

# **Chapitre I**

## **Le suivi des recommandations de la**

### **Cour en 2017**

Un rapport sur la revue annuelle de suivi des recommandations est établi chaque année par les chambres de la Cour pour leurs domaines respectifs de compétences.

Ce rapport couvre l'ensemble des recommandations formulées par la Cour et ayant fait l'objet d'une publication au cours des trois dernières années, soit plus de 1 600 recommandations à suivre chaque année, selon une procédure de suivi groupé expérimentée pour la première fois en 2013 avec les administrations et organismes concernés.

La Cour s'adresse principalement aux secrétaires généraux des ministères, désignés comme correspondants de la Cour pour le suivi de toutes les recommandations figurant dans les communications définitives adressées aux ministères de leur ressort. Par ailleurs, la transmission et la collecte d'informations sur le suivi des recommandations s'appuient désormais sur des plateformes d'échanges dématérialisées reliant la Cour aux ministères.

Les recommandations concernées par le suivi 2017 sont celles qui ont été formulées dans les communications définitives rendues publiques par la Cour au cours des trois dernières années, soit entre le 1<sup>er</sup> mars 2014 et le 28 février 2017, le rapport public 2017 étant inclus.

Ainsi, le suivi 2017 des recommandations a porté sur 1 647 recommandations.





















































prescriptions conservent cependant un caractère facultatif à l'égard des conseils locaux ;

- par ailleurs, l'ordonnance du 27 avril 2017 précitée s'est attachée à traiter les difficultés d'exercice des missions ordinaires, en prévoyant que le conseil national d'un ordre professionnel peut regrouper des conseils départementaux ou interdépartementaux en cas de difficultés de fonctionnement liées soit à la situation de la démographie de la profession ou à une insuffisance d'élus ordinaires dans leur ressort, soit à leur incapacité à assurer les missions de service public qui leur ont été confiées.

En revanche, les recommandations de la Cour visant à renouveler les instances ordinaires locales et nationales et à réduire les phénomènes de cooptation au niveau national n'ont pas été prises en compte : faire élire le conseil national et son président par l'ensemble des praticiens inscrits à l'Ordre, limiter le nombre de mandats successifs au sein d'une même instance ordinaire, faire siéger à la chambre disciplinaire nationale des conseillers départementaux élus en lieu et place de conseillers nationaux.

## 2 - L'amélioration de la qualité de l'information budgétaire

### *a) Le cadre de référence de l'établissement de l'ONDAM*

Dans ses rapports publics annuels sur la sécurité sociale, la Cour a souligné que les méthodes utilisées pour établir l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) n'étaient pas homogènes dans le temps et comportaient des distorsions de nature à fausser l'appréciation de l'évolution des dépenses prévisionnelles, puis constatées, entrant dans le champ de cet objectif. Dans son rapport de 2017<sup>22</sup>, elle a ainsi relevé qu'à périmètre constant, les dépenses constatées avaient augmenté de +2,2 % en 2016, et non de +1,8 % comme affiché et que leur augmentation prévisionnelle en 2017 s'établissait à +2,4 %, et non à +2,1 %.

Afin de mettre fin à ces distorsions, la Cour a recommandé d'établir un cadre de référence des modalités de construction et de révision en cours d'année de l'ONDAM, dont le contenu serait opposable, de manière à

---

<sup>22</sup> Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2017*. La Documentation française, septembre 2017, 729 p., disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

assurer la permanence des méthodes et une comparaison rigoureuse des dépenses réalisées avec celles prévues.

Les pouvoirs publics ont partiellement donné suite à cette demande, en formalisant dans le cadre d'une annexe au projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022 une « charte relative à la détermination de l'évolution de l'ONDAM » qui a pour objet, « en précisant les modalités de prise en compte des modifications de champ dans le calcul de la norme, de déterminer l'évolution de la dépense au sein de l'ONDAM à champ constant ».

À cette fin, l'annexe précitée prévoit que quatre situations limitativement énumérées sont neutralisées pour déterminer le taux d'évolution global des dépenses : le transfert à une autre entité d'une dépense jusque-là assumée par la sécurité sociale, accompagné d'un transfert de recettes de même montant ; la prise en charge au sein de l'ONDAM d'une dépense auparavant financée par une autre entité, là aussi accompagnée d'un transfert de recettes de même montant ; l'intégration dans l'ONDAM ou, à l'inverse, la sortie de son champ d'une dépense déjà prise en charge par la sécurité sociale dès lors que cette opération n'a pas d'incidence sur le solde de cette dernière ; l'intégration dans l'ONDAM d'une nouvelle dépense de la sécurité sociale qui reçoit en contrepartie une recette nouvelle .

*A contrario*, la « charte » de l'ONDAM est muette sur trois distorsions relevées par la Cour dans la détermination du taux annuel d'évolution des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM. Ainsi, elle ne prévoit pas la neutralisation de la contraction de dépenses avec des recettes (ce qui a été le cas en 2016 et en 2017 avec la réforme des cotisations et des prises en charge par l'assurance maladie des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés), ni de la variation des prélèvements effectués sur les réserves d'organismes tiers pour financer des dépenses relevant normalement de l'ONDAM (CNSA et divers fonds hospitaliers en 2016 et 2017), ni, tout au moins explicitement, de celle du solde du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP), créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 afin de financer en marge de l'ONDAM une partie des dépenses de médicaments qui en relèvent normalement.

Par ailleurs, l'excès éventuel de mesures de fin de gestion sur les enveloppes « fermées » de dépenses par rapport au dépassement constaté sur les enveloppes « non fermées » (soins de ville, séjours dans les établissements de santé) n'est pas pris en compte dans le taux de progression des dépenses, tout en l'étant dans le montant des dépenses. Ce mode de calcul du taux de progression vise à traduire le fait qu'il ne sera

pas tenu compte dans l'exécution de l'ONDAM de l'année en cours et dans la construction de l'ONDAM de l'année suivante de l'excès de mesures de fin de gestion par rapport au besoin de couverture des dépassements sur les enveloppes « non fermées ». Il conduit à majorer le taux de progression des dépenses de l'année écoulée par rapport au montant des dépenses réellement exécutées.

### *b) Les OPEX*

Dans un rapport au Parlement de fin 2016<sup>23</sup>, la Cour constatait que les opérations extérieures (OPEX) militaires menées par la France à l'étranger (au nombre de 25, sur neuf théâtres d'opération principaux, entre 2012 et 2015) représentaient un coût croissant, qui n'était pas intégralement inscrit en loi de finances initiale et qui était encore mal évalué.

En ce qui concerne la nécessité d'inscrire en loi de finances initiale une dotation réaliste et sincère, le ministère des Armées rappelle que la dotation prévisionnelle des OPEX en LFI reprend la trajectoire arrêtée dans la loi de programmation militaire (LPM) actualisée en 2015 (soit 450 M€ par an). Elle a été portée à 650 M€ par la loi de finances initiale 2018 (LFI). Le ministère des armées considère que cette provision en LFI pourrait être révisée à l'occasion de la future LPM.

Toutefois, malgré cette évolution, la Cour considère que la mise en œuvre de la recommandation reste incomplète dans la mesure où l'évaluation des coûts rattachables aux OPEX est encore insuffisante s'agissant aussi bien des surcoûts potentiels, des coûts des effectifs de soutien et des moyens et conditions d'une restauration d'un niveau de préparation opérationnelle suffisant.

## **D - Des exemples de recommandations encore non mises en œuvre**

20,7 % des recommandations suivies en 2017 ne donnent lieu à aucune mise en œuvre ou à une mise en œuvre très incomplète après

---

<sup>23</sup> Cour des comptes, *Communication à la commission des finances du Sénat, Les opérations extérieures de la France, 2012-2015*. Octobre 2016, 160 p., disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

plusieurs années de suivi, sans réel effet concret. C'est le cas par exemple quand l'administration concernée s'en tient à prendre acte de la recommandation formulée. Plusieurs exemples de cette absence de mise en œuvre sont donnés.

Pour 93 recommandations suivies en 2017 (soit 5,6 %), leur absence de mise en œuvre tient plutôt au refus explicite des administrations concernées.

### **1 - Des recommandations encore non mises en œuvre**

Parmi les recommandations de la Cour non mises en œuvre, certaines seraient susceptibles d'avoir un impact important : c'est le cas notamment de celles formulées sur le coût du lycée ou l'assurance maladie complémentaire. D'autres exemples démontrent la nécessité de repenser très largement le maillage administratif (services économiques à l'étranger) ou la politique des dépenses fiscales (TVA réduite sur les travaux d'entretien).

#### *a) Le coût du lycée*

Dans le rapport public thématique de 2015 consacré aux coûts du lycée<sup>24</sup>, la Cour formulait dix recommandations. Créé en 1802 pour forger l'élite de la Nation, le lycée conduit désormais 80 % d'une classe d'âge au niveau du baccalauréat. Ce défi quantitatif a été relevé. Pourtant, alors que le coût moyen d'un lycéen français est 38 % plus élevé que celui des lycéens des autres pays de l'OCDE, au plan qualitatif les résultats en termes de réussite dans les études post-bac ou d'insertion sur le marché du travail des bacheliers professionnels ressortent comme très moyens.

De manière générale, le ministère indique qu'un bilan de la dernière réforme du lycée (2009 pour la voie professionnelle et 2010 pour la voie générale et technologique) a été engagé à partir de l'automne 2015 et s'est achevé en avril 2016, que « plusieurs points d'attention ont été formulés à son issue : renforcement de la formation des enseignants, valorisation indispensable des activités de projet, amélioration de la transition troisième/seconde, trop forte pression certificative sur les élèves de classes terminales et amélioration des liens entre les cycles terminaux du lycée et

---

<sup>24</sup> Cour des comptes, *Rapport public thématique, Le coût du lycée*. La Documentation française, septembre 2015, 133 p., disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

les premiers cycles du supérieur », et que ces réflexions pourraient « servir de base à une discussion plus large, qui sera engagée prochainement, sur l'évolution du lycée dans les années à venir ».

S'agissant de la recommandation relative à la simplification du format du baccalauréat, la réponse indique que le ministre de l'éducation nationale a annoncé une grande consultation nationale à partir de la rentrée 2017 sur ce sujet et précise que « compte tenu de la place du baccalauréat dans notre pays, il convient en effet de mener une réflexion de fond aboutissant à des propositions qui doivent à la fois préserver son caractère de validation des études secondaires et de premier grade universitaire, tout en posant le principe d'une nécessaire évolution graduelle dans le sens d'une simplification et d'une amélioration de sa qualité certificative. »

Toutefois, les autres recommandations n'ont pas été mises en œuvre et la Cour estime qu'en réalité neuf des dix recommandations sont toujours sans effet deux années après la publication du rapport.

*b) L'orientation des aides publiques à la souscription  
d'une assurance maladie complémentaire*

Dans son rapport public annuel sur la sécurité sociale de 2016<sup>25</sup>, la Cour a souligné que la généralisation en cours des assurances complémentaires à l'ensemble de la population – plus de 95 % des assurés sont aujourd'hui couverts par une protection complémentaire – s'accompagnait de coûts collectifs élevés et inégalement répartis entre les contrats collectifs d'entreprise, dont la souscription pour le compte de leurs salariés constitue une obligation pour les employeurs depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, et les contrats souscrits à titre individuel et de manière volontaire par les autres assurés (retraités, fonctionnaires, travailleurs indépendants, chômeurs et autres inactifs dont les ressources dépassent les plafonds de la couverture maladie universelle complémentaire – CMU-C, gratuite pour ses bénéficiaires).

Ainsi, les 3,5 Md€ d'aides publiques à la souscription d'une assurance complémentaire santé estimées pour 2014 se répartissaient entre 3 Md€ d'aides à la souscription de contrats collectifs d'entreprise (exemption de cotisations sociales pour la part versée par les employeurs et déductibilité de l'assiette de l'impôt sur le revenu pour la part prélevée

---

<sup>25</sup> Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2016*. La Documentation française, septembre 2016, 724 p., disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

sur le salaire brut) et 0,5 Md€ d'aides à la souscription de contrats individuels (aide au paiement d'une assurance complémentaire santé – ACS, déductibilité du bénéfice imposable d'une partie des primes versées pour les travailleurs indépendants, subventions versées aux mutuelles référencées pour recueillir les souscriptions des fonctionnaires). Depuis lors, la généralisation obligatoire des complémentaires d'entreprise a conduit à accroître le volume des aides dont elles bénéficient.

Or, l'état de santé des salariés et des membres de leurs familles couverts par des contrats collectifs d'entreprise est en moyenne meilleur que celui des personnes, en grande partie inactives, couvertes par des contrats individuels. Tandis qu'une partie des contrats collectifs ont été négociés par les entreprises, soit directement, soit collectivement dans le cadre des branches professionnelles, les contrats individuels sont des contrats d'adhésion généralement tarifés en fonction du principal facteur prédictif de l'état de santé de leurs souscripteurs que constitue leur âge. À cet égard, le déport des salariés vers les contrats collectifs conduit à faire reposer le financement des contrats individuels sur des adhérents à l'âge moyen plus élevé.

Afin d'atténuer la segmentation en fonction du statut professionnel et de l'âge du financement des dépenses de santé laissées à la charge des assurés sociaux par l'assurance maladie obligatoire, la Cour avait recommandé de réorienter une partie des soutiens publics à la souscription d'une assurance complémentaire vers les assurés présentant les risques les plus élevés. À ce jour, cette recommandation n'a pas été prise en compte par les pouvoirs publics, mis à part le cas de l'ACS qui peut être utilisée pour adhérer à des contrats individuels sélectionnés par l'État à la suite d'une procédure d'appel d'offres et dont le montant croît avec l'âge de ses bénéficiaires (0,9 million d'utilisateurs fin 2016 pour une dépense de 0,3 Md€).

*c) Les services économiques à l'étranger  
des ministères économiques et financiers*

À l'occasion d'un référé publié en 2014 sur les services économiques à l'étranger des ministères économiques et financiers<sup>26</sup>, la Cour constatait que le réseau comptait 127 services présents dans 108 pays et qu'en dépit des profondes mutations engagées depuis 2002, la réforme

---

<sup>26</sup> Cour des comptes, *Référé, Les services économiques à l'étranger des ministères économiques et financiers*. 3 septembre 2014, 6 p., disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

de ces services demeurait inachevée. Elle estimait que les missions devaient être encore clarifiées et hiérarchisées, l'organisation rationalisée et le réseau recentré sur les zones à forts enjeux. La Cour formulait trois recommandations en ce sens.

Aucune de ces recommandations n'a été mise œuvre, les administrations faisant valoir que « le réseau des services économiques à l'étranger constitue le réseau de l'État à l'étranger ayant consenti, ces dernières années, un des efforts les plus importants en termes de réduction d'effectifs ». La réponse évoque en outre le fait que « les services économiques constituent un actif stratégique pour l'action économique extérieure du gouvernement » et que « la question de l'adéquation des services économiques aux enjeux économiques doit d'abord s'inscrire dans une réflexion interministérielle sur le dimensionnement global de l'ensemble des réseaux de l'État ».

*d) Le taux réduit de TVA sur les travaux d'entretien et d'amélioration des logements*

Dans un référé publié fin 2016<sup>27</sup>, la Cour soulignait que depuis 1999, les particuliers réalisant des travaux d'entretien et d'amélioration de leurs logements, achevés depuis plus de deux ans, bénéficient d'un taux réduit de TVA. Avec un coût de 3,64 Md€ prévu pour 2018, ce dispositif constitue la quatrième dépense fiscale la plus importante.

Or la Cour faisait le constat que ses conditions de pilotage, de suivi et de contrôle sont insatisfaisantes au regard du montant de l'effort budgétaire consenti. De plus, l'efficacité de cette dépense fiscale n'est pas démontrée : faute d'évaluations récentes, son coût apparaît même disproportionné par rapport aux bénéfices estimés en termes d'activité et d'emploi du secteur concerné. Maintenir ce dispositif suppose pour l'État d'apporter rapidement la preuve de sa pertinence et de son efficacité. La Cour formulait deux recommandations.

À cet égard, la mesure demandée par la Cour des impacts des trois changements de taux intervenus depuis 2012 est estimée impossible par le ministère chargé du logement, faute de données statistiques appropriées

---

<sup>27</sup> Cour des comptes, *Référé, Le taux réduit de TVA sur les travaux d'entretien et d'amélioration des logements de plus de deux ans*. 14 septembre 2016, 4 p., disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

(fréquence des enquêtes, disponibilité des données au niveau du secteur d'activité).

Par ailleurs, la modélisation des bénéfices économiques des taux réduits de TVA n'a pas fait l'objet de la part du ministère chargé du logement de travaux récents, et le ministère chargé de l'économie (direction générale du Trésor) déclare ne pas être outillé pour évaluer rigoureusement les effets des taux réduits de TVA sectoriels.

## **2 - Des exemples de recommandations qui font l'objet de refus de mise en œuvre**

### *a) Les principales raisons constatées des refus*

Les refus de mise en œuvre de recommandations portent essentiellement sur des propositions visant à modifier ou faire disparaître des structures administratives : suppression de la Masse des douanes (cf. *infra*), suppression d'un corps spécifique (cf. *infra*), rattachement des services chargés de la politique immobilière directement au ministre chargé du budget et attribution au responsable de la politique immobilière de l'État (RPIE) d'une autorité sur les services locaux de France Domaine, suppression de l'EPIC BPI France.

L'absence d'installation de services des ministères sociaux à Metz auprès de l'Insee peut également être vue comme la manifestation d'un refus même si le ministère le justifie par le fait que l'objectif de saturation de l'espace physique disponible a été atteint par l'installation de services locaux de la DGFIP. Il estime ainsi qu'il convenait d'abandonner la constitution d'un pôle statistique à Metz.

Enfin, la question du temps de travail des fonctionnaires est également un sujet sensible pour lequel un refus de mise en œuvre apparaît comme un moyen de reculer des réformes structurelles importantes dans ce domaine (exemple du refus de réviser le régime de travail des douaniers dans les aéroports parisiens).



### *b) Le logement des douaniers par la Masse des douanes*

Dans un référé de 2016 sur le logement des douaniers par la « Masse des douanes »<sup>28</sup>, la Cour constatait que cet établissement public national à caractère administratif, placé sous la tutelle du ministre chargé des douanes, avait pour origine l'obligation de casernement imposée aux douaniers affectés aux tâches de surveillance mais que la suppression de cette exigence en 1980 n'avait pas conduit à sa disparition et à la réaffectation du parc immobilier dont il est propriétaire. Au lieu de cela, la Masse des douanes a été pérennisée en 2015, alors que le taux de vacance de ses logements est très supérieur à la moyenne du parc locatif national et que la part des douaniers parmi les locataires est en constante diminution, malgré un niveau moyen des loyers inférieur à celui pratiqué dans le logement « très social ».

Dans ces conditions, la Cour considérait que le logement des agents des douanes devrait être assuré dans les conditions de droit commun dont bénéficient les autres fonctionnaires et recommandait la mise en place, dans un délai de trois ans, d'une offre alternative de logement en faveur des douaniers impliquant la disparition de la Masse des douanes.

Toutefois, l'unique recommandation formulée par la Cour, visant à la suppression de la Masse des douanes, a fait l'objet d'un refus catégorique de la part des ministères économiques et financiers. Le Parlement s'est saisi du référé pour obtenir une information sur les données financières de la Masse des douanes, qui était totalement absente des documents budgétaires.

### *c) Le Muséum national d'histoire naturelle*

Dans son insertion au rapport public annuel de 2017 sur le Muséum d'histoire naturelle<sup>29</sup>, la Cour formulait huit recommandations concernant notamment la suppression des corps spécifiques d'enseignants-chercheurs du Muséum et la réorganisation de la tutelle administrative et budgétaire de l'établissement.

---

<sup>28</sup> Cour des comptes, *Référé, Le logement des douaniers par la « Masse des douanes »*, 4 mai 2016, 5 p., disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

<sup>29</sup> Cour des comptes, *Rapport public annuel 2017*, Tome I. Le Muséum d'histoire naturelle : une mutation inachevée, une institution fragilisée par le zoo de Vincennes, p. 667-690. La Documentation française, février 2017, 760 p., disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

Sur le premier point, le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche a expressément indiqué qu'il n'entendait pas suivre la Cour dans sa remise en question de l'existence de corps spécifiques des enseignants-chercheurs du Muséum. Il justifie ce refus par plusieurs arguments : les obligations de service spécifiques de ces corps, la résolution des difficultés de gestion statutaire relevées par la Cour et une absence de partage du constat d'un manque d'attractivité des corps concernés.

Sur le second point, le ministère indique ne pas partager l'analyse de la Cour sur la nécessité d'une réorganisation de la tutelle.

Par ailleurs, il convient de noter que le suivi des recommandations a permis de relever une situation particulièrement critique du Muséum. Au-delà du déséquilibre financier majeur lié au contrat de partenariat du zoo de Vincennes dont la fréquentation très en deçà des hypothèses ne permet pas de financer la redevance annuelle, il apparaît que le Musée de l'Homme représente un centre de coût alourdi pour l'établissement. La Cour avait alerté sur l'objectif de fréquentation retenu lors du lancement des travaux du Musée de l'Homme, qui paraissait trop élevé. Le Muséum indique aujourd'hui que « les hypothèses de fréquentation retenues au moment du lancement du chantier de rénovation, soit 400 000 visiteurs par an, semblent surestimées [...]. Compte tenu de la fréquentation constatée au 31 août 2017, le déficit réel du Musée de l'Homme pourrait avoisiner les 2 M€ en 2017 ».

### **III - Le chiffrage des économies potentielles**

Au stade de sa formulation, dès lors qu'une recommandation vise à réduire la dépense publique, les économies réalisables doivent, dans la mesure du possible, être chiffrées.

Le suivi annuel permet à la Cour, lorsqu'une recommandation s'y prête, de chiffrer les effets plus ou moins directs de ses interventions antérieures. Dans certains cas, la Cour peut ainsi apprécier les économies potentielles ou effectivement réalisées résultant de la mise en œuvre d'une recommandation qu'elle a formulée. Ces estimations se révèlent difficiles à réaliser et doivent donc être appréciées avec prudence, dans la mesure où un chiffrage fiable suppose souvent un recul de plusieurs années.

Des exemples tirés de récents rapports illustrent les économies qui pourraient être réalisées, voire ont commencé à l'être, en appliquant les recommandations de la Cour.

### **1 - Dans le domaine de l'assurance maladie : la mise en œuvre des recommandations de la Cour commence à engendrer des économies à grande échelle**

Dans ses rapports publics annuels sur la sécurité sociale et d'autres publications, la Cour formule des recommandations de nature à permettre la réalisation d'économies significatives sur les dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie. Les développements ci-après détaillent les leviers d'économies que les pouvoirs publics et l'assurance maladie ont commencé à actionner au titre notamment du plan de 10 Md€ d'économies entre 2015 et 2017 sur les dépenses entrant dans le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. D'autres économies préconisées par la Cour et pour partie engagées concernent les charges de gestion des organismes de sécurité sociale. Néanmoins, les économies ainsi réalisées ou engagées restent encore très éloignées de celles dont la mise en œuvre des recommandations de la Cour permettrait la mobilisation.

#### *a) Les dépenses suscitées par l'activité des établissements de santé*

Dans son rapport public annuel sur la sécurité sociale de 2016<sup>30</sup>, la Cour a souligné que, malgré les engagements de maîtrise des prescriptions pris par les établissements, les dépenses d'assurance maladie liées à des prescriptions médicales internes aux établissements de santé (24,7 Md€ en 2014) et exécutées soit au sein de ces derniers (14,1 Md€), soit en ville (10,6 Md€) connaissaient une vive croissance (+32 % en € constants entre 2007 et 2014).

Dès lors, la Cour a recommandé d'utiliser efficacement le levier des nouveaux contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) passés par les établissements de santé avec les agences régionales de santé, en engageant dans ce cadre non seulement les

---

<sup>30</sup> Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2016*. La Documentation française, septembre 2016, 724 p., disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

directions, mais aussi les communautés médicales d'établissement et d'élargir et de rendre plus contraignants les mécanismes de régulation des dépenses dans ce cadre. Ces recommandations ont été partiellement mises en œuvre. Ainsi, les CAQES sont obligatoires pour l'ensemble des établissements de santé, ce qui est de nature à renforcer les effets de la régulation des dépenses concernées. En revanche, et de manière paradoxale, les prescriptions exécutées en établissements de santé ne sont toujours que très partiellement couvertes (ce n'est le cas que pour les médicaments de la « liste en sus », mais pas des autres médicaments, ni des dispositifs médicaux, ni des actes de biologie et d'imagerie). La commission médicale d'établissement est consultée sur le projet de contrat, mais son président n'en est pas cosignataire. Des mécanismes de sanction de la non-réalisation des engagements souscrits ont été instaurés, mais les pouvoirs publics entendent désormais privilégier des incitations (la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a ainsi instauré un dispositif d'« intéressement » des établissements, qui prend la forme d'une restitution à ces derniers d'une partie des économies réalisées).

Le plan ONDAM 2015-2017 ne comporte pas d'objectifs d'économies qui seraient spécifiquement liées à une rationalisation des volumes d'actes et de prestations prescrits par les établissements de santé et réalisés au sein de ces derniers. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 mentionne un objectif de 250 M€ d'économies annuelles au titre des prescriptions hospitalières, principalement au titre de celles exécutées en ville, par rapport à la hausse tendancielle des dépenses.

La structure et la tarification des séances de dialyse des patients atteints d'une insuffisance rénale chronique terminale (2,7 Md€ de dépenses en 2015) comportent des marges d'efficacité accrue des dépenses d'assurance maladie. Dans son rapport public annuel sur la sécurité sociale de 2015, la Cour a notamment recommandé de réviser à la baisse les tarifs des séances de dialyse afin de mieux prendre en compte les gains de productivité liés aux équipements et aux consommables, en faisant porter l'effort sur les tarifs des modes de prise en charge les plus lourds. En 2015, les dépenses annuelles par bénéficiaire d'un mode de dialyse s'élevaient en moyenne à environ 81 000 € en cas d'hémodialyse en centre lourd et à 56 000 € en cas d'autodialyse.

Dans le cadre du plan ONDAM 2015-2017, ont été programmées 80 M€ d'économies sur les tarifs des séances de dialyse en cumul. Les baisses de tarifs sont mises en œuvre par la voie d'arrêtés annuels fixant les tarifs des actes effectués par les différentes catégories d'établissements de santé. Afin de réduire la place des centres lourds dans l'ensemble des prises en charge, les tarifs des séances de dialyse correspondantes ont été

plus fortement réduits que ceux des séances relevant d'autres modes de prise en charge, moins onéreux. Pour ces derniers, des taux identiques de baisse des tarifs ont été appliqués, malgré de sensibles différences de coûts entre les unités de dialyse médicalisée d'une part et les modes moins coûteux que constituent, lorsque la condition des patients le permet, les unités d'autodialyse et les dialyses péritonéales à domicile d'autre part. Prises globalement, les économies réalisées par la voie de baisses de tarifs restent très éloignées du potentiel d'économies induit par la comparaison du coût moyen des séances de dialyse (63 000 € en 2015) avec celui de nos voisins (46 000 € en Belgique, 40 000 € en Allemagne), qu'une réduction du recours aux modes les plus onéreux et l'accentuation des baisses de tarifs permettraient de mobiliser.

#### *b) Les dépenses liées aux produits de santé*

Dans le domaine du médicament (23,3 Md€ de dépenses d'assurance maladie en ville en 2016, avant déduction des remises versées par les fabricants), la Cour a, dans son rapport public annuel sur la sécurité sociale de 2014<sup>31</sup>, recommandé de réaliser des économies, estimées à 2 Md€ par an, soit près de 1/10<sup>ème</sup> des dépenses, en favorisant un recours accru aux médicaments génériques, dont la part de marché est nettement plus faible que chez nos voisins, en révisant leur prix, sensiblement plus élevé, et en modifiant les modalités de rémunération des pharmacies d'officine, particulièrement généreuses.

En convergence avec les analyses de la Cour, mais sur un périmètre plus étroit de mesures, le plan ONDAM 2015-2017 a prévu 1,1 Md€ d'économies en cumul sur trois années au titre de la poursuite de l'augmentation de la prescription des médicaments génériques dans le répertoire (objectif de +5 points) et de baisses de prix. Selon le ministère des Solidarités et de la Santé, près de 0,7 Md€ d'économies auraient d'ores et déjà été réalisées en cumul fin 2016. L'ONDAM 2018 prend en compte 340 M€ d'économies supplémentaires (dont 230 M€ au titre de baisses de prix et 110 M€ au titre d'une substitution accrue des médicaments génériques à des princeps).

---

<sup>31</sup> Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2014*. La Documentation française, septembre 2014, 673 p., disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

Pour leur part, les modalités de rémunération des officines n'ont pas été révisées. Or, comme l'a souligné la Cour dans son rapport public annuel sur la sécurité sociale de 2017<sup>32</sup>, les coûts de distribution des génériques par les pharmacies d'officine sont particulièrement élevés et absorbent une grande partie des économies permises par leur diffusion croissante : pour 2016, ils peuvent être estimés à 2,2 Md€, soit la moitié des 4,4 Md€ de dépenses remboursables par l'assurance maladie au titre des ventes de génériques. Ce montant intègre non seulement la rémunération réglementée des officines, mais aussi les rétributions complémentaires connues qui leur sont accordées par les entreprises pharmaceutiques et par les distributeurs en gros. Il justifierait d'augmenter très significativement le taux de la décote du prix des génériques par rapport aux médicaments princeps, fixé à 60 % par l'accord-cadre entre le comité économique des produits de santé (CEPS), qui négocie le prix des médicaments pour le compte des pouvoirs publics, et les représentants des entreprises pharmaceutiques (LEEM). Une économie de 800 M€ est envisageable à ce titre.

S'agissant des dispositifs médicaux (6,6 Md€ de dépenses d'assurance maladie en ville en 2016), dont la dépense est particulièrement dynamique (+5,6 % en 2016, après +4,7 % en 2015, après +5,6 % en 2014), la Cour a, dans son rapport public annuel sur la sécurité sociale de 2014, recommandé aux pouvoirs publics d'actionner plusieurs leviers à même de dégager 250 M€ d'économies au total au bout de trois ans. Le plan ONDAM 2015-2017 a prévu 210 M€ d'économies en cumul sur trois années au titre de baisses de prix et 140 M€ au titre de la maîtrise médicalisée des dépenses, ce qui illustre l'importance des marges d'optimisation. Selon le ministère des Solidarités et de la Santé, les économies réalisées ne seraient pas à la hauteur des objectifs : 60 M€ d'économies en cumul seraient constatées fin 2016 au titre de baisses de prix et 100 M€ au titre d'actions de maîtrise médicalisée. La construction de l'ONDAM 2018 incorpore des montants encore limités d'économies au titre des baisses de prix (100 M€ contre 90 M€ en 2017) et d'une pertinence accrue des prescriptions de dispositifs médicaux (50 M€, comme en 2017).

Suivant une recommandation de la Cour, les pouvoirs publics ont, sur le modèle des mécanismes de régulation des dépenses de médicaments en ville, substantiellement renforcé dans les lois de financement de la sécurité sociale pour 2016 et 2017 les moyens juridiques dont est doté le CEPS pour négocier des baisses de prix avec les fabricants et les

---

<sup>32</sup> Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2017*. La Documentation française, septembre 2017, 729 p., disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

distributeurs de dispositifs médicaux et instauré dans la loi de financement pour 2018 un dispositif d'encadrement du montant des dépenses lui-même, qui doit permettre de compenser l'incidence de la hausse des volumes par des baisses de prix. Ces leviers ont vocation à être actionnés à court terme afin d'enrayer la hausse accélérée des dépenses de dispositifs médicaux.

*c) Les dépenses liées aux actes des professionnels libéraux de santé*

Dans son rapport public annuel sur la sécurité sociale de 2015<sup>33</sup>, la Cour a souligné que la croissance des dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en libéral (respectivement 7,3 Md€ et 3,9 Md€ de dépenses d'assurance maladie en 2016, en hausse de +4,3 % et de +4,5 % par rapport à l'année précédente) excédait l'incidence normale du vieillissement de la population et du développement des maladies chroniques. Elle a ainsi recommandé un rééquilibrage territorial affirmé de l'implantation des professionnels, encore marginal, par rapport aux besoins de la population (appréciés à travers la proportion de personnes âgées ou de patients en affection de longue durée), la mise en œuvre d'une politique de gestion du risque, encore embryonnaire, le renforcement des contrôles portant sur les facturations d'actes à l'assurance maladie, très insuffisants et l'inscription des prescriptions dans le cadre d'un objectif de dépenses liant l'évolution des tarifs à celle du volume des actes.

À ce jour, ces recommandations ont été prises en compte de manière encore très partielle. Ainsi, le plan ONDAM 2015-2017 a prévu 120 M€ d'économies en cumul entre 2015 et 2017 au titre de la maîtrise médicalisée des prestations effectuées par des auxiliaires médicaux, ce qui représente moins de 1/10<sup>ème</sup> de la progression spontanée des dépenses au cours de la même période. Fin 2016, 90 M€ étaient réalisées en cumul. Après des objectifs limités dans celle de l'ONDAM 2017 (50 M€) la construction de l'ONDAM 2018 n'a pas distingué les économies liées aux prestations paramédicales au sein de celles de la « maîtrise médicalisée » (110 M€). Dans un récent rapport public thématique sur l'avenir de l'assurance maladie<sup>34</sup>, La Cour a évalué entre 0,9 Md€ et 3,2 Md€ de dépenses

---

<sup>33</sup> Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2015*. La Documentation française, septembre 2015, 765 p., disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

<sup>34</sup> Cour des comptes, *Rapport public thématique : L'avenir de l'assurance maladie, assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs*. La Documentation française, novembre 2017, 287 p., disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

annuelles l'enjeu d'efficience associé à une répartition territoriale plus équilibrée des professionnels libéraux, notamment paramédicaux, de santé.

Dans une communication de 2016 à la commission des affaires sociales du Sénat sur l'imagerie médicale<sup>35</sup> (près de 6 Md€ de dépenses d'assurance maladie par an au total, dont 3,9 Md€ en ville et 2 Md€ en établissement de santé), la Cour a recommandé de réviser en priorité le montant des forfaits techniques afin de tenir compte de l'évolution des techniques et de la réalisation de gains de productivité et d'écarter ainsi les effets de rente propres à l'absence d'actualisation des tarifs. Par rapport à la prolongation des tendances actuelles de dépenses, elle estimait ainsi que 190 M€ d'économies pouvaient être dégagées en hypothèse basse par une rationalisation des prescriptions et des baisses de tarifs et 460 M€ en hypothèse haute.

Le plan ONDAM 2015-2017 a prévu près de 200 M€ d'économies au titre de baisses de tarifs en ville. En 2015, seuls 27 M€ d'économies ont été réalisées à ce titre en application d'un protocole d'accord entre l'assurance maladie et les représentants des radiologues. Aucune économie supplémentaire n'est intervenue en 2016. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a amplifié la démarche d'économies en habilitant le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), à défaut d'un accord dans un délai déterminé entre l'assurance maladie et les représentants des radiologues, à actualiser les tarifs sous réserve de l'accord tacite des ministres concernés. Début 2017, les forfaits techniques d'imagerie scanner, d'IRM (imagerie par résonance magnétique) et TEP (tomographie par émission de positons) ont été réduits de 2 % et les modificateurs de coefficients ont été supprimés, ce qui devrait permettre à l'assurance maladie d'économiser 50 M€ en 2017, soit les deux tiers de la cible du plan ONDAM (75 M€). L'ONDAM 2018 prend en compte un objectif d'économies plus faible (58 M€).

#### *d) Les charges de gestion administrative des organismes de sécurité sociale*

Dans son rapport public annuel sur la sécurité sociale de 2015, la Cour a souligné le facteur clé que constitue l'évolution de l'organisation des activités des organismes de sécurité sociale pour réaliser des économies de frais de gestion sans dégrader la qualité du service rendu aux usagers, ni

---

<sup>35</sup> Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, L'imagerie médicale*. Avril 2016, 163 p., disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)



la maîtrise des risques financiers, elle-même perfectible, liés à l'attribution des prestations et à la collecte des prélèvements sociaux. À ce titre, elle a recommandé d'approfondir la réorganisation des réseaux d'organismes du régime général, en continuant à réduire le nombre d'organismes distincts, dont beaucoup sont dépourvus de taille critique, à rationaliser le nombre de sites accueillant des activités de production, encore très dispersées, et à remédier aux disparités de coûts de gestion entre les organismes d'une même branche, qui reflètent des organisations et des pratiques de travail inégalement efficaces.

Dans son rapport public annuel sur la sécurité sociale de 2016, la Cour a par ailleurs souligné que les écarts entre la durée effective moyenne du travail à temps plein (1 540 heures estimées par la Cour) et la durée légale annuelle (1 607 heures) imputables notamment à des usages dérogatoires à la convention nationale dans un grand nombre d'organismes de base d'une part et entre le taux d'absentéisme moyen (8,9 % en 2014) et celui des organismes qui présentent la situation la meilleure (6 %) d'autre part représentaient un potentiel de travail non mobilisé de l'ordre de 10 000 ETPMA, soit près de 7 % des effectifs en fonction. Elle a dès lors recommandé de mobiliser les gains de productivité correspondants, qui permettraient une économie de l'ordre de 0,4 Md€ sur les charges de personnel, en faisant converger la durée effective du travail vers sa durée légale et en luttant plus efficacement contre l'absentéisme.

Les organismes nationaux du régime général mettent en œuvre pour partie ces recommandations en réduisant le nombre de sites de prenant en charge certaines activités et en modulant plus fortement les autorisations annuelles d'effectifs des caisses locales en fonction de leurs marges de gains de productivité par rapport aux caisses les plus efficaces.

Ces évolutions encore partielles de l'organisation des activités des organismes de sécurité sociale contribuent à la réalisation d'économies de charges de gestion administrative. À périmètre constant, celles du régime général de sécurité sociale ont légèrement reculé de 11 Md€ en 2011 à 10,7 Md€ en 2016 (soit -2,5 %), cette baisse étant concentrée sur la branche maladie (-6,1 %) et épargnant la famille (+3,3 %). Encore limitées, les économies sont liées à des réductions d'effectifs et de charges externes. Afin de les amplifier, les nouvelles conventions d'objectifs et de gestion (COG) avec l'État pour les années 2018 à 2021 devraient fixer des objectifs plus ambitieux de réorganisation des activités des branches du régime général sur un double plan juridique et fonctionnel.

## 2 - La mise en œuvre des recommandations de rationalisation et de mutualisation souvent génératrices d'économies

### a) *La rationalisation du maintien en condition opérationnelle (MCO)*

Le ministère des Armées estime que les recommandations de la Cour concourent à son programme de réforme sur le chantier de rationalisation du MCO et mentionne une économie récurrente d'environ 40 M€ par an grâce à la diminution de l'empreinte logistique, soit une diminution de 18 % du coût du réseau d'entreposage et par ailleurs, 113 M€ d'économies sur la période 2017-2022 pour la totalité du milieu aéronautique grâce à l'harmonisation des règles de maintenance.

### b) *La rémunération des notaires au titre des fonds de tiers déposés à la Caisse des dépôts et consignations*

Dans le cadre du référé de 2015 relatif à la « Caisse des dépôts et consignations, banque du service public de la justice »<sup>36</sup>, la Cour recommandait d'engager le réexamen des modalités de rémunération des notaires au titre des fonds de tiers déposés à la Caisse des dépôts et Consignations et d'ajuster sans délai le taux d'intérêt servi à l'ensemble des déposants aux conditions économiques et financières actuelles. La Caisse des dépôts et consignations indique que les mesures correctrices engagées dans ce domaine ont permis d'économiser 84,7 M€ en 2016.

### c) *Les rationalisations au sein du groupe La Poste*

Dans le cadre du suivi du rapport particulier de 2015 relatif aux activités sociales et culturelles en faveur de ses agents, La Poste<sup>37</sup> indique que le plan de redressement d'Azureva a permis de diminuer la masse salariale de 4,4 M€ entre 2015 (23,1 M€) et 2016 (18,68 M€) et d'abaisser le poids de la masse salariale par rapport au chiffre d'affaires de 6 points

---

<sup>36</sup> Cour des comptes, *Référé, Caisse des dépôts et consignations, banque du service public de la justice*. 12 février 2015, 7 p., disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

<sup>37</sup> Cour des comptes, *Rapport particulier, Les activités sociales et culturelles en faveur des agents de la Poste*. Juillet 2015, 92 p., disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)

(43,7 % contre 37,3 %). Par ailleurs, pour une activité quasi identique entre ces deux années, le résultat net est passé de -2,8 M€ en 2015 à -1,9 M€ en 2016, soit une réduction du déficit de 0,9 M€.

De même, le groupe La Poste mentionne, à l'occasion du suivi des recommandations du rapport public annuel de 2016 « les facteurs face au défi de la baisse du courrier : des mutations à accélérer »<sup>38</sup>, que l'engagement pris dans le cadre du contrat d'entreprise 2018-2022 visant à la modernisation du cadre réglementaire relatif à l'emplacement des boîtes aux lettres et à une définition de celui des boîtes à colis représente un enjeu évalué à 40 M€.

*d) Les rationalisations de l'action sociale du ministère de l'intérieur*

La mise en œuvre de la recommandation de la Cour sur l'action sociale du ministère de l'Intérieur portant sur la fin des mises à dispositions au profit des opérateurs de cette action sociale a fait l'objet d'un chiffrage par le ministère. La direction générale de la police nationale estime que la fin des mises à disposition en 2015 et 2016 a permis une économie de 1,2 M€ sur les subventions versées en raison de la réduction de la masse salariale.

\*

\*\*

72,7 % des recommandations formulées par la Cour des comptes dans les rapports publiés au cours des trois dernières années sont partiellement ou totalement mises en œuvre, ce qui démontre que globalement les interventions de la Cour portent bien leurs fruits.

Le chapitre II présente pour la première fois le bilan du suivi des recommandations par les CRTC dans le cadre de la loi NOTRé. Là encore, il convient de souligner que 79 % des recommandations suivies dans ce cadre sont partiellement ou totalement suivies d'effets.

---

<sup>38</sup> Cour des comptes, *Rapport public annuel 2016*, Tome I. Les facteurs face au défi de la baisse du courrier : des mutations à accélérer, p. 397-428. La Documentation française, février 2016, 696 p., disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)