



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'hôpital**

*Date du Jury : décembre 2000*

---

***OPTIMISER SA TRÉSORERIE PAR AMÉLIORATION DU  
RECOUVREMENT DES CRÉANCES ET MISE EN PLACE  
D'UNE GESTION ACTIVE DE LA DETTE***

**Michelle DEPINAY**

# REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma plus vive reconnaissance à :

👍 **Mr Ph. CASTETS** directeur d'hôpital au CHU de GRENOBLE

👍 **Mr D. RIAM** directeur d'hôpital du CH du LAMENTIN

👍 **Mr D. Le STUM** directeur d'hôpital à l'AP HP

qui m'ont encouragée et ont su me faire partager la richesse de leurs expériences .

Je tiens à remercier également :

👍 **Mr Ph. PEYRET** directeur d'hôpital et enseignant à l'ENSP

👍 **Mr JP. GRAFFIN** directeur d'hôpital au CH d'EAUBONNE

qui en leur qualité d'enseignant et directeur de mémoire, m'ont constamment, guidée, prodiguée des conseils avisés et poussée à l'élargissement de ma réflexion.

Je veux exprimer, enfin, ma gratitude à:

👍 **Mme A. RAMIN** Directrice Générale du CHU de FORT de FRANCE

pour le concours attentif et le réel intérêt manifestés pour ce travail.

**Leur grande sollicitude, leur réelle disponibilité et leur aide permanente ont constitué des atouts majeurs qui, m'ont pilotée pendant toute la réalisation de mes travaux de recherche et ont favorisé l'aboutissement de ce mémoire .**

# SOMMAIRE

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>LE CADRE REGLEMENTAIRE DANS LEQUEL S'INSCRIT LA TRESORERIE DES EPS .....</b>	<b>4</b>
2.1	<i>LA SEPARATION DES ORDONNATEURS ET DES COMPTABLES : un principe qui de nos jours pose question ..</i>	<i>5</i>
2.1.1	LE PRINCIPE .....	5
2.1.2	SON APPLICATION .....	5
2.1.3	LES CONSEQUENCES.....	6
2.2	<i>L'OBLIGATION DE DEPOT DES FONDS AU TRESOR: UNE PERTE SECHE POUR LA TRESORERIE DES HÔPITAUX ? .....</i>	<i>8</i>
2.2.1	UN PRINCIPE ANCIEN.....	8
2.2.2	DES SOMMES CONSIDERABLES GELEES DANS LES COMPTES DU TRESOR.....	9
2.3	<i>LES objectifs et LES Caractéristiques D'UNE GESTION DE TRESORERIE DYNAMIQUE.....</i>	<i>11</i>
2.3.1	LA GESTION DE TRESORERIE POUR UNE OPTIMISATION ACCRUE DES MOYENS BUDGETAIRES ET FINANCIERS.....	11
2.3.2	DES FLUX DE TRESORERIE SPECIFIQUES AUX EPS.....	13
2.3.3	DES OUTILS ET DES PROCEDURES POUR MAITRISER LES FLUX DE TRESORERIE.....	16
<b>3</b>	<b>L'EXEMPLE DU CHU DE F DE F .....</b>	<b>19</b>
3.1	<i>LA TRESORERIE : COMPOSANTE DE LA GESTION FINANCIERE .....</i>	<i>20</i>
3.1.1	PRESENTATION DU CHU DE FORT DE FRANCE .....	20
3.1.2	ELEMENTS D'ANALYSE FINANCIERE DU CHU DE FORT DE FRANCE.....	21
3.2	<i>LA TRESORERIE : ORGANISATION DES SERVICES ADMINISTRATIFS du CHU.....</i>	<i>33</i>
3.2.1	PROCEDURES DE FACTURATION DES PRODUITS DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE.....	34
3.2.2	PROCEDURES DE FACTURATION DES PRODUITS DIVERS.....	40
3.3	<i>DANS LES SERVICES DU COMPTABLE PUBLIC.....</i>	<i>43</i>
3.3.1	LE RECOUVREMENT SUR DEBITEURS "ORDINAIRES" DE L'ETABLISSEMENT .....	43
3.3.2	LA PROCEDURE DE RECOUVREMENT SUR DEBITEURS "INSTITUTIONNELS" DE L'ETABLISSEMENT.....	46

3.4	<i>PLACE DE LA CMU DANS LE DISPOSITIF</i> .....	48
3.4.1	LA CMU EST UN CADRE RIGIDE .....	48
3.4.2	LES IMPACTS FINANCIERS IMMEDIATS LIES A LA MISE EN PLACE DE LA CMU .....	50
<b>4</b>	<b>PROPOSITIONS DE SOLUTIONS</b> .....	<b>52</b>
4.1	<i>DES MESURES DESTINEES A RENFORCER LE FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL</i> .....	52
4.1.1	ACTIONS SUR LES CAPITAUX ISSUS DU CYCLE D'INVESTISSEMENT .....	53
4.1.2	ACTIONS SUR LES CAPITAUX ISSUS DU CYCLE D'EXPLOITATION.....	56
4.2	<i>DES MESURES DESTINEES A MAITRISER LE BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT</i> .....	59
4.2.1	LES MESURES ORGANISATIONNELLES REVELEES PAR L'AUDIT.....	59
4.2.2	LES MOYENS ET PROPOSITIONS NOUVELLES .....	62
4.3	<i>... de la MISE EN ŒUVRE D'UNE GESTION ACTIVE DE LA DETTE ET DE LA TRESORERIE</i> .....	72
4.3.1	LES CARACTERISTIQUES DE LA GESTION ACTIVE DE LA DETTE .....	72
4.3.2	LA METHODOLOGIE DE LA GESTION ACTIVE DE LA TRESORERIE .....	78
<b>5</b>	<b>CONCLUSION GENERALE</b> .....	<b>83</b>
<b>6</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>85</b>
<b>7</b>	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>88</b>

# 1 INTRODUCTION

Une des définitions de la trésorerie, donnée par le dictionnaire est la suivante : la trésorerie c'est "l'ensemble des ressources immédiatement disponibles d'une entreprise (caisse, compte courant, effets négociables) qui lui permettent de faire face aux dépenses".

Cette définition est représentative de la trésorerie en terme de gestion des flux où la trésorerie est simplement assimilée aux liquidités.

Une des préoccupations majeures du gestionnaire consiste à bien gérer ses flux, mais en réalité cette gestion doit être complétée par une autre approche visant l'équilibre budgétaire et bilantiel qui correspond à une notion statique appelée "trésorerie structure", par V. Faujour et JP. Graffin<sup>a</sup>. La "trésorerie structure" permet de formuler un diagnostic sur la santé réelle (bonne santé financière) d'un établissement public de santé et partant de gérer les flux de manière prévisionnelle.

Ces deux approches, très distinctes, sont néanmoins indissociables. On ne peut s'occuper de gérer des flux sans connaître la situation financière réelle d'un établissement.

Le concept de trésorerie structure est un élément permettant d'affiner des scénarios de prospective. Dans le secteur public, les ordonnateurs n'en avaient d'ailleurs qu'une connaissance parcellaire et lointaine, à la différence du receveur hospitalier qui élabore le compte de gestion de l'établissement et son bilan.

Aujourd'hui le concept de "trésorerie flux" a connu une évolution importante et générale dans le secteur des entreprises privées et plus globalement dans le monde de la finance.

La définition plus récente proposée par le milieu bancaire<sup>b</sup> est significative de cette évolution: "La trésorerie (à une date déterminée) est la différence entre les ressources mises en œuvre pour financer l'activité et les besoins entraînés par cette activité".

Cette définition a le mérite de mettre en évidence la nécessité absolue de rechercher et de trouver un équilibre constant entre les recettes et les dépenses qui sont les deux éléments indissociables du concept même de la trésorerie. Elle met aussi l'accent sur le rôle actif du gestionnaire soucieux de la maîtrise permanente de ses flux financiers dans une optique de développement de son activité. Elle introduit enfin, le concept de gestion de trésorerie qui aujourd'hui trouve son aboutissement, avec la mise en œuvre de la "trésorerie zéro".

Ainsi s'est peu à peu constituée une véritable discipline conduisant à appréhender la trésorerie sous un angle plus dynamique.

A l'heure actuelle, la gestion prévisionnelle de trésorerie combine ces deux approches. Elle est ainsi devenue un véritable instrument de prospective qui permet de définir, mettre en œuvre et orienter une stratégie favorisant une réalisation optimale de l'exercice budgétaire et comptable.

Engagée vers le début des années 90, par quelques collectivités publiques parmi les plus importantes, la gestion prévisionnelle des besoins et moyens de financement à court terme est aujourd'hui appliquée dans de nombreux établissements publics locaux, qui assurent désormais le suivi de leur trésorerie. L'utilisation d'outils internes de prévision et d'aide à la décision financière a été d'abord mise en place dans les régions de l'Aquitaine, du Nord Pas de Calais et du Centre. Désormais, rares sont les collectivités de quelque importance qui ne disposent pas d'un mécanisme permettant de connaître l'évolution de la dette future et de la trésorerie.

L'hôpital n'est pas resté en marge de cette évolution et cette question est devenue à l'heure actuelle une préoccupation majeure pour tous ceux qui sont confrontés aux impératifs de la gestion hospitalière.

Ainsi se met peu à peu en place dans les établissements publics de santé (EPS) une véritable gestion active de la trésorerie qui a pour principal objectif d'assurer une meilleure rentabilité des fonds publics consacrés à la santé tout en permettant à ces établissements d'engager un processus visant la qualité totale de leurs prestations.

D'ailleurs, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé cette logique revêt une importance capitale singulièrement pour les établissements qui doivent faire face à des difficultés budgétaires et financières.

En dépit du cadre juridique relativement rigide des hôpitaux, la gestion de trésorerie compte tenu de ses objectifs et de ses caractéristiques, donne aux établissements publics hospitaliers des outils qui leur permettront, à terme, d'assainir leur situation financière. (*Première partie*).

A la Martinique, de nombreux établissements hospitaliers connaissent des difficultés de trésorerie. Des causes diverses sont à l'origine de ce phénomène, les plus fréquemment recensées ayant pour origine les difficultés de recouvrement des créances.

Au CHU de Fort de France, la direction a engagé depuis quelques années une démarche destinée à améliorer le recouvrement de l'encaisse potentielle, dans le but d'obtenir une meilleure trésorerie.

Toutefois les résultats obtenus demeurent modestes : le taux de recouvrement s'améliore lentement, en dépit de toutes les actions mises en œuvre pour le faire évoluer favorablement (extension de la régie, réorganisation des services, système de la note de frais, groupe de travail animé par l'agence régionale d'hospitalisation et le Trésor Public...

En revanche, l'hôpital subit continuellement de la part de ses fournisseurs de fortes pressions.

Un bilan des actions mises en œuvre et un état des lieux général de la situation de trésorerie est indispensable aujourd'hui. (*Deuxième partie* ).

Cette évaluation doit servir de tremplin pour mettre en œuvre un certain nombre d'actions, pour évaluer et corriger celles qui existent déjà et dans tous les cas les optimiser. Cette démarche répond à l'objectif d'assurer à l'établissement, une meilleure rentabilité de ses capitaux et une gestion plus qualitative de ses ressources. (*Troisième partie* ).

## 2 LE CADRE REGLEMENTAIRE DANS LEQUEL S'INSCRIT LA TRESORERIE DES EPS

Les EPS du fait de leur statut et de leur mode de financement, sont soumis à des règles budgétaires et comptables qui, tout en s'inspirant de celles de la comptabilité générale, présentent des particularités qui peuvent être à l'origine de leurs difficultés de trésorerie.

En matière de procédures, dans le cadre du paiement des dépenses et du recouvrement des recettes, ils sont, comme pour l'ensemble des collectivités locales, soumis au principe de séparation de l'ordonnateur et du comptable. Ce principe induit des conséquences importantes pour la mise en œuvre de la gestion de trésorerie à l'hôpital. En effet les attributions de ces deux fonctionnaires sont partagées entre:

- le directeur de l'établissement qui est à l'origine des dépenses et des recettes et qui donne l'ordre de payer et de recouvrer,
  - le comptable qui procède au paiement des mandats et à l'encaissement des recettes.
- (chapitre I)

Un autre principe encadre fermement la gestion budgétaire et financière des EPS : les placements directs de trésorerie leur sont interdits, sauf rares exceptions (chapitre II). Ils ne peuvent procéder que de façon indirecte pour rémunérer leurs disponibilités.

Ces principes qui dans un premier temps sont présentés comme des contraintes pour le gestionnaire, ne constituent pas en réalité de véritables obstacles à la mise en place d'une gestion dynamique de la trésorerie. (chapitre III)

## **2.1 LA SEPARATION DES ORDONNATEURS ET DES COMPTABLES : UN PRINCIPE QUI DE NOS JOURS POSE QUESTION**

*Bien qu'il soit le garant de l'utilisation légale des deniers publics et malgré l'amélioration notable depuis quelques années des échanges d'information entre ordonnateurs et comptables, le principe de la séparation de l'ordonnateur et du comptable peut représenter un frein pour les opérations de gestion de trésorerie.*

### **2.1.1 LE PRINCIPE**

En application de l'article 20 du décret 62-1587 du 29 décembre 1962, les fonctions d'ordonnateur et de comptable d'un EPS sont incompatibles.

Ce principe vieux de plus de 177 ans (ordonnance du 14 septembre 1822 et décret du 31 mai 1862), s'impose encore aujourd'hui à toute la fonction publique française et peut représenter un frein à la mise en œuvre d'une gestion de trésorerie moderne et efficace.

### **2.1.2 SON APPLICATION**

Appliqué strictement, il conduit à une dissociation de la fonction financière entre deux personnes, l'ordonnateur, responsable de la prise de décision administrative, et le comptable chargé de l'exécution matérielle des dites décisions.

Un constat découle de l'application de ce principe à la fonction publique française :

**Leurs statuts respectifs** obéissent à des règles différentes : recrutement, formation, déroulement de carrière.

**Leurs rôles propres diffèrent**, l'ordonnateur ayant un rôle actif d'instigateur de la politique générale de l'établissement, tandis que le comptable contrôle, enregistre et constate les flux financiers.

Cette dualité fonctionnelle a pour conséquence une dualité comptable: l'ordonnateur tient une comptabilité dite "administrative" qui a pour objet de suivre l'exécution du budget et d'établir le compte administratif. Cette comptabilité retrace les opérations dont il a la charge :

- dans le budget d'exploitation qui récapitule les charges par nature (classe 6 ) et les produits par nature (classe 7)

- dans la section d'investissement qui récapitule les comptes de capitaux (classe 1) et les comptes d'immobilisations (classe 2).

La comptabilité de l'ordonnateur méconnaît les comptes de classe 4 ( créances et dettes à court terme) et de classe 5 ( disponibilités), contrairement à celle tenue par le comptable qui possède l'ensemble des informations permettant de suivre tous les comptes.

En résumé, si l'ordonnateur provoque les opérations budgétaires, le receveur à la fois payeur et caissier est chargé de les exécuter, mais il doit préalablement s'assurer de la régularité de la dépense du point de vue administratif (opération du visa). Il doit vérifier également l'assignation, l'imputation budgétaire, l'existence d'un crédit disponible au compte concerné, et la réalité du service fait. Si un de ces éléments lui paraît douteux, il peut refuser ou suspendre le paiement de la dépense.

Cet aspect de sa fonction qui consiste à contrôler ce qu'il paie est réglementaire. Le décret du 29 décembre 1962 précise qu'il a à juger de la régularité administrative des opérations, mais pas de l'opportunité des décisions prises.

Le comptable (d'ailleurs comme l'ordonnateur) ne peut exécuter que les seules dépenses autorisées, c'est à dire votées par l'assemblée délibérante de l'établissement et approuvées par l'autorité chargée du contrôle. Cette règle est d'autant plus strictement appliquée par lui que sa responsabilité est engagée sur ces propres deniers et qu'il risque une mise en débet en cas de paiement d'une dépense en dépassement de crédits ou s'il ne fait pas preuve de diligence dans le recouvrement des créances.

### **2.1.3 LES CONSEQUENCES**

Les conséquences de ce principe de séparation des ordonnateurs et des comptables sont multiples:

☞ L'ordonnateur ne dispose pas à l'égal des chefs d'entreprise du secteur privé de la maîtrise directe des encaissements et des décaissements de son établissement. Il en découle une certaine rigidité et une relative méconnaissance de la situation de trésorerie. Il est confronté en quotidienneté à ses fournisseurs sans pouvoir leur apporter des réponses appropriées puisqu'il ne maîtrise pas le processus de paiement.

☞ Le comptable hospitalier pour sa part doit souvent prendre en charge d'autres collectivités. De ce fait, la mise en œuvre des opérations ordonnancées par l'hôpital peuvent donc parfois passer au second plan de son activité. Seuls, les établissements les plus importants ont un poste de comptable public se consacrant exclusivement à eux, avec des services implantés dans leurs murs.

La polyvalence ajoutée à l'éloignement physique du comptable constituent un handicap et un frein à l'entente et à une bonne collaboration, pourtant indispensables, entre ces deux personnages clés de la gestion hospitalière.

L'ordonnateur émet des titres de recettes mais ne peut agir lui-même sur le recouvrement. C'est souvent à l'occasion des demandes d'admission en non-valeur introduites par le receveur en

Conseil d'Administration, qu'il a connaissance des moyens mis en œuvre par le comptable dans le cadre du recouvrement.

L'ordonnateur émet des mandats de dépenses et donne ses ordres de priorité de paiements quand la trésorerie ne peut couvrir toutes les émissions de mandat. Néanmoins, l'ordonnateur ne peut intervenir sur "le seuil de sécurité" que se réserve le comptable.

En effet, le découvert étant une notion inconnue dans la gestion hospitalière, le receveur, en l'absence de budget de trésorerie peut être conduit à se ménager, une marge de sécurité qui dépend de son appréhension et de la situation financière générale de l'établissement.

*La séparation des ordonnateurs et des comptables, principe républicain dicté par l'impératif de sécurité des deniers publics, peut constituer un frein à une gestion moderne de l'hôpital qui se trouve confronté à un environnement économique de plus en plus complexe.*

## **2.2 L'OBLIGATION DE DEPOT DES FONDS AU TRESOR: UNE PERTE SECHE POUR LA TRESORERIE DES HÔPITAUX ?**

*Les collectivités locales et les établissements publics sont encadrés par un ensemble de règles qui pour certains d'entre eux, sont en application depuis le 19ème siècle.*

*C'est le cas de l'obligation de dépôt des fonds au Trésor, principe qui peut représenter, aujourd'hui pour certains, un caractère contraignant .*

### **2.2.1 UN PRINCIPE ANCIEN**

Mis en application par un décret impérial du 25 février 1811, et réaffirmé dans l'article 15 du décret de l'ordonnance du 2 janvier 1959 et dans l'article 43 du décret du 29 décembre 1962, le principe de l'obligation de dépôt des fonds au Trésor a de nouveau été confirmé, plus récemment, par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

#### **Quelles en sont les conséquences?**

Il s'agit tout d'abord de l'impossibilité de placement des disponibilités des établissements publics de santé, en dehors des comptes ouverts au Trésor. Il n'existe que quelques rares exceptions (d'ailleurs sévèrement encadrées) et qui n'ont qu'une portée limitée dans le contexte financier actuel.

Ainsi les fonds, provenant de libéralités (subventions, dons, legs) ou de la cession d'un élément de l'actif de l'établissement, peuvent être placés en valeurs autorisées, c'est à dire soit en emprunts d'état ou garantis par l'état, soit en bons du trésor.

De même les établissements publics de santé qui possèdent des fonds provenant d'emprunts versés pour réaliser un investissement différé pour des raisons exceptionnelles (exécution de travaux notamment) peuvent avec l'autorisation du Trésorier Payeur Général effectuer le placement rémunéré de ces disponibilités.

Ces possibilités de placement semblent d'un intérêt limité dans un contexte où prolifèrent dans l'environnement immédiat de l'hôpital, de nombreux produits financiers.

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 a prévu une évolution de ce dispositif dans le sens d'un assouplissement de cette contrainte. Elle renvoie à un décret d'application, le soin de définir les modalités de placement et de rémunération des fonds disponibles des établissements. Ce décret n'a toujours pas été publié à ce jour.

Dans les hôpitaux tout mouvement de trésorerie se traduit par une opération de débit ou de crédit au compte 515. Ce compte fonctionne comme une caisse puisqu'il ne peut être créditeur en application de la loi du 27 mai 1980 et du décret du 29 décembre 1962 qui précisent que "le compte ouvert au nom de l'établissement public de santé ne doit jamais être débiteur dans les écritures du Trésor".

Le comptable public est banquier ou devrait-on dire caissier des hôpitaux.

Il n'existe, en principe, aucune possibilité de présenter des comptes créditeurs, ce qui justifie qu'il soit obligé de suspendre le paiement des dettes quand le solde de trésorerie risque d'être nul.

Il faut noter que cette règle a été assouplie et connue une évolution importante avec la circulaire n° 150 du 19/12/88 relative à l'ouverture d'une ligne de trésorerie dans les EPS auprès d'un organisme bancaire. Normalement destinée à faire face à un besoin ponctuel de disponibilités, dans la pratique, la ligne de crédit de trésorerie peut être aussi, un instrument de la gestion courante de la trésorerie.

## **2.2.2 DES SOMMES CONSIDERABLES GELEES DANS LES COMPTES DU TRESOR**

L'obligation de dépôt des fonds au Trésor comporte une deuxième conséquence : elle favorise également la constitution par le comptable de marge de sécurité.

Cette prudence se traduit notamment par une vitesse de rotation de l'argent insuffisante, ce qui induit par voie de conséquence une immobilisation trop importante des disponibilités.

Concrètement cela se traduit souvent, par un solde permanent de trésorerie excédentaire et pléthorique qui semble être en contradiction avec les difficultés de paiement rencontrées par les établissements publics de santé.

L'analyse des agrégats financiers de la comptabilité publique des hôpitaux pour l'année 1997, appelle à la réflexion les gestionnaires hospitaliers.

En effet le montant des dépôts de tous les établissements publics de santé recensé par la comptabilité publique au 31 décembre 1997, s'est élevé à 11,10 Milliards de francs, soit une augmentation de 5,2% par rapport à 1996. Correspondant à environ 14 jours de la masse budgétaire ce montant demeure très élevé en dépit du fait que "certains établissements, dont les plus importants, utilisent la technique dite de la "trésorerie zéro"<sup>106</sup>

Pour information ce même agrégat s'élevait en 1985, à 11,677 Milliards de francs, soit environ 33 jours de la masse budgétaire.

Ces excédents de trésorerie, bien qu'en diminution, proportionnellement à la masse budgétaire, demeurent disproportionnés par rapport à un objectif de solde débiteur de trésorerie souhaitable

avoisinant 1% de la masse budgétaire. Cet objectif devrait représenter pour 1997, l'équivalent d'environ 3 jours de la masse budgétaire.

Il peut paraître paradoxal que des sommes aussi importantes ne puissent être placées sur le marché financier ou qu'elles ne soient employées à accélérer le délai de paiement aux fournisseurs.

*Les pouvoirs publics extrêmement sensibilisés par cet état qui caractérise une "non - performance", appellent fortement dans la dernière circulaire interministérielle DGCP/ 6B/DHAF 3 n° 2000-319 du 8 juin 2000 relative à la gestion de la trésorerie des établissements publics de santé, tous les gestionnaires hospitaliers à mettre en œuvre une gestion active de trésorerie zéro.*

## **2.3 LES OBJECTIFS ET LES CARACTÉRISTIQUES D'UNE GESTION DE TRESORERIE DYNAMIQUE**

A l'heure actuelle, la gestion de trésorerie est un instrument incontournable pour le gestionnaire avisé et préoccupé par une bonne utilisation des deniers publics. C'est "un impératif et un critère de bonne gestion générale", "sources d'économies budgétaires et financières".

A l'hôpital, elle se caractérise par des flux de recettes et de dépenses spécifiques tant au regard de leur structure que de leur volume. Elle est mise en œuvre, dans un établissement, par le moyen d'outils et de procédures originaux.

### **2.3.1 LA GESTION DE TRESORERIE POUR UNE OPTIMISATION ACCRUE DES MOYENS BUDGETAIRES ET FINANCIERS**

Dans un contexte de rareté des moyens, le directeur d'établissement est jugé sur la qualité de sa gestion. Il doit démontrer son aptitude à optimiser et à assurer la rentabilité des fonds et des crédits budgétaires qui lui sont octroyés pour lui permettre de remplir ses missions, tout en assurant la qualité des prestations qui découlent de son activité.

La mise en œuvre de la gestion de trésorerie avec comme objectif la recherche d'une "trésorerie zéro", conduit à une adéquation parfaite entre les encaissements et les décaissements et, à une maîtrise des flux dans le but de réaliser des économies budgétaires et financières.

#### **2.3.1.1 La trésorerie zéro vecteur d'économies budgétaires : augmentation des produits financiers**

Le contexte actuel de rigueur dans l'allocation des moyens oblige les gestionnaires à faire preuve d'imagination pour dégager des marges budgétaires. La mise en œuvre d'une gestion active de la dette accorde de réelles opportunités pour atteindre cet objectif.

Les relations entre les hôpitaux et les fournisseurs ne sont pas toujours optimales, en l'absence de certitude quant à la date réelle de paiement.

Cette information importe plus pour les fournisseurs que le délai réel qui sépare la prestation ou la livraison de la marchandise de la date du règlement. En d'autres termes pour les fournisseurs, l'information fiable et certaine de la date où ils seront payés est capitale.

Si on constate un effort sensible réalisé par les hôpitaux pour réduire leur délai de paiement, l'information reste encore relativement opaque.

Alors que le délai moyen de règlement était de 96 jours en 1988, de 68 jours en 1996 il passe à 57 jours en 1997, ce qui, se révèle compatible avec les délais commerciaux conclu dans le secteur privé et dénote une bonne performance des hôpitaux publics.

Peu d'hôpitaux sont en mesure de communiquer une date certaine de paiement, faute d'une mise en place effective d'une gestion active de la dette reposant sur ce que l'on appelle un délai conventionnel de paiement. En l'absence d'assurance quant à ces délais, les fournisseurs compte tenu de leurs impératifs de gestion sont amenés à intégrer dans leurs tarifs des surcoûts.

Ces surcoûts sont liés d'une part à l'incertitude occasionnée par la méconnaissance d'une date sûre de règlement, ce qui a un impact sur la gestion de leur trésorerie, et d'autre part à l'engagement de frais supplémentaires en personnels notamment pour engager des relances en vue du règlement des factures.

Il faut à ce stade souligner l'intérêt d'une contractualisation entre l'hôpital et ses fournisseurs, se traduisant par la mise en place d'un délai conventionnel de paiement.

En contractualisant avec eux, l'établissement de santé doit avoir pour objectif d'améliorer son image de marque ce qui lui permettra de regagner la confiance de ses partenaires. Ce n'est pas le seul objectif, car la contractualisation doit lui permettre aussi, de négocier des remises commerciales au regard du volume traité chaque année.

De plus la promesse de paiement rapide et à date certaine doit assurer à l'acheteur public, l'obtention de ressources supplémentaires traditionnellement dénommées escomptes financier.

Bien qu'apparaissant faible, le pourcentage accordé permet de réaliser sur des volumes importants de réelles économies budgétaires. Ainsi l'application du taux d'escompte de 1% sur un volume d'achats correspondant à 10 millions de francs et payés 30 jours plutôt, permet de réaliser une économie d'environ 100 000 francs. Ce taux correspond, en réalité, à un taux d'intérêt proportionnel de 12% l'an, rendement intéressant dans la conjoncture actuelle. En réalité un taux négocié aboutissant à un escompte de 0,6%, pour un délai de règlement à 30 jours est largement acceptable si le loyer de l'argent est évalué à 7 % environ l'an.

La marge de manœuvre globale de la trésorerie ne permet pas toujours de réaliser pareille négociation. C'est pourquoi il est indispensable d'avoir une bonne connaissance de ses flux et de ses soldes de trésorerie. Les achats importants sur lesquels pourront être réalisées des économies sensibles (achats de matériels d'équipement et de travaux ) devront préférentiellement être effectués aux périodes où le solde de trésorerie est largement excédentaire et favorable à une telle démarche.

### **2.3.1.2 La trésorerie zéro vecteur d'économies financières : diminution des charges financières**

Des économies financières peuvent également être dégagées au niveau du poste budgétaire des frais financiers. La technique de la trésorerie zéro permet d'une part de réaliser des économies sur frais financiers par renégociation du stock onéreux de la dette, et d'autre part par intégration différée des emprunts nouveaux.

Ceci permet la réduction des frais financiers des emprunts initiée par le gestionnaire hospitalier dans le cadre du réaménagement de la dette de l'établissement. Il s'agit plus simplement de négocier avec le banquier, le remboursement anticipé d'une partie de la dette de l'établissement de façon à obtenir une réduction des frais financiers.

Un autre moyen consiste à adopter une stratégie visant à différer au maximum le moment où seront mobilisées les sources de financement destinées à réaliser des investissements et des travaux. La grande souplesse actuelle et la diversité des produits financiers permettent en effet de mobiliser les emprunts contractés au fur et à mesure des besoins. La technique consiste donc à n'effectuer des tirages que pour la valeur nécessaire et à différer au maximum le moment du tirage. Utilisée avec prudence elle permet de réaliser des économies substantielles grâce au report des intérêts *prorata temporis* liés à la mobilisation effective des fonds. Ainsi un différé de 30 jours sur le tirage d'un emprunt de 10 000 000 francs au taux de 7 % permet de réaliser un peu plus de 58 000 francs d'économies financières. Bien évidemment ce différé ne sera pas opéré au détriment de la gestion quotidienne des décaissements et notamment des engagements de règlements des fournisseurs.

La mise en œuvre de la gestion de trésorerie est donc un atout et représente pour le gestionnaire avisé un réel challenge à atteindre.

Le passage d'une gestion passive à une gestion dynamique de la trésorerie traduit l'évolution de mentalités.

Aujourd'hui le gestionnaire doit être capable d'identifier chacun des flux qui animent la trésorerie de l'établissement car il peut les connaître grâce à l'instauration d'un circuit informatif permanent et contractualisé avec le receveur. Il doit s'efforcer d'avoir une bonne maîtrise des outils et procédures utilisés dans ce cadre pour en devenir un acteur dynamique.

## **2.3.2 DES FLUX DE TRESORERIE SPECIFIQUES AUX EPS**

Dans les EPS les flux de trésorerie se distinguent des autres flux existant dans d'autres types de structure, entreprises privées voire même autres établissements publics locaux, pour lesquels les recettes par exemple proviennent essentiellement des redevances fiscales.

Les principaux éléments de différenciation tiennent essentiellement à la nature de ces flux et à leur structure.

### 2.3.2.1 Nature et structure des flux de dépenses des EPS

Pour effectuer un suivi efficace de la Trésorerie il faut d'une part, avoir une bonne connaissance des différents items qui la composent et d'autre part pouvoir les planifier.

Les encaissements et les décaissements d'un EPS se déclinent en flux d'exploitation et en flux d'investissement, qui permettent une planification variable.

Les tableaux suivants calculés à partir de chiffres extraits de l'ouvrage édité et publié par la Direction Générale de la Comptabilité Publique du ministère de l'Economie<sup>d</sup> des Finances et de l'Industrie, se proposent d'exprimer, pour l'ensemble des hôpitaux en France, les différences existant entre ces divers éléments.

#### LES CHARGES DECAISSABLES DE TRESORERIE EN 1997 DE L'ENSEMBLE DES EPS

(en milliers de francs)

	date certaine	%	date incertaine	%	TOTAL	%
<b>EXPLOITATION</b>						
frais médicaux, pharmaceutiques			26 651	10%	26 651	10%
frais d'hôtellerie			12 469	5%	12 469	5%
frais de personnel	161 235	60%			161 236	60%
entretien et réparations			5 375	2%	5 375	2%
loyers, primes d'assurance	2 344	1%			2 344	1%
électricité, eau, gaz			3 526	1%	3 526	1%
frais de gestion générale			6 867	3%	6 867	3%
intérêts des emprunts	3 143	1%			3 143	1%
autres charges d'exploitation			22 808	8%	22 808	8%
<b>S.TOTAL : DEPENS. Réelles D'EXPLOITATION</b>	<b>166 722</b>	<b>62%</b>	<b>77 696</b>	<b>29%</b>	<b>244 419</b>	<b>91%</b>
						91%
<b>INVESTISSEMENT</b>						
immobilisations			16 402	6%	16 402	6%
remboursements d'emprunts	6 813	3%			6 813	3%
autres dépenses réelles			2 286	1%	2 286	1%
<b>S.TOTAL : DEPENS. Réelles D'INVESTISSEM.</b>	<b>6 813</b>	<b>3%</b>	<b>18 688</b>	<b>7%</b>	<b>25 501</b>	<b>9%</b>
						9%
<b>DEPENSES réelles TOTALES DE 97</b>	<b>173 535</b>	<b>64%</b>	<b>96 384</b>	<b>36%</b>	<b>269 920</b>	<b>100%</b>

Globalement près de deux tiers (2/3) des montants et des dates de décaissement des dépenses de trésorerie sont connus à l'avance ; leur échéance peut être aisément planifiée. Il s'agit essentiellement de dépenses de personnel (61%) et de remboursement d'échéances de la dette (4%). Toutefois les autres dépenses d'exploitation peuvent être estimées sans trop de difficultés, le montant pouvant être réajusté au fur et à mesure de la survenue des informations. Ainsi l'incertitude en matière de dépenses demeure toutes proportions gardées, raisonnable et contrôlable.

La situation est approximativement identique pour les recettes de trésorerie.

### 2.3.2.2 Nature et structure des flux de recettes des EPS

Les recettes de trésorerie se décomposent de la manière suivante:

#### LES RECETTES DE TRESORERIE EN 1997 DE L'ENSEMBLE DES EPS

(en milliers de francs)

	date certaine	%	date incertaine	%	TOTAL	%
<b>EXPLOITATION</b>						
DGF	206 174	76%			206 175	76%
produits des tarifications			9 910	4%	9 910	4%
forfait journalier			4 710	2%	4 710	2%
consultations et C.E.			3 550	1%	3 550	1%
subventions			3 317	1%	3 317	1%
ventes de produits, mses.			5 759	2%	5 759	2%
autres produits hors reprises de flux internes			25 435	9%	25 435	9%
<b>S. TOTAL : RECETTES réelles D'EXPLOITATION</b>	<b>206 174</b>	<b>76%</b>	<b>52 681</b>	<b>19%</b>	<b>258 856</b>	<b>95%</b>
<b>INVESTISSEMENT</b>						
emprunts	7 710	3%			7 710	3%
subventions			1 368	1%	1 368	1%
aliénations d'immobilis.			742	0%	742	0%
recettes diverses hors autofinanc.			2 773	1%	2 773	1%
<b>S. TOTAL: RECETTES réelles D'INVESTISSEMENT</b>	<b>7 710</b>	<b>3%</b>	<b>4 883</b>	<b>2%</b>	<b>12 593</b>	<b>5%</b>
<b>RECETTES réelles TOTALES DE 97</b>	<b>213 884</b>	<b>79%</b>	<b>57 564</b>	<b>21%</b>	<b>271 449</b>	<b>100%</b>

Les montants et les dates d'encaissement des recettes hospitalières sont connues à l'avance de façon quasi certaine pour environ quatre cinquièmes (4/5) du montant total.

En effet la Dotation Globale de Financement qui représente environ 76% des recettes globales d'investissement et d'exploitation, est fixée en début d'année par un arrêté de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. En réalité elle correspond à environ 88% des recettes d'exploitation des hôpitaux.

Elle est versée par douzième par la caisse pivot ou la CPAM locale selon un calendrier très précis : 60% le 25 de chaque mois, 15% le 5 et 25% le 15 du mois suivant.

Ainsi la DGF bien que pouvant faire l'objet de modifications en cours d'année est une recette fiable sur laquelle repose la quasi-totalité des prévisions de recettes d'un établissement.

En 1997 les emprunts ont représenté environ 3% des dépenses totales. Leur planification ne pose pas de difficultés puisque la décision de les mobiliser appartient à l'ordonnateur via le Conseil d'Administration.

Les autres encaissements d'exploitation sont relativement incertains. Il s'agit tout d'abord, de recettes correspondant aux produits des tarifications hospitalières, environ 6% des recettes d'exploitation des hôpitaux, qui comportent un niveau de risque d'erreur élevé qui tient pour partie au

nombre important des débiteurs concernés et à leur qualité, généralement des particuliers. Il s'agit également des recettes provenant des activités subsidiaires (environ 6% des recettes d'exploitation des hôpitaux) qui correspondent pour partie, à des créances sur des débiteurs institutionnels.

**En conclusion**, le suivi de trésorerie peut être réalisé, en théorie, avec une marge faible d'incertitude dans un EPS. La plupart des dépenses et des recettes sont clairement identifiées, n'étant pas très nombreuses. Elles peuvent en outre pour une bonne part, et cela demeure une caractéristique essentielle pour les hôpitaux, être connues à l'avance, ce qui facilite leur maîtrise par l'ordonnateur et permet ainsi de limiter les risques d'erreur.

*La réalisation du suivi de trésorerie dans un EPS passe, aussi, par la mise en place d'outils et de procédures de prospective.*

## **2.3.3 DES OUTILS ET DES PROCEDURES POUR MAITRISER LES FLUX DE TRESORERIE**

### **2.3.3.1 Des outils simples**

Les ordonnateurs des EPS ne peuvent effectuer de placements financiers directs avec la trésorerie excédentaire du compte 515. C'est la raison pour laquelle il est important que soit minimisée l'encaisse correspondante. La gestion de trésorerie a donc pour principal objectif de maintenir le solde de ce compte à un niveau le plus proche de zéro, tout en restant positif. Cela est réalisé par le biais d'une action conjointe sur les encaissements et les décaissements. Il convient en fait de tout mettre en œuvre pour encaisser les recettes rapidement et parallèlement effectuer les décaissements correspondant aux sommes dues par l'établissement le plus tard possible, dans le respect de la réglementation en vigueur et des conventions et accords conclus par l'hôpital.

Gérer sa trésorerie c'est donc prévoir l'échéance du flux, le connaître parfaitement et en rester maître jusqu'à son terme. Pour que la gestion prévisionnelle de trésorerie soit efficace, elle doit s'effectuer à une date la plus proche possible de l'événement, l'idéal étant de pouvoir effectuer celle-ci en temps réel, ce qui ne peut être réalisé qu'avec l'aide du comptable de l'établissement.

Elle s'effectue à partir d'outils simples qu'il convient d'actualiser et d'affiner régulièrement.

Le premier outil indispensable à mettre en œuvre, dans ce cadre, c'est le budget prévisionnel de trésorerie mensuel (**cf.annexe 1**).

Il est établi sur douze mois glissant, à partir du plan de financement pluriannuel, du tableau de détermination de la trésorerie prévisionnelle d'exploitation (TPE) et du tableau de détermination du besoin de fonds de roulement (BFR) de l'établissement.

Il recense les prévisions de recettes et de dépenses du mois considéré et exprime à partir d'un solde de début de période, un solde de fin de période qui va déterminer l'action du décideur, soit pour faire appel à une ligne de trésorerie, soit pour décider de différer un certain nombre de décaissements.

Mais pour mieux connaître et maîtriser les variations infra-mensuelles, ce budget prévisionnel mensuel doit être décliné en budget prévisionnel hebdomadaire. Ce budget établi pour la semaine à venir, doit permettre de réajuster les besoins et les excédents qui ne peuvent être appréhendés par la seule lecture directe du solde mensuel de trésorerie.

Cependant ce réajustement ne peut être optimisé que s'il est établi en concertation avec les services du trésorier public.

En effet, tous les flux de trésorerie, transitent par la comptabilité du comptable de l'établissement qui demeure en fait, le véritable opérateur de la trésorerie.

Il apparaît donc indispensable dans un tel contexte d'obtenir son adhésion et sa collaboration pour connaître des opérations qui seront réalisées tant en dépenses qu'en recettes pour les dates suivantes : J, J+1, J+2, J+3 et J+4.

### **2.3.3.2 Des procédures élaborées**

Afin de permettre l'élaboration et le suivi du budget mensuel et du planning hebdomadaire de trésorerie, les services financiers doivent s'appuyer sur un système d'information fiable.

L'organisation d'un tel système passe par l'élaboration de manuel de procédures précisant les délais de production, la forme, la circulation des informations à destination de l'ensemble des services habilités à engager des dépenses ou à recouvrer des recettes. Il s'agit notamment de définir avec les acteurs concernés une procédure de traitement des mandats et des titres de recettes.

La mise en œuvre d'un tel réseau de recueil de données financières et son fonctionnement doivent faire l'objet d'une évaluation régulière, pour en assurer la fiabilité.

Pour parvenir à ce résultat, il est indispensable d'impliquer et de motiver les acteurs et les intervenants dans ce processus. Il s'agit des services financiers, des services dépensiers ou encaisseurs.

Des actions de formations relatives au principe de gestion et de facturation des frais de séjour et des traitements externes doivent être engagées au profit des directeurs - adjoints et des gestionnaires des secteurs de recettes et de dépenses.

*Nonobstant une histoire et des principes de service public qui peuvent de prime abord, sembler contraignants, il est désormais admis et reconnu aujourd'hui, que le directeur d'hôpital dispose d'outils performants lui permettant d'influencer favorablement la gestion de la trésorerie de l'établissement.*

*Au-delà des outils il y a les hommes, et de leur entente dépend pour une grande part le succès de cette entreprise. C'est en effet le fonctionnement harmonieux du couple ordonnateur receveur qui*

*est la meilleure garantie d'une gestion efficace de la trésorerie de l'hôpital et partant d'une utilisation intelligente de l'argent public.*

### 3 L'EXEMPLE DU CHU DE F DE F

Le CHU de Fort de France qui connaît de graves difficultés budgétaires et financières, initie aujourd'hui une démarche visant à mettre en œuvre une gestion dynamique de sa trésorerie. La situation de cet établissement hospitalier illustre parfaitement les difficultés rencontrées par les hôpitaux depuis l'instauration du budget global.

La présentation de cet établissement puis l'état des lieux effectué à partir de l'analyse des grandes masses du bilan et de l'organisation des services concernés par l'encaissement des recettes, permettront de réaliser un diagnostic des éléments de force et de faiblesse qui ont un impact sur la trésorerie de l'établissement.

L'état des lieux de la trésorerie d'un établissement passe par une étude de bilan dont l'ambition est de dépasser le simple constat d'une gestion passée pour élaborer de véritables scénarios pour l'avenir.

La démarche d'analyse doit prendre en compte, les relations d'équilibre ou de déséquilibre qui s'établissent entre les quatre grandes masses financières qui composent les bilans comparés d'au moins trois exercices. Il s'agit plus précisément des capitaux permanents, des immobilisations nettes, des dettes et des créances à court terme.

La confrontation de ces principales masses financières permet ainsi de dégager les disponibilités dont dispose l'établissement. Elle permet aussi de constituer le bilan financier qui rend compte de sa situation financière.

Cette situation financière exprime la différence entre l'excédent des ressources du haut du bilan ou fonds de roulement, et les nécessités de l'exploitation ou besoins en fonds de roulement. Ces besoins obligent l'établissement à geler des fonds en permanence (provisions, réserves...) pour financer le décalage incontournable existant entre l'exécution des dépenses et la perception des recettes. Ce décalage est la traduction d'une maîtrise insuffisante des délais de recouvrement des créances dont le financement pèse sur la trésorerie de l'établissement.

Un audit de l'organisation des principaux services qui effectuent la facturation au CHU de Fort de France devrait permettre d'identifier, les points forts afin de les pérenniser et de dégager les voies de progrès pour optimiser leur fonctionnement.

## **3.1 LA TRESORERIE : COMPOSANTE DE LA GESTION FINANCIERE**

### **3.1.1 PRESENTATION DU CHU DE FORT DE FRANCE**

Le Centre Hospitalier de Fort de France est l'une des plus importantes structures de la Caraïbe, tant par sa capacité d'accueil que par son plateau technique.

Il a été érigé en Centre Hospitalier Régional par un arrêté du ministre des affaires sociales et de la solidarité, en date du 4 avril 1984. Son statut de C.H.U. a été concrétisé par la signature d'une convention d'enseignement médical entre l'Université des Antilles-Guyane, d'une part et les Centres Hospitaliers Régionaux de Fort-de-France et de Pointe-à-Pitre, d'autre part.

Aujourd'hui le C.H.U se compose de quatre établissements distincts:

\* **L'hôpital Pierre Zobda Quitman** qui a été ouvert en 1984 ; il constitue donc la plus récente et la plus importante structure du C.H.U. Il a une capacité de 695 lits d'hospitalisation en médecine et en chirurgie, avec de nombreuses spécialités telles que la neurochirurgie, la chirurgie thoracique et cardiaque, la prise en charge des grands brûlés...etc.

\* **L'hôpital Victor FOUCHE** (ex- hôpital de Redoute) qui a été mis en service le 1er janvier 1959. Il a une capacité d'accueil de 171 lits d'hospitalisation et il regroupe les disciplines médicales spécifiques à la mère et à l'enfant.

\* **L'hôpital CLARAC** qui possède une capacité de 29 lits en radiothérapie/ oncologie est fonctionnellement rattaché à l'hôpital Victor FOUCHE .

\* **Le Centre EMMA VENTURA** dont les services sont consacrés aux personnes âgées et invalides et à la réadaptation fonctionnelle dispose de 480 lits.

Juridiquement le C.H.U. est un établissement Public de Santé (E.P.S.) ayant la personnalité morale de droit public et une autonomie financière.

Il remplit les missions et obligations qui lui sont attribuées par la loi du 31 juillet 1970 modifiée par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et plus récemment par les ordonnances de 1996.

Le C.H.U. de Fort-de-France est doté d'un budget de 1,3 milliards de francs, emploie 2.800 agents, dont 350 médecins, reçoit chaque année environ 42.000 personnes en hospitalisation et 286.000 consultants.

Outre les Martiniquais, le C.H.U. de Fort-de-France, reçoit aussi des malades d'origines diverses : des touristes, des patients des îles voisines et des étrangers résidant en Martinique.

### **3.1.2 ELEMENTS D'ANALYSE FINANCIERE DU CHU DE FORT DE FRANCE**

La méthode d'analyse utilisée s'est inspirée des données issues des trois derniers bilans, complétées par les deux dernières balances de sortie du compte de gestion du receveur ( 1998 et 1999 ) et par les comptes administratifs correspondants établis par l'établissement. Elle part du constat général de difficultés de trésorerie qu'exprime l'allongement des délais de paiement des fournisseurs.

Par ailleurs elle est conforme à la technique enseignée à l'école nationale de la santé publique (ENSP), qui opère notamment, un classement du compte 404 "fournisseurs d'immobilisations" en trésorerie passive du bilan financier et une décomposition du fonds de roulement net global, en fonds de roulement d'investissement (FRI) et en fonds de roulement d'exploitation (FRE).

Si l'analyse du haut de bilan semble révéler une situation fragile sans être dramatique, à *contrario* l'analyse du niveau des créances et des dettes révèle une situation difficile.

#### **3.1.2.1 Analyse du haut du bilan: un fonds de roulement alimenté par l'excédent cumulé de la section d'investissement**

Le fonds de roulement correspond à une notion importante de la gestion financière. Il est constitué par un solde qui traduit le niveau de couverture des emplois longs par les ressources longues. Il se calcule par différence entre les capitaux permanents et les immobilisations nettes. Sa formule générale de calcul se résume donc, à une simple opération arithmétique entre le solde créditeur des comptes de classe 1 et les soldes débiteurs des comptes de classe 2.

Il est exprimé par le tableau suivant représentant le bilan financier de l'établissement (*source: les comptes de gestion du receveur*).

## BILAN FINANCIER ACTIF (en milliers de francs)

INTITULE DES COMPTES	1996	1997	1998	1999
<i>Biens stables</i>				
Immobilisations BRUTES	1 009 738	1 042 188	945 562	1 022 937
Charges à répartir sur plusieurs ex.	904	678	452	226
Immobilisations en CB	5 711	3 329	2 224	367
<b>Total II</b>	<b>1 016 353</b>	<b>1 046 195</b>	<b>948 238</b>	<b>1 023 530</b>
<b>Fonds de roulement d'inv. négatif</b>				
<i>Actif d'exploitation stables</i>				
119 Report à nouveau déficitaire	21 019	24 124	14 569	14 586
Créances art 58	90 688	90 688	90 688	90 688
Créances sur Etat				
<b>Total IV</b>	<b>111 707</b>	<b>114 812</b>	<b>105 257</b>	<b>105 274</b>
<b>Fonds de roulement d'exp. négatif</b>				
<b>Fonds de roulement net global négatif</b>				
<i>Valeurs d'exploitation</i>				
Stocks	24 538	28 219	25 673	33 282
Hospitalisés et consultants	112 878	105 181	109 869	118 833
Caisse pivot	38 382	34 480	30 659	32 682
Autres 1/3 payants	107 661	96 345	121 523	111 050
Créances irrécouvrables ANV	18 930	18 817	27 858	27 857
Charges constatées d'avance	422	422	0	0
Autres créances d'exploit	87 079	79 779	73	73
Avance de frais			0	0
Gestion biens des malades			78 328	84 937
(Recettes à classer crédit)	-5 456	-10 331	-8 173	-9 775
<b>Total VI</b>	<b>384 434</b>	<b>352 911</b>	<b>385 810</b>	<b>398 939</b>
<b>Besoin en fonds de roulement</b>	<b>114 941</b>	<b>98 199</b>	<b>120 937</b>	<b>98 185</b>
<i>Liquidités</i>				
Valeur mobilières de placement				
Compte au trésor	3 455	4 380	3 319	7 905
Autres				
<b>Total VIII</b>	<b>3 455</b>	<b>4 380</b>	<b>3 319</b>	<b>7 905</b>
<b>Trésorerie positive</b>				
<b>TOTAL BILAN ACTIF</b>	<b>1 515 948</b>	<b>1 518 299</b>	<b>1 442 623</b>	<b>1 535 649</b>

## BILAN FINANCIER PASSIF (en milliers de francs)

INTITULE DES COMPTES	1996	1997	1998	1999
<i>Financements stables</i>				
Apports	352 904	356 482	357 577	359 517
10682 Excédent affecté à l'inv.	26 103	30 154	33 515	35 615
13 Subvention d'inv.	5 551	5 551	5 551	5 551
28 Amortissements	442 963	481 858	385 690	423 656
16 Dettes financières ( LT)	243 320	222 417	236 649	239 907
Autres prov. réglementées	6 494	6 494	6 494	6 494
Crédit bail	5 711	3 329	2 224	367
<b>Total I</b>	<b>1 083 047</b>	<b>1 106 286</b>	<b>1 027 700</b>	<b>1 071 107</b>
<b>Fonds de roulement d'inv. positif</b>	<b>66 694</b>	<b>60 091</b>	<b>79 463</b>	<b>47 577</b>
<i>Financement. stables d'ex.</i>				
141 Réserve de trésorerie	46 900	46 900	46 900	46 900
10685 Réserve de trésorerie	57 800	57 800	57 800	57 800
10686 Réserve de compensa	0	0	0	373
110 Excédent ... charges d'ex.	2 912	2 728	3 712	2 320
111 Excédent affecté aux .mesur. d'expl.	4 166	13 228	365	0
Provisions pour risques	28 035	12 935	12 496	8 139
provisions pour charges			747	747
<b>Total III</b>	<b>139 814</b>	<b>133 592</b>	<b>122 021</b>	<b>116 279</b>
<b>Fonds de roulement d'exp. positif</b>	<b>28 107</b>	<b>18 780</b>	<b>16 764</b>	<b>11 005</b>
<b>Fonds de roulement net global positif</b>	<b>94 801</b>	<b>78 870</b>	<b>96 227</b>	<b>58 582</b>
<i>Dettes d'exploitation</i>				
Avances reçues	42 619	40 332	22 810	33 523
Dettes fournisseurs d'exploit.	144 196	146 912	167 610	168 896
Dettes fisc et soc	62 789	64 441	52 171	71 234
autres dettes diverses d'ex	11 987	11 875	17 182	14 604
49 Provision dépréciation des créances	12 266	72	13 767	13 767
Produits constatées d'avance				
Autres				0
Recettes./ dépenses. à class. débit	-4 364	-8 920	-8 666	-1 270
<b>Total V</b>	<b>269 493</b>	<b>254 712</b>	<b>264 873</b>	<b>300 754</b>
<b>Excédent de financem. d'exploitat.</b>				
<i>Financement à court terme</i>				
Dettes sur immob.	7 279	9 955	15 792	35 477
Fonds déposés/ malades	5 374	4 241	4 349	4 115
Pensions à revers DPT	947	1 064		
ICNE	8 835	8 449	7 888	7 917
Autres				
Lignes de crédit	1 160			
<b>Total VII</b>	<b>23 595</b>	<b>23 709</b>	<b>28 029</b>	<b>47 509</b>
<b>Trésorerie négative</b>	<b>20 141</b>	<b>19 329</b>	<b>24 710</b>	<b>39 604</b>
<b>TOTAL BILAN PASSIF</b>	<b>1 515 948</b>	<b>1 518 299</b>	<b>1 442 623</b>	<b>1 535 649</b>

Cet hôpital est entré dans le système de la dotation globale avec un handicap dû à l'importance de ses restes à recouvrer à l'encontre de l'assurance maladie. Le poids de ses créances article 58 est de 91 millions de F et constitue environ 26 jours de dépenses d'exploitation. Aujourd'hui elles sont entièrement compensées par la provision effectuée en réserve de trésorerie d'une valeur de 104,7 millions de francs.

L'étude sur les dernières années met en évidence un fonds de roulement relativement stable, qui subit cependant une nette dégradation sur la dernière année.

La couverture du fonds de roulement global, conserve donc un même niveau et fluctue peu de 1996 à 1998. Le fonds de roulement représente sur ces années un montant assez élevé, environ 29 jours des dépenses d'exploitation en valeur relative.

(source: les comptes de gestion du receveur)

(en milliers de francs)	97	98	99
classe 6	1 180 794	1 205 745	1 255 125
classe 7	1 190 618	1 206 782	1 256 593
résultat	9 824	1 037	1 468
FR	78 870	96 227	58 582
<b>FR *365/c 6</b>	<b>24,38</b>	<b>29,13</b>	<b>17,04</b>

En 1999, cette couverture diminue de moitié pour s'établir désormais à 17 jours de dépenses d'exploitation. Cette baisse sensible s'explique essentiellement par la reprise d'une politique d'investissement soutenue qui est financée en majorité sur fonds propres ( amortissement et excédent d'autofinancement) .

Dans le même temps le montant des immobilisations qui diminuait jusqu'alors, enregistre une brusque évolution positive en 1999.

Le montant des immobilisations brutes peut être récapitulé dans le tableau suivant (source: les comptes de gestion du receveur):

INTITULE DES COMPTES (en milliers de francs)	1996	1997	1998	1999	var 99/98
<i>Biens stables</i>					
Immobilisations BRUTES	1 009 738	1 042 188	945 562	1 022 937	8,18%
Amortissements	-442 963	-481 858	-385 690	-423 656	9,84%
<b>Total II</b>	<b>566 775</b>	<b>560 330</b>	<b>559 872</b>	<b>599 281</b>	<b>7,04%</b>

L'évolution arithmétique du solde brut de la classe 2 met en évidence une diminution importante des immobilisations brutes en 1998. En réalité, les amortissements diminuent également pour la même valeur soit environ 135 millions de Francs. Cette baisse apparente correspond en réalité à la constatation comptable de la sortie de certaines immobilisations complètement amorties du bilan. Il s'agit essentiellement de mises au rebut.

Le niveau des immobilisations nettes reste donc globalement stable de 1996 à 1998, et traduit une absence d'investissement sur cette période.

Cette tendance qui semble s'infléchir à partir de l'année 1999, devra être confirmée pour les années suivantes. On peut constater ainsi, une augmentation sensible de ce poste qui traduit la volonté de renouveler les investissements et de mettre à niveau les équipements du CHU de F de F.

L'excédent cumulé de la section d'investissement calculé à partir des bilans, suivant la méthode conseillée par V FAUJOUR et JP GRAFFIN<sup>e</sup>, laisse apparaître pour 1998, un fort excédent brut (environ 161 millions de francs) qui correspond à plus de 4 années de dépenses d'investissement (environ 40 millions de francs de dépenses d'investissement, dépenses brutes de classe 2, pour 1998).

Il s'établit en 1999, à 125 millions de francs, soit à un niveau plus compatible avec des objectifs de gestion financière moderne et dynamique. Il demeure cependant élevé puisqu'il correspond à un peu moins de 2 années - au lieu de 1 année idéalement- de dépenses d'investissements ( 77 millions de francs de dépenses d'investissement pour 99).

(source: les comptes de gestion du receveur)

ANNEE	97	98	99
102 Apports	356 482	357 577	359 517
1082 Excédents aff à l'investissement	30 154	33 515	35 615
13 Subventions	5 551	5 551	5 551
14 Provisions réglementées	53 394	53 394	53 394
15 Provisions pour Risques et Charges	12 935	13 244	8 886
16 Emprunts y compris ICNE	230 866	244 537	247 824
49 Provision pour dépréciation des créances	72	13 767	13 767
<b>Total A</b>	<b>689 455</b>	<b>721 585</b>	<b>724 554</b>
Classe 2 nette	560 330	559 872	599 281
481 Charges à répartir sur plus. exercic.	678	452	226
<b>Total B</b>	<b>561 008</b>	<b>560 324</b>	<b>599 507</b>
<b>Excédent brut de la section d'investissement</b>	<b>128 447</b>	<b>161 261</b>	<b>125 047</b>

L'importance de cet excédent brut d'investissement peut être symptomatique de tensions financières qui ont contraint à geler des ressources budgétaires en investissement.

A signaler que l'excédent réellement disponible, inférieur à 30 millions de francs fin 1999, ne contribue pas à assurer la trésorerie de l'établissement ( les dépenses engagées non mandatées s'élèvent à environ 20 millions de francs en 1999 ). Il ne renforce pas le fonds de roulement de l'établissement, étant entièrement neutralisé par l'importance du besoin en fonds de roulement.

Le CHU a fait le choix de contourner ses difficultés financières en intensifiant résolument en 1999, sa politique d'investissement. En effet l'effort d'investissement de l'établissement ne représentait en 1998 qu'un pourcentage d'à peine 3 % l'an, des dépenses d'exploitation. En 1999, il s'établit à 6%, soit à un niveau plus conforme à celui du taux moyen national des dépenses d'investissement des

hôpitaux en France en 1997 (source: les comptes des établissements publics de santé en 1997), à savoir 7% des dépenses d'exploitation.

(source: les comptes de gestion du receveur)

CHU de F de F (en milliers de francs)	1 998		1 999	
DEPENSES D'INVESTISSEMENT ( groupe 2)	39 721	3%	78 616	6%
DEPENSES D'EXPLOITATION consolidées	1 205 745	100%	1 255 125	100%

Il est évident que cet effort pour être significatif pour l'établissement, devrait se confirmer sur les prochaines années.

Par ailleurs, ces dépenses ont été financées en pratiquant presque exclusivement une politique d'autofinancement sur fonds propres, c'est à dire par recours, à l'excédent d'autofinancement et aux amortissements.

Cette décision doit être conduite avec prudence. Elle peut être préjudiciable à l'établissement, dans la mesure où elle le prive de la possibilité d'alimenter avec des emprunts ses capitaux permanents et qu'elle s'effectue au détriment de la préservation de l'équilibre de sa trésorerie. En effet dans ce cas, les emplois longs augmentent plus que proportionnellement à la valeur des ressources longues. Ce mécanisme conduit bien évidemment à une diminution du solde constitué par le fonds de roulement de l'établissement.

**En résumé**, on peut dire que le gel, sur les années antérieures à 1999, de l'excédent de la section d'investissement de cet hôpital a contribué à financer le fonds de roulement net global. Cette décision stratégique a permis non seulement d'assurer une couverture partielle du besoin en fonds de roulement, mais aussi d'alléger ponctuellement une situation de trésorerie tendue.

Toutefois la situation évolue différemment en 1999.

La mise en œuvre en matière d'investissement, d'une stratégie plus offensive a eu pour avantage de préserver le patrimoine de l'établissement tout en le ramenant aux normes nationales. Parallèlement cette démarche a cependant contribué à fragiliser davantage les équilibres financiers qui s'établissaient déjà de façon précaire. Aujourd'hui le niveau du fonds de roulement est en baisse. De ce fait, il assure de plus en plus difficilement la couverture des besoins importants générés par le cycle d'exploitation.

### **3.1.2.2 Analyse du bas de bilan: une situation difficile**

L'analyse du bas de bilan passe par l'analyse des délais de paiement aux fournisseurs et par l'analyse des délais de règlement des débiteurs de l'hôpital. Elle exprime le besoin en fonds de roulement dont le niveau peut être révélateur des difficultés de trésorerie d'un établissement.

#### **Des délais de paiement encore critiques**

Les délais de paiement des fournisseurs courants sont importants et ne s'améliorent pas de façon significative, d'une année sur l'autre.

Le tableau suivant retrace en milliers de francs, les délais de paiement des principaux fournisseurs de l'établissement pour les années 1998 et 1999.

(source: les comptes de gestion du receveur)

Année 1999	(Solde crédit x 365) /MC	MC	solde crédit	en jours (arr>0,5)	rappel 98
4011	Fournisse. ordinaires	373 166	168 896	165	169
4041	Fournisseurs immob.	97 548	35 288	132	112
431	URSSAF	155 364	12 909	30	21
437	CNRACL	127285	2 558	7	7
4432	Etat	13 129	943	26	25
4471	Taxe sur salaires	40 455	38 903	351	204

En 1998, le poste fournisseur d'exploitation s'élevait à 168 millions de francs. En 1999, il reste stable à 169 millions de Francs. Convertis en jour d'exploitation, ces chiffres représentent 169 jours pour 1998 et 165 jours pour 1999.

On observe par ailleurs une forte augmentation du niveau des dettes sur immobilisations qui passe de 15 millions de francs en 1998 à 35 millions de francs en 1999 soit une augmentation de plus de 120 %. Cette augmentation est à corrélérer avec la relance de l'investissement signalée lors de l'analyse du haut de bilan.

Ainsi, les difficultés de trésorerie du CHU de Fort-de-France ont des répercussions sur le règlement des dettes et les fournisseurs d'exploitation et d'immobilisations demeurent les plus exposés. Ils supportent en réalité la presque totalité du poids des difficultés financières.

A ce stade de la réflexion quelques précisions peuvent être apportées.

### 1) Une remarque doit être formulée concernant le calcul des délais.

Ils ne comprennent pas le délai d'émission du mandat puisqu'ils n'expriment que le délai écoulé depuis la date de mandatement jusqu'au virement effectué par le trésorier. En définitive il convient de majorer ces ratios de la durée des délais de mandatement estimés pour l'établissement. On rappellera qu'ils sont réglementairement fixés à 45 jours au maximum et donc qu'ils s'imposent à l'hôpital dans ses relations avec ses fournisseurs.

Il a déjà été évoqué dans cette étude la pratique des fournisseurs, qui ayant intégré les délais de paiement anormalement élevés, ont recours à des surévaluations à la base de leurs tarifs afin de compenser le loyer de l'argent non encaissé dans les temps.

A la majoration de ces coûts, il convient d'ajouter la facturation des intérêts moratoires d'autant que ceux-ci sont devenus obligatoires dès lors que le délai réglementaire n'est pas respecté.

## **2 ) Une autre remarque concerne les intérêts moratoires.**

La réglementation prévoit en effet que le délai réglementaire de 45 jours doit s'accompagner d'une disponibilité effective des sommes correspondantes afin que le paiement puisse se faire immédiatement. Dès lors que le délai de mandatement est outrepassé par l'ordonnateur, les intérêts moratoires sont réputés dus aux fournisseurs, le trésorier étant tenu de les mandater d'office. Ces intérêts moratoires viennent obérer le budget de l'établissement et aggraver les difficultés financières de celui-ci.

Les intérêts moratoires donnant lieu à contentieux ouvert sont évalués au CHU de Fort de France, à 20 millions de francs. Bien que ne faisant pas l'objet de prise en charge comptable, ces demandes sont des indicateurs d'une situation extrêmement préoccupante.

## **3) Une remarque enfin concerne les reports de charges.**

Sur toutes ces difficultés de trésorerie viennent se greffer des difficultés budgétaires comme le prouve la pratique du non - rattachement de certaines charges à l'exercice budgétaire auquel elles se rapportent.

Les charges ainsi différées, pour insuffisance de crédits en 1999 ( les crédits dégagés ayant servi à financer des dépenses d'exploitation), concernent essentiellement le rattrapage de dotations aux amortissements et aux provisions antérieurs non réalisés et une partie de la prime de service de 1999 qui sera enregistrée et payée sur l'exercice 2000.

Il faut rappeler que si cette pratique permet à l'établissement d'afficher un équilibre budgétaire, il en résulte une mobilisation correspondante des crédits de l'exercice budgétaire suivant. Les effets cumulatifs d'une telle pratique peuvent déboucher très rapidement sur une situation budgétaire inextricable et de plus contreviennent aux principes de sincérité comptable.

Au regard de ces divers éléments, la variation nette des dettes à court terme du CHU de Fort - de - France pour l'exercice 1999 est peu significative.

La stratégie de paiement du CHU privilégie à l'inverse, les fournisseurs, créanciers institutionnels (URSSAF, CNRACL...- sauf taxe sur les salaires-) puisqu'ils sont réglés en moyenne dans les 30 jours.

**En conclusion**, des résultats de gestion déficitaires ont contribué à la dégradation de la trésorerie de cet établissement. Les fournisseurs sont les plus exposés. Ils financent involontairement la trésorerie de l'établissement.

Cette situation génère des tensions régulières entre le CHU et ses prestataires et appelle à une remise à niveau de la dotation budgétaire servie à cet établissement.

## Un volume excessif des restes à recouvrer

A la lecture comparative des bilans sur les derniers exercices, il apparaît de graves difficultés financières au CHU de Fort de France.

Les difficultés de trésorerie trouvent en grande partie leur origine dans l'importance et l'ancienneté du stock de créances.

La lecture du tableau suivant laisse apparaître des délais de recouvrement qui ne s'améliorent pas d'une année sur l'autre de manière significative.

### **DELAIS DE RECOUVREMENT (en jours)**

(source: les comptes de gestion du receveur)

	(Solde débit x 365) /MD	1999	1998
4111	Hospit & cons	252	242
4112 & 4113	Caisses de SS	45	44
4114	Département	193	246
4115	Autres tiers payants	162	158
dont 41151	Mutuelle	154	150
4116	Etat	229	307
4117	EPS	312	323
41911	Avances HOSPT	<200>	<109>
41914	Avances DPT	<109>	<90>
418	HOS & CONS (prod. à rec.)	146	218
4672	déb div compte global	185	159

Hormis le département qui accomplit une réelle performance dans la mesure où il diminue de moitié ses délais de recouvrement (84 jours en 1999 contre 156 jours en 1998), les autres créanciers institutionnels (autres établissements publics de santé...) et les particuliers (hospitalisés, mutuelles...) enregistrent des délais de recouvrement élevés.

Deux postes de créances appellent une analyse particulière compte tenu de leur importance: il s'agit des créances sur hospitalisés d'une part et d'autre part des créances sur débiteurs divers.

*Le volume des créances sur hospitalisés et consultants* est important. Il correspond, à 37% de l'ensemble des créances<sup>f</sup>, de l'établissement.

Le poids très important des restes à recouvrer sur hospitalisés et consultants, que subit aujourd'hui le CHU de Fort de France provient essentiellement de créances sur exercices antérieurs.

Le tableau suivant extrait des comptes de gestion du receveur de l'établissement, exprime ces restes à recouvrer, par exercice, à la date du 31/12/98.

<b>RAR sur hospitalisés &amp; consultant au 31/12/98 (compte de gestion receveur)</b>				
<i>ANNEE</i>	en KFF	%	% CUMULE	
<i>ANT</i>	20 552	25%	25%	20 552
89	10 550	13%	37%	31 102
90	12 478	15%	52%	43 580
91	6 820	8%	60%	50 400
92	10 654	13%	73%	61 054
93	2 245	3%	75%	63 299
94	2 694	3%	79%	65 993
95	3 313	4%	83%	69 306
96	4 678	6%	88%	73 984
97	9 862	12%	100%	83 846
<b>TOTAL</b>	<b>83 846</b>	100%		

Ces créances s'établissent au 31 décembre 1998 (calendaire) à plus de 84 millions de francs, somme à laquelle il convient de rajouter 28 millions de francs de créances imputées sur le compte 416 (admissions en non-valeur).

Sur ce montant de 84 millions de francs, le volume des créances ayant plus de 5 ans d'âge représentent 75 % du stock et est supérieur à 63 millions de francs.

Ce stock de créances antérieures constitue une masse de 112 millions de francs qui représente 193% du FR 1999. Cette somme correspond à une masse salariale moyenne annuelle d'environ 350 agents.

A titre indicatif, la moyenne nationale s'établit à 11% du FR 1997 (source: les comptes des établissements publics de santé).

L'importance de ce différentiel donne la pleine mesure des efforts à consentir par l'établissement pour ramener le niveau des créances antérieures à celui de la moyenne nationale.

Vu l'ancienneté de ces créances, elles devront vraisemblablement faire l'objet d'une admission en non-valeur pour leur plus grande part.

Leur apurement rencontrera cependant pour principal obstacle la contrainte budgétaire traduite par le faible niveau de la provision pour dépréciation des comptes de tiers qui représente à peine 16% de ces créances anciennes (y compris les admissions en non-valeur), pour l'exercice 98. Le niveau de cette provision "tombe" à moins de 10% pour 1999.

Par ailleurs ces efforts ne rencontreront un aboutissement favorable que dans la mesure où ils sont étroitement accompagnés par les partenaires de l'hôpital et principalement de:

✓ la recette hospitalière au titre de la mise en place d'un suivi du recouvrement plus efficient;

✓ L'agence régionale de l'hospitalisation dans le cadre d'arbitrages rendus au vu des efforts engagés par l'établissement, pour redresser sa situation financière. Arbitrages ayant pour objet l'octroi de crédits supplémentaires en base budgétaire (voir infra : relance des négociations avec la tutelle).

Il s'avère en outre, nécessaire de souligner que la trésorerie du CHU était tributaire pour partie des avances consenties par le département dans le cadre de ses dépenses d'aide sociale.

La suspension de ces avances à partir de janvier 2000 du fait de l'instauration de la couverture maladie universelle ( part de la CMU complémentaire) représente un manque à gagner d'environ 12 millions de francs (part des frais de séjour sur hospitalisation).

Par ailleurs l'estimation du surcoût découlant de la mise en place de la couverture maladie universelle et supporté par l'établissement (part de la CMU de base) durant l'exercice budgétaire 2000 est évaluée à environ 32 millions de francs. Cette somme n'a été que partiellement compensée par une revalorisation de la dotation globale en début d'exercice de l'ordre de 6 millions de francs.

IL s'agit là de toute évidence d'un facteur supplémentaire d'aggravation à court terme de la situation de trésorerie, susceptible de répercussions sur les délais de paiement aux fournisseurs.

*Le poste des débiteurs divers* enregistre une créance de 85 millions de francs qui représente environ 30% de l'ensemble des créances hors caisse pivot, hors ANV du CHU. Il est en augmentation de 1998 sur 1999 et appelle à une attention particulière. Composé pour une grande part de créances sur des débiteurs institutionnels, il exprime à son tour les difficultés de trésorerie de ces débiteurs. Le taux de recouvrement enregistré sur 1999 est de 50% ce qui correspond à 185 jours de délais de règlement. Il s'élevait pour 1998 à 159 jours.

*En conclusion, l'étude pluriannuelle de ces bilans et des résultats d'exploitation du CHU de Fort - de - France confirme et met en évidence une situation financière que l'on peut qualifier de très préoccupante.*

*Si le besoin en fonds de roulement n'augmente pas de manière sensible, c'est bien parce que les délais de paiement des fournisseurs compensent les délais de règlements des débiteurs. Les mesures prises par le CHU pour améliorer le recouvrement de ses créances ont certes permis d'arrêter la dégradation de la situation. Cependant, ces mesures ne permettent pas d'apurer le stock considérable des créances ce qui donne la mesure des efforts à consentir par la recette hospitalière pour contribuer au redressement de la situation.*

*Mais, c'est la forte dégradation du fonds de roulement qui est à l'origine d'une aggravation du niveau de la trésorerie de l'établissement, qui passe d'une trésorerie négative de 25 millions de francs en 1998 à une trésorerie négative de 40 millions de francs en 1999.*

*Cette situation appelle des mesures immédiates et fermes, destinées à conforter la situation budgétaire et financière de l'établissement. Elle appelle également à une réorganisation de certains services de l'établissement.*

## 3.2 LA TRESORERIE : ORGANISATION DES SERVICES ADMINISTRATIFS DU CHU

Les recettes de l'hospitalisation et des traitements externes constituent avec celles de la Dotation Globale de Financement, l'essentiel des recettes permettant d'assurer l'équilibre du Budget de fonctionnement de tout établissement hospitalier.

Elles représentent environ 90% des recettes totales des hôpitaux, dont 80 % pour la Dotation Globale de Financement. Le solde des recettes totales est constitué par des recettes diverses, soit environ 10% (source les comptes des établissements publics de santé du Trésor Public).

En KFF	TOTAL	
<b>EXPLOITATION</b>		
DGF	206 174	80%
produits des tarifications	9 910	4%
forfait journalier	4 710	2%
consultations et soins externes	3 550	1%
subventions	3 317	1%
ventes de produits, marchandises	5 759	2%
autres produits	25 435	10%
<b>TOTAL DES RECETTES NATIONALES D'EXPLOITATION</b>	<b>258 855</b>	<b>100%</b>

La contrepartie de ces recettes correspond à une inscription au bilan au compte des différents débiteurs concernés, des créances correspondantes, dans l'attente de leur transformation en liquidités ou recouvrement.

Quand le recouvrement n'est pas optimal, l'établissement se retrouve très vite en manque de liquidités et de ce fait en difficultés de trésorerie.

C'est à peu de choses près le constat qui est fait au CHU de Fort de France.

Le niveau de créances enregistré dans cet établissement est élevé et préoccupant.

Deux catégories de recettes sont à l'origine de ces volumes importants de créances. Il s'agit des recettes diverses et des recettes sur hospitalisés et consultants. Les créances générées par ces recettes, représentent, *in fine*, près de 46% de l'ensemble des créances non recouvrées au 31 décembre 1999.

L'étude des procédures et des circuits qui conduisent à la facturation des titres de recettes au CHU de Fort de France, tant des hospitalisés et consultants que des débiteurs divers, tentera d'apporter un éclairage supplémentaire à cette problématique. Mais elle devrait surtout permettre ultérieurement, de dégager un ensemble de solutions visant à assurer une meilleure performance au système.

## 3.2.1 PROCEDURES DE FACTURATION DES PRODUITS DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE

Globalement la facturation relève de la responsabilité du Bureau Des Entrées (BDE) qui est constitué en services distincts. Ces services sont organisés autour de l'élément matériel constitué par le titre de recette.

On distingue la phase préalable à l'émission du titre ou facture, où les services du Bureau Des Entrées (BDE) recensent et effectuent toutes démarches administratives relatives au malade. La phase suivante est la gestion des titres après leur émission. Elle est réalisée essentiellement, par le service du contentieux qui travaille étroitement avec la recette hospitalière.

### 3.2.1.1 *Avant l'émission du titre de recette*

Seules les recettes dites du groupe 2 sont facturées au redevable par le personnel du Bureau des Entrées. Cette facturation est matérialisée par l'émission d'un titre de recette.

Ce travail réalisé par les agents du Bureau des Entrées, revêt une importance capitale pour la trésorerie de l'hôpital. Car de la bonne identification des débiteurs dépend non seulement, une facturation efficace, mais également, un encaissement rapide des recettes.

Dès son arrivée à l'hôpital, le patient est orienté par les hôtesses d'accueil, vers un des services du Bureau des Entrées.

S'il s'agit d'une hospitalisation, il est dirigé vers le service **hospitalisation**, du Bureau Des Entrées. Autrement, il s'agit d'une consultation médicale : il est alors dirigé vers le service qui assure la gestion des **traitements externes**.

#### Cas d'une hospitalisation

Le service des admissions doit procéder à l'ouverture du dossier administratif du malade. Une fois créé le dossier est transmis pour gestion puis facturation au service des frais de séjour.

#### Le service des admissions

L'hospitalisation peut être prononcée soit à l'issue de la procédure traditionnelle de pré - admission, soit après décision prise lors d'une prise en charge d'un patient par les urgences de l'hôpital.

■ **La procédure traditionnelle débute par celle de la pré - admission à l'issue de laquelle l'admission est alors prononcée.**

L'admission est généralement, décidée par le praticien spécialiste de l'hôpital à l'issue de la consultation du patient.

Le consultant est alors invité par le secrétariat médical, à se rendre au Bureau Des Entrées, au service des admissions pour la pré - admission. Les agents de ce service qui ont pour missions essentielles, l'accueil, l'information et le recueil des éléments constitutifs du dossier du malade, vont lui remettre après questionnement sur sa situation sociale, une fiche récapitulant toutes les pièces indispensables pour réaliser l'admission programmée. Dans la mesure de leurs possibilités ces agents s'attacheront à fournir au patient toutes informations complémentaires souhaitées.

Ainsi muni des informations nécessaires à sa prochaine hospitalisation le patient, peut dans l'intervalle de temps qui lui reste, s'attacher à compléter son dossier : c'est à dire effectuer toutes les démarches qui s'imposent pour s'assurer si possible, une couverture sociale complète.

Il dispose au sein même du CHU d'une antenne de sécurité sociale où il peut s'adresser directement pour une ouverture ou une validation de ses droits. Conformément aux textes en vigueur, il peut à l'issue de sa pré - admission avoir un entretien avec une assistance sociale assurant une Permanence d'Accès aux Soins de Santé -PASS- et ainsi tenter de trouver des solutions lui facilitant l'accès aux soins.

En théorie l'admission ne peut être effectuée si le dossier n'est pas complété. Le jour de son admission au plus tard il doit présenter toutes les pièces nécessaires à sa prise en charge . Si tel n'est pas le cas l'agent de service doit l'inviter à verser une avance correspondant à 5 jours d'hospitalisation pour la part non couverte : forfait journalier, ticket modérateur.

Dans les cas où l'individu témoigne de réelles difficultés à payer cette avance - cas par exemple de l'individu qui ne bénéficie pas d'une couverture maladie complète ( assujetti au paiement du ticket modérateur) - il sera invité, à l'issue de l'hospitalisation, à se rapprocher de la recette - perception pour régler sa dette ou définir un échéancier sur lequel il devra s'engager fermement.

La réunion, dans le dossier administratif du patient, de toutes les pièces réclamées lors de la procédure de pré- admission, est essentielle car elle est à la base d'une émission de titre de recettes aux " bons débiteurs " ; elle est aussi le gage de l'optimisation du recouvrement des recettes.

Après le passage de ces diverses étapes le patient est admis dans le service médical concerné où il y effectue son " entrée ".

Le dossier patient hospitalisé qu'il soit complet ou non est alors transmis à la cellule frais de séjour du Bureau Des Entrées. Ce service assure la gestion de tous les dossiers d'hospitalisation jusqu'à la facturation.

■ **L'hospitalisation peut aussi être prononcée par un responsable du service des urgences de l'établissement.**

Parallèlement au travail réalisé à la cellule des admissions par la voie traditionnelle, une cellule admission en urgences fonctionne de façon presque identique, 24H / 24. Comme son nom l'indique, elle est basée au sein même des urgences de l'hôpital. C'est la deuxième voie possible pour une admission à l'hôpital.

Toutes les démarches d'admission urgentes, - consultations externes ou hospitalisation -, sont réalisées par le personnel de cette cellule.

Les missions sont identiques à celle de la cellule traditionnelle des admissions, il s'agit globalement d'ouvrir et de compléter le dossier de l'individu admis à l'hôpital afin de rendre possible une identification ultérieure pour facturation.

Pour améliorer la prise d'information de ce service dont l'activité est en croissance régulière la direction du Bureau Des Entrées a décidé d'en assurer une couverture totale, par la présence permanente des agents administratifs. Précédemment, la couverture de nuit était réalisée par un personnel soignant essentiellement préoccupé à prodiguer des soins. Cette décision traduit la préoccupation de cette équipe quant à la qualité de ses missions et la volonté d'améliorer plus particulièrement le recouvrement des créances.

La localisation de ces services dans l'hôpital revêt également une importance capitale dans la qualité de la prise en charge du patient.

Ces deux cellules sont situées respectivement dans le hall d'entrée principal de l'hôpital et dans celui du service des urgences. A côté se trouvent implantés deux caisses de la régie de recettes qui fonctionnent régulièrement avec les horaires suivants :

- ➔ caisse de l'hospitalisation : de 7h30 à 16h30 du lundi au vendredi.
- ➔ caisse des urgences : de 11 heures à 19 heures tous les jours.

Une permanence est assurée de 8h à 12h certains jours fériés.

Une fois les dossiers constitués ils sont transmis au service des frais de séjour quand il s'agit d'une hospitalisation sinon ils sont remis au service des consultations externes de l'hôpital qui les distinguent en deux lots : les dossiers complets et les dossiers incomplets.

### Le service des frais de séjour

Chargé de la gestion des dossiers du patient, il centralise tous les dossiers de malades hospitalisés au CHU de Fort de France. Il effectue le contrôle et la validation de tout ce qui a été réalisé en amont de la procédure. Il va également mettre en œuvre toutes les recherches possibles pour parvenir à apporter à ces dossiers tous les éléments nécessaires à une "bonne" facturation (déplacement dans les services de soins, contacts établis avec la famille, démarches administratives,...).

Le jour de sa sortie et au plus tard à j + 1, le bureau des entrées fait parvenir au malade sortant une note de frais récapitulant le montant connu de sa dette vis à vis de l'hôpital. Il s'agit du système de régie prolongée qui accorde au patient un délai de 30 jours pour venir régler sa dette aux caisses de l'hôpital.

Si le dossier du patient est considéré comme complet, deux cas peuvent se présenter.

1. Il est pris en charge à 100% par des organismes sociaux divers: dans ce cas le particulier ne doit rien régler directement à l'hôpital.

2. Il n'est pas pris en charge à 100% par des organismes sociaux. Le patient n'est que partiellement couvert ou n'a pas de couverture sociale. Dans ce cas il est personnellement et directement redevable envers l'hôpital (du forfait journalier, du ticket modérateur ou de la totalité de son séjour).

✓ Dans le premier cas la facturation est réalisée à J + 7, automatiquement par l'intermédiaire du CRIH, à l'encontre des tiers payants.

✓ Dans le deuxième cas on distingue deux procédures selon que le patient a réglé ou non, à réception de sa note de frais et ce avant l'échéance de J + 30 précité.

S'il règle à la caisse de recettes de l'hôpital dans le délai imparti, le CRIH procède à l'émission du titre de recettes diminué de la somme à payer.

Passé le délai de 30 jours après l'émission de la note de frais, le CRIH procède à l'émission automatique des titres correspondants à tous les dossiers déclarés complets par les agents de la cellule des frais de séjour. Ces titres sont valorisés du montant de la somme restant due par le patient au titre des prestations délivrées par l'hôpital.

Dès ce moment le patient n'a plus accès à la caisse de l'hôpital et doit se rendre à la recette perception dont relève l'hôpital pour s'acquitter de sa dette.

Les titres sont dans un premier temps remis aux services financiers qui après classement d'un exemplaire, les transmettent aux services du comptable qui se chargent de les expédier aux débiteurs concernés.

En revanche, si le dossier est considéré par la cellule " frais de séjour " comme incomplet, il ne peut être facturé pour défaut de pièces administratives suffisantes. Il nécessite, dès lors, la mise en place d'un dispositif qui aura pour unique but de gagner la confiance du débiteur pour l'inciter à accepter d'établir un contact avec les agents de ce service afin de pouvoir obtenir les informations manquantes.

Les agents avec l'aide du débiteur vont explorer tout ce qui peut leur paraître possible pour parvenir à identifier un organisme susceptible d'assurer une prise en charge partielle ou totale au bénéfice de ce dernier.

Une fois cette identification réalisée il faudra constituer un dossier, attendre la réponse et ce n'est qu'à l'issue d'une souvent trop longue procédure que le titre enfin, pourra être facturé à l'encontre d'un débiteur présumé solvable.

Cette ultime phase nécessite certaines qualités de la part des agents et notamment une bonne dose de psychologie, une bonne connaissance de l'actualité sociale, et des mécanismes sociaux existants.

Elle exige également l'existence de véritables réseaux efficaces à l'extérieur de l'hôpital avec divers organismes institutionnels tels les caisses d'assurance maladie, les caisses d'allocation familiales, les services du Département, les mairies.

Dans ce cadre il faut noter l'importance du rôle que sera amenée à jouer l'assistante sociale de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé.

Recrutée récemment par le CHU, dans le cadre de **la loi d'orientation 98-657 du 29 juillet 1998**, relative à la lutte contre l'exclusion, elle est appelée de par sa formation, à connaître et à traiter les cas les plus difficiles.

Une articulation harmonieuse de ses missions avec celles du personnel du Bureau des Entrées et Sorties, devrait permettre une optimisation de l'accès aux soins pour tous et une amélioration de la qualité des dossiers administratifs constitués pour les patients du CHU.

Le personnel du service hospitalisation du Bureau des Entrées du CHU de Fort de France, traite en moyenne un peu plus de 42 000 dossiers par an.

En 1998, sur 31 millions facturés aux particuliers, 78% correspondaient à des créances sur hospitalisés.

La différence, soit 22%, concerne les facturations au titre des traitements externes de l'hôpital.

### **Les traitements externes**

Ce service est organisé autour de la caisse centrale qui comprend 6 agents qui sont chargés d'accueillir les consultants dès leur arrivée à l'hôpital.

Généralement ils arrivent munis d'une carte de rendez-vous.

Avant de se rendre à la consultation médicale ils doivent d'abord accomplir toutes les formalités administratives indispensables et si nécessaire régler les frais de la consultation. Le principe ici est simple: c'est **le règlement d'avance** réalisé à partir de tarifs prédéterminés. Ce système permet de limiter l'enregistrement de créances à l'encontre des particuliers, et contribue surtout à un meilleur recouvrement.

Dans l'absolu quand le patient est orienté vers le service de consultation, c'est qu'il est en règle avec l'administration.

Quelquefois il peut s'avérer nécessaire de procéder à la réalisation d'actes complémentaires par exemple, analyses de laboratoire, explorations fonctionnelles, ou imagerie médicale. Le service concerné doit alors inviter le patient à retourner à la caisse pour effectuer un règlement préalable.

Les caisses sont vérifiées à la fin de chaque journée. Un versement journalier est réalisé par le responsable de ce service qui est aussi régisseur de recettes, à la trésorerie publique de l'hôpital.

Tous les quinze jours il procède à l'émission de titres de recettes de la période. Les titres édités par le CRIH lui sont transmis pour contrôle.

Ce travail assez lourd doit être réalisé rapidement pour éviter une stagnation des titres dans le service. Il consiste à vérifier chaque titre émis et à y adjoindre le justificatif nécessaire, pour les tiers payants par exemple.

Après le contrôle effectué par le service des consultations externes, ces titres sont transmis aux services financiers de l'hôpital, cellule ordonnancement, pour préparation et envoi aux différents redevables de l'hôpital.

A ce moment les titres ont été édités depuis 4 semaines!

Nonobstant un temps de traitement très long qui fait perdre le bénéfice d'une émission rapide les méthodes organisationnelles mises en œuvre au niveau de ce service ne semblent pas devoir être remise en cause.

En effet 91 % des traitements externes facturés au particuliers sont recouverts dans les deux ans. De plus l'incidence de la part non recouvrée, rapportée au total facturé sur l'exercice (31 millions de francs) reste faible : environ 2%.

Le système de tarification appliquée au CHU de Fort de France, associée à une politique de paiement d'avance des consultations assure un niveau de recouvrement satisfaisant.

### **3.2.1.2      *Après émission du titre de recette***

Les titres émis sont désormais du ressort de la trésorerie perception. Mais le service du contentieux du Bureau des Entrées assure le relais indispensable pour le traitement et la correction de certains dossiers litigieux.

#### Le service du contentieux

En accord avec les services du comptable public, les agents du service du contentieux vont effectuer les annulations de titres, les redressements ou ré - émissions envers un autre débiteur et compléter les dossiers d'hospitalisation, des pièces justificatives qui font encore défaut à ce stade de la procédure.

A l'intérieur de cette cellule, un agent est spécialement affecté à la "recherche de débiteurs" pour les titres émis sur les années antérieures. Cet agent recruté depuis moins de 4 ans, possède une formation spécifique sur les techniques de contentieux. Il détermine à partir de la liste des "Restes A Recouvrer" les créances les plus importantes - celles supérieures à 5 000 francs. Une fois cette identification effectuée, il va ouvrir à nouveau le dossier du "client sélectionné" et mettre en œuvre toute sa "science" pour tenter de trouver un autre débiteur, solvable ou à défaut, d'obtenir des éléments complémentaires qui puissent améliorer et renforcer les possibilités d'action du receveur à l'encontre du client.

Il semblerait que le travail fourni par cet agent ait permis de débloquer des dossiers de titres non soldés pour une valeur de plus de 20 millions de FF sur les années 1995 à 1998.

Ce travail doit être effectué en partenariat avec les agents du service du trésor public, dont dépend l'hôpital, qui demeurent en charge du recouvrement.

## **3.2.2 PROCEDURES DE FACTURATION DES PRODUITS DIVERS**

Le poste de produits divers qui s'élève au 31 décembre 1999 à un peu plus de 84 millions de francs ne s'améliore pas d'une année sur l'autre. Il est à ce titre préoccupant et mérite une attention particulière.

## EVOLUTION DES DEBITEURS DIVERS (en milliers de francs)

(source : compte de gestion du receveur)

	COMPTE	1999	1998	1997	1996
Débiteurs divers (N)	c 46721	46 585	42 032	40 512	42 824
Débiteurs divers (N-1)	c 46722				
Débiteurs div. (<N-1)	c 46724	38 151	36 276	39 267	44 250
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>84 735</b>	<b>78 308</b>	<b>79779</b>	<b>87 075</b>

### **3.2.2.1 Nature et origine des produits divers**

Trois types de prestations sont regroupées sous l'appellation de produits divers ou subsidiaires

- a) les prestations logistiques : repas, téléphone, prestations informatiques, divers ( loyers, cafétéria,...)
- b) les prestations hospitalières : cession de médicaments, cession de greffons...
- c) les prestations médico-techniques : examens de laboratoire, actes de radiologie effectués au profit des malades d'un autre établissement, co-utilisation d'équipements lourds...

Plusieurs services dans l'hôpital, sont à l'origine de ces prestations.

Il peut aussi bien s'agir d'une direction administrative - par exemple la direction générale qui est en charge et recense tous les dossiers de conventions - que d'un service par exemple la pharmacie qui assure la cession de médicaments.

### **3.2.2.2 Procédures de facturation**

Globalement les services recensent les opérations qui ont constitué une prestation de l'hôpital au bénéfice d'un tiers.

Ils transmettent alors les éléments de preuve accompagnés généralement d'une demande d'émission de titres au service financier qui procède à la facturation.

Un double constat peut être fait à ce stade :

1. la fréquence d'envoi (remontée des informations au service financier en charge des recettes) varie en fonction des services et de l'importance accordé par eux à ces recettes (envoi mensuel, trimestriel, annuel...)
2. la cellule " recettes " du service financier du CHU de Fort de France possède une visibilité prospective réduite quant aux recettes à venir et de ce fait parvient difficilement à assurer leur suivi exhaustif (subventions...) et leur contrôle.

On peut cependant noter que certains services, notamment la pharmacie et certaines prestations telles les conventions d'IRM suivent des procédures particulières qui ont fait leurs preuves. A ce titre elles n'appellent pas de commentaires particuliers.

*Compte tenu des difficultés structurelles du CHU de Fort de France à obtenir un taux de recouvrement normal, l'établissement a depuis longtemps porté une attention particulière à l'organisation de son bureau des Entrées et à l'efficacité de sa facturation: régie prolongée, note de frais , encaissement par carte bancaire...*

*En dépit des résultats incontestables enregistrés suite aux actions correctives menées dans ce cadre, le taux de recouvrement reste en général préoccupant et exige la mise en œuvre de nouvelles initiatives pour l'avenir.*

### **3.3 DANS LES SERVICES DU COMPTABLE PUBLIC**

Dès réception du titre de recette émis par les services de l'hôpital, le comptable met en œuvre un certain nombre de diligences. Il effectue une distinction entre les débiteurs ordinaires et les débiteurs "institutionnels".

#### **3.3.1 LE RECouvreMENT SUR DEBITEURS "ORDINAIRES" DE L'ETABLISSEMENT**

C'est le service de la recette hospitalière qui se charge de l'envoi des avis de sommes à payer (ASP) aux particuliers. Les titres doivent être conservés à la fois par l'hôpital et par la recette hospitalière ou la Chambre Régionale des Comptes, pour servir de preuve le cas échéant.

Concernant les autres débiteurs institutionnels, le CHU se charge de l'envoi des ASP.

##### **3.3.1.1 La prise en charge des titres**

“En matière de recettes, le comptable est tenu d'exercer le contrôle

- de l'autorisation de percevoir la recette dans la limite des éléments dont il dispose
- de la mise en recouvrement des créances de l'établissement
- de la régularité des réductions et des annulations des ordres de recettes. ”<sup>9</sup>.

Les fonctions du comptable sont assurées par un agent appartenant au cadre des services extérieurs du Trésor.

Comme tout comptable public, il est seul chargé de la prise en charge et du recouvrement des ordres de recettes qui lui sont transmis par l'ordonnateur, et que l'établissement est habilité à recevoir.

Après avoir effectué les contrôles auxquels il est tenu sous peine d'engager sa responsabilité personnelle et pécuniaire (validité des titres, exactitude des décomptes, concordance des documents...), le receveur prend en charge dans la comptabilité de l'établissement les titres dont il devra poursuivre le recouvrement.

La prise en charge consiste à enregistrer dans la comptabilité du receveur une écriture en partie double qui constate:

-au crédit du compte budgétaire correspondant à la nature de la recette, le montant du produit mis en recouvrement;

-au débit du compte de tiers identifiant la catégorie du débiteur à laquelle appartient le redevable, le montant de la créance de l'établissement.

Ce n'est que 2 mois après cette prise en charge que la "chaîne de poursuites" est activée automatiquement par les services de la direction informatique (DI) du Trésor.

Il convient de préciser que chaque étape de cette procédure n'est réellement déclenchée que si la charge de travail des agents du service du Trésor, permet d'absorber le surcroît de travail qui en découle. Cela sous-entend de la part de l'encadrement une bonne planification et une répartition adéquate des tâches.

Quand ces conditions ne sont pas réunies, le processus, selon le témoignage des agents, se trouve de fait interrompu.

### **3.3.1.2 La procédure contentieuse de recouvrement**

La première étape consiste à envoyer une lettre de rappel au débiteur concerné (seuil d'envoi 30 F).

Ensuite est engagée la procédure contentieuse, dans la mesure où ce rappel est resté sans effet.

Elle débute par la mise en œuvre du "commandement à payer" (seuil d'envoi 110 F) qui est le premier acte contentieux. Le montant dû est alors majoré de 3% de frais.

En l'absence de manifestation de règlement amiable du débiteur la dernière étape est abordée. Ils s'agit de la mise en route des diligences qui aboutissent à la saisie (seuil de poursuites égal à 500 F), des biens du débiteur.

La créance détenue par le débiteur de l'hôpital est augmentée de divers frais pour une valeur de 5% de celle ci.

Ainsi selon les informations recueillies, les agents du Trésor "déroulent" la procédure de recouvrement au mieux dans les 6 mois : dans la mesure où ils sont en possession de tous les éléments requis dans ce cadre.

Mais cette procédure peut être retardée, bloquée ou accélérée.

Elle peut tout d'abord être retardée si les éléments du dossier sont insuffisants. Il peut s'agir, notamment, de prise de renseignements erronés (nom ou adresse mal orthographié), de prise de renseignements incomplets (absence de mention de la date de naissance ou du deuxième prénom).

Très souvent, dès l'envoi de la lettre de rappel, la procédure peut faire l'objet d'une suspension. Cette suspension est la résultante du retour du courrier avec la mention " n'habite pas à l'adresse indiquée " (NPAI).

Dans ces deux cas( retard et suspension), le comptable doit alors effectuer une demande de renseignements complémentaires auprès d'un certain nombre d'institutions :

- L'hôpital émetteur du titre de recettes qui, peut être détenteur des informations manquantes.
- La caisse de Sécurité Sociale et les mairies qui sont des organismes théoriquement tenus de répondre favorablement à ce type de demande émanant du Trésor public.
- Les services fiscaux qui doivent communiquer ce type d'informations, du moment qu'il s'agit de sommes supérieures à 2 000 F.
- Les services de la gendarmerie et de la police pour toutes sommes supérieures à 5 000 F.
- Les autres trésoreries si le débiteur est répertorié dans leurs fichiers.

En dehors de ces demandes traditionnelles, le comptable peut effectuer une demande de renseignement auprès du fichier national de la Banque de France (FICOBA), dans la mesure où le montant de la créance est supérieur à 50 000 F. Il faut savoir que cette demande plus que les autres exige un très grand formalisme. C'est une décision importante qui implique une mobilisation forte des agents et qui est décidée en concertation avec tous les responsables du service, pour un nombre assez restreint , en définitive, de débiteurs.

Dans l'attente d'une réponse susceptible d'apporter des éléments nouveaux, le dossier est virtuellement bloqué dans le fichier informatique de la recette, par l'inscription d'un *code 90*.

Aucune mesure ne peut être prise dans l'intervalle. Cela peut durer des mois, sans certitude réelle quant à l'issue véritable. La longueur de la procédure s'évalue alors en mois, voire en années.

La procédure de recouvrement traditionnelle est lourde et trop souvent, peu productive ou stérile.

Mais il existe des cas où elle peut être accélérée.

Le receveur peut effectuer un recouvrement efficace s'il dispose d'éléments pertinents et utiles.

Outre un adressage fiable, il est important que dans le dossier qui est en sa possession et qui lui a été communiqué par l'établissement hospitalier, existent des informations concernant notamment le nom et les coordonnées de l'employeur (copie de la fiche de salaire), les coordonnées et références bancaires du débiteur, un " engagement de payer " signé du débiteur ou d'un proche responsable et solvable.

Dès lors, le comptable peut mettre en œuvre une autre procédure dont les résultats peuvent facilement être évalués, notamment parce qu'ils sont plus rapidement atteints. C'est la saisie attribution ou la demande d'opposition sur salaire, qu'il peut déclencher à l'issue du délai accordé au débiteur après envoi de la lettre de rappel.

Ainsi le recouvrement peut être opéré dans les 6 mois suivant la prise en charge du titre par les services du trésorier.

### **3.3.2 LA PROCEDURE DE RECOUVREMENT SUR DEBITEURS "INSTITUTIONNELS" DE L'ETABLISSEMENT**

Les débiteurs institutionnels de l'établissement (caisses de sécurité sociale, collectivités locales, hôpitaux...) ne font pas l'objet de procédure contentieuse.

Une première lettre de rappel est envoyée à l'institution. Un double est transmis respectivement au CHU et à la trésorerie générale pour avis.

Ce rappel est suivi peu après, d'une mise en demeure. Cette mise en demeure est adressée aux autorités représentatives de l'Etat dans la région: directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation s'il s'agit d'un hôpital; trésorier payeur général si par exemple il s'agit d'une collectivité locale.

Cette mise en demeure peut entraîner, à terme, la mise en application de la procédure de débit d'office ou de l'inscription au budget de la dépense correspondante.

*En résumé, le recouvrement opéré par la recette hospitalière dont dépend le CHU de Fort de France est lourd, difficile et peu efficace. De nombreux titres ne sont pas recouverts ; les autres le sont dans des délais difficilement acceptables. Ce mode de fonctionnement a des incidences non négligeables pour cet établissement. Il accroît mécaniquement et dans des proportions déraisonnables*

*son besoin en fonds de roulement (BFR) ; accroissement qui perturbe fortement l'équilibre financier du CHU et détériore sa trésorerie et à terme les relations avec ses fournisseurs.*

*Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, le mécanisme de la CMU (couverture maladie universelle) vient s'insérer directement dans le dispositif de prise en charge des assurés sociaux et indirectement dans celui relatif au recouvrement des créances.*

### **3.4 PLACE DE LA CMU DANS LE DISPOSITIF**

Mise en place par la **loi n° 99-641 du 27 juillet 1999** portant création de la CMU et entrée en vigueur le 1er janvier 2000, la CMU ou couverture médicale universelle, est censée apporter une réponse à la problématique de l'accès aux soins par la couverture maladie assurée sous conditions de résidence en France.

Bien qu'un bilan à 6 mois soit prématuré, il peut quand même être fait état des difficultés rencontrées aujourd'hui à ce sujet, par le personnel concerné de l'hôpital.

Elles sont de deux ordres.

Tout d'abord la mise en place du dispositif nouveau de la couverture médicale universelle est un cadre rigide, dans lequel certains éprouvent encore des difficultés à s'insérer.

Deuxièmement la mise en place de la couverture médicale universelle a des conséquences budgétaires mais surtout financières immédiates qui ne seront prises en compte que lors de l'exécution du budget primitif de l'année 2001.

#### **3.4.1 LA CMU EST UN CADRE RIGIDE**

Les agents du bureau des entrées n'ont eu de cesse, depuis sa mise en application, d'attirer l'attention de leurs responsables, sur les éléments suivants: la couverture médicale universelle selon eux ne règle pas définitivement le problème de la couverture sociale. Sa mise en place favorise plutôt un déplacement de ces problèmes. Les deux exemples suivants tenteront d'illustrer ces propos.

La couverture médicale universelle à deux composantes essentielles : la CMU de base et la CMU complémentaire.

La CMU de base est accordée à tous les Français. Elle correspond à la couverture traditionnelle assurée par la Sécurité Sociale .

Il s'agit généralement de couvrir 80% des frais engagés pour traiter la maladie; voire 100% dans certains cas: K supérieur à 50 ou maladies figurant sur une liste de pathologies très graves.

La CMU est ouverte à tous les résidents en France, en situation stable et régulière - les personnes en situation irrégulière peuvent demander l'Aide Médicale Etat auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie - qui ont des revenus imposables inférieurs à un certain plafond annuel, variable en fonction de la composition du foyer fiscal ( 42 000 FF pour une personne seule). Seuls les assurés qui ont des revenus supérieurs à ce plafond devront cotiser sur la différence, par application d'un pourcentage qui est évalué aujourd'hui à 8%.

La CMU complémentaire n'est gratuite qu'à une seule condition de plafond, variable lui aussi. Il faut que les revenus du foyer soient inférieurs à un certain seuil qui est évalué mensuellement; Il est par exemple de 3 500 FF pour une personne seule.

Quand les revenus sont supérieurs, le foyer doit souscrire une assurance complémentaire ou adhérer à un organisme mutualiste pour la couverture, par ce tiers, de la part non prise en charge par l'assurance maladie au titre de la CMU de base.

Le caractère impératif de ce plafond crée une tranche défavorisée de la population.

Il s'agit de tous ceux qui ont des revenus légèrement ou à peine, supérieurs aux plafonds prévus par la loi.

Initialement, l'aide médicale accordée par le département, s'intéressait à la situation globale de l'individu. Une enquête était effectuée pour accorder un soutien en fonction des conclusions d'une étude élargie réalisée sur le foyer dans lequel évolue l'individu. Aujourd'hui le cadre rigide de la CMU prive ces personnes de leur couverture sans pouvoir leur accorder d'alternative.

Il s'agit hélas de personnes connaissant bien évidemment, des situations d'existence et de subsistance précaires et qui sous bien des aspects présentent des caractéristiques indéniables de vulnérabilité. Parmi ces personnes deux catégories ont été rapidement identifiées par les agents hospitaliers, car recourant fréquemment aux services sanitaires de l'hôpital: **les personnes âgées et les personnes handicapées.**

Bénéficiaires de la CMU de base ces deux catégories n'ont plus accès, pour la majorité, à l'aide médicale qui leur permettait de couvrir à 100% les soins réalisés à l'hôpital.

Ils doivent aujourd'hui souscrire une mutuelle complémentaire. Toute la difficulté consiste à trouver des arguments valables pour les en persuader alors qu'auparavant cela ne constituait pas pour eux une obligation.

Cette innovation en matière sociale ne constitue donc pas pour certains de ceux qui étaient jusqu'à présent entièrement couverts, une avancée et un progrès social.

Il semblerait que ce problème soit actuellement à l'étude au sein même d'une commission *ad hoc* du parlement qui devrait, incessamment, lui apporter une réponse appropriée au regard de la situation des individus concernés.

Un autre exemple illustre **la difficulté qui existe à ouvrir des droits à l'assurance maladie pour tous, en dépit de l'existence de la CMU.**

Il s'agit de la couverture de la population marginale et notamment de la population toxicomane. Cette population en augmentation à la Martinique, se caractérise par un comportement asocial, irresponsable, irrationnel et imprévisible.

Entré à l'hôpital par la voie des urgences, bien souvent amené par le SAMU complètement inconscient, le toxicomane fugue presque systématiquement dès qu'il reprend ses esprits. Le laps de temps existant entre ces deux états est si court qu'il permet rarement à l'agent du bureau des entrées affecté, d'établir un contact avec lui. Or pour qu'il puisse prétendre à la couverture sociale l'individu doit le vouloir et se faire reconnaître du système.

Ainsi, bien que théoriquement couverts certains individus échappent encore au système mis en place. Soit parce qu'ils n'ont pas les moyens d'y souscrire soit parce qu'ils n'y ont tout simplement pas accès.

C'est à ce stade que devra intervenir en priorité l'assistante sociale recrutée dans le cadre de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé, afin que l'application de la couverture médicale universelle au CHU de Fort de France soit représentative de l'évolution sociale voulue par le législateur en matière de prise en charge médicale en France.

L'amélioration de l'accès aux soins de santé pour tous devrait en outre, prévenir la logique suivante qui veut que les titres tombent en souffrance ou encore sont facturés contre un débiteur insolvable et peu à peu viennent renforcer le stock de créances irrécouvrables. Dans tous les cas, ces recettes viennent par le mécanisme savant de la dotation globale augmenter les recettes du groupe II et parallèlement diminuer la recette constituée par la dotation globale de financement.

*Outre un accès aux soins en voie de progrès - qui n'est pas encore aussi systématique dans la réalité qu'il semble l'être dans les textes -, il faut tenir compte des implications pécuniaires engendrées par la mise en place de la couverture médicale universelle à l'hôpital.*

### **3.4.2 LES IMPACTS FINANCIERS IMMEDIATS LIES A LA MISE EN PLACE DE LA CMU**

Ils concernent la fraction des individus initialement prise en charge totalement ou partiellement par le département et pour lesquels le CHU recevait en application de l'article 182 du code de la famille et de l'aide sociale et du **décret du 27 novembre 1987**, des avances sur facturation.

Ces avances se sont élevées à 72 millions au total pour l'année 1999 et correspondaient à une procédure quasi équivalente aux mensualités du budget global, mais prises en charge par le Département au titre de l'aide sociale.

Depuis le 31 août 1999, le département a interrompu ce système d'avance qui constituait un apport significatif dans un contexte de trésorerie difficile.

Cette interruption de fait contribue à aggraver les difficultés de trésorerie de l'établissement.

Dès lors il pourrait sembler logique que l'assurance maladie qui reprend les mêmes dossiers, puisse, à son tour, assurer ces avances, au titre des frais engagés par l'établissement.

Cet engagement nécessaire de l'assurance maladie s'imposait d'autant plus que les frais engagés par l'hôpital ne pourront faire l'objet d'une inscription en base budgétaire de façon pérenne que pour l'exercice 2002, soit plus de 2 ans après l'engagement des dépenses afférentes aux soins dispensés aux patients. L'inquiétude suscitée par ces perspectives est prégnante chez les responsables de l'établissement dans la mesure où cette situation occasionne déjà une tension supplémentaire sur une trésorerie déjà déséquilibrée.

A ce jour de nombreuses tentatives de négociations sont ébauchées avec la tutelle et l'assurance maladie. L'estimation effectuée par le service informatique du CHU pour cette fraction qui par glissement se retrouve prise en charge par l'assurance maladie en lieu et place du département est évaluée pour l'année 1999, à 32 millions de francs pour la CMU de base et 13 millions de francs pour la CMU complémentaire. Les montants ne sont pas négligeables et une réponse appropriée de la part de la tutelle (part CMU de base) et de l'assurance maladie (part CMU complémentaire), constituerait un apport d'oxygène appréciable dans la trésorerie du CHU de Fort de France.

### **CONCLUSION GENERALE DE L'ETAT DES LIEUX**

*La situation générale du CHU se révèle préoccupante. Plusieurs facteurs interfèrent pour aboutir à des masses financières en déséquilibre.*

*Elles se traduisent par une insuffisance de trésorerie qui occasionne des relations pénibles avec les tiers fournisseurs.*

*Bien évidemment, l'amélioration de cette situation implique la mise en œuvre d'un faisceau de solutions.*

*Parmi celles - ci figurent l'amélioration du recouvrement et l'adoption d'une politique de gestion active de la dette et de la trésorerie.*

## **4 PROPOSITIONS DE SOLUTIONS**

Si tous les axes d'améliorations développés dans cette partie concernent exclusivement des mesures à mettre en œuvre par l'ordonnateur, ils ne doivent pas faire oublier l'importance du rôle joué par le comptable public de l'établissement dans le cadre d'une optimisation de la trésorerie. Par ailleurs c'est lui seul qui demeure réglementairement responsable du recouvrement.

Les solutions préconisées dans ce cadre, reposent sur un dispositif qui vise dans un premier temps à conforter la situation financière par le renforcement du fonds de roulement puis dans un deuxième temps à diminuer le besoin en fonds de roulement par l'optimisation des procédures existantes et la mise en place de procédures nouvelles.

L'objectif *in fine* étant de parvenir à réguler les flux financiers de l'établissement.

La mise en application d'une gestion moderne de la dette et de la trésorerie constitue une étape ultime et indispensable pour parachever la structure de cet édifice et partant la réalisation de cet objectif.

### **4.1 DES MESURES DESTINEES A RENFORCER LE FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL**

L'équilibre financier ne peut être assuré que si le fonds de roulement est positif. Mais cet équilibre ne sera le reflet d'une bonne " santé " financière qu'à condition que l'excédent des ressources stables après financement de l'actif immobilisé puisse être utilisé pour financer, du moins pour partie, les besoins du cycle d'exploitation.

Le fonds de roulement enregistré à la clôture de l'exercice 1999 au CHU de Fort de France, connaît une forte dégradation et son niveau appelle de rapides actions.

Le fonds de roulement net global s'apprécie à partir de la somme arithmétique des deux éléments qui le composent: d'une part les résultats de la gestion du cycle d'investissement, d'autre part les résultats de la gestion du cycle d'exploitation.

Dès lors les propositions d'actions s'inscriront en accord avec ces deux concepts.

## 4.1.1 ACTIONS SUR LES CAPITAUX ISSUS DU CYCLE D'INVESTISSEMENT

Les capitaux issus du cycle d'investissement se déclinent de la manière suivante:

<u>CAPITAUX ISSUS DU CYCLE D'INVESTISSEMENT</u>	<u>COMPTES</u>
Apports	102
Excédents affectés à l'investissement	10682
Amortissements	28
Subventions d'investissement	13
Provisions réglementées (autres...)	148
Provisions pour charges	157
Dettes financières	16

L'hôpital possède trois modes d'action interne qui présentent un intérêt réel puisqu'ils peuvent influencer sur cette catégorie de capitaux.

### **Le premier dépend de la politique d'amortissement adopté.**

Quelle que soit la méthode d'amortissement privilégiée, elle doit être en conformité avec la réglementation en vigueur et notamment la M21. Ceci étant, toutes les formules de dotations aux postes d'amortissement sont de nature à conforter le fonds de roulement ainsi que l'excédent cumulé de la section d'investissement.

Dès lors dans une optique de reconstitution du fonds de roulement il apparaît judicieux de préférer les mesures qui visent à augmenter ces dotations : par la réduction des durées d'amortissement, par le calcul de la première annuité *pro rata temporis* et par le choix du calcul des annuités suivant le mode dégressif<sup>h</sup>.

Il faut signaler que le développement d'une politique d'amortissement se heurte hélas, à la logique du budget global. Pour améliorer le niveau des amortissements, il faut dégager des crédits budgétaires ce que permet difficilement la situation actuelle au CHU de FORT de France.

**Le second organise l'imputation, sur le poste d'excédents affectés à l'investissement, d'une part importante des excédents de gestion dégagés au niveau de l'exploitation.**

Il s'agit ici, d'afficher un objectif, clairement annoncé, de contrôle voire de réduction des dépenses d'exploitation. Cet objectif s'inscrivant évidemment dans une logique de gestion rigoureuse du budget d'exploitation de l'hôpital.

Concrètement toutes les dépenses d'exploitation sont concernées, bien que deux catégories cibles de dépenses méritent une attention particulière:

1./ Il s'agit de contenir les dépenses du groupe 1: les charges de personnel. Vu l'importance de ces charges rapportées à l'ensemble des charges d'exploitation (70%), le moindre gain en pourcentage constitue une somme qui permet d'apprécier les résultats de fin d'exercice. *A contrario*, tout déficit obère fortement les fonds propres de l'établissement.

2./ Il s'agit de diminuer les dépenses du groupe 3: les charges hôtelières et les charges induites par les produits subsidiaires, pour l'essentiel. Bien que l'impact en soit moins important (environ 11,5% des charges d'exploitation), tout gain pouvant générer des résultats d'exploitation doit être recherché en priorité.

Il est important de souligner que dans ce contexte actuel de concertation et de développement du dialogue social, il est préférable de rechercher l'adhésion des principales formations syndicales de l'établissement à la perspective d'assainissement financier afin d'en augmenter les chances de succès.

Ce projet qui en définitive, vise à dégager des excédents de gestion par une maîtrise des dépenses d'exploitation, pour *in fine* permettre de conforter la situation financière de l'établissement et partant, sa trésorerie, pourrait être présenté également au Conseil d'Administration du CHU afin d'en conforter sa légitimité.

Il faut noter que ce type de démarche est déjà engagé au CHU de Fort de France. Depuis 1997, les gestionnaires de cet établissement, en dépit d'un contexte difficile, ont su mettre en œuvre une stratégie de contrôle des dépenses qui a permis de dégager des excédents de gestion. Ces excédents sont en majorité affectés à l'investissement: l'établissement étant conscient des efforts d'investissement à mener pour son développement et sa pérennité.

**Le troisième mode d'action influe sur le niveau de l'endettement.**

La relance de l'investissement qui s'est opérée au cours de l'exercice 1999, au CHU de Fort de France, a été effectuée en majorité sur fonds propres. Cette décision a eu pour principale conséquence l'affaiblissement du fonds de roulement. Pour remédier à cette situation l'établissement a

la possibilité soit de requérir des subventions (solution par trop aléatoire) soit de renforcer son poste de dettes financières par recours à l'emprunt.

A ce stade il apparaît important de redonner à l'acte "d'emprunt" ses lettres de noblesses.

Deux raisons peuvent être évoquées:

1) La décision d'emprunter doit être essentiellement subordonnée à la capacité d'inscription de frais financiers supplémentaires au budget d'exploitation de l'hôpital.

Le poids de la dette à long terme dans un bilan hospitalier ne saurait être considéré comme pénalisant.

Le problème du recours à l'emprunt ne doit pas être analysé en terme de risques mais relève plutôt d'une logique purement budgétaire: la capacité d'endettement d'un hôpital rencontre ainsi pour seules limites le nécessaire équilibre de la section d'investissement et la capacité, pour l'établissement ou l'autorité de tutelle, de procéder à l'inscription budgétaire des frais financiers générés par l'emprunt.

Par ailleurs l'endettement permet à un hôpital non seulement de dynamiser sa section d'investissement, mais aussi de conforter sa structure financière. L'hôpital qui connaît des difficultés de trésorerie ne doit pas renoncer à investir et à emprunter. Cette décision ne ferait qu'aggraver la situation.

Il est à cet égard important de relativiser les démarches qui font références aux ratios bancaires classiques, ceux qui par exemple sont relatifs à l'endettement du patrimoine et à la dette à long terme dans les capitaux permanents, et qui peuvent conduire à des arbitrages inappropriés<sup>i</sup>.

2) Dans le contexte financier actuel existe une offre importante, véritable vivier de produits financiers plus souples et mieux adaptés aux besoins générés par l'activité d'un établissement. Las, il reste encore aujourd'hui imparfaitement exploité par l'hôpital public par trop réticent.

Bien que généralement prudent en matière d'endettement, l'hôpital public gagne à s'adapter à la nouvelle donne financière: nouveaux produits plus souples et mieux adaptés à une gestion active.

Michel Angelloz-Nicoud<sup>j</sup> établit un constat significatif de cette tendance, à partir de l'analyse des caractéristiques de l'endettement des Hôpitaux publics: "l'hôpital public est très faiblement endetté en terme de frais financiers". En revanche, il " apparaît très lourdement endetté en terme d'amortissement du capital de la dette".

Ce constat est révélateur d'une certaine frilosité que l'hôpital "paye" en supportant le poids, disproportionné dans le contexte actuel, du remboursement de sa dette. Cette logique de prudence traduit une méconnaissance des produits financiers qui débouche, *in fine*, sur un endettement lourd "rigide et inadapté aux techniques modernes de gestion financière"

Le taux d'endettement du CHU est élevé par rapport aux ratios moyens existant dans le monde hospitalier en la matière . Mais, dans la problématique d'un assainissement financier et dans le cadre d'une négociation globale avec l'ARH, le CHU pourrait aller bien au delà de ces ratios moyens et contracter des emprunts à la hauteur de ses besoins dès lors qu'il est accompagné par la tutelle dans la prise en charge des surcoûts.

#### **4.1.2 ACTIONS SUR LES CAPITAUX ISSUS DU CYCLE D'EXPLOITATION**

Les capitaux issus du cycle d'exploitation se déclinent de la manière suivante:

<b><u>CAPITAUX ISSUS DU CYCLE D'EXPLOITATION</u></b>	<b><u>COMPTES</u></b>
<b>Réserves ( de trésorerie et de compensation)</b>	<b>10685 /10686</b>
<b>Excédents affectés à l'exploitation</b>	<b>110/111</b>
<b>Report à nouveau déficitaire</b>	<b>119</b>
<b>Résultat de l'exercice</b>	<b>12</b>
<b>Provisions réglementées (réserve de trésorerie)</b>	<b>141</b>
<b>Provisions pour risques</b>	<b>151</b>

Les mécanismes pouvant être mis en place pour augmenter les capitaux d'exploitation sont sur le fond identiques à ceux utilisés pour les capitaux d'investissement.

Globalement les modes d'action possibles sur cette catégorie de capitaux auront pour point de départ l'affectation des excédents dégagés par la gestion du budget de fonctionnement de l'établissement. Cependant la décision de contracter un emprunt de trésorerie peut toutefois servir à conforter le niveau du fonds de roulement d'exploitation de l'établissement . Cette technique intéressante à plus d'un titre fera ensuite l'objet d'un développement.

#### **Imputation des excédents de gestion dégagés au niveau de l'exploitation.**

Des excédents de gestion peuvent être réservés pour abonder certains comptes de capitaux issus du cycle d'exploitation.

Les comptes de réserves ( comptes de la classe 106) enregistrent les résultats excédentaires durablement affectés à l'établissement. Le compte de réserve de trésorerie sert principalement à la constitution du fonds de roulement de l'établissement. Ce compte ne participe pas à l'équilibre budgétaire et ne peut , en principe être mouvementé par la suite.

Le compte de compensation est crédité du montant de l'excédent à mettre en réserve. Il est débité lorsqu'un résultat déficitaire est constaté.

Le compte de report à nouveau (comptes de la classe 11) enregistre globalement, l'affectation de tout ou partie du résultat excédentaire ou le report sur des charges d'exploitation des exercices ultérieurs des déficits qui ne peuvent être couverts par la réserve de compensation.

La provision pour risques ou pour charges permet également de renforcer temporairement le fonds de roulement. Il faut cependant rappeler que les reprises dégradent la situation financière.

A l'instar des capitaux d'investissement tous les excédents affectés dans ces différents comptes serviront à conforter le fonds de roulement d'exploitation et *in fine*, la situation financière.

### **La réserve de trésorerie du compte 141 : une technique servant à renforcer le fonds de roulement**

La réserve de trésorerie du compte 141 est en fait une provision réglementée: c'est à dire une provision comptabilisée en vertu de dispositions réglementaires. Il faut noter qu'elle ne correspond pas à l'objet normal d'une provision ordinaire.

Cette réserve a pour effet d'augmenter le fonds de roulement rendu nécessaire par l'inadéquation entre l'encaissement des recettes et le règlement des dépenses: elle améliore par voie de conséquence la situation de trésorerie de l'établissement.

La constitution de cette réserve s'effectue conformément aux dispositions de **l'article 9 du décret N° 83-744 du 11 août 1983 modifié**. L'emprunt qui sert de base à cette constitution doit avoir fait l'objet d'une délibération du Conseil d'Administration de l'établissement; sa durée ne doit pas excéder 5 ans.

Globalement la technique consiste à encaisser l'emprunt au crédit du compte 16: il y a émission d'un titre de recette du même montant. Parallèlement le compte 141 réserve de trésorerie est crédité pour le montant de l'emprunt. (cf. Fichier annoté de comptabilité hospitalière qui décrit le mécanisme en totalité). Ainsi le fonds de roulement c'est à dire la situation financière de l'établissement se trouve consolidée, par ce biais.

La tension de la trésorerie de l'établissement se relâche à plus d'un titre. Tout d'abord par l'apport direct de liquidités au sein de l'entité, ensuite par le jeu des interactions subtiles qui s'établissent entre les masses financières (augmentation du fonds de roulement) et qui conduisent à instaurer un nouvel équilibre financier.

L'emprunt de trésorerie constitue une technique financière intéressante permettant de reconstituer les fonds propres d'un établissement, sous réserve toutefois que celui-ci dispose des disponibilités budgétaires suffisantes pour amortir le remboursement du capital de l'emprunt (compte 68) et payer les intérêts financiers afférents (compte 66).

Pour clore l'analyse des solutions possibles afin de résoudre les problèmes relevant du haut du bilan, il convient de définir une position claire par rapport au problème de l'investissement. Les gestionnaires confrontés à un déséquilibre financier ne doivent pas ralentir leur programme de construction et d'acquisition de matériel. Au contraire une relance de l'investissement doit permettre d'améliorer la situation financière de l'établissement sous réserve que le plan de financement opère un panachage judicieux de l'endettement et de l'autofinancement afin de permettre la reconstitution des fonds propres.

Plus généralement, si les difficultés de trésorerie résultent d'une insuffisance des capitaux permanents, les premières solutions qui peuvent être envisagées sont la restriction budgétaire pour dégager des excédents de gestion, la dotation budgétaire à la réserve de trésorerie ou l'emprunt de trésorerie. Ces mesures sont particulièrement justifiées lorsqu'un établissement possède un stock de créances anciennes pour lesquelles il existe peu de chances de recouvrement. Elles permettent alors de rééquilibrer le fonds de roulement, à un niveau compatible avec le besoin en fonds de roulement.

## **4.2 DES MESURES DESTINEES A MAITRISER LE BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT**

Lorsque les difficultés de trésorerie résultent de délais excessifs de recouvrement des créances, il faut envisager la mise en œuvre de mesures qui permettront de réduire les délais de facturation et de recouvrement et de favoriser au maximum l'encaissement au comptant des prestations hospitalières.

Dans ce cas il est nécessaire de développer une politique de réorganisation des services de facturation: cette action volontariste impose dans un premier temps un audit des services chargés de la facturation et du recouvrement. Sur cette base, seront ensuite mises en place, les mesures permettant d'assurer un redressement progressif de la situation financière.

### **4.2.1 LES MESURES ORGANISATIONNELLES REVELEES PAR L'AUDIT...**

Des expériences d'amélioration des délais de recouvrement ont été menées par des hôpitaux. Par ailleurs ces expériences ont été relayées par des études pilotées par des groupes de réflexion constitués de professionnels. Les conclusions de ces travaux convergent et tous les expérimentateurs s'accordent pour définir certains préalables indispensables à un recouvrement efficace.

Le CHU de Fort de France, à l'instar d'autres hôpitaux, s'est inspiré de ces préconisations pour organiser ses services.

#### **4.2.1.1 Certaines sont en adéquation avec les préconisations de la doctrine hospitalière**

Le rapport de synthèse du groupe de travail constitué sous l'impulsion de la Direction des hôpitaux en 1990/ 1991<sup>k</sup>, dresse une liste objective et exhaustive des "conditions préalables à un bon recouvrement".

Elles se déclinent à travers :

✌ la nécessité d'émettre en continu et rapidement les titres de recette, afin de limiter les risques d'impayés qui ont tendance à augmenter lorsque les factures parviennent tardivement aux débiteurs.

✌ La nécessité de mettre en place des mesures pour faciliter le paiement immédiat des créances: pré - paiement, paiement comptant et régie prolongée.

Ces mesures passent concrètement par un positionnement réfléchi de divers points de paiement ou régies de recettes au sein même de l'établissement, par une extension si nécessaire des plages horaires de ces régies de recette, par la mise en place en accord avec l'assurance maladie d'une logique de pré - paiement (essentiellement les consultations externes), par la possibilité de régler par carte bancaire.

La régie prolongée permet au régisseur de relancer le malade à une date proche des soins (au plus tard la semaine suivante) par l'envoi d'une note de frais et d'assurer la perception des sommes très rapidement avant l'émission du titre de recettes

Toutes ces mesures sont à l'heure actuelle développées avec un certain succès au CHU de Fort de France, et ce depuis quelques années. Globalement elles donnent des résultats satisfaisants. Pour preuve le taux de recouvrement des traitements externes (cf.supra : les traitements externes.).

A ce titre elles n'appellent pas de remarques particulières.

#### ***4.2.1.2 D'autres sont en cours: mise en place d'une gestion administrative du patient***

Au CHU des actions de sensibilisation des personnels des admissions sont entreprises au quotidien par l'encadrement, sous l'impulsion de la direction. Elles visent essentiellement à améliorer la qualité de la prise de renseignements par le biais d'une vigilance accrue de ces personnels. Toutefois conscients des enjeux les acteurs de cet établissement ont voulu en accentuer la démarche.

Le renforcement du système d'information a donc été décidé afin d'assurer à terme de façon performante et intégrée la gestion administrative de ses patients, depuis la pré - admission et l'accueil jusqu'à l'élaboration de statistiques et l'archivage.

Il répond ainsi à un double objectif: replacer le patient au cœur du dispositif hospitalier, avoir une meilleure visibilité du dossier administratif et de son histoire.

Dès lors, il permet de sortir d'une logique pure de facturation pour effectuer une meilleure prise en charge du patient , ce qui constitue un des axes forts de la réforme mise en place par l'ordonnance du 24 avril 1996.

Plus moderne il autorise la prise en compte de l'Identifiant Permanent du Patient (IPP).

Il s'agit d'attribuer un numéro IPP unique pour un patient donné. Cet IPP servant de lien entre les différents séjours. L'admissionniste - ou utilisateur dans un service, médical par exemple - qui retrouve l'identification du patient dont il vient de saisir les coordonnées peut avoir accès au dossier

unique du patient dans les limites de ce qui lui a été autorisé, dans le système. Les informations connues sur un patient peuvent être récupérées ce qui évite toute ressaisie inutile.

Sa mise en œuvre implique toutefois une attention accrue de la part du personnel des admissions seul habilité à valider définitivement dans le système, les informations enregistrées. Il s'agit d'éviter les saisies faisant double emploi et susceptibles de remettre en question la fiabilité et la performance de ce nouveau système.

Pour en limiter les effets néfastes une cellule chargée du contrôle et de la gestion de l'IPP a été constituée. Son action consiste entre autres à filtrer les saisies d'IPP pour détecter les doublons et effectuer les corrections nécessaires.

De même la " traçabilité " des actions et la mémorisation des facturations réalisées garantissent une gestion optimale de la dette totale du patient vis à vis de l'établissement . Cette option permet d'effectuer le suivi de la situation financière du patient sur plusieurs années. A terme, elle devrait permettre d'optimiser le recouvrement dans les limites autorisées par le receveur qui demeure le principal acteur dans ce domaine.

Enfin cette nouvelle conception du système d'information permet de répondre à une proposition émanant du **rapport ESPER**<sup>1</sup>, suivant laquelle : "la notion de titre de recettes devrait céder le pas à celle de "compte de débiteur". L'action du recouvrement serait plus efficiente si l'ensemble des titres émis à l'encontre d'un même débiteur étaient regroupés dans un compte client. Cet objectif présuppose que puisse être mis en œuvre un identifiant par débiteur. Celui-ci serait soit le "numéro de malade" attribué par l'établissement hospitalier soit le "numéro INSEE".

#### **4.2.1.3 Des mesures visant l'amélioration des procédures conduisant à l'émission des recettes diverses**

Ces mesures relèvent de la mise en place par le service financier de procédures de facturation adaptées si nécessaire à "l'architecture" de chaque service. Après en avoir défini les termes, ces procédures élaborées en concertation avec des agents de chaque service concerné, feront l'objet d'une présentation effectuée pour chacun des responsables.

Pendant toute cette période préparatoire, la mise en œuvre d'une campagne de sensibilisation des responsables et des agents, relayée par la direction de l'hôpital pourrait constituer un atout important pour faire accepter la démarche. La difficulté étant de renverser la tendance qui conduit les individus à "résister aux changements".

Le service financier du CHU de Fort de France actuellement en pleine restructuration s'est donné, pour priorité à court terme, cet objectif.

L'intérêt est de parvenir à maîtriser les différentes sources de facturation dans l'hôpital. Cette maîtrise allant de pair avec la possibilité de mettre en place un véritable suivi et un contrôle de toutes les émissions de titres de recettes diverses.

*In fine* la connaissance résultant du suivi effectué sur ces recettes diverses, devrait permettre la mise en place d'un système d'alerte des agents de la recette principale, pour les créances qui dépassent un délai raisonnable de recouvrement.

Cet ensemble de mesures pourrait être complété utilement par un plan d'action réalisé en partenariat avec les services du trésor public et le service financier de l'hôpital, visant à effectuer des relances régulières des créanciers institutionnels de l'hôpital (mutuelles, établissements public de santé...).

Basé sur une procédure officielle et formaliste renforcé par des procédés développés en interne, le dispositif ainsi complété devrait permettre d'enregistrer une amélioration sensible du recouvrement.

Une évaluation continue de ce dispositif en constitue l'ultime étape: c'est le moyen privilégié pour prouver la valeur qualitative de toute démarche. Réalisée à partir du suivi d'indicateurs visant à mesurer la performance des délais de facturation et des délais de recouvrement des différentes recettes, elle pourra s'inspirer du suivi mis en œuvre pour les créances sur hospitalisés et consultants( voir infra, chapitre 3.

L'essentiel des préconisations recensées par la doctrine sont mises en œuvre au CHU de Fort de France avec une efficacité relative.

Elles peuvent être complétées par un ensemble de propositions nouvelles qui veulent tenir compte de la situation contextuelle de cet établissement.

## **4.2.2 LES MOYENS ET PROPOSITIONS NOUVELLES**

Le scénario repose sur un aménagement des procédures organisationnelles et sur un renforcement des actions de sensibilisation des personnels existantes.

Toutes ces actions faisant l'objet d'une évaluation régulière pour en corriger les imperfections, ce qui devrait permettre d'obtenir très rapidement des effets positifs.

Le scénario retenu repose sur les propositions suivantes qui se complètent et ont fait leur preuve dans un certain nombre d'hôpitaux et notamment à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris et au CHU de Grenoble.

### **4.2.2.1 Les propositions liées à l'organisation**

Il faut souligner que l'élément fondamental ici c'est le temps qui constitue une donnée de base incontournable que tout admissionniste doit garder en mémoire. A l'instar du directeur de la clientèle du CHU de Grenoble on peut affirmer que "le temps joue contre le bureau des entrées".

Dès l'entrée du malade à l'hôpital un compte à rebours commence. Les procédures mises en place doivent prendre en compte ces considérations.

Dans ce cadre, une attention particulière doit être apportée sur un certain nombre de points qui doivent se révéler les atouts du système.

### **Il s'agit notamment du renforcement des procédures de pré admission des malades.**

Il faut impérativement que lors de l'admission ou arrivée du malade à l'hôpital suite à une prise de rendez vous, son dossier administratif soit complet, sauf cas d'urgences.

A l'instar de ce qui a été développé au CHU de Grenoble il faut que le dossier soit initialisé dès la première prise de contact avec le patient.

Le dispositif repose sur une logique nouvelle. Initialement les admissionnistes qui se contentaient d'informer le patient sur les pièces à fournir devront désormais avoir un rôle plus actif qui dans tous les cas se révélera capital. Ils devront mettre en œuvre tous les moyens dont ils disposent à ce titre (courrier, téléphone, fax...), pour compléter le dossier du patient avant la date butoir programmée de l'hospitalisation.

Faute de quoi le patient ne pourra être pris en charge à la date prévue initialement. Son rendez vous devra être reporté sauf avis contraire du corps médical.

Cette organisation nouvelle suppose une forte implication de tous les personnels de l'établissement, et notamment des personnels soignants et médicaux qui doivent "jouer le jeu". Une telle évolution revient à consacrer un mode de fonctionnement totalement novateur du Bureau des Entrées.

Un certain nombre de mécanismes, néfastes et contraires à cette évolution positive du système doivent aussi être changés.

#### Un exemple classique :

Bien souvent croyant faire du "social" (acte de charité) les personnels à des degrés divers, autorisent l'admission de certains patients qui ne sont pas en règle avec les obligations édictées par l'administration. Cette logique s'identifie en réalité à un altruisme à courte vue dans la mesure où en définitive ce dossier fera l'objet d'une action contentieuse de recouvrement dans la plupart des cas.

La véritable action sociale doit déboucher sur un véritable partenariat avec le service social et notamment les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) dans le but de définir et d'organiser

une couverture sociale la plus complète possible autorisant au patient un accès libre, général et légitime aux soins de santé.

Pour mettre en évidence le bien fondé de ces mesures, "innovantes" dans une certaine mesure, une campagne de sensibilisation des acteurs doit être engagée, probablement sur le long terme. Cette campagne visant en définitive, à leur faire percevoir leur propre intérêt pour une telle démarche et ce faisant à susciter leur adhésion inconditionnelle à cette logique.

## **Il s'agit ensuite de favoriser le renforcement de la cellule contentieux**

Pour prendre en compte l'élément du temps il faut facturer rapidement.

Cette affirmation est en parfaite adéquation avec les récentes préconisations des pouvoirs publics en matière de politique de recouvrement des créances. En effet la circulaire interministérielle DGCP/ 6B/DHAF 3 n° 2000-319 du 8 juin 2000 relative à la gestion de la trésorerie des établissements publics de santé affirme que "il est cependant possible de rechercher une amélioration de ces délais (de recouvrement) en instaurant un rythme d'émission des titres de recettes le plus rapproché possible de la prestation donnant lieu à émission du titre." Elle précise par ailleurs que "la qualité du recouvrement repose souvent sur la rapidité des procédures mises en œuvre..."

Actuellement le CHU de Fort de France facture en théorie à j + 30, les dossiers déclarés solvables. Le délai réel pour les dossiers "incomplets" (entendre non solvables) est variable et peut dépasser 6 mois.

La facturation du titre dans les 15 jours, que le dossier soit solvable ou non, quitte à pratiquer ultérieurement des annulations ré - émissions à l'encontre d'un débiteur solvable identifié, paraît constituer une procédure plus efficiente.

L'avantage de cette procédure est d'opérer une sensibilisation maximale du particulier négligent ou laxiste qui va se mobiliser à quelques jours de son hospitalisation plus volontiers qu'à quelques mois ou années de celle ci.

L'adoption de cette stratégie nécessite un renforcement de la cellule assurant la gestion des titres litigieux pour répondre à l'inévitable augmentation des dossiers d'annulation pour ré - émission.

A terme cette démarche devrait améliorer le recouvrement de manière sensible.

En outre ce renforcement peut être opéré à faible coût: par le moyen d'une restructuration interne consistant à alléger la cellule assurant actuellement la gestion des dossiers de facturation (frais de séjour). Les agents ainsi dégagés pourraient par redéploiement interne et en tenant compte de leurs potentialités, être réaffectés à la cellule de contentieux.

De même, il semble souhaitable, au vu des résultats encourageants recensés, de pérenniser l'action déjà entreprise par le CHU de Fort de France, consistant à effectuer une recherche de débiteurs (voir supra : le service du contentieux) en accord avec les services de la trésorerie principale.

Un renforcement de cette unité pourrait à terme s'avérer rentable pour l'établissement. En effet le coût induit résultant d'une augmentation des charges de groupe 1 (recrutement éventuel de personnes qualifiées dans ce domaine), serait largement et rapidement rentabilisé, sur la base des résultats annoncés précédemment.

Il s'avère en outre nécessaire d'organiser des rencontres régulières entre les agents composant cette cellule et les services du comptable public chargé du recouvrement. Réunions qui auraient pour principal objectif d'effectuer les mises au point indispensables sur les dossiers en cours de traitement.

A l'heure actuelle des hôpitaux organisent ce type de démarche avec succès (CH de Provins, CHU de Marseille...). Simple à mettre en œuvre, pratique, elle constitue aussi un atout considérable dans une logique de recouvrement de créances plus efficiente.

#### **Il s'agit en troisième lieu de favoriser le décloisonnement interne du service.**

Tous les agents du Bureau Des Entrées doivent avoir une mobilité de postes à l'intérieur même du service. Cet impératif favorise la polyvalence et la sensibilisation de ces agents au degré de difficultés rencontrés par les titulaires de ces postes. Un premier niveau de rotation rapide des agents pourrait être organisé entre les admissionnistes de premier accueil et ceux qui effectuent la gestion des dossiers.

Un autre niveau de rotation plus large pourrait inclure les agents assurant la gestion des dossiers contentieux.

#### **Enfin il s'agit de mettre en place des référents dans des domaines spécifiques.**

La spécialisation du personnel pour certains postes pointus peut être utilement requise. Cette préconisation ne va pas à l'encontre de la précédente. Elle permet au contraire de définir au sein même de l'établissement, des personnes ressources, véritables "référents" dont les avis seront décisifs pour le traitement en priorité de dossiers difficiles: étrangers, toxicomanes, personnes marginales et vulnérables...

#### **4.2.2.2 Les mesures d'accompagnement**

Le recouvrement des créances exige en préalable une qualité de la prise d'information. Il s'agit en définitive, d'éviter au maximum la création de créances irrécouvrables du fait d'un défaut de facturation de qualité.

Pour que celle-ci soit assurée de manière efficace, il faut que les agents travaillant au Bureau des Entrées (service des admissions) soient sensibilisés à l'amélioration continue de la collecte de l'information.

Cette sensibilisation doit s'inscrire dans un programme d'amélioration continue de la qualité reposant sur un plan d'actions mis en œuvre et accompagné par un encadrement motivé et impliqué dans la démarche.

Ce plan se décline en actions simples à mettre en œuvre. D'un coût modeste, il exige néanmoins une mise en œuvre régulière et rigoureuse, pour que puissent être dégagés des résultats probants.

### **Il s'agit dans un premier temps d'organiser des réunions régulières de service.**

Rendues obligatoire par le **décret du 26 mars 1992 relatif aux missions, à l'organisation et aux personnels des établissements publics de santé (section 4)**, ces réunions favorisent l'expression directe et collective des personnels.

Dans le cas spécifique du Bureau des Entrées , la fréquence de ces réunions devrait être au minimum mensuelle.

Elles doivent pour être efficace, être l'occasion de rencontres privilégiées des agents entre eux , afin de procéder au partage d'expériences ou de difficultés particulières auxquelles les uns et les autres ont pu être confrontés.

Elles doivent aussi, permettre l'analyse et la réflexion à partir de l'exposé de cas concrets posant problèmes. Ces échanges pouvant déboucher sur des débats internes enrichissants à divers titre pour chaque participant du groupe doivent dans tous les cas faire l'objet d'arbitrages en dernier ressort du pilote, véritable coordinateur, de la réunion.

En outre ces moments d'expression directe et collective favorisent la décrispation de situation conflictuelle latente du fait de la possibilité donnée au personnel d'exprimer ses doléances.

En définitive ces réunions doivent avoir pour ambition de raviver le sentiment d'appartenance au groupe. Elles procèdent aussi d'une dynamique visant à renforcer la logique de décloisonnement des individus à l'intérieur du groupe: en l'occurrence le service.

### **Il s'agit dans un second temps d'initier des réunions inter - services.**

Des réunions de travail inter services doivent également être programmées afin d'examiner les difficultés que rencontrent les agents dans le cadre de leur travail.

Ces réunions peuvent être organisées en fonction des besoins et des priorités définies. Il s'agit d'organiser des rencontres périodiques avec les agents de services différents, appelés à travailler ensemble: services des admissions et services médicaux ou soignants.

L'objectif de ces contacts est certes de trouver des alternatives satisfaisantes pour chacun mais aussi de favoriser la suppression de barrières qui s'érigent trop souvent entre les services et qui constituent une entrave à la communication et à la productivité dans le travail.

De façon parallèle et pour les mêmes raisons , des rencontres doivent être organisées avec les partenaires de l'hôpital: service comptable, caisses de sécurité sociale, centres communaux d'action sociale, ...

### **Il s'agit dans un troisième temps d'organiser une formation régulière du personnel**

A l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, le renforcement des actions de formation du personnel est à la base de la démarche de responsabilisation et de sensibilisation.

A l'instar de cette entité , la constitution d'une cellule interne de formation à partir et avec les personnels ressources dont l'établissement dispose, s'avère être une solution rentable à plus d'un titre.

En effet le coût financier d'une telle démarche est négligeable puisqu'elle consiste à utiliser les ressources internes de l'hôpital.

Ensuite cette logique favorise l'épanouissement au travail de personnes capables de partager avec d'autres leur connaissances sur un thème.

Enfin tous ces éléments concourent à la réalisation de l'objectif prioritaire de formation et de sensibilisation du personnel de l'établissement.

### **Elaboration d'un guide de l'admissionniste**

Suivant le modèle du guide de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, un guide récapitulant toutes les procédures applicables au titre de la gestion des dossiers d'hospitalisation doit être réalisé. Ce guide peut être élaboré dans un premier temps uniquement en direction des services procédant à l'hospitalisation des malades et à la facturation de leur séjour, un guide similaire pourrait être réalisé pour les traitements externes dans un deuxième temps.

Rédigé sous le pilotage du responsable du service mais avec la collaboration des agents il a pour principal intérêt de rendre homogène le comportement de tous les agents de ce service.

Pratique, ce guide doit avant tout être diffusé aux admissionnistes et ensuite, très largement à l'ensemble du personnel de l'établissement.

Il doit ainsi constituer à la fois un outil de référence, consultable à tout moment et un outil d'aide à la décision indispensable pour chaque agent chargé de l'accueil du patient et de la gestion du dossier administratif permettant ainsi de trancher en cas de doute, sur une conduite à tenir.

### **Intéressement des agents ou action de responsabilisation?**

L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris est un des précurseurs du système d'intéressement en direction des personnels.

Cet intéressement avait initialement été indexé sur les performances réalisées par le service. Il se décomposait en un intéressement individuel versé sous forme de prime à chaque agent en fonction de ses résultats

L'autre composante procédait d'une attribution collective: à l'ensemble du service performant destinée à l'amélioration des conditions de travail et d'aménagement des locaux professionnels dédiés au service.

Le système a du être abandonné. car il a très rapidement été détourné de son objet initial: l'attribution de la prime individuelle une fois versée à un agent a constitué un acquis social qui est devenu un enjeu syndical en décalage avec l'esprit initial de la démarche.

Aujourd'hui, forte de ces enseignements la direction de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, préfère initier une démarche de responsabilisation au niveau des responsables d'équipes: chefs de service et encadrement.

Cette démarche consiste à traduire en flux équivalents économiques et connus par l'hôpital le montant des déficits enregistrés. Ainsi un montant X de créances irrécouvrables transformées en non valeur, correspond à Y postes d'équivalents temps plein ou encore à la valeur Z d'achat d'un scanner.

Il s'agit de se mettre au niveau de chaque responsable en tentant de lui démontrer l'impact et la pertinence des sommes manipulées.

L'intérêt de cette démarche réside dans le pari implicite consistant à responsabiliser tous les acteurs et à miser sur leur sens du devoir.

Suivant le modèle en cours à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris cette méthode reposant sur la responsabilisation pourrait être transposée au CHU de Fort de France.

### **Mise en place de tableau de bord: quelques exemples d'indicateurs**

Les performances du système mis en place doivent faire l'objet d'une évaluation régulière par l'intermédiaire d'un suivi effectué à partir de quelques indicateurs pertinents recensés préalablement et largement diffusés aux responsables d'équipes. Certains indicateurs enregistrant la performance et la qualité des prestations suivies peuvent utilement être affichés dans l'établissement en direction des personnels ...mais aussi du public.

Parmi les indicateurs pertinents pour un établissement de santé dans le cadre de l'amélioration du recouvrement de ses recettes, peuvent être cités les indicateurs mesurant les scores suivants:

➤ Qualité de la prise d'information mesuré par le taux de " N'habite Pas à l'Adresse Indiquée" ( NPAI ) par rapport au total des émissions

Effectué par le comptable de l'établissement, il permet de mesurer le pourcentage de titres retournés par les services de la poste, à la recette hospitalière avec la mention "n'habite pas à l'adresse indiquée".

Ce phénomène assez répandu en Martinique est en passe de devenir une préoccupation importante pour les gestionnaires de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. En effet ils ont été alertés récemment par le trésorier principal de l'évolution importante du pourcentage de NPAI, paramètre qui a fait immédiatement l'objet d'un suivi mis en place par les services de la trésorerie principale.

➤ Suivi de facturation mesuré par:

✓ le délai de facturation réel moyen écoulé entre la sortie du malade et la date d'émission du titre. Il faut rappeler que le délai couru entre la date d'émission et la date d'envoi de l'avis des sommes à payer (ASP) aux payants doit être également maîtrisé .

✓ le rapport entre le nombre de dossier ouverts et le nombre de dossier facturés  
**(cf.annexe 2)**

✓ l'évolution, sur plusieurs exercices, des titres en souffrance (solde créditeur du compte 418). Ce paramètre est révélateur de la capacité du service à facturer rapidement avant la clôture administrative.

➤ Qualité du recouvrement mesurée par :

✓ l'état des recouvrements qui effectue une comparaison entre les émissions mensuelles cumulées et le montant cumulé des titres recouverts sur les mêmes périodes: le taux de recouvrement après facturation.

Très significatifs ces résultats démontrent la réalisation ou non de l'objectif fixé **(cf.annexe 3)**.

✓ les résultats de l'encaissement après envoi de note de frais: (pourcentage de note de frais régularisées par rapport au total de notes de frais émis);

✓ l'évolution de l'encaissement en pourcentage des traitements externes par rapport au total facturé;

✓ l'évolution de l'encaissement en régie de recettes des traitements externes et des frais de séjour;

✓ l'évolution de l'encaissement au comptant du forfait journalier par rapport au montant total facturé;

✓ la diminution du compte 414 par rapport à un objectif annuel, quantifié par l'établissement ( par exemple10%)

Il est important de souligner que tous ces indicateurs doivent faire l'objet de comparaison sur plusieurs années (plus de deux années) afin de dégager une tendance significative. Ils doivent faire l'objet d'une diffusion large et commentée.

## **Mise en place d'une collaboration indispensable entre les services du comptable et l'établissement**

Cette collaboration est la clef de voûte du fonctionnement financier de l'hôpital . Elle doit s'appuyer sur une volonté indéfectible et commune d'œuvrer ensemble dans la même direction. Cette volonté doit être partagée par deux hommes, deux administrations, deux services distincts.

C'est dire l'importance que revêt cette démarche pour l'établissement hospitalier.

Pratique cette collaboration peut être formalisée à l'intérieur d'une convention de partenariat qui engage les signataires. Cette démarche est d'ailleurs fortement recommandée par la doctrine<sup>m</sup>.

L'objet de ce partenariat doit favoriser *in fine* l'amélioration de la communication entre les deux services et l'instauration d'une relation de confiance mutuelle. Par ailleurs l'objectif prioritaire repose sur la définition d'objectifs de gestion communs à l'ordonnateur et au comptable.

A ce titre peuvent être cités deux domaines d'optimisation de la gestion:

- ✓ l'optimisation des délais de paiement avec comme corollaire la mise en place d'une politique d'escompte... et une gestion active de la dette;

- ✓ l'amélioration du recouvrement des créances hospitalières;

Cet objectif pouvant être atteint, par la mise en place, de réunions régulières de travail et d'échanges, et l'optimisation des circuits et procédures existantes.

### **Relance des négociations avec la tutelle**

Cette dernière préconisation se révèle en réalité prépondérante dans le dispositif général.

En effet les mesures précédentes se caractérisent par leur relative simplicité, leur réelle efficacité et leur coût minime. En revanche, les résultats attendus sont subordonnés à un véritable travail de fond qui ne peut se réaliser que sur des années.

Dans l'immédiat un accompagnement de l'agence régionale de l'hospitalisation semble à ce jour, indispensable, pour effectuer un redressement rapide de la situation financière de l'établissement.

Sur la base des constatations effectuées (voir supra : analyse financière) cet accompagnement pourrait se focaliser sur le stock de créances antérieures et viser à assurer un apurement de ces comptes.

Matérialisé par une allocation supplémentaire de crédits non pérennes, il permettrait de gager des dépenses correspondantes au compte 654 de " pertes sur créances irrécouvrables ". Le montant minimal objet de cette négociation, pourrait avoisiner les 40 millions de francs (il est rappelé que la masse à apurer s'élève à environ 112 millions de francs). Ce montant équivalent au déficit de trésorerie enregistré à fin 1999 permettrait de réaliser un équilibre, sinon satisfaisant, acceptable dans un premier

temps pour l'établissement. Il pourrait, en outre, s'inscrire dans une perspective pluriannuelle et, pourquoi pas, être officialisé dans le contrat d'objectifs et de moyens ( COM) de l'établissement.

Par ailleurs, la qualité de son plateau technique, le savoir faire de ses équipes médicales et la qualité de sa prise en charge du patient, donne au CHU de Fort de France un pouvoir attractif fort et une place prépondérante au sein du bassin caribéen.

Cette attractivité se traduit depuis de nombreuses années, par un développement de nombreuses spécialités au sein même de l'établissement, et par une croissance régulière de son activité.

Une mise à niveau budgétaire prenant en compte l'activité réelle permettrait de régler définitivement le problème des reports de charges évoqués ci dessus et accorderait à l'établissement toutes les chances de pouvoir remplir ses missions dans des conditions optimales.

**En définitive** , les mesures préconisées pour faire face à un besoin en fonds de roulement structurellement élevé visent dans l'ensemble un renforcement du système de facturation de l'hôpital et le développement d'une réelle synergie avec les services du trésorier principal.

En elles mêmes elles ne constituent pas des innovations majeures dans ce domaine, dans la mesure où elles ont été expérimentées avec succès par d'autres structures hospitalières qui en témoignent régulièrement.

Par ailleurs elles sont fortement recommandées par les autorités sanitaires qui encouragent ainsi les gestionnaires hospitaliers à les mettre en œuvre dans le cadre d'une contractualisation avec le comptable public afin que leur soient accordées au départ les meilleures garanties de réussite.

S'agissant des revalorisations budgétaires, leur obtention sera garantie par la puissance des arguments et la capacité de négociation que l'établissement pourra développer en arguant des nouvelles mesures organisationnelles déployées et l'engagement affiché de préserver avec la rigueur qui s'impose, l'équilibre budgétaire et financier de l'établissement, dans l'avenir.

## **4.3 ... DE LA MISE EN ŒUVRE D'UNE GESTION ACTIVE DE LA DETTE ET DE LA TRESORERIE**

Améliorer sa trésorerie par la mise en œuvre d'une gestion de la dette relève d'un choix stratégique. C'est l'étape ultime d'un processus qui débute par une analyse financière des équilibres bilantiels (état du fonds de roulement et du besoin en fonds de roulement), pour se prolonger dans la mise en œuvre d'une politique d'amélioration du recouvrement élaborée en concertation avec le trésorier principal.

Lorsque le gestionnaire recherche des solutions pour procéder à une optimisation de sa trésorerie il engage de fait une réflexion sur la régulation de ses flux financiers.

A l'heure actuelle il existe un certain nombre de techniques éprouvées dans le domaine financier qui permettent d'obtenir la maîtrise de ces flux financiers.

La gestion active de la dette tout d'abord , qui vise à réduire la dépense liée aux frais financiers par un double mécanisme basé sur le réaménagement de la dette , la sélection des nouveaux emprunts et leur date de mobilisation.

La gestion active de la trésorerie ensuite, vise à maintenir un solde de trésorerie proche de zéro. Elle implique une programmation journalière des encaissements et des décaissements et une synergie forte avec les services du comptable. Par ailleurs quand la technique de la trésorerie zéro est combinée avec celle du DCP (délai conventionnel de paiement ) des fournisseurs, les économies qu'elle permet de dégager sur les achats autorisent la mise en œuvre d'une ligne de crédit de trésorerie.

### **4.3.1 LES CARACTERISTIQUES DE LA GESTION ACTIVE DE LA DETTE**

Le premier constat à établir concerne la dimension réelle à accorder à la dette. Aujourd'hui celle ci ne peut plus être considérée comme une dépense obligatoire et rigide dans tous ses aspects comme cela a longtemps été le cas. Elle n'est pas non plus la résultante financière de décisions d'investissements réalisés dans le passé sur laquelle le présent et l'avenir n'ont plus de prises. Aujourd'hui le gestionnaire avisé peut et doit agir sur chaque composante de sa dette passée et future. C'est " une variable malléable qui doit non seulement s'adapter aux moyens budgétaires de l'établissement et à ses projets à long terme, mais être un levier financier au service d'une politique et d'un projet d'établissement "n.

Dans ce domaine, il n'existe pas de vérité absolue. Puisqu'il n'y a pas de norme, il est indispensable de posséder un certain nombre de clés qui sont les principes de base à mettre en œuvre dans ce contexte. Par ailleurs il est indispensable d'acquérir une bonne maîtrise de la technique pour effectuer les choix stratégiques appropriés.

#### **4.3.1.1 Les grands axes**

Les éléments développés ci dessous, correspondent aux grands principes de base retenus par le CHU de Grenoble . Ils sont détaillés dans la presse spécialisée : Revue Hospitalière de France - N°1 - janvier - février 2000 à la page 39.

Pratiques ils ont l'avantage de résumer un certain nombre de mesures indispensables pour une mise en œuvre efficiente de la gestion de la dette. Ils se déclinent en 5 axes.

◆ **Le premier axe** est aussi un objectif de la gestion de la dette. Il consiste à minimiser le coût du stock de la dette en utilisant la technique du réaménagement. Il s'agit par exemple dans un contexte favorable, d'opérer un réaménagement des emprunts caractérisés par des taux élevés, en utilisant les potentialités en cours sur les marchés monétaires ou obligataires.

◆ **Le deuxième axe** consacre la répartition des risques financiers dans le portefeuille d'emprunts en recherchant un équilibre entre les différents produits bancaires. Il s'agit dès lors d'opérer un panachage adapté en fonction de la conjoncture, entre les emprunts à taux fixes, les emprunts à taux variables et les emprunts à taux révisables obligataires ou monétaires.

◆ **Le troisième axe** procède de l'application d'un principe de prudence. Il s'agit d'avoir recours aux contrats de couverture du risque de taux. Il permet à l'emprunteur de se prémunir contre la volatilité des taux d'intérêt.

◆ **Le quatrième axe** quant à lui, relève de l'application d'une règle de bon sens. En effet parce que les instruments de protection contre le risque de taux ne sont pas d'une utilisation facile et que les montants en jeu sont relativement importants, le gestionnaire doit requérir l'aide active des banquiers afin d'effectuer le suivi des marchés financiers indispensable dans cette logique.

◆ **Le cinquième axe** enfin, appelle à réaliser le " reprofilage " du tableau d'extinction de la dette afin de mieux cerner les créneaux budgétaires offerts par les évolutions d'amortissement du capital de la dette. Il s'agit en la matière de lisser les pics et les creux qui peuvent apparaître dans le profil d'extinction de la dette ou de les modifier de façon à ce qu'ils s'intègrent au budget de trésorerie de l'établissement et qu'ils s'adaptent aux moyens d'investissement dont dispose l'établissement.

### 4.3.1.2 La méthodologie de la gestion de la dette

Les différentes étapes qui sont retracées ici, s'inspire de l'ouvrage sur " la gestion active de la dette " réalisé par Bernard BONNO°.

Dans un contexte baissier , le réaménagement de la dette s'analyse comme un acte de gestion avisé.

**La première étape de cette démarche consiste à s'interroger sur l'état de la dette de l'établissement considéré.**

Dans un premier temps il faut recueillir un certain nombre de données pertinentes. A ce stade , l'analyse des divers contrats d'emprunts se révèle indispensable.

Les éléments dégagés de ces contrats peuvent être regroupés dans un tableau récapitulatif suivant le modèle suivant :

ETAT DE LA DETTE AU 1/1 N	Emprunt X	Emprunt Y	Emprunt Z	Emprunt W
Nom de l'établissement prêteur				
Année de l'emprunt				
Capital emprunté				
Index				
Marge				
Taux initial				
Taux à l'échéance				
Durée initiale				
Durée résiduelle				
Périodicité de l'échéance				

Dans un deuxième temps il faut déterminer la structure de l'emprunt.

Cette démarche répond à un double objectif.

☞ D'une part analyser le poids représenté dans l'encours par les différents prêteurs, par la durée résiduelle, par le niveau de taux et par les différents types de taux.

☞ D'autre part connaître le profil d'extinction de la dette et la répartition infra annuelle des échéances.

**Dès lors le réaménagement de l'encours qui correspond à la seconde étape, peut être opéré.**

Il se déroule en deux temps :

Tout d'abord il convient de sélectionner les emprunts du portefeuille susceptibles de pouvoir faire l'objet d'un réaménagement. Un certain nombre de critères internes à l'établissement peuvent être retenus, mais le critère déterminant doit demeurer le taux d'équilibre. Ce taux permet en effet de déterminer le seuil de refinancement en dessous duquel l'établissement à intérêt à rembourser par anticipation.

Ce taux d'équilibre se calcule à partir de la formule suivante avec l'aide d'une calculatrice financière ( source : Bernard BONNO. La gestion active de la dette).

$$(CRD + IA) = \frac{S a}{(1 + e)^n}$$

**CRD** : le capital restant dû

**IA** : l'indemnité actuarielle ou plus généralement la pénalité appliquée par l'organisme financier dans les cas de remboursement anticipé.

**a** : la valeur de l'annuité

**n** : le nombre d'annuité restant à courir

**e** : **le taux d'équilibre recherché**

Il convient ensuite de rendre les arbitrages concernant la technique de réaménagement retenue. Il en existe plusieurs, cependant les plus fréquemment rencontrées sont les suivantes :

➤ **le remboursement anticipé** qui consiste à se libérer d'un contrat d'emprunt à une date antérieure à celle fixée à la signature moyennant généralement le paiement d'une indemnité. Il peut être autorisé ou interdit par une clause du contrat.

➤ **le compactage** qui est une technique présentant l'avantage d'opérer une diminution significative des lignes du portefeuille d'emprunts. Il consiste à opérer une refonte de plusieurs contrats d'emprunts ayant des caractéristiques communes en un nouvel emprunt contracté aux conditions actuelles du marché. Il est évident que celles ci doivent être meilleures pour que cette opération puisse se justifier.

➤ **la consolidation** qui permet d'alléger le remboursement du capital d'un emprunt par l'étalement sur une plus grande période des échéances. Si cette technique contribue à diminuer le poids de la dette, elle augmente proportionnellement les frais financiers y afférents.

➤ **le lissage infra - annuel** qui est surtout employé dans une optique de gestion optimale de la trésorerie. Cette technique permet de " reprofiler " au gré du gestionnaire le montant des échéances annuelles de la dette et leur période de remboursement dans l'année.

La gestion de la dette procède d'une logique qui permet d'affiner le choix des nouveaux emprunts.

En effet la logique qui prévaut en matière de gestion active de la dette doit être appliquée à la sélection des nouveaux emprunts .

Cette logique impose le suivi d'un processus rigoureux jusqu'à la présentation des arbitrages définitifs.

Ce processus peut être décomposé en deux étapes.

Dans un premier temps il faut procéder à une mise en concurrence des établissements financiers tout en veillant à ce que le périmètre de consultation soit défini le plus largement possible pour avoir des chances d'obtenir les meilleures conditions de crédit du moment.

Dans un deuxième temps, les arbitrages seront rendus après comparaison des différentes offres. Cette comparaison devant s'effectuer sur une base multicritères comprenant des critères quantitatifs (types de taux, index, périodicité de remboursement, durée, commissions, base de calcul...), et des critères qualitatifs (possibilité de remboursement anticipé, type d'amortissement, pénalités de remboursement...)

La gestion dynamique de la dette doit s'accompagner d'une protection contre les risques de taux.

La gestion active de la dette s'effectue en tenant compte des opportunités existantes sur le marché financier. Dans un contexte où les taux d'intérêt sont historiquement bas, il apparaît judicieux de contracter des emprunts à taux révisable ou variable et en tous les cas indexé sur le marché monétaire puisque ce sont les plus intéressants. Ces taux s'ils sont moins élevés que les taux fixes ont pour contrepartie un indice de volatilité élevé .

En effet des taux historiquement bas n'excluent pas un retournement du marché et donc de la tendance qui aurait pour conséquence une remontée même ponctuelle des taux. Par ailleurs, cette remontée si elle n'a pas été anticipée peut s'avérer une catastrophe financière pour l'établissement.

Ces éléments militent pour que le principe de prudence fasse partie intégrante des caractéristiques de la gestion de la dette.

La protection contre les risques de taux est autorisée et encadrée par la réglementation au même titre que la décision d'emprunter. De même elle relève de la compétence du Conseil d'Administration. C'est une circulaire interministérielle n° 96-651 en date du 12 novembre 1996 qui fixe les règles applicables en la matière et notamment le contenu de la délibération<sup>P</sup>.

Globalement il existe trois formules de couverture contre le risque de taux, d'utilisation courante : l'échange de taux ou " SWAP ", le contrat de taux plafond ou " CAP ", le tunnel de taux ou " COLLAR" . A côté de ces contrats de base, il existe de nombreux autres produits réalisant des combinaisons multiples. Tous sont issus de l'imagination fertile des uns et des autres mais surtout de l'imagination infernale des banquiers.

Quelque soit son efficacité la gestion active de la dette doit être relayée par la mise en œuvre d'une gestion dynamique de la trésorerie.

### **Vers un réaménagement de la dette au CHU de Fort de France...**

Le portefeuille des emprunts du CHU de Fort de France contient à l'heure actuelle un peu plus d'une cinquantaine de lignes d'emprunts.

Il faut noter que la direction du CHU de Fort de France a procédé récemment (moins de 4 ans) à un réaménagement de certains emprunts. Ce réaménagement a eu pour effet de ramener le taux moyen des emprunts sélectionnés de 9,56% à 7,22%.

Le tableau suivant retrace les caractéristiques de quelques emprunts faisant partie du portefeuille actuel de l'établissement. Une simulation a été réalisée sur ces lignes, choisies en fonction du poids qu'elles représentent dans la charge totale de la dette (investissement et exploitation).

Ces divers emprunts présentent les caractéristiques suivantes :

- taux fixe , en moyenne supérieur à 10%
- amortissement progressif
- échéance annuelle
- prêteur CDC ( caisse des dépôts et consignations)
- profil d'extinction de la dette et répartition infra annuelle des échéances (récapitulés dans les

**annexes 4 et 5).**

Le niveau élevé des taux fixes dans un contexte plutôt favorable actuellement, a constitué également un critère de sélection non négligeable.

Le taux d'équilibre a été recherché en prenant en compte une pénalité de 6 mois d'intérêt à laquelle s'ajoute une commission de 0,01% du capital restant dû. Cette pénalité a été retenue sur les indications du banquier qui a par ailleurs indiqué que les taux actuels du marché monétaire permettait un refinancement au taux de 5,5% à 6,5%.

Les taux d'équilibre pouvant être calculés pour ces emprunts sont les suivants:

capital	taux initial	durée initiale	Vpm = annuités constantes	durée résid.	capital restant dû + indemnité.	Taux d'équilibre
15 000 000	12,06%	23	-1 951 213,41 F	13	13 744 888	10,16%
6 781 000	12,25%	23	-893 291,66 F	13	6 219 173	10,39%
13 600 000	12,25%	23	-1 791 589,23 F	13	12 473 197	10,39%
30 471 000	10,50%	25	-3 486 775,80 F	16	28 549 036	9,25%
37 000 000	10,29%	21	-4 365 478,32 F	11	31 456 415	7,81%
20 000 000	10,42%	22	-2 349 403,93 F	11	17 404 961	7,24%

A l'heure actuelle les emprunts en porte feuille peuvent difficilement faire l'objet d'un remboursement anticipé ou d'un compactage, pour les raisons suivantes:

- emprunts déjà réaménagés ; les conditions de réaménagement proposées par le banquier dans ce cas sont très restrictives et contraignantes
- emprunts dont la durée résiduelle est trop courte; l'intérêt est de ce fait limité
- emprunts qui ne sont pas encore dans leur "deuxième moitié de vie"; dans ce cas le réaménagement ne peut être effectué.

En revanche ils peuvent faire l'objet d'un lissage infra annuel pour une optimisation de la gestion de dette et partant de la gestion de trésorerie.

Il apparaît, alors, intéressant d'entamer des négociations de réaménagement avec les différents partenaires financiers, premiers pas vers une gestion dynamique de la dette et de la trésorerie.

## 4.3.2 LA METHODOLOGIE DE LA GESTION ACTIVE DE LA TRESORERIE

La démarche repose sur une maîtrise des flux de décaissements et d'encaissements , c'est à dire une planification de la trésorerie.

Elle recoupe deux objectifs prioritaires:

- ❶ maintenir un solde de trésorerie proche de zéro ;
- ❷ dégager des produits financiers.

**4.3.2.1 L'objectif de trésorerie zéro repose sur un principe simple :la minimisation de l'encaisse.**

Il s'agit d'opérer une adéquation la plus stricte, au jour le jour, entre les décaissements et les encaissements.

Dans un souci d'exhaustivité il convient de rappeler en préalable, l'existence d'un cadre réglementant l'organisation des relations entre l'ordonnateur et le comptable. Ce dispositif prévoit en outre la production et la communication à l'ordonnateur de documents comptables relatifs notamment à la gestion de trésorerie : situations des disponibilités (solde du compte, prévisions d'encaissements et de décaissements), tableaux de gestion de la trésorerie (solde du compte, réalisations d'encaissements et de décaissements sur une période), balance générale des comptes.

Il va sans dire que le seul respect des obligations de ce dispositif réglementaire ne permet pas la mise en œuvre d'une gestion dynamique de la trésorerie qui exige par ailleurs, un partenariat efficace avec le comptable reposant sur une réelle synchronisation des différentes opérations de gestion comptable.

Globalement les expériences relatées par les hôpitaux qui se sont engagés dans la gestion dynamique de la trésorerie, font état d'un certain nombre d'étapes qu'il faut franchir avant de parvenir à la mise en place du dispositif final.

**La première étape** consiste à observer et à analyser sur une année les évolutions respectives des flux d'encaissements et de décaissements. L'intérêt de cette rétrospective étant de déterminer les économies qu'une gestion de trésorerie aurait permis de réaliser.

**La deuxième étape** permet à la lumière de cet historique de définir un plan prévisionnel de trésorerie, soit une prévision des dépenses et des recettes mensuelles dans un premier temps. Ce plan devra ensuite être décliné en prévisions infra mensuelles.

**L'étape suivante** met en évidence la pratique quotidienne de la gestion de trésorerie. Elle sera réalisée à partir d'un état quotidien et actualisé de la trésorerie potentielle élaboré par les services du receveur principal et communiqué chaque jour au service financier en charge du suivi de la trésorerie. **(voir annexes 6 & 7 exemple du CHU de Limoges)**

Sur la base d'échanges quotidiens d'informations sur les réalisations du jour ( ou de la veille dans certains cas) et sur les prévisions à 4 jours (moyenne indicative) fournies par le comptable, l'ordonnateur décide au vu des soldes prévisibles de trésorerie, des mandats pouvant faire l'objet de priorités de paiement. Son objectif étant de parvenir à minimiser son solde de trésorerie.

Cet état quotidien constitue un outil indispensable pour que soient rendus les arbitrages appropriés relatifs notamment à la **ligne de trésorerie** (tirage ou remboursement) qui à ce stade se révèle un instrument nécessaire.

#### **4.3.2.2 La gestion de trésorerie permet des économies substantielles sur les achats**

Dès que les procédures ont été arrêtées, validées et fiabilisées, l'étape suivante peut être amorcée.

Elle consiste à élaborer en accord avec le receveur comptable de l'établissement des délais de règlement conventionnel qui seront ensuite proposés aux fournisseurs.

Le délai conventionnel de paiement, appelé encore DCP, sera proposé généralement aux fournisseurs qui réalisent avec l'établissement un volume de chiffres d'affaire annuel significatif.

Le DCP consiste après sélection d'un fournisseur à négocier un taux d'escompte moyennant un paiement de ses factures "en urgence". Ce taux d'escompte doit tenir compte du coût du loyer de l'argent rapporté au délai contractuel de règlement.

Afin de garder un contrôle total de l'ensemble du dispositif, il conviendra d'envisager une montée en charge progressive du volume de fournisseurs à régler dans un délai conventionnel. Cette précaution est aussi une assurance de garder constamment la maîtrise des potentialités de décaissements de l'établissement.

Les fournisseurs qui n'auront pas contractualisé dans ce cadre avec l'hôpital continueront à bénéficier du délai légal en vigueur

Pour respecter les engagements contractuels pris vis à vis de ses fournisseurs l'ordonnateur peut faire appel à une ligne de crédit de trésorerie.

Les modalités d'utilisation de cette opération de crédit sont précisées par une lettre DH/AF n° 268 du 5 septembre 1994<sup>9</sup>.

Plus récemment, la circulaire n° 2000-319 du 8 juin 2000 relative à la gestion de la trésorerie des établissements des établissements publics de santé rappelle aux gestionnaires hospitaliers la possibilité qui leur est accordée de recourir à une ligne de trésorerie dans le cadre d'une gestion optimale du haut de bilan. Par ailleurs elle en précise les objectifs à terme: "permettre de réaliser des économies budgétaires au niveau du poste des intérêts des emprunts."

Ainsi la ligne de trésorerie constitue un instrument financier qui permet de disposer à tout moment de fonds supplémentaires et ainsi d'assurer un paiement régulier et "juste à temps " des fournisseurs. Lorsque le solde de trésorerie devient excédentaire l'établissement doit rembourser ses lignes de crédit tout en continuant à effectuer la gestion de ses décaissements.

Actuellement de nombreux produits extrêmement souples et attractifs existent dans ce domaine. Certains vont même jusqu'à accorder à l'établissement le décompte des intérêts normalement courus pendant le "week end": samedi et dimanche.

L'intérêt de ce recours à une ligne de trésorerie pour optimiser ses moyens réside essentiellement dans le gain financier attendu qui va résulter de la différence entre les économies financières réalisées sur les achats et les frais financiers engagés lors des tirages sur lignes de trésorerie.

En aucun cas le taux d'escompte ne devra être inférieur au taux supporté sur la ligne de crédit de trésorerie. Ainsi pour une ligne de trésorerie contractée au taux actuariel de 6,44%, un raccourcissement du délai normal de paiement de 15 jours devra s'accompagner d'un escompte minimum de 0,3%, soit approximativement :  $[(1,0644)^{15/365} - 1]^f$ .

De nombreux témoignages font état de résultats extrêmement encourageants, dans ce domaine. Le cas du CHU de Limoges est à ce titre particulièrement exemplaire.

**Le tableau de l'annexe 8 (synthèse des gains réalisés par le CHU de Limoges)** retrace sur une période allant de 1991 à 1998 les gains nets dégagés par ce CHU dans le cadre de la gestion de sa trésorerie. Cette gestion s'appuyant sur une articulation étroite entre l'objectif de trésorerie zéro d'une part, le suivi et le respect du délai conventionnel de paiement (DCP) accordé aux fournisseurs d'autre part et enfin l'utilisation d'une ligne de crédit de trésorerie.

Les produits financiers dégagés dans ce cadre ont assuré une couverture large des frais financiers de la ligne de trésorerie. Par ailleurs ils ont permis d'engranger de réels gains financiers qui ont servi à gager des dépenses supplémentaires au budget d'exploitation de l'établissement pour un global de 13 millions de francs pour la période.

### **Vers une trésorerie zéro au CHU de Fort de France...**

Le CHU de Fort de France a depuis peu initié une démarche visant à mettre en place un objectif de trésorerie zéro. Progressivement se mettent en place avec le comptable de l'établissement des échanges quotidiens relayés par des informations qui deviennent aussi plus fiables.

Au regard des expériences passées et puisque le processus de trésorerie zéro est en cours de validation, il apparaît d'ores et déjà nécessaire de s'attaquer à l'étape suivante de la gestion de trésorerie: à savoir la négociation d'escomptes fournisseurs et simultanément la négociation de lignes de crédit de trésorerie adaptées aux besoins de l'établissement.

En dépit de réelles difficultés de trésorerie que cet établissement connaît de manière structurelle et récurrente, il apparaît possible de mettre ce type de démarche en œuvre. En effet la mise en application d'un délai conventionnel de paiement, sous conditions d'escompte, constitue un atout supplémentaire pour une gestion encore plus dynamique de la trésorerie.

Le succès de la démarche devant être assuré par une montée en charge progressive, pour que le processus puisse rester en permanence sous le contrôle des initiateurs de ce qui pourrait constituer un véritable challenge pour le CHU de Fort de France.

## 5 CONCLUSION GENERALE

Les difficultés de trésorerie du CHU de Fort-de-France présentent certes un tableau complexe et parfois inquiétant.

Cependant, cette situation n'est pas irréversible et peut évoluer favorablement si des solutions efficaces sont mises en œuvre sur la base d'un constat réaliste.

Ces solutions qui ont été évoquées dans notre étude ne sont certes pas des recettes magiques ni des "trouvailles providentielles" mais elles pourront si elles sont effectivement appliquées, faire évoluer favorablement la situation de trésorerie de l'établissement.

La clef de voûte du dispositif novateur repose sur la régulation des flux financiers.

Ce dispositif s'articule autour de quatre axes majeurs :

- ❶ la réorganisation des services visant une amélioration de l'émission et du recouvrement des recettes;
- ❷ l'adoption d'une logique de gestion active de la dette;
- ❸ la mise en place d'une gestion dynamique de la trésorerie;
- ❹ l'aide financière et budgétaire de l'agence régionale de l'hospitalisation

La mise en application de ces trois premiers axes doit s'appuyer sur une méthodologie rigoureuse orientée vers un objectif d'amélioration continue.

La mise en œuvre de la quatrième est plus hypothétique.

Un audit détaillé de la situation constitue le point de départ à partir duquel pourront être rendus les arbitrages nécessaires.

Il convient donc de mettre en place un comité de pilotage placé sous la responsabilité du directeur chargé des admissions afin de procéder à une analyse fouillée des axes de progrès repérables dans le fonctionnement actuel.

Il conviendra d'impliquer dans le processus, les personnes ressources des services concernés qui seront en première ligne dans la conduite des changements et de l'amélioration escomptée.

La mise en place d'une politique de gestion active de la dette basée sur une analyse financière rigoureuse devrait contribuer à diminuer la charge de la dette et à améliorer sensiblement la situation budgétaire de l'établissement.

C'est à notre sens, une des missions urgentes qui incombera au directeur des services financiers en cours d'affectation dans l'établissement.

Enfin , la gestion dynamique de la trésorerie qui ne peut prendre toute sa dimension qu'à la faveur d'une amélioration significative des moyens alloués au CHU de Fort-de-France suppose un contrat renouvelé entre les services du Trésor Public et ceux de l'Ordonnateur Hospitalier.

L'arrivée d'un nouveau trésorier principal doit être la possibilité d'ouvrir une page nouvelle dans les relations ORDONNATEUR / COMPTABLE au CHU de FORT-DE- FRANCE .

Les différentes initiatives prises au cours des dernières années démontrent la forte préoccupation de la direction du CHU de Fort - de - France pour tenter d'améliorer la situation de trésorerie . L'insuffisance évidente des moyens mis à disposition de ce CHU dont l'activité est en pleine expansion, a malheureusement limité une grande partie des efforts consentis par l'institution.

Si ce constat retient l'attention des planificateurs hospitaliers, les solutions préconisées dans cette étude prendront alors tout leur sens et devraient faire sentir leurs effets dans la gestion financière du CHU de FORT-DE- FRANCE.

## 6 BIBLIOGRAPHIE

### 1) Ouvrages

ANGELLOZ-NICOUD (Michel) - La gestion financière de l'hôpital public. Gestion de trésorerie - Gestion de dette - Gestion du financement des investissements - Paris : Berger -Levrault, 1996 – 273p.

BARZIC (JG.), DELNATTE (JC.), GROLIER (J.), HARDY (JP.), LAURIER (M.)- Analyse et gestion financières - Rennes : ENSP, 1995 – 352p.

BONNO (Bernard)-La gestion active de la dette dans les établissements sanitaires et sociaux – Rennes : ENSP, 1999-78p.

CAZENAVE (Jean-Claude)-Eléments de comptabilité hospitalière - Paris : Berger –Levrault, février 1993-275p.

CLEMENT (Jean-Michel)-Mémento de droit hospitalier-8e édition - Paris : Berger-Levrault, 1998-233p.

DALSTEIN (Emile), DANNIEL (Claude), LENFANT (Bernard), REGNAULT (Ph) - Fichier annoté de comptabilité hospitalière à l'usage des établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux – Rennes : ENSP, 1995.

DUPONT (Marc), ESPER (Claudine), MUZZIN (Louise), PAIRE (Christian) - Droit hospitalier – Paris : Dalloz -mars 1997- 459p.

FAUJOUR (Véronique), GRAFFIN (Jean Pierre) - Trésorerie "0"- Rennes : ENSP, 1991.

MINISTERE DE L'ECONOMIE DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE - Les comptes des établissements publics de santé - Paris: La documentation française, 1998, 227p

## **2) Revues**

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION, MINISTERE CHARGE DE LA SANTE - Ordonnateurs et comptables hospitaliers: de nouvelles relations dans les établissements publics de santé - Informations hospitalières - novembre -décembre 1991.

BONHOMME (Catherine) - La gestion de trésorerie pour quoi faire ? - Revue Hospitalière de France n°1 , janvier -février 2000.

CHARTIER (Hervé) , DIEUMEGARD(Pierrick) , PERARD (Yvan) -Convention de partenariat avec la trésorerie: les points clés - Revue Hospitalière de France n°1 , janvier -février 2000.

COMPERE (Michel) -"La recherche d'une trésorerie zéro - Les enjeux"- Revue Hospitalière de France n°4 , juillet - août 1995.

DIEUMEGARD (Pierrick) – Convention de partenariat avec la trésorerie : les points clés. RHF n°1, janvier – février 2000.

FAUJOUR (Véronique)- La gestion des recettes hospitalières- Informations hospitalières , n°35-janv 1992.

FAUJOUR (Véronique), CHAMPEVAL (Pierre) - Les incidences de la mise en place d'une gestion prévisionnelle de trésorerie - Revue Hospitalière de France n°4 , juillet - août 1995.

LOURDELET (Mireille) - Améliorer la trésorerie par accroissement des recettes -Gestions hospitalières n°306 - mai 1991.

MADELMONT (François) , PASTRELLO (Marie-Claude) - Gestion active de la dette et ligne de crédit de trésorerie - Revue Hospitalière de France n°1,janv-fév 2000 .

PESCE (Christine), BAYER (Jacques) - Les incidences des actions de limitation des créances irrécouvrables - Revue Hospitalière de France n°4 , juillet -août 1995.

Rapport de la cour des comptes - La gestion hospitalière dans le collimateur -Décision santé n°135 - octobre 1998.

Rapport de synthèse du groupe de travail de la direction des hôpitaux - "Facturation et recouvrement des titres de recettes hospitalières " - La revue du trésor,n°12,déc 1991.

### **3) Rapport**

COURS DES COMPTES - La gestion de la trésorerie et de la dette des collectivités territoriales (rapport au Président de la République) - Paris, novembre 1991 - 210p.

ESPER (Claudine)- Rapport au ministre chargé de la santé. Propositions d'expérimentations pour l'hôpital public - Paris, 1994

## 7 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

- <sup>a</sup> Véronique Faujour et Jean Pierre Graffin. Trésorerie "0", 1991, Rennes
- <sup>b</sup> Henri Meunier, François de Barolet, Pierre Boulmer. La trésorerie des entreprises; Paris : 1984 Edition DUNOD
- <sup>c</sup> Ministère de l'économie des finances et de l'industrie. Les comptes des établissements de santé, Paris : 1998
- <sup>d</sup> Ministère de l'économie des finances et de l'industrie. Les comptes des établissements de santé, Paris : 1998
- <sup>e</sup> Véronique Faujour et Jean Pierre Graffin. Trésorerie "0", 1991, Rennes, p. 25
- <sup>f</sup> Créances hors caisse pivot, hors ANV, hors avances reçues.
- <sup>g</sup> Instruction M21
- <sup>h</sup> Jean - Guy Barzic, JC Delnatte, J. Grolier, JP Hardy, M Laurier. Analyse et gestion financières, Rennes :1995, p. 164
- <sup>i</sup> Véronique Faujour et Jean Pierre Graffin. Trésorerie "0", 1991, Rennes p. 27
- <sup>j</sup> Michel Angelloz-Nicoud . La gestion financière de l'hôpital public, Paris : 1996, p.115-119
- <sup>k</sup> Rapport de synthèse du groupe de travail. "Facturation et recouvrement des titres de recettes hospitalières". Informations hospitalières, n° 33, nov.- déc. 1991, p.32
- <sup>l</sup> Claudine Esper. Rapport au ministre chargé de la santé. Propositions d'expérimentations pour l'hôpital public, Paris, 1994
- <sup>m</sup> P. Dieumegard, Y Pérard, H Chartier. "Convention de partenariat avec la trésorerie". Revue Hospitalière de France, n°1, janv - fév.2000, p.47 - 49
- <sup>n</sup> Michel Angelloz-Nicoud . La gestion financière de l'hôpital public, Paris : 1996, p.125
- <sup>o</sup> Bernard BONNO. La gestion active de la dette, Rennes, 1999
- <sup>p</sup> Bernard BONNO. La gestion active de la dette, Rennes, 1999, p.70
- <sup>q</sup> Bernard BONNO. La gestion active de la dette, Rennes, 1999, p. 69
- <sup>r</sup> Jean - Guy Barzic, JC Delnatte, J. Grolier, JP Hardy, M Laurier. Analyse et gestion financières, Rennes :1995 p. 304