



## INSTRUCTION

N° 03-071-M21 du 18 décembre 2003

NOR : BUD R 03 00071 J

Texte publié au **Bulletin Officiel de la Comptabilité Publique**

### ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

#### ANALYSE

Principales dispositions de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 dite "ordonnance de simplification sanitaire" et diffusion de la circulaire DHOS/2003 n°485 du 13 octobre 2003 - Diffusion de la circulaire portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable : nomenclatures M21 au 1er janvier 2004

Date d'application : 01/01/2004

#### MOTS-CLÉS

COLLECTIVITÉS ET ÉTABLISSEMENTS PUBLICS LOCAUX ;  
ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ ; COMPTABILITÉ M21 ; NOMENCLATURE ;  
BUDGET ; AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION

#### DOCUMENTS À ANNOTER

Instructions n° 00-098-M21 du 18 décembre 2000, n° 01-024-M21 du 22 février 2001, n° 01-107-M21 du 20 novembre 2001, n° 01-118-M21 du 11 décembre 2001, n° 02-090-M21 du 4 novembre 2002, n° 02-103-M21 du 27 décembre 2002, n° 03-031-M21 du 12 mai 2003

#### DOCUMENTS À ABROGER

Néant

#### DESTINATAIRES POUR APPLICATION

RGP	TPG	TGAP	RF	T	DOM							

*DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COMPTABILITÉ PUBLIQUE*

*6<sup>ème</sup> Sous-direction - Bureau 6B*

## SOMMAIRE

<b>1. L'ORDONNANCE DE SIMPLIFICATION SANITAIRE DU 4 SEPTEMBRE 2003 .....</b>	<b>3</b>
1.1. le transfert de compétences détenues par le ministre ou le préfet au profit des directeurs d'arh.....	3
1.2. la simplification de la planification sanitaire et du régime des autorisations .....	4
1.3. la simplification des formules de coopération.....	4
1.3.1. Suppression de certaines structures de coopération.....	4
1.3.2. Le groupement de coopération sanitaire (GCS) devient l'outil privilégié de coopération dans le secteur sanitaire.....	5
1.4. de nouveaux instruments juridiques pour la relance de l'investissement hospitalier.....	6
1.4.1. La possibilité de passer des marchés globaux.....	6
1.4.2. Le recours au bail emphytéotique administratif (BEA) .....	6
1.4.3. L'intervention des collectivités territoriales et des sociétés d'économies mixtes locales (SEML) dans l'investissement hospitalier .....	6
1.5. l'activité libérale des praticiens hospitaliers .....	7
<b>2. LA MISE À JOUR DE LA NOMENCLATURE M21 AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2004 .....</b>	<b>7</b>
2.1. suppression des budgets annexes "u" et "v".....	7
2.1.1. Modalités .....	7
2.1.2. Précisions comptables et informatiques :.....	8
2.2. modifications de nomenclature au 1 <sup>er</sup> janvier 2004.....	8
2.2.1. Nomenclature des comptes composant les groupes fonctionnels.....	8
2.2.2. Nomenclature budgétaire et comptable .....	9
2.2.3. Liste des comptes à ouvrir à la balance des comptes du grand-livre du budget général des établissements publics de santé .....	13
2.2.4. Tableau de transposition des comptes au 1 <sup>er</sup> janvier 2004.....	16

## LISTE DES ANNEXES

ANNEXE N° 1 : Circulaire DHOS n° 2003-485 du 13 octobre 2003 .....	19
ANNEXE N° 2 : Circulaire DHOS/F4/DGCP/6B/2003 n°533 du 19 novembre 2003 .....	34

La présente instruction a pour objet de porter à la connaissance des trésoriers hospitaliers :

- les principales dispositions de l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, dont les dispositions ont été explicitées dans une circulaire DHOS/2003 n°485 du 13 octobre 2003 figurant en annexe de la présente instruction ;
- la circulaire interministérielle DHOS/F4/DGCP/6B/2003 n°533 du 19 novembre 2003 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable : nomenclature M21 au 1<sup>er</sup> janvier 2004.

## **1. L'ORDONNANCE DE SIMPLIFICATION SANITAIRE DU 4 SEPTEMBRE 2003**

Cette ordonnance, qui modifie le code de la santé publique (CSP), constitue une étape significative de la mise en œuvre du plan " Hôpital 2007 ", en visant d'une part, à simplifier l'organisation sanitaire et d'autre part, à relancer l'investissement hospitalier.

Elle s'articule autour de 4 axes majeurs :

- le renforcement des compétences des directeurs des Agences régionales d'hospitalisation (ARH), par un transfert de compétences jusque là détenues par le ministre ou le préfet ;
- la simplification de l'organisation sanitaire et notamment de la planification et des formules de coopération ;
- l'introduction de nouveaux dispositifs juridiques afin de favoriser l'investissement hospitalier ;
- la simplification des formalités d'enregistrement des professionnels (point non abordé par la présente instruction).

### **1.1. LE TRANSFERT DE COMPÉTENCES DÉTENUES PAR LE MINISTRE OU LE PRÉFET AU PROFIT DES DIRECTEURS D'ARH**

Le rôle des directeurs d'ARH est renforcé en tant qu'interlocuteurs privilégiés des établissements de santé.

L'ordonnance confère aux directeurs d'ARH la compétence de droit commun pour le contrôle du fonctionnement des établissements de santé et certaines compétences particulières autrefois détenues par le ministre ou le préfet.

Toutefois, elle ne dessaisit pas les préfets de compétences expressément attribuées par d'autres textes comme le pouvoir de police en matière sanitaire et sociale ou le contrôle de légalité des marchés publics des établissements publics de santé (article L.6145-6 du code de la santé publique).

Tableau de transfert de compétences (source : Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées)

Matières concernées	Avant l'ordonnance de simplification	Après l'ordonnance de simplification
Détermination de la liste des établissements dotés de SAMU	Ministre	Directeur de l'ARH
Admission à participer au service public hospitalier	Ministre	Directeur de l'ARH.
Autorisation des centres de lutte contre le cancer	Ministre	Directeur de l'ARH
Contrôle de fonctionnement des établissements de santé	Ligne de partage peu explicite	ARH
Contrôle de l'exécution des lois et règlements à l'intérieur des établissements de santé (sécurité sanitaire)	Préfet	Préfet + Directeur de l'ARH.
Suspension des praticiens exerçant dans les établissements de santé	Préfet	Directeur de l'ARH.
Pouvoir de déférer les praticiens exerçant dans un établissement public de santé devant la chambre disciplinaire	Préfet	Directeur de l'ARH
Autorisation et suspension de l'activité libérale d'un praticien hospitalier	Préfet	Directeur de l'ARH
Autorisation et suspension des pharmacies à usage intérieur des établissements publics de santé	Préfet	Directeur de l'ARH
Arrêté de la dotation globale des institutions qui, sans être des établissements de santé, participent à la lutte contre les maladies mentales	Préfet	Directeur de l'ARH

## 1.2. LA SIMPLIFICATION DE LA PLANIFICATION SANITAIRE ET DU RÉGIME DES AUTORISATIONS

La carte sanitaire est supprimée. Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) devient l'outil de planification sanitaire de référence : il prend en compte la globalité des besoins sanitaires de la population et intègre la psychiatrie.

Les trois types d'autorisations (matériel lourd, installation, activité) sont remplacés par une autorisation d'activité délivrée par le directeur de l'ARH sur la base du SROS, renouvelée de manière tacite tous les 5 ans et complétée par le contrat d'objectifs et de moyens (COM) signé entre l'ARH et chaque établissement qui comporte des objectifs quantifiés par activité.

## 1.3. LA SIMPLIFICATION DES FORMULES DE COOPÉRATION

### 1.3.1. Suppression de certaines structures de coopération

A compter de la publication de l'ordonnance de simplification, aucune communauté d'établissements ne peut être créée. De même, il n'est plus possible de créer un établissement public de santé interhospitalier.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, aucun syndicat interhospitalier ne pourra être créé.

### 1.3.2. Le groupement de coopération sanitaire (GCS) devient l'outil privilégié de coopération dans le secteur sanitaire

#### 1.3.2.1. Missions

Le GCS a pour vocation de :

☞ *"permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement ainsi que des professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement".* Le GCS permet à ses membres de participer à la permanence des soins et de dispenser des soins à des patients de l'un des établissements membres du groupement. Le GCS constitue ainsi le support juridique de la notion de " réseaux de santé " dont le développement a été relancé par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades.

☞ *"réaliser ou de gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur".*

#### 1.3.2.2. Membres

Peuvent être membres d'un GCS :

- les établissements de santé, publics ou privés ;
- les établissements sociaux et médico-sociaux, publics ou privés ;
- les professionnels médicaux libéraux, en tant que personnes physiques ;
- tout organisme concourant aux soins.

Un membre au moins du GCS doit être un établissement de santé.

#### 1.3.2.3. Organisation et fonctionnement

Le GCS est créé dans le cadre d'une convention constitutive approuvée et publiée par le directeur de l'ARH.

Le GCS est doté de la personnalité morale :

- de droit public, lorsqu'il est composé exclusivement d'établissements publics ou d'établissements publics et de professionnels médicaux libéraux ;
- de droit privé, lorsqu'il est exclusivement composé de personnes privées ;
- au choix de droit public ou de droit privé (ce choix étant fixé par la convention constitutive), lorsqu'il est composé à la fois d'établissements publics et d'établissements ou organismes privés.

L'assemblée générale des membres du groupement constitue l'organe délibérant du groupement et est habilitée à prendre toute décision intéressant le groupement. Elle élit, en son sein, un administrateur qui est chargé de la mise en œuvre de ses décisions.

Le groupement peut être créé avec ou sans capital. Les charges d'exploitation sont couvertes par les participations de ses membres. Les conditions d'intervention des personnels sont précisées dans la convention constitutive. Les membres du groupement sont responsables de sa gestion proportionnellement à leurs apports ou à leurs participations.

Un décret d'application de l'ordonnance relatif aux GCS sera prochainement publié.

#### 1.4. DE NOUVEAUX INSTRUMENTS JURIDIQUES POUR LA RELANCE DE L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER

Dans le cadre du plan " Hôpital 2007 " de relance de l'investissement hospitalier (6 milliards d'€ sur 5 ans), l'ordonnance a introduit dans le secteur public hospitalier de nouveaux instruments juridiques permettant des partenariats avec opérateurs publics et privés. Elle donne également une assise juridique à la notion de domaine public des établissements publics de santé et des structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale de droit public (article L.6148-1 CSP).

Par ailleurs, la passation des contrats afférents à ces nouveaux instruments juridiques est soumise à des règles de publicité et de mise en concurrence, distinctes selon le type de contrat.

##### 1.4.1. La possibilité de passer des marchés globaux

Par dérogation à la loi n°85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage public (dite loi "MOP"), l'ordonnance permet aux établissements publics de santé et aux structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale de droit public, de passer des marchés globaux pour la conception, la réalisation, l'entretien et la maintenance de bâtiments et d'équipements hospitaliers (article L.6148-7 CSP).

##### 1.4.2. Le recours au bail emphytéotique administratif (BEA)

Les établissements publics de santé et les structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale de droit public peuvent recourir au bail emphytéotique administratif sur leur domaine propre en vue de faire réaliser par une personne extérieure une opération d'intérêt général relevant de la compétence de l'établissement public de santé ou d'une mission concourant au service public hospitalier (article L.6148-2 CSP).

Le BEA permet ainsi à un opérateur privé de construire sur le domaine public de l'hôpital un bâtiment et de l'amortir sur une période pouvant aller de 18 à 99 ans (en pratique souvent de 18 à 30 ans). En contrepartie de l'utilisation de ce bâtiment, l'hôpital versera à l'opérateur privé un loyer. A l'issue du BEA, l'hôpital devient propriétaire du bâtiment.

Sur le plan juridique, l'hôpital passe avec l'opérateur privé d'une part, un BEA pour occupation temporaire d'un bien du domaine public (terrain d'assiette du futur bâtiment ou bâtiment à restructurer) et d'autre part, une convention de location (convention non détachable du BEA) qui définit les conditions d'utilisation du bâtiment par l'hôpital (et notamment le loyer qu'il devra verser à l'opérateur).

Ce recours à la maîtrise d'ouvrage privée, financé sur le groupe 3, doit préalablement faire l'objet d'une procédure de publicité permettant la présentation de plusieurs offres concurrentes (article L.6148-5 CSP).

##### 1.4.3. L'intervention des collectivités territoriales et des sociétés d'économies mixtes locales (SEML) dans l'investissement hospitalier

L'ordonnance ouvre la possibilité aux collectivités territoriales de réaliser des investissements pour le compte des établissements publics de santé et des structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale de droit public. Cette intervention peut prendre la forme soit d'une maîtrise d'ouvrage directe par la collectivité territoriale (article L.6148-4 CSP), soit d'un BEA passé par la collectivité, sur son domaine public, avec une personne extérieure (article L.6148-3 CSP).

Dans le cas où la collectivité locale passe un BEA avec un tiers en vue de la réalisation d'un équipement pour le compte d'un hôpital, ce dernier devra obligatoirement passer une convention avec le tiers, propriétaire des équipements afin de déterminer notamment la durée et les modalités de location.

Par ailleurs, les SEML deviennent un opérateur privilégié des établissements publics de santé en matière d'investissements. Elles peuvent réaliser des opérations de conception, réalisation, entretien ou maintenance et de financement d'équipements hospitaliers pour les besoins d'un établissement public de santé, notamment par la conclusion d'un BEA, de même que les offices publics d'aménagement et de construction (OPAC) et les sociétés anonymes d'habitations à loyer modéré (SA HLM) à l'exception des opérations de financement.

### 1.5. L'ACTIVITÉ LIBÉRALE DES PRATICIENS HOSPITALIERS

L'ordonnance de simplification modifie l'article L.6154-3 du code de la santé publique. Désormais, les honoraires peuvent être directement encaissés par les praticiens hospitaliers ou encaissés par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital selon le dispositif en vigueur à ce jour.

Dès lors qu'un praticien hospitalier choisit de percevoir ses honoraires, il convient d'établir un avenant au contrat d'activité libérale afin que soit mentionné explicitement le choix du praticien. Cet avenant doit être adressé, pour approbation, au directeur de l'ARH.

En revanche, si le praticien reste dans le dispositif d'encaissement de ses honoraires par le comptable, le contrat d'activité libérale demeure en l'état. Les dispositions prévues par l'instruction n°01-118-M21 du 11 décembre 2001 demeurent applicables.

## 2. LA MISE À JOUR DE LA NOMENCLATURE M21 AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2004

La circulaire interministérielle DHOS/F4/DGCP/6B/2003 n°533 du 19 novembre 2003 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable actualise, au 1<sup>er</sup> janvier 2004, la nomenclature budgétaire et comptable et la nomenclature des comptes à ouvrir à la balance des comptes du grand-livre. Ces modifications résultent notamment de la relance de l'investissement hospitalier dans le cadre du plan "Hôpital 2007", de la mise en œuvre du compte épargne temps (CET) dans la fonction publique hospitalière ou encore du possible regroupement des budgets annexes B, J et K en un seul budget annexe E.

Certains points de la circulaire méritent des précisions complémentaires.

### 2.1. SUPPRESSION DES BUDGETS ANNEXES "U" ET "V"

Les activités de lutte contre l'alcoolisme et les structures pour toxicomanes relèvent désormais du champ de l'action sociale et médico-sociale telle que définie par l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Dès lors, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004, ces activités seront identifiées sous la lettre mnémotechnique "P" (activités relevant de l'article L.312-1 du CASF).

#### 2.1.1. Modalités

**Exemple :** soit un établissement public de santé qui gère en 2003 deux budgets annexes P (suivis sous les lettres P1 et P2), un budget annexe U et un budget annexe V :

Au 1<sup>er</sup> janvier 2004, ces budgets annexes seront gérés de la manière suivante :

budget annexe P1 (inchangé)

budget annexe P2 (inchangé)

*budget annexe P3 (ancien budget U)*

*budget annexe P4 (ancien budget V)*

### 2.1.2. Précisions comptables et informatiques :

Les nomenclatures des budgets annexes U et V sont supprimées ainsi que les comptes spécifiques à ces budgets annexes dans les nomenclatures du budget général (cf. infra).

☞ Les résultats des budgets U et V seront repris dans les nouveaux budgets annexes P.

☞ Les charges et les produits rattachés à l'exercice 2003 dans les budgets annexes U et V feront l'objet respectivement de mandatements et d'émissions de titres dans les budgets annexes P sur l'exercice 2004 à l'issue de la journée complémentaire de l'exercice 2003.

Dans l'application HTR, le rattachement des charges et des produits à l'exercice donne lieu à une procédure particulière qui fait intervenir un mandat ou un titre de régularisation et non un mandat ou un titre d'annulation classique. Le mandat comme le titre de régularisation ne comporte pas de référence à une pièce initiale et est émargé pour ordre à la prise en charge. L'annulation n'étant pas rattachée à une pièce, le changement de code budget n'a pas d'impact.

☞ La transposition des titres et mandats budgets U et V sur les nouveaux budgets P sera possible à l'issue de la journée complémentaire après édition du compte de gestion.

Dans l'application HTR, le comptable devra contacter son DIE (département informatique d'exploitation) HTR et lui indiquer pour chaque budget à transposer la correspondance ancien budget/nouveau budget (par exemple : établissement 001, budget U devient budget P1 et budget V devient P2). Le nouveau code budget P désigné devra être choisi en accord avec l'ordonnateur qui utilisera le même dans les nouvelles émissions de titres et de mandats à partir de l'exercice 2004. Le DIE HTR procédera à la transposition au jour convenu avec le comptable. A partir de cette date, les annulations de titres et de mandats émis sur les budgets annexes U et V sur exercice précédent s'effectueront sur l'exercice 2004 dans les budgets P.

☞ Concernant l'application CLARA, une maintenance 4.15 sera prochainement diffusée. L'initialisation du nouvel exercice 2004 impliquera la suppression des budgets annexes U et V : il sera donc nécessaire de recréer ces budgets annexes sur l'exercice 2004 par les options de l'application (choix 2.4) en prenant soin de réutiliser les mêmes lettres courantes CLARA de l'exercice 2003 pour affecter en 2004 les lettres réglementaires prévues par la présente instruction.

En reprenant l'exemple du 2.1.1. :

*Exercice 2003 :*

Lettre courante CLARA :	P	R	U	V
Lettre réglementaire :	P1	P2	U1	V1

*Exercice 2004 :*

Lettre courante CLARA :	P	R	U	V
Lettre réglementaire :	P1	P2	P3	P4

Si les recommandations sur l'utilisation des mêmes lettres courantes en 2003 et en 2004 sont respectées, la reprise des pièces en balance d'entrée 2004 s'effectuera normalement.

## 2.2. MODIFICATIONS DE NOMENCLATURE AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2004

### 2.2.1. Nomenclature des comptes composant les groupes fonctionnels

- Budget général :

Relève du groupe 3 des recettes d'exploitation, le compte :

- 70626 " Prestations de soins aux patients du Royaume-Uni (Déclaration conjointe d'intention sur la coopération signée le 14 mars 2002) "



### 2.2.2. Nomenclature budgétaire et comptable

- Budget général :

Comptes à ouvrir :

- 106862 " Réserve de compensation pour USLD "
- 106863 " Réserve de compensation – activité relevant de l'article L 312-1 du CASF "
- 1068641 " Hébergement "
- 1068642 " Dépendance "
- 1068643 " Soins "
- 1102 " Soins de longue durée "
- 11031 " Maisons de retraite "
- 11032 " Hospices "
- 11041 " Hébergement "
- 11042 " Dépendance "
- 11043 " Soins "
- 1112 " Soins de longue durée "
- 11131 " Maisons de retraite "
- 11132 " Hospices "
- 11141 " Hébergement "
- 11142 " Dépendance "
- 11143 " Soins "
- 1192 " Soins de longue durée "
- 11931 " Maisons de retraite "
- 11932 " Hospices "
- 11941 " Hébergement "
- 11942 " Dépendance "
- 11943 " Soins "
- 1197 " Report à nouveau déficitaire – ETS (spécifique à l'AP-HP) "
- 1581 " Provisions pour charges de personnel "
- 1582 " Provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- 1583 " Provisions pour charges hôtelières et générales "
- 1584 " Provisions pour charges d'amortissements et frais financiers "
- 40171 " Retenues de garanties "
- 40172 " Oppositions "
- 40471 " Retenues de garanties "
- 40472 " Oppositions "
- 442 " Etat - Impôts et taxes recouvrables sur des tiers "
- 4641 " Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des hôpitaux (FASMO) "
- 4642 " Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) "
- 4643 " Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) "
- 4648 " Autres "
- 516 " Comptes à terme "
- 5186 " Intérêts courus à payer "

- 5187 " Intérêts à courus "
- 68151 " Dotations aux provisions pour risques "
- 68157 " Dotations aux provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices "
- 68158 " Dotations aux autres provisions pour charges "
- 681581 " Dotations aux provisions pour charges de personnel "
- 681582 " Dotations aux provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- 681583 " Dotations aux provisions pour charges hôtelières et générales "
- 681584 " Dotations aux provisions pour charges d'amortissements et frais financiers "
- 70626 " Prestations de soins aux patients du Royaume-Uni (Déclaration conjointe d'intention sur la coopération signée le 14 mars 2002) "
- 758316 " Fonds pour l'emploi hospitalier (RTT) "
- 78151 " Reprises sur provisions pour charges de personnel "
- 78157 " Reprises sur provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- 78158 " Reprises sur autres provisions pour charges "
- 781581 " Reprises sur provisions pour charges de personnel "
- 781582 " Reprises sur provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- 781583 " Reprises sur provisions pour charges hôtelières et générales "
- 781584 " Reprises sur provisions pour charges d'amortissements et frais financiers "

Libellés à modifier :

- le compte 106824 s'intitule désormais " Excédent affecté à l'investissement hospitalier – Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) "
- le compte 106864 " Réserve de compensation – Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) "
- le compte 1104 s'intitule désormais " Excédent affecté à la réduction des charges d'exploitation – Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) "
- le compte 1114 s'intitule désormais " Excédent affecté au financement de mesures d'exploitation – Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) "
- le compte 1194 s'intitule désormais " Report à nouveau déficitaire – Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) "
- le compte 6711 s'intitule désormais " Intérêts moratoires, pénalités sur marchés et dédits payés sur achats et ventes "
- l'expression " activités relevant de l'article L.312-1 du CASF " se substitue à l'expression " activités relevant de la loi sociale n°75-535 du 30 juin 1975 " dans tous les comptes contenant cette dernière.

Comptes à supprimer :

- 106825 " Excédents affectés à l'investissement hospitalier - Activités de lutte contre l'alcoolisme "
- 106826 " Excédents affectés à l'investissement hospitalier - Structures pour toxicomanes "
- 1068621 " Réserve de compensation pour les USLD sans convention tripartite "
- 1068622 " Réserve de compensation pour les USLD avec convention (établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) "
- 10686221 " Hébergement "
- 10686222 " Dépendance "
- 10686223 " Soins "
- 1068631 " Activité relevant de la loi sociale n°75-535 du 30 juin 1975 sans convention tripartite "
- 1068632 " Activités relevant de la loi sociale n°75-535 du 30 juin 1975 avec convention tripartite "

- 10686321 " Hébergement "
- 10686322 " Dépendance "
- 10686323 " Soins "
- 106865 " Réserve de compensation - Activités de lutte contre l'alcoolisme "
- 106866 " Réserve de compensation - Structures pour toxicomanes "
- 11021 " Soins de longue durée sans convention tripartite "
- 11022 " Soins de longue durée avec convention tripartite (EHPAD) "
- 110221 " Hébergement "
- 110222 " Dépendance "
- 110223 " Soins "
- 110311 " Maisons de retraite sans convention tripartite "
- 110312 " Maisons de retraite avec convention tripartite (EHPAD) "
- 1103121 " Hébergement "
- 1103122 " Dépendance "
- 1103123 " Soins "
- 110321 " Hospices sans convention tripartite "
- 110322 " Hospices avec convention tripartite (EHPAD) "
- 1103221 " Hébergement "
- 1103222 " Dépendance "
- 1103223 " Soins "
- 1105 " Excédents affectés à la réduction des charges d'exploitation - Alcoolisme "
- 1106 " Excédents affectés à la réduction des charges d'exploitation - Toxicomanes "
- 11121 " Soins de longue durée sans convention tripartite "
- 11122 " Soins de longue durée avec convention tripartite (EHPAD) "
- 111221 " Hébergement "
- 111222 " Dépendance "
- 111223 " Soins "
- 111311 " Maisons de retraite sans convention tripartite "
- 111312 " Maisons de retraite avec convention tripartite (EHPAD) "
- 1113121 " Hébergement "
- 1113122 " Dépendance "
- 1113123 " Soins "
- 111321 " Hospices sans convention tripartite "
- 111322 " Hospices avec convention tripartite (EHPAD) "
- 1113221 " Hébergement "
- 1113222 " Dépendance "
- 1113223 " Soins "
- 1115 " Excédents affectés au financement de mesures d'exploitation - Alcoolisme "
- 1116 " Excédents affectés au financement de mesures d'exploitation - Toxicomanes "
- 11921 " Soins de longue durée sans convention tripartite "
- 11922 " Soins de longue durée avec convention tripartite (EHPAD) "
- 119221 " Hébergement "
- 119222 " Dépendance "

- 119223 " Soins "
- 119311 "Maisons de retraite sans convention tripartite "
- 119312 "Maisons de retraite avec convention tripartite (EHPAD) "
- 1193121 "Hébergement "
- 1193122 "Dépendance "
- 1193123 " Soins "
- 119321 "Hospices sans convention tripartite "
- 119322 "Hospices avec convention tripartite (EHPAD) "
- 1193221 "Hébergement "
- 1193222 "Dépendance "
- 1193223 " Soins "
- 1195 " Report à nouveau déficitaire - Alcoolisme "
- 1196 " Report à nouveau déficitaire - Toxicomanes "
- 4586 " Activités de lutte contre l'alcoolisme "
- 4587 " Structures pour toxicomanes "
- 4785 " Ecart de conversion euro "
- 47855 " Ecart de conversion : opérations de trésorerie "
- 47858 " Ecart de conversion : bilan 2001 "
- Budgets annexes B, E, J, K, N et P :

Comptes à créer :

- 68151 " Dotations aux provisions pour risques "
- 68157 " Dotations aux provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices "
- 68158 " Dotations aux autres provisions pour charges "
- 681581 " Dotations aux provisions pour charges de personnel "
- 681582 " Dotations aux provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- 681583 " Dotations aux provisions pour charges hôtelières et générales "
- 758316 " Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) "
- 78151 " Reprises sur provisions pour risques "
- 78157 " Reprises sur provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices "
- 78158 " Reprises sur autres provisions pour charges "
- 781581 " Reprises sur provisions pour charges de personnel "
- 781582 " Reprises sur provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- 781583 " Reprises sur provisions pour charges hôtelières et générales "

Libellés à modifier :

- le compte 6711 s'intitule désormais " Intérêts moratoires, pénalités sur marchés et débits payés sur achats et ventes "

### 2.2.3. Liste des comptes à ouvrir à la balance des comptes du grand-livre du budget général des établissements publics de santé

- Budget général :

Comptes à ouvrir :

- 106862 "Réserve de compensation pour USLD "
- 106863 "Réserve de compensation – activité relevant de l'article L 312-1 du CASF "
- 1068641 "Hébergement "
- 1068642 "Dépendance "
- 1068643 "Soins "
- 1102 "Soins de longue durée "
- 11031 "Maisons de retraite "
- 11032 "Hospices "
- 11041 "Hébergement "
- 11042 "Dépendance "
- 11043 "Soins "
- 1112 "Soins de longue durée "
- 11131 "Maisons de retraite "
- 11132 "Hospices "
- 11141 "Hébergement "
- 11142 "Dépendance "
- 11143 "Soins "
- 1192 "Soins de longue durée "
- 11931 "Maisons de retraite "
- 11932 "Hospices "
- 11941 "Hébergement "
- 11942 "Dépendance "
- 11943 "Soins "
- 1197 "Report à nouveau déficitaire – ETS (spécifique à l'AP-HP) "
- 1581 "Provisions pour charges de personnel "
- 1582 "Provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- 1583 "Provisions pour charges hôtelières et générales"
- 1584 "Provisions pour charges d'amortissements et frais financiers "
- 40171 "Retenues de garanties "
- 40172 "Oppositions "
- 40471 "Retenues de garanties "
- 40472 "Oppositions "
- 442 "Etat - Impôts et taxes recouvrables sur des tiers "
- 4641 "Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des hôpitaux (FASMO) "
- 4642 "Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) "
- 4643 "Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) "
- 4648 "Autres "
- 516 "Comptes à terme "

- 5186 " Intérêts courus à payer "
- 5187 " Intérêts à courus à recevoir "
- 68151 " Dotations aux provisions pour risques "
- 68157 " Dotations aux provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices "
- 681581 " Dotations aux provisions pour charges de personnel "
- 681582 " Dotations aux provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- 681583 " Dotations aux provisions pour charges hôtelières et générales "
- 681584 " Dotations aux provisions pour charges d'amortissements et frais financiers "
- 78151 " Reprise sur provisions pour risques "
- 78157 " Reprise sur provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices "
- 781581 " Reprises sur provisions pour charges de personnel "
- 781582 " Reprises sur provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- 781583 " Reprises sur provisions pour charges hôtelières et générales "
- 781584 " Reprises sur provisions pour charges d'amortissements et frais financiers "

Libellés à modifier :

- le compte 106824 s'intitule désormais " Excédent affecté à l'investissement hospitalier – Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) "
- l'expression " activités relevant de l'article L.312-1 du CASF " se substitue à l'expression " activités relevant de la loi sociale n°75-535 du 30 juin 1975 " dans tous les comptes contenant cette dernière.

Comptes à supprimer :

- 106825 " Excédents affectés à l'investissement hospitalier - Activités de lutte contre l'alcoolisme "
- 106826 " Excédents affectés à l'investissement hospitalier - Structures pour toxicomanes "
- 1068621 " Réserve de compensation pour les USLD sans convention tripartite "
- 10686221 " Hébergement "
- 10686222 " Dépendance "
- 10686223 " Soins "
- 1068631 " Activité relevant de la loi sociale n°75-535 du 30 juin 1975 sans convention tripartite "
- 10686321 " Hébergement "
- 10686322 " Dépendance "
- 10686323 " Soins "
- 106865 " Réserve de compensation - Activités de lutte contre l'alcoolisme "
- 106866 " Réserve de compensation - Structures pour toxicomanes "
- 11021 " Soins de longue durée sans convention tripartite "
- 110221 " Hébergement "
- 110222 " Dépendance "
- 110223 " Soins ""
- 110311 " Maisons de retraite sans convention tripartite "
- 1103121 " Hébergement "
- 1103122 " Dépendance "
- 1103123 " Soins "

- 110321 "Hospices sans convention tripartite "
- 1103221 "Hébergement "
- 1103222 "Dépendance "
- 1103223 "Soins "
- 1105 " Excédents affectés à la réduction des charges d'exploitation - Alcoolisme "
- 1106 " Excédents affectés à la réduction des charges d'exploitation - Toxicomanes "
- 11121 " Soins de longue durée sans convention tripartite "
- 111221 " Hébergement "
- 111222 " Dépendance "
- 111223 " Soins ""
- 111311 " Maisons de retraite sans convention tripartite "
- 1113121 " Hébergement "
- 1113122 " Dépendance "
- 1113123 " Soins "
- 111321 " Hospices sans convention tripartite "
- 1113221 " Hébergement "
- 1113222 " Dépendance "
- 1113223 " Soins "
- 1115 " Excédents affectés au financement de mesures d'exploitation - Alcoolisme "
- 1116 " Excédents affectés au financement de mesures d'exploitation - Toxicomanes "
- 11921 " Soins de longue durée sans convention tripartite "
- 119221 " Hébergement "
- 119222 " Dépendance "
- 119223 " Soins "
- 119311 " Maisons de retraite sans convention tripartite "
- 1193121 " Hébergement "
- 1193122 " Dépendance "
- 1193123 " Soins "
- 119321 " Hospices sans convention tripartite "
- 1193221 " Hébergement "
- 1193222 " Dépendance "
- 1193223 " Soins "
- 1195 " Report à nouveau déficitaire - Alcoolisme "
- 1196 " Report à nouveau déficitaire - Toxicomanes "
- 4586 " Activités de lutte contre l'alcoolisme "
- 4587 "Structures pour toxicomanes "
- 47855 " Ecart de conversion : opérations de trésorerie "
- 47858 " Ecart de conversion : bilan 2001 "

- Budgets annexes B, E, J, K, N et P :

Comptes à créer :

- 68151 " Dotations aux provisions pour risques "
- 68157 " Dotations aux provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices "
- 681581 " Dotations aux provisions pour charges de personnel "
- 681582 " Dotations aux provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- 681583 " Dotations aux provisions pour charges hôtelières et générales "
- 78151 " Reprises sur provisions pour risques "
- 78157 " Reprises sur provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices "
- 781581 " Reprises sur provisions pour charges de personnel "
- 781582 " Reprises sur provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- 781583 " Reprises sur provisions pour charges hôtelières et générales "

#### 2.2.4. Tableau de transposition des comptes au 1<sup>er</sup> janvier 2004

Comptes supprimés	Comptes de reprise du solde
106825	106823
106826	106823
1068621	106862
10686221	1068641
10686222	1068642
10686223	1068643
1068631	106863
10686321	1068641
10686322	1068642
10686323	1068643
106865	106863
106866	106863
11021	1102
110221	11041
110222	11042
110223	11043
110311	11031
1103121	11041
1103122	11042
1103123	11043
110321	11032



<b>Comptes supprimés</b>	<b>Comptes de reprise du solde</b>
1103221	11041
1103222	11042
1103223	11043
1105	11038
1106	11038
11121	1112
111221	11141
111222	11142
111223	11143
111311	11131
1113121	11141
1113122	11142
1113123	11143
111321	11132
1113221	11141
1113222	11142
1113223	11143
1115	11138
1116	11138
11921	1192
119221	11941
119222	11942
119223	11943
119311	11931
1193121	11941
1193122	11942
1193123	11943
119321	11932
1193221	11941
1193222	11942
1193223	11943
1194	1197
1195	11938
1196	11938

Toute difficulté d'application de la présente instruction sera portée à la connaissance de la Direction générale de la comptabilité publique sous le timbre du bureau 6B.

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA COMPTABILITÉ PUBLIQUE

Pour le Directeur Général de la Comptabilité Publique

LE SOUS-DIRECTEUR CHARGÉ DE LA 6<sup>ÈME</sup> SOUS-DIRECTION

OLLIVIER GLOUX

## ANNEXE N° 1 : Circulaire DHOS n° 2003-485 du 13 octobre 2003

NOR : SANH0330549C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Références :

Code de la santé publique ;

Code de la sécurité sociale ;

Loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le gouvernement à simplifier le droit, notamment les articles 6 et 21 ;

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé ainsi que de procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

Date d'application : immédiate.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à Mesdames et Messieurs les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]).

En application de la loi du 2 juillet 2003 habilitant le gouvernement à simplifier le droit, l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation a été publiée au Journal officiel du 6 septembre 2003. Cette ordonnance prévoit un certain nombre de dispositions qui sont d'application immédiate en matière de compétences des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation, de planification sanitaire, de coopération sanitaire, d'informations à transmettre à l'autorité de tarification, d'investissement hospitalier et d'activité libérale des praticiens hospitaliers.

La présente circulaire a pour objet d'appeler votre attention sur les différentes mesures d'application immédiate prévues par l'ordonnance du 4 septembre 2003 précitée.

## **I. TRANSFERT DES COMPÉTENCES DÉTENUES PAR LE MINISTRE OU LE PRÉFET AU DIRECTEUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION**

Au moment de la création, en 1996, des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), certaines attributions relatives aux établissements de santé avaient été maintenues à l'autorité préfectorale. La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé avait également donné quelques compétences nouvelles au représentant de l'Etat en matière disciplinaire. Avec le recul de l'expérience, il est apparu que ces compétences rendaient inutilement complexe le dispositif et nuisaient à sa lisibilité. Il était donc nécessaire, en constituant un bloc homogène de compétences dans le domaine hospitalier, de compléter les attributions des ARH à l'égard des établissements de santé afin de leur permettre de disposer de la totalité des instruments nécessaires au bon exercice de leurs responsabilités.

### **1. Mesures à entrée en vigueur immédiate ne nécessitant pas de texte d'application réglementaire**

Pour garantir l'efficacité et la pleine sécurité juridique du dispositif, il convenait, au préalable, d'élargir les compétences des agences régionales de l'hospitalisation au contrôle du fonctionnement des établissements de santé de sorte que l'action de l'ARH dans ce domaine puisse reposer sur un fondement législatif indiscutable.

## ANNEXE N° 1 (suite)

C'est la raison pour laquelle le I de l'article 1er ajoute explicitement à l'article L. 6115-1 du code de la santé publique le contrôle du fonctionnement des établissements de santé au nombre des missions de l'ARH.

Pour l'exercice de cette nouvelle mission, l'ordonnance donne au directeur de l'ARH une autorité fonctionnelle sur les corps d'inspection et de contrôle des services déconcentrés de l'Etat, à l'image de celle que vous déteniez déjà pour les missions relatives à la définition et à la mise en oeuvre de la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, à l'analyse et à la coordination de l'activité des établissements de santé publics et privés et à la détermination de leurs ressources.

Cette disposition, qui attribue la compétence de droit commun pour le contrôle du fonctionnement des établissements de santé au directeur de l'ARH, ne modifie aucune des compétences attribuées expressément par les textes à d'autres autorités, préfets ou agences sanitaires notamment. Elle ne saurait bien évidemment non plus affecter le pouvoir de police détenu par le préfet ni ses attributions en matière de sécurité civile. Au titre de cette compétence de droit commun, il vous appartient dorénavant d'ordonner, en application de l'article D. 712-14 du code de la santé publique, les visites de conformité préalables à la mise en service des installations. Le III du même article envisage le cas particulier du contrôle de l'exécution des lois et règlements qui se rapportent à la santé publique dans les établissements de santé et organismes exerçant les missions d'établissement de santé.

En application du principe nouvellement posé à l'article L. 6115-1, et en l'état de la rédaction antérieure de l'article L. 6116-4, cette compétence aurait pu être exclusivement dévolue au directeur de l'ARH. Toutefois, afin notamment de ne pas risquer de freiner les dynamiques nées en la matière dans certaines régions entre le représentant de l'Etat et le directeur de l'ARH, le nouvel article L. 6116-2 maintient également un droit d'initiative au préfet. Dans ce dernier cas, les pouvoirs du préfet et du directeur de l'ARH s'analysent comme des compétences concurrentes, l'initiative pouvant être prise indifféremment par l'une ou l'autre de ces autorités, et non comme une compétence conjointe qui exigerait un accord des deux autorités pour agir. Cela n'interdit cependant pas qu'une telle mission de contrôle puisse être demandée à la fois par le préfet et par le directeur de l'ARH.

Il vous appartiendra, en application de ces nouvelles dispositions, d'informer sans délai le préfet de tout contrôle que vous déciderez d'entreprendre, le préfet vous informant pour sa part de tout contrôle dont il aurait pris l'initiative.

En revanche, à l'intérieur des établissements sociaux et médico-sociaux, le contrôle demeure exercé à l'initiative du préfet de département. L'exercice de ces nouvelles compétences, qui s'inscrivent dans le cadre de votre mission générale de contrôle des établissements, vous conduira à faire montre de la plus grande vigilance dans le contrôle des services de soins et médico-techniques dont le fonctionnement peut parfois révéler des situations individuelles susceptibles de requérir l'application des dispositions précitées. L'article 3 complète les pouvoirs d'autorisation du directeur de l'ARH.

Le I de l'article 3 transfère du préfet de département au directeur de l'ARH le pouvoir :

- d'autoriser la création, le transfert ou la suppression des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des syndicats interhospitaliers, des services de dialyse à domicile et des établissements pénitentiaires ;
- de suspendre ou de retirer en cas d'infraction l'autorisation des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des syndicats interhospitaliers, des services de dialyse à domicile et des établissements pénitentiaires ;

## ANNEXE N° 1 (suite)

- d'autoriser, pour une durée limitée, un établissement public de santé ou un établissement de santé participant au service public hospitalier à approvisionner d'autres pharmacies à usage intérieur et, exceptionnellement et pour une durée limitée, les établissements publics de santé à vendre au détail des médicaments lorsqu'il n'existe pas d'autre source de distribution disponible ;
- d'autoriser pour une durée limitée, la pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé, d'un groupement de coopération sanitaire ou d'un syndicat interhospitalier à assurer tout ou partie de la stérilisation de dispositifs médicaux pour le compte d'un autre établissement.

Ces mesures sont d'application immédiates car elles s'appuient, pour leur mise en oeuvre, sur les dispositions actuelles du chapitre premier bis du titre deuxième du livre cinquième du code de la santé publique (partie réglementaire) qui continuent d'être applicables, dans l'attente de leur modification qui est en cours d'élaboration, le directeur de l'ARH étant simplement substitué au préfet dans le cadre de ses nouvelles attributions.

Il vous appartient donc de vous prononcer sur les demandes adressées au préfet qui n'auraient pas fait l'objet d'une décision à la date du 7 septembre 2003, au vu du dossier établi par le préfet et, notamment, de l'avis du DRASS ainsi que des autres avis qui, le cas échéant, auront déjà été recueillis.

Le II de l'article 3 confie au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation le soin d'arrêter la liste des établissements de santé dotés d'unités SAMU participant à l'aide médicale urgente et de déterminer le champ de compétence territoriale de ces unités.

Le III de l'article 3 transfère du préfet de département au directeur de l'ARH l'approbation du contrat d'activité libérale des praticiens temps plein valant autorisation d'exercice de l'activité libérale ainsi que le pouvoir de suspendre ou retirer cette autorisation.

Enfin, le IV et le V de l'article 3 transfèrent respectivement au directeur de l'ARH les décisions d'admission à participer au service public hospitalier et les autorisations des centres de lutte contre le cancer, compétences jusqu'alors exercées par le ministre chargé de la santé.

Les dispositions relatives aux décisions d'admission à participer au service public hospitalier s'appuient, pour leur mise en oeuvre, sur les dispositions actuelles du chapitre V du titre Ier du livre VII du code de la santé publique (partie réglementaire) qui continuent d'être applicables, le directeur de l'ARH étant simplement substitué au ministre dans le cadre de ses nouvelles attributions. Il vous appartient donc de vous prononcer sur les demandes que vous auriez transmises à l'administration centrale et qui n'auraient pas fait l'objet d'une décision ministérielle à la date du 7 septembre 2003.

L'article 4 transfère du préfet de département au directeur de l'ARH le pouvoir d'arrêter la dotation globale des services gérés par les personnes morales de droit public ou privé mentionnées à l'article L. 3221-1 du code de la santé publique. La dotation globale est arrêtée par le directeur de l'ARH dans les conditions prévues à l'article L. 6145-1 du code de la santé publique pour les personnes morales de droit public et à l'article L. 6161-4 du même code pour les personnes morales de droit privé. Ces nouvelles règles sont applicables dès la campagne budgétaire 2004.

## **2. Mesures nécessitant un texte d'application réglementaire**

L'article 2 transfère du préfet de département au directeur de l'ARH le pouvoir de suspendre, en cas d'urgence et de danger grave, le droit d'exercer des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens exerçant dans un établissement de santé. Le directeur de l'ARH se voit également confier le pouvoir de déférer devant la chambre disciplinaire de première instance les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes exerçant dans un établissement public de santé.

## ANNEXE N° 1 (suite)

J'attire votre attention sur le fait que le juge administratif (T.A. Nice, 28 janvier 2003, M. Jacques J. c/préfet des Alpes-Maritimes, n° 02-5086) a estimé que les dispositions de l'article L. 4113-14 du code de la santé publique issu de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé étaient, en l'absence du décret en Conseil d'Etat prévu à son sixième alinéa, inapplicable. Ce jugement est transposable aux nouveaux articles L. 4113-14 et L. 4221-18 issus de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003, de même qu'aux nouveaux articles L. 4124-2 et L. 4124-7 du code de la santé publique.

La procédure de suspension en urgence ne peut en conséquence être mise en application en l'absence de décret d'application, actuellement en cours de rédaction.

## **II. SIMPLIFICATION DE LA PLANIFICATION SANITAIRE ET DU REGIME DES AUTORISATIONS SANITAIRES**

### **1. Mesures à entrée en vigueur immédiate ne nécessitant pas de texte d'application réglementaire**

L'article 9 tire la conséquence du fait que le maintien de dispositions spécifiques aux établissements de santé privés recevant des femmes enceintes n'apparaissait plus justifié au regard des dispositions applicables aux établissements de santé autorisés pour leur activité d'obstétrique, de médecine ou de chirurgie. L'ARH délivrant les autorisations et prenant les autres décisions y afférant, le maintien de l'agrément préalable du préfet et des obligations particulières relatives au personnel notamment, n'étaient plus nécessaires. Aussi, l'article 9 abroge les dispositions concernées et applique le seul droit commun des autorisations aux établissements de santé quel que soit leur statut.

L'article 10 clarifie le régime des maisons d'enfants à caractère sanitaire en leur rendant applicables les dispositions relatives aux établissements de santé et en supprimant les dispositions spécifiques supplémentaires (art. L. 2321-1 et suivants du CSP).

Les dispositions de l'article 11 relatives à l'introduction du champ de la permanence des soins dans le CODAMU transformées en CODAMUPS viennent de faire l'objet du décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence. Elles sont donc applicables dès à présent.

L'article 12 prévoit la prolongation de la validité des SROS et des schémas régionaux de psychiatrie actuellement en vigueur au plus tard deux ans après la publication de l'ordonnance.

Ce même article prévoit également que la carte sanitaire n'est désormais plus opposable à l'hospitalisation à domicile et à l'hospitalisation à temps partiel (à l'exception des structures d'anesthésie et de chirurgie ambulatoires). Il conviendra donc d'examiner s'il y a lieu de réviser les cartes sanitaires pour en retrancher les capacités auparavant prises en compte au titre de ces matières (y compris pour l'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit en psychiatrie ; les autres alternatives en psychiatrie, réalisables uniquement dans le cadre de la sectorisation : placement familial thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de crise et centre de post-cure psychiatrique, ne sont pas concernées).

Par ailleurs, dans le cas d'arrivée à échéance prochaine d'une carte sanitaire, et en vue d'assurer la régularité des décisions, il sera nécessaire de réviser cette carte sanitaire, le cas échéant à l'identique, en attendant la disparition de cet instrument de planification au fur et à mesure de la publication des SROS (cf. article 12, alinéa 2, de l'ordonnance et paragraphe II-3 ci-dessous). Cette mesure de révision sera prise dans le respect du parallélisme des formes prévues au code de la santé publique.

## ANNEXE N° 1 (suite)

## **2. Mesures nécessitant la publication d'un texte réglementaire pour leur application effective**

Les mesures relatives à l'aménagement du schéma d'organisation sanitaire (articles L. 6121-1 à L. 6121-4) entrent en vigueur dès la publication de l'ordonnance, toutefois elles nécessitent pour leur application effective la publication de textes réglementaires ministériels (décrets ou arrêtés). Il en va ainsi notamment des dispositions suivantes :

- fixation par arrêté ministériel de la liste des thèmes, des activités de soins et des équipements matériels lourds devant figurer obligatoirement dans un schéma ;
- fixation par décret des modalités de quantification des objectifs quantifiés de l'offre de soins ;
- fixation par décret de la liste des activités ou équipement relevant uniquement d'un schéma national ;
- fixation de la liste des activités ou équipement susceptibles de relever d'un schéma interrégional.

Les dispositions relatives au nouveau CROS nécessitent la publication d'un décret d'application fixant sa composition et ses modalités de fonctionnement. Dans l'attente de cette publication, les actuels CROSS peuvent continuer de se réunir - et les mandats, le cas échéant, renouvelés - en application de la jurisprudence [Avis C.E. Sect. Trav. Pub., 20 juillet 1993, Commission d'enquêtes publiques].

Les dispositions concernant les conférences sanitaires (articles L. 6131-1 à L. 6131-3) feront également l'objet de mesures réglementaires d'application. Dans l'attente de la publication de ces textes, les conférences sanitaires de secteur pourront continuer à être consultées, notamment à l'occasion de la révision de la carte sanitaire évoquée au paragraphe II-1 ci-dessus.

Les dispositions concernant des modalités particulières de concertation régionale, dans le domaine de la santé mentale (article L. 3221-3), seront définies par voie réglementaire. Dans l'attente de ces dispositions, les conseils départementaux de santé mentale (CDSM) peuvent continuer d'être consultés et de fonctionner (cela concerne, par exemple, les groupes de travail mis en place, dans certains départements, dans le cadre du CDSM).

## **3. Mesures à entrée en vigueur différée**

L'ordonnance prévoit expressément une entrée en vigueur différée en ce qui concerne les domaines suivants (sur lesquels des textes réglementaires d'application sont prévus par ailleurs) :

- la suppression de la carte sanitaire ;
- le nouveau régime des autorisations ;
- le nouveau régime des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Pour ces dispositions, l'entrée en vigueur sera différenciée à la fois selon la région et selon la thématique. En effet, les articles 12 et 13 de l'ordonnance, précisent qu'elles entreront en vigueur au fur et à mesure de la publication des dispositions des nouveaux schémas d'organisation sanitaire applicables à l'activité de soins ou l'équipement matériel lourd considéré, et au plus tard deux ans après la publication de l'ordonnance, soit le 6 septembre 2005.

Jusqu'à cette date, les dispositions législatives en vigueur avant la publication de l'ordonnance continuent à s'appliquer, y compris aux installations pour les schémas en cours de validité ou avant la réalisation d'un nouveau schéma.

## ANNEXE N° 1 (suite)

Il est précisé que la notion de « régime des autorisations » inclut notamment les conditions de délivrance (art. L. 6122-2) et de renouvellement (art. L. 6122-10) de l'autorisation, les règles de regroupement et conversion (L. 6122-6), de durée d'autorisation (art. L. 6122-8), de procédure (art. L. 6122-9 et L. 6122-13), etc.

Enfin, la déconcentration de la compétence du ministre chargé de la santé pour délivrer et renouveler certaines autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, interviendra au moment de la publication, pour l'activité ou l'équipement considéré, des dispositions du schéma d'organisation sanitaire les concernant (art. 13). Aucune date butoir n'est cependant fixée.

### III. SIMPLIFICATION DES FORMULES DE COOPERATION

#### 1. Mesures à entrée en vigueur immédiate et ne nécessitant pas de texte d'application réglementaire

Les articles 14, 16, 17, 19 et 20 sont d'application immédiate :

- l'article 14 prévoit qu'à compter de la date de publication de l'ordonnance, aucune communauté d'établissements ne peut être créée ;
- l'article 16 supprime l'établissement public de santé interhospitalier. A ce jour aucune structure de ce type n'a été créée ;
- l'article 17 supprime les réseaux coopératifs de santé et indique que les réseaux de santé peuvent se constituer en groupements de coopération sanitaire, groupements d'intérêt économique, groupements d'intérêt public ou associations ;
- les articles 19 et 20 donnant la possibilité au GCS de disposer d'une pharmacie à usage intérieur et d'être autorisé, sous les conditions définies par l'article L. 5126-3, à assurer tout ou partie de la stérilisation des dispositifs médicaux pour le compte d'un autre établissement.

#### 2. Mesures nécessitant la publication d'un texte réglementaire pour leur application effective

Les dispositions de l'article 18 concernant le groupement de coopération sanitaire sont d'application immédiate. Cependant, certaines dispositions nécessitent, pour leur mise en oeuvre, la publication de textes réglementaires ministériels.

Il en est ainsi pour :

- les dispositions relatives aux modalités de rémunérations des permanences de soins consultations et actes médicaux assurés par les médecins libéraux dans le cadre du 1° de l'article L. 6133-1 ;
- les mesures concernant la composition du GCS en tant qu'elles concernent la possibilité pour les médecins libéraux d'être membres du GCS. Un décret devra fixer les modalités de détermination des droits des membres, l'organisation et l'administration du GCS dans le cadre de ce nouveau dispositif ;
- les modalités de fonctionnement comptable, financier et juridictionnel du GCS lorsque celui-ci assure directement une ou plusieurs missions des établissements de santé.

En outre, la rédaction de ces textes réglementaires sera l'occasion d'un réexamen et d'une clarification de l'ensemble du dispositif régissant le groupement de coopération sanitaire.



## ANNEXE N° 1 (suite)

**3. Mesures à entrée en vigueur différée**

L'article 15 fixe au 1er janvier 2005 la date à partir de laquelle il n'y aura plus de possibilité de créer de nouveaux syndicats interhospitaliers.

**IV. - DOMAINE ET CONDITIONS D'INVESTISSEMENT IMMOBILIER DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

Le plan « Hôpital 2007 » vise à aider les établissements de santé à rattraper le retard accumulé en matière d'investissement en finançant en totalité un effort supplémentaire de six milliards d'euros en cinq ans, soit une augmentation de l'ordre de 30 % par rapport au niveau actuel de l'investissement.

Pour atteindre cet objectif ambitieux dans les délais prévus, le titre IV de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003, portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, lève, principalement pour les opérations immobilières, certaines contraintes juridiques issues du droit de la domanialité publique et du droit de la maîtrise d'ouvrage publique, pesant spécifiquement sur les établissements publics de santé (EPS) et les structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale publique (1), en modifiant le code de la santé publique (art. L. 6148-1 à L. 6148-8), le code général des collectivités territoriales (art. L. 1311-2, L. 1311-4-1 et L. 1521-1) et le code de la construction et de l'habitation (art. L. 421-1 et L. 422-1) pour leur ouvrir de nouvelles modalités de réalisation de leurs investissements :

- le bail emphytéotique (BE) passé directement par un EPS ou une structure de coopération avec une personne morale, publique ou privée, chargée de construire et d'entretenir un ouvrage répondant aux besoins de l'établissement, de la structure ou d'un autre établissement public de santé, ou en vue de l'accomplissement d'une mission concourant à l'exercice du service public hospitalier ou de la réalisation d'une opération d'intérêt général relevant des compétences de l'EPS ou de la structure ;
- le bail emphytéotique (BE) passé par une collectivité territoriale avec une personne morale, publique ou privée, chargée de construire et d'entretenir un ouvrage correspondant aux besoins d'un EPS ou d'une structure de coopération ;
- la maîtrise d'ouvrage d'une collectivité territoriale construisant un ouvrage pour les besoins d'un EPS ou d'une structure de coopération ;
- la passation, par un EPS ou une structure de coopération, de marchés portant à la fois sur la conception, la construction, l'aménagement, l'entretien et la maintenance de bâtiments ou d'équipements, ou sur une combinaison de ces différentes missions ;
- la possibilité, pour un EPS ou une structure de coopération, de faire appel à une société d'économie mixte locale (SEML), une société anonyme d'habitation à loyer modéré (SA HLM), un office public d'aménagement et de construction (OPAC) ou un office public d'habitation à loyer modéré (OP HLM) pour assurer la conception, la réalisation, l'entretien ou la maintenance d'équipements hospitaliers ou médico-sociaux ainsi que, le cas échéant et uniquement pour une SEML, leur financement.

Les EPS et structures de coopération ayant une opération d'investissement immobilier à réaliser auront donc désormais le choix entre une maîtrise d'ouvrage directe et, en ce cas, entre une procédure classique distinguant conception et construction et un marché global, et une maîtrise d'ouvrage confiée à un tiers, tel qu'un opérateur privé, une collectivité territoriale, une SEML, une SA HLM, un OP HLM ou un OPAC.

## ANNEXE N° 1 (suite)

Le choix de la modalité de réalisation d'un investissement la plus adaptée nécessite une analyse préalable des avantages et inconvénients (financiers, techniques, délais de réalisation, etc.) de chacune des possibilités, tenant compte des caractéristiques du besoin à couvrir, de la situation financière de l'établissement, et des compétences techniques disponibles. La préparation d'un marché global ou d'un contrat de type BE exige, en effet, une implication très forte des équipes hospitalières pour formaliser très précisément les besoins ou les performances attendues, suivre l'exécution du contrat et notamment s'assurer que le cocontractant respecte ses engagements et obligations. Dans le cas des BE, la longue durée des contrats impose en outre d'anticiper les évolutions possibles de l'ouvrage pour prévoir la répartition des surcoûts entraînés par son adaptation. Par ailleurs, certains de ces montages juridiques, comme le BE passé par une collectivité territoriale, mettent en jeu plusieurs partenaires (la collectivité territoriale, le preneur, l'EPS ou la structure de coopération, voire le crédit-bailleur) dont il importe d'identifier clairement les missions et responsabilités. Enfin, dans tous les cas, l'analyse comparative des coûts doit intégrer l'ensemble des paramètres et hypothèses envisageables, sur toute la durée du contrat.

Ces différents instruments de réalisation des investissements peuvent être, dès à présent, mis en oeuvre. La Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et ses correspondants régionaux apporteront un appui technique aux EPS et structures de coopération qui le souhaiteront, et assureront un suivi de l'ensemble des opérations ainsi réalisées et ce, dès leur montage. La MAINH prépare, en outre, des outils méthodologiques pour faciliter leur utilisation : ils seront disponibles, au fur et à mesure de leur élaboration, à partir de la fin de l'année 2003.

### **1. Le régime juridique du domaine public des EPS et des structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale publique**

L'article L. 6148-1 du CSP précise le régime juridique du domaine public des EPS et des structures de coopération et lui donne une base légale. Jusque-là, seules la jurisprudence et la doctrine administratives avaient, implicitement, admis l'existence du domaine public des EPS.

Cet article pose le principe de l'inaliénabilité et l'imprescriptibilité du domaine public des EPS et des structures de coopération. L'interdiction faite aux personnes privées occupant ce domaine public de constituer des droits réels ne peut être levée que dans l'hypothèse prévue par l'article L. 6148-2 du CSP : la passation d'un BE.

### **2. Le recours aux BE par les EPS et les structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale publique**

Le nouvel article L. 6148-2 du CSP reprend les dispositions de l'article L. 1311-2 du CGCT et autorise ainsi explicitement les EPS et les structures de coopération à conclure, sur leur domaine, des BE pour la réalisation par une personne morale, de droit public ou privé, d'une mission concourant à l'exercice du service public hospitalier ou d'une opération d'intérêt général relevant de leur compétence.

#### *1. Qu'est-ce qu'un bail emphytéotique ?*

Le BE, instrument « d'externalisation » des opérations immobilières, est essentiellement caractérisé par sa durée et par le fait qu'il octroie au preneur des droits réels sur le bien immobilier concerné (il en devient le propriétaire), jusqu'à son terme : « Le bail emphytéotique de biens immeubles confère au preneur un droit réel susceptible d'hypothèque ; ce droit peut être cédé et saisi dans les formes prescrites pour la saisie immobilière. Ce bail doit être consenti pour plus de dix-huit années et ne peut dépasser quatre-vingt-dix-neuf ans ; il ne peut se prolonger par tacite reconduction » (art. L. 451-1 du code rural).

## ANNEXE N° 1 (suite)

Les règles applicables au BE :

- il ne peut pas être utilisé pour la réalisation d'opérations présentant un caractère privé ou dont le caractère public n'est pas clairement apparent ;
- il peut avoir pour objet la réalisation d'un ouvrage mis à la disposition de la collectivité publique ;
- il peut imposer au preneur à bail des obligations tenant à l'utilisation du bien mis à sa disposition ;
- sa passation ne constitue pas une opération de travaux publics devant faire l'objet d'une procédure de publicité et de mise en concurrence dès lors que la collectivité publique n'exerce ni pendant la réalisation de l'ouvrage, ni avant le terme du bail, la direction technique des actions de construction et ne devient propriétaire des ouvrages qu'au terme du bail.

Depuis la loi n° 88-13 du 5 janvier 1988, codifiée aux articles L. 1311-1 et suivants du CGCT, les collectivités territoriales, leurs établissements publics et groupements, peuvent conclure des BE, y compris sur leur domaine public, mais sous conditions prévues à l'article L. 1311-3 du CGCT (voir infra).

### 2. Les apports de l'article L. 6148-2 :

La possibilité pour les EPS de conclure des BE en application de l'article L. 1311-2 du CGCT était, en pratique, déjà admise. Cependant, le nouvel article L. 6148-2 du CSP reprend les dispositions du CGCT et donne ainsi une base légale certaine aux BE des EPS. Par ailleurs, ce nouvel article étend les possibilités déjà prévues par le CGCT :

- il permet aux structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale publique de conclure de tels baux ;
- il prévoit la définition préalable des besoins que le preneur doit satisfaire, par l'EPS ou la structure de coopération, dans un programme détaillé ;
- il ouvre aux EPS et aux structures de coopération la possibilité de passer des BE répondant aux besoins d'un autre EPS avec lequel ils conduisent une action de coopération ;
- il permet de prévoir, lors de la passation du bail, une option d'achat ou le financement des constructions par crédit-bail. L'insertion de telles clauses n'est, bien entendu, pas obligatoire.

### 3. La notion de mission « concourant à l'exercice du service public » :

En application de l'article L. 6148-2, les EPS et les structures de coopération peuvent conclure des baux en vue de la réalisation d'une opération d'intérêt général relevant de leur compétence, mais également pour l'accomplissement, pour leur compte, « d'une mission concourant à l'exercice du service public dont ils sont chargés ». Cette notion de « mission concourant à l'exercice du service public » implique que le bail ne peut avoir ni pour objet ni pour effet de confier à une personne privée les missions de service public hospitalier mentionnées aux articles L. 6111-1, L. 6111-2, L. 6112-1 et L. 6112-2 du CSP.

En pratique, il faudra donc bien distinguer deux types de BE passés en application de cet article :

- les BE par lesquels, en plus de l'opération immobilière, l'EPS ou la structure de coopération pourra confier à une personne privée l'exploitation ou la gestion d'un équipement concourant à l'exercice du service public mais qui n'est pas directement lié à l'exercice d'une activité de soins ;
- les BE n'ayant pour objet que la réalisation d'une opération immobilière, l'EPS ou la structure de coopération continuant d'exercer leurs missions de service public dans les bâtiments ainsi édifiés ou rénovés.

## ANNEXE N° 1 (suite)

Cependant, même dans l'hypothèse d'un BE n'ayant pour objet que la réalisation d'une opération immobilière, le titulaire du bail est tenu au respect de certaines obligations minimales concernant l'ouvrage en cause, indépendamment de celles pouvant découler du bail et de la convention non-détachable. En effet, en tant que propriétaire du bien pour la durée du bail, il a l'obligation de le délivrer en bon état d'usage, de garantir l'EPS ou la structure de coopération des vices ou des défauts de nature à faire obstacle à leur jouissance paisible de l'ouvrage et à son utilisation pour l'exécution du service public hospitalier, ou encore d'entretenir les locaux en état de servir à l'usage prévu par le contrat de bail et la convention non détachable, ainsi que d'y faire toutes les réparations, autres que locatives, nécessaires au maintien en état et à l'entretien normal du bien loué.

*4. Les règles applicables aux BE des EPS et des structures de coopération sanitaires :*

Au même titre que les baux conclus par les collectivités territoriales en application de l'article L. 6148-3 du CSP, les BE des EPS et des structures de coopération sont obligatoirement accompagnés d'une convention non détachable - qui fixe, notamment, les conditions d'utilisation des ouvrages réalisés, les règles et obligations de chaque partie en matière d'entretien et d'adaptation des locaux (voir IV.3.1) - et respectent les conditions suivantes, énumérées par l'article L. 1311-3 du CGCT :

- les droits résultant du bail ne peuvent être cédés que sous réserve de l'agrément de l'EPS ou de la structure de coopération concernés ;
- la personne à laquelle les droits sont cédés est subrogée au preneur dans les droits et obligations découlant du bail et des éventuelles conventions non détachables conclues pour l'exécution d'une mission concourant à l'exercice du service public hospitalier ou la réalisation d'une opération d'intérêt général ;
- le droit réel conféré au preneur à bail ainsi que les ouvrages dont il est propriétaire ne peuvent être hypothéqués que pour garantir des emprunts contractés pour financer la réalisation ou l'amélioration des ouvrages situés sur le bien loué ;
- le contrat d'hypothèque doit être approuvé par l'EPS ou la structure de coopération, sous peine de nullité ;
- seuls les créanciers hypothécaires peuvent exercer des mesures conservatoires ou des mesures d'exécution sur les droits immobiliers résultant du bail. Cependant, l'EPS ou la structure de coopération peut se substituer au titulaire du bail dans la charge des emprunts, par la résiliation ou la modification du bail et des éventuelles conventions non détachables. Compte tenu des compétences du conseil d'administration en matière d'emprunt (art. L. 6143-1-12° du CSP) et en matière de BE (art. L. 6143-1-18° ), il est compétent pour délibérer sur la substitution de l'EPS au preneur dans la charge des emprunts, la résiliation ou la modification du bail et des éventuelles conventions non détachables ;
- les litiges relatifs à ces baux relèvent de la compétence des tribunaux administratifs.

Toutefois, le deuxième alinéa du 2° de l'article L. 1311-3 du CGCT (« ces emprunts sont pris en compte pour la détermination du montant maximum des garanties et cautionnement qu'une collectivité territoriale est autorisée à accorder à une personne privée ») n'est pas applicable aux BE passés par les EPS et les structures de coopération. En effet, si le CGCT autorise les collectivités territoriales à accorder de telles garanties ou cautionnements (voir par exemple l'article L. 2252-1 pour les communes), compte tenu de la faculté qui leur est reconnue d'aider les entreprises dans le cadre de leurs interventions économiques, de telles dispositions n'existent pas pour les EPS : leur financement par l'assurance maladie est exclusivement destiné à leur permettre de couvrir les dépenses inhérentes à leurs missions de soins, ce qui exclut toute forme d'aide économique aux entreprises.

## ANNEXE N° 1 (suite)

**3. L'intervention des collectivités territoriales en matière d'investissement hospitalier :  
la passation de BE et la maîtrise d'ouvrage pour les besoins d'un EPS  
ou d'une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique**

*1. La passation de BE par les collectivités territoriales :*

L'article L. 6148-3 étend le dispositif de la loi du 29 août 2002 d'orientation et de programmation pour la sécurité intérieure (LOPSI) en autorisant les collectivités territoriales à conclure des BE, y compris sur leur domaine public, pour la réalisation d'une opération d'intérêt général liée aux besoins d'un EPS et d'une structure de coopération. Cette possibilité est ouverte jusqu'au 31 décembre 2007, le contrat de bail devant être signé avant cette date.

L'article L. 6148-3 prévoit la conclusion obligatoire d'une convention liant le preneur à bail et l'EPS ou la structure de coopération. Cette convention est non détachable du BE passé par la collectivité territoriale et le preneur à bail. De fait, en cas de cession des droits résultant du bail par le preneur initial, le repreneur est tenu de respecter les engagements et les dispositions qu'elle prévoit. Cette convention n'est pas une simple convention de location. Il s'agit, en effet, de s'assurer notamment que les EPS et les structures de coopération concernés auront effectivement accès aux bâtiments réalisés, dans des conditions financières acceptables pour les deux parties, et que les locaux seront correctement entretenus et adaptés aux évolutions des normes sanitaires et de leurs conditions de fonctionnement.

Ces BE sont également soumis à l'obligation préalable de définition des besoins que le preneur doit s'engager à satisfaire. Cette définition est faite conjointement par la collectivité bailleuse et l'établissement ou la structure concerné.

*2. La maîtrise d'ouvrage des collectivités territoriales :*

L'intervention des collectivités territoriales en matière d'investissement hospitalier ne se limite pas à la passation de BE. En effet, la modification de l'article L. 1311-4-1 du CGCT et le nouvel article L. 6148-4 du CSP permettent à une collectivité territoriale d'assurer la maîtrise d'ouvrage pour le compte d'un EPS ou d'une structure de coopération sanitaire. Cette possibilité est ouverte jusqu'au 31 décembre 2007. Cette échéance s'applique à la date de la signature de la convention entre la collectivité territoriale et l'EPS ou la structure de coopération sanitaire.

**4. Les règles applicables à ces nouveaux instruments juridiques**

*1. Le respect des objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) :*

L'article L. 6148-4 soumet ces montages juridiques (BE des EPS ou des structures, BE et maîtrise d'ouvrage des collectivités territoriales) au respect des objectifs du SROS, dès lors qu'ils concernent les missions prévues aux articles L. 6111-1 et L. 6111-2 du CSP. Le contrôle de leur respect relève du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (DARH), à l'occasion de l'approbation des délibérations du conseil d'administration de l'EPS ou de la structure de coopération.

*2. Les actes soumis à délibération du conseil d'administration et à l'approbation du DARH :*

L'ordonnance susmentionnée du 4 septembre 2003 insère dans le CSP des dispositions soumettant ces trois modalités d'externalisation des investissements à la même procédure que les investissements directs : délibération du conseil d'administration et approbation du DARH.

Ainsi, les articles L. 6143-1, L. 6143-4 et L. 6148-6 du CSP prévoient que les baux mentionnés à l'article L. 6148-2 du CSP et les conventions conclues en application soit de l'article L. 6148-3 du CSP, soit de l'article L. 1311-4-1 du CGCT, font l'objet d'une délibération du conseil d'administration, et ne sont exécutoires que sous réserve de l'approbation du DARH. Ces délibérations sont réputées approuvées si le DARH n'a pas fait connaître son opposition dans un délai de deux mois.

## ANNEXE N° 1 (suite)

Le BE conclu par une collectivité territoriale ne peut être soumis à l'approbation du DARH : la décision d'investir relève, en effet, d'une collectivité territoriale, et le DARH n'a aucune compétence pour en apprécier l'opportunité ou la légalité. En revanche, la convention liant l'EPS au preneur à bail est bien soumise à l'approbation du DARH, en application de l'article L. 6148-6, et c'est donc lors de son approbation qu'il pourra, si nécessaire, s'opposer à l'opération projetée.

*3. La procédure de publicité et de mise en concurrence applicable aux BE passés par les EPS, les structures de coopération et les collectivités territoriales :*

Il convient de rappeler, au préalable, que la maîtrise d'ouvrage des collectivités territoriales relève du droit commun de la commande publique (code des marchés publics, loi MOP, etc.).

En revanche, les BE et les conventions non détachables passés par les EPS, les structures de coopération ou les collectivités territoriales sont de nouveaux instruments juridiques, distincts non seulement des marchés publics (notamment du fait que l'EPS verse un loyer au preneur à bail pour la mise à disposition des ouvrages réalisés et ne lui paie pas un prix), mais également de la délégation de service public (le preneur à bail ne se rémunérant pas sur l'usager). Ces baux et leurs conventions non détachables sont soumis à une procédure de publicité et mise en concurrence novatrice (L. 6148-5 du CSP) qui repose sur l'ouverture d'un dialogue avec les candidats : la négociation peut porter sur tous les aspects du contrat, l'objectif étant d'en préciser peu à peu l'objet, afin de déterminer les moyens de satisfaire au mieux les besoins de l'EPS ou de la structure de coopération.

Ce nouvel outil d'investissement bénéficie d'un retour d'expérience positif dans les différents pays européens qui l'ont mis en oeuvre. Mais il nécessite une grande rigueur dans la définition des clauses contractuelles afin de garantir sur la durée (20 ans) la pérennité de l'investissement réalisé. C'est pourquoi toutes les opérations envisagées dans ce cadre doivent être signalées à la MAINH afin que l'ingénierie des projets locaux bénéficie des cadres conceptuels et juridiques conçus par la mission.

### **5. Les marchés globaux**

L'article L. 6148-7 du CSP déroge aux articles 7 et 18 de la loi n° 85-704 du 12 juillet 1985, relative à la maîtrise d'ouvrage et à ses rapports avec la maîtrise d'oeuvre privée (MOP), en permettant aux EPS et aux structures de coopération sanitaire d'attribuer à une personne ou un groupement de personnes, de droit public ou privé, un marché portant à la fois sur la conception, la construction, l'aménagement, l'entretien et la maintenance de bâtiments ou d'équipements affectés à l'exercice de leurs missions. Il déroge également à l'article 10 du code des marchés publics (CMP) en autorisant, lorsque le marché est alloti, un jugement global sur les offres portant simultanément sur plusieurs lots.

*1. Les dérogations à la loi MOP et au CMP :*

Les articles 7 et 18 de la loi MOP prévoient que :

- pour la réalisation d'un ouvrage, la mission de maîtrise d'oeuvre est distincte de celle d'entrepreneur ;
- le maître d'ouvrage ne peut déroger à ce principe que lorsque des motifs d'ordre technique rendent nécessaire l'association de l'entrepreneur aux études, et sous condition : le contrat ne peut être confié qu'à un groupement de personnes de droit privé, ou à une personne de droit privé pour les seuls ouvrages d'infrastructure.

L'article 10 du CMP impose, quant à lui, que les offres soient examinées lot par lot, lorsque le marché est alloti.

## ANNEXE N° 1 (suite)

L'article L. 6148-7 du CSP déroge donc à ces dispositions :

- en permettant aux EPS et aux structures de coopération de passer des marchés portant à la fois sur la conception et la réalisation, voire sur d'autres missions (aménagement, entretien et maintenance), sans que des motifs techniques particuliers aient à être invoqués pour le justifier ;
- en permettant aux EPS et aux structures de confier ces marchés à des personnes ou des groupements de personnes, de droit public comme de droit privé ;
- en autorisant les EPS à porter un jugement global sur les offres portant sur plusieurs lots.

*2. La procédure de passation des marchés globaux :*

Tout d'abord, il convient de rappeler que l'EPS ou la structure de coopération peut choisir de ne pas recourir, notamment au regard de sa complexité, au marché global.

Par ailleurs, un marché global ne porte pas nécessairement sur l'ensemble des missions énumérées à l'article L. 6148-7 du CSP (conception, construction, aménagement, entretien et maintenance) : il peut n'avoir pour objet que certaines d'entre elles.

Enfin, même globaux, les marchés visés par l'article L. 6148-7 du CSP n'en demeurent pas moins des marchés publics. Ils sont donc régis, notamment pour leur passation, par les dispositions du CMP.

## **6. L'intervention des SEML, des SA HLM, des OPHLM et des OPAC en matière d'investissement hospitalier**

J'attire votre attention sur le fait que, contrairement aux modalités d'externalisation évoquées précédemment, les montages juridiques associant des SEML, des SA, des OPHLM ou des OPAC ne concernent que les investissements des EPS. Les structures de coopération sanitaires dotées de la personnalité morale publique ne sont pas concernées.

L'ordonnance susmentionnée du 4 septembre 2003 modifie le code général des collectivités territoriales et le code de la construction et de l'habitation pour élargir les compétences des SEML, SA HLM, OPHLM et des OPAC à des opérations de conception, réalisation, entretien ou maintenance d'équipements hospitaliers ou médico-sociaux répondant aux besoins d'un EPS.

*1. L'intervention des SEML en matière d'investissement hospitalier :*

Instrument privilégié de l'intervention des collectivités territoriales, les SEML ne peuvent réaliser des opérations d'aménagement, de construction, exploiter des services publics à caractère industriel ou commercial, ou réaliser toute autre activité d'intérêt général que dans le cadre des compétences reconnues par la loi aux communes, aux départements, aux régions et à leurs groupements. Les collectivités territoriales ne disposant pas de compétences spécifiques en matière de santé, une dérogation au régime général des compétences de ces sociétés, limitativement énumérées par la loi, était nécessaire pour leur permettre de participer à l'effort de relance de l'investissement initié par le plan « Hôpital 2007 ». Contrairement aux SA HLM, aux OPHLM et aux OPAC, les SEML pourront participer au financement des investissements hospitaliers.

## ANNEXE N° 1 (suite)

Elles pourront donc intervenir :

- soit en tant que prestataires de service en se portant candidates aux marchés. Dans ce cas, la SEML assure, en pratique, la maîtrise d'ouvrage déléguée pour le compte de l'EPS ou de la structure de coopération. Le choix de la SEML doit donc résulter d'une procédure de publicité et de mise en concurrence dans les conditions prévues par le CMP, et les dispositions de la loi MOP précitée s'appliquent également ;
- soit en tant qu'opérateur assurant le financement de l'opération, par exemple dans le cadre d'un BE tel que prévu à l'article L. 6148-2 et selon les modalités de publicité et de mise en concurrence prévue par l'article L. 6148-5 du CSP.

## 2. L'intervention des OPAC, des SA HLM et des OPHLM en matière d'investissement hospitalier :

Les articles L. 421-1, L. 421-4 et L. 422-2 du code de la construction et de l'habitation énumèrent précisément l'objet des OPAC, des SA HLM et des OP HLM, ainsi que les activités qu'ils peuvent assurer, à titre subsidiaire.

Ces articles sont modifiés par l'ordonnance susmentionnée du 4 septembre 2003 pour élargir le champ de leurs activités subsidiaires à la conception, la réalisation, l'entretien ou la maintenance d'équipements hospitaliers ou médico-sociaux - notamment des maisons de retraite gérées par des EPS en budget annexe - pour les besoins d'un EPS.

Ces organismes intervenant en qualité de prestataires de service, l'appel à leurs compétences implique une procédure de publicité et de mise en concurrence préalable, dans le respect des dispositions du CMP. Par ailleurs, les dispositions de la loi du 12 juillet 1985 (loi MOP) sont également applicables. Il convient de rappeler que, contrairement aux SEML, ces offices publics ou sociétés anonymes n'ont pas compétence pour participer au financement des investissements hospitaliers ainsi réalisés.

Vous informerez sans délai les établissements de santé de l'ensemble de ces nouvelles dispositions. Les éventuelles difficultés d'application que vous pourriez rencontrer devront être transmises à l'adresse suivante : « [regles-financ-hosp@sante.gouv.fr](mailto:regles-financ-hosp@sante.gouv.fr) ».

## V. - INFORMATIONS TRANSMISES À L'AUTORITÉ DE TARIFICATION RELATIVES AUX COMPTES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

L'article 23 de l'ordonnance rend obligatoire la transmission de la comptabilité des établissements de santé privés aux agences régionales de l'hospitalisation quand ils sollicitent une aide à l'investissement. En outre, la transmission de la comptabilité de l'organisme gestionnaire de ces établissements permettra aux services de l'Etat d'effectuer un contrôle complet de l'utilisation des fonds de l'assurance maladie (art. L. 6161-3 CSP).

## VI. - ACTIVITÉ LIBÉRALE DES PRATICIENS HOSPITALIERS

L'article 30 de l'ordonnance du 4 septembre 2003 a modifié l'article L. 6154-3 du code de la santé publique. Désormais les praticiens hospitaliers qui exercent une activité libérale peuvent à nouveau choisir le mode de perception de leurs honoraires, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'hôpital.

Par ailleurs l'article 3-III de l'ordonnance précitée a modifié les articles L. 6154-4 et L. 6154-6 du code de la santé publique. L'autorisation d'exercer une activité libérale est désormais délivrée par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation.

Pour tenir compte de ces nouvelles dispositions, le décret du 25 avril 2001 susmentionné sera prochainement modifié.



## ANNEXE N° 1 (suite et fin)

Toutefois, sans attendre la publication du décret, et dès lors qu'un praticien hospitalier choisit de percevoir directement ses honoraires, il vous appartient d'établir un avenant au contrat type afin que soit mentionné explicitement le choix du praticien. Cet avenant doit être adressé, pour approbation, au directeur de l'agence régionale d'hospitalisation.

En revanche, lorsque le praticien choisit de percevoir ses honoraires par la caisse de l'hôpital, il n'y a pas lieu, dans ce cas, de modifier le contrat. Afin d'assurer la gestion du recouvrement de ces honoraires, il vous appartient de vous reporter au paragraphe 5. - Recouvrement des honoraires, de la circulaire n° 561 du 26 novembre 2001 susmentionnée.

Vous voudrez bien me faire part, sous le présent timbre, des difficultés éventuelles d'application de cette circulaire.

Pour le ministre de la santé, de la famille  
et des personnes handicapées, et par délégation :  
Le directeur de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins,  
E. Couty

(1) Par commodité, ces structures seront dénommées « structures de coopération » dans la suite du document.

ANNEXE N° 2 : Circulaire DHOS/F4/DGCP/6B/2003 n°533 du 19 novembre 2003

**MINISTERE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE**

**DIRECTION GENERALE DE LA COMPTABILITE PUBLIQUE**

**Bureau 6B**

Dossier suivi par : Benoît Sablayrolles

Tél : 01 53 18 73 42

Mél : benoit.sablayrolles@cp.finances.gouv.fr

**MINISTERE DE LA SANTE, DES FAMILLES ET DES PERSONNES HANDICAPEES**

**DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS**

**Bureau F4**

Dossier suivi par : Claire Le Corre

Tél : 01 40 56 51 53

Mél : regles-financ-hosp@sante.gouv.fr

LE MINISTRE DE L'ECONOMIE DES  
FINANCES ET DE L'INDUSTRIE

LE MINISTRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE  
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

A

MESDAMES ET MESSIEURS LES DIRECTEURS  
DES AGENCES REGIONALES DE  
L'HOSPITALISATION  
(pour information)

MESDAMES ET MESSIEURS  
LES PREFETS DE REGION  
Directions Régionales des  
Affaires Sanitaires et Sociales

MESDAMES ET MESSIEURS  
LES PREFETS DE DEPARTEMENT  
Directions Départementales des  
Affaires Sanitaires et Sociales

MESDAMES ET MESSIEURS  
LES DIRECTEURS D'ETABLISSEMENTS DE  
SANTE FINANCES PAR DOTATION GLOBALE  
(pour exécution)

MESDAMES ET MESSIEURS  
LES TRESORIER-PAYEURS GENERAUX  
(pour exécution)

**CIRCULAIRE DHOS/F4/DGCP/6B/2003 N°533 du 19 novembre 2003 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable : nomenclatures M21 au 1<sup>er</sup> janvier 2004.**

## ANNEXE N° 2 (suite)

## Résumé :

- Actualisation de la nomenclature des comptes composant les groupes fonctionnels
- Actualisation de la nomenclature budgétaire et comptable
- Actualisation de la nomenclature des comptes à ouvrir dans la balance des comptes du grand livre

## Champ d'application :

- Etablissements de santé financés par dotation globale

## Date d'application :

- 1<sup>er</sup> janvier 2004

## Mots clés :

- Comptes à ouvrir, à modifier et à supprimer

## Textes de référence :

- Décret n°99-41 du 21 janvier 1999 modifié fixant la nomenclature des comptes composant les groupes fonctionnels
- Décret n°2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles et des établissements mentionnés au 2° de l'article L.6111-2 du Code de la santé publique
- Arrêté du 21 janvier 1999 modifié fixant la liste des comptes obligatoirement ouverts dans le budget et la comptabilité des établissements publics de santé et des établissements de santé privés financés par dotation globale
- Arrêté du 21 janvier 1999 modifié fixant la liste des comptes à ouvrir à la balance des comptes du grand livre au titre du budget général et des budgets annexes des établissements publics de santé
- Circulaire DHOS/F4/DGCP/6B n°530 du 10 octobre 2002 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable : nomenclature au 1<sup>er</sup> janvier 2003
- Circulaire DHOS/F4/DGCP/6B n°634 du 9 décembre 2002 relative à la simplification des formalités de signature des mandats et d'attestation du service fait sur les factures
- Circulaire DGAS/5C/3B/DSS/1A/2003/104 du 4 mars 2003 relative à la campagne budgétaire pour 2003 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des structures d'addictologie
- Circulaire DHOS/F n°495 du 15 octobre 2003 relative aux conditions d'attribution des aides du volet investissement du plan "Hôpital 2007"

## ANNEXE N° 2 (suite)

La présente circulaire a pour objet de mettre à jour les différentes nomenclatures des établissements de santé financés par dotation globale.

### **1. SUIVI COMPTABLE DES CRÉDITS ATTRIBUÉS EN COUVERTURE DES SURCÔÛTS D'EXPLOITATION DANS LE CADRE DES PROGRAMMES PLURIANNUELS D'INVESTISSEMENT**

Les opérations d'investissement, notamment réalisées dans le cadre du plan "Hôpital 2007", peuvent donner lieu à un financement anticipé des surcoûts d'amortissements et de frais financiers (cf. annexe n°1). Le suivi de ces crédits attribués en amont de la réalisation de l'opération et provisionnés dans l'attente de leur utilisation nécessite la création d'une subdivision au compte 158 et de comptes de dotation et de reprise :

- compte 1584 " provisions pour charges d'amortissements et frais financiers "
- compte 681584 " dotations aux provisions pour charges d'amortissements et frais financiers "
- compte 781584 " reprises sur provisions pour charges d'amortissements et frais financiers "

Le 2<sup>ème</sup> paragraphe du " 8. NOTION D'EXCEDENT PREVISIONNEL D'INVESTISSEMENT " ("*Il est rappelé que les sommes (...) une partie du résultat excédentaire à l'investissement (compte 10682)*") de la circulaire DHOS/F4/DGCP/6B n°530 du 10 octobre 2002 est abrogé.

### **2. SUIVI COMPTABLE DES CRÉDITS AFFECTÉS AU TITRE DU COMPTE EPARGNE TEMPS (CET)**

Les droits à congés acquis au titre de la réduction du temps de travail (RTT) portés dans un CET ou non pris en raison de la réalisation progressive des recrutements liés à la mise en œuvre de la RTT seront financés par des crédits spécifiques. Ceux-ci doivent faire l'objet d'un suivi particulier au sein de la comptabilité de chaque établissement tant sur le budget général que sur les budgets annexes (cf. annexe n°2).

En conséquence, les comptes suivants sont à créer :

- compte 1581 " provisions pour charges de personnel "
- compte 681581 " dotations aux provisions pour charges de personnel "
- compte 758316 " Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) - RTT "
- compte 781581 " reprises sur provisions pour charges de personnel "

### **3. CRÉATION DE COMPTES DE PROVISIONS POUR CHARGES MÉDICALES ET PHARMACEUTIQUES ET POUR CHARGES HÔTELIÈRES ET GÉNÉRALES**

Dans la logique de subdivision du compte 158, les comptes suivants sont également créés :

- compte 1582 " provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- compte 1583 " provisions pour charges hôtelières et générales "
- compte 68151 " dotations aux provisions pour risques "

## ANNEXE N° 2 (suite)

- compte 68157 " dotations aux provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices "
- compte 68158 " dotations aux autres provisions pour charges "
- compte 681582 " dotations aux provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- compte 681583 " dotations aux provisions pour charges hôtelières et générales "
- compte 78151 " reprises sur provisions pour risques "
- compte 78157 " reprises sur provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices "
- compte 78158 " reprises sur autres provisions pour charges "
- compte 781582 " reprises sur provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- compte 781583 " reprises sur provisions pour charges hôtelières et générales "

Les provisions pour charges médicales et pharmaceutiques et les provisions pour charges hôtelières et générales sont constituées en vue de faire face à des charges nettement précisées que des événements survenus ou en cours rendent probables.

Elles font obligatoirement l'objet d'une reprise dès lors que les raisons qui les ont motivées cessent d'exister.

#### **4. PRISE EN CHARGE DES PATIENTS BRITANNIQUES**

Aux termes de la Déclaration conjointe d'intention sur la coopération signée le 14 mars 2002 entre les ministres de la santé britannique et français, le suivi comptable des produits des prestations des soins dispensés à ces patients britanniques suppose la création, au groupe 3 des recettes d'exploitation du budget général, du compte suivant :

- compte 70626 " prestations de soins aux patients du Royaume-Uni (Déclaration conjointe d'intention sur la coopération signée le 14 mars 2002) "

Ce classement permettra aux établissements accueillant ces patients de bénéficier de recettes ne s'imputant pas sur la dotation globale et de pouvoir engager les dépenses nécessaires à cette activité sans être limités par le montant des dépenses encadrées.

#### **5. CRÉATION DES BUDGETS ANNEXES " EHPAD "**

Les établissements publics de santé gèrent des établissements hébergeant des personnes âgées (EHPA) dans le cadre de budgets annexes : des maisons de retraite suivies sous la lettre J, des unités de soins de longue durée (USLD) suivies sous la lettre B et de manière résiduelle des hospices suivis sous la lettre K.

L'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles précise que les établissements qui assurent l'hébergement des personnes âgées ne peuvent accueillir des personnes âgées remplissant les conditions de perte d'autonomie que s'ils ont passé une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'Etat.

## ANNEXE N° 2 (suite)

La signature de cette convention (dite convention tripartite) entraîne la qualification " d'établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ". Sur le plan financier, elle consacre le passage d'une tarification dite "provisoire " (prix de journée hébergement, tarif dépendance et forfait global annuel de soins) à une tarification dite " ternaire " (tarif hébergement, tarif dépendance et tarif soins).

- **Précisions sur les modalités pratiques et techniques :**

Les établissements publics de santé passent une convention tripartite par service. Chaque budget annexe signataire devient un EHPAD. Dès lors, si l'établissement, par exemple, gère trois structures conventionnées, leur budget sera identifié par les lettres E1, E2 et E3.

Toutefois, dans la mesure où la séparation entre maisons de retraite et USLD est souvent artificielle, il est préconisé, dans le cadre de la signature de la convention tripartite, le regroupement dans un seul budget annexe de tous les services accueillant des personnes âgées dépendantes au sein d'un même établissement public de santé.

De ce fait, la gestion de ces services est facilitée et permet la signature d'une seule convention tripartite entraînant la création unique d'un budget annexe E.

Par ailleurs, il est rappelé que la création de budgets annexes E n'a lieu qu'après la signature de la convention tripartite. Sans convention tripartite signée, il n'y a pas de budget annexe E.

Ainsi, le regroupement des budgets annexes B, J et K en un seul budget annexe E rend la nomenclature des comptes d'affectation du résultat inadaptée.

- **Modalités de mise en œuvre**

### 1. Comptes relatifs à l'excédent affecté à l'investissement hospitalier et à la réserve de compensation

#### a. Changement d'intitulé des comptes 106824 et 106864 à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 :

- le compte 106824 "Excédent affecté à l'investissement hospitalier – Etablissement de transfusion sanguine (E.T.S) (spécifique à l'AP-HP) " s'intitule désormais "Excédent affecté à l'investissement hospitalier – Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ".
- le compte 106864 " Réserve de compensation – Etablissement de transfusion sanguine (E.T.S) (spécifique à l'AP-HP) " s'intitule désormais " Réserve de compensation – Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ".

#### b. Les comptes suivants sont supprimés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 :

- 1068621 " Réserve de compensation pour les USLD sans convention tripartite "
- 1068622 " Réserve de compensation pour les USLD avec convention tripartite (établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) "
- 10686221 " Hébergement "
- 10686222 " Dépendance "
- 10686223 " Soins "

## ANNEXE N° 2 (suite)

- 1068631 " Activités relevant de la loi sociale n°75-535 du 30 juin 1975 sans convention tripartite "
- 1068632 " Activités relevant de la loi sociale n°75-535 du 30 juin 1975 avec convention tripartite "
- 10686321 " Hébergement "
- 10686322 " Dépendance "
- 10686323 " Soins "

c. Les comptes suivants sont à ouvrir à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 :

- 106862 " Réserve de compensation - USLD "
- 106863 " Réserve de compensation - activités relevant de l'article L.312-1 du CASF "
- 1068641 " Hébergement "
- 1068642 " Dépendance "
- 1068643 " Soins "

2 Changement d'intitulé des comptes 1104, 1114 et 1194 à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 :

- le compte 1104 " Excédents affectés à la réduction des charges d'exploitation – E.T.S (spécifique à l'AP-HP) " s'intitulera " Excédents affectés à la réduction des charges d'exploitation - Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ".
- le compte 1114 " Excédents affectés au financement de mesures d'exploitation – E.T.S (spécifique à l'AP-HP)" s'intitulera " Excédents affectés au financement de mesures d'exploitation – Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ".
- le compte 1194 " Report à nouveau déficitaire – ETS (spécifique à l'AP-HP) " s'intitulera " Report à nouveau déficitaire – Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ".

3 Création d'un nouveau compte spécifique à l'AP-HP à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 :

- 1197 " Report à nouveau déficitaire - ETS (spécifique à l'AP-HP) "

Le solde du compte du 1194 sera repris en balance d'entrée au 1<sup>er</sup> janvier 2004 au compte 1197.

4 Compte de report à nouveau : Compte 110 « Excédents affectés à la réduction des charges d'exploitation ».

a Les comptes suivants sont à supprimer à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 :

- 11021 " Soins de longue durée sans convention tripartite "
- 11022 " Soins de longue durée avec convention tripartite (EHPAD)"
- 110221 " Hébergement "
- 110222 " Dépendance "
- 110223 " Soins "
- 110311 " Maisons de retraite sans convention tripartite "

## ANNEXE N° 2 (suite)

- 110312 " Maisons de retraite avec convention tripartite (EHPAD) "
- 1103121 " Hébergement "
- 1103122 " Dépendance "
- 1103123 " Soins "
- 110321 " Hospices sans convention tripartite "
- 110322 " Hospices avec convention tripartite (EHPAD) "
- 1103221 " Hébergement "
- 1103222 " Dépendance "
- 1103223 " Soins "

b Les comptes d'excédents affectés à la réduction des charges d'exploitation suivants sont à ouvrir à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 :

- 1102 " Soins de longue durée "
- 11031 " Maisons de retraite "
- 11032 " Hospices "
- 11041 " Hébergement "
- 11042 " Dépendance "
- 11043 " Soins "

5 Compte de report à nouveau: Compte 111 " Excédents affectés au financement de mesures d'exploitation " :

a) Les comptes suivants sont à supprimer à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 :

- 11121 " Soins de longue durée sans convention tripartite "
- 11122 " Soins de longue durée avec convention tripartite (EHPAD) "
- 111221 " Hébergement "
- 111222 " Dépendance "
- 111223 " Soins "
- 111311 " Maisons de retraite sans convention tripartite "
- 111312 " Maisons de retraite avec convention tripartite (EHPAD) "
- 1113121 " Hébergement "
- 1113122 " Dépendance "
- 1113123 " Soins "
- 111321 " Hospices sans convention tripartite "
- 111322 " Hospices avec convention tripartite (EHPAD) "



## ANNEXE N° 2 (suite)

- 1113221 " Hébergement "
- 1113222 " Dépendance "
- 1113223 " Soins "

b) Les comptes suivants sont à ouvrir à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 :

- 1112 " Soins de longue durée "
- 11131 " Maisons de retraite "
- 11132 " Hospices "
- 11141 " Hébergement "
- 11142 " Dépendance "
- 11143 " Soins "

6 Compte de report à nouveau : compte 119 « Report à nouveau déficitaire » :a. Les comptes suivants sont à supprimer à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 :

- 11921 " Soins de longue durée sans convention tripartite "
- 11922 " Soins de longue durée avec convention tripartite (EHPAD) "
- 119221 " Hébergement "
- 119222 " Dépendance "
- 119223 " Soins "
- 119311 " Maisons de retraite sans convention tripartite "
- 119312 " Maisons de retraite avec convention tripartite (EHPAD) "
- 1193121 " Hébergement "
- 1193122 " Dépendance "
- 1193123 " Soins "
- 119321 " Hospices sans convention tripartite "
- 119322 " Hospices avec convention tripartite (EHPAD) "
- 1193221 " Hébergement "
- 1193222 " Dépendance "
- 1193223 " Soins "

b. Les comptes suivants sont à ouvrir à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 :

- 1192 " Soins de longue durée "
- 11931 " Maisons de retraite "
- 11932 " Hospices "

- 11941 " Hébergement "
- 11942 " Dépendance "
- 11943 " Soins "
- 1197 " Report à nouveau déficitaire - ETS (spécifique à l'AP-HP) "

## **6. COMPTABILISATION DE LA DOTATION GLOBALE ANNUELLE DES CENTRES D'ACTION MEDICO-SOCIALE PRECOCE**

La dotation globale attribuée aux centres d'action médico-sociale précoce (Budget annexe P) doit être comptabilisée sur le compte 70661 " Dotation globale de financement soins " relevant du groupe fonctionnel de recettes n°1 "Produits afférents aux soins".

## **7. COMPTABILISATION DU FINANCEMENT DES BUDGETS ANNEXES "ACTIVITES DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME" ET "STRUCTURES POUR TOXICOMANES "**

Les activités de lutte contre l'alcoolisme et les structures pour toxicomanes relevant du titre I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles doivent, en tant que budgets annexes d'établissements publics de santé être identifiés sous la lettre mnémotechnique "P".

Les versements de l'assurance maladie seront effectués sur le compte 70661 "Dotation globale de financement des soins" rattaché au groupe fonctionnel des recettes n°1 "Produits afférents aux soins".

En conséquence, les lettres mnémotechniques "U" et "V" et leur nomenclature sont supprimées ainsi que les comptes du budget général s'y rattachant :

- 106825 " Excédents affectés à l'investissement hospitalier - Activités de lutte contre l'alcoolisme "
- 106826 " Excédents affectés à l'investissement hospitalier - Structures pour toxicomanes "
- 106865 " Réserve de compensation - Activités de lutte contre l'alcoolisme "
- 106866 " Réserve de compensation - Structures pour toxicomanes "
- 1105 " Excédents affectés à la réduction des charges d'exploitation - Activités de lutte contre l'alcoolisme "
- 1106 " Excédents affectés à la réduction des charges d'exploitation - Structures pour toxicomanes "
- 1115 " Excédents affectés au financement de mesures d'exploitation - Activités de lutte contre l'alcoolisme "
- 1116 " Excédents affectés au financement de mesures d'exploitation - Structures pour toxicomanes "
- 1195 " Report à nouveau déficitaire - Activités de lutte contre l'alcoolisme "
- 1196 " Report à nouveau déficitaire - Structures pour toxicomanes "
- 4586 " Activités de lutte contre l'alcoolisme "
- 4587 " Structures pour toxicomanes "

## ANNEXE N° 2 (suite)

**8. MODIFICATION DES COMPTES DE TIERS ET FINANCIERS**

- **Création du compte 442**

Le compte 442 " Etat - Impôts et taxes recouvrables sur des tiers " est créé.

- **Suppression des comptes 4785, 47855 et 47858 :**

Liés au passage à l'euro au 1<sup>er</sup> janvier 2002, les comptes 4785, 47855 et 47858 n'ont plus lieu d'être. Ils sont supprimés en conséquence.

- **Création des subdivisions des comptes 4017 et 4047 :**

Afin de mieux distinguer comptablement les oppositions/cessions des retenues de garantie, les comptes 4017 " Fournisseurs ; retenues de garantie et oppositions " et 4047 " Fournisseurs d'immobilisations ; retenues de garantie et oppositions " sont subdivisés ainsi :

- 40171 " Retenues de garanties "
- 40172 " Oppositions "
- 40471 " Retenues de garanties "
- 40472 " Oppositions "

- **Création de subdivisions au compte 464 :**

- 4641 " Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des hôpitaux (FASMO) "
- 4642 " Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) "
- 4643 " Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) "
- 4648 " Autres "

- **Création du compte 516 et de subdivisions au compte 518 :**

En prévision de la loi de finances pour 2004, le compte 516 " Comptes à terme " est créé . Le compte 518 " Intérêts courus " est subdivisé de la manière suivante :

- 5186 " Intérêts courus à payer "
- 5187 " Intérêts courus à recevoir "

## ANNEXE N° 2 (suite)

**9. ATTESTATION DU SERVICE FAIT SUR LES PIÈCES JUSTIFICATIVES DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ**

La circulaire interministérielle DGCP/6B/DHOS/F4/2002 n°634 du 9 décembre 2002 relative à la simplification des formalités de signature des mandats et d'attestation du service fait sur les factures précise que *" la seule signature de l'ordonnateur accompagnée de la mention "service fait" n'est apposée qu'une seule fois sur le bordereau récapitulatif des mandats et vaut ainsi certification du service fait pour les pièces jointes"*.

Dans un souci d'harmonisation avec l'ensemble du secteur public local, la mention "service fait" qui accompagne la signature de l'ordonnateur sur le bordereau récapitulatif de mandats est supprimée au 1<sup>er</sup> janvier 2004.

La seule signature de l'ordonnateur sur le bordereau récapitulatif des mandats vaut ainsi à la fois ordre de payer pour les mandats et certification du service fait pour les pièces justificatives jointes.

Ceci suppose un système rigoureux et sécurisé de contrôle interne du service fait dans les services de l'ordonnateur. En effet, par sa seule signature sur le bordereau récapitulatif des mandats, l'ordonnateur garantit l'effectivité du service fait pour chacune des pièces de dépenses (factures, mémoires) qui sont jointes à ce bordereau.

Nous vous remercions de bien vouloir transmettre toute difficulté d'application de la présente circulaire au bureau F4 de la DHOS et au bureau 6B de la DGCP.

Le ministre de la santé, de la famille et des  
personnes handicapées

Le ministre de l'économie, des finances et de  
l'industrie

Pour le ministre et par délégation,  
Le directeur de l'organisation des soins et de  
l'hospitalisation

Pour le ministre et par délégation,  
Le directeur général de la comptabilité publique

Edouard COUTY

Jean BASSERES

## ANNEXE N° 2 (suite)

## ANNEXE N° 1 :

**COMPTABILISATION DES CREDITS ATTRIBUES****AU TITRE DU FINANCEMENT DES AIDES A L'INVESTISSEMENT – PLAN HOPITAL 2007**

La circulaire DHOS/F n°495 du 15 octobre 2003 relative aux conditions d'attribution des aides du volet investissement du plan " Hôpital 2007 " réaffirme le principe de la possibilité d'une allocation anticipée des aides destinées à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par les nouveaux investissements versées par dotation globale aux établissements.

Ce principe repose sur l'idée que pour lisser le plus efficacement les surcoûts liés aux investissements nouveaux, la ou les dotations budgétaires attribuées par l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) en compensation des charges nouvelles d'amortissements et de frais financiers doivent l'être en amont des investissements à réaliser. En effet, ces dotations permettent de constituer des provisions tant que les surcoûts du groupe 4 ne dépassent pas la base budgétaire du même groupe 4. En cours d'exécution de l'opération, à partir du moment où la base budgétaire ne suffit plus à faire face aux surcoûts constatés en groupe 4, l'établissement procède à des reprises sur provisions pour couvrir lesdits surcoûts.

Ce mécanisme de « préfinancement » des surcoûts occasionnés par une opération d'investissement permet, lorsque les dotations budgétaires sont attribuées suffisamment en amont du programme d'investissement, d'optimiser le tableau de financement et de limiter le recours à l'emprunt. Les provisions constituées abondent la trésorerie permettant ainsi un décalage dans la mobilisation des emprunts nécessaires à la réalisation de l'opération et ainsi de réaliser des économies de frais financiers.

Le versement par l'ARH de dotations de compensation des surcoûts en amont de la réalisation des opérations ne permettra d'optimiser le lissage des surcoûts qu'à la condition expresse d'une parfaite « étanchéité » des crédits du groupe 4. Pour cela un certain nombre de préalables sont requis :

## 1) Déterminer les surcoûts auxquels le mécanisme va s'appliquer

Il convient de parfaitement déterminer la nature des surcoûts auxquels le mécanisme va s'appliquer. Il s'agit des surcoûts d'amortissements résultant des investissements nouveaux et des frais financiers induits par les opérations d'investissement.

## 2) Définir le mode de comptabilisation des dotations budgétaires attribuées aux établissements

La nomenclature budgétaire et comptable actuelle comporte deux comptes destinés à l'enregistrement des provisions pour charges. Le compte 157 est destiné à la comptabilisation des provisions pour grosses réparations et le compte 158 intitulé « Autres provisions pour charges » ne comporte aucune subdivision. Il importe, notamment pour s'assurer que les dotations budgétaires destinées à la compensation des surcoûts du groupe 4 ne sont pas utilisées à d'autres fins, que leurs mises en provisions puissent faire l'objet d'un suivi. La création de subdivisions du compte 158 en fonction de la nature des charges pour lesquelles la provision est constituée en faciliterait le suivi. C'est pourquoi à l'instar de ce qui est proposé pour le suivi des dotations attribuées au titre du CET (cf. annexe n°2), il est créé un compte *1584 – Provisions pour charges d'amortissements et frais financiers*.

## ANNEXE N° 2 (suite)

Ce compte n'isole pas spécifiquement les dotations budgétaires attribuées au titre des aides à l'investissement, notamment dans le cadre du plan Hôpital 2007, mais l'ensemble des provisions constituées en vue de couvrir des charges d'amortissements et de frais financiers.

## 3) Définir la base budgétaire retenue

Il est essentiel que la base budgétaire du groupe 4, telle que définie au 1), soit arrêtée comptablement en amont, sans ambiguïté. Elle doit être déterminée à partir des prévisions budgétaires au budget primitif de l'exercice au cours duquel les investissements à conduire dans le cadre du Plan Hôpital 2007 ou des plans pluriannuels classiques, font l'objet d'une approbation par l'ARH (avec le recours éventuel à la MEEF cf. §5), en tenant compte le cas échéant des virements de crédits ou décisions modificatives intervenus au début de cet exercice et qui auraient pu affecter cette base.

## 4) Garantir l'"étanchéité" du groupe 4

La conduite à bonne fin du lissage des surcoûts du groupe 4 impose que les crédits attribués à cet effet par le directeur de l'ARH, et mis temporairement en provisions, ne soient pas utilisés à d'autres fins. Il est absolument nécessaire de consacrer les dotations budgétaires attribuées dans ce cadre à la constitution de provisions au compte 1584. Par ailleurs l'établissement ne doit pas procéder à des virements de crédits des comptes 66 et 68 vers le compte 67. De même pendant la durée du lissage des surcoûts, l'établissement ne doit pas prendre de décisions modificatives réduisant les crédits du groupe 4 au profit d'autres groupes fonctionnels. Ces règles indispensables au bon déroulement de l'opération doivent être clairement établies entre le directeur de l'ARH et le directeur de l'établissement.

## 5) L'expertise de la Mission d'expertise économique et financière (MEEF)

Le décret n°96-1039 du 29 novembre 1996 prévoit pour les directeurs d'ARH de recourir à l'expertise de la MEEF placée auprès de chaque Trésorier-Payeur Général de région. La circulaire CD-0510 DHOS/DGCP du 8 février 1999 a précisé les modalités d'intervention de la MEEF. L'intervention de la MEEF peut notamment conduire, selon le cahier des charges défini avec le commanditaire, à valider les éléments des 1), 3) et 4) ci-dessus et à proposer, selon les hypothèses demandées par le commanditaire, le(s) montant(s) de(s) dotation(s) budgétaire(s) nécessaire(s) pour lisser les surcoûts du groupe 4.

## ANNEXE N° 2 (suite)

**ANNEXE N° 2 :**  
**COMPTABILISATION DES CREDITS ATTRIBUES**  
**AU TITRE DU FINANCEMENT COMPTE EPARGNE TEMPS**

Un décret et une circulaire, en préparation, précisent les règles de financement du Compte Epargne Temps (CET). Compte tenu des dispositions retenues pour le versement des crédits par le Fonds pour l'Emploi Hospitalier et de la nécessité d'en réserver l'usage au financement des droits à congés acquis au titre de la RTT qui n'ont pu être pris du fait de la montée en charge progressive des recrutements prévus pour la mise en place de la RTT, il apparaît nécessaire de préciser les règles d'imputation comptable des crédits versés.

Le principe retenu est celui de la mise en provision des crédits attribués à ce titre, en 2003, 2004 et 2005, et la reprise chaque année en décision modificative des crédits nécessaires à la couverture des charges inhérentes au financement des droits à congés acquis mentionnés ci-dessus, du remplacement des agents faisant valoir leurs droits à congés épargnés ou des charges nécessaires au transfert des comptes épargne temps des agents en mutation.

Dès la notification par l'ARH du montant des crédits alloués au titre du CET, l'établissement les inscrit dans sa plus proche décision modificative en recettes au compte 758316 – *Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) - RTT*. Cette recette permet de gager une ouverture de crédits au compte 681581 – *Dotations aux provisions pour charges de personnel*. A la clôture de l'exercice le compte 681581 est débité par le crédit du compte de provisions 1581 – *Provisions pour charges de personnel*.

Si en cours d'exercice, l'établissement a besoin d'une partie de ces crédits pour financer des remplacements CET, pour transférer un CET dans le cadre d'une mutation d'agent ou pour payer des droits à congés acquis au titre de la RTT, il alimente les comptes de charges correspondant à partir du 681581 par décision modificative.

Dès lors que cela devient nécessaire, notamment après 2005, l'établissement procède à des reprises sur provisions pour financer les remplacements CET ou CET d'agent en mutation par l'intermédiaire du compte 781581 – *Reprises sur provisions pour charges de personnel*.

La présente circulaire ayant pour objet la prise en compte conjointe par le réseau du Trésor public et les ordonnateurs hospitaliers des modifications apportées à la nomenclature budgétaire et comptable, elle ne prendra effet qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004. Cependant les établissements dont le système d'information permet la création de subdivisions de comptes existant en cours d'exercice sont invités à ouvrir les comptes 758316, 1581, 681581 et 781581 dès 2003 pour faciliter le suivi de la première tranche de crédits attribuée. Dans le cas contraire les crédits attribués en 2003 devront être provisionnés au compte 158 et affectés en 2004 au compte 1581 nouvellement créé.

ANNEXE N° 2 (suite)

**ANNEXE N°3 :**  
**RÉCAPITULATIF DE L'ENSEMBLE DES MODIFICATIONS**  
**DE NOMENCLATURE AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2004**

**1 NOMENCLATURE DES COMPTES COMPOSANT LES GROUPES FONCTIONNELS**

- Budget général :

Relève du groupe 3 des recettes d'exploitation, le compte :

- 70626 " Prestations de soins aux patients du Royaume-Uni (Déclaration conjointe d'intention sur la coopération signée le 14 mars 2002) "

**2 LISTE DES COMPTES A OUVRIR, A MODIFIER OU A SUPPRIMER A LA NOMENCLATURE BUDGETAIRE ET COMPTABLE APPLICABLE AUX ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

- Liste des comptes à ouvrir, à modifier ou à supprimer au budget général :

**Comptes à ouvrir**

- 106862 " Réserve de compensation pour USLD "
- 106863 " Réserve de compensation – activités relevant de l'article L.312-1 du CASF "
- 1068641 " Hébergement "
- 1068642 " Dépendance "
- 1068643 " Soins "
- 1102 " Soins de longue durée "
- 11031 " Maisons de retraite "
- 11032 " Hospices "
- 11041 " Hébergement "
- 11042 " Dépendance "
- 11043 " Soins "
- 1112 " Soins de longue durée "
- 11131 " Maisons de retraite "
- 11132 " Hospices "
- 11141 " Hébergement "
- 11142 " Dépendance "



## ANNEXE N° 2 (suite)

- 11143 " Soins "
- 1192 " Soins de longue durée "
- 11931 " Maisons de retraite "
- 11932 " Hospices "
- 11941 " Hébergement "
- 11942 " Dépendance "
- 11943 " Soins "
- 1197 " Report à nouveau déficitaire – ETS (spécifique à l'AP-HP) "
- 1581 " Provisions pour charges de personnel "
- 1582 " Provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- 1583 " Provisions pour charges hôtelières et générales "
- 1584 " Provisions pour charges d'amortissements et frais financiers "
- 40171 " Retenues de garanties "
- 40172 " Oppositions "
- 40471 " Retenues de garanties "
- 40472 " Oppositions "
- 442 " Etat - Impôts et taxes recouvrables sur des tiers "
- 4641 " Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des hôpitaux (FASMO) "
- 4642 " Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) "
- 4643 " Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) "
- 4648 " Autres "
- 516 " Comptes à terme "
- 5186 " Intérêts courus à payer "
- 5187 " Intérêts courus à recevoir "
- 68151 " Dotations aux provisions pour risques "
- 68157 " Dotations aux provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices "
- 68158 " Dotations aux autres provisions pour charges "
- 681581 " Dotations aux provisions pour charges de personnel "
- 681582 " Dotations aux provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- 681583 " Dotations aux provisions pour charges hôtelières et générales "
- 681584 " Dotations aux provisions pour charges d'amortissements et frais financiers "
- 70626 " Prestations de soins aux patients du Royaume-Uni (Déclaration conjointe d'intention sur la coopération signée le 14 mars 2002) "
- 758316 " Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) - RTT "

## ANNEXE N° 2 (suite)

- 78151 " Reprises sur provisions pour risques "
- 78157 " Reprises sur provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices "
- 78158 " Reprises sur autres provisions pour charges "
- 781581 " Reprises sur provisions pour charges de personnel "
- 781582 " Reprises sur provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- 781583 " Reprises sur provisions pour charges hôtelières et générales "
- 781584 " Reprises sur provisions pour charges d'amortissements et frais financiers "

**Libellés à modifier**

- le compte 106824 s'intitule désormais " Excédent affecté à l'investissement hospitalier – Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) "
- le compte 106864 s'intitule désormais " Réserve de compensation – Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) "
- le compte 1104 s'intitule désormais " Excédent affecté à la réduction des charges d'exploitation – Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) "
- le compte 1114 s'intitule désormais " Excédent affecté au financement de mesures d'exploitation – Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) "
- le compte 1194 s'intitule désormais " Report à nouveau déficitaire – Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) "
- le compte 6711 s'intitule désormais " Intérêts moratoires, pénalités sur marchés et débits payés sur achats et ventes "
- l'expression " activités relevant de l'article L.312-1 du CASF " se substitue à l'expression " activités relevant de la loi sociale n°75-535 du 30 juin 1975 " dans tous les comptes contenant cette dernière.

**Comptes à supprimer**

- 106825 " Excédents affectés à l'investissement hospitalier - Activités de lutte contre l'alcoolisme "
- 106826 " Excédents affectés à l'investissement hospitalier - Structures pour toxicomanes "
- 1068621 " Réserve de compensation pour les USLD sans convention tripartite "
- 1068622 " Réserve de compensation pour les USLD avec convention (établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) "
- 10686221 " Hébergement "
- 10686222 " Dépendance "
- 10686223 " Soins "
- 1068631 " Activités relevant de la loi sociale n°75-535 du 30 juin 1975 sans convention tripartite "

## ANNEXE N° 2 (suite)

- 1068632 " Activités relevant de la loi sociale n°75-535 du 30 juin 1975 avec convention tripartite "
- 10686321 " Hébergement "
- 10686322 " Dépendance "
- 10686323 " Soins "
- 106865 " Réserve de compensation - Activités de lutte contre l'alcoolisme "
- 106866 " Réserve de compensation - Structures pour toxicomanes "
- 11021 " Soins de longue durée sans convention tripartite "
- 11022 " Soins de longue durée avec convention tripartite (EHPAD) "
- 110221 " Hébergement "
- 110222 " Dépendance "
- 110223 " Soins "
- 110311 " Maisons de retraite sans convention tripartite "
- 110312 " Maisons de retraite avec convention tripartite (EHPAD) "
- 1103121 " Hébergement "
- 1103122 " Dépendance "
- 1103123 " Soins "
- 110321 " Hospices sans convention tripartite "
- 110322 " Hospices avec convention tripartite (EHPAD) "
- 1103221 " Hébergement "
- 1103222 " Dépendance "
- 1103223 " Soins "
- 1105 " Excédents affectés à la réduction des charges d'exploitation - Alcoolisme "
- 1106 " Excédents affectés à la réduction des charges d'exploitation - Toxicomanes "
- 11121 " Soins de longue durée sans convention tripartite "
- 11122 " Soins de longue durée avec convention tripartite (EHPAD) "
- 111221 " Hébergement "
- 111222 " Dépendance "
- 111223 " Soins "
- 111311 " Maisons de retraite sans convention tripartite "
- 111312 " Maisons de retraite avec convention tripartite (EHPAD) "
- 1113121 " Hébergement "
- 1113122 " Dépendance "
- 1113123 " Soins "
- 111321 " Hospices sans convention tripartite "

## ANNEXE N° 2 (suite)

- 111322 "Hospices avec convention tripartite (EHPAD) "
- 1113221 "Hébergement "
- 1113222 "Dépendance "
- 1113223 "Soins "
- 1115 " Excédents affectés au financement de mesures d'exploitation - Alcoolisme "
- 1116 " Excédents affectés au financement de mesures d'exploitation - Toxicomanes "
- 11921 " Soins de longue durée sans convention tripartite "
- 11922 " Soins de longue durée avec convention tripartite (EHPAD) "
- 119221 " Hébergement "
- 119222 " Dépendance "
- 119223 " Soins "
- 119311 " Maisons de retraite sans convention tripartite "
- 119312 " Maisons de retraite avec convention tripartite (EHPAD) "
- 1193121 " Hébergement "
- 1193122 " Dépendance "
- 1193123 " Soins "
- 119321 " Hospices sans convention tripartite "
- 119322 " Hospices avec convention tripartite (EHPAD) "
- 1193221 " Hébergement "
- 1193222 " Dépendance "
- 1193223 " Soins "
- 1195 " Report à nouveau déficitaire - Alcoolisme "
- 1196 " Report à nouveau déficitaire - Toxicomanes "
- 4586 " Activités de lutte contre l'alcoolisme "
- 4587 " Structures pour toxicomanes "
- 4785 " Ecart de conversion euro "
- 47855 " Ecart de conversion : opérations de trésorerie "
- 47858 " Ecart de conversion : bilan 2001 "

## ANNEXE N° 2 (suite)

- Liste des comptes à ouvrir ou à modifier dans les budgets annexes B, E, J, K, N, et P :

**Comptes à créer**

- 68151 " Dotations aux provisions pour risques "
- 68157 " Dotations aux provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices "
- 68158 " Dotations aux autres provisions pour charges "
- 681581 " Dotations aux provisions pour charges de personnel "
- 681582 " Dotations aux provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- 681583 " Dotations aux provisions pour charges hôtelières et générales "
- 758316 " Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) "
- 78151 " Reprises sur provisions pour risques "
- 78157 " Reprises sur provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices "
- 78158 " Reprises sur autres provisions pour charges "
- 781581 " Reprises sur provisions pour charges de personnel "
- 781582 " Reprises sur provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- 781583 " Reprises sur provisions pour charges hôtelières et générales "

**Libellés à modifier :**

- le compte 6711 s'intitule désormais " Intérêts moratoires, pénalités sur marchés et débits payés sur achats et ventes "

## ANNEXE N° 2 (suite)

**3 LISTE DES COMPTES À OUVRIR, A MODIFIER OU A SUPPRIMER À LA BALANCE DES COMPTES DU GRAND LIVRE**

- Liste des comptes à ouvrir, à modifier ou à supprimer à la balance des comptes du grand livre du budget général :

**Comptes à ouvrir**

- 106862 " Réserve de compensation pour USLD "
- 106863 " Réserve de compensation – activités relevant de l'article L 312-1 du CASF "
- 1068641 " Hébergement "
- 1068642 " Dépendance "
- 1068643 " Soins "
- 1102 " Soins de longue durée "
- 11031 " Maisons de retraite "
- 11032 " Hospices "
- 11041 " Hébergement "
- 11042 " Dépendance "
- 11043 " Soins "
- 1112 " Soins de longue durée "
- 11131 " Maisons de retraite "
- 11132 " Hospices "
- 11141 " Hébergement "
- 11142 " Dépendance "
- 11143 " Soins "
- 1192 " Soins de longue durée "
- 11931 " Maisons de retraite "
- 11932 " Hospices "
- 11941 " Hébergement "
- 11942 " Dépendance "
- 11943 " Soins "
- 1197 " Report à nouveau déficitaire – ETS (spécifique à l'AP-HP) "
- 1581 " Provisions pour charges de personnel "
- 1582 " Provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "

## ANNEXE N° 2 (suite)

- 1583 " Provisions pour charges hôtelières et générales "
- 1584 " Provisions pour charges d'amortissements et frais financiers "
- 40171 " Retenues de garanties "
- 40172 " Oppositions "
- 40471 " Retenues de garanties "
- 40472 " Oppositions "
- 442 " Etat - Impôts et taxes recouvrables sur des tiers "
- 4641 " Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des hôpitaux (FASMO) "
- 4642 " Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) "
- 4643 " Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) "
- 4648 " Autres "
- 516 " Comptes à terme "
- 5186 " Intérêts courus à payer "
- 5187 " Intérêts à courus à recevoir "
- 68151 " Dotations aux provisions pour risques "
- 68157 " Dotations aux provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices "
- 681581 " Dotations aux provisions pour charges de personnel "
- 681582 " Dotations aux provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- 681583 " Dotations aux provisions pour charges hôtelières et générales "
- 681584 " Dotations aux provisions pour charges d'amortissements et frais financiers "
- 70626 " Prestations de soins aux patients du Royaume-Uni (Déclaration conjointe d'intention sur la coopération signée le 14 mars 2002)
- 78151 " Reprises sur provisions pour risques "
- 78157 " Reprises sur provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices "
- 781581 " Reprises sur provisions pour charges de personnel "
- 781582 " Reprises sur provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- 781583 " Reprises sur provisions pour charges hôtelières et générales "
- 781584 " Reprises sur provisions pour charges d'amortissements et frais financiers "

## ANNEXE N° 2 (suite)

**Libellés à modifier**

- le compte 106824 s'intitule désormais " Excédent affecté à l'investissement hospitalier – Etablissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) "
- l'expression " activités relevant de l'article L.312-1 du CASF " se substitue à l'expression " activités relevant de la loi sociale n°75-535 du 30 juin 1975 " dans tous les comptes contenant cette dernière.

**Comptes à supprimer**

- 106825 " Excédents affectés à l'investissement hospitalier - Activités de lutte contre l'alcoolisme "
- 106826 " Excédents affectés à l'investissement hospitalier - Structures pour toxicomanes "
- 1068621 " Réserve de compensation pour les USLD sans convention tripartite "
- 10686221 " Hébergement "
- 10686222 " Dépendance "
- 10686223 " Soins "
- 1068631 " Activité relevant de la loi sociale n°75-535 du 30 juin 1975 sans convention tripartite "
- 10686321 " Hébergement "
- 10686322 " Dépendance "
- 10686323 " Soins "
- 106865 " Réserve de compensation - Activités de lutte contre l'alcoolisme "
- 106866 " Réserve de compensation - Structures pour toxicomanes "
- 11021 " Soins de longue durée sans convention tripartite "
- 110221 " Hébergement "
- 110222 " Dépendance "
- 110223 " Soins ""
- 110311 " Maisons de retraite sans convention tripartite "
- 1103121 " Hébergement "
- 1103122 " Dépendance "
- 1103123 " Soins "
- 110321 " Hospices sans convention tripartite "
- 1103221 " Hébergement "
- 1103222 " Dépendance "
- 1103223 " Soins "
- 1105 " Excédents affectés à la réduction des charges d'exploitation - Alcoolisme "



## ANNEXE N° 2 (suite)

- 1106 " Excédents affectés à la réduction des charges d'exploitation - Toxicomanes "
- 11121 " Soins de longue durée sans convention tripartite "
- 111221 " Hébergement "
- 111222 " Dépendance "
- 111223 " Soins ""
- 111311 " Maisons de retraite sans convention tripartite "
- 1113121 " Hébergement "
- 1113122 " Dépendance "
- 1113123 " Soins "
- 111321 " Hospices sans convention tripartite "
- 1113221 " Hébergement "
- 1113222 " Dépendance "
- 1113223 " Soins "
- 1115 " Excédents affectés au financement de mesures d'exploitation - Alcoolisme "
- 1116 " Excédents affectés au financement de mesures d'exploitation - Toxicomanes "
- 11921 " Soins de longue durée sans convention tripartite "
- 119221 " Hébergement "
- 119222 " Dépendance "
- 119223 " Soins "
- 119311 " Maisons de retraite sans convention tripartite "
- 1193121 " Hébergement "
- 1193122 " Dépendance "
- 1193123 " Soins "
- 119321 " Hospices sans convention tripartite "
- 1193221 " Hébergement "
- 1193222 " Dépendance "
- 1193223 " Soins "
- 1195 " Report à nouveau déficitaire - Alcoolisme "
- 1196 " Report à nouveau déficitaire - Toxicomanes "
- 4586 " Activités de lutte contre l'alcoolisme "
- 4587 "Structures pour toxicomanes "
- 47855 " Ecart de conversion : opérations de trésorerie "
- 47858 " Ecart de conversion : bilan 2001 "

## ANNEXE N° 2 (suite)

- Liste des comptes à ouvrir à la balance des comptes du grand livre des budgets annexes B, E, J, K, N et P :
  
- 68151 " Dotations aux provisions pour risques "
- 68157 " Dotations aux provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices "
- 681581 " Dotations aux provisions pour charges de personnel "
- 681582 " Dotations aux provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- 681583 " Dotations aux provisions pour charges hôtelières et générales "
- 78151 " Reprises sur provisions pour risques "
- 78157 " Reprises sur provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices "
- 781581 " Reprises sur provisions pour charges de personnel "
- 781582 " Reprises sur provisions pour charges médicales et pharmaceutiques "
- 781583 " Reprises sur provisions pour charges hôtelières et générales "

ANNEXE N° 2 (suite)

**ANNEXE N° 4 : TABLE DE TRANSPOSITION  
DES COMPTES SUPPRIMÉS AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2004**

<b>Comptes supprimés</b>	<b>Comptes de reprise du solde</b>
106825	106823
106826	106823
1068621	106862
10686221	1068641
10686222	1068642
10686223	1068643
1068631	106863
10686321	1068641
10686322	1068642
10686323	1068643
106865	106863
106866	106863
11021	1102
110221	11041
110222	11042
110223	11043
110311	11031
1103121	11041
1103122	11042
1103123	11043
110321	11032
1103221	11041
1103222	11042
1103223	11043
1105	11038
1106	11038
11121	1112
111221	11141
111222	11142
111223	11143
111311	11131

## ANNEXE N° 2 (suite et fin)

<b>Comptes supprimés</b>	<b>Comptes de reprise du solde</b>
1113121	11141
1113122	11142
1113123	11143
111321	11132
1113221	11141
1113222	11142
1113223	11143
1115	11138
1116	11138
11921	1192
119221	11941
119222	11942
119223	11943
119311	11931
1193121	11941
1193122	11942
1193123	11943
119321	11932
1193221	11941
1193222	11942
1193223	11943
1194	1197
1195	11938
1196	11938

Directeur de la publication :  
Jean BASSERES

Impression : Imprimerie Nationale  
27, rue de la Convention - 75732 PARIS CEDEX

**ISSN : 0984 9114**