

L'EPRD

GESTION BUDGÉTAIRE ET COMPTABLE

DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

---

**Jacques GROLIER**

Maître de conférences à la Faculté des sciences économiques - Université de Rennes 1  
Président du comité d'experts finance  
Fédération hospitalière de France

**Claude-Anne DOUSSOT-LAYNAUD**

Directeur d'hôpital  
Enseignant-chercheur  
École des hautes études en santé publique

**Philippe PEYRET**

Directeur d'hôpital  
Enseignant-chercheur  
École des hautes études en santé publique

2009

PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

# SOMMAIRE

## **1. INTRODUCTION À LA COMPTABILITÉ GÉNÉRALE**

- 1.1. D'un exemple introductif à la présentation des documents de synthèse
- 1.2. Présentation de la situation patrimoniale de l'établissement : le bilan
- 1.3. Présentation de l'activité : le compte de résultat
- 1.4. Prise en compte des corrections de fin d'exercice : les opérations d'inventaire
- 1.5. Synthèse de l'introduction à la comptabilité

## **2. L'ÉTAT DES PRÉVISIONS DE RECETTES ET DE DÉPENSES ET LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ**

- 2.1. Les produits des comptes de résultat et le contenu de la tarification
- 2.2. Le financement du patrimoine et la justification économique et financière de l'EPRD
- 2.3. L'état des prévisions de recettes et de dépenses : outil budgétaire des établissements de santé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006
- 2.4. Élaboration, approbation et suivi de l'EPRD
- 2.5. Clôture de l'exercice : le compte financier, la détermination et l'affectation des résultats

## **3. LES OPÉRATIONS BUDGÉTAIRES ET COMPTABLES COURANTES**

- 3.1. Le cadre juridique de l'exécution budgétaire et comptable
- 3.2. Les opérations d'investissement
- 3.3. Les opérations de financement
- 3.4. Les opérations d'exploitation
- 3.5. Les opérations de trésorerie

## **4. LA CLÔTURE DE L'EXERCICE ET LE CONTRÔLE DES COMPTES**

- 4.1. La journée complémentaire et les opérations de clôture de l'exercice
- 4.2. La détermination et l'affectation des résultats
- 4.3. Le contrôle des comptes

## INTRODUCTION

*« La fiabilité des comptes des établissements publics de santé (EPS) représente un enjeu majeur en raison des volumes financiers concernés (59 Md€ de charges et de produits et un bilan de 44 Md€ en 2005). Elle revêt une importance accrue dans le contexte de la certification des comptes de la Sécurité sociale, laquelle finance à plus de 90 % les budgets hospitaliers. »*

Cette citation est extraite du rapport 2007<sup>2</sup> de la Cour des comptes sur l'exécution de la loi de financement de la Sécurité sociale 2005 remis aux parlementaires des deux chambres. Elle met en évidence l'étendue des enjeux en matière de gestion budgétaire et comptable des établissements de santé au moment où l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) est introduit en tant qu'outil de prévision et d'exécution budgétaire des établissements anciennement financés par la dotation globale :

- les masses financières en jeu sont très importantes (rappelons que les dépenses hospitalières, publiques et privées, représentent 47 % des dépenses totales de santé financées par l'Assurance maladie) ;
- beaucoup d'établissements hospitaliers, mis en difficulté par les contraintes et les rigidités budgétaires du « budget global », ont eu recours à des « irrégularités comptables<sup>3</sup> » pour rester dans le cadre des crédits limitatifs, masquant en cela tout ou partie de leur déficit.

La Cour des comptes reconnaît le poids de cette contrainte budgétaire née en 1983, mais elle estime que cela ne peut pas dédouaner totalement les ordonnateurs de leur responsabilité du respect des principes généraux du droit financier. Elle ajoute que « la règle du budget voté et exécuté en équilibre a été quelque peu assouplie en 2006 avec la mise en place de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD), comprenant des crédits évaluatifs se substituant au budget limitatif. La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) en attend une plus grande fiabilité des comptes des établissements de santé : l'apport de l'EPRD, eu égard au principe de sincérité des comptes, est de ne plus permettre au gestionnaire de se retrancher derrière la contrainte technique que constituaient les crédits autorisés pour ne pas afficher dans ses comptes la réalité des charges imputables à l'exercice budgétaire ».

Effectivement, le passage à l'EPRD au 1<sup>er</sup> janvier 2006 a déjà largement permis aux établissements de santé d'apurer leurs comptes. La conséquence en a été la révélation de déficits d'exploitation plus importants que prévu conduisant à des mesures de retour à l'équilibre financier mises en œuvre par les équipes de direction, souvent sur injonction des autorités de tutelle.

Dans cette période difficile à la fois pour les cadres dirigeants et l'ensemble des équipes hospitalières, cet ouvrage a pour objectif d'aider les établissements à améliorer la performance de leur système comptable en leur fournissant les clés de décryptage d'une réglementation dense, complexe et sans cesse en évolution.

La fiabilité des comptes dépend en effet d'une chaîne financière d'opérations qui nécessite une bonne connaissance des textes financiers législatifs et réglementaires, d'une méthode d'élaboration budgétaire fondée en premier lieu sur l'activité soignante, d'une parfaite maîtrise des opérations comptables et enfin d'une compréhension fine des états de synthèse que sont les comptes de résultat et le bilan.

Il est quasiment impossible pour une personne seule de maîtriser l'ensemble de ces paramètres, ce qui nous a conduits à écrire ce livre à « six mains » afin de mettre en commun nos connaissances opérationnelles et notre expertise théorique. Souhaitant proposer un document le plus exhaustif possible, nous sommes partis des principes généraux de la comptabilité pour nous rendre aux contrôles juridictionnels des comptes en passant par l'élaboration et l'exécution de l'EPRD et la description des opérations de clôture. Notre objectif est de vous mener à bon port.

La présentation budgétaire et comptable en vigueur au 31 décembre 2008<sup>4</sup> va donc nous conduire à aborder dans un premier temps l'outil de base qu'est la comptabilité générale (partie 1) avant de préciser les spécificités de la comptabilité hospitalière liées à l'élaboration et au suivi de l'EPRD (partie 2). L'analyse de l'exécution budgétaire et des opérations comptables courantes occupera la partie 3 et, logiquement, nous terminerons par la clôture de l'exercice et le contrôle des comptes qui sont réunis en partie 4.

<sup>2</sup> Chapitre 4 : « La fiabilité des comptes des hôpitaux », rapport téléchargeable en intégralité ([www.ccomptes.fr/Publications-REFLSS](http://www.ccomptes.fr/Publications-REFLSS)).

<sup>3</sup> La Cour signale parmi ces irrégularités, et sans vouloir être exhaustive : les charges reportées sur l'exercice suivant ; l'absence de provisionnements à la hauteur des risques ; les dotations aux amortissements artificiellement minorées par le choix de durée d'amortissement trop allongée, les produits à recevoir surestimés, etc. Les pratiques relevées par les chambres régionales des comptes sont diverses mais aboutissent toutes à fausser le résultat et le bilan des établissements de santé. Nous aurons l'occasion de revenir longuement sur ces pratiques au fil du texte en insistant sur les méthodes correctives à employer.

<sup>4</sup> C'est la date d'arrêt de notre analyse des textes et règlements ; les modifications qui ne manqueront pas de surgir après cette date seront prises en compte dans de futures éditions de cet ouvrage... 5

### Étape 3 – Le calcul du CRPA du CH COL

Les hypothèses retenues dans le cas CH COL sont les suivantes :

- procédure aboutie avec le conseil général sur le niveau des tarifs hébergement et dépendance acceptés à hauteur de la proposition ;
- notification du forfait soins par la DDASS inférieur de 510 000 par rapport à la demande, le projet de sécurisation des soins infirmiers par la création de 8 emplois d'IDE et de 1,5 ETP PH supplémentaires n'ayant pas été retenu pour cet exercice.

CRPA – Lettre budgétaire E					
Charges			Produits		
Titre 1	Charges de personnel	10 607 300	5 302 040	Titre 1	Produits afférents aux soins
Titre 2	Charges à caractère médical	429 100	2 671 680	Titre 2	Produits afférents à la dépendance
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	2 881 500	6 801 280	Titre 3	Produits de l'hébergement
Titre 4	Charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	903 000	45 900	Titre 4	Autres produits
	<i>Dont dotations aux amortissements</i>	<i>750 000</i>			
Report à nouveau déficitaire				Report à nouveau excédentaire	
<b>TOTAL DES CHARGES</b>		<b>14 820 900</b>	<b>14 820 900</b>	<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	

## B – La détermination des charges et de leur répartition

Le cadre des recettes attendues étant posé, le gestionnaire va devoir déterminer à quelles charges, et en quelles proportions pour chaque type de charges, celles-ci vont être affectées.

### *a – Le principe de l'équilibre économique et financier réel*

Concernant le CRPP, la nouvelle réglementation pose un cadre dans lequel il n'est plus absolument impératif que les charges d'exploitation soient couvertes par les recettes attendues si la situation financière de l'établissement permet une éventuelle reprise sur le fonds de roulement (dans l'hypothèse où ce déficit prévisionnel se traduirait par une reprise sur le fonds de roulement). Le possible abandon de l'équilibre budgétaire, même s'il est dérogatoire et même s'il faut reconnaître que cet équilibre n'était bien souvent qu'une façade, est une révolution importante dans la gestion des établissements et le regard que la tutelle porte sur celle-ci.

La possibilité ouverte de faire apparaître un excédent ou un déficit est la reconnaissance de la prééminence du principe de sincérité des comptes mis à mal depuis plusieurs années de manière de plus en plus généralisée. Cette faculté dérogatoire ne doit cependant pas faire oublier qu'*a priori* une gestion déficitaire traduit un déséquilibre économique et qu'il n'est pas sain de fonctionner en déficit. Cependant, et encore une fois de manière ponctuelle et dérogatoire, certains établissements peuvent se trouver en situation de présenter un compte d'exploitation déficitaire pour des motifs qui ne traduisent pas un déséquilibre structurel. Par exemple, un établissement qui ouvre une unité de soins nouvelle et qui va constater toutes les charges relatives au fonctionnement de celle-ci peut être empêché de prendre en compte l'ensemble des produits dans ses recettes prévisionnelles, ceux-ci dépendant du rythme de montée en charge de son activité.

### *b – La détermination des charges relatives à la constitution de la CAF*

Le cadre général des charges devra correspondre à la fois aux charges d'exploitation courantes et aux frais et charges relatifs au financement de la structure. C'est pourquoi nous insisterons ici sur le nécessaire travail en parallèle concernant la capacité d'autofinancement et les autres types de dépenses. Longtemps négligée car rendue invisible dans la structure budgétaire antérieure, la CAF est aujourd'hui bien présente dans l'EPRD et doit être traitée au même titre que les autres engagements de l'établissement. La connaissance de la structure financière de départ (niveau du fonds de roulement, du besoin en fonds de roulement, de la trésorerie nette), des niveaux d'endettement et prévisions de remboursement en cours et du programme des immobilisations à réaliser conditionnera le niveau de CAF

nécessaire. Ce niveau de CAF doit être pris en compte dans la détermination des charges à couvrir au même titre que les dépenses d'exploitation courantes. La CAF n'est effectivement pas un résidu constaté lorsque l'établissement a fait face à ses autres dépenses, mais bien **une masse financière qui se doit d'être couverte par les produits de l'activité**. Si les établissements privés du secteur lucratif peuvent se financer par des bénéfices et l'appel aux marchés financiers, les établissements publics de santé voient dans la CAF leur ressource d'autofinancement quasi exclusive.

L'analyse du bilan financier (ou fonctionnel) de départ est donc fondamentale dans la détermination de cette situation financière de départ. À cet égard, la situation du fonds de roulement prévisionnel prévu dans le cadre CABESTAN sur lequel l'établissement transmet son projet d'EPRD est à notre sens insuffisant. Il ne permet effectivement pas d'intégrer dans le raisonnement la dimension correspondant à l'évolution du besoin en fonds de roulement. Pourtant, cette évolution, traduisant des changements dans l'environnement économique de l'établissement, peut faire apparaître une nécessaire mobilisation de ressources supplémentaires (augmentation du BFR) ou, au contraire, permettre d'envisager des reprises sur la structure (diminution du BFR).

L'analyse de la situation de départ et sa confrontation aux évolutions connues à venir va permettre d'envisager une gestion financière dynamique. La trésorerie constatée est-elle pérenne ou au contraire résulte-t-elle d'une situation conjoncturelle et va-t-elle fondre d'elle-même dans les mois à venir ? De la réponse à cette première question dépendra la politique de financement de l'avenir.

Concernant l'analyse du fonds de roulement net (FRN ou FRNG), la réglementation conserve encore la distinction opposant le fonds de roulement d'investissement (FRI) et le fonds de roulement d'exploitation (FRE). Nous suivrons donc cette grille d'analyse, bien qu'elle soit appelée à devenir complètement obsolète avec l'apurement progressif de la créance de l'article 58, d'abord dans le champ des activités MCO puis, à terme, pour les activités SSR et psychiatriques lorsqu'elles passeront en régime de financement à l'activité.

Le FRI identifie le surplus de ressources de financement des investissements mobilisés par les établissements et non utilisés.

Le FRE se calcule par la comparaison des ressources longues d'exploitation aux deux créances stabilisées dans les bilans hospitaliers que sont la créance « article 58 » et la créance sur l'État relative à la sectorisation psychiatrique. Concernant la première, elle est en cours de compensation avec les avances consenties par la Sécurité sociale aux établissements entrés dans le régime de financement T2A, la seconde ayant quasiment disparu des bilans hospitaliers à la suite des recours exercés par ces derniers contre l'État. À terme, le FRE sera la simple mesure des ressources longues d'exploitation.

Si là encore nous retenons la présentation officielle conduisant, en particulier, au bilan financier tel qu'il se présente dans le TBFEPS, rappelons que la présence, en financements stables d'exploitation, des autres dépréciations (donc des dépréciations sur actifs circulants) nous paraît pour le moins contestable (voir 2.2.2.3.B). Pour ce qui concerne la partie basse du bilan financier, nous comprenons mal aussi la présence des dettes sur immobilisations en dettes d'exploitation alors même que, à l'opposé, les créances sur cession d'immobilisations se trouvent en trésorerie. Enfin, les fonds déposés par les usagers devraient, nous semble-t-il, se trouver en dettes d'exploitation et non en trésorerie négative. Notons que ces positionnements que nous souhaiterions voir appliquer correspondent aux choix qui ont présidé à la construction du bilan financier des établissements sociaux et médico-sociaux.



### 4.3. LE CONTRÔLE DES COMPTES

Pour bien situer le contrôle des comptes dans le secteur hospitalier public ou assimilé, nous voudrions citer deux auteurs, aux statuts différents, mais qui peuvent nous éclairer par leurs approches complémentaires.

Le premier, Hervé Dumez, chercheur au CNRS et à l'École polytechnique, dans un article récent<sup>1</sup>, brosse en quelques lignes l'évolution historique de l'obligation de contrôle des comptes et nous met en garde contre les dérives possibles :

*« Rationem redere : rendre des comptes, l'expression latine dit l'ancienneté de la pratique. Un magistrat, un intendant quitte ses fonctions et remet une tablette, un parchemin à celui à qui il rend des comptes.... L'expression renvoie aux chiffres. Rendre des comptes, c'est donner une représentation chiffrée de son action mais dès la période latine, l'expression a pris un sens métaphorique : on peut rendre des comptes à propos de quelque chose sans qu'il y ait un support chiffré... Ces dernières années, surtout dans le secteur public, on a tenté de revenir au sens premier : puisque le secteur public est protégé de la sanction du marché, l'idée est venue qu'il fallait évaluer son action de manière plus rigoureuse, sur la base d'indicateurs chiffrés. »*

Et, parmi les services publics touchés par cette réforme, l'auteur cite à de nombreuses reprises les hôpitaux qui doivent « remplir des tableaux de chiffres, indicateur par indicateur, pour rendre compte de leur activité<sup>2</sup> ».

L'hôpital devra justifier son efficacité, son efficience, l'adéquation de son offre de soins avec les orientations du SROS, la qualité de ses prestations, etc. Cette exigence de tableaux de bord chiffrés repose sur une croyance largement partagée dans le caractère magique du chiffre qui serait objectif et révélerait la réalité du fonctionnement de cette entité complexe qu'est l'hôpital alors que les explications écrites ou orales seraient subjectives, sujettes à caution, voire mensongères.

Mais, rappelle ironiquement Hervé Dumez, c'est exactement l'inverse dans la réalité :

*« Depuis les travaux de Goodhart<sup>3</sup> en 1975, on sait que, dès qu'un indicateur chiffré sert à évaluer une action ou une politique, **il perd son rôle de producteur d'information objective**. En effet, les acteurs qui sont jugés sur des indicateurs chiffrés s'arrangent, toujours, pour que ces indicateurs prennent des valeurs qui leur soient favorables. »*

Le même phénomène a été décrit en France, à la même époque par Jean-Claude Moïsdon<sup>4</sup> et il faudra garder à l'esprit cet avertissement lorsque nous examinerons les indicateurs du contrôle de gestion mis en place par les nombreuses institutions qui se penchent avec beaucoup d'attention sur le fonctionnement général des établissements de santé et sur leur gestion budgétaire et financière en particulier.

Le second auteur que nous souhaitons citer est Philippe Séguin, président en exercice de la Cour des comptes (CC) et de la Cour de discipline budgétaire et financière (CDBF). Dans une intervention devant les représentants de la Banque mondiale, à l'occasion d'un séminaire international tenu au printemps 2006, il posait parfaitement le problème actuel du contrôle des comptes publics en distinguant ce qui relève de la « corruption », et donc du droit pénal, et ce qui relève de la mauvaise gestion, non sanctionnable par les instances judiciaires mais néanmoins dommageable pour les finances publiques :

*« L'utilisation des fonds publics comporte un risque intrinsèque de dérive : la tentation du détournement à profit personnel existe en permanence et à tous les niveaux, même si son intensité peut varier selon les pays et les époques. Ce risque justifie l'existence de règles qui encadrent la gestion publique, que l'on appelle en France l'ordre public financier, prévoyant par exemple des procédures en matière de prise de décision ayant une incidence financière ou encadrant le maniement de la caisse<sup>5</sup>. Mais le risque de dérive des finances publiques ne se limite pas à ces cas, particulièrement graves<sup>6</sup> de malhonnêteté.  
En effet, une gestion peut, même sans intention malhonnête, se révéler irrespectueuse des règles qui s'imposent à elle, conduisant parfois à des gaspillages financiers. Il en va de même des fautes*

<sup>1</sup> « De l'obligation de rendre des comptes ou accountability », *Gérer et comprendre*, n° 91, mars 2008, pages 4 à 8.

<sup>2</sup> *Ibid.*, page 5.

<sup>3</sup> Goodhart, économiste en chef de la Banque d'Angleterre dont les conclusions sont citées dans l'article de M. Dumez, page 5.

<sup>4</sup> Berry, Moïsdon et Riveline, « Qu'est-ce que la recherche en gestion ? », *Informatique et gestion*, n°s 108 et 109 (septembre et octobre 1979), cité par Hervé Dumez.

<sup>5</sup> Ce que nous avons examiné pour notre part, dans les règles de séparation des ordonnateurs et comptables.

<sup>6</sup> Mais également très rares dans les EPS et EPSMS, il faut le souligner.

*graves de gestion causant un préjudice important à la caisse publique. L'ordre public financier a donc pour objectif de limiter autant que possible ces risques de dérive inhérents aux fonds publics.*

*Le terme de "discipline budgétaire et financière", qui prévaut en France, est certes éloquent, mais constitue un héritage du passé, et recouvre en réalité un champ plus vaste qui pourrait être traduit en langage contemporain par "bonne gouvernance" ; autrement dit, il s'agit d'un **système de responsabilité des gestionnaires publics en matière de bonne gouvernance des finances publiques**, avec des infractions financières particulières qui ne sont pas pénales.*

*L'objectif est donc double : **s'assurer de la régularité des finances publiques et garantir la bonne gestion, les deux aspects étant d'ailleurs le plus souvent liés**<sup>7</sup>. »*

Il ressort de cette analyse que, d'un point de vue du contrôle financier, nous sommes entrés dans une époque où la mauvaise gestion, l'incompétence financière ne sont plus tolérables car elles coûtent infiniment plus cher à la société que de rares et minimes détournements de fonds à usage personnel. Mais n'y a-t-il pas alors un risque inverse de frilosité ? Laissons à nouveau parler M. Séguin :

*« Toute irrégularité, tout dysfonctionnement grave de la gestion publique ne sauraient donner lieu à des sanctions pénales, menace lourde qui risquerait de peser sur la nécessaire liberté des gestionnaires et qui pourrait conduire à des comportements excessivement prudents, alors que toute gestion comporte nécessairement des risques. Les chambres régionales des comptes (CRC), la CC et la CDBF permettent de **concilier le besoin social de sanction et de protection des finances publiques avec une limitation du risque pénal aux seuls cas d'irrégularités les plus graves.** »*

---

7. La citation est extraite du rapport 2006 du président de la CDBF adressé au président de la République.