n'a pu être trouvé sur ce point* ». La chambre ne peut recevoir un tel argument et il est inconcevable que le principal obstacle au recrutement de praticiens hospitaliers issus de la métropole ou des départements d'outre-mer n'ait connu aucune avancée en quatre ans, alors que le CHPF souffre de difficultés de recrutement. La Chambre demande donc que ces obstacles soient levés dans les meilleurs délais, nonobstant les corporatismes qui, seuls, peuvent expliquer une telle inertie.

C'est également le cas du mécanisme des semaines incomplètes que la chambre avait recommandé d'abolir. Sur ce point, l'ordonnateur a indiqué que « *cette situation est liée aux dispositions du statut de la fonction publique et à différentes dispositions réglementaires connexes. Elle reste en vigueur mais la mise en place d'un guide de gestion du temps de travail*

dans le cadre du déploiement, achevé en octobre 2017, d'un logiciel de gestion du temps de travail, permet d'en limiter les effets en encadrant les modalités de prise de congés ».

La chambre demande que ses recommandations soient rapidement traitées dans le cadre d'une part, de la révision de l'arrêté n°999/CM du 12 septembre 1988 et, d'autre part, de la délibération n°96-136 APF du 21 novembre 1996 précitée afin de lever les obstacles aux détachements et aux recrutements des praticiens hospitaliers des autres établissements publics de santé français, notamment sur les postes de chefs de service du CHPF.

4.3.2 La taille des services

4.3.2.1 Des services de petite taille

Si la configuration physique du bâtiment ne facilite pas l'affectation optimale des moyens humains, c'est également l'organisation en services de petite taille qui constitue un frein essentiel à une gestion efficiente. La répartition en services n'est pas le résultat d'un projet fédérateur mais relève davantage de la juxtaposition d'entités. Effectivement, la taille des services est à la fois faible mais également en outre en diminution sur la période. En moyenne, le CHPF compte 13,1 lits par service : 16,3 en chirurgie, 18,2 en obstétrique et 10,7 en médecine. Ainsi, seuls trois services présentent une taille supérieure à 30 lits, reconnue optimale en termes médico-économique : chirurgies viscérale (36 lits) et orthopédique (34 lits) et maternité (40 lits).

C'est l'arrêté n°999/CM du 12 septembre 1988 précité qui organise cette architecture en services. Si l'article 25 dispose que les services *« peuvent comporter des pôles d'activités et se regrouper en départements »*, on ne peut que constater que l'organisation actuelle du CHPF bâtie autour des chefs de service et détaillée à l'article 26 de ce même arrêté n'a pas conduit à un quelconque regroupement. En 2018, c'est toujours chaque chef de service qui, individuellement, et en application des dispositions de l'article 27, *« organise le fonctionnement technique du service, affecte (...) le personnel paramédical mis à sa disposition par le directeur et assure la notation du personnel relevant de son service »*. En outre, chaque chef de service *« participe à la préparation du budget en ce qui concerne l'approvisionnement en médicaments et matériels techniques, les gros équipements, l'infrastructure hospitalière et les mesures nouvelles concernant les personnels de son service »*.

4.3.2.2 Des effectifs importants, en particulier la nuit

Alors que, dans l'ensemble des hôpitaux publics de métropole et des DOM, le ratio agent/lit est de 3 en moyenne, celui constaté au CHPF est de 3,36. Cet écart s'explique par le bâti, par l'organisation en services et enfin par un déploiement quasi identique des effectifs le jour et la nuit, alors que les charges de travail sont évidemment moindres dans le second cas.

Par rapport à l'organisation précitée, en multiples de 30 lits, retenue par la majeure partie des établissements de santé et permettant une allocation optimale des ressources (1 IDE et 1 AS pour 15 lits le jour et pour 30 lits la nuit), la mutualisation entre les services du CHPF a jusqu'à présent été extrêmement limitée. Nonobstant les contraintes liées au bâtiment qui sont réelles, l'application de ces ratios au CHPF conduirait à un effectif théorique de 57 ETP d'IDE et AS

le jour⁴⁵ et de 28 ETP la nuit⁴⁶. En l'occurrence, l'effectif déployé est de 103 ETP le jour et de 80 ETP la nuit. Le sureffectif théorique est donc d'environ 50 ETP (46 le jour et 52 la nuit). Sur la base des coûts moyens annuels produits par l'établissement⁴⁷, la différence représente un montant cumulé annuel de 296 MF CFP⁴⁸.

Ce surcoût est la conséquence directe de l'organisation en services, consacrée par l'arrêté n°999 précité. Seul la remise en cause de ce dernier par le Pays permettrait à la direction de l'établissement d'opérer les mutualisations nécessaires. Ce point fera l'objet d'une recommandation globale (Cf. infra).

4.3.2.3 Des effectifs variant d'un service à l'autre

Selon les données fournies par l'établissement, les effectifs ne sont pas identiques d'un service à l'autre et les affectations sont systématiquement arrondies à la hausse selon un certain nombre de facteurs dont la comorbidité, la prise en charge sectorielle et le fait que chaque service conserve ses lits de soins intensifs. Ainsi, le service de cardiologie (14 lits) bénéficie de deux IDE et d'une AS le jour alors que le service de gastrologie (16 lits) se voit affecter une AS supplémentaire en journée.

En outre, alors que les effectifs étaient antérieurement gérés par chaque service, ce n'est que fin 2017 que l'établissement a mis en place six équipes de suppléance mutualisées pour assurer les tableaux de service et de remplacement en cas d'absence. La mise en place d'une équipe unique est encore à l'étude.

Les différents audits réalisés par l'établissement, et en particulier celui mené par l'ANAP en novembre 2017 ont identifié deux freins : l'adhésion des équipes et la taille des services.

4.3.3 L'organisation du temps de travail

Le précédent rapport de la chambre avait déjà mis en évidence que l'organisation du temps de travail en journée continue de 7h30 à 15h30 était non seulement anachronique par rapport aux autres centres hospitaliers, mais également non réglementaire et inefficace, car générant structurellement des heures supplémentaires.

Le tableau qui suit permet de constater que les heures supplémentaires représentent un montant moyen de 564 MF CFP sur la période, en augmentation pour la quasi-totalité des catégories. C'est surtout le personnel médical qui totalise la plus grande part d'heures supplémentaires avec un montant moyen de 428 MF CFP, représentant une proportion de 76 % du montant total moyen sur la période. Au-delà de cette proportion globale, le personnel

⁴⁵ 423 lits (hors place) en MCO x 2 ETP / 15 lits = 57 ETP théoriques le jour pour un effectif CHPF de 103, soit 46 ETP de plus : voir tableau infra.

⁴⁶ 423 lits en MCO x 2 ETP / 30 lits = 28 ETP théoriques la nuit pour un effectif CHPF de 80, soit 52 ETP de plus : voir tableau infra.

⁴⁷ IDE : 7 103 560 F CFP / AS : 4 762 472 F CFP.

⁴⁸ 25 x 7 103 560 + 25 x 4 762 472 = 296 650 800 F CFP.

administratif et technique⁴⁹ représente aussi un montant moyen de 124 MF CFP, en progression de 21 %.

Tableau n° 26 : Répartition du coût des heures supplémentaires par catégorie de personnel

<i>en F CFP</i>	2013	2014	2015	2016	Variation 2013 / 2016 en %
CEAPF et DETACHES	10 869 873	11 609 157	11 376 454	12 972 135	19,3%
FPT PERS. ADM & TECH	65 599 812	71 455 834	71 208 991	86 178 920	31,4%
<u>FPT PERS. SOINS</u>	317 721 407	333 990 790	358 186 675	390 878 700	23,0%
NON TIT. PERS. ADM & TECHN	47 524 299	50 374 250	53 295 366	50 960 687	7,2%
<u>NON TIT. PERS. SOINS</u>	49 207 597	45 665 368	43 138 086	42 234 502	-14,2%
<u>SAGES FEMMES</u>	31 418 298	31 889 775	35 467 213	35 207 754	12,1%
Total :	522 341 286	544 985 174	572 672 785	618 432 698	18,4%

Source : CHPF.

Ce n'est que depuis janvier 2018 que l'établissement s'est doté d'un logiciel informatique, opérationnel depuis avril de la même année et qui permet de disposer d'un outil de pilotage en temps réel des heures supplémentaires. Sur la période contrôlée, c'était uniquement via un suivi biennuel de la direction des finances que l'attention de chaque service était rappelée sur d'éventuelles surconsommations.

4.3.4 Les modalités de recrutements

4.3.4.1 Personnel non médical

Le tableau qui suit permet de constater que l'évolution globale des effectifs non médicaux (+ 110 agents soit + 7%) est portée par celle des titulaires (+15%). L'évolution des dépenses relatives au personnel non médical est de 6,1% sur la période concernée.

⁴⁹ Titulaires et non titulaires.

Tableau n° 27 : Évolution des effectifs du personnel non médical

	2014	2015	2016	2017	Différence 2014/2017	en %
Titulaires et stagiaires	930	939	952	1073	143	15%
Personnel administratif	87	85	76	74		
Personnel de direction	2	2	3	2		
Personnel médicotechnique	181	187	195	213		
Personnel soignant et éducatif	580	582	599	698		
Personnel technique	80	83	79	86		
Contrats à durée déterminée	377	378	416	362	-15	-4%
Personnel administratif	57	64	88	84		
Personnel de direction	1	1	1	3		
Personnel médicotechnique	82	76	87	95		
Personnel soignant et éducatif	192	196	190	128		
Personnel technique	45	41	50	52		
Contrats à durée indéterminée	260	248	241	225	-35	-13%
Personnel administratif	63	60	60	58		
Personnel de direction	2	1	2	2		
Personnel médicotechnique	61	74	68	61		
Personnel soignant et éducatif	98	79	79	78		
Personnel technique	36	34	32	26		
Autres contrats	4	1	2	21	17	425%
Personnel administratif	1	0	0	6		
Personnel de direction	2	1	0	0		
Personnel soignant et éducatif	1	0	0	0		
Personnel médicotechnique	0	0	1	9		
Personnel technique	0	0	1	6		
Total général	1 571	1 566	1 611	1 681	110	7%

source: CHPF

Tableau n° 28 : Évolution des dépenses du personnel non médical

<i>en F CFP</i>	2014	2015	2016	2017	différence	en %
Titulaire et stagiaire	5 491 587 604	5 505 861 246	5 707 351 090	6 284 923 834	793 336 230	14,4
personnel CDI	2 064 397 010	1 978 376 807	1 884 510 499	1 671 256 837	- 393 140 173	-19
personnel CDD	1 489 186 021	1 727 525 830	1 885 633 076	1 668 857 287	179 671 266	2,1
autre	45 973 986	52 160 979	29 249 673	23 819 973		
<i>sous total PNM</i>	9 091 144 621	9 263 924 862	9 506 744 338	9 648 857 931	557 713 310	6,1

Source : CHPF

4.3.4.2 Personnel médical

4.3.4.2.1 Tendances générales

A l'inverse, l'évolution des effectifs médicaux de + 6% résulte de celle des CDD (+41%), alors que les recrutements de titulaires sont en diminution (-11%). C'est en partie pour faire face à une démographie médicale défavorablement orientée que l'établissement recrute aujourd'hui essentiellement le personnel médical sur contrat à durée déterminée et sur contrat de prestations. En montant, les dépenses de personnel pour les praticiens hospitaliers (PH) non titulaires augmentent de façon nette (+626 MF CFP soit 78%).

Tableau n° 29 : Évolution des effectifs du personnel médical

Personnel médical	2014	2015	2016	2017	différence	en %
Titulaires et stagiaires	174	168	164	154	-20	-11%
PH à temps plein	117	112	106	100		
Autres (sages-femmes)	57	56	58	54		
Contrats à durée déterminée	86	104	122	121	35	41%
PH à temps plein	50	68	81	79		
Internes	36	36	41	42		
Total général	260	272	286	275	15	6%

source: CHPF

Tableau n° 30 : Évolution des dépenses de personnel médical

catégorie	2 014	2 015	2 016	2 017	différence	en %
praticien hospitalier titulaire	2 449 522 378	2 329 441 093	2 227 701 988	2 110 564 937	- 338 957 441	- 3,8
sage-femme titulaire	402 867 435	417 998 029	421 633 537	426 895 041	24 027 606	6%
praticien hospitalier non titulaire	799 653 860	998 707 726	1 265 958 493	1 426 053 650	626 399 790	78,3
sage-femme non titulaire	35 731 794	39 642 563	28 137 663	50 394 174	14 662 380	41
autres	605 310 822	634 629 396	709 179 922	492 433 761	- 112 877 061	- 8,6
permanence des soins	899 255 830	842 071 120	854 669 911	860 471 987	-38 783 843	- 4,3
sous total personnel médical	5 192 342 119	5 262 489 927	5 507 281 514	5 366 813 550	174 471 431	3,4

source: CHPF

Ces PH en CDD couvrent deux types de besoins : il s'agit parfois de missions sur plusieurs mois, voire plusieurs années, aboutissant dans certains cas à une titularisation, comme lors du dernier concours organisé par le Pays (45 PH en 2018). Les contrats à durée déterminée servent également à assurer des remplacements ponctuels en cas d'absence des PH titulaires. Ainsi, en 2017, ce sont environ 100 contrats pour une durée moyenne de 47 jours par CDD qui ont été formalisés.

Cette politique du CHPF n'est pas neutre en termes de coût. En plus de la rémunération des PH en CDD (21 MF CFP en 2017), l'établissement assure la prise en charge financière des billets d'avions, de la location d'un véhicule et des frais d'hébergement pendant 7 jours, soit un montant global d'environ 25 MF CFP en 2017.

En outre, l'établissement a parfois fait appel à des praticiens déjà rémunérés par d'autres CH en contravention avec le cadre réglementaire. Un sondage des dossiers de la seule année 2017 a permis de constater que le CHPF avait ainsi recruté, a minima, six praticiens déjà en poste dans un autre CH métropolitain. Pour ces recrutements, le CHPF ne disposait pas au dossier d'une attestation de congé sans solde ou de disponibilité rendant ce recrutement légal. Il est donc fort probable que les praticiens étaient en situation de congés annuels ou d'ARTT vis-à-vis de leur établissement d'origine, ce qui ne respecte pas la réglementation applicable.

Pourtant, la vérification de la position administrative figure parmi les pièces obligatoires dans la procédure interne du CHPF. Dans la quasi-totalité des cas, le CDE et la DGRH ont alerté en amont le CHPF en rappelant l'interdiction de tout cumul prévue à l'article 3 de la délibération n°2004-15 APF du 22 janvier 2004 modifiée. En dépit des alertes du CDE et de la DGRH, le CHPF a parfois formalisé plusieurs CDD d'affilée avec le même praticien.

Pour les PH métropolitains ainsi recrutés, cette interdiction résulte également des dispositions de l'article 25 septies de la loi n°83-634⁵⁰ et de l'article 5 du décret n°2017-105⁵¹, les activités de soins ne figurant pas parmi les exceptions définies à l'article 6⁵² de ce décret

⁵⁰ « Article 25 septies de la loi n°83-634 : « I.- *Le fonctionnaire consacre l'intégralité de son activité professionnelle aux tâches qui lui sont confiées.* (...) »

IV.- Le fonctionnaire peut être autorisé par l'autorité hiérarchique dont il relève à exercer à titre accessoire une activité, lucrative ou non, auprès d'une personne ou d'un organisme public ou privé dès lors que cette activité est compatible avec les fonctions qui lui sont confiées et n'affecte pas leur exercice. Par dérogation au 1° du I du présent article, ces activités peuvent être exercées sous le régime prévu à l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale. Il peut notamment être recruté comme enseignant associé en application de l'article L. 952-1 du code de l'éducation (...)

VI.- Sans préjudice de l'engagement de poursuites disciplinaires, la violation du présent article donne lieu au reversement des sommes perçues au titre des activités interdites, par voie de retenue sur le traitement.

VII. - Les conditions d'application du présent article, notamment la liste des activités susceptibles d'être exercées à titre accessoire en application du IV, sont fixées par décret en Conseil d'Etat ».

⁵¹ Article 5 du décret n°2017-105 : « **Dans les conditions fixées aux I et IV de l'article 25 septies de la loi du 13 juillet 1983 précitée et celles prévues par le présent décret, l'agent peut être autorisé à cumuler une activité accessoire avec son activité principale, sous réserve que cette activité ne porte pas atteinte au fonctionnement normal, à l'indépendance ou à la neutralité du service ou ne mette pas l'intéressé en situation de méconnaître l'article 432-12 du code pénal. Cette activité peut être exercée auprès d'une personne publique ou privée. Un même agent peut être autorisé à exercer plusieurs activités accessoires ».**

⁵² « Les activités exercées à titre accessoire susceptibles d'être autorisées sont les suivantes :

1° Dans les conditions prévues à l'article 5 :

a) Expertise et consultation, sans préjudice des dispositions du 3° du I de l'article 25 septies de la loi du 13 juillet 1983 précitée et, le cas échéant, sans préjudice des dispositions des articles L. 531-8 et suivants du code de la recherche ;

b) Enseignement et formation ;

c) Activité à caractère sportif ou culturel, y compris encadrement et animation dans les domaines sportif, culturel, ou de l'éducation populaire ;

d) Activité agricole au sens du premier alinéa de l'article L. 311-1 du code rural et de la pêche maritime dans des exploitations agricoles constituées ou non sous forme sociale ;

e) Activité de conjoint collaborateur au sein d'une entreprise artisanale, commerciale ou libérale mentionnée à l'article R. 121-1 du code de commerce ;

f) Aide à domicile à un ascendant, à un descendant, à son conjoint, à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou à son concubin, permettant au fonctionnaire de percevoir, le cas échéant, les allocations afférentes à cette aide ;

g) Travaux de faible importance réalisés chez des particuliers ;

h) Activité d'intérêt général exercée auprès d'une personne publique ou auprès d'une personne privée à but non lucratif ;

i) Mission d'intérêt public de coopération internationale ou auprès d'organismes d'intérêt général à caractère international ou d'un Etat étranger ;

2° Dans les conditions prévues à l'article 5 du présent décret et à l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale, sans préjudice des dispositions de l'article 25 septies de la loi du 13 juillet 1983 précitée :

a) Services à la personne mentionnés à l'article L. 7231-1 du code du travail ;

nécessitant par ailleurs une autorisation expresse du directeur de l'établissement d'origine, non jointe au dossier ⁵³.

Au final, alors que l'article 8.2 des conventions cosignées entre les PH en CDD et le CHPF dispose que le praticien ne peut « *pendant la durée du contrat, occuper un autre emploi public* », le CHPF ne s'est pas donné les moyens de vérifier l'application des dispositions correspondantes.

L'instruction a par ailleurs permis de constater qu'en l'absence de relation conventionnelle entre le CHPF et un autre établissement de santé privilégié, les recrutements s'opèrent aujourd'hui en fonction des réseaux professionnels des seuls praticiens titulaires.

Sur le plan de la couverture des risques, si les PH en CDD sont couverts par la police d'assurance du CHPF au titre des risques liés aux fautes dites de service, l'examen des dossiers a permis de constater que les attestations d'assurance personnelle des CDD recrutés ne figuraient pas systématiquement dans les dossiers du CHPF.

Au-delà du risque juridique pris par l'ensemble des acteurs, cette situation est également préoccupante pour les patients présents en Polynésie française et hospitalisés au CHPF. Effectivement, les PH en CDD, dont le droit au repos obligatoire répond à un impératif de sécurité, sont appelés à exercer leur activité, parfois opératoire, dans des délais très courts, parfois moins de trois jours après leur arrivée, sur le territoire polynésien.

Compte tenu d'une démographie médicale défavorablement orientée, a fortiori pour un territoire insulaire éloigné, il apparaît donc indispensable que l'établissement sécurise les modalités de recrutement de ses CDD. A défaut d'évolution de la réglementation applicable, le CHPF est dans l'obligation de respecter les textes qui s'imposent.

En réponse, le directeur en exercice a indiqué que « le CHPF n'a parfois pas d'autre choix, pour assurer la continuité du service médical, que de se résoudre à recourir au recrutement de praticiens durant leurs congés ». Il a indiqué par ailleurs que « l'alternative serait la fermeture de service et/ou le recours à des évacuations sanitaires ou l'interruption de certains traitements ».

La chambre des comptes ne peut cependant que continuer à rappeler que le CHPF, en tant qu'établissement public à caractère administratif, ne saurait déroger aux règles qui s'appliquent tant aux praticiens métropolitains vis-à-vis de la réglementation nationale que de la réglementation posée par la collectivité de Polynésie française, elle-même.

Il apparaît donc indispensable que l'ensemble des acteurs (DGRH, ministère de la fonction publique, ministère de la santé, CHPF) s'empare du projet d'un conventionnement avec un centre hospitalier métropolitain de taille conséquente, afin d'assurer la continuité de service et de limiter le recours aux évacuations sanitaires.

b) Vente de biens fabriqués personnellement par l'agent ».

⁵³ L'article 7 du même décret dispose que « le cumul d'une activité exercée à titre accessoire mentionnée à l'article 6 avec une activité exercée à titre principal est subordonné à la délivrance d'une autorisation par l'autorité dont relève l'agent intéressé ».

Comme déjà indiqué, s'agissant de son organisation interne, la taille actuelle des services du CHPF n'est pas, non plus, favorable à optimiser une mutualisation permettant de palier, en les anticipant, les absences des praticiens titulaires.

La chambre déplore qu'aucun des verrous statutaires empêchant le recrutement en détachement de praticiens hospitaliers exerçant dans d'autres établissements publics de santé, notamment sur les postes de chefs de service, n'ait été levé.

4.3.4.2.2 Les internes et les vacataires

Parmi les effectifs du CHPF, figurent les internes et les vacataires dont les rémunérations ne sont pas imputées sur le chapitre des rémunérations c/64 mais au C/621 « personnel extérieur à l'établissement » et au C/622 « rémunérations vacataires ».

Tableau n° 31 : Evolution des dépenses correspondant aux « internes et vacataires »

<i>en F CFP</i>	2014	2015	2016	2017	Variation 2014-2017	Taux de variation
Internes et assistants	372 352 864	380 292 495	391 417 730	359 092 359	- 13 260 505	-3,6%
Vacataires	111 435 310	141 173 920	180 966 420	224 873 121	113 437 811	101,8%
TOTAL	483 788 174	521 466 415	572 384 150	583 965 480	100 177 306	20,7%

source : CHPF

Il est ainsi constaté que le CHPF fait de plus en plus appel aux vacataires, + 101 % entre 2014 et 2017 et qui sont pour certains des anciens praticiens du CHPF à la retraite. Au cours de 2016, les spécialistes recrutés par le CHPF via des contrats de vacations de 3h sont détaillés ci-après :

Tableau n° 32 : Spécialités des vacataires 2016 du budget principal

Audioprothésiste
Cardiologue (2)
Dermatologie-Vénérologie
Ergothérapeute
Gynécologue médicale
Maître praticien en programmation neuro-linguistique
Médecine interne (3)
Orthophoniste (2)
Orthoptiste (3)
Pédicure-Podologue
Psychologue clinicienne (6)

source : mandats 2016 CHPF

Il s'agit de vacations de 3h variant de 1 à 10 vacations par semaine indemnisées entre 13 500 F CFP par vacation à 24 000 F CFP soit une moyenne mensuelle en 2016 de 96 000 F CFP à 768 000 F CFP pour 37 conventions passées en 2016 concernant le budget principal.

4.3.5 Les gardes et astreintes

4.3.5.1 Les suites du précédent rapport

Lors de son précédent rapport, la chambre avait souhaité que soit soumis au conseil d'administration la suppression de nombreuses lignes d'astreintes, voire de gardes. La chambre avait demandé que les conclusions de la commission médicale de permanence des soins (SCPS), jamais contestées d'un point de vue médical, soient soumises au conseil d'administration du CHPF. Quatre ans après les conclusions du rapport de la chambre, cette présentation n'a pas été faite. Aucun travail d'optimisation des lignes de gardes et d'astreintes n'a été soumis au conseil d'administration et mis en œuvre. En conséquence, depuis quatre années, les lignes de gardes et d'astreintes, identifiées par les travaux de la SCPS et la Chambre ont été maintenues dans le seul intérêt financier des médecins bénéficiaires, alors même que leur utilité médicale n'a jamais pu être justifiée dans le cadre de la contradiction. Il est donc grand temps que le conseil d'administration du CHPF s'empare du sujet et mette un terme à une organisation des gardes et astreintes dont l'optimisation n'est pas tournée vers la santé mais vers une augmentation injustifiée de la rémunération de quelques médecins.

A titre de simple exemple, la chambre avait recommandé lors de son précédent rapport de supprimer la ligne d'astreinte des urgences et indiquait alors que celle-ci pouvait être mutualisée avec la ligne d'astreinte du caisson hyperbare. Dans le cadre de l'instruction, l'ordonnateur a indiqué que cette organisation a été maintenue en l'état car elle participe à la continuité des soins. Plus largement, le directeur en exercice a indiqué, en réponse, que « *la pertinence des transformations des astreintes en garde est difficile à évaluer* ».

La chambre ne peut recevoir cette réponse, qu'elle juge incohérente par rapport au fonctionnement des urgences hospitalières.

La chambre prend néanmoins note de l'engagement du directeur, dans le cadre de l'instruction que « *le financement d'une unité de médecine hyperbare par les régimes de protection sociale à compter de 2018 devrait permettre de réorganiser le dispositif* ».

La chambre ne peut que souscrire à cet objectif et appelle la tutelle et le Pays à y prendre activement part.

4.3.5.2 La situation constatée en 2018

Les gardes et astreintes participent à l'objectif de permanence des soins et à l'urgence non reportable et s'imposent au CHPF, compte tenu de sa mission. La délibération n°96-137 APF du 21/11/1996 dispose qu'en complément du service normal de jour⁵⁴ le service de garde « *a pour objet d'assurer pendant chaque nuit et pendant la journée du dimanche ou des jours fériés la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la permanence des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes* ». Au global, le montant des

⁵⁴ Article 2 de l'arrêté n°96-137 APF du 21/11/1996 : « le service normal de jour comprend :

1/ les services médicaux quotidiens du matin et de l'après-midi de chacun des six jours ouvrables auprès des malades hospitalisés et des consultants externes ;

2/ les activités d'enseignement dissociables des activités de soins et effectuées hors de l'établissement pendant le temps dû au service ;

3/ les autres activités extrahospitalières assurées par les praticiens de l'hôpital dans les organismes et collectivités locales liés par convention.

gardes et astreintes représente en moyenne 800 MF CFP par exercice et peut être réparti en 3 catégories : les gardes résultant d'obligations réglementaires (400 MF CFP par an)⁵⁵, les astreintes des médecins qui se déplacent à la demande (300 MF CFP par an)⁵⁶. La dernière catégorie regroupe les astreintes transformées en gardes pour un montant annuel d'environ 100 MF CFP au CHPF. Cette dernière catégorie constitue en fait, pour un certain nombre de praticiens hospitaliers, un complément de revenu significatif. Lorsque le taux de transformation des astreintes en gardes est important, cette organisation révèle des anomalies. Compte tenu de l'organisation en chefferies de service, c'est chaque chef de service qui procède à cette validation.

Si certains services affichent des taux de transformation cohérents, de l'ordre de 30 %, d'autres présentent des taux systématiquement supérieurs à 50% d'une année sur l'autre. Dans certains cas, les variations sont significatives d'un praticien à un autre alors que l'activité, par définition, ne le justifie pas.

Tableau n° 33 : Taux de transformation des astreintes en gardes par service supérieurs à 50%

	2015	2016	2017	2018
<i>Orthopédie</i>	55%	59%	60%	54%
<i>Neurochirurgie</i>	88%	90%	89%	89%
<i>Radiologie/scanner</i>	68%	64%	65%	71%
<i>Chirurgie viscérale</i>	(< 50%)	(< 50%)	59%	60%

source: CHPF

Tableau n° 34 : Écarts de taux de transformation entre les praticiens d'un même service

<i>Exercice 2017</i>	% le plus bas	% le plus élevé
<i>Orthopédie</i>	45%	80%
<i>Neurochirurgie (un PH)</i>	88%	88%
<i>Radiologie/scanner</i>	50%	68%
<i>Chirurgie viscérale</i>	48%	69%
<i>Chirurgie thoracique</i>	25%	62%

source: CHPF

⁵⁵ Pédiatrie, gynécologie, cardiologie, pharmacie, urgence et anesthésie.

⁵⁶ Biologie, orthopédie, néphrologie et gastrologie.

Plus largement, une sous-commission des gardes et astreintes composée de représentants du corps médical s'est réunie à plusieurs reprises en 2016 et 2017 pour proposer des règles de bonne pratique en la matière. Elle a ainsi considéré qu'un taux de transformation de 30 % semblait normal et qu'il devait faire l'objet d'une validation attentive au-delà de 50 %. Les travaux de cette sous-commission n'ont malheureusement pu aboutir à normaliser la situation du fait de l'opposition de certains chefs de service du CHPF à faire évoluer ce dispositif.

Selon les données fournies par le CHPF et issues de la paye⁵⁷, le salaire de base annuel est de 11,3MF et les indemnités et primes représentent 5,3 MF. Le ratio prime/salaire est supérieur à 47% alors qu'il est en moyenne de l'ordre de 30% dans un CH et de 20% dans un CHU au niveau national. C'est au travers du protocole d'accord du 11 février 2005, signé entre le président du Pays et le Syndicat des PH du CHPF, que les gardes et astreintes ont fait l'objet d'une revalorisation significative.

Tableau n° 35 : Rémunération moyenne CHPF par rapport aux autres CH

	CHPF Pour 169h/mois 169	CHPF Pour 151h/mois 151	CH Pour 151h/mois 151	CHU/CHR Pour 151h/mois 151
	Valeur 2016	Coefficient (151/169) 89,35%	Valeur 2013	Valeur 2013
Traitement de base moyens	(1)			
XPF	11 268 086	10 067 935	8 151 993	8 375 298
Euros	94 427	84 369	68 313,7	70 185,0
Taux horaire (traitement de base moyens)	= (1)/169			
XPF	66 675	59 574	53 987	55 466
Euros	559	499	452	465
Indemnités et primes moyennes	(2)			
XPF	5 323 137	4 756 176	2 377 255	1 720 179
Euros	44 608	39 857	19 921,4	14 415,1
Part (indemnités/traitement de base) en %	= (2)/(1)			
en %	47,2%	47,2%	29,2%	20,5%
Rémunération brute moyenne	(3)			
XPF	16 591 223	14 824 111	10 529 248	10 095 477
Euros	139 034	124 226	88 235,1	84 600,1
Charges patronales moyennes	(4)			
XPF	3 098 719	2 768 678	4 771 492	4 603 293
Euros	25 967	23 202	39 985,1	38 575,6
Part (charges patronales/traitement de base) en %	= (4)/(1)			
en %	27,5%	27,5%	58,5%	55,0%
Coût salarial total (brut+charges patronales)	= (3)+(4)			
XPF	19 689 942	17 592 788	15 300 740	14 698 771
Euros	165 002	147 428	128 220	123 175,7

source: CHPF

Au-delà des montants moyens, il faut souligner le fait que ce système faisant dépendre la rémunération, pour une part non négligeable, de transformation d'astreintes en gardes, n'est pas équitable d'un service à l'autre. Outre le fait que certaines lignes d'astreinte peuvent se justifier moins que par le passé, certains services sont plus dotés de lignes d'astreintes du fait de spécialisations ou d'impératifs médico-légaux.

⁵⁷ Base de 169 heures par mois.

Dans un certain nombre de spécialités où les compétences se raréfient au niveau national, comme la radiothérapie, l'oncologie et l'anatomopathologie, le CA de l'établissement et le Pays ont pris la décision de recruter sur des emplois fonctionnels permettant ainsi des niveaux de traitement de base de l'ordre de 1,5 MF CFP par mois. Cette façon de procéder ne doit néanmoins pas dispenser de remettre en cause, de façon plus ambitieuse, les modes de recrutements. Effectivement, il convient d'éviter par exemple, le versement de gardes et d'astreintes à un PH dont le traitement moyen mensuel de base pour l'année 2017 a plus que doublé, passant de 1,051 MF à 2,6 MF CFP.

Tableau n° 36 : Les 10 traitements les plus élevés du CHPF en 2017

UNITE	CADRE D EMPLOI	TRAITEMENT DE BASE ANNUEL 2017	Traitement de base - moyenne mensuelle	TOTAL ACCESSOIRES 2017	Moyenne mensuelle des accessoires 2017	SALAIRE BRUT	Moyenne mensuelle salaire brut	TOTAL CHARGES SALARIALES	NET A PAYER	Net à payer moyenne mensuelle
Néonatalogie	PH Titulaire FPT	13 060 980	1 088 415	10 073 148	839 429	23 134 128	1 927 844	4 213 301	18 920 827	1 576 736
Pédiatrie	PH Titulaire FPT	13 073 580	1 089 465	7 763 255	646 938	20 836 835	1 736 403	3 611 734	17 225 101	1 435 425
Anesthésie/Réanimation	PH Titulaire FPT	11 972 565	997 714	9 509 307	792 442	21 481 872	1 790 156	3 883 375	17 598 497	1 466 541
Néonatalogie	PH Titulaire FPT	12 430 275	1 035 856	9 269 221	772 435	21 699 496	1 808 291	3 814 925	17 884 571	1 490 381
Urgences	PH Titulaire FPT	11 491 304	957 609	9 455 542	787 962	20 946 846	1 745 571	3 576 993	17 369 853	1 447 488
Chirurgie viscérale	PH Titulaire FPT	13 060 980	1 088 415	8 534 173	711 181	21 595 153	1 799 596	3 795 235	17 799 918	1 483 327
Neurologie	PH Titulaire FPT	12 615 275	1 051 273	10 740 433	895 036	23 355 708	1 946 309	4 228 618	19 127 090	1 593 924
Neurochirurgie	PH Titulaire FPT	12 618 713	1 051 559	27 907 835	2 325 653	40 526 548	3 377 212	9 300 777	31 225 771	2 602 148
Radiothérapie	PH non titulaire FPT (grille emplois fonctionnels)	21 780 360	1 815 030	660 000	55 000	22 440 360	1 870 030	3 975 444	18 464 916	1 538 743
Oncologie	PH non titulaire FPT (grille emplois fonctionnels)	19 368 360	1 614 030	3 929 658	327 472	23 298 018	1 941 502	4 215 771	19 082 247	1 590 187

Source : DRH CHPF

En réponse, le directeur en exercice a indiqué que, « *cette situation confirme encore la nécessité de revoir l'Arrêté n°999/CM du 12 septembre 1988* ».

La chambre ne peut que souscrire à ce constat qui constitue le cœur de ses recommandations, avec aussi la réforme du statut d'établissement public administratif. Elle invite le Pays à y prendre une part active.

CONCLUSION GENERALE

Au regard des développements qui précèdent, il apparaît clairement que le statut actuel du CHPF n'est plus adapté à la réalité de son action et aux enjeux qu'il doit affronter. Il est donc temps que le Pays fasse évoluer le CHPF vers un statut d'établissement public de santé plus conforme aux missions dont il a la charge.

Compte tenu de l'enjeu que représente l'évolution des dépenses du CHPF pour ses finances, le Pays peine pourtant à donner à l'établissement les moyens d'accomplir sa mission.

Dans le cadre de son précédent rapport, La chambre territoriale des comptes soulignait déjà l'inadaptation de la gouvernance du CHPF qui avait conduit à l'élaboration d'un projet de loi du Pays portant création d'un établissement public de santé dénommé centre hospitalier de Polynésie française. Ce projet de loi, ainsi qu'un projet d'arrêté d'application, avaient été transmis par le président de la Polynésie française au conseil économique, social et culturel de la Polynésie française par lettre du 9 novembre 2010 en application de l'article 151 de la loi organique n° 2004-191 du 27 février 2004. L'exposé des motifs indiquait qu'« *actuellement la forme juridique de l'établissement, ses modes d'organisation, de gouvernance, de contrôle et*

ses règles budgétaires, financières et comptables ne sont plus en harmonie avec la réglementation comptable de référence applicable aux établissements publics de santé. Celle-ci ayant subi des avancées notables, notamment ce qui concerne la présentation budgétaire en Etat des Prévisions des Recettes et des Dépenses (EPRD) ». Ce projet de loi du Pays de 88 articles accompagné d'un projet d'arrêté de 151 articles s'avérait très complet et comportait de nombreuses améliorations par rapport à la situation actuelle. Pourtant, ce projet n'a jamais été soumis à l'Assemblée de la Polynésie française.

Il n'existe cependant pas d'alternative raisonnable à cette évolution vers un statut d'EPS. De surcroît, celle-ci devra aller de pair avec une réforme de son mode de financement. Le Pays doit donc se saisir sans tarder de cet enjeu stratégique et reconsidérer l'arrêté n°999/CM du 12 septembre 1988 et de la délibération n°96-136 APF du 21 novembre 1996 en tenant compte de l'ensemble des points mentionnés au présent rapport.

La chambre territoriale des comptes recommande au Pays de :

Recommandation n°8 : Refondre l'arrêté n°999/CM du 12 septembre 1988 et la délibération n°96-136 APF du 21 novembre 1996, en tenant compte de l'ensemble des points mentionnés au rapport.

Recommandation n°9 : Faire évoluer le statut vers celui d'un établissement public de santé.

En réponse, le président du Pays a indiqué, « *que la composition du Conseil d'administration pourra être revue après que les outils de pilotage et de contrôle auront été mis en place [par le CHPF] (Cf. courrier 145/MSS du 23 janvier 2018) ».*

S'agissant de la fusion des services du CHPF au sein de 15 départements, le Président du Pays a indiqué que ce point a déjà été validé en août 2017 par « *le projet d'établissement et que l'Agence de régulation sanitaire et sociale sera chargée de l'élaboration du statut d'établissement public de santé ».*

Enfin, le Président du Pays a conclu sa réponse dans le cadre du contradictoire en indiquant qu'il appartiendra au Pays « *de mettre l'organisation administrative du CPPF en adéquation avec le projet d'établissement et de réformer sa gouvernance. La création d'un établissement public de santé permettra de se conformer aux recommandations de la chambre sur les problématiques de gouvernance, de règles budgétaires, financière et comptable ».*

La chambre prend le plus grand acte de ces engagements du Pays.

ANNEXE

Annexe n° 1. Plan d'actions de rationalisation du fonctionnement du bloc opératoire 70

Annexe n° 1. Plan d'actions de rationalisation du fonctionnement du bloc opératoire

Thèmes	actions	Contenu	Etat
Démarrage des salles	1.1	formaliser le processus de transmission d'information aux services d'hospitalisation sur le premier patient du programme	Réalisé
	1.2	organiser une sensibilisation des services de médecine sur la prise en charge des patients hébergés	
	1.3	Démarrer la préparation de la salle par l'équipe de nuit	
	1.4	perfusionner les patients en salle d'accueil par une des IADE de 7 heures	
	1.5	développer un circuit rapide pour les patients d'HdJ	
	1.6	identifier dans le planning de vacations les salles de 7h30	
Gestion des urgences	2.1	Définir le processus de programmation du premier patient en salle des urgences	A mener
	2.2	formaliser le protocole de validation des intervention en urgence (par un senior)	
	2.3	établir la liste des gestions programmables sur la salle d'urgences	
Gouvernance	3.1	faire signer la charte de bloc par tous les intervenants	En cours
	3.2	désigner un coordinateur chirurgical	
	3.3	créer un tableau de bord (suivi des indicateurs)	
Ressources humaines	4.1	mettre en place l'évaluation des pratiques professionnelles	En cours
	4.2	créer un parcours de formation pour les nouveaux arrivants	
	4.3	identifier les spécialités prioritaires et organiser la formation des agents	
	4.4	anticiper les prochains départs et la stratégie de formation pour les recrutements	
	4.5	établir, avec chaque spécialité, le besoin en personnel	
	4.6	créer un arbre décisionnel de l'allocation d'une troisième IBODE	
	4.7	formaliser la procédure en cas d'impossibilité de fournir le personnel en salle demandé	
	4.8	tester le fait de dédier un brancardier au bloc opératoire le matin	

Source : CHPF.



Les publications de la chambre territoriale des comptes
de la Polynésie française
sont disponibles sur le site :

<https://www.ccomptes.fr/fr/ctc-polynesie-francaise>

Chambre territoriale des comptes de la Polynésie française

BP 331 - 98713 PAPEETE TAHITI

Téléphone : 40 50 97 10

Télécopie : 40 50 97 19

polynesiefrancaise@crtc.ccomptes.fr