

Le 23 avril 2018

Le Premier président

à

Madame Agnès Buzyn
Ministre des solidarités et de la santé

Réf. : G/64/18-0152E

Objet : Le recours aux marchés publics de consultants par les établissements publics de santé

En application des dispositions des articles L. 111-15, L. 211-3 et L. 211-5 du code des juridictions financières, les chambres régionales et territoriales des comptes contrôlent, par délégation de la Cour des comptes, les comptes et la gestion des quelques 900 établissements sur les 1389 établissements publics de santé¹.

Elles établissent, à l'issue de ces contrôles et après avoir pris en compte les réponses qui leurs ont été apportées, en moyenne chaque année, une cinquantaine de rapports d'observations sur ces établissements.

¹ Les établissements de santé – édition 2017 – direction de la recherche et des études statistiques (DRES) - Ministère des solidarités et de la santé

À l'initiative de la chambre régionale des comptes Île-de-France, une synthèse a été établie des principales faiblesses et lacunes relevées à l'occasion de leurs travaux par les chambres régionales et territoriales des comptes² en matière de recours à des consultants extérieurs, dans le cadre de marchés publics.

En application de l'article R. 243-19 du code des juridictions financières, il a été décidé de porter à votre connaissance les observations ci-après développées ainsi que les recommandations formulées.

1 UN RECOURS FRÉQUENT AUX PRESTATAIRES EXTÉRIEURS

1.1 Une pratique répandue

La pratique de recourir à des missions de prestations de service, désormais répandue au sein de tous les établissements publics de santé, s'inscrit dans un mouvement plus général, que l'on constate également dans d'autres organismes publics comme dans les services de l'État.

Elle répond à deux types de logiques, assez distinctes. La première qui n'appelle pas d'observations particulières, vise, souvent à la demande et avec l'appui des autorités de tutelle des établissements, à leur permettre de respecter un cadre légal ou normatif obligatoire, comme c'est le cas par exemple, pour la certification de leurs comptes.

La deuxième logique répond, elle, à une démarche de recherche de prestations, et tout particulièrement de missions de conseil, propres à chaque établissement et elle cible, dans le cadre de marchés publics, le recours à des cabinets de conseil extérieurs à la sphère publique.

Comme le soulignait la Cour dans le rapport de novembre 2014³, il s'agit alors de « prestations intellectuelles confiées à des personnes extérieures à l'administration, que celles-ci soient privées ou publiques, et dans lesquelles la part de « conseil » est supérieure à celle de « service » à proprement parler. »

Dans la plupart des cas, ces marchés publics de conseil représentent une part mineure du budget global de l'établissement, inférieure à 1 %, même si parfois le montant de chaque mission peut être élevé et dépasser, pour des marchés de conseils en stratégie de très grands établissements, le million d'euros.

1.2 Le recours aux missions de conseil couvre tous les domaines de l'activité de gestion hospitalière

Ces demandes de missions de conseil concernent la quasi-totalité de l'activité de gestion hospitalière, aussi bien dans les domaines financier, juridique, stratégique, managérial, d'organisation, de ressources humaines que d'investissement.

² Rapports d'observations définitives et leurs réponses : *Assistance publiques-Hôpitaux de Paris*, exercices 2010 et suivants, mai 2016 ; *Centre hospitalier de Montereau-Fault-Yonne*, exercices 2009 et suivants, septembre 2016 ; *Centre hospitalier Sud-Essonne Dourdan-Étampes*, exercices 2011 et suivants, avril 2016 ; *Centre hospitalier intercommunal de Meulan-les Mureaux*, exercices 2010 et suivants, décembre 2017 ; *Hospices civils de Lyon*, exercices de 2010 à 2016, juin 2017 ; *Gestion de l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille* à compter de l'exercice 2010, 2017 ; *Centre hospitalier Emile Roux du Puy-en-Velay*, exercices 2010 à 2015, juillet 2017 ; *Centre hospitalier de Quimperlé*, exercices 2010 et suivants, mai 2017 ; *Hôpitaux du Bassin de Thau*, exercices 2010 et suivants, 2017 ; *Centre hospitalier du Haut-Bugey (département de l'Ain)*, exercices 2009 à 2014, décembre 2016.

³ Cour des comptes, *Le recours par l'État aux conseils extérieurs*, novembre 2014 – Rapport pour la commission des finances du Sénat sur le fondement du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances, disponible sur www.ccomptes.fr.

Ainsi, les chambres régionales et territoriales des comptes ont relevé des missions de conseil, liées à l'organisation et à la stratégie, de nature très variée : mise en place d'un centre de formations médicales, mise en œuvre d'un Agenda 21, élaboration d'un schéma directeur immobilier ou d'une stratégie de communication, conseils stratégiques mais aussi coaching.

D'autres missions, plus spécifiques, concernent l'information médicale et l'optimisation du codage des activités et des actes. Un codage précis permet de bien facturer l'activité de l'hôpital alors qu'à contrario, ces erreurs de codage posent de graves difficultés lorsque leur volume est important.

Certains établissements ont régulièrement recours, avec des résultats très contrastés, à ce type de prestations associées à des missions de conseil (évaluation des pratiques professionnelles de l'équipe PMSI, veille réglementaire et technique du codage T2A-Tarifification à l'activité).

Autre domaine de conseils, celui de la gestion financière répond à des attentes très diverses, depuis l'audit financier, l'analyse de la dette, le diagnostic du cycle « immobilisations », l'accompagnement dans la recherche de financements bancaires, jusqu'à l'élaboration d'un schéma régional d'investissements.

Enfin, le conseil en matière de ressources humaines présente des particularités. La demande peut en effet émaner de la direction de l'hôpital ou bien du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT³), ce dernier ayant le pouvoir de demander une étude que l'établissement doit prendre financièrement en charge.

Les dispositions des articles L. 4614-12 et suivants du code du travail autorisaient, avant le décret n° 2017-1819 du 29 décembre 2017 relatif au comité social et économique qui remplace les CHSCT, les représentants du personnel au CHSCT, par dérogation aux principes de la commande publique, à choisir, sans mise en concurrence, le cabinet chargé de conduire l'expertise, choix qui s'imposait à la direction de l'établissement⁴. Il a été relevé, à plusieurs reprises, la demande de deux études parallèles, par le CHSCT et par la direction sur le même sujet, et donc un doublement des coûts.

2 DES RÉSULTATS SOUVENT DÉCEVANTS ET DES MARCHÉS FRÉQUEMMENT IRRÉGULIERS

2.1 Les résultats sont souvent décevants

Les productions des consultants ne donnent que rarement des résultats à la hauteur des prestations attendues. Des analyses effectuées par les chambres régionales des comptes, il ressort que nombre de rapports de mission utilisent essentiellement des données internes, se contentent de copier des informations connues ou reprennent des notes ou des conclusions existantes.

Ainsi des travaux rendus sur les risques psycho-sociaux s'appuient essentiellement sur les bilans sociaux établis par l'établissement lui-même. Pour une mission de mise en place d'un Agenda 21, les outils proposés existaient déjà dans l'établissement.

Les études financières sont peu approfondies et leurs appréciations parfois erronées. Les études de gestion de la dette, souvent sommaires, contiennent fréquemment des éléments déjà connus, tirés notamment du logiciel « Instrument d'Analyse Hospitalière » - IDAHO⁵, leurs commentaires sont succincts et les recommandations anodines.

³ Les contrôles ont été effectués avant la mise en place du comité social et économique.

⁴ Ces dispositions, en vigueur lors des contrôles, sont antérieures aux ordonnances modifiant le code du travail.

⁵ IDAHO est un outil informatique qui fournit des données chiffrées sur les établissements de santé.

En matière d'audit financier, la présentation des résultats, simplement tirée de l'état prévisionnel des recettes et dépenses des établissements (EPRD), est souvent décevante, les projections financières sont succinctes et les conclusions, peu développées, pourraient être très facilement réalisées par les directions financières des hôpitaux. En matière de conseil stratégique, la qualité des travaux est souvent faible, les préconisations très générales et laconiques et les livrables peu satisfaisants (manque de données chiffrées, absence d'évaluation des impacts financiers).

2.2 La régularité des marchés est parfois incertaine

Le respect des règles de la commande publique est laissé, dans le cadre légal actuel, à la seule diligence des directions des établissements de santé.

En effet, il résulte de l'article L. 6143-4 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, que les actes relatifs à la conclusion des marchés publics ne sont pas au nombre de ceux qui peuvent être déférés par le directeur général de l'agence régionale de santé au tribunal administratif pour en contrôler la légalité⁶.

En matière de marchés de conseil, cette lacune conduit certains établissements à s'écarter du cadre strict de la commande publique : recours abusifs à la procédure adaptée ou à la procédure allégée de l'article 30 du code des marchés publics, mais aussi attributions contestables au regard des règles de mise en concurrence.

Autres faiblesses, les délais laissés pour la remise des offres sont fréquemment insuffisants, les critères de choix, souvent contestables, et certaines demandes de prestations de conseils, peu précises dans les cahiers des charges, comme par exemple, des « conseils stratégiques auprès de la direction générale » ou « l'appui à la définition d'une stratégie de valorisation de l'image ».

2.3 Le recours trop fréquent aux consultants affaiblit les établissements

Ces nombreux contrats de conseil appauvrissent les compétences internes au sein des établissements qui ne cherchent plus à valoriser le domaine d'expertise concerné dans leur politique de recrutement ou de formation et qui parviennent de moins en moins à assurer leur rôle essentiel de maître d'ouvrage, dans la conduite de ces marchés.

3 DES RESSOURCES INTERNES, INSUFFISAMMENT FORMÉES ET DES RESSOURCES EXTERNES, HORS CADRE DE LA COMMANDE PUBLIQUE, MAL EMPLOYÉES

3.1 Les compétences internes et la mutualisation devraient permettre de traiter la plupart des sujets d'expertise

Les chambres régionales et territoriales des comptes ont fréquemment relevé que les compétences existent au sein des établissements publics de santé et qu'elles permettraient d'éviter le recours à des marchés publics de conseil.

⁶ CE, 7^e et 2^e ch., 2 juin 2016, n° 395033, Min. des affaires sociales

En effet, dans la plupart des cas, les équipes de direction sont compétentes, fournies et elles devraient être en mesure de réaliser, seules, des expertises, puis de mettre en œuvre des changements structurels nécessaires.

Quand il s'agit d'analyses financières, toutes auraient pu être réalisées au sein des établissements, ou être conduites avec le concours du comptable public. Il en est de même pour les missions d'appui à la gestion financière. Plus surprenant encore, certains établissements font appel à des cabinets pour valoriser leur patrimoine immobilier alors même qu'existent souvent en leur sein des services dédiés.

3.2 Les lacunes éventuelles pourraient être palliées par des formations adéquates et un renforcement des équipes

La plupart des hôpitaux dispose des instruments et des méthodes pour réaliser leur propre autodiagnostic⁷ de leurs forces et faiblesses. Une fois ces diagnostics établis, des solutions peuvent être apportées.

Ainsi, dans certains établissements, il a été relevé, par exemple, que les équipes des départements d'information médicale (DIM) étaient peu performantes. En comparant leurs ratios avec ceux d'autres établissements publics de santé, ces derniers sont apparus nettement plus élevés. Pour établir ce type de diagnostic, le recours à un cabinet de conseil est peu utile. Il appartient aux équipes de direction des établissements de revoir tant la formation des agents que l'organisation des équipes.

3.3 Les ressources externes fournies par les autorités de tutelle devraient être mieux exploitées

En lien avec la modernisation du système de santé au cours des dernières années, les possibilités de recours techniques et d'appuis à la gestion se sont multipliées, notamment auprès des services relevant de la tutelle. Des opérateurs publics ou des agences proposent ainsi un soutien aux établissements publics de santé dans différents domaines. Ces acteurs peuvent aider de façon directe ou bien proposer une liste de prestataires à même de le faire. Dans la plupart des cas, ils assurent alors la coordination et le contrôle du processus.

La richesse des ressources disponibles est réelle. Ainsi l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) propose des actions de professionnalisation, par exemple pour la passation des marchés et la négociation des contrats. L'Unité mobilité-développement professionnel du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG) propose des actions de coaching, pour favoriser notamment le développement professionnel et managérial.

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) est chargée de la collecte et de l'analyse des données des établissements publics de santé, de la gestion technique des dispositifs de financement, de réaliser des études sur les coûts des établissements sociaux et médico-sociaux et, enfin, de l'élaboration et de la maintenance des nomenclatures de santé. Elle intervient dans les quatre champs de l'activité hospitalière et dans le secteur médico-social.

⁷ Voir guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé – Haute Autorité de santé - 2005

La Haute autorité de la santé (HAS) exerce une mission de certification des établissements publics de santé et elle contribue à diffuser bonnes pratiques et recommandations. Différents comités peuvent servir d'appuis dans de nombreux domaines. Par exemple, le Comité pour la performance et la modernisation hospitalière (COPERMO) a amélioré l'instruction et la qualité des dossiers d'investissement. De même, l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP) peut être appelée pour renforcer la performance hospitalière.

Dans le cadre des plans de retour à l'équilibre financier (PREF), le recours à des consultants peut être financé directement par la tutelle, par l'intermédiaire du réseau des acheteurs hospitaliers (RESAH). Dans ce cas, il ne s'agit donc pas d'un contrat de consultant directement souscrit par l'établissement.

L'Agence régionale de santé peut fournir une liste de prestataires extérieurs auxquels il est possible d'avoir recours. C'est le cas, par exemple, pour le projet d'optimisation du recouvrement et de la facturation (ORFEH). De surcroît, en passant par l'ARS, les établissements réduisent leur responsabilité en cas de difficultés posées par ces contrats.

Les bénéfices de ces appuis ont été relevés dans plusieurs rapports des chambres régionales des comptes.

4 LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE : UN LEVIER NÉCESSAIRE POUR MUTUALISER LES COMPÉTENCES

La mise en place des groupements hospitaliers de territoire devrait conduire à un meilleur usage des ressources et compétences internes de chaque établissement membre. Toutefois, le recours aux conseils externes reste efficient en cas d'absence manifeste de ressources internes et lorsque la fonction n'est pas mutualisée. Il en est ainsi essentiellement en matière de ressources humaines.

Le tableau ci-après propose une évaluation de la pertinence du recours à des missions de conseil externes selon les divers domaines d'intervention des établissements.

Estimation de la pertinence du recours aux consultants (après constitution des GHT)

Domaine	Pertinence forte	Pertinence moyenne	Pertinence faible
Stratégie, environnement concurrentiel			Compétences disponibles au niveau de l'ARS et du GHT
Ressources humaines	Dans certains établissements, tant que la fonction RH n'est pas mutualisée		
Prérogatives du CHSCT		Dans l'attente des futurs comités sociaux et économiques	
Achats			Compétences disponibles dans le cadre des GHT et/ou groupements d'achat
Information médicale			Compétences disponibles dans le cadre des GHT

Source : Cour des comptes

Si comme l'indiquait le rapport de septembre 2017⁸ de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, le déficit des établissements publics de santé s'est réduit en 2016, il reste néanmoins supérieur à 500 M€ et les objectifs de modernisation restent essentiels. De surcroît, le recours mal maîtrisé aux consultants, en sus des dépenses immédiates liés à chaque contrat, constitue une source de charges à plus long terme, en raison, notamment, de la perte de compétences des équipes qui en résulte.

La Cour formule donc les recommandations suivantes :

Recommandation n° 1 : les établissements publics de santé doivent en priorité utiliser leurs propres compétences ou celles existantes au sein des groupements hospitaliers de territoire, en matière d'expertise et de conseil de gestion ;

Recommandation n° 2 : les établissements publics de santé doivent systématiquement prendre l'attache de l'ARS et des opérateurs publics, tels que l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), pour rechercher une ressource d'expertise de gestion dont ils auraient besoin ;

Recommandation n° 3 : en matière de marchés de conseil, le recours à certains types de marchés doit être privilégié, notamment ceux à bons de commande afin de réduire les coûts et d'engager l'établissement uniquement sur des besoins ponctuels.

Je vous serais obligé de me faire connaître, dans le délai de deux mois prévu à l'article L. 143-4 du code des juridictions financières, la réponse, sous votre signature, que vous aurez donnée à la présente communication⁹.

Je vous rappelle qu'en application des dispositions du même code :

- deux mois après son envoi, le présent référé sera transmis aux commissions des finances et, dans leur domaine de compétence, aux autres commissions permanentes de l'Assemblée nationale et du Sénat. Il sera accompagné de votre réponse si elle est parvenue à la Cour dans ce délai. À défaut, votre réponse leur sera transmise dès sa réception par la Cour (article L. 143-4) ;
- dans le respect des secrets protégés par la loi, la Cour pourra mettre en ligne sur son site internet le présent référé, accompagné de votre réponse (article L. 143-1) ;
- l'article L. 143-9 prévoit que, en tant que destinataire du présent référé, vous fournissiez à la Cour un compte rendu des suites données à ses observations, en vue de leur présentation dans son rapport public annuel. Ce compte rendu doit être adressé à la Cour selon les modalités de la procédure de suivi annuel coordonné convenue entre elle et votre administration.

Signé le Premier président

Didier Migaud

⁸ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2017, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁹ La Cour vous remercie de lui faire parvenir votre réponse, sous forme dématérialisée, via *Correspondance JF* (<https://correspondancejf.ccomptes.fr/linshare/>) à l'adresse électronique suivante : greffepresidence@ccomptes.fr (cf. arrêté du 8 septembre 2015 portant application du décret n° 2015-146 du 10 février 2015 relatif à la dématérialisation des échanges avec les juridictions financières).