RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS
Sous-direction des affaires financières
Bureau du financement de l'hospitalisation
publique et des activités spécifiques de soins pour les personnes âgées (F2)

Personne chargée du dossier : Marc Bourquin
Téléphone : 01.40.56.53.83
Télécopie : 01.40.56.50.10

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

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour mise en oeuvre)

Messieurs les directeurs des agences
régionales de l'hospitalisation
(pour mise en œuvre

Mesdames et Messieurs les préfets de département
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales
(pour mise en oeuvre)

INSTRUCTION N°DHOS/F2/2003/332 du 7 juillet 2003 relative à la signature des conventions tripartites pour les unités de soins de longue durée et les maisons de retraite hospitalières gérées par des établissements de santé sous forme de budget annexe
Date d'application : immédiate
NOR : SANH0330388J (texte non paru au journal officiel)
Grille de classement : SP 3 332

Résumé : La présente instruction a pour objet de clarifier la situation des services accueillant des personnes âgées dépendantes gérés sous forme de budget annexe des établissements de santé, au regard de la réforme de la tarification et de la signature des conventions tripartites. Cette instruction vous donne également des indications quant à la procédure à suivre dans le cas particulier des hôpitaux locaux et centres hospitaliers dont la seule activité sanitaire est constituée par un service de soins de longue durée.

Mots-clés : Réforme de la tarification ; Unités de soins de longue durée ; Hôpital local, clapet anti retour; procédure de transformation ; compétence tarifaire et budgétaire ; statut juridique des établissements, médecine à orientation gériatrique

Textes de référence :

- Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, notamment les articles 5,6 et 10.
- Décrets n°99-316 et n°99-317 du 26 avril 1999 relatifs aux modalités de tarification et de financement des

établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD, modifié par le décret n° 2001- 388 du 4 mai 2001.

- Circulaire DGAS-5B/DHOS-F2/ Marthe n°2001/241 du 29 mai 2001 relative à la mise en œuvre des décrets n°99-316 et n°99-317 modifiés par le décret n?2001-388 du 4 mai 2001 relatifs au financement et à la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;

- Circulaire DGAS-5B/DHOS-F2/ Marthe n°2001/ 276 du 2 1 juin 2001 relative à la « sincérité des comptes » dans les établissements de santé entre le budget principal et les budgets annexes relatifs à des services accueillant des personnes âgées dépendantes,

- Circulaire DGAS-5 B/ DHOS-F2/ DSS-1A/ MARTHE n° 200 1/ 569 du 27 novembre 2001 relative à la campagne budgétaire 2002 pour les établissements relevant de l'article 5 de la loi APA et au traitement de l'excédent de la section soin prévu à l'article 30 modifié du décret n°99-316 (dit « clapet anti-retou r)

- Instruction DHOS F2 –n° 2002-360 du 17 avril 2002 r elative à la poursuite de l'opération « sincérité des comptes » dans les établissements de santé entre le budget principal et les budgets annexes relatifs à des services accueillant des personnes âgées dépendantes,

- Circulaire DGAS/DSS/DHOS /MARTHE n°2003-20 du 13 ja nvier 2003 relative à la négociation des conventions tripartites au bénéfice des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes

- Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

Textes abrogés ou modifiés : néant

Annexes :

1 : La réalisation de la sincérité des comptes

2 : Les conséquences du transfert de l'activité USLD dans le champ médico-social

3 : Conséquences juridiques et statutaires lorsque le transfert de l'unité de soins de longue durée dans le champ médico-social s'accompagne de la suppression d'un établissement de santé.(cf. tableau joint)

3b: Pourquoi un établissement tenant son statut d'établissement public de santé de sa seule activité de soins de longue durée perdrait-il son statut d'EPS s'il obtenait la transformation de la totalité de ses lits de soins de longue durée en lits médico-sociaux ?

La réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes se poursuit. Le Parlement a adopté, à l'occasion du vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2003, un report de sa date définitive de mise en œuvre, prenant acte du faible rythme de montée en charge de la réforme, sans remettre en cause ni ses objectifs, ni ses modalités.

Or les unités de soins de longue durée figurent parmi les entités qui entrent le plus difficilement dans la réforme, comme en témoignent les statistiques tenues par la DHOS (au 31/04/2003, seules 9% des USLD ont passé convention contre 18% des autres EHPAD).

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation, à laquelle il convient d'apporter des réponses : la sous estimation de l'intérêt de cette réforme pour les personnes âgées hébergées, la crainte de subir une diminution des crédits d'assurance maladie, la crainte des personnels, médicaux et para médicaux, de perdre des avantages objectifs si la signature de la convention s'accompagne d'un transfert juridique de l'USLD dans le champ médico social.

Ces craintes sont infondées. Si des différences existent en effet entre les règles juridiques applicables au secteur sanitaire et au secteur médico social, elles n'ont pas pour conséquence de pénaliser les établissements ou les

personnels exerçant dans l'un ou l'autre de ces secteurs.

Afin de clarifier les sujets, la présente instruction rappelle les deux objectifs essentiels de la réforme de la tarification, avant de préciser les modalités de signature des conventions tripartites dans les unités de soins de longue durée et les maisons de retraite hospitalières des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux.

L'objectif essentiel de cette réforme est d'inciter les responsables de toutes les structures recevant des personnes âgées dépendantes, quels que soient leur statut juridique et leur mode de financement antérieur, à apporter aux personnes âgées la plus grande qualité de vie possible. Ces personnes finiront dans la majorité des cas leurs jours en institution. Dès lors, la préoccupation constante de tous doit être de favoriser leur bien être, malgré leur perte d'autonomie physique ou intellectuelle, en considérant que les soins qui leur sont prodigués concourent à la mise en œuvre de cette préoccupation, mais n'en sont qu'un des moyens. Le cahier des charges de la convention pluriannuelle, diffusé par arrêté du 26 avril 1999, fournit un support aux responsables de la structure pour s'engager dans cette démarche.

Un deuxième objectif est d'asseoir les moyens d'assurance maladie alloués à l'établissement sur l'état objectif des personnes âgées hébergées. Si les situations budgétaires de départ sont effectivement prises en considération dans le calcul des moyens lors de la signature de la première convention d'un établissement, les principes de la convergence tarifaire, tels qu'ils sont exposés dans le décret 99-316 du 26 avril 1999 modifié, devront progressivement être appliqués, sans distinction liée au statut sanitaire ou médico social initial. Dans ces conditions, l'appréciation du statut le plus approprié, que vous devez porter localement, doit être fondée sur d'autres motifs que l'importance des moyens en découlant.

La présente instruction a pour but de préciser les modalités de signature des conventions tripartites dans les unités de soins de longue durée et les maisons de retraite hospitalières des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux.

I Les modalités de signature des conventions tripartites pour les unités de soins de longue durée et les maisons de retraite hospitalières :rappel des principes généraux

I-1/ La réforme de la tarification s'impose tant aux maisons de retraite qu'aux unités de soins de longue durée

La loi N°97-60 du 24 janvier 1997 vise aussi bien les établissements médico-sociaux (article L 312-8 du CASF) que les USLD (article L 6111-2 du CSP). Il en résulte que l'ensemble des USLD (près de 1 000 unités ou centres et 84 000 lits) sont concernées par la réforme de la tarification, au même titre que les maisons de retraite hospitalières.

Les résidents des unités de soins de longue durée ont vocation à rester hébergés dans ces unités (sauf refus express des intéressés), après la signature de la convention tripartite.

D'une manière générale, la convention tripartite a vocation à être conclue au bénéfice de l'intégralité des places de l'unité de soins de longue durée. Il ne saurait être question de procéder à un découpage, au sein de cette dernière, entre les places d'hébergement pour personnes âgées, et les lits qui pourraient correspondre à un autre mode de prise en charge et de tarification. Sur le plan financier, il y a lieu de rappeler que l'article 4 du décret 99-316 du 26 avril 1999 modifié précise que les ressources d'assurance maladie attribuées à l'EHPAD concernent l'ensemble des résidents.

En résumé, tout comme les maisons de retraite hospitalières, les unités de soins de longue durée ont vocation à conclure une convention tripartite, au plus tard le 31 décembre 2005, au bénéfice de tous les résidents quels que soient leur âge, leur degré de dépendance et la charge de soins qu'ils requièrent, et pour la totalité des lits autorisés.

I-2/ Les autorités tarifaires compétentes pour signer la convention tripartite sont les suivantes :

En ce qui concerne les prestations de soins et les crédits d'assurance maladie :

- Pour les unités de soins de longue durée : le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dont dépend l'USLD concernée.

- Pour les maisons de retraite hospitalières : le préfet du département

En ce qui concerne la prise en charge de la dépendance et de l'hébergement, le Président du Conseil Général est signataire de la convention qu'elle concerne une USLD ou une maison de retraite hospitalière.

I- 3/ La signature de la convention tripartite n'entraîne pas la transformation automatique du statut juridique des USLD.

L'EHPAD constitue une nouvelle catégorie tarifaire et budgétaire et non une nouvelle catégorie juridique. En effet, la loi ne reconnaît que deux catégories d'établissements publics : les établissements publics de santé et les établissements publics sociaux et médico-sociaux.

La notion d'EHPAD fait par ailleurs référence à la qualité de la prise en charge des résidents définie notamment par le cahier des charges de l'arrêté annexé au décret N° 99-316 du 26 avril 1999 et aux règles tarifaires définies dans ce même décret modifié par le décret du 5 mai 2001. Il s'agit donc d'unifier le fonctionnement des EHPAD en mettant en place des mécanismes d'allocation de ressources qui tiennent compte du degré de dépendance des résidents et de la qualité des projets de vie des établissements.

I-4/ La signature de la convention tripartite ne suppose pas d'attendre la redéfinition des USLD et la création éventuelle d'unités de soins prolongés

L'article 23-IVde la loi du 24 janvier 1997 a prévu la redéfinition des USLD mais celle-ci n'est toujours pas intervenue à ce jour. La réflexion sur les soins prolongés se poursuit, tant en ce qui concerne le concept que les modalités de leur financement. Toutefois une circulaire du 3 mai 2002 a donné des instructions quant à la prise en charge spécifique des personnes en état végétatif chronique et pauci-relationnel au sein des services de soins de suite et de réadaptation.

La problématique des soins prolongés est transversale à l'ensemble des structures sanitaires et médico - sociales (y compris les établissements pour personnes handicapées M.A.S, F.A.M) et concerne des personnes de tous âges. Elle n'est donc en rien spécifique au secteur USLD. Par ailleurs, seuls les centres hospitaliers disposant d'un plateau technique, ou situés à proximité immédiate de celui-ci, pourraient prétendre à l'attribution d'une unité de soins prolongés en raison du risque de défaillance vitale qui caractérise les patients relevant des soins prolongés.

Dans l'attente de la définition juridique des unités de soins prolongés, la signature d'une convention tripartite pour les USLD ne fait en rien obstacle à la création ultérieure de places de soins prolongés au sein de l'établissement.

I-5/ Les conditions financières de signature des conventions tripartites dans les USLD et les maisons de retraite hospitalières

La nécessité de réaliser l'opération « sincérité des comptes » doit être rappelée :

La réalisation de l'opération « sincérité des comptes » est en premier lieu nécessaire afin de respecter les termes de l'article R 714-3-9 du CSP qui prohibe toute subvention entre le budget général et les différents budgets annexes. Elle est donc fondée sur une base réglementaire incontestable. L'annexe I rappelle l'importance de l'opération « sincérité des comptes ». **Il est de l'intérêt des établissements aussi bien que de l'assurance maladie que l'opération « sincérité des comptes » soit réalisée et validée au plus tard à l'occasion de l'examen du budget primitif 2004. A contrario, les établissements qui n'auront pas réalisé à cette date cette opération ne pourront pas prétendre au transfert automatique des crédits d'assurance maladie afférents au rétablissement de la sincérité des comptes sur les budgets annexes soins, en raison de la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans le champ MCO à compter de la campagne budgétaire 2004**.

Il faut rappeler également que l'appréciation de la situation de l'établissement (clapet anti retour ou effet mécanique) ne peut se faire qu'après la réalisation de l'opération « sincérité des comptes ».

II/ De l'intérêt de fusionner les unités de soins de longue durée et les maisons de retraite gérées par les établissements de santé

La réforme de la tarification, qui impose la signature d'une convention tripartite, doit conduire les administrateurs et les gestionnaires des établissements de santé qui gèrent à la fois une maison de retraite et une USLD à s'interroger sur un nouveau mode d'organisation de ces deux entités. En effet, plusieurs arguments militent en faveur de leur regroupement au sein d'une entité unifiée à caractère médico-social. Au terme de cette réflexion, c'est à l'organe

délibérant de l'établissement de santé de décider ou non d'engager la procédure en vue d'aboutir à la fusion juridique et budgétaire des deux structures en respectant les règles de procédure décrites ci-après.

II-1 / Les critères conduisant à préconiser le transfert juridique de la capacité des unités de soins de longue durée dans le champ médico-social

- Le niveau de dépendance des résidents justifie d'un projet de vie et de soin commun. De ce point de vue, les admissions se font dans la grande majorité des cas de manière indifférenciée en long séjour ou en maison de retraite, essentiellement en fonction des places disponibles. L'existence de deux budgets et de deux structures juridiques distincts ne se justifie donc pas et constitue au contraire une complexité inutile en terme de gestion.

- Les services sont situés sur un même site, même s'il s'agit de bâtiments distincts.

Dans les cas où ces deux conditions sont remplies, il convient cependant d'être attentif aux conséquences tarifaires pour les usagers induites par la fusion juridique. En effet, lorsqu'il existe des différences de tarifs hébergement et dépendance importantes, la fusion doit être précédée d'un processus de convergence tarifaire pluriannuel.

Les causes de ces différences de tarifs devront faire l'objet d'une expertise précise et une évaluation de l'évolution des charges nettes des usagers sur la durée de la convention devra être conduite. Il conviendra en particulier de déterminer si ces différences de tarifs s'expliquent par des différences de qualité de services et d'état des bâtiments d'hébergement ou par l'absence de sincérité des comptes entre les différents budgets annexes en matière de facturation des charges indirectes et de ventilation des charges de personnel.

Pour ce qui concerne les différences de qualité de service, il pourra utilement être fait appel à l'article 23-1 du décret N° 99-316 du 26 avril 1999 qui incite les établissement à différencier les tarifs en fonction des éléments objectifs de qualité de services (chambre individuelle ou non, densité et qualité des prestations hôtelières). L'article 23-1 précité permet ainsi de différencier les tarifs sans recourir à des budgets distincts. La fusion peut alors intervenir dès la signature de la convention tripartite.

Lorsque les différences de tarifs entre budgets annexes proviennent de l'absence de sincérité des comptes dans les mécanismes de facturation interne celle ci pourra être rétablie progressivement sur la durée de la convention. Cette possibilité d'étalement de l'impact de la sincérité des comptes sera également expressément précisée par le décret budgétaire et comptable en cours d'examen. La fusion intervient alors au plus tard à l'issue de la convention tripartite après avoir ménagé un processus de convergence tarifaire interne. Il convient dans ce cas de signer deux conventions tripartites dont un article mentionne expressément la fusion comme un objectif de la convention.

Naturellement, lorsque qu'il n'existe pas des écarts de tarifs hébergement et dépendance significatifs entre les différents budgets annexes, et que les conditions énoncées ci-dessus sont remplies, la fusion juridique peut utilement être engagée.

A contrario, dans le cas où les différents budgets annexes du secteur personnes âgées retracent l'activité de services situés sur des sites clairement distincts sur le plan géographique ou qui, bien que situés sur un même site, justifient à l'évidence d'un projet de vie et de soins distinct (en particulier : équipe médicale et soignante totalement distincte, admission des résidents en fonction de leur profil de dépendance et non en fonction des places disponibles), il pourra être procédé à la signature de deux conventions.

Dans ce cas, il conviendra de veiller néanmoins à ce que l'équité dans la répartition des moyens soit respectée. Ainsi la signature des conventions tripartites supposera **d'organiser les transferts de crédits** entre budgets annexes situés sur un même site géographique permettant de faire jouer la compensation entre effet mécanique et clapet anti-retour et d'assurer l'équité des ressources allouées aux différents budgets annexes au regard du niveau de dépendance. Ainsi les représentants de l'Etat sont invités à aborder les aspects financiers des différentes conventions que pourrait être amené à signer un établissement de santé, dans les mêmes termes que s'il s'agissait d'une convention unique.

Il convient de rappeler ici que les craintes d'une perte de ressources dans le cas d'un transfert des USLD dans le champ médico-social ne sont pas fondées. En effet, l'objet même de la réforme de la tarification est au contraire de mettre en place des mécanismes d'allocation de ressources fondées sur l'état de dépendance des personnes âgées accueillies et la qualité des prestations dont elles bénéficient et non plus sur le statut de l'établissement ou du service.

Il en résulte que les conditions financières de négociation des conventions tripartites sont les mêmes quelle que soit

la nature juridique du service. Dans tous les cas de figure, l'établissement peut bénéficier d'un surplus de ressources à l'occasion de la signature de la convention tripartite, qu'il se trouve en situation d'effet mécanique ou de clapet anti retour.

Par ailleurs, l'unification du budget de la maison de retraite et du long séjour (généralement mieux doté en ressources d'assurance maladie) placera l'établissement dans une situation plus favorable à long terme du point de vue de la mise en œuvre des mécanismes de la convergence tarifaire prévus par la les article 17 à 23 du décret 99-316 du 26 avril 1999 que dans le cas du maintien de deux budgets séparés.

Dans la majorité des cas, la fusion des budgets annexes USLD et maison de retraite doit donc être recherchée, en raison des nombreux avantages qu'elle présente .

II-2/ Les avantages de la fusion juridique et budgétaire des services accueillant des personnes âgées dépendantes

Les difficultés techniques que peut entraîner le processus de fusion des maisons de retraite et USLD gérées par des établissements de santé ne doivent pas faire perdre de vue les avantages considérables qu'une telle démarche peut apporter aussi bien en terme de prise en charge des personnes âgées que de simplification de gestion des établissements. Les avantages de la fusion sont les suivants:

- Unifier le champ de la prise en charge des personnes âgées dépendantes du point de vue de la tarification et de la planification

- Simplifier la gestion et assurer la sincérité des comptes entre les budgets annexes.

- Assurer l'équité dans l'allocation des ressources au sein de la structure en particulier en terme de personnel médical et paramédical.

- Mutualiser l'usage du clapet anti retour au bénéfice de toutes les personnes hébergées en maison de retraite et USLD lorsque ces unités sont implantées sur le même site géographique.

- Permettre la mise en œuvre d'un projet de vie commun sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur unique. A cette occasion, il pourra utilement être désigné au sein de l'équipe de direction, un référent en charge de la structuration de la filière gériatrique.

II-3/ La procédure de fusion et de transfert des autorisations

a/ La procédure de fusion juridique de l'unité de soins de longue durée et de la maison de retraite hospitalière :

Celle-ci suppose une délibération favorable du conseil d'administration de l'établissement de santé. J'attire votre attention sur les risques de recours contentieux en cas de transformation d'une USLD en maison de retraite hospitalière qui n'aurait pas préalablement fait l'objet d'un accord explicite du conseil d'administration de l'établissement. En revanche, le refus de l'établissement de fusionner l'USLD et la maison de retraite, alors que les conditions évoquées au paragraphe II-1 sont remplies, interdit la signature de la convention tripartite commune.

Quant aux autorités de tutelle, elles ne doivent en aucun cas s'opposer à la volonté de fusion dès lors que le conseil d'administration de l'établissement aura délibéré en ce sens.

Le principe de la fusion étant adopté par le conseil d'administration, l'établissement doit adresser un dossier auprès :

- du président du conseil général en sollicitant l'extension de la capacité de la maison de retraite à hauteur de la capacité autorisée de l'USLD.

- du directeur de l'ARH pour l'informer, à ce stade, de la procédure engagée.

Il appartient alors au président du conseil général et au préfet de département de se prononcer sur la demande d'extension par arrêté conjoint, après avis du CROSS réuni en section sociale. Il faut noter que si l'extension est inférieure à 15 lits ou 30% de la capacité antérieure de la maison de retraite l'avis du CROSS n'est pas requis en

application du décret n° 95-185 du 14 février 1995. La décision d'extension de la maison de retraite ne doit poser aucun problème dans la mesure où, de facto, elle ne modifie pas la capacité globale antérieure (maison de retraite + USLD).

Au terme de cette procédure d'extension, l'ARH prendra acte, par arrêté, de la suppression des lits d'USLD. Je vous précise qu'il s'agit à ce stade d'une compétence propre du directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation qui n'implique ni la réunion d'un CROSS plénier ni de passage en commission exécutive de l'ARH.

Au terme de la procédure d'extension de la capacité de la maison de retraite, la convention tripartite unique est signée par le **préfet du département, le président du conseil général et le directeur de l'établissement**.

b/ La compétence tarifaire est transférée au préfet sans pour autant que l'ARH voie disparaître les compétences qu'elle exerce dans l'ensemble des établissements de santé.

La tarification de la nouvelle entité comptable est confiée à l'autorité préfectorale.

Cependant le directeur de l'ARH continue à exercer un certain nombre de compétences :

- La nouvelle entité comptable et tarifaire reste gérée sous la forme un budget annexe d'un établissement de santé. De ce fait, le directeur de l'ARH continue à exercer le contrôle de légalité sur l'ensemble de l'activité de l'établissement.

- Il continue, comme précédemment, à fixer la dotation globale de l'établissement, dont la dotation soins de l'EHPAD est une composante, elle - même étant arrêtée par le préfet.

- Il apprécie l'équilibre financier global de l'établissement avant comme après la signature de la convention tripartite. A ce titre, il est le garant de la réalisation effective de la sincérité des comptes entre le budget principal et les budgets annexes au moment de la signature de la convention et au cours de son exécution.

C'est en raison de ces prérogatives qu'il m'apparaît nécessaire de prévoir un visa de la convention tripartite par le directeur de l'ARH dont le préfet est signataire.

II 4/ Les conséquences du transfert de l'autorisation de l'unité de soins de longue durée dans le champ médico-social pour les établissements publics de santé exerçant d'autres activités sanitaires que les soins de longue durée.

Aucune conséquence juridique et statutaire n'est induite pour les personnels par le transfert des USLD dans le champ médico-social pour les établissements publics de santé qui exercent d'autres activités sanitaires que les soins de longue durée (activité MCO ; SSR ou psychiatriques). Il convient donc de rassurer les communautés hospitalières sur ce point. En particulier les personnels médicaux et non médicaux ne voient en rien modifiées leurs perspectives de carrière et continuent à participer à l'ensemble des instances de l'établissement dans les mêmes conditions.

En revanche, un tel transfert permet d'appréciables simplifications tant en terme d'organisation administrative et budgétaire qu'en matière de procédure d'accréditation et de sécurité incendie. L'annexe II détaille ces différents points.

III/ Les conséquences juridiques d'un transfert des unités de soins de longue durée dans le champ médico-social pour les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux n'exerçant aucune autre activité sanitaire que les soins de longue durée

Actuellement, près de 100 structures tiennent leur statut d'établissement de santé uniquement de leur activité de soins de longue durée. Il s'agit, pour l'essentiel, d'hôpitaux locaux mais aussi de quelques petits centres hospitaliers. Une attention particulière mérite de leur être portée car leur implantation en zone rurale, semi-rurale, parfois isolée, impose d'étudier s'il n'y aurait pas lieu de créer en leur sein quelques lits de médecine, par création nette ou par transformation partielle de quelques lits de soins de longue durée, afin de répondre à un besoin de soins de proximité pas ou mal satisfaits.

En effet, la circulaire n°2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local affirme son rôle de premier niveau de prise en charge sanitaire d'une population vivant à proximité et son intégration dans une filière de soins graduée. Afin que cet établissement puisse assurer les missions définies par la circulaire, la création de lits de

médecine dans les hôpitaux locaux qui aujourd'hui ne comptent que des soins de longue durée est clairement préconisée.

Ainsi, si les 100 structures susvisées voyaient la transformation de la totalité de leur capacité en lits de SLD en lits médico-sociaux, elles se trouveraient, au terme de la procédure, privées de leur statut d'établissements de santé (cf. annexe III bis). Cette orientation serait en complète contradiction avec les instructions de la circulaire précitée. C'est pourquoi, il est indispensable que le conseil d'administration, les acteurs de l'hôpital local et l'ARH examinent de concert les besoins de santé non satisfaits auxquels ces structures devraient pouvoir répondre en créant, selon le cas, des lits de médecine et/ou de SSR éventuellement par transformation de quelques lits de SLD.

> Dans ce cas – réintroduction de lits de médecine ou de soins de suite et réadaptation- l'établissement signe une seule convention quand les critères définis au paragraphe II-1 de la présente instruction sont remplis. Cependant, il conviendra de veiller à ce que l'hôpital local puisse continuer à répondre à des besoins spécifiques qui étaient auparavant pris en charge, pour partie en USLD.

> Sous réserve que l'analyse des besoins réalisée de façon partagée ne conclut pas à la nécessité d'introduire des lits de médecine ou de soins de suite et réadaptation notamment, l'établissement peut : soit signer deux conventions (une pour l'USLD, une pour la maison de retraite) afin de préserver son statut d'EPS, soit solliciter la transformation de ses lits de SLD en lits médico-sociaux et signer une seule convention mais il perdra son statut d'EPS. La circulaire du 28 mai 2003 devrait conduire à écarter cette dernière hypothèse.

Dans les cas où le choix serait fait de signer deux conventions tripartites, il convient de rappeler que la réglementation comptable ne permet pas aux USLD d'être le support du budget principal d'un établissement de santé. Aussi, les rares établissements qui seront appelés à faire ce choix devront adopter l'organisation budgétaire suivante :

- Budget principal : ensemble des activités administratives et logistiques ainsi que les comptes de stocks qui ne peuvent être retracés que dans le budget principal. Budget annexe médico-social: les activités de soins, d'hébergement et de dépendance de la maison de retraite retracées par la lettre mnémotechnique E 1.

Budget annexe sanitaire : les activités de soins et d'hébergement et de dépendance l'unité de soin de longue durée retracées par la lettre mnémotechnique E 2.

Le budget principal sera constitué en recettes par les remboursements du budget annexe, ce qui assurera la sincérité des comptes, plus sûrement que par l'imputation des charges logistiques et administratives sur le budget annexe en particulier dans le cas où existent d'autres activités médico-sociales (SSIAD ou MAS ou FAM).

Une ventilation des charges au prorata des journées réalisées pourra être valablement retenue dans ces établissements qui ne disposent pas tous d'une comptabilité analytique précise.

Vous voudrez bien me rendre compte sous le timbre de la DHOS (bureau F2 /pôle personnes âgées) des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de la présente circulaire. (marc.bourquin @sante.gouv.fr).

Pour le ministre et le secrétaire d'Etat
et par délégation,

Le directeur de l'hospitalisation et de
l'organisation des soins

Edouard COUTY

Annexe 1 : La réalisation de la sincérité des comptes

La méthode retenue pour réaliser cette opération « sincérité des comptes » est essentiellement déclarative. Elle suppose néanmoins la réalisation d'un contrôle de cohérence par les services de l'Etat des déclarations des établissements dont les modalités vous ont été rappelées par l'instruction DHOS N° 360 du 17 avril 2002.

La mise à jour des coûts réels des activités d'EHPAD des EPS est indispensable à l'appréciation fiable par les autorités tarifaires et les usagers du rapport qualité – prix réel des prestations dispensées.

Cependant, dans de nombreux établissements publics de santé, la ventilation actuelle des charges ne permet pas de respecter le principe d'étanchéité entre les sections tarifaires et les différents budgets qui sont pourtant de valeur réglementaire (article 6 à 9 du décret 99-316 du 26 avril 99 et R 714-3-9 du CSP).

Dès lors, les établissements de santé gérant en budget annexe des activités d'hébergement des personnes âgées dépendantes seront invités à retenir, s'ils ne l'ont pas encore fait, une organisation budgétaire qui s'inspire des règles de la comptabilité analytique : ventilation des charges logistiques et administratives au prorata des budgets nets, facturation des charges de restauration et blanchissage sur la base du coût net réel de ces activité, comptabilisation des charges directes pour leur coût réel.(voir à ce sujet l'instruction DHOS N° 360 du 17 avril 2002).

Par ailleurs, la réalisation **effective** de cette opération est essentielle aussi bien pour dégager des ressources nouvelles au bénéfice de la section soins des budgets annexes (pour un montant évalué par la mission MARTHE à un minimum de 550M€ pour le seul tarif hébergement) que pour permettre aux financeurs de disposer d'une évaluation fiable du coût effectif des prestations des établissements de santé gérant des services pour personnes âgées dépendantes sous forme de budget annexe.).

En revanche, l'absence de réalisation effective de l'opération « sincérité des comptes » peut entraîner des charges indues pour l'assurance maladie, détournant ainsi des ressources rares nécessaires à la signature de conventions tripartites, tout en perturbant les mécanismes d'allocation des ressources dans le champ sanitaire.

Dans les deux cas, il conviendra de préciser aux établissements que la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans le champ MCO suppose **impérativement** la réalisation préalable de la sincérité des comptes sauf à pénaliser de manière irréversible les structures MCO des établissements qui auraient conservé dans leur structure de coûts de court séjour des charges qui relèvent en réalité des budgets annexes. (cf circulaire DSS/DHOS/DGAS/MARTHE N°2001-569 du 27 novembre 2001

Annexe 2: Les conséquences du transfert de l'activité USLD dans le champ médico – social lorsque l'EHPAD médico-sociale issu de la fusion reste géré par un établissement public de santé.

Sur le plan statutaire :

Le transfert de l'autorisation des USLD dans le champ médico-social est sans conséquence sur le statut du personnel médical et paramédical si l'EHPAD issu de la fusion de la maison de retraite et de l'USLD reste rattaché à un établissement public de santé.

Il convient de rappeler que les protocoles "Aubry" du 14 mars 2000 et "Gigou" du 14 mars 2001 s'appliquent aux personnels relevant de la fonction publique hospitalière y compris lorsque ils sont affectés à des activités à caractère médico – social.

Les personnels médicaux :

Les personnels médicaux nommés dans les USLD restent affectés à l'EHPAD. Ils continuent naturellement à siéger à la Commission Médicale Etablissement. Celle-ci continue à émettre un avis sur les nominations des personnels médicaux dans les EHPAD dans les mêmes conditions que précédemment.

Il convient de rappeler au demeurant que les décrets N°2002-1421 à 1425 du 6 décembre 2002 autorisent également la nomination des praticiens hospitaliers dans les structures médico-sociales, même en l'absence de rattachement à un établissement public de santé.

La chefferie de service n'est pas remise en cause par la transformation de l'USLD en EHPAD médico-social dans la mesure où l'organisation en services est induite par l'appartenance à un établissement public de santé.

Le conseil d'administration de l'établissement pourra, au contraire, profiter de la signature de la convention tripartite pour ériger l'EHPAD en service ou en fédération si tel n'était pas le cas antérieurement . Dans cette hypothèse, le médecin chef de service ou de la fédération deviendra membre de droit de la CME

Rôle et nomination du médecin coordonnateur :

Compte tenu des dispositions des articles L 6146-1 à L6146-8 du code de la santé publique, le rôle du médecin coordonnateur est confié au chef de service, sauf accord entre les parties sur une solution alternative. En tout hypothèse, le chef de service continue à siéger à la commission médicale d'établissement, qu'il soit ou non désigné comme médecin coordonnateur. Dans le cas où les fonctions de médecin coordonnateur seraient confiées à un autre praticien que le chef de service, le médecin coordonnateur pourra être élu à la CME au titre du collège que lui permet son statut (praticien hospitalier temps plein, temps partiel, attaché…)

Les personnels paramédicaux :

Le transfert de l'autorisation des USLD dans le champ médico-social est également sans conséquence sur le statut des personnels paramédicaux, aussi bien en ce qui concerne les modalités de nominations, d'avancement que de rémunération.

Les instances de l'établissement :

Le fonctionnement et la compétence des instances des établissements de santé ne sont pas modifiés par le transfert de l'autorisation de l'USLD dans le champ médico-social. En particulier, la composition et les prérogatives du Conseil d'Administration restent inchangées en tant qu'instance délibérative. Il en va de même en ce qui concerne le comité technique d'établissement.

Le CLIN reste également compétent dans la mise en œuvre de la politique de lutte contre les infections nosocomiales pour l'ensemble de l'établissement.

Sur le plan de la procédure budgétaire *:*

Celle ci reste inchangée les services restant assujettis à l'ensemble des règles à caractère budgétaire et comptable qui concernent les établissements publics de santé (art R 714-3-1 à 714-3-53 du CSP) ainsi qu'à l'instruction comptable M21. Par ailleurs, l'activité de la nouvelle entité EHPAD est retracée par la lettre mnémotechnique « E », qui se substitue aux lettres B et J.

Le cas échéant, lorsque l'établissements sera amené à signer plusieurs conventions tripartites, les différents budgets annexes seront désignés par les lettres « E1 », « E2 » etc…

Calcul de la Dotation Minimum de Convergence (DOMINIC) dans les établissements ayant procédé à la fusion de leur budgets annexes :

L'autorité de tutelle peut recourir à deux méthodes distinctes :

1) La DOMINIC est calculée directement pour le nouvel ensemble fusionné des deux entités préexistantes. Le GMP pris en compte est celui de l'ensemble des services maison de retraite et de l'USLD. Les règles de calcul rappelées dans la circulaire du 10 avril 2002 sont ensuite appliquées en retenant un GMPS unique pour toute la structure.

La DOMINIC globale est obtenue en faisant la somme des deux DOMINIC partielles; en retenant, le cas échéant des GMPS distincts.

Sur le plan de la sécurité incendie (type U/ type J)

Le transfert de la capacité USLD dans le champ médico-social permet à l'établissement de relever de la réglementation de sécurité incendie du secteur médico-social (J), à bien des égards plus souple et moins coûteuse que la réglementation en vigueur dans le secteur sanitaire (type U).

Sur le plan de la procédure d'accréditation :

Il convient ici de rappeler que les USLD sont soumises à la fois à la procédure d'accréditation- en raison de leur appartenance au champ sanitaire - et à la procédure d'auto-évaluation prévue par l'arrêté du 26 avril 1999, qui constitue un pré requis indispensable à la signature d'une convention tripartite. Le transfert dans le champ médico-social de la capacité de soins de longue durée permet de mettre fin à l'obligation de réaliser ces deux procédures parallèles et de s'attacher uniquement à la mise en œuvre de la seule démarche prévue par le guide d'auto-évaluation ANGELIQUE, spécifique au secteur personnes âgées.

Eligibilité au FMES:

Dans l'état actuel de la législation, le secteur médico-social ne bénéficie pas du fonds de modernisation des établissements de santé.

Par ailleurs, pour répondre à la pénurie de personnels soignants qui touche tout particulièrement le secteur des EHPAD, les instructions ministérielles (cf. circulaire DSS-DHOS-DSS-DGAS –MARTHE n°569 du 27 novembre 2001) ont précisé que les moyens nouveaux d'assurance maladie associés à la signature de la convention tripartite pouvaient être utilisés, dans un premier temps, pour développer la formation professionnelle des personnels. La formation professionnelle est également un moyen prioritaire d'apurement du clapet anti retour.

Contrat d'objectifs et de moyens (COM):

Les activités médico-sociales d'un établissement de santé ne sont pas éligibles à un COM. Néanmoins, la logique du contrat d'objectifs et de moyens prévu à l'article L.6114-1 et L.6114-2 du code de la santé publique est comparable à celle des conventions tripartites prévues à l'article 23-I de la loi du 24 janvier 1997 (cadre pluriannuel, engagement réciproque des autorités tarifaires et de l'établissement).

Dans la mesure où la signature d'une convention tripartite représente une obligation aussi bien pour les établissements médico-sociaux accueillant les personnes âgées dépendantes que pour les USLD, un article de la convention tripartite pourra préciser que celle-ci tient lieu de contrat d'objectifs et de moyens pour ce qui concerne les services accueillant des personnes âgées dépendantes. En particulier, le COM que l'établissement de santé pourrait être amené à signer par ailleurs avec l'ARH, ne pourra comprendre des moyens nouveaux au titre des EHPAD, sans préjudice de la signature d'une ou plusieurs conventions tripartites.

En revanche, l'établissement pourra bénéficier d'un COM lorsque celui-ci concerne un champ différent (par exemple le développement d'un service de court séjour gériatrique,)

Il faut noter que l'intégralité des principes développés ci-dessus s'applique également aux établissements de santé n'ayant pas de maison de retraite, mais dont l'USLD a été transférée dans le champ médico-social.

Annexe 3 : conséquences juridiques et statutaires lorsque le transfert de l'unité de soin de longue durée dans le champ médico-social s'accompagne de la suppression d'un établissement de santé.	**Réaction des acteurs**	**Mesures déjà prises**	**Les pistes de solutions**	**Niveau juridique des dispositions à prendre**
Pour les établissements disposant à la fois d'une USLD et d'une maison de retraite : - une seule autorité de tarification et de planification - Equité des mécanismes de financement : les mêmes ressources pour un même niveau de prise en charge de la dépendance et du soin - signature d'une convention unique - un seul médecin coordonnateur - un seul projet de vie - l'émergence de gestionnaires spécialisés pour les EHPAD dans les EPS - un seul budget EHPAD	- Variation brutale des tarifs d'hébergement et dépendance sans modification des conditions d'accueil dans la maison de retraite Gériatres : - Crainte de perdre des moyens		- Convergence tarifaire progressive - Article 23-1 du décret n°99-316 du 26/04/99 -Il n'y a pas perte de moyens	-Rappel par circulaire -La circulaire budgétaire 2003 précise que la compensation doit jouer dans tous les cas afin d'éviter un « effet d'aubaine » en cas de signature de deux conventions -La mise en oeuvre des articles 18 à 21 du décret 99-316 sur la convergence tarifaire permettra d'égaliser progressivement les ressources pour un niveau donné de dépendance.

En cas de disparition du statut d'EPS après fusion MR/USLD et transfert USLD vers le médico-social : cas de 90 hôpitaux locaux et centres hospitaliers

Conséquences en droit	Réaction des acteurs	Mesures déjà prises	Les pistes de solutions	Niveau juridique des dispositions à prendre
- Recrutement de PH	- Moindre attractivité des postes médicaux	- cf. JO du 8/12/2002 (décret n°2002-1421 et 2002-1422 du 6/12/2002)		
- Disparition de la CME et du CSSI			- Si la CME n'est plus obligatoire, elle peut être maintenue à titre facultatif. idem pour le CSSI.	-Rappel par circulaire pour expliciter ce point afin que les HL ne croient pas la suppression automatique
- Changement de statut des directeurs			-Les DH en place dans les établissements MS de moins de 250 lits restent en place et seront remplacés par des DESS au fil des mutations En tenir compte dans le calibrage des promos d'EDH à l'ENSP	- Rappel par circulaire pour expliciter ce point
-exclusion du médicament de la section « soins »(art.96 de la loi du4/3/02) si l'hôpital n'avait pas de PUI(cas rare++)				

Annexe 3 : conséquences juridiques et statutaires lorsque le transfert de l'unité de soin de longue durée dans le champ médico-social s'accompagne de la suppression d'un établissement de santé.	**Réaction des acteurs**	**Mesures déjà prises**	**Les pistes de solutions**	**Niveau juridique des dispositions à prendre**
- Disparition des directeurs de soins			-Les directeurs de soins exercent dans des établissements dont l'emploi de chef d'établissement est occupé par un directeur d'hôpital	
Exclusion des contrats d'objectifs et de moyens et de la contractualisation interne			-La convention tripartite est substituable au COM	A préciser par circulaire
- Exclusion du FMES			financement de la formation professionnelle dans le cadre dela convention tripartite	Extension du FMESPP par voie réglementaire ou législative ? Création d'un outil ad hoc ?
- Basculement de la M21 à la M22			-CLIN : création d'une structure ad hoc plus légère ?	
- Disparition du CLIN			-RAS	Niveau réglementaire
- Passage de U à J pour la sécurité incendie				
- Abandon de l'accréditation			- Simplification des procédures	
- Changement de composition du CA				

Annexe III bis

Pourquoi un établissement tenant son statut d'établissement public de santé de sa seule activité de soins de longue durée perdrait-il son statut d'EPS s'il obtenait la transformation de la totalité de ses lits de soins de longue durée en lits médico-sociaux ?

L'article L.6111-2 définit l'objet d'un établissement de santé en énumérant limitativement les activités qui y sont en tout ou partie exercées. Dans l'hypothèse visée au III de la présente circulaire , la transformation des lits de SLD en lits médico-sociaux s'analyse comme un retrait d'autorisation des installations de SLD et conduit donc à faire application de l'article R.714-1. Celui-ci prévoit que « les établissements publics de santé peuvent être supprimés soit à la demande ou avec l'accord de la ou des collectivités territoriales de rattachement, **soit, même en l'absence d'une telle demande ou d'un tel accord, lorsque l'autorisation prévue à l'article L.712-8 (devenu l'article L.6122-1) est retirée ou n'est pas renouvelée ».** Dans ces conditions, le directeur d'agence n'est pas lié dans sa décision par une saisine préalable de la collectivité territoriale: l'établissement de santé ayant perdu « son objet » par perte de toute activité sanitaire, ce statut ne peut lui être maintenu en l'état. Le DARH est alors tenu de tirer les conséquences du retrait d'autorisation d'installations de SLD.

Pour éviter de perdre son statut d'établissement public de santé, l'établissement dispose de solutions alternatives :

- Soit, au plus tard concomitamment à sa demande de transformation de ses lits d'USLD en lits médico-sociaux, il demande et obtient la création de lits de médecine ou de soins de suite et de réadaptation ;
- Soit, toujours concomitamment, il demande la conversion d'une partie de ses lits de SLD en lits de médecine ou de SSR.