

Classement  
M 2

DIRECTION  
de la  
COMPTABILITÉ PUBLIQUE

Bureau D 3

Numéros dans les séries spéciales  
207 TM

Cette instruction a été modifiée par les instructions suivantes :

n° ..... du .....  
n° ..... du .....  
n° ..... du .....  
n° ..... du .....

Cette instruction a été abrogée par l'instruction

n° ..... du .....

## HOPITAUX ET QUARTIERS PSYCHIATRIQUES

### HONORAIRES REVENANT AUX PRATICIENS POUR SOINS DONNÉS AUX ASSURÉS SOCIAUX

#### DOCUMENT A ANNOTER :

Instruction du 20 août 1954 concernant l'introduction du plan comptable  
dans les hôpitaux psychiatriques.

Le décret 57-383 du 26 mars 1957 (J.O. du 27 mars 1957) a prévu la possibilité, pour les médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques et des services antituberculeux, de percevoir des indemnités « tenant compte de l'importance de leur service médical et, en particulier, du nombre et de la valeur des honoraires médicaux correspondant aux soins qu'ils donnent aux malades ».

Les ressources nécessaires à l'octroi de ces indemnités sont constituées par des versements effectués « par les organismes chargés de l'application des différents régimes de sécurité sociale, d'une partie des honoraires qui seraient dus à des médecins non fonctionnaires pour des soins équivalents ».

Un arrêté du 21 mai 1957 (annexe 1) du Secrétaire d'État au Travail a défini les conditions propres à la participation du régime général de sécurité sociale au versement de ces indemnités.

Une circulaire du Ministre de la Santé Publique et de la Population du 25 juillet 1958 (annexe 2) fixe les modalités d'application de ces deux textes aux médecins des hôpitaux et des quartiers psychiatriques.

Les comptables doivent, en ce qui les concerne, participer à l'application de ces dispositions qui appellent les commentaires suivants fournis en distinguant ceux qui intéressent plus spécialement les comptables des établissements psychiatriques, de ceux qui affectent le service des Comptables supérieurs du Trésor.

#### DESTINATAIRES POUR APPLICATION :

DIFFUSION  
G

RGS | PGS | TPG | DOM | TGP | RF | P

## I. — Dispositions à prendre par les comptables des établissements psychiatriques.

Les receveurs des hôpitaux psychiatriques et les receveurs des établissements possédant un quartier psychiatrique doivent ouvrir, dans les écritures de ces établissements, un compte nouveau sous le numéro et l'intitulé suivants : 424 *Honoraires médicaux*.

Ce compte est crédité de l'intégralité des sommes versées par les Caisses de Sécurité Sociale à titre d'honoraires ; il est débité, d'une part, de la fraction d'honoraires reversée au budget de l'État à titre de fonds de concours et, d'autre part, des indemnités versées aux praticiens sur la base des décisions prises par le Ministre de la Santé Publique et de la Population.

Lorsque, conformément aux termes de la convention, la somme globale annuelle est réglée par versements échelonnés, il convient de ventiler, lors de chaque versement, d'une part, le montant du versement entre les deux fractions (80 % et 20 %) d'honoraires visées à l'article 9 de la convention, d'autre part, la fraction revenant aux praticiens (80 %) entre les différents bénéficiaires proportionnellement à la répartition annuelle faite par le Ministre de la Santé Publique et de la Population. Les règlements aux différents bénéficiaires s'effectuent de façon distincte, lors de chaque versement en provenance des Caisses de Sécurité Sociale.

Les opérations imputées au compte 424 *Honoraires médicaux* sont justifiées par la production des pièces ci-après :

*Débts.* 1° (Versements au budget de l'État) - Ordre de paiement émis par l'ordonnateur revêtu d'une mention de référence à l'opération ayant pour objet de transférer au Trésorier-Payeur Général les sommes à imputer au budget de l'État.

2° (Versements aux praticiens) - Ordre de paiement émis par l'ordonnateur, appuyé d'une copie de la décision du Ministre de la Santé Publique et de la Population fixant le montant de l'indemnité revenant à chaque praticien.

*Crédits* (lors du premier versement). Copie de la convention passée entre l'établissement et les organismes de sécurité sociale ;

- Décompte de la somme globale à verser par les organismes intéressés ;
- (éventuellement) Copie des actes modifiant la convention.

Pour exercer le contrôle qui lui incombe, le receveur conserve dans ses archives une copie de la convention et des actes qui ont pu la modifier.

Dans les écritures de la perception, le montant des sommes à transférer au comptable supérieur pour imputation au budget de l'État à titre de fonds de concours est inscrit au *débit* du compte 30-10 *Communes et établissements avec crédit* au compte 40-64 *Compte courant chez le Receveur des finances*. Les transferts de recettes adressés au comptable supérieur sont appuyés d'un bordereau P 218 A qui comprend, outre le montant des sommes versées, toutes indications permettant au comptable supérieur de donner une exacte imputation à ces sommes : nom de l'établissement, nature du règlement, référence à la présente instruction...

Les comptables doivent veiller à ce que les sommes versées au budget de l'État à titre de fonds de concours soient transférées et imputées aux comptes intéressés dans les plus courts délais afin que le Ministre de la Santé Publique et de la Population soit en mesure de prendre les dispositions nécessaires pour procéder, *en temps voulu*, à la répartition de ces sommes.

Il importe, notamment, que les recettes encaissées par les établissements durant le mois de décembre puissent être imputées, dans les écritures des Comptables supérieurs à la date du 31 décembre.

Il est précisé, d'une part, que les sommes imputées au crédit du compte 424 *Honoraires médicaux* n'ont pas à subir la retenue de 5 % pour frais de recouvrement prévue par l'article 133 du décret du 17 avril 1943 ; d'autre part, que les indemnités versées aux praticiens sont soumises à la réglementation des cumuls de rémunération fixée par le décret du 29 octobre 1936 modifié par le décret du 11 juillet 1955.

Chaque établissement supporte, sur son budget, la charge du versement forfaitaire prévu à l'article 231 du Code général des impôts et, le cas échéant, de la majoration de ce versement sur le montant des indemnités versées aux praticiens par imputation directe au compte 424 *Honoraires médicaux* (80 % des versements effectués par les organismes de sécurité sociale). Le montant de ce versement forfaitaire et

de la majoration seront versés au Trésor lors du règlement du versement et de la majoration calculés sur les traitements et autres indemnités revenant aux intéressés.

La déclaration annuelle à faire au Service des Contributions Directes comprendra, à la fois, les traitements et indemnités imputés au budget et les indemnités représentatives d'honoraires imputées au compte 424 *Honoraires médicaux*.

## II. — Dispositions concernant les Comptables supérieurs du Trésor.

Dès le versement par les comptables des établissements psychiatriques de la part revenant à l'État, à titre de fonds de concours, les Comptables supérieurs établiront, dans les conditions fixées par l'Instruction 86 A 7 du 22 avril 1958, les déclarations de recettes roses qu'ils adresseront immédiatement à l'adresse ci-après : Ministère de la Santé Publique - Direction de l'Administration Générale du Personnel et du Budget - 5<sup>e</sup> Bureau « Budget et Comptabilité », 7, rue de Tilsitt, Paris (17<sup>e</sup>).

Les titres de perception de fonds de concours émis par établissement leur seront adressés par le Ministre de la Santé Publique qui est informé de la conclusion des conventions et connaît ainsi, par établissement, le montant des sommes revenant à l'État au titre des fonds de concours. Les Trésoriers-Payeurs Généraux auraient à transmettre aux Receveurs des Finances les titres qui les concernent (titres émis à l'encontre d'établissements situés dans le ressort des Recettes des Finances).

Les recouvrements forcés à opérer contre les établissements psychiatriques publics pourront donner lieu à mandatement d'office. Ceux à opérer contre des établissements privés suivront les règles exposées aux paragraphes 213 à 219 de l'Instruction Générale sur les fonds de concours.

Pour le Directeur de la Comptabilité Publique  
et par délégation du Ministre :

*Le Chef de Service,*

R. VERON.

---

### Modalités d'application de l'article 2 du décret n° 57-383 du 26 mars 1957 en ce qui concerne le régime général de Sécurité sociale des travailleurs salariés des professions non agricoles.

---

#### LE SECRÉTAIRE D'ÉTAT AU TRAVAIL ET A LA SÉCURITÉ SOCIALE,

VU le Code de la Sécurité Sociale, et notamment ses articles 261 et 264 ;

VU le décret n° 57-383 du 26 mars 1957 concernant les indemnités dont peuvent bénéficier les psychiatres et les médecins des services antituberculeux occupant un emploi dans les Établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics, et notamment son article 2 ;

#### ARRÊTE :

ARTICLE PREMIER. — Les caisses primaires de sécurité sociale pourront verser à un compte spécial ouvert par le Receveur de chaque Hôpital psychiatrique public et de chaque sanatorium public le montant d'une indemnité forfaitaire destinée aux psychiatres et aux médecins des services antituberculeux occupant un emploi permanent à temps complet dans les Établissements de soins ou de cure publics comportant hospitalisation, et non autorisés à exercer en clientèle privée.

ART. 2. — Des conventions conclues entre les caisses régionales de sécurité sociale agissant d'après les propositions des caisses primaires intéressées et les Établissements visés à l'article premier du présent arrêté fixeront notamment :

- 1° Le mode de calcul et le montant de l'indemnité forfaitaire qui ne pourra dépasser 20 % du tarif fixé pour la consultation de ville dans les conditions prévues à l'article 259 du Code de la Sécurité Sociale par journée d'hospitalisation de malade relevant de la caisse primaire intéressée constatée au cours de la période prise pour référence ;
- 2° La période de référence, qui pourra être le trimestre, le semestre ou l'année précédant le trimestre civil au cours duquel le versement de l'indemnité sera ordonnancé par la caisse primaire ;
- 3° La périodicité des versements, qui pourront être effectués tous les trois mois, tous les six mois ou tous les ans au gré des parties contractantes.

ART. 3. — L'indemnité prévue à l'article premier du présent arrêté est assimilée aux honoraires dus pour soins médicaux donnés dans un Établissement hospitalier public. La dépense correspondante sera imputée dans les mêmes conditions.

Cette indemnité ne sera pas due dans le cas où une convention conforme aux dispositions de l'article 2 du présent arrêté n'aura pu être passée entre un Établissement visé à l'article premier et la caisse régionale de sécurité sociale intéressée.

En cas de signature d'une convention, ces dispositions sont applicables à l'ensemble des caisses primaires dont relèvent les malades hospitalisés dans l'Établissement cosignataire.

ART. 4. — Le Conseiller d'État, directeur général, de la sécurité sociale est chargé de l'application du présent arrêté, qui sera publié au Journal Officiel de la République Française.

Fait à Paris, le 21 mai 1957.

Jean MINJOZ.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. — TEXTES OFFICIELS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

7<sup>e</sup> bureau.

340 b 1

Non parue *J. O.*

1.842 (58-32)

**Circulaire du 25 juillet 1958**  
**relative à l'application des dispositions de l'arrêté du 21 mai 1957**  
**en ce qui concerne les médecins des hôpitaux psychiatriques.**

(Non parue au *Journal officiel*.)

Circulaires abrogées, modifiées, complétées par la présente circulaire : néant.

Paris, le 25 juillet 1958.

*Le Ministre de la Santé Publique et de la Population à MM. les Préfets — cabinet — (pour exécution), les Directeurs départementaux de la Santé ; les Directeurs départementaux de la Population (pour information).*

Le décret n° 57-383 du 26 mars 1957 (*Journal officiel* du 27 mars 1957) a prévu la possibilité, pour les médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques et des services antituberculeux, de percevoir des indemnités « tenant compte de l'importance de leur service médical et, en particulier, du nombre et de la valeur des honoraires médicaux correspondant aux soins qu'ils donnent aux malades ».

Les ressources nécessaires à l'octroi de ces indemnités doivent être obtenues grâce au versement effectué « par les organismes chargés de l'application des différents régimes de Sécurité sociale, d'une partie des honoraires qui seraient dus à des médecins non fonctionnaires pour des soins équivalents ».

Un arrêté du 21 mai 1957 du Secrétaire d'État au Travail a défini les conditions propres à la participation du régime général de Sécurité sociale au versement de ces indemnités.

Aux termes de ce texte, des conventions doivent être passées entre les caisses régionales de sécurité sociale et les établissements intéressés pour que les sommes en question puissent être versées aux établissements par les caisses primaires ; ces conventions doivent déterminer les modalités selon lesquelles interviendront ces versements.

Vous trouverez ci-joint un texte type de convention accompagné d'une annexe et d'une instruction qui ont été élaborés et mis au point en accord entre le Ministère du Travail, la F.N.O.S.S. et mes services en ce qui concerne l'application de ces dispositions aux médecins des hôpitaux psychiatriques. Les problèmes posés par l'attribution de cette indemnité aux médecins des services antituberculeux feront l'objet d'une circulaire distincte, actuellement en préparation.

La présente circulaire porte, d'une part, sur la procédure d'établissement des conventions et, d'autre part, sur les conditions dans lesquelles les praticiens intéressés percevront effectivement les sommes qui leur seront destinées.

## SECTION I. — ÉTABLISSEMENT DES CONVENTIONS

### A. — Le contenu de la convention-type.

Pour faciliter la compréhension et la lecture du texte de la convention, seules y figurent les indications générales nécessaires sur l'évaluation de la somme à verser par la caisse. Ces indications générales sont précisées par une annexe qui fixe en détail le mode de calcul de la valeur à attribuer à chaque lettre ou coefficient intervenant dans la détermination de la somme.

Les éléments entrant dans ce calcul sont, soit des éléments purement objectifs susceptibles de varier chaque année (nombre de malades, sorties, entrées, nombre de médecins, d'infirmiers, etc.), soit des éléments dont la valeur sera fixée annuellement d'un commun accord entre mon administration et la F.N.O.S.S. Pour les conventions à conclure en 1958, qui devront se référer aux conditions de fonctionnement des établissements en 1956, les indications nécessaires sont jointes à la présente circulaire.

Par conséquent, il n'y a pas, en principe, à prévoir systématiquement une procédure de révision annuelle par avenants. Toutefois, la possibilité est laissée aux parties de faire intervenir, comme correctif aux éléments ainsi fixés, certains éléments d'appréciation ; cette latitude fait l'objet d'une note à la fin du texte de la convention-type, note qui détermine, dans ce cas, le texte d'un article *bis* à ajouter éventuellement ; cet article, s'il est inclus dans la convention, sera évidemment modifiable par avenant, mais il ne sera pas nécessaire de prévoir obligatoirement un avenant annuel.

Ces indications générales étant données, le contenu des dispositions conjointes de la convention et de l'annexe sera analysé simultanément dans les développements ci-après.

ARTICLE PREMIER. — Dans un but de simplification, il est apparu préférable de déterminer globalement, pour l'établissement pris dans son ensemble (et non pour chaque service médical), le montant de la somme qui doit être versée par la caisse de Sécurité sociale. Ce versement s'effectuera au compte ouvert à cet effet parmi les comptes de tiers de la comptabilité de l'hôpital psychiatrique.

ART. 2. — Cet article précise la périodicité selon laquelle les versements seront effectués. Il appartiendra aux parties contractantes de fixer cet élément. Cependant, en raison des règles strictes concernant les fonds de concours affectés à la rémunération de personnel (décret du 26 juillet 1939), le versement total de la somme devra être intervenu au plus tard le 15 octobre de l'année en cours. Pour les conventions à intervenir en 1958, ce délai pourra exceptionnellement être prorogé d'un mois au maximum.

ART. 3 à 7. — Ces articles déterminent le mode de calcul proprement dit. Leur rédaction a nécessité une étude et une mise au point longues et délicates en raison de la multiplicité et de la complexité des méthodes qui pouvaient être suivies pour aboutir à une évaluation aussi équitable que possible « du nombre et de la valeur des honoraires médicaux correspondant aux soins qu'ils (les médecins) donnent aux malades » (art. premier du décret du 26 mars 1957).

L'article 2 de l'arrêté du 21 mai 1957 ayant précisé que « le montant de l'indemnité forfaitaire ne pourra dépasser 20 0/0 du tarif fixé pour la consultation de ville par journée d'hospitalisation de malade relevant de la caisse primaire intéressée », il convenait de déterminer dans chaque établissement :

- a) Le nombre d'assurés sociaux relevant du régime général ;
- b) La valeur de base qui serait prise en considération, en tenant compte de la limitation posée en principe.

1. Le nombre des assurés sociaux du régime général a été fixé forfaitairement, après un sondage effectué dans un certain nombre d'établissements, à 25 % de la population en traitement pour l'année de référence 1956.

Le premier terme de calcul, désigné dans la convention-type par la lettre A, sera donc le produit du chiffre moyen de la population par 25 %. Cependant, un correctif a dû être apporté à ce mode de calcul.

En effet, dans certains établissements où l'effectif du personnel médical est insuffisant au regard des dispositions réglementaires, la valeur donnée à A serait trop importante par comparaison avec un établissement hospitalisant un nombre de malades identique, voire même inférieur, mais comportant un effectif médical plus élevé.

C'est pourquoi la valeur donnée à A a été corrigée par le rapport établi entre le nombre moyen de journées d'hospitalisation par médecin pour l'ensemble des établissements et le nombre de journées d'hospitalisation par médecin pour l'établissement considéré. Le premier terme de ce rapport est égal, pour l'année 1956, à 130.000.

2. La détermination de la valeur de base de l'indemnité journalière doit être effectuée en calculant, pour chaque établissements, deux coefficients :

- l'un traduisant son équipement en personnel médical, paramédical et soignant ;
- l'autre faisant apparaître son « activité médicale » représentée par le rapport entre le nombre des sorties pondérées et la population traitée au cours de l'année.

Il faut rappeler que les entrées et sorties pondérées sont définies comme suit :

- entrée (non compris les transferts) qui n'a pas été précédée d'une sortie dans un délai précédent de six mois ;
- sortie (non compris les transferts et les décès) qui n'est pas suivie d'une réintégration dans un délai de six mois.

Chacun de ces deux coefficients doit être traduit par une note chiffrée de 0 à 20. A cet effet on utilisera les grilles qui seront diffusées annuellement. Pour les conventions à intervenir en 1958, les grilles à utiliser figurent ci-joint. La moyenne des deux notes, divisées par 10, donne la valeur de la lettre R.

Compte tenu de la moyenne nationale et des ressources dont les caisses de Sécurité sociale semblent devoir disposer au cours de la présente année, la F.N.O.S.S. a fixé à 28 francs le chiffre (T) de l'indemnité forfaitaire journalière de base pour l'année de référence 1956.

Pour tenir compte de certaines circonstances particulières, le coefficient (R) peut être modifié par les parties dans la limite maximum de 10 %. Il pourra en être ainsi si les parties contractantes désirent faire entrer en jeu certains éléments, tels que l'existence d'un plan directeur approuvé par mes services, la réalisation de travaux de rénovation de l'établissement ou d'un service soumis préalablement à mon accord, le développement plus particulièrement poussé de certaines activités (travail thérapeutique par exemple), ou, inversement, des déficiences ou insuffisances particulièrement graves de l'établissement. Le cas échéant, ces dispositions seront insérées dans la convention sous un article 4 *bis*. Il y aura lieu alors de prévoir, par un article 4 *ter*, une procédure de révision par avenant.

ART. 8. — Cet article prévoit des dispositions particulières permettant d'augmenter la masse globale pour tenir compte de l'affectation en cours d'année, le cas échéant, d'un médecin supplémentaire dans l'établissement ; le deuxième alinéa de cet article prévoit aussi une disposition transitoire pour la première année suivante.

ART. 9. — Les indications complémentaires nécessaires vous sont données plus loin, sous la rubrique « modalités financières ».

ART. 10. — Cet article rappelle l'interdiction faite statutairement aux médecins d'hôpitaux psychiatriques d'exercer une activité extérieure à leur service, en dehors des cas prévus explicitement par les textes.

ART. 11. — Cet article, enfin, indique la durée de la convention et la procédure éventuelle de dénonciation.

## B. — Procédure à suivre pour la passation des conventions.

### 1° Représentation de l'établissement.

Suivant la structure juridique de l'hôpital psychiatrique, l'établissement sera représenté dans la négociation et à la signature de la convention d'une façon différente.

a) *Hôpital psychiatrique départemental*. — La convention doit être négociée et passée entre le préfet du département d'implantation et le représentant qualifié de la caisse régionale.

b) *Quartier psychiatrique.* — La convention doit être négociée et passée entre le président de la commission administrative ou l'administrateur délégué à cet effet et le représentant qualifié de la caisse régionale. La commission administrative de l'hôpital doit l'approuver.

c) *Hôpital psychiatrique autonome.* — La convention doit être négociée et passée entre le directeur de l'établissement et le représentant qualifié de la caisse régionale ; comme dans le cas précédent, la commission administrative doit l'approuver ;

d) *Hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public.* — Le décret du 26 mars et l'arrêté du 24 mai 1957 ne mentionnent que les médecins des établissements « publics ».

Je pense que ces dispositions doivent toutefois s'appliquer aux médecins en fonction dans les hôpitaux psychiatriques privés, faisant fonction d'établissements publics (puisque ces praticiens conservent, malgré cette affectation, leur statut général et sont rémunérés conformément aux échelles applicables dans le secteur public), mais à la condition qu'ils cotisent à la caisse de retraite des agents des collectivités locales et que leur rémunération et les charges sociales annexes aient fait l'objet d'une inscription pour ordre au budget départemental, conformément aux instructions données par mes services depuis plusieurs années. La convention devra alors être négociée et passée entre le préfet agissant au nom du département et le représentant qualifié de la caisse régionale.

## 2° *Personnes appelées à prendre part aux négociations.*

### a) *Représentation de l'établissement.*

— Pour un établissement départemental, elle est assurée par le préfet (ou un représentant de l'administration préfectorale délégué à cet effet) assisté du directeur de l'établissement, qu'il soit directeur administratif ou médecin-directeur ;

— Pour un quartier psychiatrique, elle est assurée par le président de la commission administrative ou l'administrateur délégué à cet effet, assisté du directeur de l'établissement ;

— Pour un hôpital psychiatrique autonome, elle est assurée par le directeur de l'établissement ;

— Pour un hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public, elle est assurée par le préfet assisté du directeur de l'établissement.

### b) *Participation du corps médical.*

Dans tous les cas, un médecin de l'établissement désigné par ses collègues doit obligatoirement participer aux négociations.

Par ailleurs, vous serez saisi par le syndicat national des médecins des hôpitaux psychiatriques d'une demande tendant à ce qu'un de ses adhérents désigné par lui sur un plan interdépartemental soit également associé, sur votre invitation, aux négociations ; je ne vois, pour ma part, que des avantages à ce que vous donniez une suite favorable à cette demande.

### c) *Dans tous les cas également.*

J'estime que le directeur départemental de la santé doit participer aux négociations.

## 3° *Calcul de la valeur des lettres-clés de la convention.*

Dès réception de la présente circulaire, vous voudrez bien porter ses dispositions à la connaissance des établissements intéressés et leur communiquer le texte de la convention-type, de l'annexe et du document relatif aux valeurs à donner à certaines lettres.

Compte tenu des éléments numériques d'information qui sont en possession des établissements et des éléments figurant dans ledit document pour l'année de référence 1956, il est dès à présent possible, pour chaque établissement, d'arrêter le chiffre des propositions qui seront faites à la caisse régionale de Sécurité sociale. Par la suite, la valeur des lettres-clés sera fixée chaque année, d'un commun accord entre les parties, sans qu'il soit nécessaire de passer un avenant, sauf dans le cas où il aura été décidé de modifier, en plus ou en moins, la valeur de la lettre R dans les conditions prévues dans la note figurant à la fin de la convention-type.

Désormais, les instructions communes Santé publique-F.N.O.S.S. sur la valeur des lettres B, D et T et sur les grilles permettant de calculer la valeur de la lettre R, seront diffusées avant le 1<sup>er</sup> novem-

bre de chaque année pour l'année de référence, qui sera l'année précédente. Entre le 15 novembre et le 31 décembre, les signataires de la convention se mettront d'accord sur tous les éléments du calcul de la somme globale correspondant à ladite année de référence, et qui devra être versée aux établissements au cours de l'année suivante.

Pour l'année de référence 1957, la date du 15 novembre ne pourra être respectée par mon administration et par la F.N.O.S.S. que dans la mesure où l'ensemble des établissements auront rempli correctement et dans les délais voulus les tableaux demandés par ma circulaire 340-b 3 du 28 mai 1958.

Je vous demande de bien vouloir souligner tout particulièrement auprès des établissements intéressés la nécessité d'exécuter avec le plus grand soin les prescriptions de ladite circulaire.

## SECTION II. — MODALITÉS FINANCIÈRES

Les dispositions de la convention-type relatives au calcul des sommes qui pourront être versées par les caisses de Sécurité sociale du régime général étant ainsi commentées, il reste à préciser les conditions dans lesquelles les praticiens intéressés percevront effectivement les sommes qui leur sont destinées. Tel est l'objet des directives de la présente section qui commentent, notamment, l'article 11 de la convention-type.

### 1<sup>o</sup> Dispositions comptables.

L'administration de l'hôpital établit, au début de chaque année, compte tenu de l'accord intervenu entre les parties à la fin de l'année précédente sur la valeur des lettres-clés pour la période de référence, un titre de recettes qui permettra au comptable d'encaisser en cours d'année les sommes qui lui seront versées par la caisse selon la périodicité déterminée par l'article 2.

Lesdites sommes feront, au fur et à mesure de leur versement, l'objet d'une ventilation en deux parties distinctes :

a) Conformément aux dispositions de l'article 9 de la convention, 20 % sont immédiatement versés par l'établissement au Trésorier-Payeur Général. Cette somme est ensuite reversée au budget de l'État, suivant la procédure déterminée par l'instruction n° 58-86 A 7 du 22 avril 1958 du Ministère des Finances sous le timbre de la Direction de la Comptabilité publique. Le récépissé qui constate ce versement est transmis sans délai à mes services, pour leur permettre d'ouvrir les crédits correspondants à un fonds de concours. Ce fonds de concours permettra de corriger certaines inégalités dues à la contexture même de certains services (par exemple, colonies familiales ou services de malades difficiles où le « rendement thérapeutique » est très bas, et en faveur desquels les versements des caisses seront très faibles, psychiatres départementaux chargés uniquement des consultations d'hygiène mentale).

b) Les 80 % restant sont portés au compte de tiers ouvert à cet effet dans la comptabilité de l'établissement et répartis selon les instructions que je vous adresserai individuellement conformément aux indications ci-après ; les comptables recevront d'ailleurs toutes instructions utiles de la part de la Direction de la Comptabilité publique à ce sujet.

### 2<sup>o</sup> Procédure de répartition.

La répartition des sommes visées au a ne nécessite aucune instruction particulière.

En ce qui concerne les sommes visées au b, leur répartition s'effectuera de la manière suivante :

1. Dès que l'accord est intervenu sur le montant de la somme globale, compte tenu de la valeur attribuée aux lettres-clés, vous me faites connaître ce chiffre et vous m'indiquez vos propositions pour la répartition entre les médecins de l'établissement de 80 % de cette somme. Vos propositions pour l'année de référence, soit la pénultième, devront me parvenir chaque année avant le 1<sup>er</sup> février.

2. Vos propositions seront étudiées par mes services et soumises à l'avis de la commission consultative des hôpitaux psychiatriques conformément aux dispositions de l'article 3 du décret du 26 mars 1957

3. Une décision sera prise par mes soins individuellement pour chaque médecin avant le 1<sup>er</sup> mars. Il vous sera adressé une ampliation de cette décision, et vous voudrez bien la porter à la connaissance des intéressés et en informer la caisse primaire et la caisse régionale conformément aux dispositions du 2<sup>o</sup> de l'article 9 de la convention. Le versement aux intéressés des sommes ainsi réparties s'effectuera au rythme de la périodicité des versements des caisses, sur le vu de mandats de paiement établis par l'ordonnateur et appuyés d'une copie de la décision ministérielle.

Pour les médecins des hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction d'établissements publics, les quittances des ayants droit seront communiquées au Directeur départemental de la Population qui les renverra à l'établissement après les avoir revêtues de son visa.

*3° Dispositions transitoires pour la mise en application.*

Dès la signature de la convention, vous procéderez comme il est dit ci-dessus ; j'appelle votre attention sur la nécessité, compte tenu des règles relatives aux fonds de concours auxquelles j'ai fait allusion au début de la présente circulaire, d'obtenir que le versement de la somme globale au titre de l'année de référence 1956 soit effectif à la date limite du 15 novembre 1958.

Les décisions de répartition seront prises par mes soins avant la fin de l'année 1958. Bien entendu il est absolument nécessaire que vous m'informiez au plus tôt de la signature des conventions.

Pour l'année de référence 1957, dans la mesure où une convention aura déjà été signée et mise en vigueur, vos propositions me seront adressées avant le 1<sup>er</sup> février 1959 dans les conditions précisées ci-dessus.

J'insiste pour que, dès réception de la présente circulaire, vous preniez très rapidement les contacts nécessaires pour la mise en route des négociations relatives à la convention, afin que, dans la mesure où les caisses seront prêtes à l'accepter, il soit possible d'obtenir effectivement au cours de la présente année le versement des sommes correspondant à l'année de référence 1956 et leur répartition.

\* \* \*

Vous voudrez bien me tenir au courant des conditions d'application des présentes instructions à votre département.

*Le Ministre,*  
CHENOT.

---

**Projet de Convention-type**  
**pour l'application des dispositions de l'arrêté du 21 mai 1957**  
**en ce qui concerne les médecins des hôpitaux psychiatriques.**

Entre la Caisse régionale de Sécurité sociale de ..... et ..... représentant  
....., il est convenu ce qui suit :

ARTICLE PREMIER. — La Caisse primaire de Sécurité sociale de ..... versera chaque année au compte « Honoraires médicaux » ouvert parmi les comptes de tiers de la comptabilité de l'hôpital psychiatrique de ..... une somme forfaitaire dont le montant sera calculé conformément aux dispositions des articles 3 à 8 ci-après.

Cette somme est désignée par les termes de « somme globale » dans les articles subséquents de la présente convention.

ART. 2. — Le versement de la somme globale sera effectué en une ou plusieurs fois au gré des parties contractantes, le dernier versement devant en tout état de cause intervenir avant le 15 octobre de chaque année.

ART. 3. — Pour le calcul de la somme globale, il est tenu compte des éléments suivants :

1° Le nombre des assurés sociaux relevant du régime général traités dans l'établissement (A). C nombre est fixé en appliquant un pourcentage forfaitaire (B) au chiffre moyen de la population de l'établissement (C).

2° Le rapport (F) du nombre moyen national (D) de journées d'hospitalisation par médecin, au nombre moyen (E) de journées d'hospitalisation par médecin dans l'établissement de .....

3° Une somme forfaitaire (G). La valeur de cette dernière lettre est établie annuellement. Sous réserve des dispositions de l'alinéa ci-après, elle résulte du produit de la valeur technique moyenne de l'ensemble des hôpitaux psychiatriques, représentée par la lettre (T), par un coefficient (R) traduisant à la fois l'activité médicale et le degré d'équipement de l'établissement.

En aucun cas, la valeur de la lettre G ne pourra excéder 20 % du tarif fixé pour la consultation de ville dans les conditions prévues par l'article 259 du Code de la Sécurité sociale.

ART. 4. — La valeur des lettres A, F et G est déterminée, suivant le mode de calcul précisé dans l'annexe à la présente convention, sur la base d'éléments statistiques objectifs fournis par l'établissement et d'éléments numériques établis d'un commun accord entre le Ministère de la Santé publique et la F.N O S.S. Des circulaires concertées font connaître chaque année aux parties contractantes les accords intervenus à ce sujet.

ART. 5. — Le montant de la somme globale s'établit selon le produit :  $A \times F \times G \times 365$ .

ART. 6. — L'établissement fournira chaque année, avant le 1<sup>er</sup> novembre, à la caisse primaire et à la caisse régionale, les éléments suivants :

- 1° Le nombre de journées d'hospitalisation constaté durant l'année précédente ;
- 2° Le nombre des médecins ayant exercé dans l'établissement au cours de cette même année ;
- 3° Les éléments objectifs devant servir à l'appréciation de l'activité médicale et du degré d'équipement de l'établissement, tels qu'ils sont définis par l'annexe à la présente convention.

ART. 7. — Les parties contractantes s'engagent à utiliser, pour la détermination de la somme globale, les valeurs données chaque année sur le plan national, d'un commun accord, par le Ministère de la Santé publique et la F. N. O. S. S., aux lettres B, D, T ainsi que des grilles traduisant par une note les coefficients d'activité médicale et de degré d'équipement de l'établissement.

ART. 8. — L'affectation dans l'établissement en cours d'année d'un médecin des hôpitaux psychiatriques supplémentaire entraînerait automatiquement, et sans qu'il soit nécessaire de reviser la présente convention, une augmentation de la somme globale. Cette augmentation serait égale, au prorata du nombre de mois restant à courir à compter de l'installation du nouveau médecin, au quotient de la somme globale attribuée l'année précédente par le nombre de médecins des hôpitaux psychiatriques en fonction dans l'établissement jusqu'à cette date.

Pour l'année suivante, la somme globale résultant du calcul défini par les articles 3 à 5 serait majorée du quotient de cette somme par le nombre de médecins des hôpitaux psychiatriques en fonction dans l'établissement durant l'année de référence.

ART. 9. — Les parties contractantes s'engagent à ne pas faire obstacle :

1° Au reversement par l'établissement au Ministère de la Santé publique et de la Population, pour constituer un fonds de concours, d'une fraction égale à 20 % de la somme globale visée à l'article premier de la présente convention, en vue d'une répartition, par le Ministre de la Santé publique et de la Population, entre les différents médecins appartenant au cadre des hôpitaux psychiatriques.

2° A la répartition, suivant les instructions données à cet effet par le Ministère de la Santé publique et de la Population, entre les différents médecins de l'établissement, des 80 % de la somme globale qui demeurent inscrits parmi les comptes de tiers de la comptabilité de l'hôpital psychiatrique. Cette répartition sera notifiée pour information à la caisse primaire et à la caisse régionale.

ART. 10. — La caisse se réserve le droit de dénoncer la présente convention dans le cas où les médecins de l'hôpital psychiatrique de ... ne respecteraient pas les dispositions statutaires qui leur sont applicables en ce qui concerne l'exercice de la profession médicale en dehors de l'établissement.

ART. 11. — La présente convention est conclue pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction, sans préjudice des dispositions des articles 3 à 7 ci-dessus.

Dans le cas où l'une des deux parties contractantes entend dénoncer la présente convention, elle doit en aviser l'autre partie par lettre recommandée avant le 15 octobre de l'année en cours. La dénonciation prend effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

\* \* \*

N. B. — Si les parties désirent, pour le calcul de la somme globale, tenir compte de certains éléments complémentaires qui ne peuvent être appréciés par l'évaluation de l'activité médicale et du degré d'équipement de l'établissement, telle qu'elle découle des dispositions combinées de l'article 4 et de l'annexe, la convention peut être complétée par les articles 4 *bis* et 4 *ter* ci-après. Ces éléments complémentaires peuvent être, notamment : l'existence d'un plan directeur de modernisation ou de rénovation de l'établissement ou d'un service approuvé par le Ministre de la Santé publique et de la Population, l'aménagement de certaines installations particulières (ateliers d'ergothérapie par exemple), le développement du service social, etc., qui pourraient légitimer une majoration du coefficient R ; ou, à l'inverse, certaines déficiences ou insuffisances propres à l'établissement qui pourraient justifier une minoration dudit coefficient.

ART. 4 *bis*. — Les parties contractantes décident de :

Majorer } de ... % la valeur du coefficient (R) pour tenir compte de .....  
Minorer }

En aucun cas le pourcentage prévu à l'alinéa précédent ne pourra être supérieur à 10 %.

ART. 4 *ter*. — Le pourcentage visé à l'article 4 *bis* sera modifié, s'il y a lieu, par avenant une fois par an au maximum.

Dans le cas où les articles 4 *bis* et 4 *ter* sont inclus dans la convention, le 3<sup>o</sup> de l'article 5 doit être modifié comme suit :

« ..., est établie annuellement. Sous réserve des dispositions de l'alinéa ci-après et des articles 4 *bis* et 4 *ter*, elle résulte... » (le reste sans changement).

---

## ANNEXE

A LA CONVENTION-TYPE A PASSER POUR L'APPLICATION DES DISPOSITIONS DE L'ARRÊTÉ DU 21 MAI 1957  
EN CE QUI CONCERNE LES MÉDECINS DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

---

La valeur des lettres A, F et G qui interviennent dans la détermination de la somme globale visée à l'article premier de la convention-type est calculée de la manière suivante :

### I. — Calcul de la valeur de A.

$$A = B \times C$$

La valeur de B est fixée chaque année de concert par le Ministère de la Santé publique et de la Population et la F. N. O. S. S.

La valeur de C est obtenue en divisant le nombre de journées d'hospitalisation constaté pendant l'année de référence par le nombre de jours de cette même année.

### II. — Calcul de la valeur de F.

$$F = \frac{D}{E}$$

La valeur de D est déterminée chaque année de concert par le Ministère de la Santé publique et de la Population et la F. N. O. S. S.

La valeur de E est obtenue en divisant le nombre de journées d'hospitalisation constaté pendant l'année de référence par le nombre de médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques en fonctions dans l'établissement au cours de cette même année.

### III. — Calcul de la valeur de G.

$$G = T \times R$$

La valeur de T est déterminée chaque année de concert par le Ministère de la Santé publique et de la Population et la F. N. O. S. S.

La valeur de R est obtenue en effectuant la moyenne, et en la divisant par 10, des notes établies pour traduire l'activité médicale et le degré d'équipement de l'établissement.

Le calcul de ces notes est effectué, pour l'année de référence, dans les conditions indiquées ci-après :

#### 1° ACTIVITÉ MÉDICALE.

L'activité médicale est appréciée par un coefficient obtenu en effectuant le quotient des sorties pondérées au cours de l'année de référence par la population présente dans l'établissement au dernier jour de l'année précédant l'année de référence, augmentée du nombre des entrées pondérées de l'année de référence.

$$\text{Activité médicale} = \frac{\text{+ nombre de secrétaires médicales}}{\text{Population au 31 décembre de l'année X - 1 + entrées pondérées de l'année X}}$$

Par entrée pondérée, on entend toute entrée d'un malade (autre que par transfert) qui n'a pas été précédée d'une sortie de ce même malade dans une période de six mois.

Par sortie pondérée, on entend toute sortie d'un malade (autre que par transfert, et non compris, bien entendu, les décès) qui n'a pas été suivie d'une réintégration dans un délai de 6 mois. En ce qui concerne les sorties d'essai, seules sont prises en compte dans le chiffre des sorties pondérées, celles qui n'ont pas été suivies d'une réintégration dans un délai de six mois.

Pour la première année d'application de la convention, exceptionnellement, c'est la population au 15 décembre 1955 (et non au 31 décembre 1955) qui servira de référence dans le diviseur, le calcul d'ensemble ayant été effectué sur cette base.

Le coefficient obtenu par ce calcul est traduit par une note suivant les dispositions de la grille diffusée annuellement par des instructions concertées du Ministère de la Santé publique et de la Population et de la F. N. O. S. S.

#### 2° DEGRÉ D'ÉQUIPEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT.

Le degré d'équipement de l'établissement est apprécié uniquement en fonction de son équipement en personnel spécialisé.

L'équipement en personnel spécialisé est apprécié par un coefficient global obtenu en additionnant des coefficients particuliers exprimant respectivement l'importance des diverses catégories de ce personnel (médecins, autres membres de l'équipe médicale, personnel soignant) par rapport au nombre des malades en traitement,

Ces coefficients sont calculés, pour l'année de référence, de la manière suivante :

##### a) Médecins.

Le coefficient exprimant l'importance du nombre des médecins s'établit par rapport à une population de 1.000 malades, selon la formule ci-après :

$$\frac{\text{Nombre de médecins} \times 1.000.}{\text{Population au 31 décembre de l'année de référence.}}$$

Doivent être pris en compte tous les postes à temps complet de médecins du cadre national des médecins des hôpitaux psychiatriques, qu'ils soient médecins-chefs ou médecins assistants.

b) *Autres membres de l'équipe médicale.*

Sont visés sous cette rubrique les postes d'internes, d'assistantes sociales et de secrétaires médicales ; comme pour les médecins, leur nombre est ramené à une population de 1.000 malades, selon la formule ci-après :

$$\frac{\text{Nombre d'internes} + \text{nombre de secrétaires médicales} \times 1.000.}{\text{Population au 31 décembre de l'année de référence.}} + \text{nombre d'assistantes sociales.}$$

c) *Personnel soignant.*

Pour éviter une disproportion trop considérable avec les coefficients obtenus par les catégories *a* et *b*, le coefficient destiné à apprécier l'importance des effectifs du personnel soignant sera établi par rapport à une population de 10 malades, selon la formule ci-après :

$$\frac{\text{Nombre d'agents soignants} \times 10.}{\text{Population au 31 décembre de l'année de référence.}}$$

*Remarques concernant la méthode de calcul des coefficients visés sous les rubriques a, b et c.*

1. Pour les trois catégories de personnel, ce sont les postes budgétaires qui sont pris en considération. Toutefois, les postes vacants depuis plus d'un an ne pourront entrer en ligne de compte.

2. Dans le calcul du coefficient relatif au personnel soignant, chaque agent du personnel congréganiste — s'il en existe — sera décompté pour deux, afin de tenir compte des horaires de travail effectivement observés par cette catégorie de personnel.

3. Pour la première année d'application de la convention, exceptionnellement, c'est la population présente au 15 décembre de l'année de référence qui sera prise comme diviseur.

Le coefficient global obtenu par l'addition des trois coefficients calculés selon les dispositions des rubriques *a*, *b* et *c* ci-dessus est traduit par une note suivant les dispositions de la grille diffusée annuellement par des instructions concertées du Ministère de la Santé publique et de la Population et de la F. N. O. S. S.

---

**Valeurs à donner à certaines lettres pour le calcul de la somme globale à verser au cours de l'année 1958.**

(Article 7 de la convention-type.)

---

En accord entre le Ministère de la Santé publique et de la Population et la F. N. O. S. S., la valeur des lettres B, D et T est ainsi arrêtée :

B = 25 % ;

D = 130.000 ;

T = 28 F.

L'année de référence étant 1956.

Les grilles visées à l'article 7 de la convention-type permettant respectivement de traduire par une note les coefficients exprimant l'activité médicale et le degré d'équipement de l'établissement s'établissent comme ci-après :

*1° Activité médicale.*

Coefficient	inférieur à	à	Note.
		1,5 .....	0
—	compris entre	1,5 et 5 .....	3
—	—	5 et 8,5 .....	4
—	—	8,5 et 12 .....	5
—	—	12 et 15,5 .....	6
—	—	15,5 et 19 .....	7
—	—	19 et 22,5 .....	8
—	—	22,5 et 26 .....	9
—	—	26 et 30 .....	10
—	—	30 et 33,5 .....	11
—	—	33,5 et 37 .....	12
—	—	37 et 40,5 .....	13
—	—	40,5 et 44 .....	14
—	—	44 et 47,5 .....	15
—	—	47,5 et 51 .....	16
—	—	51 et 54,5 .....	17
—	—	54,5 et 58 .....	18
—	—	58 et 61,5 .....	19
—	supérieur à	61,5 .....	20

*2° Degré d'équipement de l'établissement.*

Coefficient	inférieur à	à	Note.
		3,75 .....	5
—	compris entre	3,75 et 4,75 .....	6
—	—	4,75 et 5,75 .....	7
—	—	5,75 et 6,50 .....	8
—	—	6,50 et 7 .....	9
—	—	7 et 8 .....	10
—	—	8 et 8,50 .....	11
—	—	8,50 et 9,25 .....	12
—	—	9,25 et 10,25 .....	13
—	—	10,25 et 11,25 .....	14
—	—	11,25 et 12,25 .....	15
—	—	12,25 et 14,25 .....	16
—	—	14,25 et 16,25 .....	17
—	—	16,25 et 18,25 .....	18
—	—	18,25 et 20,25 .....	19
—	supérieur à	20,25 .....	20

Il est rappelé que la moyenne des deux notes ainsi obtenues divisée par 10, constitue le coefficient R variant de 0 à 2, prévu à l'article 3 de la convention-type.