



Le 26 mars 2019

**Le Premier président**

à

**Madame Agnès Buzyn**

Ministre des solidarités et de la santé

Réf. : S2019-0885

**Objet** : Constats issus des premiers contrôles des cliniques privées

Le législateur a instauré en 2016 un contrôle de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique<sup>1</sup>.

Sur cette base, les juridictions financières ont programmé une enquête sur la situation économique et financière des cliniques privées, à partir d'un panel de 16 cliniques privées à but lucratif de court séjour en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), représentant un chiffre d'affaires (CA) de près de 800 M€ et réparties dans 11 régions<sup>2</sup>. Cette enquête a donné lieu à 16 rapports d'observations définitives, après contradiction avec chaque entité, ainsi qu'avec les agences régionales de santé (ARS) concernées.

Il m'a paru utile de porter à votre connaissance les constats dressés à l'issue de ces premiers contrôles.

---

<sup>1</sup> Le champ de compétence des juridictions financières sur les cliniques privées, en l'état actuel de la législation est limité aux seules entités juridiques porteuses des activités de soins. Il ne s'étend ni aux structures satellites, notamment les sociétés civiles immobilières (SCI), ni aux groupes d'appartenance qui, pour autant, entretiennent des liens juridiques et financiers très étroits avec les établissements.

<sup>2</sup> Une base de données spécifique a été constituée à partir des données de FINESS, du PMSI et de « Scores et décisions » permettant de définir un panel reflétant la diversité du secteur à partir d'un scoring établi à partir de critères juridiques, financiers et d'activité. Il ne s'agit en aucun cas d'un échantillon représentatif au sens statistique.

## 1 UNE SITUATION JURIDIQUE ET FINANCIÈRE MAL CONNUE DES AUTORITÉS SANITAIRES

La situation financière des cliniques privées s'inscrit dans un environnement juridique complexe : outre les incertitudes qui entourent la définition même d'établissement de santé dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)<sup>3</sup>, la structuration juridique des cliniques privées est plus complexe que celle des établissements publics, du fait de l'existence d'un ensemble de sociétés satellites, difficiles à cartographier. Aux côtés de la société d'exploitation, gravitent généralement une société civile immobilière (SCI) pour la gestion des murs<sup>4</sup>, un groupement d'intérêt économique (GIE) pour la mutualisation des prestations entre cliniques, des sociétés civiles de moyens (SCM) ou des sociétés d'exercice libéral (SEL) pour les honoraires médicaux, avec d'importants flux financiers à la clé.

À cette complexité juridique s'ajoute la nécessité de mesurer correctement les flux financiers intra-groupes : la plupart des contrôles ont montré que les conventions de prestations de services, fréquemment conclues entre les sociétés d'exploitation des cliniques et leur groupe d'appartenance (communément dénommées conventions de *management fees*), donnent lieu à des versements souvent insuffisamment justifiés, ce qui pose la question de la traçabilité du partage de la rentabilité. Or, la transparence de ces relations est nécessaire à la bonne compréhension du secteur par le régulateur et à la bonne information de l'assurance-maladie qui finance indirectement les groupes comme les structures satellites.

Les données financières et de gestion existantes sont incomplètes et peu robustes. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) réalise certes annuellement, dans son panorama des établissements de santé, un bilan de la situation financière des cliniques privées, qui repose sur les données déposées aux greffes des tribunaux de commerce par les établissements et consolidées, pour le compte de la DREES. Cependant, les agrégats ne sont pas calculés sur la base des balances comptables<sup>5</sup>, ce qui ne permet pas de retraitements fins. De plus, la base utilisée ne permet de connaître que la situation de la seule société d'exploitation de l'activité de soins, sans prendre en compte les flux financiers entre les différentes entités juridiques qui composent la clinique.

Par ailleurs, les contrôles ont montré l'absence fréquente de comptabilité analytique en coût complet dans les cliniques du panel, ce qui ne permet pas toujours une comparaison objectivée avec le secteur public. À l'inverse, ces mêmes cliniques semblent faire le choix d'un suivi de l'activité souvent fin et resserré, notamment à l'égard des médecins qui ne généreraient pas un volume d'activité suffisant.

Enfin, l'enquête a montré la difficulté de réconcilier les données médico-économiques internes et celles tirées des bases et enquêtes nationales (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation [ATIH], programme de médicalisation des systèmes d'information [PMSI], DREES, statistique annuelle des établissements [SAE]). Le rapprochement manuel des données de l'ATIH, du PMSI et de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), opéré pour toutes les cliniques du panel, a montré systématiquement des écarts, même si les différences se réduisent après retraitements par l'ATIH.

Les contrôles ont de même montré qu'il n'est pas possible de parfaitement réconcilier les données internes d'honoraires avec celles issues du PMSI et celles du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM).

---

<sup>3</sup> Sur ce sujet, la Cour a adressé à votre administration, en juin 2017, un rapport d'observations définitives portant état des lieux des établissements de santé privés.

<sup>4</sup> Il n'existe pas de règles spécifiques concernant l'immobilier de santé.

<sup>5</sup> Les calculs sont effectués à partir des liasses fiscales de chaque entité concernée.

## 2 LES PREMIERS CONTRÔLES FONT APPARAÎTRE UNE ACTIVITÉ DYNAMIQUE, AVEC DES RÉSULTATS CONTRASTÉS POUR LES CLINIQUES ET DES REVENUS EN HAUSSE POUR LES MÉDECINS

La situation financière d'ensemble des cliniques paraît globalement favorable au plan national au vu des analyses de la DREES : leur rentabilité s'est améliorée, en hausse de 0,6 % entre 2015 et 2016, avec un résultat net de 3,6 % du chiffre d'affaires en 2016.

En revanche, le contrôle des cliniques du panel fait état de situations contrastées, qui s'explique par la diversité des établissements retenus du point de vue de leur activité, de leur résultat et de leur structuration juridique :

Clinique	2 014		2 016	
	REX	RN	REX	RN
510000532 - SA POLYCLINIQUE DE COURLANCY	2 690 312 €	720 767 €	-1 572 815 €	-4 087 099 €
690000385 - SA CLINIQUE TRENEL	-396 076 €	-423 051 €	-671 141 €	-690 440 €
920031580 - SA CENTRE DE SOINS DU VALOIS	-181 370 €	-133 330 €	37 453 €	-31 087 €
310000112 - SA CLINIQUE DE L'UNION	1 980 643 €	800 748 €	1 274 796 €	2 160 979 €
350000303 - CENTRE HOSPITALIER PRIVE ST GREGOIRE	1 950 723 €	1 637 232 €	3 370 910 €	2 595 803 €
870017415 - SAS POLYCLINIQUE DE LIMOGES	296 113 €	239 240 €	2 433 517 €	1 342 180 €
580005148 - CLINIQUE DE COSNE SUR LOIRE	-790 554 €	1 510 862 €	-1 091 388 €	-1 227 539 €
930000492 - SAS CLINIQUE DES LILAS	281 265 €	-12 169 €	-764 312 €	-574 720 €
450000534 - SA CLINIQUE JEANNE D'ARC	-4 230 468 €	-14 783 209 €	-2 952 525 €	-2 990 338 €
330000274 - SA NOUVELLE POLYC BX-NORD-AQUITAINE	1 875 959 €	2 020 010 €	1 422 399 €	2 046 090 €
310788880 - SC CAPIO CLINIQUE DES CEDRES	5 586 057 €	6 438 783 €	3 191 655 €	2 406 238 €
920001526 - HOPITAL PRIVE D'ANTONY	296 158 €	3 891 721 €	656 770 €	1 968 633 €
440006344 - SA POLYCLINIQUE DE L'ATLANTIQUE	671 262 €	712 203 €	-276 713 €	-238 908 €
850013244 - SA CLINIQUE SAINT CHARLES	-257 860 €	-222 818 €	123 479 €	35 314 €
220000376 - POLYCLINIQUE DU TREGOR	-444 358 €	14 147 €	-648 388 €	-241 787 €
130038847 - HOPITAL PRIVE BEAUREGARD VERT COTEAU	1 323 629 €	1 386 823 €	1 256 156 €	823 202 €
Ensemble du panel	10 651 435 €	3 797 959 €	5 789 853 €	3 296 521 €

Source : Cour des comptes d'après les comptes des cliniques.

Le résultat d'exploitation (REX) du panel demeure cependant faible (moins de 6 M€ au total), représentant moins de 1% du CA (en baisse en 2016 par rapport à 2014 : 0,73 % contre 1,38 %).

### 2.1 Une activité dynamique

Entre 2014 et 2017, sur la base du *case mix*<sup>6</sup> observé en 2017, le tarif moyen tous groupes homogènes de séjours confondus (GHS) dans le secteur des cliniques privées est passée de 704,01 € à 689,04 €, soit une baisse moyenne annuelle de - 0,7 %. Le nombre de séjours (en incluant les séances) a augmenté de 2,1 % par an passant de 8,67 millions de séjours à 9,24 millions.

Les cliniques du panel ont quant à elles connu une évolution moyenne de leur activité semblable à celle du secteur mais cette moyenne cache une forte diversité (taux d'évolution allant de - 5,6 % à + 4,7 %).

Au total, la progression de l'activité, supérieure à la baisse des tarifs, a permis la croissance du chiffre d'affaires. Ainsi, entre 2014 et 2016, le chiffre d'affaires des cliniques du panel a augmenté de 1,64 % par an passant de 769 M€ à 795 M€ avec, là aussi, des situations variées.

<sup>6</sup> Anglicisme désignant l'éventail des cas médicaux et chirurgicaux traités par un établissement de santé

## 2.2 Une recherche de la performance et un profil d'activité différent de celui du secteur public

Les contrôles ont mis en évidence différentes pratiques qui témoignent d'une recherche de la performance de gestion : recours massif aux contrats à durée déterminée (CDD) pour ajuster la masse salariale au plus près de l'activité, maturité des politiques de massification des achats, rapidité de déploiement des projets de système d'information, développement important des recettes hors soins, avec essentiellement la facturation des chambres individuelles en hospitalisation complète (parfois jusqu'à 200 € par nuitée) ou même pour une utilisation en ambulatoire, ainsi que celle des parkings et de prestations diverses de confort (télévision, wifi<sup>7</sup>, repas, accompagnants...).

C'est toutefois dans la définition de leur profil d'activité que les cliniques privées se singularisent. Leur *case-mix* est plus étroit que celui des établissements publics. En 2016, 80 % de l'activité (hors séances) des premières est réalisée sur 99 racines de groupes homogènes de malades (GHM) contre environ 150 dans les centres hospitaliers (CH) et près de 220 dans les centres hospitaliers universitaires (CHU)<sup>8</sup>. La concentration de l'activité y est plus forte. Ainsi, bien que fortement concurrencé sur son territoire, le CHU de Reims facture plus de 2000 groupes homogènes de séjours (GHS) différents contre un peu plus de 1200 à la Polyclinique Courlancy de Reims, qui est une des plus grandes de France.

Ces dernières années, les cliniques privées ont fortement contribué au développement de l'ambulatoire, notamment en chirurgie, laquelle a fait l'objet d'un surfinancement significatif<sup>9</sup>. Le taux de chirurgie ambulatoire atteignait 61,9 % en 2016 contre 48,2 % dans les CH et 35,8 % dans les CHU. Ce positionnement rapide, parfois sur des prises en charge très innovantes, témoigne de la capacité d'adaptation organisationnelle du secteur et explique pour partie le maintien de la rentabilité.

## 2.3 Pour les médecins, un modèle économique en mutation

On constate à la fois la raréfaction des établissements détenus par les médecins eux-mêmes et l'accentuation de la concurrence entre cliniques pour le recrutement des praticiens. Ceux-ci sont souvent en situation d'exploiter, à leur avantage, une position de force. Ils voient alors leurs honoraires augmenter dans le même temps que les cliniques doivent s'adapter à des baisses tarifaires. Il en résulte un dynamisme spécifique des revenus d'activité des médecins, qui contribue à l'augmentation des dépenses collectives relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ville et aux dépassements récurrents de ce dernier.

### 2.3.1 Un équilibre économique profitant aux médecins

Si les cliniques sont l'outil de travail des médecins libéraux, leurs intérêts ne se confondent pas. Par exemple, compte tenu des difficultés de recrutement de médecins, notamment dans certaines spécialités et sur certains territoires, les cliniques se voient parfois dans la nécessité, pour attirer les meilleurs professionnels, d'investir dans des équipements et dispositifs médicaux difficiles à rentabiliser.

---

<sup>7</sup> Réseau local hertzien (sans fil) à haut débit destiné aux liaisons d'équipements informatiques dans un cadre domestique ou professionnel.

<sup>8</sup> Cour des comptes, *Rapport LO. 132-3-1, Le rôle des CHU dans l'offre de soins*, novembre 2018, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

<sup>9</sup> Cour des comptes, *Le virage ambulatoire : une transformation à engager en médecine, en ville comme à l'hôpital*, RALFSS 2018, octobre 2018, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

Les situations extrêmes de monopole local ne sont pas rares chez les radiologues ou les médecins biologistes et leurs éventuels groupements. Les juridictions financières ont pu constater, dans trois cliniques du panel, l'absence de libre choix du patient entre les prestataires, ce qui est contraire aux dispositions de l'article L. 1110-8 du code de la santé publique. Les accords d'exclusivité entre professionnels et établissements s'accompagnent du reste, parfois, de divers avantages financiers pour la clinique (par exemple, l'octroi par le médecin d'un prêt sans intérêt, ce qui pourrait l'exposer à un risque de requalification fiscale).

On note en conséquence que la corrélation est de moins en moins nette entre chiffres d'affaires des cliniques du panel et les honoraires médicaux, avec ou sans dépassements.

Il n'existe pas à ce jour de remontées de données par site ou par territoire sur l'intégralité des honoraires perçus par les médecins en cliniques. L'ensemble de ces données hors séjours échappe à la visibilité des cliniques elles-mêmes, qui hébergent des praticiens liés par des baux dont les loyers sont indépendants des chiffres d'affaires qu'ils y réalisent.

La Cour a requis des services régionaux de l'assurance maladie des Pays de la Loire le détail des honoraires par praticien réalisés sur le site de la Polyclinique de l'Atlantique (Loire-Atlantique). Il en ressort que les recettes perçues par la clinique au titre des séjours sont nettement inférieures aux honoraires médicaux.

### **2.3.2 Des dépassements d'honoraires en augmentation**

Les dépassements d'honoraires peuvent constituer une source de tensions entre médecins et cliniques, les secondes ayant peu d'intérêt à les voir progresser trop rapidement du fait d'un risque d'image et du déport consécutif de la patientèle. Or, ces dernières années, même s'ils restent très hétérogènes selon les contextes locaux (spécialité, territoire), ces dépassements ont nettement augmenté, plus vite que les honoraires eux-mêmes

Au niveau national, les dépassements d'honoraires sont ainsi passés de 765 M€ en 2012 à plus d'1 Md€ en 2017, soit une progression de plus de 31 %. Au sein du panel, la médiane de dépassements atteignait 15,4 % des honoraires en 2016, contre 11,8 % en 2014. Les spécialités les plus concernées sont celles qui sont le plus liées aux séjours, comme la stomatologie et la chirurgie qui connaissent un taux de dépassement de plus de 50 %.

### **2.3.3 Un cadre d'exercice libéral souvent favorable aux praticiens**

L'activité des médecins en cliniques est réalisée dans le cadre d'un contrat d'exercice libéral, le plus souvent élaboré à partir d'un modèle type, qui donne lieu au versement, par le praticien, d'une redevance à la clinique, d'un niveau très variable. Si l'enquête a pu établir, dans les clauses des contrats, un niveau de 4,6 %<sup>10</sup> du montant total des honoraires perçus, la réalité de ce que versent les praticiens aux établissements peut être différente. La grande disparité de situations des médecins au sein de chaque clinique (notamment par spécialité et même à condition d'exercice similaire), entre les cliniques elles-mêmes mais aussi selon l'ancienneté du contrat, empêche une connaissance claire des versements effectués par les praticiens. Rien ne garantit notamment que les redevances effectives reflètent la réalité des coûts supportés par les établissements, ce qu'exige pourtant la jurisprudence de la Cour de cassation.

La seule clinique du panel à avoir augmenté significativement son taux de redevance pour redresser ses comptes est la clinique de Courlancy, propriété des médecins actionnaires.

Il en va de même de la location des cabinets médicaux situés au sein des cliniques, source de revenus annexes théoriquement non négligeables pour les cliniques, mais en réalité mal suivis.

---

<sup>10</sup> Ce taux forfaitisé ne correspond *a priori* qu'aux frais de gestion par la clinique des honoraires et non les autres prestations individualisées (ex. secrétariat, matériels), ni la location des locaux occupés.

### 3 CETTE PREMIÈRE ENQUÊTE FAIT APPARAÎTRE LA NÉCESSITÉ DE MIEUX RÉGULER LE SECTEUR

#### 3.1 Une régulation trop distante par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et les ARS

Certaines décisions ne correspondent pas aux enjeux de santé des territoires concernés, comme l'illustre la situation de deux cliniques du panel :

- **À la clinique de Cosne-sur-Loire (Nièvre)**, la stratégie adoptée en 2009 par les pouvoirs publics n'a pas été efficace, tant sur le plan médical que financier.

Le transfert en 2009-2011 des activités chirurgicales, obstétricales et radiologiques de l'hôpital de Cosne-sur-Loire vers la clinique n'a empêché ni les fuites de patients ni la concurrence des structures avoisinantes. Aucun projet médical n'a réellement émergé du pôle de santé public/privé.

Le déclin de l'activité, désormais en dessous d'un seuil critique avec la fermeture de la maternité et la limitation de la chirurgie à deux salles de bloc à partir de 2018, obère sérieusement la viabilité économique de cette clinique dont les charges d'exploitation, en grande partie incompressibles, ne sont plus couvertes par les recettes d'activité.

Depuis sa reprise en 2009 par le groupe Kapa Santé à la barre du tribunal de commerce, la clinique n'a connu qu'un seul exercice bénéficiaire (2014). Alors que les pouvoirs publics escomptaient que la location d'une partie du bâtiment à l'hôpital procurerait une recette supplémentaire à la clinique, cette recette a été captée par une SCI créée par Kapa Santé en 2009 qui a majoré le loyer acquitté par la clinique. La combinaison de cette perte de recette et de la majoration du loyer sur neuf ans a pesé sur les comptes de la clinique.

- **À la clinique de Gien (Loiret)**, la reprise des activités de la clinique qui était intégrée à un pôle de santé public/privé se fera *a priori* au détriment des finances publiques.

Le groupe Ramsay Générale de Santé, après avoir d'abord soutenu cette clinique constamment déficitaire depuis 2009 en lui apportant 29,7 M€ sur la période, a décidé de la céder en raison de ses déséquilibres financiers et dans un souci de repositionnement stratégique dans des agglomérations plus importantes.

À la suggestion de l'ARS Centre-Val-de-Loire, il a cherché en 2017 à transférer son activité au centre hospitalier régional d'Orléans (CHRO), lui-même en difficulté financière. Cependant le transfert de l'ensemble des recettes d'activité, au demeurant réduites, au CHRO, n'est pas garanti, notamment en ce qui concerne l'orthopédie, l'ophtalmologie et l'Oto-rhino-laryngologie (ORL), fortement touchées par les départs attendus de praticiens. Seules la chimiothérapie et la chirurgie viscérale (endoscopies pour l'essentiel) conservent un volume substantiel et profitable dans le cadre de la reprise.

Il importe d'être très vigilant sur le niveau du loyer que devra payer l'hôpital à la société Primonial et sur la récupération du solde d'une subvention versée initialement par l'ARS et restant encore à amortir.

#### 3.2 Un suivi juridique et financier à renforcer

Les ARS n'ont pas assumé les contrôles exercés antérieurement par les caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) et ne consacrent que très rarement des moyens humains dédiés au suivi des établissements privés : seules six ARS (Centre-Val-de-Loire, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), Pays de la Loire et Corse) ont indiqué y affecter des agents à temps très partiel.

S'agissant du contrôle de cohérence entre les données du PMSI et du SNIRAM, seule l'agence des Pays de la Loire indique l'effectuer. Les ARS ne disposent pas, sauf exception (Île-de-France, Bretagne), de répertoire spécifique des établissements privés et leurs satellites ne sont pas connus en dehors de certains GIE et Groupements de coopération sanitaire (GCS). Les autorisations sont recensées dans la base nationale ARHGOS, tandis que les données financières des cliniques sont obtenues auprès des greffes des tribunaux de commerce, de l'outil d'évaluation Hospidiag et de la base de données DIANE depuis août 2017. Si la base de données DIAMANT permet en principe d'intégrer les liasses fiscales des cliniques, le module correspondant n'est pas encore opérationnel.

Ce défaut de suivi peut s'observer notamment sur les comptes des établissements et sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) :

- les comptes des établissements, ainsi que d'autres informations, doivent être transmis aux ARS en application des articles L. 6113-8 et L. 6161-3 du code de la santé publique, mais dans les faits, seules les agences de Normandie, de Bretagne et des Pays de la Loire suivent effectivement la bonne production des comptes. L'agence des Pays de la Loire est par ailleurs la seule à dresser en interne un tableau annuel à partir des données transmises et publiées sous forme de synthèse régionale, l'agence de Normandie diffusant, quant à elle, un panorama financier annuel des établissements privés. Si les agences demandent des éléments financiers dans le cadre de l'instruction de demande de subvention, on constate un manque de visibilité, de publicité et de suivi des aides financières accordées aux établissements. Quant aux aides exceptionnelles accordées aux cliniques en 2016-2017, elles ont été instruites directement par la DGOS et distribuées au niveau national en concertation avec la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), sans associer les ARS ;

- les ARS exercent un suivi qui se limite aux autorisations d'activité et d'équipements lourds. Elles ne suivent pas en général la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), ni celle des reconnaissances contractuelles et des conditions techniques de fonctionnement une fois les autorisations accordées (par exemple, fermeture de plateaux non conformes à la sécurité et à la qualité des pratiques), notamment en lien avec les recommandations issues de la certification par la Haute Autorité de Santé (HAS).

La Cour formule en conséquence les recommandations suivantes :

**Recommandation n° 1 :** renforcer les outils de régulation des cliniques privées à la disposition des ARS pour assurer un meilleur suivi de la situation économique et financière des cliniques à partir des comptes qui leur sont transmis, ainsi que des CPOM et des autorisations pour vérifier la réalité des engagements pris en termes d'offre de soins.

Ceci suppose :

- tout d'abord de publier les décrets d'application de l'article L. 6161-3 du code de la santé publique relatif à la production des comptes des établissements privés aux ARS en utilisant les outils de l'ATIH ;
- ensuite de prévoir une information détaillée retraçant les flux entre sociétés d'exploitation, satellites et groupes d'appartenance ;
- enfin de définir un cadre de comptabilité analytique commun aux cliniques privées permettant des comparaisons fines de coûts entre établissements.

**Recommandation n° 2 :** faire remonter, par établissement et par territoire, les données concernant les honoraires perçus par les médecins, qu'ils soient en lien ou non avec leur activité au sein des cliniques.

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 que vous aurez donnée à la présente communication<sup>11</sup>.

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**

---

<sup>11</sup> 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](mailto: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).