

COMPTABILITÉ,
ANALYSE ET GESTION FINANCIÈRES
DES ÉTABLISSEMENTS SOUMIS À L'EPRD

Instruction M21, version 2014

Jacques GROLIER

2014
PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

INTRODUCTION

La gestion publique connaît une période de mutation qui est fondée sur la recherche d'optimisations financières sous contrainte minimale de maintien et, on l'espère, d'amélioration de la qualité des services rendus. Appliquée aux établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés sans but lucratif, la démarche proposée dans cet ouvrage a été à l'origine fondée sur des outils développés pour les entreprises du secteur marchand. Du fait que les établissements étudiés ne poursuivent pas de but lucratif engendrant des contraintes spécifiques, ces outils ont dû être adaptés, ce qui a conduit à développer des techniques d'analyse financière propres aux spécificités rencontrées. On constate que certaines de ces techniques, imaginées pour le secteur public, sont maintenant réinvesties dans la formation de futurs managers d'établissements à but lucratif, ce qui ne fait que confirmer leur caractère opérationnel.

Les outils les plus récents de l'analyse et de la gestion financières adaptés aux établissements de santé soumis à l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) sont présentés dans cet ouvrage. Il est construit autour d'une démarche pédagogique progressive, multipliant les exemples afin de mieux appréhender les solutions préconisées.

Concernant la ligne directrice de cet ouvrage, l'objectif est double :

- l'**analyse financière (évaluation)**, menée de façon diagnostique, va permettre de savoir quelle est la situation de l'établissement et comment elle évolue ;
- se fondant sur les résultats de cette analyse, la **gestion financière (pilotage)**, va permettre d'adapter les évolutions futures au diagnostic financier qui vient d'être réalisé.

Ce double objectif ne peut faire l'impasse sur une connaissance solide de la **comptabilité hospitalière** qui constitue la source privilégiée des informations financières qui seront constamment utilisées. Le lecteur trouvera en annexe la liste des comptes du Plan comptable hospitalier (PCH) mise à jour 2014, avec les renvois sur les parties concernées de cet ouvrage.

Il convient d'insister sur le fait que la démarche proposée n'a pas pour objectif de développer une quelconque maîtrise comptable des dépenses de santé mais bien de faire en sorte que les fonds nécessairement limités qui sont alloués par la collectivité au secteur de la santé soient utilisés au mieux dans le respect des décisions médicales.

L'amélioration de la gestion est en effet indispensable si on souhaite éviter de passer d'une prise en charge solidaire de l'activité sanitaire et sociale à ce qui risquerait de devenir une logique d'assistance pour les plus démunis et d'assurance pour les plus aisés.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Sommaire	5
Partie 1	
CONTRAINTE EXOGÈNE, LE FINANCEMENT DES ESS EN FRANCE : D'UNE AMBITION SOCIALE À UN « DÉFICIT » MYTHIQUE	
1.1. L'ÉVOLUTION DU FINANCEMENT : PRIX DE JOURNÉE, DOTATION GLOBALE ET TARIFICATION À L'ACTIVITÉ	
1.1.1. Jusqu'en 1983, le coût complet : risque d'hémorragie financière ?	9
1.1.1.1. L'estimation du financement des hôpitaux publics.....	9
1.1.1.2. L'analyse économique du financement par prix de journée.....	9
1.1.1.3. Les conséquences économiques du financement par prix de journée.....	10
A – En amont : vers une inévitable dérive de la comptabilité analytique.....	10
B – La majoration spontanée de l'activité.....	11
1.1.1.4. Conclusion du financement par prix de journée.....	12
1.1.2. À partir de 1984, la dotation globale : risque de thrombus dans l'activité ?	11
1.1.2.1. Le financement par dotation globale.....	12
A – La structure générale du budget.....	12
B – Le calcul de la dotation globale.....	13
C – Le versement de la dotation globale.....	13
1.1.2.2. L'analyse économique du financement par dotation globale.....	13
1.1.2.3. Les conséquences économiques du financement par dotation globale.....	16
A – Des décisions économiques paradoxales : seuil de rentabilité d'un équipement et dotation globale.....	16
B – De l'appel contraint à des formes de financement coûteuses ou aliénantes à la coopération.....	18
C – La recherche de ressources annexes : le développement des activités subsidiaires.....	18
1.1.2.4. Conclusion du financement par dotation globale.....	20
1.1.3. L'objectif du XXI^e siècle, le financement par pathologie régulation des flux sous ordonnance ?	20
1.1.3.1. La loi du 31 juillet 1991 et les ordonnances du 24 avril 1996.....	20
A – La loi du 31 juillet 1991.....	20
<i>a – L'évaluation et l'analyse de l'activité des établissements hospitaliers</i>	20
<i>b – La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire</i>	21
<i>c – Le projet d'établissement</i>	21
<i>d – L'expérimentation de la tarification par pathologie</i>	21
B – Les ordonnances du 24 avril 1996.....	22
<i>a – Les ordonnances nos 96-344 et 96-345 du 24 avril 1996 relatives à l'organisation de la Sécurité sociale et à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins</i>	22
<i>b – L'ordonnance n° 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée</i>	22
1 – L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).....	23
2 – Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH).....	23
3 – Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).....	23
4 – Le financement des EPS : la contractualisation externe.....	24
5 – La contractualisation interne.....	26
1.1.3.2. L'analyse économique du financement par pathologies avec enveloppe limitative.....	26
A – Description.....	26
B – Des groupes homogènes de malades (GHM) aux indices synthétiques d'activité (ISA).....	27
1.1.3.3. Les conséquences micro-économiques à attendre du financement par GHM dans une enveloppe régionale limitative.....	28
A – De la minimisation du coût marginal à la majoration des recettes.....	28
<i>a – L'écrémage de la clientèle (skimming)</i>	28
<i>b – Le transfert de services</i>	28
<i>c – La sur-cotation des cas (DRG creep ou upcoding)</i>	29
<i>d – Le fractionnement des séjours (unbundling)</i>	29
B – Benchmarking hospitalier : la concurrence par comparaison comme vecteur d'amélioration de la gestion.....	29
1.2. SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES : LE SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL SERAIT-IL HÉMIPLÉGIQUE ?	
1.2.1. La structure du secteur sanitaire et social	31
1.2.1.1. Les établissements de santé.....	32
1.2.1.2. Les établissements sociaux et médico-sociaux.....	32

1.2.2. Le financement du secteur sanitaire et social : un secteur hémiplégique ?	33
1.2.2.1. L'évolution du financement des établissements hospitaliers	33
1.2.2.2. Le « trou » de la sécu.....	33
A – Le déséquilibre de la sécu : déficit ou besoin de financement ?	33
B – Ce « trou » est-il important ?.....	34
C – D'où vient le besoin de financement de la Sécurité sociale ?	34
1.2.2.3. Investir dans la santé	35
1.2.2.4. Dépenser mieux	36

Partie 2

BASE DES INFORMATIONS FINANCIÈRES : LA COMPTABILITÉ ET LE BUDGET DES ÉTABLISSEMENTS SOUMIS À L'EPRD

2.1. LE FONCTIONNEMENT DE LA COMPTABILITÉ HOSPITALIÈRE	39
2.1.1. Exemple introductif	39
2.1.1.1. L'objectif de la démarche comptable.....	39
2.1.1.2. La construction progressive d'un bilan de comptabilité hospitalière	41
2.1.1.3. La nécessité d'un compte de résultat	45
2.1.1.4. Un premier schéma d'ensemble	47
2.1.2. La traduction comptable des opérations économiques	50
2.1.2.1. Le principe de double écriture : du crédit au débit	50
A – L'approche analogique : le grand-livre constitué de « comptes schématiques »ou encore « comptes en T »	50
B – L'approche chronologique : le journal.....	50
C – Exemple d'enregistrement dans le journal et le grand-livre.....	51
2.1.2.2. Le fonctionnement général de l'enregistrement comptable	52
A – La reprise des « à-nouveaux ».....	52
B – Le principe de double écriture : du crédit au débit	52
a – <i>Le principe de double écriture ou comptabilité en partie double</i>	52
b – <i>Du crédit au débit</i>	53
C – Le solde des comptes	54
2.1.3. La traduction comptable des opérations courantes	57
2.1.3.1. La comptabilisation des opérations courantes et leur impact financier	57
A – Les opérations au comptant ou les opérations à crédit	57
B – L'effet des opérations sur le résultat	58
C – La comptabilisation des achats et des stocks.....	59
2.1.3.2. Les opérations courantes : mise en application	62
A – Les données de l'application.....	62
B – La correction de l'application	63
a – <i>Analyse des opérations délicates</i>	64
b – <i>La balance</i>	71
2.1.3.3. Les opérations courantes : mise en application n° 2.....	80
A – Les données de l'application.....	80
B – La correction de l'application	81
2.1.4. Focus sur certaines opérations courantes spécifiques	91
2.1.4.1. Les opérations d'exploitation	91
A – Les charges de personnel et les charges rattachables au facteur travail	91
a – <i>Les charges de personnel (64)</i>	91
b – <i>Les opérations concernant les honoraires médicaux</i>	92
1 – <i>Compte 4244 – Comptes des médecins, sages-femmes, odontologues et auxiliaires médicaux exerçant en application de l'article L.6146-2 du CSP</i>	92
2 – <i>Compte 4245 – Comptes individuels des praticiens</i>	93
3 – <i>Comptes 458 – Prise en compte de l'activité libérale</i>	93
c – <i>Les impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations</i>	94
d – <i>Le personnel extérieur à l'établissement (621)</i>	94
e – <i>Le provisionnement des dettes pour congés à payer (4282)</i>	94
f – <i>Le compte épargne temps (CET) – 42861</i>	94
B – Les rabais, remises et ristournes obtenus et les escomptes obtenus (RRRO)	95
a – <i>Les RRRO (609, 619 et 629)</i>	95
b – <i>Les escomptes obtenus (765)</i>	95
C – Les opérations rattachées aux comptes de résultats annexes (CRA)	96
a – <i>La tenue d'une comptabilité annexe</i>	96
1 – <i>Une nomenclature spécifique</i>	96
2 – <i>Des comptes de liaison</i>	97
3 – <i>La comptabilisation des charges et des produits</i>	97
b – <i>Les relations entre les CRA et le CRP</i>	98
1 – <i>Les CRA et le CRP</i>	98

2 – Les CRA et le tableau de financement.....	99
D – La valorisation et la comptabilisation des stocks.....	99
a – La valorisation des stocks.....	100
1 – La méthode du coût moyen pondéré.....	100
2 – La méthode « premier entré-premier sorti ».....	100
b – La comptabilisation des stocks.....	101
1 – Le principe : les achats stockés sont comptabilisés au CRP.....	101
2 – L'exception : les CRA DNA, SIC et ESAT enregistrent leurs propres achats stockés.....	101
E – Les fonds en dépôt et les ressources à reverser.....	102
a – Les fonds concernant les majeurs protégés.....	102
1 – Les fonds gérés pour le compte des malades majeurs protégés (4631).....	102
2 – La gestion des biens des malades majeurs protégés (4634).....	103
b – Les fonds reçus ou déposés – Usagers et autres fonds en dépôt.....	103
1 – Les fonds reçus ou déposés – Usagers (4632).....	103
2 – Les autres fonds en dépôt (4633).....	103
c – Les ressources des bénéficiaires de l'aide sociale.....	104
2.1.4.2. Les opérations d'investissement.....	104
A – La distinction entre immobilisations et charges.....	104
a – Les dépenses d'entretien et les grosses réparations.....	104
b – Les agencements et aménagements.....	104
c – Les matériels et outillages de faible valeur d'acquisition.....	104
B – Les biens utilisés dans le cadre d'un contrat de crédit-bail (612).....	105
C – Les immobilisations affectées ou mises à disposition (22 et 24).....	105
a – Les écritures passées chez l'affectant.....	105
b – Les écritures passées chez l'affectataire.....	106
c – Un exemple d'écritures d'affectation.....	106
1 – L'affectation.....	106
2 – Le retour.....	107
2.1.4.3. Les opérations de trésorerie.....	107
A – La TVA.....	107
a – Généralités sur la TVA.....	107
1 – Le principe et la terminologie.....	108
2 – L'application de la TVA aux établissements de santé.....	109
b – La comptabilisation de la TVA (en cas d'assujettissement).....	110
1 – La comptabilisation des immobilisations.....	110
2 – La comptabilisation des opérations de gestion (charges et produits).....	110
3 – Le schéma d'écritures.....	110
4 – Le cas particulier de l'existence d'un crédit de TVA.....	111
c – Les calculs et les écritures en cas d'assujettissement partiel à la TVA.....	112
1 – La TVA collectée.....	112
2 – La TVA déductible.....	113
3 – La TVA à décaisser.....	113
B – Les créances « article 58 » (41122) et les créances sur la sectorisation psychiatrique (41661).....	115
a – Le solde du compte 41122 des créances « article 58 ».....	115
b – Les créances de la sectorisation psychiatrique 41661.....	116
C – La ligne de trésorerie.....	116
a – La définition et le cadre juridique de la ligne de trésorerie.....	116
1 – La ligne de crédit et emprunt.....	116
2 – Les conditions juridiques de recours à la ligne de crédit.....	117
b – La comptabilisation de la ligne de trésorerie (519).....	117
1 – Les règles de comptabilisation.....	117
2 – Le schéma d'écriture.....	117
D – Les emprunts avec option ligne de trésorerie.....	118
a – La définition et les avantages.....	118
b – Les écritures comptables.....	118
1 – Le fonctionnement usuel.....	118
2 – L'utilisation de la ligne de trésorerie.....	118
3 – Exemple.....	118
2.1.5. La traduction comptable des opérations d'inventaire.....	120
2.1.5.1. Les amortissements.....	120
A – La définition des amortissements.....	120
B – Les écritures comptables d'amortissement et la présentation dans les documents de synthèse.....	121
C – Le calcul des amortissements.....	122
a – Le calcul de l'amortissement linéaire.....	123
b – Le calcul de l'amortissement dégressif.....	124
c – Le calcul de l'amortissement SOYD.....	125
d – L'amortissement proportionnel à l'utilisation.....	126
D – La comparaison financière des méthodes d'amortissement.....	126
a – Le calcul d'actualisation.....	126

<i>b – Quel taux d'actualisation retenir ?</i>	128
1 – Généralités.....	128
2 – L'actualisation dans le secteur marchand.....	128
3 – L'actualisation et les spécificités de gestion d'un établissement sans but lucratif.....	129
E – Les écritures liées à la cession d'un actif amortissable.....	130
<i>a – La cession de l'actif amortissable</i>	130
<i>b – La sortie du patrimoine de l'actif amortissable</i>	130
<i>c – Exemple</i>	131
F – La cession d'un bien acquis par don et legs.....	132
G – L'amortissement d'un bien subventionné.....	132
<i>a – Les écritures liées à l'amortissement d'un bien subventionné</i>	132
<i>b – Exemple</i>	133
<i>c – La cession d'un bien amortissable partiellement financé par subvention</i>	134
2.1.5.2. Les dépréciations et provisions.....	134
A – Les dépréciations d'actif.....	134
<i>a – Généralités</i>	134
<i>b – Exemple : les dépréciations de comptes de redevables</i>	135
1 – Les créances irrécouvrables incompressibles.....	136
2 – La mise en cause du comptable pour défaut de recouvrement.....	138
B – Les provisions pour risques et charges.....	138
C – Les provisions réglementées.....	139
<i>a – La définition des provisions réglementées</i>	139
<i>b – Les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations</i>	139
<i>c – Les provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du CET</i>	140
<i>d – Les provisions pour propre assureur</i>	140
2.1.5.3. Les écritures de régularisation.....	140
A – Les charges ou produits à exclure de l'exercice.....	140
<i>a – Les charges constatées d'avance (486)</i>	140
<i>b – Les produits constatés d'avance (487)</i>	142
<i>c – Les charges à répartir sur plusieurs exercices (481)</i>	143
B – Les charges ou produits à rattacher à l'exercice.....	144
<i>a – Les fournisseurs, factures non parvenues (408)</i>	144
<i>b – Les produits à recevoir</i>	144
<i>c – Les intérêts courus (1688)</i>	144
C – Le schéma d'ensemble des écritures de régularisation.....	146
2.1.6. La détermination et l'affectation des résultats.....	147
2.1.6.1. Les résultats du budget principal ou des CRA lettre A (DNA et SIC).....	147
2.1.6.2. Les résultats des autres activités annexes.....	147
2.1.6.3. Exemple d'affectation des résultats.....	147
2.2. LE BILAN COMPTABLE	155
2.2.1. La description des moyens de financement : le passif	155
2.2.1.1. Les capitaux propres.....	155
A – Comptes 10 : les apports, dotations et réserves.....	155
<i>a – Comptes 102 : les apports et dotations</i>	155
<i>b – Comptes 106 : les réserves</i>	156
B – Comptes 11 : le report à nouveau.....	156
C – Comptes 12 : le résultat de l'exercice.....	156
D – Comptes 13 : les subventions d'investissement.....	156
E – Comptes 28 : les amortissements des immobilisations.....	157
F – Comptes 29 : les dépréciations des immobilisations.....	157
2.2.1.2. Les provisions.....	157
A – Comptes 14 : les provisions réglementées.....	157
B – Comptes 15 : les provisions pour risques et charges.....	158
<i>a – Comptes 151 : les provisions pour risques</i>	158
<i>b – Comptes 157 : les provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices</i>	158
2.2.1.3. Les dettes.....	158
A – Comptes 16 sauf 1688 : les dettes à long terme.....	158
B – Les dettes à court terme d'exploitation.....	159
<i>a – Comptes 401 : les fournisseurs d'exploitation</i>	159
<i>b – Comptes 419 : les redevables créditeurs</i>	159
<i>c – Comptes 42, 43 et 44 : les dettes fiscales et sociales</i>	159
<i>d – Comptes 463 : les fonds en dépôt</i>	159
<i>e – Comptes 39 : les dépréciations des stocks et en-cours</i>	159
<i>f – Comptes 47 et 48 : les comptes d'attente et de régularisation</i>	159
<i>g – Compte 1688 : les intérêts courus</i>	160
<i>h – Comptes 49 : les dépréciations des comptes de tiers</i>	160
C – Les dettes à court terme hors exploitation.....	160
<i>a – Comptes 404 : les fournisseurs d'immobilisations</i>	160

<i>b – Comptes 5181 : les intérêts courus à payer sur crédits de trésorerie</i>	160
<i>c – Comptes 519 : les crédits de trésorerie</i>	160
<i>d – Comptes 59 : les dépréciations des comptes financiers</i>	160
2.2.2. La description du patrimoine : l'actif	161
2.2.2.1. Le patrimoine immobilisé	161
A – Comptes 20 : les immobilisations incorporelles	161
B – Comptes 21 à 24 : les immobilisations corporelles	161
<i>a – Comptes 21 : les immobilisations corporelles</i>	161
<i>b – Comptes 22 : les immobilisations reçues en affectation</i>	161
<i>c – Comptes 23 : les immobilisations en cours</i>	161
<i>d – Comptes 24 : les immobilisations affectées ou mises à disposition</i>	162
C – Comptes 26 et 27 : les immobilisations financières	162
<i>a – Comptes 26 : les participations et créances rattachées à des participations</i>	162
<i>b – Comptes 27 : les autres immobilisations financières</i>	162
2.2.2.2. Le patrimoine circulant d'exploitation	162
A – Comptes 3 : les comptes de stocks et en-cours	162
B – Les créances d'exploitation	163
<i>a – Comptes 41 : redevables et comptes rattachés</i>	163
<i>b – Comptes 42, 43 et 44 : les créances fiscales et sociales</i>	163
<i>c – Comptes 409 : les fournisseurs débiteurs</i>	163
<i>d – Comptes 47 et 48 d'attente et de régularisation</i>	163
2.2.2.3. Le patrimoine circulant hors exploitation	163
2.2.3. La présentation générale du bilan comptable	163
2.3. LES COMPTES DE RÉSULTAT	165
2.3.1. Le compte de résultat principal (CRP)	165
2.3.1.1. Les charges du CRP	165
A – Comptes 60 à 65 et 68I : les charges d'exploitation autre que financière	165
B – Comptes 66 et 686 : les charges financières	166
C – Comptes 67 et 687 : les charges exceptionnelles	166
2.3.1.2. Les produits du CRP	166
A – Comptes 70 à 75 et 78I : les produits d'exploitation autre que financière	166
B – Comptes 76 et 786 : les produits financiers	167
C – Comptes 77 et 787 : les produits exceptionnels	167
2.3.1.3. La présentation budgétaire du CR	167
A – Le classement par titres des charges	168
B – Le classement par titres des produits	169
2.3.1.4. Le schéma d'ensemble du CRP	169
A – La présentation comptable	170
B – La présentation budgétaire	170
2.3.2. Les comptes de résultat annexes (CRA)	172
2.3.2.1. La DNA et les SIC (A)	173
2.3.2.2. Les USLD, les EHPAD et MR (B, E, J)	174
2.3.2.3. Les écoles et les instituts de formation (C)	176
2.3.2.4. Les ESAT, SSIAD et autres activités sociales (L, M, N, P)	177
2.4. LE COMPTE FINANCIER	179
2.4.1. Annexe 1 : les modalités de présentation du compte financier	179
2.4.2. Annexe 2 : le cadre de présentation du compte financier	180
2.4.2.1. Les comptes annuels	181
A – État E1 : le bilan	181
B – État C3 : le compte de résultat (CR) de l'établissement	182
C – Les faits caractéristiques de l'exercice, principes et méthodes comptables	183
D – La note relative aux postes du bilan : les états F0 à F12	183
<i>a – État F0 : le tableau des provisions et des dépréciations</i>	183
<i>b – État F1 : le tableau des subventions d'équipement transférables</i>	183
<i>c – État F2 : les méthodes utilisées pour le calcul des amortissements des immobilisations entrées dans le patrimoine en cours de l'exercice</i>	183
<i>d – État F5 : l'état des participations au 31 décembre de l'exercice</i>	183
<i>e – État F6 : l'évaluation et la comptabilisation des stocks</i>	183
<i>f – État F7 : le détail et l'évaluation des valeurs mobilières de placement</i>	183
<i>g – État F3 bis : les informations complémentaires sur l'état de la dette à long et moyen terme</i> ...	184
1 – Les caractéristiques générales	184
2 – L'état des crédits de trésorerie	184
3 – Les emprunts complexes et à barrière simple au 31/12/n	184
4 – Le capital restant dû et charges d'intérêts avant et après opérations de couverture	184
5 – Les caractéristiques des opérations de couverture	184

6 – Les caractéristiques des instruments dérivés	184
7 – L'échéancier flux de trésorerie	184
h – État F3 : l'état de la dette financière à long et moyen terme	184
1 – Présentation globale	184
2 – Récapitulatif par prêteur	184
3 – Récapitulatif par ligne obligataire	184
4 – Profil d'extinction de toute la dette financière à moyen et long terme existant au 31/12 (y compris emprunts in fine)	185
i – État F8 : les restes à recouvrer des exercices courants, précédent et antérieurs	185
j – État F9 : les restes à recouvrer, au 31 décembre, sur hospitalisés et consultants	185
k – État F10 : le tableau des immobilisations	185
l – État F11 : le tableau des amortissements	185
m – État F12 : la variation des capitaux propres et des provisions réglementées	185
E – La note relative au compte de résultat : les états G1 à G4	185
a – État G1 : les éléments significatifs expliquant les comptes	185
b – État G2 : l'état des subventions d'exploitation accordées par l'établissement	185
c – État G3 : l'état récapitulatif des charges sur exercices antérieurs	185
d – État G4 : le détail des recettes	186
F – Autres informations	186
a – État H1 : l'état des engagements hors bilan autres que les instruments de couverture de la dette à long terme	186
b – État H3 : le tableau synthétique des effectifs globaux CRP et CRA	186
c – États H2, H4 et H5	186
2.4.2.2. L'analyse de l'exécution de l'EPRD	186
A – L'exécution de l'EPRD	186
a – La situation synthétique des prévisions et les réalisations	186
1 – État A1 : le CRP	187
2 – État A2a : les CRA B, J et E	187
3 – État A2b : les CRA L, M, N et P	188
4 – État A2c : le CRA C	188
5 – État A2d : le CRA A	188
6 – État A3 : le tableau de passage des résultats à la CAF	189
7 – État A4 : le tableau de financement	189
b – L'exécution de l'EPRD : la situation détaillée des prévisions et réalisations	190
B – Les résultats	190
a – État C4 : la détermination de la CAF de l'exercice	190
b – État C5 : la présentation du tableau de financement	190
c – État C6 : le tableau de variation du fonds de roulement et de la trésorerie	191
d – État C7 : le tableau de suivi du fonds de roulement	192
C – L'affectation des résultats	192
a – État D1 : l'affectation des résultats de n-1 au cours de l'exercice n	192
b – État D6 : la situation des comptes 110 et 119 à la clôture de l'exercice n	193
c – État D2 : la détermination des résultats à affecter : CRP et CRA « A »	193
d – État D3 : l'affectation du résultat déterminé : CRP et CRA « A »	193
e – État D4 : la détermination des résultats à affecter : autres CRA	193
f – État D5 : l'affectation du résultat déterminé : autres CRA	194
D – La gestion patrimoniale et financière	194
a – États E2 et E3 : les balances des activités principales et annexes	194
b – État E4 : les valeurs inactives	195

Partie 3

ANALYSE DIAGNOSTIQUE DES ÉTABLISSEMENTS SOUMIS À L'EPRD

3.1. LA TRANSITION VERS L'ANALYSE FINANCIÈRE : UNE RELECTURE DE L'EPRD	199
3.1.1. L'EPRD officiel, présentation critique	199
3.1.1.1. Une première approche du bilan financier	200
A – La structure générale du bilan financier	200
B – Les indicateurs de structure financière	200
a – Une contrainte à optimiser : le BFR	201
b – La recherche du financement stable du BFR : le FRN	201
c – Une résultante : la trésorerie nette (TN)	201
3.1.1.2. L'EPRD officiel : remarques de forme	202
A – Des colonnes inversées par rapport à la logique comptable	202
B – Une prise en compte partielle de l'impact des écritures sur la variation du BFR	203
3.1.1.3. L'EPRD officiel : remarques de fond	204
A – Un FRN doit-il toujours être positif ?	204
B – Un déficit implique-t-il un prélèvement sur le FRN ?	205
C – Un prélèvement sur le FRN est-il toujours un signe de difficultés financières ?	207

3.1.2. La proposition d'un tableau alternatif : l'EPRD-EGESS	207
3.1.2.1. Les corrections de forme.....	207
3.1.2.2. Les corrections de fond.....	207
3.1.2.3. L'enchaînement de tableaux proposé : l'EPRD-EGESS.....	209
3.2. LES BASES DE L'ANALYSE DIAGNOSTIQUE D'UN ÉTABLISSEMENT SOUMIS À L'EPRD	211
3.2.1. La construction du bilan financier : démarche du TBFEPS	211
3.2.1.1. La mise en évidence de deux fonds de roulement.....	212
3.2.1.2. Les dépréciations des stocks, des comptes de tiers et des comptes financiers.....	212
3.2.1.3. Les dettes sur investissement.....	212
3.2.1.4. Les fonds déposés par les malades.....	213
3.2.2. L'analyse financière des opérations courantes	213
3.2.2.1. L'objectif : la décomposition du résultat de l'exercice en soldes intermédiaires de gestion (SIG).....	213
A – Les produits bruts d'exploitation.....	214
B – Les consommations intermédiaires.....	215
C – L'excédent brut d'exploitation ou encore marge brute.....	216
D – Le résultat d'exploitation.....	217
E – Le résultat courant.....	218
F – Le résultat exceptionnel.....	219
G – Le résultat de l'exercice.....	220
3.2.2.2. Quelques précisions concernant le calcul d'indicateurs de gestion.....	221
A – Retour sur le calcul de la CAF.....	221
B – Le personnel de l'établissement et le personnel intérimaire.....	221
C – Le financement de matériel par crédit-bail.....	222
D – La prise en compte du 777.....	222
E – La présentation synthétique des soldes intermédiaires de gestion.....	223
3.2.2.3. Une première lecture financière du compte de résultat.....	224
A – L'analyse des opérations d'exploitation.....	224
B – L'analyse des opérations financières.....	224
C – L'analyse des opérations exceptionnelles.....	224
3.2.3. L'analyse par les ratios	225
3.2.3.1. Les ratios du TBFEPS.....	225
A – Volet 1 : les 33 indicateurs financiers.....	225
a – Les 6 indicateurs du bilan financier.....	225
1 – R10 : le FRI en % des actifs immobilisés bruts.....	225
2 – R11 : le FRE en % des créances « article 58 » et sectorisation psychiatrique.....	226
3 – R12 : le FRNG (en K€).....	226
4 – R13 : FRNG (en %).....	226
5 – R14 : BFR (en K€).....	227
6 – R15 : la trésorerie (en K€).....	227
b – Les 5 indicateurs de la dette.....	227
1 – R20 : la durée apparente de la dette (en années).....	227
2 – R21 : l'indépendance financière (en %).....	227
3 – R22 : la part de l'amortissement consommé par le remboursement de la dette (en %).....	228
4 – R22b : le coefficient d'autofinancement courant (en %).....	228
5 – R23 : le taux d'intérêt moyen de la dette (en %).....	228
c – Les 8 indicateurs de l'investissement.....	228
1 – R30 : les actifs immobilisés bruts (en K€).....	228
2 – R31 : les amortissements de l'exercice (en K€).....	229
3 – R32 : le taux de renouvellement des immobilisations (en %).....	229
4 – R33 : le taux de vétusté des équipements (en %).....	229
5 – R34 : le taux d'autofinancement (en %).....	229
6 – R35 : le taux de marge brute (en %).....	230
7 – R36 : le poids des amortissements dans la marge brute (en %).....	230
8 – R37 : le poids des charges financières dans la marge brute (en %).....	230
c – Les 10 indicateurs de l'exploitation.....	231
1 – R40 : l'évolution des produits bruts (base 100 en n-3).....	231
2 – R41 : l'évolution des produits 74 et 75 (base 100 en n-3).....	231
3 – R42 : l'évolution des consommations intermédiaires (100 en n-3).....	231
4 – R43 : l'évolution des charges de personnel (base 100 en n-3).....	231
5 – R44 : l'évolution des amortissements (base 100 en n-3).....	232
6 – R45 : le taux de charges sur exercices antérieurs (en %).....	232
7 – R46 : le taux d'évolution des charges rattachées (base 100 en n-4).....	232
8 – R47 : le résultat net comptable (en K€).....	232
9 – R48 : le résultat administratif de l'ordonnateur (en K€).....	232
10 – R49 : l'évolution de la CAF (base 100 en n-3).....	232
e – Les 3 indicateurs de recouvrement et de règlement.....	232

1 – R50 : les restes à recouvrer générés par les produits bruts (en %)	232
2 – R51 : la rotation des dettes fournisseurs (en jours)	233
3 – R52 : le ratio de régularité de mandatement de la taxe sur les salaires (en mois de retard avec une décimale)	233
f – Le ratio d'équilibre financier annuel	234
B – Volet 2 : les 12 indicateurs principaux de synthèse de la situation financière	234
a – Les 4 indicateurs principaux d'équilibres bilanciaux	234
1 – FRE en nombre de jours de charges courantes	234
2 – Le FRNG en nombre de jours de charges courantes	235
3 – Le BFR en nombre de jours de charges courantes	235
4 – La TN en nombre de jours de charges courantes	235
b – Les 2 indicateurs principaux de niveau d'endettement	235
1 – La durée apparente de la dette (en années)	235
2 – L'indépendance financière (en %)	235
c – Les 2 indicateurs principaux d'effort d'investissement	236
1 – Le taux de renouvellement des immobilisations (en %)	236
2 – Le taux de vétusté des équipements (en %)	236
d – Les 2 indicateurs principaux d'autofinancement	236
1 – Le taux d'autofinancement (en %)	236
2 – Le taux de marge brute (en %)	236
e – Les 2 indicateurs principaux de reports de charges	237
1 – Le taux de charges sur exercices antérieurs (en %)	237
2 – Le ratio de régularité de mandatement de la Taxe sur les salaires (en mois de retard avec une décimale)	237
f – Le ratio d'équilibre financier annuel	237
C – Présentation des 13 indicateurs du volet 2	237
D – Le volet 3 « Commentaires »	238
E – Tableau de synthèse des indicateurs financiers	238
3.2.3.2. Les ratios du diagnostic flash	241
A – Les indicateurs « financiers »	241
B – Les indicateurs « activité et patient »	241
C – Les indicateurs « processus et organisation »	241
a – P1 : l'indicateur de performance MCO	241
b – P2 : l'indicateur de performance DMS globale	242
c – P3 : l'indicateur de performance DMS médecine	242
d – P4 : l'indicateur de performance DMS chirurgie	242
e – P5 : l'indicateur de performance DMS obstétrique	242
f – P6 : le ratio agents des services cliniques	242
g – P7 : le ratio agents des services médico-techniques	243
h – P8 : le poids des dépenses administratives et logistiques	243
i – P9 : les recettes rapportées aux effectifs médicaux	243
j – P10 : le prix de revient du B	243
k – Les autres indicateurs de processus et organisation	243
D – Les indicateurs « ressources humaines »	243
3.3. LA PROPOSITION D'UNE ANALYSE FINANCIÈRE DE SYNTHÈSE	245
3.3.1. L'étude de la situation patrimoniale	245
3.3.1.1. Les choix de construction du bilan financier	245
A – Du bilan comptable au bilan financier : corrections proposées	245
a – L'annulation des actifs fictifs	245
b – La valorisation des actifs immobilisés (AI)	246
c – La prise en compte du crédit-bail	246
d – L'affectation des créances	246
1 – Les créances dites « article 58 » et les créances sur la sectorisation psychiatrique	246
2 – Les redevables – contentieux et créances admises en non-valeur	246
e – Les résultats et leurs affectations	247
1 – Les résultats du budget principal ou des CRA lettre A (DNA et SIC)	247
2 – Les résultats des autres activités annexes	247
3 – L'affectation des résultats et bilan financier	247
f – Les provisions pour risques et charges (15)	248
g – La part des emprunts à moins d'un an	248
h – Les dépréciations des actifs circulants	248
i – Autres précisions	249
B – Synthèse des reclassements, retraitements et regroupements	250
C – Un exemple de passage du bilan comptable au bilan financier	252
a – La présentation du bilan comptable	252
b – La présentation du bilan financier	254
1 – Les données n – 1	256
2 – Les AI	256

3 – Les emplois cycliques d'exploitation (ECE)	256
4 – Les emplois non cycliques (ENC)	256
5 – Les capitaux immobilisés (CI)	256
6 – Les ressources cycliques d'exploitation (RCE)	256
7 – Les ressources non cycliques (RNC)	257
3.3.1.2. L'analyse de la structure financière du bilan	257
A – L'analyse de la contrainte d'exploitation : le BFR	257
B – L'analyse du haut de bilan : le FRN	257
C – L'analyse du bas de bilan : la TN	258
3.3.2. L'étude de l'efficience en gestion : l'analyse par la CAF	258
3.3.2.1. Les choix de construction du compte de résultat financier	258
A – Du compte de résultat comptable au compte de résultat financier : corrections proposées	259
a – Le crédit-bail	259
b – Le personnel extérieur à l'établissement	259
c – Les impôts et taxes liés aux rémunérations	259
d – Les rétrocessions de médicaments	259
e – Les remboursements de frais par les CRPA	260
f – Les retenues et versements sur honoraires médicaux	260
g – La quote-part de subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice	260
h – Les escomptes obtenus	260
B – Le compte de résultat financier	261
C – Un exemple de passage du compte de résultat comptable au compte de résultat financier	262
3.3.2.2. L'analyse de la structure financière du compte de résultat	264
A – Le résultat courant	264
B – La CAF	264
3.3.3. La construction des ratios fondamentaux	264
3.3.3.1. Le ratio d'analyse de la gestion courante : la CAF relative aux produits de l'activité	265
3.3.3.2. Les ratios d'analyse de l'investissement	265
A – Le taux de vétusté apparente des constructions	265
B – Le taux de vétusté apparente des équipements	265
C – Le taux moyen d'amortissement	265
3.3.3.3. Les ratios d'analyse de la dette	266
A – Le taux de dépendance financière	266
B – La durée apparente de la dette	266
C – Le taux de limitation financière de l'endettement	266
D – Le taux d'intérêt moyen de la dette	267
3.3.3.4. Les ratios d'analyse de la trésorerie	267
A – L'analyse du BFR	267
a – Les ECE en % du bilan	267
b – Les RCE en % du bilan	267
c – Le BFR en % du bilan	267
B – L'analyse du FRN	268
a – Les CI en % du bilan	268
b – Les AI en % du bilan	268
c – Le FRN en % du bilan	268
C – L'analyse de la TN	268
a – Le taux de couverture du BFR par le FRN	268
b – La TN en nombre de jours de dépenses courantes	269
3.3.3.5. Le tableau de synthèse et analyse des ratios du cas étudié	269
A – L'analyse de la TN	270
B – L'analyse de la performance de gestion courante	270
C – L'analyse des besoins d'investissement	270
D – L'analyse de la gestion de la dette	270
3.3.4. L'EPRD-EGESS comme outil de synthèse	270

Partie 4

GESTION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS SOUMIS À L'EPRD

4.1. LA GESTION DU BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT	275
4.1.1. La gestion des stocks	275
4.1.1.1. L'optimisation des approvisionnements et des stocks	275
4.1.1.2. Le modèle de Wilson : modèle déterministe sans rupture de stocks	275
A – La présentation du modèle de Wilson	275
B – La mise en application du modèle de Wilson	276

4.1.2. La gestion des créances d'exploitation	278
4.1.2.1. L'Assurance maladie	278
4.1.2.2. Les patients, organismes complémentaires et assurances	279
4.1.2.3. Les prestations entre établissements de santé	279
4.1.2.4. L'État, les collectivités territoriales	279
4.1.2.5. Les patients étrangers non assurés en France	279
4.1.3. La gestion des dettes d'exploitation	280
4.1.3.1. Les délais « normaux » de règlement fournisseurs	280
4.1.3.2. Le calcul du délai global de paiement (DGP)	280
4.1.3.3. Le calcul des intérêts moratoires	280
4.1.3.4. La convention de délai de règlement conventionnel	280
4.2. LA GESTION DU HAUT DE BILAN	283
4.2.1. De l'EPRD-EGESS au PGFP	283
4.2.2. Les critères financiers de choix d'un investissement	283
4.2.2.1. Les outils traditionnels de mesure du retour sur investissement	283
A – La valeur nette de l'investissement	284
B – La valeur actuelle nette de l'investissement (VAN _j)	284
C – Le délai de récupération (DR _j)	284
D – Le taux interne de rentabilité (TIR)	285
4.2.2.2. De la critique des indicateurs traditionnels à la présentation du taux intégré (TIG)	286
A – La critique des indicateurs traditionnels	286
a – Les « oublis » du DR	286
b – Les VAN négatives pour des projets pourtant « rentables »	286
c – L'existence possible de plusieurs TIR	286
d – L'hypothèse implicite parasitant le calcul du TIR	287
B – La construction du calcul du TIG	288
C – Un exemple simplifié tiré d'un cas concret : le remplacement de la cuisine centrale de l'hôpital X ...	291
a – Présentation générale de la problématique	291
b – Le calcul des flux annuels nets de trésorerie associés à chacun des projets	292
c – L'estimation de la performance financière de chacun des projets en concurrence	294
d – L'analyse de la sensibilité des résultats à l'hypothèse portant sur le taux j	295
e – Conclusion	295
4.2.3. Les choix de financement	295
4.2.3.1. Les emprunts indivis à taux fixe	295
A – Les emprunts remboursables par annuités constantes	296
B – Les emprunts remboursables par amortissement constant du capital	297
C – Les emprunts remboursables <i>in fine</i>	297
D – Les critères de choix d'un emprunt	298
E – La gestion active de la dette	299
a – Le refinancement pour un montant identique	299
b – Le refinancement pour un montant inférieur	299
c – Le refinancement pour un montant supérieur	300
F – La situation en 2014 de l'offre bancaire	300
4.2.3.2. Le crédit-bail	301
4.2.3.3. Le partenariat public-privé (PPP)	301
4.3. LA GESTION DE LA TRÉSORERIE	305
4.3.1. Examiner la situation quotidienne du compte 515 au Trésor	305
4.3.2. L'objectif : la « trésorerie zéro »	305
4.3.3. La nécessaire contractualisation de lignes de trésorerie	306
4.3.2.1. Le budget prévisionnel de trésorerie	306
4.3.2.2. La ligne de trésorerie	307
A – Le principe de la ligne de trésorerie	307
B – Un exemple d'estimation du recours à la ligne de trésorerie	307
4.3.4. Organiser un partenariat ordonnateur/comptable	308
Bibliographie	313
Annexe – Liste des comptes du plan comptable hospitalier	317

Partie 1

CONTRAİNTE EXOGÈNE, LE FINANCEMENT DES ESS EN FRANCE : D'UNE AMBITION SOCIALE À UN « DÉFICIT » MYTHIQUE

La création de la Sécurité sociale en 1945 associée au progrès médical ont permis le développement des activités sanitaires et sociales dont peut bénéficier la population depuis la seconde moitié du XX^e siècle. L'expansion de ce secteur a été favorisée par la prise en compte du coût complet des activités réalisées, mais la collectivité a souhaité mettre un frein à la forte croissance des dépenses qui en a résulté par des décisions dont les effets secondaires pèsent encore sur le fonctionnement des établissements. On tente maintenant de réintroduire les mécanismes du marché ainsi que de normaliser les coûts au niveau national. Il a découlé de ces différents éléments une évolution rapide du financement des établissements de santé (1.1.). Ce financement est spécifique d'un marché dont bon nombre d'observateurs ne semblent apercevoir que les coûts supportés par la collectivité (1.2.).

1.1. L'évolution du financement : prix de journée, dotation globale et tarification à l'activité

1.2. Situation actuelle et perspectives : le secteur sanitaire et social serait-il hémiplégique ?

1.1. L'ÉVOLUTION DU FINANCEMENT : PRIX DE JOURNÉE, DOTATION GLOBALE ET TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

1.1.1. Jusqu'en 1983, le coût complet : risque d'hémorragie financière ?

Jusqu'à 1983, les hôpitaux publics ont été financés en fonction d'un « prix de journée » correspondant au coût complet, la mesure de l'activité étant fondée sur la durée de la présence du patient à l'hôpital. L'étude du décret du 11 décembre 1958 permet de présenter le calcul de ce tarif (1.1.1.1.) avant de proposer une lecture économique de ce mode de financement pour l'hôpital (1.1.1.2.), puis d'analyser les comportements qui en ont découlé (1.1.1.3.).

1.1.1.1. L'estimation du financement des hôpitaux publics

Selon l'article 32 du décret du 11 décembre 1958, le prix de journée (base de financement accordé à l'hôpital) était fixé à partir du budget primitif de l'année à venir (entendre budget prévisionnel) lui-même fondé sur le budget primitif (estimation) et le budget supplémentaire (corrections indispensables) de l'exercice qui se terminait. Il était d'autre part tenu compte des dépenses certaines, résultant de marchés qui venaient d'être passés, ou de majorations des traitements et salaires qui avaient été attribuées. Étaient enfin intégrées des prévisions de dépenses probables. On notera que l'estimation des charges n'intégrait pas à l'époque la rémunération des médecins.

Le budget primitif ainsi obtenu était divisé par l'activité prévisionnelle qui correspondait soit à la moyenne arithmétique des journées réalisées au cours des trois dernières années, soit au nombre de journées prévisionnelles, lorsque celui-ci différait sensiblement du premier calcul en cas de circonstances particulières.

On le constate, le rapport « coût prévisionnel/activité prévisionnelle » déterminait *a priori* le prix de journée opposable à l'Assurance maladie. Le financeur, quant à lui, payait *a posteriori* au vu de l'activité réalisée.

En cas d'excédent des charges sur les produits, le déficit observé était ajouté aux charges du budget primitif de l'exercice suivant et venait donc en majorer le prix de journée. Le déficit éventuel de l'exercice n était donc couvert par une augmentation des recettes de l'exercice $n + 1$.

Si, à l'inverse, l'établissement constatait l'existence d'un excédent, ce résultat pouvait être conservé à concurrence d'un tiers en financement stable, le solde (exceptionnellement l'intégralité) venant réduire les charges à prendre en compte pour la détermination du prix de journée de l'exercice suivant. Ce n'est donc que partiellement qu'un éventuel excédent était « remboursé » aux organismes financeurs par le biais d'une diminution des recettes de l'exercice suivant.

Le financement des hôpitaux publics par prix de journée a donc constitué un mode de financement particulièrement avantageux pour les établissements. La seule contrainte résultant de ce mode de financement est que les hôpitaux devaient avancer la trésorerie correspondant à la prise en compte des charges relatives à l'hospitalisation des malades. En effet, on l'a vu, si le tarif était défini *a priori*, les recettes résultant de l'hospitalisation n'étaient quant à elles reversées qu'*a posteriori* par les organismes financeurs, plus ou moins rapidement en fonction de la vitesse à laquelle l'établissement faisait parvenir les informations correspondant à son activité aux organismes payeurs. Cette nécessité d'avancer la trésorerie était facilitée pour les établissements par la faculté qu'ils avaient d'imputer une partie de leurs éventuels excédents en « réserve de trésorerie », consolidant ainsi leurs financements stables.

1.1.1.2. L'analyse économique du financement par prix de journée

Le fonctionnement qui vient d'être présenté décrit une forme de marché très particulière puisque les produits perçus par les offreurs s'adaptent sans limite au niveau de la demande, et l'on risque d'observer ici l'effet pervers qui était décrit par William Reder en 1965 pour le marché hospitalier américain : « *L'offre génère sa propre demande*¹ ». La production de l'hôpital était en effet définie comme la journée passée par le malade dans l'établissement, ce quel que soit le niveau des soins qui lui était prodigués : c'est ainsi que la journée au cours de laquelle avait lieu l'intervention éventuellement lourde était tarifée au même prix que la journée qui précédait la sortie du convalescent. Dans cette optique, l'approche du marché de la santé publique était donc fondée sur un prix égal au coût moyen prévisionnel et une activité générée par l'offre. On le constate, les prix résultaient donc en fait des coûts moyens.

¹ William Reder, « Supply creates its own demand », « Economic theory and nonprofit enterprise : some problems in the economics of hospitals », *American Economic Review*, Vol. 60, n° 2, mai 1965, p. 474.

Cette facturation au prix de journée s'appuyait au départ sur une comptabilité analytique dite en coût complet, l'unité de production étant la journée. On note que la comptabilité analytique hospitalière n'avait pas la fonction qui est habituellement celle de cet outil dans les entreprises privées, puisqu'elle servait ici de base de signal externe destiné à ce qu'un arrêté préfectoral fixe la valeur, donc la rémunération, de l'unité d'œuvre. Il convient d'insister sur le fait que la technique dite des sections homogènes faisait ici référence à des sections qui n'avaient d'homogène que le type d'activité médicale qu'elles décrivaient (à savoir initialement médecine, chirurgie, hospice). Le prix de journée n'était dès lors qu'une moyenne arithmétique qui pouvait très bien être associée à une dispersion très importante : on l'a dit plus haut, il n'y a pas de commune mesure entre le coût marginal de la journée au cours de laquelle une intervention chirurgicale est réalisée et celui du jour de sortie, alors que ces deux journées étaient considérées comme « homogènes » en termes de tarification, et généreraient exactement la même recette marginale. Comme le notent Caterinicchio et Davies :

« *La journée réalisée comme mesure de l'activité ne tient pas compte de l'utilisation du facteur capital et du facteur travail associée au traitement de chaque type de pathologie*². »

De plus, les tarifs étaient définis pour un exercice, par discipline (progressivement médecine, chirurgie, obstétrique, ORL-Ophthlmo), à partir des coûts internes de production tirés de la comptabilité analytique hospitalière sous forme de coûts complets, puis appliqués l'année suivante. Cette approche négligeait donc totalement les éventuelles économies d'échelle que pouvait réaliser l'établissement du fait de l'augmentation de son activité ainsi que les surcoûts de gamme résultant de l'obligation de proposer un éventail d'activités.

1.1.1.3. Les conséquences économiques du financement par prix de journée

Déjà, en 1954, Michel Forestier contestait toute signification économique au concept de prix de journée :

« *Le remboursement par le malade de ses dépenses d'hospitalisation d'après un prix forfaitaire ou prix de pension était tout à fait logique à l'époque où les frais qu'il entraînait ressortaient pour 90 % de l'hébergement et de la nourriture*³. »

Effectivement, vidé de tout contenu économique du fait du développement des plateaux techniques, et donc des coûts qui l'accompagnaient, le prix de journée pouvait dès lors se voir manipulé afin de permettre le financement du progrès médical. Comme le coût est aussi un prix, la recherche de l'optimum était confrontée au paradoxe d'un objectif de minimisation des coûts qui aurait conduit de fait à une minoration des recettes.

Les effets pervers du financement par le prix de journée risquaient donc d'apparaître en amont lors de l'estimation même de ce prix de journée (A), puis dans la réalisation de l'activité (B).

A – En amont : vers une inévitable dérive de la comptabilité analytique

Comme l'indique le décret de décembre 1958 dans son article 32, le prix de journée était fondé sur le rapport entre le budget primitif (prévisionnel) et le nombre de journées à prévoir pour l'année considérée, soit, avec PJ le prix de journée, BP le budget prévisionnel et JP les journées prévues...

$$PJ = \frac{BP}{JP}$$

Le prix de journée se présentait donc sous la forme d'une fraction : sa valeur pouvait dès lors être augmentée soit en majorant son numérateur, soit en minorant son dénominateur.

Il a souvent été observé que la comptabilité analytique hospitalière, dont on doit rappeler le rôle atypique d'informateur externe, était de ce fait détournée de son objectif habituel qui est d'estimer au mieux le coût par unité d'œuvre. Des directeurs d'établissement reconnaissaient d'ailleurs ce détournement :

« *La confusion entre prix de journée, servant à la tarification, et coût de revient à la journée, de la feuille de répartition et d'imputation [...] a conduit à un véritable "débauchage" de l'outil de gestion qu'aurait dû être la comptabilité analytique hospitalière*⁴. »

À la technique habituelle du déversement pouvait en effet être substitué le remplissage « par le bas » de la feuille de répartition et d'imputation. Cela permettait de partir du coût unitaire, qui dans ce cas devenait une donnée que l'on se fixe, et d'une activité prévisionnelle faible, pour procéder à l'affectation des charges indirectes. Le prix de journée ainsi obtenu était ensuite multiplié par l'activité réalisée (plus élevée que l'activité prévisionnelle) ce qui conduisait à l'ouverture d'un budget supplémentaire dégageant des moyens nouveaux pour l'hôpital.

² Russel Paul Caterinicchio et Robert H. Davies, « The patient day as an output measure ignores changes in the use of capital and intensity of labor associated with the treatment of patients having various illness and problems », « Developing a client-focused allocation statistic of inpatient nursing resource use : an alternative to the patient day », *Social Science and Medicine*, vol. 17, n° 5, 1983, p. 260.

³ Michel Forestier, « Supprimons le prix de journée à l'hôpital », *Techniques hospitalières*, n° 110, novembre 1954, p. 64.

⁴ René Drivet, Daniel Gautier, Édouard Couty, Jean-Paul Segade, « De l'autonomie financière à la régulation externe : quels outils pour demain ? », *Gestions hospitalières*, n° 325, avril 1993, p. 261.

Ainsi, par exemple, supposons qu'il ait été réaliste d'envisager une activité estimée en nombre de journées à 110 pour un budget de 550 000. Le fait d'annoncer une activité prévisionnelle de 100 conduisait à mettre en évidence un prix de journée prévisionnel correspondant au rapport du budget prévisionnel à l'activité de $550\,000 / 100 = 5\,500$. Les journées réalisées allaient dès lors être facturées à ce tarif ce qui, si l'activité constatée était effectivement de 110, allait générer des recettes de $5\,500 \times 110 = 605\,000$. L'établissement se trouvait alors à la tête de moyens nouveaux équivalant au budget supplémentaire de $605\,000 - 550\,000$ soit 55 000. Cette opération était bien évidemment facilitée, en période de hausse de l'activité, par les textes qui permettaient d'estimer le niveau d'activité prévisionnelle à la moyenne des trois dernières années (voir 1.1.1.1., art. 32 du décret du 11 décembre 1958).

B – La majoration spontanée de l'activité

Dans l'article cité plus haut⁵, William Reder faisait le constat de la présence injustifiée de malades dans les services qu'il avait observés aux États-Unis : selon ses travaux, de 10 à 20 % des patients hospitalisés n'avaient aucune raison médicale d'être dans l'établissement. Ce constat déjà ancien, observé sur le système américain, risquait aussi d'apparaître en France, selon Michel Mougeot :

« [...] L'effort étant inobservable, les producteurs décentralisés ont intérêt à arbitrer en faveur d'une durée de séjour plus longue "en minimisant leur effort"⁶. »

Béatrice Majnoni d'Intignano considérait que ce biais avait bien été observé, insinuant même que cela résultait d'une action délibérée de la part de directeurs :

« Les gestionnaires [...] ont retardé les sorties de malades⁷. »

Fixari et Tonneau allaient dans le même sens :

« À partir du moment en effet où le prix de journée est fixé, l'hôpital a tout intérêt à maximiser le nombre de journées qu'il peut facturer, puisque ses coûts fixes sont largement majoritaires et que toute recette supplémentaire peut augmenter son bénéfice⁸. »

Pour Beresniak et Duru enfin...

« [...] En exagérant la gravité des troubles présentés par les malades ou en hospitalisant des patients qui ne devraient pas l'être⁹ [...] »

Cette hypothèse régulièrement affirmée d'un maintien médicalement injustifié du patient à l'hôpital est fondée sur le fait que le prix de journée était fixé *a priori*, qu'il était associé à une fonction de coûts incluant une masse importante de charges fixes, et donc que toute recette marginale ne pouvait qu'améliorer la situation financière de l'établissement. L'hôpital pouvait dès lors voir là la possibilité de financer son développement en augmentant artificiellement la durée de séjour des patients.

Melville H. Hodge a effectivement constaté aux États-Unis qu'il y a eu accélération de la baisse de la durée de séjour lorsque le financement des établissements a été déconnecté de la durée de séjour et des actes réalisés pour être rattaché à la pathologie¹⁰. La baisse des durées de séjour est en effet passée de 4,5 % durant les trois années qui ont précédé le changement de tarification (baisse tendancielle liée à l'évolution des pratiques médicales) à 22,3 % dans les trois années qui ont suivi ce changement (baisse conjoncturelle résultant du changement de tarification).

Dans le cas français, Michel Mougeot a aussi considéré que la baisse du nombre de journées a résulté de l'application du budget global¹¹.

Le passage en 1983 et 1984 du financement par prix de journée à un financement par dotation globale (1.1.2. ci-après) offre une période expérimentale intéressante permettant de valider ou d'invalider cette hypothèse selon laquelle le financement proportionnel à la durée de la présence du malade à l'hôpital tendrait à rallonger la durée de son séjour dans le cas français. Disposant ainsi d'un recul statistique suffisant, il est possible d'analyser l'évolution de l'activité de court séjour des établissements publics français de 1981 à 1992. On constate alors que les exercices 1983 et 1984, qui ont vu disparaître le prix de journée comme base de tarification, n'ont pas constaté une baisse de la durée moyenne de séjour (DMS) plus importante que celle qui était observée en tendance lourde depuis de nombreuses années, alors même que l'intérêt financier d'allonger le séjour des patients disparaissait. On peut donc affirmer que, à la différence de ce qui a été observé aux États-Unis et de ce qui avait pu être avancé pour le marché français, le financement des établissements publics par prix de journée n'a pas généré d'activité artificielle par majoration de la DMS. Ce mode de financement n'a donc pas été, en ce sens,

⁵ William Reder, « Economic theory and nonprofit enterprise : some problems in the economics of hospitals », *American Economic Review*, vol. 60, n° 2, May 1965, p. 475.

⁶ Michel Mougeot, « Asymétrie d'information, mécanismes de décision et incitations dans le système de santé français », *Journal d'économie médicale*, t. 4, n° 34, 1986, p. 149.

⁷ Béatrice Majnoni d'Intignano, « Incitations financières et concurrence dans les systèmes de santé », *Observations et diagnostics économiques*, n° 36, avril 1991, p. 123.

⁸ Daniel Fixari, Dominique Tonneau, « La modernisation par recours aux mécanismes type marché : des effets à découvrir par une évaluation-apprentissage. Le cas des nouveaux outils de gestion hospitalière », *Politiques et management public*, vol. 11, n° 2, juin 1993, p. 102.

⁹ Ariel Beresniak, Gérard Duru, *Économie de la santé*, Masson, Paris, 1996, p. 91.

¹⁰ Melville H. Hodge, « Traitement des données et stratégie de gestion hospitalière », *Informatique et santé*, n° 11, novembre-décembre 1992, p. 28.

¹¹ Michel Mougeot, *Systèmes de santé et concurrence*, Economica, Paris, 1994, p. 121.

inflationniste. Il convient d'ailleurs de noter que l'unanimité n'existe pas aux États-Unis pour conclure à une liaison forte entre le mode de financement et la durée de séjour. Ainsi, Newhouse et Byrne considèrent que le passage du financement par coût complet au financement par pathologie n'a pas réellement fait baisser la durée de séjour, toutes choses étant égales d'ailleurs¹². Selon Kenney et Holohan, si effectivement l'arrêt du remboursement au coût complet pousse à faire sortir les patients le plus vite possible, encore faut-il disposer pour cela de lits de moyen et long séjour¹³. Pour ces auteurs, la durée de séjour à l'hôpital est en partie fonction de l'offre de lits de convalescence.

Si le prix de journée a été un mode de financement permettant de dégager des marges d'autofinancement, c'est donc comme on l'a vu plus par minoration de l'activité prévisionnelle que par majoration des durées de séjour.

1.1.1.4. Conclusion du financement par prix de journée

Confrontés à des besoins de financement toujours plus importants, les responsables hospitaliers ont vu dans la technique du coût complet un instrument permettant de dégager des moyens propres par le développement de l'activité de leurs établissements. Ce développement de l'activité semble avoir résulté plus d'une sous-estimation des journées prévisionnelles que d'une volonté délibérée de retenir à l'hôpital des patients guéris. Cette attitude souvent suspectée, outre qu'elle serait déontologiquement choquante, supposerait de plus une connivence entre soignants et gestionnaires, connivence probablement inexistante dans les années 1980. On peut penser en revanche que minorer l'activité prévisionnelle afin de dégager des marges de manœuvre est plus dans l'esprit d'une gestion bien comprise en fonction des contraintes établies par une tutelle de plus en plus obsédée par le creusement du « trou de la sécu ».

La croissance jugée trop forte des dépenses de santé résultant en partie de cette minoration des budgets prévisionnels, les hôpitaux se sont vus empêchés en 1979 d'avoir recours aux budgets supplémentaires qui résultaient, rappelons-le, d'écarts importants entre prévisions et réalisations d'activité.

En 1980, il a été décidé que l'évolution des budgets ne devrait pas dépasser la croissance du PIB, introduisant par là même la notion de taux directeur permettant d'encadrer l'augmentation des dépenses de santé observée dans les établissements publics.

1.1.2. À partir de 1984, la dotation globale : risque de thrombus dans l'activité ?

Le financement par prix de journée a favorisé l'expansion des dépenses hospitalières et a conduit à atteindre un seuil de financement jugé par certains difficilement supportable pour la collectivité. La question s'est donc posée de freiner ce qui était considéré comme une dérive des dépenses de santé, ce qui s'est fait principalement à travers le financement par dotation globale (1.1.2.1.) dont il convient de tenter d'analyser les effets (1.1.2.2.) avant d'en observer les conséquences économiques éventuellement perverses (1.1.2.3.).

1.1.2.1. Le financement par dotation globale

La loi du 19 janvier 1983, dans son article 8, a donné naissance à la dotation globale, encore partiellement appliquée actuellement. À compter de cette loi, les établissements d'hospitalisation publics ou privés à but non lucratif participant au service public hospitalier ont vu la part de leurs charges supportée par les régimes d'Assurance maladie faire l'objet d'une dotation globale annuelle.

Le versement de la dotation était effectué par la caisse primaire d'Assurance maladie de la circonscription dans laquelle se trouve l'hôpital (appelée caisse-pivot), charge à elle de répartir par la suite ces dépenses entre les différents régimes.

La dotation globale ainsi définie devait être estimée à partir des budgets tels qu'ils étaient présentés dans le décret du 11 août 1983. Ce décret définissait la structure générale du budget des établissements hospitaliers publics (A), le calcul de la dotation globale qui allait permettre le financement de la plus grande partie de ce budget (B) et la façon dont cette dotation serait versée (C).

A – La structure générale du budget

Le budget des établissements publics hospitaliers prévoyait et autorisait les recettes et les dépenses de l'hôpital¹⁴. À cette époque, la présentation du budget s'effectuait dans deux sections :

¹² Joseph P. Newhouse, Daniel J. Byrne, « Did Medicare's prospective payment system cause length of stay to fall ? », *Journal of Health Economics*, vol. 7, n° 4, 1988, p. 413 à 416.

¹³ Geneviève Kenney, John Holohan, « Nursing home transfers and mean length of stay in the prospective payment era », *Medical Care*, vol. 29, n° 7, juillet 1991, p. 589-609.

¹⁴ Il convient de noter que le décret du 11 août, comme l'instruction M21 concernant la comptabilité des hôpitaux publics, utilise les termes de recettes et de dépenses même lorsqu'il s'agit de produits et de charges. L'emploi de cette terminologie approximative est riche de signification,

- la *section d'investissement* dans laquelle étaient regroupées les opérations intéressant le développement de l'ensemble des activités de l'établissement (remboursement des emprunts, investissements, grosses réparations, entrées en stocks, etc., du côté des dépenses ; subventions, emprunts, produits de cessions d'actifs, dons et legs, etc., du côté des recettes) ;
- la *section d'exploitation* dans laquelle étaient regroupées les opérations relatives au fonctionnement de l'établissement (charges d'exploitation, financières et exceptionnelles couvertes principalement par la dotation globale).

Le directeur de l'établissement pouvait procéder à des virements de crédits entre les charges externes et les charges de personnel à concurrence d'un plafond de 10 % des charges concernées et à condition que les charges dites « inéluctables » soient couvertes, et que ces virements ne génèrent pas de charge au titre des exercices à venir. Cette possibilité offrait une relative souplesse dans le cadre de l'exécution budgétaire, et elle pouvait s'avérer extrêmement importante lorsqu'il s'agissait de saisir des opportunités de gestion courante.

B – Le calcul de la dotation globale

Les autorisations de dépenses inscrites à la section d'exploitation (entendre par là les charges) évoluaient par rapport à un taux moyen fixé par le gouvernement en fonction d'hypothèses économiques générales. La notion de « taux directeur » était donc créée et elle plafonnait l'évolution en masse des budgets des établissements hospitaliers. La dotation globale venait compléter les « recettes autres » afin de parvenir à la couverture des autorisations de dépenses : ces recettes autres étaient le forfait journalier, les ventes de médicaments à distribution exclusive en hôpital, le paiement de repas par le personnel... La dotation globale avait donc un caractère forfaitaire : elle couvrait la totalité des charges prises en charge par l'Assurance maladie et non couvertes par des recettes annexes.

C – Le versement de la dotation globale

Il était prévu que la dotation globale soit versée mensuellement par douzièmes par la « caisse pivot », c'est-à-dire la caisse primaire d'Assurance maladie de la circonscription dans laquelle se trouve l'hôpital. Cette modalité de versement faisait disparaître l'obligation dans laquelle se trouvaient les établissements hospitaliers d'avoir à faire l'avance des coûts qu'ils engageaient pour l'hospitalisation de leurs patients. Cet avantage en termes de trésorerie pour les hôpitaux a été accompagné de ce qu'on a pu considérer comme un véritable hold-up à l'égard de ces établissements. L'article 58 de ce décret a en effet conduit à ce que ce financement désormais *a priori* de l'activité des établissements hospitaliers soit minoré, lors des premiers mois, du montant des prix de journée versés *a posteriori* sur l'activité qui avait précédé la mise en application de la dotation globale. Cet article stipulait :

« Art. 58 – Les règlements effectués par les organismes d'Assurance maladie, en vertu du mode de tarification en vigueur antérieurement au présent décret, viennent en déduction des versements mensuels prévus aux articles 37, 40 et 57, le solde de la dotation étant versé l'année suivante. Le règlement du solde de la dotation de l'exercice précédent vient en déduction des versements mensuels prévus aux articles 37 et 40¹⁵ et 16. »

Il résulte de cet article que le règlement *a posteriori* des journées réalisées au cours des mois qui précédaient la mise en application de la dotation globale était confondu avec le versement *a priori* de l'activité des premiers mois de la mise en application du décret. Les hôpitaux ont donc eu depuis ce décret une créance immobilisée, dite « créance article 58 », qui dégradait considérablement leur trésorerie. On peut estimer la somme ainsi immobilisée en observant la créance des hôpitaux publics sur la caisse pivot. Au 31/12/2005, cette créance représentait encore en moyenne 17 jours d'activité pour les établissements publics de santé (EPS)¹⁷. Il faudra attendre 2008 (soit un quart de siècle) et la mise en application de la tarification à l'activité (T2A) à 100 % pour que le problème soit enfin réglé¹⁸. Une présentation détaillée de la démarche comptable résultant de cet article 58 est proposée en 2.1.4.3.Ba.

1.1.2.2. L'analyse économique du financement par dotation globale

Ne pouvant aisément limiter le niveau d'activité mesuré en nombre de journées réalisées, les responsables politiques ont décidé, on le voit, de déconnecter le financement des hôpitaux de leur activité afin de freiner l'évolution des dépenses de santé. Les établissements hospitaliers sont donc passés d'une situation où leur « chiffre d'affaires » était extensible à volonté sans que les charges supportées augmentent en proportion, à un financement rigidifié dans une enveloppe dénuée de degrés de liberté.

puisqu'elle conduit, par exemple, à définir les amortissements comme une recette pour l'investissement et une dépense pour l'exploitation, créant ainsi une confusion pour une notion aussi fondamentale que celle de capacité d'autofinancement (CAF).

¹⁵ JO du 12 août 1983, p. 2609.

¹⁶ L'arrêté du 14 mars 1995, modifiant le plan de comptes applicable aux EPS, a créé un compte 41222, *Caisse pivot, montant restant à recouvrer au titre des déductions opérées en vertu de l'article R.714.1.9. du code de la Sécurité sociale*, qui a lui-même repris l'article 58 précité. La créance correspondante reste toutefois communément désignée sous le nom de « créance article 58 ».

¹⁷ Jacques Grolier, *BDHF*, rapport annuel du comité d'experts finance, exercice 2005, Fédération hospitalière de France.

¹⁸ Décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, art. 5, texte n° 137, JO du 30 décembre 2007, p. 21968.