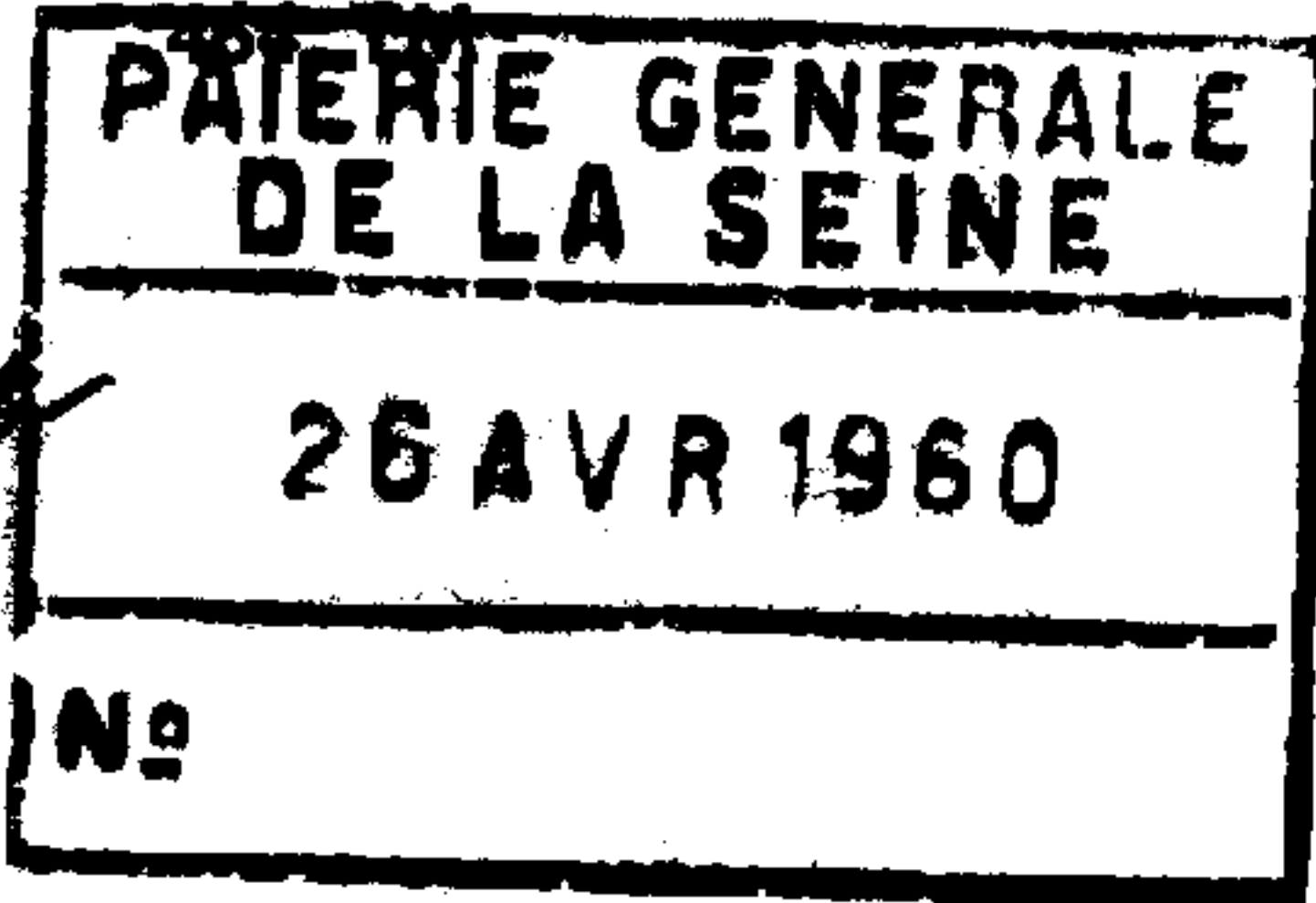




INSTRUCTION N° 60-65 - M 2
du 6 Avril 1960

CLASSEMENT
M 2

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
----------	----------

ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

DISPOSITIONS FINANCIERES ET COMPTABLES

DOCUMENTS A ANNOTER

- Instruction M 2 sur la comptabilité des hôpitaux.
- Circulaire n° 981 du 18 juin 1951 (B. S. T. 52 G).
- Circulaire n° 1123 du 13 juin 1952 (B. S. T. 54 G).
- Circulaire n° 1179 du 28 novembre 1952 (B. S. T. 89 G).
- Circulaire n° 1239 du 8 avril 1953 (B. S. T. 28 G).
- Circulaire n° 1608 du 4 novembre 1955, § 15 (B. S. T. 107 G).
- Instruction n° 58-241 - M 2 du 24 décembre 1958.
- Instruction n° 59-51 - M 2 du 17 mars 1959.
- Instruction n° 59-59 - T 2 du 26 mars 1959.

L'instruction n° 59-32 - M 0 du 16 février 1959 sur « la réforme administrative et les collectivités locales » a, pour l'information des comptables locaux, publié, en les accompagnant d'un premier commentaire, un certain nombre d'ordonnances et de décrets intéressant les collectivités et établissements publics locaux.

Elle a précisé que ces textes renvoient le plus souvent à des décrets pour la fixation de leurs mesures d'application, décrets qui doivent, eux-mêmes, faire l'objet de circulaires et d'instructions.

DESTINATAIRES POUR APPLICATION

RGS	PGS	TPG	DOM	TGP	RF	P	HLM
MM. les Receveurs des Etablissements nationaux de bienfaisance.							

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

— 2 —

La présente instruction a pour objet de porter à la connaissance des comptables différents textes d'application relatifs à l'organisation financière et comptable des établissements hospitaliers.

Il s'agit :

- du décret n° 59-1510 du 29 décembre 1959 relatif aux dispositions financières et comptables à adopter à l'égard des hôpitaux et hospices publics ;
- de trois arrêtés du 29 décembre 1959 relatifs, l'un aux dépenses d'entretien, de réparations et d'améliorations courantes des hôpitaux et hospices publics et, les deux autres, au fonds de roulement des hôpitaux et hospices publics ;
- d'un arrêté du 19 octobre 1959 fixant les modalités d'application de l'article 2 du décret n° 59-938 du 31 juillet 1959 concernant les indemnités dont peuvent bénéficier les psychiatres et les médecins des services anti-tuberculeux occupant un emploi dans les établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics ;
- d'une instruction du Ministre de la Santé Publique et de la Population du 24 septembre 1959 sur la normalisation, la mise en place et l'utilisation des imprimés des bureaux des entrées dans les hôpitaux publics ;
- d'une circulaire du Ministre de la Santé Publique et de la Population du 16 novembre 1959 relative : 1° aux attributions du directeur des hôpitaux et hospices publics ; 2° à la mise à jour du cadre comptable des hôpitaux et hospices de plus de 100 lits, des hôpitaux psychiatriques et des établissements de cure ; 3° à la comptabilité analytique d'exploitation des hôpitaux et hospices publics, des hôpitaux psychiatriques et des établissements de cure ;
- d'une circulaire du Ministre de la Santé Publique et de la Population du 18 décembre 1959 relative à l'affiliation à la sécurité sociale des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux et hospices ;
- du décret n° 60-243 du 19 mars 1960 fixant, en fonction des variations de prix intervenues jusqu'au 30 juin 1959, les coefficients de réévaluation applicables pour la revision des bilans.

Les dispositions de ces différents textes font l'objet d'un commentaire succinct ci-après.

Une édition mise à jour de l'instruction M 21 sur la comptabilité des hôpitaux qui tiendra compte des mesures d'ordre financier et comptable insérées dans ces textes, sera prochainement notifiée aux comptables.

*
* *

1° Détermination des prix de journée.

Le décret n° 59-1510 du 29 décembre 1959 reprend l'ensemble des dispositions réglementaires relatives à la détermination des prix de journées fixées, en dernier lieu, par le décret n° 51-1218 du 19 octobre 1951. Les trois arrêtés du 29 décembre 1959 se substituent aux arrêtés pris sous l'empire de la réglementation antérieure : arrêtés des 28 juin 1951, 7 janvier et 6 novembre 1952.

Les prix de journée sont désormais calculés à partir des éléments fournis par la comptabilité tenue dans les formes prescrites par le décret n° 53-271 du 28 mars 1953. Les références à ce texte ont permis d'alléger sensiblement les dispositions insérées au décret du 29 décembre 1959.

La prescription essentielle de ce décret concerne l'obligation, faite par l'article 9, de calculer des prix de journée distincts pour la médecine, la chirurgie et la maternité. Le même article ouvre la faculté de déterminer des prix de journée distincts pour les services de spécialités et, dans la section hospice, pour les pensionnaires valides et pour les pensionnaires non valides.

Il convient de noter que la répartition des chambres en trois catégories est abandonnée. Le système, fixé par les articles 7 et 8 du décret, repose sur la distinction entre régime commun (malades et pensionnaires admis en salle commune ou en chambre à plusieurs lits ou isolés pour raisons médicales) et régime particulier (chambres à 1 ou 2 lits).

Pour éviter des inconvénients qui se sont présentés dans le passé, l'article 10 du décret prévoit une série de mesures en vue de maintenir l'équilibre entre les crédits de dépenses ouverts au budget et le montant des recettes prévisibles calculées sur la base des prix de journée accordés et spécifie que la décision portant fixation des prix de journée doit intervenir avant approbation du budget.

Confirmant les règles dégagées par la jurisprudence des tribunaux de l'ordre administratif, l'article 10 indique que la décision portant fixation des prix de journée doit, pour prendre effet, donner lieu à une publicité définie à l'article 11. De ces dispositions il ressort que les décisions fixant les prix de journée ne peuvent avoir d'effet rétroactif.

La faculté, pour les établissements, de constituer des provisions pour travaux d'entretien et de réparations et pour créances irrécouvrables et des réserves en vue de disposer d'un fonds de roulement, est maintenue par le décret et les arrêtés du 29 décembre. L'organisation antérieure ne se trouve modifiée que sur des points de détail, savoir :

- la limite dans laquelle les dépenses d'entretien, de réparations et d'améliorations courantes sont comprises dans les prix de revient est ramenée de 10 % à 8 % lorsque les bâtiments ont été édifiés depuis moins de 40 ans ;
- la dotation au compte de provisions pour créances irrécouvrables est fixée dans la limite d'un pourcentage des recettes de la section d'exploitation au lieu de l'être par référence aux dépenses hospitalières ordinaires ;
- le plafond du compte de provisions pour créances irrécouvrables est fixé par référence aux restes à recouvrer et non plus par rapport aux dépenses hospitalières ordinaires ;
- le plafond de la réserve de trésorerie destinée à constituer un fonds de roulement est limité au quart de la moyenne des dépenses constatées, au cours des trois années, à la section d'exploitation du budget alors qu'il pouvait s'élever au 5/12 des mêmes dépenses, plafond qui n'avait d'ailleurs été atteint par aucun établissement.

2° Contrôle des établissements hospitaliers.

Les dispositions du chapitre V du décret du 29 décembre 1959, relatif au contrôle des prix de revient, confirment les mesures notifiées par une circulaire ministérielle du 31 décembre 1958, publiée au *Journal officiel* des 2 et 3 janvier 1959.

L'organisation des contrôles reste déterminée par cette circulaire et par l'instruction 59-59 - T 12 du 26 mars 1959 donnant des directives d'ordre pratique.

Le décret du 29 décembre 1959 a cependant complété les dispositions de la circulaire du 31 décembre 1958 sur deux points :

1. Les missions de contrôle peuvent comprendre, en plus des fonctionnaires désignés par cette circulaire, le Directeur régional de la sécurité sociale et l'Inspecteur divisionnaire des lois sociales en agriculture ou leurs représentants. La répartition des tâches primitivement indiquée n'est pas modifiée

par la présence de ces deux fonctionnaires qui, tout en étant associés à l'ensemble de la vérification, auront plus spécialement pour rôle de contrôler les conditions et les durées d'hospitalisation des malades ressortissant d'un régime de sécurité sociale.

2. Lorsque le contrôle concerne soit un hospice, soit un hôpital de moins de deux cents lits, la composition de la mission d'enquête est fixée par le Préfet après consultation du Trésorier-Payeur Général. Cette consultation a pour objet de permettre au Trésorier-Payeur Général d'apprécier, eu égard aux circonstances et à l'importance des établissements, dans quelle mesure il convient d'associer au contrôle l'un de ses collaborateurs ainsi que le directeur départemental des enquêtes économiques.

3° Normalisation de certains imprimés utilisés par les établissements hospitaliers.

Le Ministre de la Santé Publique, par instruction n° 114 du 9 juin 1951 et circulaire n° 44 du 29 février 1952 notifiées aux comptables par circulaires n° 981 du 18 juin 1951 (B. S. T. 52 G) et n° 1123 du 13 juin 1952 (B. S. T. 54 G), a fixé un ensemble de mesures ayant pour objet d'accélérer le recouvrement des produits hospitaliers.

Les dispositions prises reposent sur le remplacement des états de recouvrement collectifs, établis avec de longs retards, par des titres individuels préparés dès l'entrée des malades et arrêtés au moment de leur sortie.

L'instruction du 24 septembre 1959 confirme les mesures adoptées en 1951. Le modèle de titre de recette et des avis des sommes à payer se trouve simplement modifié dans sa présentation typographique.

Elle précise que le modèle de bordereau-journal des titres de recette doit comprendre un cadre nouveau destiné à recevoir la ventilation du nombre de journées d'hospitalisation par subdivision de comptes budgétaires.

Il est spécifié, à cet égard, que la ventilation du nombre des journées doit s'effectuer sur la minute du bordereau conservée par l'ordonnateur en utilisant les colonnes relatives à l'imputation par comptes de tiers des sommes mises en recouvrement qui restent libres sur cet exemplaire.

A cet effet, les colonnes 14 à 18 du bordereau-journal des titres de recette doivent comprendre, conformément au modèle donné en annexe, un double intitulé ; l'un, relatif à la ventilation du nombre des journées, correspondant à la destination donnée à ces colonnes sur l'exemplaire détenu par l'ordonnateur ; l'autre, relatif à l'imputation des sommes mises en recouvrement par comptes de tiers correspondant à la destination donnée à ces colonnes sur les exemplaires remis au comptable.

L'instruction du 24 septembre 1959, complétant les dispositions prises en 1951, normalise les principaux documents utilisés par le service des entrées des établissements hospitaliers.

La mise en place et l'emploi systématique d'avis d'admission-prise en charge, de liasse ou certificat de placement, de demande de prolongation de séjour doivent se traduire par une émission plus rapide des titres de recette. Les établissements doivent désormais être en mesure d'observer avec plus de rigueur les délais fixés à cet égard par les instructions de 1951 et de 1952.

Les dispositions prises doivent, en définitive, faciliter les tâches assumées par les comptables en matière de recouvrement des produits hospitaliers.

Les prescriptions des instructions et circulaires des 9 et 18 juin 1951, 29 février et 13 juin 1952 modifiées par l'instruction du 24 septembre 1959 seront, dans leur intégralité, reprises dans la nouvelle édition de l'instruction M 21.

**4° Mise à jour des différents cadres comptables
des établissements hospitaliers.**

La circulaire du Ministre de la Santé Publique n° 244 du 16 novembre 1959 a pour objet essentiel de notifier les modifications introduites dans la nomenclature des comptes à ouvrir dans les écritures des différents établissements hospitaliers. Ces modifications résultent, d'une part, de certaines dispositions prises par voie de décisions individuelles et, d'autre part, du nouveau texte du plan comptable général approuvé par arrêté du 11 mai 1957.

Les registres et imprimés utilisés par les comptables ont été établis en prenant pour base la nomenclature ainsi modifiée. La nouvelle édition de l'instruction M 21 contiendra toutes précisions complémentaires à ce propos.

5° Evaluation des patrimoines.

Les coefficients figurant à l'article 1^{er}, a) et à l'article 3, a) du décret n° 60-243 du 19 mars 1960 se substituent, à compter de l'année 1960, aux coefficients annexés à l'instruction n° 59-51-M 2 du 17 mars 1959.

**6° Honoraires revenant à certains praticiens
pour soins donnés aux assurés sociaux.**

L'arrêté du 19 octobre 1959 fixant les modalités d'application de l'article 2 du décret n° 59-938 du 31 juillet 1959 en ce qui concerne le régime général de sécurité sociale des travailleurs salariés des professions non agricoles et les régimes visés à l'article L 3 du Code de Sécurité Sociale, se substitue à l'arrêté du 21 mai 1957 annexé à l'instruction n° 58-241-M 2 du 24 décembre 1958. Cette instruction ne se trouve pas modifiée par l'intervention de l'arrêté du 19 octobre 1959.

**7° Régime de sécurité sociale des médecins, chirurgiens
et spécialistes des hôpitaux et hospices publics.**

La circulaire du Ministre de la Santé Publique et de la Population n° 242 du 18 décembre 1959 relative à l'affiliation à la sécurité sociale des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux et hospices publics a pour objet de mettre en œuvre les dispositions qu'il convenait de prendre pour se conformer aux nombreuses décisions judiciaires intervenues en la matière. Elle répond aux questions posées à ce propos par plusieurs Trésoriers-Payeurs Généraux.

Jusqu'à présent les membres du corps médical hospitalier procédaient à la répartition et au règlement des honoraires médicaux sans intervention de l'ordonnateur de l'établissement. Désormais, pour permettre aux hôpitaux et hospices de se conformer aux obligations qui leur sont faites en leur qualité d'employeurs, la notification des sommes à répartir sera faite par l'intermédiaire de l'ordonnateur qui établira, au vu des indications fournies par les membres du corps médical, un ordre de paiement portant règlement des sommes dues aux intéressés après prélèvement de la part ouvrière des cotisations de sécurité sociale.

Simultanément, l'ordonnateur émettra un mandat de paiement, sur des crédits à ouvrir à une subdivision particulière des comptes 617, *Charges de sécurité sociale*, pour le montant de la part patronale des cotisations de sécurité sociale.

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

Au vu de ces documents, le receveur de l'établissement débitera, d'une part, le compte 424, *Honoraires médicaux*, pour le montant de la part ouvrière précomptée sur les honoraires répartis, d'autre part, le compte 617, *Charges de sécurité sociale*, pour le montant de la part patronale à la charge de l'établissement, avec crédit au compte 463, *Sécurité Sociale*, qui sera débité lors du règlement effectif des cotisations.

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

Le Chef de Service,

R. VÉRON

DECRET N° 59-1510 DU 29 DECEMBRE 1959
RELATIF AUX DISPOSITIONS FINANCIERES ET COMPTABLES
A ADOPTER A L'EGARD DES HOPITAUX ET HOSPICES PUBLICS

(Journal officiel du 30 décembre 1959.)

LE PREMIER MINISTRE,

Sur le rapport du Ministre de la Santé Publique et de la Population, du Ministre des Finances et des Affaires Economiques, du Ministre de l'Intérieur, du Ministre du Travail, du Ministre de l'Agriculture, du Ministre des Anciens combattants et Victimes de guerre et du Secrétaire d'Etat au Commerce intérieur,

Vu la Constitution, et notamment son article 37 ;

Vu le livre VII, titre I^{er}, du Code de la santé publique ;

Vu les titres II et III du Code de la famille et de l'aide sociale ;

Vu l'ordonnance n° 45-1483 du 30 juin 1945 relative aux prix ;

Vu le décret n° 53-271 du 28 mars 1953 relatif au budget et à la comptabilité des hôpitaux et hospices publics ;

Vu le décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics, et notamment l'article 44 (6°, a, et 13°) ;

Vu le décret n° 59-957 du 3 août 1959 relatif au classement des hôpitaux et hospices publics ;

Vu le décret du 3 août 1959 fixant la composition et les conditions de fonctionnement du conseil supérieur des hôpitaux ;

Vu l'avis du conseil supérieur des hôpitaux ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

DECRETE :

CHAPITRE I^{er}

Dispositions comptables.

ARTICLE 1^{er}. — La comptabilité des hôpitaux et hospices publics est organisée de façon à permettre le calcul des prix de revient afférents au fonctionnement de chaque section de l'établissement hospitalier et de chaque service quelle qu'en soit la nature.

Les recettes et les dépenses d'exploitation se rapportant aux activités accessoires font l'objet de budgets et de comptes spéciaux annexés au budget et aux comptes de l'établissement.

Les opérations intéressant les comptabilités annexes sont effectuées par l'intermédiaire de comptes ouverts dans la comptabilité principale.

La liste des activités accessoires est fixée par arrêté des Ministres de la Santé publique et de la Population, de l'Intérieur et des Finances et des Affaires économiques.

CHAPITRE II

Des prix de revient prévisionnels.

ARTICLE 2. — Les prix de revient prévisionnels servant à calculer les prix de journée afférents à l'hospitalisation dans les hôpitaux et hospices publics sont évalués sur la base des crédits inscrits pour l'année considérée à la section d'exploitation des services hospitaliers du budget primitif, telle qu'elle est définie par le décret n° 53-271 du 28 mars 1953, relatif au budget et à la comptabilité des hôpitaux et hospices publics.

ARTICLE 3. — Les dépenses d'entretien, de réparations et d'améliorations courantes constituent une charge d'exploitation. Toutefois, lorsqu'elles sont financées par voie d'emprunt, elles sont imputées à un compte de frais d'établissement ouvert à la section d'investissement du budget telle qu'elle est définie par le décret n° 53-271 du 28 mars 1953.

Les crédits de la section d'exploitation des services hospitaliers affectés aux dépenses d'entretien, de réparations et d'améliorations courantes augmentés de l'amortissement annuel des dépenses qui ont pu être imputées au compte de frais d'établissement sont compris dans le calcul des prix de revient dans la limite d'un montant déterminé selon les modalités fixées par arrêté des Ministres de la Santé publique et de la Population, de l'Intérieur, du Travail et des Finances et des Affaires économiques.

Si les dépenses à prévoir à ces divers titres n'atteignent pas la limite autorisée, la différence peut, pour la totalité ou pour une partie de son montant et sur demande de la commission administrative, être également comprise dans le calcul, en vue de son affectation à un fonds de provision pour travaux d'entretien et de réparations.

A la clôture de l'exercice, les crédits ouverts au budget en vue de la réalisation des dépenses de l'espèce et n'ayant pas donné lieu à des engagements peuvent, sur demande de la commission administrative, être affectés à ce fonds de provision. Les conditions de fonctionnement dudit fonds sont déterminées par l'arrêté visé au deuxième alinéa du présent article.

ARTICLE 4. — Les prix de revient prévisionnels comprennent en outre :

- 1° Les versements à faire, à titre de dotation annuelle du fonds de provision pour créances irrécouvrables dans la limite d'un pourcentage fixé par le Préfet après avis du Trésorier-Payeur Général et du Directeur départemental de la Population et de l'Aide sociale, ce pourcentage ne peut dépasser 1 % des recettes de la section d'exploitation. Le solde du fonds de provision pour créances irrécouvrables ne peut, après sa dotation de fin d'exercice, excéder le montant des créances échues depuis plus de deux ans et non recouvrées ;
- 2° Une majoration dont le montant maximum est déterminé suivant un pourcentage fixé par arrêté des Ministres de la Santé publique et de la Population, de l'Intérieur, des Finances et des Affaires économiques, du Travail, de l'Agriculture et des Anciens combattants et Victimes de guerre, et dont le produit est affecté à la création ou à la dotation du fonds de roulement visé à l'article 33 du décret du 11 décembre 1958.

Cette majoration ne peut, cependant, être appliquée qu'en vertu d'une autorisation spéciale du Préfet, donnée après avis du Trésorier-Payeur Général et du Directeur départemental de la Population et de l'Aide sociale ;

- 3° Le montant des annuités des emprunts contractés par les établissements en vue de la constitution d'un fonds de roulement.

ARTICLE 5. — Le prix de revient journalier prévisionnel d'une section ou d'un service est déterminé en divisant le total des charges nettes de la section ou du service, calculé conformément aux articles précédents, par un nombre de journées égal à la moyenne des journées effectivement constatées dans la section ou dans le service pendant les trois dernières années ou, en cas de circonstances particulières, par le nombre de journées à prévoir pour l'exercice considéré.

CHAPITRE III

Des prix de journée.

ARTICLE 6. — Le déficit de la section d'exploitation des services hospitaliers constaté à la clôture du dernier exercice est ajouté aux éléments constitutifs des prix de revient de chacune des sections visées au premier alinéa de l'article 9, et réparti d'après les résultats de la comptabilité analytique d'exploitation. L'excédent en est déduit dans les mêmes conditions, sous les réserves exprimées par l'article 33 du décret du 11 décembre 1958 pour la constitution du fonds de roulement.

ARTICLE 7. — Le prix de journée afférent à l'hospitalisation des malades et pensionnaires du régime commun (malades et pensionnaires admis en salle commune ou en chambre à plusieurs lits ou isolés pour raisons médicales en chambre particulière) correspond au prix de revient prévisionnel majoré ou diminué du déficit ou de l'excédent calculé conformément à l'article précédent.

ARTICLE 8. — Le prix de journée afférent à l'hospitalisation des malades ou des pensionnaires admis sur leur demande en régime particulier (chambres à 1 ou 2 lits) est égal au prix de journée prévu pour les malades et pensionnaires du régime commun majoré de 50 % au plus, de 10 % au moins.

ARTICLE 9. — Des prix de journée distincts sont calculés pour chacune des sections suivantes d'un même établissement hospitalier : hôpital, hospice, convalescents, chroniques, quartiers psychiatriques, section de rééducation pour alcooliques.

A l'intérieur de la section hôpital, des prix de journée distincts sont établis pour la médecine, la chirurgie et la maternité. En outre, la commission administrative a la faculté de proposer un prix de journée distinct pour chacun des services de spécialités visés par le décret n° 59-957 du 3 août 1959 relatif au classement des hôpitaux et hospices publics.

A l'intérieur de la section hospice, des prix de journée distincts peuvent être calculés pour les pensionnaires valides d'une part, et pour les pensionnaires non valides d'autre part, dans la mesure où l'importance du nombre de ces derniers le justifie.

• Dans les services de maternité, les journées d'enfants se confondent avec les journées des mères pendant la durée normale du séjour de celles-ci.

ARTICLE 10. — Les prix de journée sont fixés par le Préfet au vu des propositions de la commission administrative établies selon les règles prévues par les articles précédents.

Les propositions présentées par la commission administrative sont adressées, au plus tard, le 1^{er} novembre, au Directeur départemental de la Population et de l'Aide sociale qui, après vérification et avec son avis, les transmet pour décision au Préfet. Elles doivent être accompagnées de justifications, et notamment des pièces prévues à l'article 13 ci-après.

Si le Préfet juge que certaines prévisions de dépenses peuvent être supprimées, réduites ou augmentées, il le fait connaître à la commission administrative et lui demande de modifier en conséquence le budget en cours d'examen. Dans les huit jours suivant la notification des observations formulées par le Préfet, la commission administrative peut lui adresser un rapport motivé exposant les raisons qui justifient

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

raient, selon elle, l'adoption, au moins partielle, de ses propres prévisions et leur prise en compte dans les éléments à retenir pour calculer les prix de journée prévisionnels.

Si, en définitive, le Préfet n'accepte pas les propositions de la commission administrative, il fixe les prix de journée sur la base des dépenses préalablement révisées par ses soins, en vertu de l'article 34 du décret du 11 décembre 1958.

Pour l'année considérée, la décision du Préfet sur le prix de journée doit intervenir avant l'approbation du budget correspondant. Elle doit également être prise avant le 1^{er} janvier et avoir reçu, avant cette date à laquelle elle prend effet, la publicité prévue à l'article 11 du présent décret.

ARTICLE 11. — L'arrêté préfectoral qui fixe les prix de journée est aussitôt notifié à la commission administrative et transmis au Ministre de la Santé publique et de la Population, accompagné du rapport du Directeur départemental de la Population et de l'Aide sociale.

Il est inséré au Recueil des actes administratifs de la préfecture et affiché à la porte de la préfecture et des mairies des communes intéressées.

Le texte de l'arrêté et du rapport précités, accompagné du décompte des prix de revient, est joint aux comptes de l'établissement lors de leur transmission à la Cour des comptes.

ARTICLE 12. — Les revisions des prix de journée en cours d'année, prévues à l'article 37 du décret du 11 décembre 1958, interviennent selon les modalités prévues aux articles 2 à 11 ci-dessus.

CHAPITRE IV

Des prix de revient réels.

ARTICLE 13. — Avant le 1^{er} juin, la commission administrative transmet au Directeur départemental de la Population et de l'Aide sociale le décompte des prix de revient réels tel qu'il résulte des dépenses constatées au cours de l'année antérieure.

Ce décompte fait ressortir les prix de revient de chacun des sections et services mentionnés à l'article 9.

Il doit être accompagné du compte administratif de l'année considérée et des pièces annexes.

Après vérifications, le Directeur départemental de la Population et de l'Aide sociale transmet ces documents au Préfet accompagnés d'un rapport.

CHAPITRE V

Contrôle des prix de revient des hôpitaux et hospices publics.

ARTICLE 14. — Dans le cadre des prérogatives conférées au Ministre chargé des Affaires économiques en matière de prix, les dispositions des articles 15 à 19 du présent décret se substituent, en ce qui concerne les prix de journée des hôpitaux et hospices publics, à celles de l'ordonnance n° 45-1483 du 30 juin 1945 relative aux prix.

ARTICLE 15. — Lorsque des anomalies sont constatées soit dans les prix de revient réels, soit dans les prix de revient prévisionnels des hôpitaux et hospices publics, il est, sans préjudice des pouvoirs déjà reconnus aux diverses autorités compétentes, procédé à un contrôle des conditions de fonctionnement et de gestion des établissements intéressés.

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

ARTICLE 16. — Les résultats de la comptabilité des prix de revient sont communiqués à la commission médicale consultative, qui procède à un examen méthodique et approfondi des frais médicaux et pharmaceutiques par service et par journée d'hospitalisation. Cette commission communique à la commission administrative les résultats de cet examen accompagnés de ses observations détaillées.

Lorsque le décompte de ces frais est supérieur à un montant maximum déterminé, chaque année, par le Ministre de la Santé publique et de la Population pour les différentes catégories d'établissements, le dossier des prix de revient réels de l'hôpital intéressé est transmis au Ministre de la Santé publique et de la Population.

ARTICLE 17. — Lorsque les prix de revient prévisionnels d'une ou de plusieurs sections ou services d'un établissement hospitalier présentent par rapport aux prix de revient prévisionnels correspondants de l'exercice antérieur un coefficient d'augmentation supérieur à un pourcentage fixé chaque année par le Ministre chargé des Affaires économiques en matière de prix, les dispositions des articles 15 à 19 du Population, compte tenu des conditions économiques et techniques générales, ou lorsque les prix de revient prévisionnels excèdent les montants déterminés par le Ministre des Finances et des Affaires économiques et par le Ministre de la Santé publique et de la Population, le Préfet soumet le fonctionnement et la gestion de l'établissement à l'examen d'une mission d'enquête composée du Trésorier-Payeur Général, du Directeur départemental de la Population et de l'Aide sociale, du Directeur départemental de la Santé, du Directeur régional de la Sécurité sociale, du Directeur départemental des Enquêtes économiques et, s'il y a lieu, de l'Inspecteur divisionnaire des lois sociales en agriculture ou de leurs représentants.

Toutefois, lorsque le contrôle à exercer concerne soit un hospice, soit un hôpital de moins de deux cents lits, la composition de la mission d'enquête est fixée par décision du Préfet, après consultation du Trésorier-Payeur Général; la mission d'enquête comprend parmi ses membres le Directeur départemental de la population et de l'aide sociale; elle peut, le cas échéant, être confiée à ce seul fonctionnaire.

ARTICLE 18. — Le Préfet communique les conclusions de la mission d'enquête au Ministre de la Santé publique et de la Population et à la commission administrative.

Si celle-ci ne présente pas dans le délai qui lui est imparti des propositions permettant de rectifier les erreurs et les anomalies constatées et de pourvoir aux mesures de redressement préconisées, le Préfet revise, s'il y a lieu, les prévisions de dépenses en application de l'article 34 du décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 et modifie les prix de journée précédemment fixés.

ARTICLE 19. — Au vu des dossiers qui lui sont transmis en vertu de l'article 16 après l'examen, en liaison avec les Ministres intéressés, des résultats des enquêtes menées en application des articles 17 et 18 du présent décret, le Ministre de la Santé publique et de la Population décide les mesures ou indique au Préfet les mesures à prendre dans le cadre des pouvoirs de tutelle qui leur sont respectivement dévolus et arrête les dispositions générales propres à améliorer le fonctionnement des hôpitaux et hospices.

CHAPITRE VI

Règlement des frais d'hospitalisation.

ARTICLE 20. — Au prix de journée s'ajoutent les honoraires médicaux, chirurgicaux et de spécialités (électro-radiologie, laboratoires, etc.).

En dehors de ces honoraires et des prix de journée, aucun versement ne peut être exigé.

ARTICLE 21. — Les prix de journée et les tarifs des honoraires sont portés à la connaissance des malades dès leur entrée dans l'établissement.

ARTICLE 22. — Dans le cas où les frais de séjour des malades ne sont pas susceptibles d'être pris en charge, soit par les services de l'aide médicale, soit par un organisme quelconque de sécurité sociale, soit par le Ministère des Anciens combattants et Victimes de la guerre ou par tout autre organisme public, les intéressés, ou à défaut leur famille ou un tiers responsable, souscrivent un engagement d'acquitter les frais de toute nature afférents au régime choisi. Ils sont tenus, sauf dans les cas d'urgence, de verser au moment de leur entrée dans l'établissement une provision renouvelable égale à dix jours d'hospitalisation; en cas de sortie avant l'expiration des dix jours, la portion de la provision dépassant le nombre de jours de présence est restituée. Les honoraires médicaux, chirurgicaux et de spécialités sont réglés au moment de la sortie du malade.

Le prix de journée et les honoraires médicaux, chirurgicaux et de spécialités dus par les malades sont payés à la caisse de l'établissement. Toutefois, les malades admis dans les cliniques ouvertes ou dans les lits réservés à la clientèle personnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes consacrant toute leur activité professionnelle à l'hôpital, versent directement aux praticiens les honoraires médicaux, chirurgicaux et de spécialités.

ARTICLE 23. — Dans la section d'hospice, le prix de pension des pensionnaires payants est payable mensuellement ou trimestriellement et d'avance. Lorsqu'un pensionnaire quitte définitivement l'établissement ou en cas de décès, la portion de la provision dépassant le nombre de jours de présence est restituée à l'intéressé ou aux ayants droit.

ARTICLE 24. — Sont abrogées toutes dispositions contraires à celles du présent décret, et notamment les articles 27, 31, 32, 35 et le titre 5 du décret du 17 avril 1943 modifié.

ARTICLE 25. — Le Ministre de la Santé publique et de la Population, le Ministre des Finances et des Affaires économiques, le Ministre de l'Intérieur, le Ministre du Travail, le Ministre de l'Agriculture, le Ministre des Anciens combattants et Victimes de guerre et le Secrétaire d'Etat au Commerce intérieur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 29 décembre 1959.

MICHEL DEBRÉ.

Par le Premier Ministre :

Le Ministre de la Santé publique et de la Population,

BERNARD CHENOT.

Le Ministre de l'Intérieur,

PIERRE CHATENET.

Le Ministre des Finances et des Affaires économiques,

ANTOINE PINAY.

Le Ministre de l'Agriculture,

HENRI ROCHEREAU.

Le Ministre du Travail,

PAUL BACON.

Le Ministre des Anciens combattants et Victimes de guerre,

RAYMOND TRIBOULET.

Le Secrétaire d'Etat au Commerce intérieur,

JOSEPH FONTANET.

ARRETE DU 29 DECEMBRE 1959
RELATIF AUX DEPENSES D'ENTRETIEN, DE REPARATIONS
ET D'AMELIORATIONS COURANTES DES HOPITAUX ET HOSPICES PUBLICS

(*Journal officiel* du 30 décembre 1959.)

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION,
LE MINISTRE DE L'INTERIEUR, LE MINISTRE DES FINANCES
ET DES AFFAIRES ECONOMIQUES ET LE MINISTRE DU TRAVAIL,

Vu le titre I^{er} du livre VII du Code de la santé publique ;
Vu le décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics ;
Vu le décret n° 59-1510 du 29 décembre 1959 relatif aux dispositions financières et comptables à adopter à l'égard des hôpitaux et hospices publics, et notamment son article 3 ;
Vu le décret du 28 mars 1953 relatif au budget et à la comptabilité des hôpitaux et hospices publics,

ARRESENT :

ARTICLE 1^{er}. — La limite dans laquelle les crédits affectés aux dépenses d'entretien, de réparations et d'améliorations courantes des différents services hospitaliers, augmentés de l'amortissement des dépenses annuelles imputées au compte de frais d'établissement, peuvent être compris dans le calcul des prix de revient de ces services conformément aux dispositions de l'article 3 du décret n° 59-1510 du 29 décembre 1959 est fixée à :

8 % des dépenses inscrites à la section d'exploitation du budget, autres que celles concernant l'entretien, les réparations et améliorations courantes lorsque les bâtiments ont été édifiés depuis moins de quarante ans ;

12 % de ces mêmes dépenses lorsque les bâtiments ont été édifiés depuis plus de quarante ans.

ARTICLE 2. — Les crédits que, dans la limite du maximum incorporable dans les prix de revient, la commission administrative décide d'affecter à la constitution du « Fonds de provision pour travaux » dans les conditions prévues à l'alinéa 3 de l'article 3 visé ci-dessus sont inscrits à un article « Dotation au fonds de provisions » ouvert à la section d'exploitation du budget.

ARTICLE 3. — Toute ouverture de crédits supplémentaires pour dépenses d'entretien, de réparations et d'améliorations courantes, non gagée par une ressource supplémentaire ou nouvelle, doit être compensée par une réduction, à due concurrence, des crédits ouverts à l'article « Dotation au fonds de provisions ».

Les crédits supplémentaires ainsi ouverts et non compensés par la réduction prévue à l'alinéa précédent ne pourront être pris en compte pour une révision du prix de journée que dans la mesure où, ajoutés aux crédits précédemment ouverts pour le même objet, ils ne conduisent pas à un dépassement du maximum incorporable.

Pour le surplus, il pourra être procédé à un prélèvement sur le Fonds de provisions pour travaux dans les conditions prévues à l'article 5 ci-après.

INSTRUCTION
N° 60-65-M 2
du
6 avril 1960.

— 14 —

ARTICLE 4. — A la clôture de l'exercice, sur le vu de mandats délivrés par l'ordonnateur, sont portés en recettes au compte Provisions pour travaux ouverts, parmi les comptes de capitaux permanents :

1° Pour leur intégralité, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 3 ci-dessus, les crédits inscrits à l'article Dotation au fonds de provisions ;

2° Les crédits disponibles, que la commission administrative décide d'affecter au compte de provisions en application des dispositions de l'alinéa 2 de l'article 3 ci-dessus (1).

ARTICLE 5. — Lorsque les crédits ouverts pour entretien, réparations et améliorations courantes excèdent le maximum incorporable, la différence doit, à concurrence du solde du compte Provisions pour travaux, être couverte à l'aide des provisions constituées au cours des exercices antérieurs.

ARTICLE 6. — Les emplois de provisions donnent lieu à une dépense imputée au compte Provisions pour travaux au vu d'un mandat délivré par l'ordonnateur, et à une recette inscrite au budget à l'article Travaux couverts par des provisions.

ARTICLE 7. — Le montant du Fonds de provisions, constitué conformément aux dispositions de l'alinéa 2 de l'article 3 visé ci-dessus, ne peut être supérieur au cinquième des dépenses de la section d'exploitation du dernier exercice connu.

ARTICLE 8. — L'arrêté du 6 novembre 1952 est abrogé.

ARTICLE 9. — Le Directeur général de la Santé publique, le Directeur de l'Administration départementale et communale, le Directeur de la Comptabilité publique, le Directeur du Budget et le Directeur général de la Sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 29 décembre 1959.

Le Ministre de la Santé publique et de la Population,
BERNARD CHENOT.

Le Ministre de l'Intérieur,
Pour le Ministre et par délégation :
Le Directeur du Cabinet,
GEORGES GALICHON.

Le Ministre des Finances et des Affaires économiques,
Pour le Ministre et par délégation :
Le Directeur du Cabinet,
ANTOINE PARTRAT.

Le Ministre du Travail,
PAUL BACON.

(1) Il faut lire, en réalité, « alinéa 3 de l'article 3 du décret du 29 décembre 1959 ».

**ARRETE DU 29 DECEMBRE 1959 RELATIF AU FONDS DE ROULEMENT
DES HOPITAUX ET HOSPICES PUBLICS**

(Journal officiel du 30 décembre 1959.)

**LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION,
LE MINISTRE DE L'INTERIEUR ET LE MINISTRE DES FINANCES
ET DES AFFAIRES ECONOMIQUES,**

Vu le titre I^{er} du livre VII du Code de la santé publique :

Vu le décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics,
et notamment son article 33 :

Vu le décret du 28 mars 1953 relatif au budget et à la comptabilité des hôpitaux et
hospices publics,

ARRESENT :

ARTICLE 1^{er}. — Le fonds de roulement que les hôpitaux et hospices publics sont
autorisés à constituer, en application de l'article 33 du décret n° 58-1202, du
11 décembre 1958, ne peut être supérieur au quart de la moyenne des dépenses
constatées, au cours des trois dernières années, à la section d'exploitation du budget
telle qu'elle est définie par le décret du 28 mars 1953.

ARTICLE 2. — L'arrêté du 28 juin 1951 est abrogé.

ARTICLE 3. — Le Directeur général de la Santé publique, le Directeur de la
Comptabilité publique, le Directeur du Budget et le Directeur de l'Administration
départementale et communale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution
du présent arrêté.

Fait à Paris, le 29 décembre 1959.

Le Ministre de la Santé publique et de la Population,
BERNARD CHENOT.

Le Ministre de l'Intérieur,

Pour le Ministre et par délégation :

Le Directeur du Cabinet,
GEORGES GALICHON.

Le Ministre des Finances et des Affaires économiques,

Pour le Ministre et par délégation :

Le Directeur du Cabinet,
ANTOINE PARTRAT.

**ARRETE DU 29 DECEMBRE 1959 RELATIF AU FONDS DE ROULEMENT
DES HOPITAUX ET HOSPICES PUBLICS**

(Journal officiel du 30 décembre 1959.)

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION,
LE MINISTRE DE L'INTERIEUR, LE MINISTRE DES FINANCES
ET DES AFFAIRES ECONOMIQUES, LE MINISTRE DU TRAVAIL,
LE MINISTRE DE L'AGRICULTURE
ET LE MINISTRE DES ANCIENS COMBATTANTS ET VICTIMES DE GUERRE,

Vu le titre I^{er} du livre VII du Code de la santé publique ;
Vu le décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics ;
Vu le décret n° 59-1510 du 29 décembre 1959 relatif aux dispositions financières et comptables à adopter à l'égard des hôpitaux et hospices publics, et notamment son article 4,

ARRETENT :

ARTICLE 1^{er}. — Le montant de la majoration visée à l'article 4 du décret n° 59-1510 du 29 décembre 1959 et dont le produit est affecté à la création ou à la dotation du fonds de roulement, qui peut être constitué dans les hôpitaux et hospices publics en application de l'article 33 du décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958, ne peut être supérieur à 2 % du prix de revient calculé conformément aux dispositions des articles 2, 3 et 5 du décret n° 59-1510 du 29 décembre 1959.

ARTICLE 2. — L'arrêté du 7 janvier 1952 est abrogé.

ARTICLE 3. — Le Directeur général de la Santé publique, le Directeur de l'Administration départementale et communale, le Directeur de la Comptabilité publique, le Directeur du Budget, le Directeur de la Sécurité sociale, le Directeur de la Mutualité sociale agricole et le Directeur des Statuts et des soins médicaux sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 29 décembre 1959.

Le Ministre de la Santé publique et de la Population,
BERNARD CHENOT.

Le Ministre de l'Intérieur,

Pour le Ministre et par délégation :

Le Directeur du Cabinet,
GEORGES GALICHON.

Le Ministre des Finances et des Affaires économiques,

Pour le Ministre et par délégation :

Le Directeur du Cabinet,
ANTOINE PARTRAT.

Le Ministre de l'Agriculture,

Pour le Ministre et par délégation :

Le Directeur du Cabinet,
JEAN RAVANEL.

Le Ministre du Travail,
PAUL BACON.

Le Ministre des Anciens combattants et Victimes de guerre,

Pour le Ministre et par délégation :

Le Directeur du Cabinet,
JACQUES MORETTE.

MODALITES D'APPLICATION DE L'ARTICLE 2 DU DECRET N° 59-938
DU 31 JUILLET 1959 EN CE QUI CONCERNE
LE REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE DES TRAVAILLEURS SALARIES
DES PROFESSIONS NON AGRICOLES ET LES REGIMES VISES
A L'ARTICLE L. 3 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

LE MINISTRE DU TRAVAIL,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment ses articles L. 3, L. 261 et L. 264 :
Vu le décret n° 59-938 du 31 juillet 1959 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,

ARRETE :

ARTICLE 1^{er}. — Les caisses primaires de sécurité sociale et les organismes visés à l'article 62 du décret n° 46-1378 du 8 juin 1946 pourront verser à un compte spécial ouvert par le receveur de chaque hôpital psychiatrique public et de chaque établissement public de lutte antituberculeuse 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.

ARTICLE 2. — Des conventions conclues entre les organismes de sécurité sociale intéressés et les établissements visés à l'article 1^{er} 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 l'organisme intéressé 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 l'organisme intéressé ;
- 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.

ARTICLE 3. — L'indemnité prévue à l'article 1^{er} 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 1^{er} et l'organisme intéressé.

Les dispositions d'une convention conclue entre un établissement et un organisme de sécurité sociale sont applicables à tous les assurés hospitalisés dans l'établissement et appartenant au même régime de sécurité sociale que l'organisme signataire.

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

ARTICLE 4. — Les dispositions de l'arrêté du 21 mai 1957 cessent d'être applicables à dater de la publication du présent arrêté.

ARTICLE 5. — Le Conseiller d'Etat, Directeur général de la Sécurité sociale, est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 19 octobre 1959.

Pour le Ministre et par délégation :

Le Directeur du Cabinet,

FRANÇOIS WATINE.

**DECRET N° 60-243 DU 19 MARS 1960 FIXANT, EN FONCTION DES VARIATIONS
DE PRIX INTERVENUES JUSQU'AU 30 JUIN 1959, LES COEFFICIENTS
DE REEVALUATION APPLICABLES POUR LA REVISION DES BILANS
PREVUE AUX ARTICLES 39 ET 40 DE LA LOI N° 59-1472 du 28 DECEMBRE 1959**

LE PREMIER MINISTRE,

Sur le rapport du Ministre des Finances et des Affaires économiques et du Secrétaire
d'Etat aux Finances,

Vu le code général des impôts, et notamment l'article 46 ;

Vu les articles 39 et 40 de la loi n° 59-1472 du 28 décembre 1959 portant réforme
du contentieux fiscal et divers aménagements fiscaux,

DECRETE :

ARTICLE 1^{er}. — Les coefficients visés aux articles 15, 16 et 20 de l'annexe III au
code général des impôts sont, pour la revision des bilans prévue aux articles 39 et 40
de la loi n° 59-1472 du 28 décembre 1959, respectivement fixés aux chiffres ci-après :

a) *En ce qui concerne les immobilisations et les amortissements
afférents aux immobilisations.*

Années 1914 et antérieures.....	243	Année 1937.....	43
Année 1915.....	170,1	Année 1938.....	38
Année 1916.....	129,6	Année 1939.....	36,5
Année 1917.....	89,1	Année 1940.....	29,3
Année 1918.....	72,9	Année 1941.....	26,8
Année 1919.....	70,4	Année 1942.....	24,3
Année 1920.....	48,6	Année 1943.....	17,8
Année 1921.....	72,9	Année 1944.....	16,3
Année 1922.....	78,5	Année 1945.....	8,1
Année 1923.....	60,8	Année 1946.....	5,1
Année 1924.....	51,8	Année 1947.....	4
Année 1925.....	46,1	Année 1948.....	2,3
Année 1926.....	35,5	Année 1949.....	1,9
Année 1927.....	38,9	Année 1950.....	1,6
Année 1928.....	38,9	Année 1951.....	1,25
Année 1929.....	39,6	Année 1952.....	1,15
Année 1930.....	44,6	Année 1953.....	1,20
Année 1931.....	48,6	Année 1954.....	1,25
Année 1932.....	56,8	Année 1955.....	1,25
Année 1933.....	62,4	Année 1956.....	1,20
Année 1934.....	64,8	Année 1957.....	1,15
Année 1935.....	72,9	Année 1958.....	1,05
Année 1936.....	60,8	Année 1959.....	1

INSTRUCTION
N° 60-55 - M 2
du
6 avril 1960.

b) En ce qui concerne le portefeuille.

Années 1914 et antérieures.....	388,8	Année 1937.....	68,8
Année 1915.....	272,2	Année 1938.....	60,8
Année 1916.....	207,4	Année 1939.....	58,4
Année 1917.....	142,6	Année 1940.....	46,8
Année 1918.....	116,6	Année 1941.....	42,8
Année 1919.....	112,6	Année 1942.....	38,8
Année 1920.....	77,8	Année 1943.....	28,4
Année 1921.....	116,6	Année 1944.....	26
Année 1922.....	125,6	Année 1945.....	13
Année 1923.....	97,2	Année 1946.....	8,2
Année 1924.....	82,8	Année 1947.....	6,4
Année 1925.....	73,8	Année 1948.....	3,6
Année 1926.....	57,8	Année 1949.....	3
Année 1927.....	62,2	Année 1950.....	2,6
Année 1928.....	62,2	Année 1951.....	2
Année 1929.....	63,4	Année 1952.....	1,65
Année 1930.....	71,4	Année 1953.....	1,60
Année 1931.....	77,8	Année 1954.....	1,40
Année 1932.....	90,8	Année 1955.....	1,20
Année 1933.....	99,8	Année 1956.....	1,15
Année 1934.....	103,6	Année 1957.....	1,10
Année 1935.....	116,6	Année 1958.....	1,15
Année 1936.....	97,2	Année 1959.....	1

ARTICLE 2. — Les coefficients de réévaluation fixés à l'article 1^{er} du présent décret sont applicables dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique pour la revision des bilans prévue aux articles 39 et 40 de la loi n° 59-1472 du 28 décembre 1959.

ARTICLE 3. — Les coefficients de réévaluation applicables dans le département de la Réunion pour la revision des bilans prévue aux articles 39 et 40 de la loi n° 59-1472 du 28 décembre 1959 sont fixés aux chiffres ci-après :

*a) En ce qui concerne les immobilisations et les amortissements
afférents aux immobilisations.*

Années 1914 et antérieures.....	121,5	Année 1937.....	21,5
Année 1915.....	85	Année 1938.....	19
Année 1916.....	64,9	Année 1939.....	18,3
Année 1917.....	44,6	Année 1940.....	14,6
Année 1918.....	36,5	Année 1941.....	13,4
Année 1919.....	35,3	Année 1942.....	12,1
Année 1920.....	24,3	Année 1943.....	8,9
Année 1921.....	36,5	Année 1944.....	8,1
Année 1922.....	39,3	Année 1945.....	6,9
Année 1923.....	30,4	Année 1946.....	4,4
Année 1924.....	25,9	Année 1947.....	3,5
Année 1925.....	23,1	Année 1948.....	2,3
Année 1926.....	17,8	Année 1949.....	1,9
Année 1927.....	19,5	Année 1950.....	1,6
Année 1928.....	19,5	Année 1951.....	1,25
Année 1929.....	19,9	Année 1952.....	1,15
Année 1930.....	22,3	Année 1953.....	1,20
Année 1931.....	24,3	Année 1954.....	1,25
Année 1932.....	28,4	Année 1955.....	1,25
Année 1933.....	31,1	Année 1956.....	1,20
Année 1934.....	32,4	Année 1957.....	1,15
Année 1935.....	36,5	Année 1958.....	1,05
Année 1936.....	30,4	Année 1959.....	1

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

b) *En ce qui concerne le portefeuille.*

Années 1914 et antérieures.....	194,4	Année 1937.....	34,4
Année 1915.....	136	Année 1938.....	30,4
Année 1916.....	103,8	Année 1939.....	29,2
Année 1917.....	71,4	Année 1940.....	23,4
Année 1918.....	58,4	Année 1941.....	21,4
Année 1919.....	56,4	Année 1942.....	19,4
Année 1920.....	38,8	Année 1943.....	14,2
Année 1921.....	58,4	Année 1944.....	13
Année 1922.....	62,8	Année 1945.....	11
Année 1923.....	48,6	Année 1946.....	7
Année 1924.....	41,4	Année 1947.....	5,6
Année 1925.....	37	Année 1948.....	3,6
Année 1926.....	28,4	Année 1949.....	3
Année 1927.....	31,2	Année 1950.....	2,6
Année 1928.....	31,2	Année 1951.....	2
Année 1929.....	31,8	Année 1952.....	1,65
Année 1930.....	35,6	Année 1953.....	1,60
Année 1931.....	38,8	Année 1954.....	1,40
Année 1932.....	45,4	Année 1955.....	1,20
Année 1933.....	49,8	Année 1956.....	1,15
Année 1934.....	51,8	Année 1957.....	1,10
Année 1935.....	58,4	Année 1958.....	1,15
Année 1936.....	48,6	Année 1959.....	1

ARTICLE 4. — Le Ministre des Finances et des Affaires économiques et le Secrétaire d'Etat aux Finances sont chargés de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 19 mars 1960.

MICHEL DEBRÉ.

Par le Premier Ministre :

Le Ministre des Finances et des Affaires économiques,

WILFRID BAUMGARTNER.

Le Secrétaire d'Etat aux Finances,

VALÉRY GISCARD D'ESTAING.

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

— 22 —

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

ANNEXE N° 7

DIRECTION GÉNÉRALE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE

12° bureau.

**INSTRUCTION SUR LA NORMALISATION, LA MISE EN PLACE ET L'UTILISATION
DES IMPRIMÉS DES BUREAUX
DES ENTRÉES DANS LES HÔPITAUX PUBLICS**

(Non parue au *Journal officiel*.)

Circulaire complétée par la présente circulaire :

Circulaire n° 114 du 9 juin 1951.

Paris, le 24 septembre 1959.

**LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION**

à MM. les préfets ; à MM. les directeurs départementaux de
la santé ; à MM. les directeurs départementaux de la
population et de l'aide sociale (pour attribution chacun en
ce qui le concerne).

La circulaire n° 114 du 9 juin 1951 a réformé, en les uniformisant, les procédures de liquidation, de mise en recouvrement et de perception des sommes dues aux hôpitaux. Par là même, elle a normalisé les titres de recette et les avis des sommes à payer, les bordereaux et les relevés. Une note de cette instruction laissait entrevoir qu'une normalisation semblable n'était pas à exclure pour les autres documents administratifs ; et, de fait, nombreux furent les hôpitaux qui s'efforcèrent par la suite d'aligner sur la liasse de recette normalisée leur liasse d'admission comportant les avis de prise en charge par la sécurité sociale ou par l'aide médicale et, d'une façon générale, les diverses pièces qui jalonnent la vie administrative du malade.

D'un autre côté, il est apparu qu'il ne pouvait y avoir que des inconvénients à ce que des établissements hospitaliers ayant tous une activité analogue utilisent à des fins analogues des imprimés de texture différente.

La normalisation de ces documents répond donc à une nécessité ressentie par l'ensemble des administrations hospitalières.

Enfin, la normalisation des imprimés doit aboutir à une uniformisation des statistiques hospitalières : statistiques internes qui sont indispensables à l'hôpital pour établir son budget, pour dresser ses plans d'équipement, pour assurer le contrôle de sa trésorerie ; statistiques de la fréquentation hospitalière dont l'exploitation sur le plan national peut orienter la politique sanitaire du pays ; statistiques

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

de morbidité, statistiques médicales, statistiques médico-sociales qui sont un élément fondamental de la recherche. Pour uniformiser les questionnaires statistiques, pour réduire leur nombre aussi bien que pour accroître leur intelligibilité et, partant, les possibilités de leur exploitation dans l'intérêt commun, il faut, en premier lieu, normaliser les documents de base, c'est-à-dire les imprimés d'usage courant d'où seront extraites, au niveau local comme au niveau national, les évaluations chiffrées. Il existe donc un rapport étroit entre la normalisation des imprimés et celle des statistiques, l'une conditionnant l'autre.

Un premier pas dans cette voie vient d'être accompli et j'ai l'honneur de vous adresser ci-joint une première instruction tendant à la normalisation des imprimés fondamentaux des bureaux des entrées, des demandes d'examens de laboratoire et d'électroradiologie.

Je tiens à souligner que les documents qui vous sont adressés ont été mis au point par une commission spécialement composée à cet effet et à laquelle les cadres hospitaliers ont largement participé. Ils ont déjà été expérimentés dans un certain nombre d'hôpitaux.

Les modèles-types des imprimés normalisés sont adressés, à l'appui de la présente instruction, à MM. les Préfets et à MM. les Directeurs départementaux de la Santé, ainsi qu'à MM. les Directeurs départementaux de la Population et de l'Aide sociale. Ceux-ci sont chargés de les transmettre aux administrations hospitalières intéressées de leur circonscription.

M. le Ministre du Travail informe, de son côté, MM. les Directeurs régionaux de la Sécurité sociale des dispositions qui les concernent particulièrement et qui ont été arrêtées avec son accord.

Je me plais à penser que MM. les membres des commissions administratives, les directeurs et tous agents des établissements hospitaliers auront à cœur de contribuer à cet effort de normalisation qui, en définitive, ne peut être que profitable à tous et en particulier aux malades dont ils ont la charge.

Vous voudrez bien me faire part des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de cette réforme.

Pour le Ministre et par délégation :

Le Maître des Requêtes au Conseil d'Etat, Directeur du Cabinet,
MAX QUERRIEN.

INSTRUCTION N° 1
SUR LA NORMALISATION DES IMPRIMES DANS LES HOPITAUX PUBLICS

SOMMAIRE

Champ et délai d'application.

Le dossier d'admission et la fiche individuelle :

Observations communes aux deux documents.

La fiche individuelle (document S. P./1).

Le dossier d'admission (document S. P./2).

La liasse de recettes (document S. P./3).

L'avis d'admission-prise en charge par la sécurité sociale (documents S. P./4 et S. P./5).

La liasse d'admission à l'aide médicale hospitalière (document S. P./6).

La liasse de placement à l'hospice (document S. P./7).

Le certificat médical pour le placement d'un incurable à l'hospice (document S. P./8).

Le bulletin de situation (document S. P./9).

La demande de prolongation de séjour (document S. P./10).

Les demandes d'examens de laboratoire.

a) En laboratoire central (documents S. P./11 à 14).

b) En laboratoire de service (documents S. P./17 à 20).

La fiche pour le service d'électroradiologie et physiothérapie.

a) Au service central (documents S. P./15 et 16).

b) En service (documents S. P./21 et 22).

Le code d'hospitalisation.

Le code des honoraires médicaux.

Le registre-matricule et le mouvement de la population (documents S. P./23 à 25).

Champ et délai d'application.

La normalisation actuelle porte sur les imprimés fondamentaux des bureaux des entrées, à savoir :

- Le dossier administratif d'admission ;
- La fiche individuelle (ancien billet de salle) ;
- La liasse de recettes ;
- L'avis d'admission-prise en charge par la sécurité sociale ;
- La liasse d'admission à l'aide médicale hospitalière ;
- La liasse de placement à l'hospice ;
- Le certificat médical pour le placement d'un incurable ;
- Le bulletin de situation du malade ;
- La demande de prolongation de séjour ;
- Le registre-matricule des hospitalisés ;
- Le bordereau-journal des titres de recette (extension de son emploi) ;
- Les fiches journalières, les fiches récapitulatives et les états statistiques du mouvement de la population.

Un code d'hospitalisation et un code des honoraires médicaux seront utilisés aussi bien sur les documents internes des hôpitaux que dans leurs relations avec les organismes tiers.

Enfin la normalisation comprend également un document des services techniques qui a une incidence directe sur la facturation des frais d'hospitalisation et qu'il était donc logique de traiter en même temps que les autres imprimés d'admission : les demandes d'examens de laboratoire.

Les dispositions prises s'appliquent aux centres hospitaliers régionaux, aux centres hospitaliers, aux hôpitaux et aux hôpitaux ruraux (1). En ce qui concerne les hospices et maisons de retraite, des directives seront données ultérieurement. Toutefois, les établissements visés par la présente circulaire et qui possèdent un service d'hospice utiliseront d'ores et déjà, pour leurs pensionnaires, des imprimés d'un modèle identique à ceux dont ils se serviront pour les malades.

En principe, la mise en vigueur des nouveaux imprimés aura lieu au 1^{er} janvier 1960 pour tous les établissements qui auront à renouveler leurs stocks d'imprimés pour 1960. Afin de ne pas créer une dépense supplémentaire, je ne ferai aucune objection à ce que les hôpitaux qui ont un stock important d'imprimés anciens n'adoptent les nouveaux modèles qu'en cours d'année, voire au 1^{er} janvier 1961.

Le dossier d'admission et la fiche individuelle.

**I. — MOTIFS QUI JUSTIFIENT LA RÉUNION DES DEUX DOCUMENTS
DANS LA PHASE INITIALE D'UTILISATION**

Il ne peut y avoir d'admission dans un établissement hospitalier sans ouverture corrélative, immédiate, d'un dossier. Le dossier constitue le premier acte de la phase administrative. Ne porterait-il que le nom du malade, ne porterait-il même que son numéro d'entrée, le dossier doit être ouvert, placé dans son bac de classement, quitte à être complété ultérieurement.

Il ne peut y avoir d'admission dans un service de soins sans constitution d'une fiche individuelle. Ce document est la concrétisation indispensable de l'entrée d'un malade dans un service déterminé.

(1) En attendant la publication de la liste des établissements qui seront classés dans la catégorie des hôpitaux ruraux en vertu du décret n° 59-957 du 3 août 1959, la présente instruction s'applique à tous les établissements hospitaliers régis par l'ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958, à l'exclusion des maisons de retraite et des hospices ne bénéficiant pas d'une dérogation pour le fonctionnement d'un service de médecine, de chirurgie ou de maternité.

En d'autres termes :

- la surveillante, l'infirmière doit détenir autant de fiches individuelles qu'il y a de malades dans son service ; elle n'est pas autorisée à conserver les fiches individuelles des malades qui ont quitté son service ;
- la fiche individuelle doit suivre le malade dans chacun des services où il sera admis au cours de son séjour dans l'établissement.

II. — MOTIFS QUI JUSTIFIENT LA DISPOSITION INTERNE DE CHAQUE DOCUMENT

Dossier d'admission et fiche individuelle comportent une série de renseignements communs.

Le recto du dossier et le recto de la fiche ont été conçus pour être remplis partiellement par duplication.

Un filet de perforation permet de séparer le dossier de la fiche dès que les possibilités de duplication sont épuisées.

Le montage du dossier cadre exactement avec le montage de la fiche pour toutes les parties communes aux deux documents.

Le format du dossier est un format classique pour les dossiers à suspension coulissante destinés à recevoir sans pliage les documents du format 21×27 qui est le format de la fiche individuelle.

Le dossier a 24 centimètres de hauteur et une largeur de 32 centimètres.

Les deux documents doivent être confectionnés sur un papier dossier « peau d'âne » Afnor V-1 de 135 grammes au mètre carré. Cette qualité de papier offre une solidité et une rigidité suffisantes pour la manipulation et le classement ; elle assure, en outre, une duplication convenable des deux documents.

La fiche individuelle.

(Modèle S. P./1.)

La fiche individuelle est remplie au recto lors de l'admission du malade.

Les cases de diagnostic et les renseignements situés dans la partie droite de la grille de signalisation, qui sont relatifs à la sortie du malade, ainsi que la déclaration éventuelle de sortie contre avis du médecin, seront remplis lors de l'exit.

DESCRIPTION

Recto :

Dans la partie haute, la première ligne doit recevoir le numéro d'entrée qui est le numéro chronologique d'inscription au registre matricule, les nom et prénom de l'hospitalisé et, le cas échéant, le nom de jeune fille de la malade. La deuxième ligne est réservée à l'adresse de l'hospitalisé. On évitera d'écrire, même partiellement, dans le cadre contenant le titre « Fiche individuelle ». Cet emplacement correspond, en effet, au cadre de graduation des prises en charge existant sur le dossier.

La deuxième partie de la fiche, à disposition verticale, concerne deux sortes de renseignements :

- a) *La position du malade à l'entrée.* On notera, dans les cases appropriées, la date d'entrée, l'heure d'entrée, puis dans les quatre cases suivantes la référence du service de soins qui accueille le malade à son arrivée dans l'établissement. Cette référence sera prise dans le code d'hospitalisation annexé à la présente circulaire. Le nom du service ou de la salle d'hospitalisation peut également être noté en clair dans la colonne ouverte à cet effet, mais en aucun cas cette indication ne devra dispenser le bureau des entrées de porter en code la référence complète du service. La partie grisée doit rigoureusement rester vierge de toute inscription ;

- b) *Les organismes débiteurs.* On notera, par cochage, dans la ou les cases correspondantes (régimes les plus courants et cases blanches pour l'indication des cas plus rares), le ou les organismes débiteurs desquels peut relever le malade : payant, sécurité sociale, collectivités.

La section située dans la partie droite de la grille de signalisation sera remplie à la sortie du malade par l'infirmière du service qui précisera la date et l'heure de la sortie ainsi que le mode de sortie. Les cadres de diagnostic resteront inutilisés pendant tout le séjour. A la sortie du malade, le médecin du service remplira cette partie au moyen du code à quatre chiffres tel qu'il a été institué par l'Organisation mondiale de la santé (Classification internationale des maladies, deux volumes, OMS, 1957).

La troisième partie de la fiche groupe tous les renseignements concernant le malade :

- à la première ligne : *date de naissance, âge, lieu de naissance, sexe* (la mention de l'âge après la date de naissance a pour but de faciliter les observations médicales et les recherches statistiques ultérieures ; le bureau des entrées se contentera de demander la date de naissance du malade et calculera son âge à partir de cette date sans lui poser une nouvelle question) ;
- dans la section de gauche, on indiquera, par cochage, le *mode d'entrée* du malade, et, dans toute la mesure du possible, les lieux et dates de ses *dernières hospitalisations*. En aucun cas, cependant, l'admission du malade ne devra être retardée dans le but de remplir cette dernière rubrique ;
- les renseignements sur les *personnes à prévenir* (seconde ligne dans la partie centrale du cadre) seront transcrits avec le maximum de clarté et de précision.

En prévision des interventions chirurgicales urgentes, il est nécessaire que le service de soins sache qu'une *autorisation d'opérer* un enfant a bien été donnée. On demandera au père, à la mère ou au tuteur légal de l'enfant de signer cette autorisation qui se trouvera reproduite par duplication, avec la signature, sur le dossier administratif.

Le *dépôt d'argent ou de valeurs* fera ici l'objet d'une simple indication par cochage.

Il en va de même pour le *dépôt de vêtements au vestiaire*. L'inventaire des vêtements continuera de se faire selon les méthodes et avec les imprimés en usage dans chaque hôpital.

Les questions relatives à la *religion* du malade et à l'*interdiction de certaines visites* sont facultatives. La première sera posée dans les établissements qui avaient accoutumé de le faire. Si le malade interdit certaines visites, on cochera la case de réponse et le bureau des entrées, en transmettant la fiche au service de soins, indiquera — à l'usage de la surveillante ou de l'infirmière de ce service — sur un papillon confidentiel, les noms des personnes à ne pas admettre au chevet du malade. Cette question doit être posée avec la plus grande discrétion et uniquement dans les cas où elle semble pouvoir appeler une réponse affirmative, au vu d'une situation familiale particulièrement complexe.

La section de droite permettra d'indiquer la *profession du malade* ou la dernière profession exercée si on a affaire à un retraité ou à une personne retirée de la vie professionnelle active.

L'employé du bureau des entrées qui aura ouvert le dossier signera dans la case intitulée *visa de l'employé*.

La ligne horizontale qui ferme la rubrique « malade » concerne la nature du *risque couvert*. Elle ne se confond pas avec la grille des organismes débiteurs située dans le haut de la fiche. La ligne énumère les risques les plus courants, ce que ne fait pas la grille. On procédera par cochage. Les cases blanches seront à utiliser dans des cas particuliers : par exemple, un accident survenu à domicile et qui serait couvert par une assurance privée.

Verso :

Au verso de la fiche viennent se regrouper tous les éléments précomptables, nécessaires à l'évaluation des frais d'hospitalisation et des honoraires médicaux dus par le malade.

Le verso de la fiche est donc composé de deux parties nettement distinctes, séparées par un double trait vertical :

La partie gauche est remplie par les responsables des services de soins, médecins ou infirmières ;

La partie droite est réservée au bureau de la comptabilité qui chiffrera en valeur « francs », en vue d'établir le titre de recette, les indications portées dans la partie gauche.

Cadre de gauche :

Rubrique A : séjours.

Les quatre premières colonnes permettront d'identifier les passages successifs du malade dans les divers services. Ces colonnes seront servies en code par la surveillante ou l'infirmière lors de chaque admission d'un malade dans son service et lors de chaque exeat.

Rubrique B : ambulance hospitalière.

N'est à utiliser que lorsque l'établissement procède lui-même au recouvrement des frais de transport par ambulance.

Rubrique C : honoraires médicaux.

- a) *Forfaits journaliers* : on cochera la case correspondante ;
- b) *Actes opératoires* : ils seront notés dans la section 2 du cadre C et attestés par le visa du médecin qui aura effectué l'intervention ;
- c) *Examens* : la surveillante ou l'infirmière du service de soins devra, à la sortie du malade, inscrire dans les colonnes réservées à cet effet la nature et le nombre des actes pratiqués. En aucun cas, on ne lui confiera la tâche de coter les actes de la nomenclature ; cette tâche revient au bureau de la comptabilité auquel il appartiendra également d'indiquer le nom des praticiens et le montant des honoraires.

(Les frais divers qui font l'objet d'une perception particulière — téléphone, télégrammes, accompagnant, etc — seront notés, non pas au verso de la fiche, mais au recto dans la partie « à ne remplir que sur instruction formelle de l'administration ».)

Cadre de droite :

Ce cadre constitue un brouillon de facture distribué de telle sorte qu'il rappelle la disposition du titre de recette : numéro de compte, nombre de jours d'hospitalisation ou coefficient, tarif, part du malade, part du département, divers, part de la sécurité sociale (répartie en remboursements à 80 p. 100 et en remboursements à 100 p. 100).

UTILISATION

La fiche individuelle sera remise immédiatement à la surveillante ou à l'infirmière au moment de l'admission d'un malade dans son service.

La fiche individuelle suivra le malade dans tous ses transferts de service à service.

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

La partie gauche du verso de la fiche sera remplie à chaque changement de service (position du malade), à chaque acte médical ou chirurgical.

L'instruction n° 114 du 9 juin 1951 stipule qu'à la fin de chaque trimestre les liasses de recettes des malades présents depuis au moins un mois doivent être arrêtées pour permettre la mise en recouvrement des sommes dues par ces malades depuis leur entrée dans l'établissement ou depuis le dernier arrêté périodique. Les fiches individuelles des malades se trouvant dans cette situation sont donc recueillies par le bureau des entrées en vue de la facturation. Dans ces conditions, il est souhaitable que le bureau des entrées remette aussitôt aux services de soins de nouvelles fiches individuelles pour tous les malades à l'encontre desquels un titre de recette est émis et qui restent hospitalisés. Ces nouvelles fiches auront les mêmes numéros que les fiches précédentes. (Sur toute fiche individuelle autre que la fiche initiale, le bureau des entrées mentionnera que l'autorisation d'opérer un enfant a été ou n'a pas été accordée, sans exiger de la famille du jeune malade une nouvelle signature.) Cette méthode permet de lier étroitement le décompte de la fiche individuelle à l'établissement du titre de recette et facilite, par conséquent, les contrôles et les vérifications ou corrections qui peuvent s'imposer sur ce dernier document. En outre, il paraît peu opportun que la fiche individuelle revienne dans les services de soins avec les éléments précomptables qu'elle comporte à son verso.

A la fin du séjour d'un malade, la fiche individuelle sera déposée au bureau des entrées qui transcrira dans les colonnes du registre matricule le décompte des journées d'hospitalisation et, à la faveur de cette opération, le vérifiera.

La fiche sera transmise ensuite au bureau de la comptabilité pour facturation.

(Dans toute la mesure du possible, la fiche individuelle devra parvenir au bureau des entrées la veille du départ du malade, afin que le titre de recette puisse être établi au jour de la sortie.)

Quand les opérations comptables sont achevées, la fiche est classée dans le dossier administratif du malade.

Le dossier d'admission.

(Modèle S. P./2)

A. — OBSERVATIONS PRÉLIMINAIRES

- 1° *Individualisation du dossier.* — La circulaire n° 114 ayant consacré le principe de l'individualisation des titres de recettes, on ne saurait concevoir un dossier de malade reposant sur d'autres bases. Chaque malade aura donc un unique dossier d'admission qui contiendra tous les documents administratifs relatifs à son hospitalisation. Tout classement annexe est à rejeter.
- 2° *Contexture du dossier.* — Les renseignements les plus importants sont transcrits sur le dossier lui-même. Les éléments d'information recherchés doivent apparaître immédiatement sans qu'on ait à extraire les documents de la pochette.
- 3° *Surveillance du dossier.* — Grâce au cochage ou à l'inscription des renseignements essentiels dans une grille à double entrée, on utilisera un système de signalisation qui donnera, à tout moment, connaissance de la situation administrative du malade et déterminera les opérations faites ou à faire, sans avoir à déplacer le dossier.

B. — DESCRIPTION

Recto :

Les deux premières lignes (numéro d'entrée, nom et prénom, nom de jeune fille, adresse) sont servies par duplication à partir de la fiche individuelle.

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

La deuxième partie du dossier contient la *grille de signalisation* qui est faite pour :

- a) Transcrire les renseignements essentiels sur la situation administrative du malade, soit par cochage, soit en remplissant les cases à mesure que les renseignements parviennent au bureau des entrées ;
- b) Signaler, au moyen d'onglets, les renseignements portés dans les cases.

Les renseignements les plus importants, que tous les hôpitaux devront signaler, sont les suivants :

Entrée et changements de discipline : la première ligne de cette section est servie par duplication à partir de la fiche individuelle. Les autres lignes seront remplies par le bureau des entrées d'après les fiches journalières du mouvement de la population. Ainsi seront consignées sur le dossier toutes les mutations internes, par référence au code d'hospitalisation.

Exit : on notera dans cette section les dates de sortie ou de décès du malade.

Organismes débiteurs : ou bien on cochera l'organisme intéressé si son nom a été imprimé ou bien on écrira le nom de l'organisme dans une des cases blanches de cette section.

Suspens et relances : dans cette section, on indiquera les dates d'envoi des demandes de prise en charge ou des demandes de prolongation aux collectivités ou aux organismes de sécurité sociale.

Expiration des prises en charge : on spécifiera l'échéance de la prise en charge en inscrivant la date exacte en regard du mois correspondant. Comme les prises en charge ont, en général, une durée de vingt jours, il a été prévu une double case devant chaque mois, deux échéances pouvant intervenir dans le courant d'un même mois.

Titres de recettes émis : on indiquera dans ce cadre les dates et le montant des titres émis. Dans l'hypothèse d'un malade restant hospitalisé un an, on a établi quatre doubles cases, la partie supérieure de chacune d'elles étant réservée à la date ou à la référence d'émission du titre, la partie inférieure au montant du titre émis.

Acomptes : on inscrira dans les deux premières colonnes les dates auxquelles on adressera aux intéressés des demandes de renouvellement (relance).

(Plusieurs plages neutres ont été maintenues dans la grille pour laisser aux établissements la faculté de les affecter à tel ou tel ordre de renseignements, en fonction de leurs besoins propres.)

A l'extrême droite de la rubrique *Malade*, une partie n'est pas servie par duplication à partir de la fiche individuelle : on y consignera, en cas de besoin, les informations que peut recueillir l'hôpital sur les *accidents de la voie publique* ou les *accidents du travail* : date, lieu, heure, et auteur de l'accident, nom et adresse de la compagnie d'assurance, etc.

La rubrique *Situation familiale* contient des renseignements obligatoires (comme la nationalité, le nombre et l'âge des enfants, la situation matrimoniale) et des renseignements facultatifs comme ceux qui ont trait au père et à la mère du malade qu'il n'y a lieu d'exiger que lorsque l'hospitalisé est un mineur.

La cinquième et dernière partie du dossier *Assuré ou répondant* est à remplir avec un soin tout particulier lorsque la personne qui a la responsabilité du paiement des frais d'hospitalisation n'est pas le malade lui-même. On doit donc considérer que cette rubrique n'intéresse pas exclusivement les assurés sociaux, mais tout autant les assistés, les mutualistes, les bénéficiaires d'un régime d'assurance privée, etc., et aussi — ce qui doit être souligné — les personnes qui, n'étant couvertes par aucun système de garantie en cas de maladie, auront la charge d'effectuer aux lieu et place du malade, le règlement des dépenses. (On a prévu le numéro du département pour les bénéficiaires de l'aide sociale relevant des circonscriptions préfectorales qui ont monté leur comptabilité d'assistance sur cartes perforées et affectent un numéro matricule à chaque assisté).

Une ligne énumère les principales pièces justificatives qui peuvent être produites par le malade au moment de son admission : on procédera par cochage dans les cases correspondantes.

Enfin, en dernière position, on inscrira l'adresse du malade à la sortie si cette adresse est différente de celle qu'il a déclarée lors de son admission et cela pour la transmission du courrier et pour toute recherche ultérieure.

Verso :

Sur le repli formant pochette ont été imprimés :

- 1° La *déclaration de dépôt*, de non dépôt ou de refus de dépôt d'argent ou d'objets précieux. Les bureaux des entrées doivent avoir des instructions impératives pour qu'aucun malade ne soit dispensé d'y souscrire selon l'éventualité où il se trouve ou la volonté qu'il manifeste. Il est particulièrement conseillé de faire signer la formule n° 3, quand un malade, sans vouloir affirmer qu'il n'a sur lui ni argent ni objets de valeur, décline l'invitation de les remettre entre les mains de l'administration hospitalière ;
- 2° L'*engagement de payer* à faire signer par le malade ou par son répondant ;
- 3° Un cadre *Maternité* dans lequel sera inscrit la date et le numéro de la déclaration de naissance faite à la mairie, étant entendu que la déclaration au registre des naissances, comportant les prénoms choisis pour l'enfant, devra toujours être signée par la mère ou par le père ;
- 4° Un tableau destiné à recevoir les divers renseignements complémentaires sur la situation et les ressources des pensionnaires de l'*hospice*.

C. — UTILISATION

Une fois la fiche individuelle séparée du dossier, on remplira toutes les rubriques non couvertes par la duplication. Les renseignements touchant le malade, la famille, le débiteur seront recueillis, si possible, au moment de l'admission. Si cela s'avère impossible, la famille du malade donnera lesdits renseignements ou sera invitée à se présenter au bureau des entrées pour les fournir. A défaut, ils seront complétés au lit du malade par les soins de l'hôtesse ou du préposé au bureau des entrées. En tout état de cause, ces formalités ne sauraient, en aucun cas, retarder l'admission d'un malade dont l'hospitalisation présente un caractère d'urgence.

1° *Suspension du dossier.*

La contexture du dossier suppose un classement vertical par suspension au moyen d'une réglette en matière plastique transparente coulissant sur les rails d'un bac. Le modèle annexé présente trois encoches horizontales pour l'adaptation de la réglette au dossier, mais les imprimeurs pourront donner à ces encoches une autre forme selon le modèle de réglette choisi par l'hôpital.

2° *Signalisation visible.*

Les éléments essentiels composant le dossier sont rappelés sur la grille de signalisation soit par cochage, soit par inscription sommaire dans les cases prévues pour chaque ordre de renseignements. Ainsi peut-on connaître à tout moment la composition exacte du dossier et son stade d'évolution sans avoir à consulter les pièces qu'il contient.

On sera même dispensé de sortir le dossier de son classeur pour avoir une vue exacte de la situation. En effet, la méthode doit être complétée par un procédé de signalisation avec éléments visibles de couleurs, que — pour la commodité de l'exposé — nous appellerons indifféremment cavaliers, onglets ou index, sans que cette dénomination implique une forme ou un mode de fixation déterminé, le choix de ce matériel étant laissé à la discrétion des hôpitaux.

La grille à double entrée offre le moyen de signaler la totalité des renseignements par des onglets apposés en relief sur la gaine de suspension.

La place occupée par le cavalier déterminera la grande catégorie de renseignements à laquelle il se réfère. Exemple : un cavalier placé au-dessus de la colonne « Sécurité sociale » (dans la section des organismes débiteurs) signifiera que le malade relève d'un régime de sécurité sociale.

La couleur du cavalier (par référence au code des couleurs développé dans la colonne située sous le titre « Expiration de prise en charge ») spécifiera la case à laquelle correspond le renseignement. Un cavalier rouge sur la colonne « Sécurité sociale » dira que le malade relève du régime S. N. C. F., un cavalier vert de la sécurité sociale agricole.

Tous les renseignements, sans exception, portés sur la grille peuvent être signalés. Les hôpitaux sont invités à pousser la méthode au maximum, mais ils devront, au moins, signaler les renseignements suivants considérés comme fondamentaux pour la tenue et l'instruction des dossiers.

Renseignements indispensables.

- a) *Exeat* : la sortie ou le décès sera signalisé par un cavalier blanc ou par un cavalier noir sur la première colonne de la grille.
- b) *Débiteurs* : selon que le cavalier sera placé au-dessus de la colonne « Payant », de la colonne « Sécurité sociale » ou de la colonne « Collectivités », on saura de quelle catégorie de tiers payeurs dépend le malade. La couleur du cavalier précisera le régime d'assurance ou d'assistance auquel il appartient.
- c) *Suspens et relances* : ces colonnes feront l'objet d'une signalisation si l'accord du ou des organismes débiteurs n'est pas intervenu. Un cavalier rouge sur la colonne « Sécurité sociale » montrera que la prise en charge n'est pas parvenue ; un cavalier jaune que c'est la prolongation de prise en charge qui est attendue. L'absence de cavalier sur cette section de la grille signifiera que les accords nécessaires ont été obtenus.

A noter que la signalisation de la section « Suspens et relances » ne fait pas double emploi avec la signalisation de la section « Débiteurs ». Quand les prises en charge ou les prolongations ont été accordées, toute signalisation disparaît de la section des « Suspens et relances ». Il faut donc maintenir la signalisation des débiteurs pour exprimer l'appartenance du malade à tel ou tel régime.

- d) *Dossier incomplet* : aussi longtemps qu'une pièce indispensable manquera au dossier, on maintiendra un cavalier de couleur verte sur la 17^e colonne de la grille
- e) *Expiration de prise en charge* : les couleurs bleu, rouge, vert ont été affectées respectivement au premier, au deuxième et au troisième mois de chaque trimestre. Le cadre de graduation installé à la première ligne du dossier présente une case pour trois journées consécutives jusqu'au 31^e jour du mois. On signalera donc, à deux jours près, la date d'expiration de la prise en charge. L'expérience a montré que cette approximation était suffisante. Exemple : un cavalier bleu, sur la case 7/8/9, avertira — si l'on est à la fin du premier trimestre — que la prise en charge se terminera le 7, le 8 ou le 9 avril et qu'il conviendra d'envoyer à cette date une demande de prolongation. Chaque jour, on distinguera aisément, dans leurs bacs de classement, les dossiers pour lesquels une nouvelle formalité est à accomplir. On évitera ainsi de compulser l'ensemble des dossiers ou de recourir à des éphémérides ou à des registres annexes. Si la signalisation est effectuée correctement, tout oubli est vite décelable puisque aucun cavalier ne doit apparaître au-dessus des cases situées à gauche de la case du jour de référence. Au 7/8/9 avril, il ne doit plus y avoir de cavalier sur les deux premières cases de graduation

(1/2/3 et 4/5/6). En effet, on enlèvera le cavalier de la case de graduation aussitôt que la demande de prolongation aura été faite. En même temps, on placera un cavalier sur les colonnes 15 ou 16 de la grille (suspens-relances). Cette signalisation est donc de la plus haute importance puisqu'elle donne le moyen : 1° de mettre en évidence, chaque jour, le travail à faire ; 2° de vérifier constamment si les démarches auprès des organismes débiteurs ont bien été entreprises.

- f) *Date de paiement des acomptes* : on signalisera sur la dernière colonne de la grille la décade au cours de laquelle les acomptes sont à renouveler. La première décade sera marquée par un index bleu, la seconde décade par un index rouge, la troisième par un index vert.

Renseignements facultatifs.

- a) *Secteur d'hospitalisation, discipline, catégorie* : les établissements peuvent élaborer un code des couleurs par rapprochement avec le code d'hospitalisation dont il sera parlé plus loin. En plaçant des cavaliers sur les colonnes 4, 5, 6 et 7 de la section « entrée et changements de discipline », ils préciseront le secteur, la discipline, voire la spécialité et la catégorie d'hospitalisation du malade. Exemple : avec un cavalier bleu sur la 4^e colonne de cette section, ils sauront que le malade est à l'hôpital général ; avec un cavalier jaune, qu'il est à l'hôpital d'enfants ; un cavalier bleu dans la colonne 5 (discipline) **dira que le malade est en médecine** ; un cavalier jaune qu'il est convalescent de médecine. De même, on peut indiquer la spécialité et aussi la catégorie d'hospitalisation. Les six couleurs normalisées seront, en général, suffisantes, mais les hôpitaux possédant des services nombreux et qui désireraient les différencier visuellement sur les dossiers administratifs des malades sont autorisés à augmenter leurs moyens de signalisation en ajoutant de nouvelles couleurs à celles qui ont été retenues, étant entendu que ces dernières ne peuvent pas être modifiées en ce qui concerne les renseignements obligatoires.
- b) Les hospitalisés admis dans le dernier mois du trimestre et pour lesquels il n'y a pas lieu de procéder à l'émission d'un titre de recette fragmentaire (cf. circulaire 114).
- c) Les groupes auxquels appartiennent les bénéficiaires de la retraite des vieux travailleurs. On peut réserver à cet ordre de renseignements l'une des colonnes libres (18, 19 ou 20) et si l'on admet que les bénéficiaires des 1^{er}, 2^e et 3^e groupes sont caractérisables au moyen des trois premières couleurs (bleu, rouge, vert) on considérera que, pour tous les dossiers marqués d'un index bleu, un certificat de présence devra être envoyé aux mois de janvier, avril, juillet et octobre ; pour les dossiers marqués d'un index rouge, en février, mai, août et novembre ; enfin, pour ceux qui portent un cavalier vert, en mars, juin, septembre et décembre.

3° Classement du dossier.

Après son instruction et sa liquidation définitives, le dossier contenant toutes les pièces administratives du malade, y compris la fiche individuelle, est classé dans les archives du bureau des entrées. On en aura, au préalable, détaché la gaine transparente en vue de sa réutilisation.

*
* *

L'ordre des colonnes dans la grille de signalisation, les espacements tant verticaux qu'horizontaux devront être respectés. En particulier, la largeur de chaque colonne sera toujours d'un centimètre (deux centimètres pour les colonnes doubles), afin que la distance entre les cavaliers soit également d'un centimètre, quel que soit leur mode de fixation sur la réglette en matière plastique.

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

La liasse de recettes.

(Modèle S.P./3.)

Les règles d'utilisation du titre de recette et des avis des sommes à payer demeurent conformes aux prescriptions de la circulaire n° 114 du 9 juin 1951.

Ces imprimés n'ont subi de modifications que dans leur disposition et leur composition typographiques : les modèles annexés à la circulaire n° 114 étaient présentés dans le format 21×27 vertical ; les nouveaux modèles le sont dans le format dit à l'italienne.

On a été conduit à adopter le format 21×27 à l'italienne par la nécessité de créer une colonne supplémentaire pour opérer la distinction entre les remboursements à 80 % et les remboursements à 100 %, et une troisième colonne pour la vérification des décomptes par les caisses de sécurité sociale. Cependant, la partie utile du document a été ramenée aux dimensions praticables par toute machine à écrire de bureau, même de fabrication ancienne. Les zones qui ne pourraient être atteintes par la frappe des machines anciennes ont été consacrées d'une part aux indications imprimées et aux titres des rubriques, d'autre part à la colonne qui, réservée à l'usage interne des caisses, n'est pas à remplir par les hôpitaux.

Quand, pour un même malade, une fraction des frais est remboursable à 80 % et une autre à 100 %, on ne se bornera pas à répartir la somme entre les deux colonnes ; la discrimination se fera aussi sur les lignes horizontales. Autrement dit : on développera sur une première ligne le décompte à 80 % et sur une deuxième ligne le décompte à 100 %, tant pour les frais de séjour que pour les honoraires médicaux.

Le tracé du titre de recette a été étudié en fonction à la fois des espacements habituels des machines à écrire (caractères Elite, Pica) et de la tabulation des machines comptables facturières. Les hôpitaux recommanderont, par conséquent, à leurs imprimeurs de reproduire avec une rigoureuse exactitude la disposition interne du document.

L'en-tête de la liasse a été aménagé pour que le volet destiné à faire connaître au débiteur de la part du malade le montant des frais qui lui incombent puisse être inséré dans une enveloppe à fenêtre, l'adresse de l'intéressé étant seule apparente une fois le pli fermé.

Le débiteur de la part du malade peut être :

- ou bien l'hospitalisé lui-même s'il est débiteur de la totalité des frais (payant 100 p. 100) ou d'une fraction des frais (par exemple : assisté partiel, non assuré social) ; dans ce cas, c'est le nom et l'adresse de l'hospitalisé qui doivent être portés dans ce cadre ;
- ou bien l'assuré social (qu'il soit ou non le malade) ; on inscrira alors à cet endroit l'adresse de l'assuré social qui reste débiteur d'une partie des frais d'hospitalisation ;
- ou encore une personne qui n'est ni l'hospitalisé, ni l'assuré social ; on inscrira alors le nom et l'adresse de la personne qui est responsable du règlement de tout ou partie de la dette contractée par le malade.

En aucun cas, ce cadre n'est appelé à recevoir les adresses des organismes tiers payeurs (sécurité sociale, département, mutuelles, etc.) auxquels les avis des sommes à payer sont transmis par bordereau et dont la désignation, en abrégé, doit figurer dans le cadre « hospitalisé ».

La signature de l'ordonnateur sera portée sur le premier volet et reproduite ainsi par duplication sur tous les volets de la liasse.

La distribution des volets dans la liasse ne révèle aucune innovation marquante par rapport à la circulaire n° 114, à ceci près que le volet n° 3 est spécialement destiné aux caisses de sécurité sociale.

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

Le volet n° 1 est le titre de recette destiné au receveur.

Le volet n° 4 est la minute du titre de recette à conserver par l'établissement.

Pour laisser une plus grande souplesse d'emploi, on n'a pas jugé utile de désigner expressément les destinataires des volets n° 2 et n° 5, mais ce dernier — qui comporte plusieurs mentions ou recommandations relatives aux modalités de paiement — sera remis, de préférence, au malade ou à son ayant cause quand tout ou partie des frais est à sa charge. Les établissements sont autorisés, en accord avec leur receveur, à imprimer au verso du volet n° 5 des indications plus précises relatives aux délais de paiement et aux frais de poursuites, à condition de maintenir intégralement le code d'hospitalisation et le code des honoraires médicaux qui doivent figurer obligatoirement au dos de ce volet.

Ainsi, dans la pratique, sur trois exemplaires de l'avis des sommes à payer, deux sont polyvalents et peuvent répondre à toutes les éventualités : département, article 115, payant, mutualiste, etc. Un seul exemplaire (volet n° 3) a reçu une affectation fixe.

Comme un deuxième exemplaire de l'avis des sommes à payer est réclamé par les caisses de sécurité sociale, on leur adressera, en plus du volet n° 3, soit le volet n° 2 si une partie des frais reste à la charge du malade, soit le volet n° 5 si le ticket modérateur est réglé par une collectivité.

Les couleurs suivantes ont été adoptées et devront être strictement respectées pour la constitution de la liasse de recette :

- volet n° 1 : blanc ;
- volet n° 2 : canari ;
- volet n° 3 : rose ;
- volet n° 4 : orange ;
- volet n° 5 : bleu.

Les qualités des papiers pour chacun des volets devront rester conformes à celles du modèle-type. Le volet n° 1, destiné au receveur et qui est appelé à subir les manipulations les plus nombreuses, sera fourni sur un papier machine Afnor VII, d'une force de 64 g ; les volets n° 2, 3 et 4 sur un papier machine de 32 g et le volet n° 5 sur un papier impression de 56 g.

L'avis d'admission/prise en charge par la sécurité sociale.

(Modèles S.P./4 et S.P./5.)

L'avis d'admission-prise en charge par les caisses de sécurité sociale du régime général comprend deux volets qui, dans tous les cas, seront adressés à la caisse de sécurité sociale :

- le premier sera conservé par la caisse ;
- le second sera retourné par la caisse à l'hôpital après décision.

Il convient de souligner que les caisses de sécurité sociale ne demanderont plus aux établissements de fournir un double de la prise en charge à l'appui de l'avis des sommes à payer.

En outre, les caisses informeront de leur décision de refus ou d'acceptation de la prise en charge les services d'aide sociale du lieu de l'hôpital à chaque fois que la demande de prise en charge mentionnera que le malade sollicite, simultanément, le bénéfice de l'aide médicale hospitalière. Cette précision devra être portée, par les soins de l'administration hospitalière, sur la ligne réservée à cet effet dans le cadre « hospitalisé ».

Dans ce cas et dans ce cas seulement, les hôpitaux enverront aux caisses, en plus de la première liasse (modèle S.P./4) de deux volets (n° 1 et n° 2), une seconde liasse (modèle S.P./5), de deux volets également (n° 3 et n° 4), qui sera remplie par duplication et jointe à la première. Les caisses feront parvenir elles-mêmes, directement,

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

aux services d'aide sociale cette deuxième liasse pour information. La préfecture conservera le volet n° 3 et transmettra le volet n° 4 à la mairie qui a été chargée d'instruire la demande d'admission à l'aide médicale hospitalière.

Dans la partie de l'en-tête consacrée à l'assuré social, l'organisme où sont versées les cotisations et le numéro d'identification de l'employeur ne sont pas toujours connus du malade. Ces indications figurent obligatoirement sur les bulletins de paie, mais dans les cas d'accident, d'admission d'urgence, etc., le malade peut être privé de ces bulletins à l'heure où il entre à l'hôpital. Les hôpitaux devront s'efforcer de recueillir ces renseignements, mais leur absence sur une demande de prise en charge ne saurait, en aucun cas, justifier un rejet.

Quand l'assuré social n'est pas en mesure de fournir immédiatement son numéro d'immatriculation, on indiquera au moins, au-dessus de la case réservée au numéro, la date de naissance de l'intéressé.

Certaines caisses exigeaient, jusqu'à présent, qu'une nouvelle demande de prise en charge leur soit présentée quand il y avait, en cours d'hospitalisation, changement de discipline impliquant une modification du taux de participation de la sécurité sociale. La prise en charge vaudra désormais quel que soit le service d'hospitalisation, quels que soient, par conséquent, le ou les tarifs de remboursement qui seront pratiqués au moment de la facturation. L'indication sur l'avis de prise en charge des différents tarifs des frais de séjour et des honoraires médicaux en médecine, chirurgie, maternité, etc., n'est pas donnée pour limiter le remboursement à la médecine exclusivement ou à la chirurgie. Les cases seront remplies — et toutes les cases — pour les malades qui se feront hospitaliser dans un établissement ne relevant pas de la caisse du lieu de résidence. De la sorte, l'hôpital sera informé du tarif de responsabilité applicable au malade considéré. En résumé, les caisses indiqueront conjointement les tarifs correspondant aux différents services de l'hôpital de référence.

Le volet n° 1 sera imprimé sur papier blanc ; le volet n° 2 sur papier vert d'eau ; le volet n° 3 sur papier lilas ; le volet n° 4 sur papier vert.

La liasse d'admission à l'aide médicale hospitalière.

(Modèle S. P./6.)

Cette liasse ne doit être utilisée que dans les cas d'urgence médicalement constatés, c'est-à-dire lorsque le malade se trouve dans l'impossibilité absolue de se rendre au bureau d'aide sociale pour remplir sa demande d'admission.

L'en-tête est identique à l'en-tête de la liasse de recette et à celui de l'avis d'admission-prise en charge par la sécurité sociale. Une duplication de cette partie des trois liasses peut donc être envisagée, en particulier par les établissements utilisant des machines électriques.

L'hôpital sollicitera du malade l'indication de ses résidences successives depuis six mois, mais l'absence de réponse à cette question ou une réponse erronée ne pourront être opposées à l'administration hospitalière pour rejeter la demande ou en suspendre l'instruction.

La demande d'admission, située à gauche de la partie basse du document et qui se répète sur tous les feuillets, est rédigée en termes tels qu'elle peut être signée aussi bien par le malade s'il est en état de le faire que par le directeur de l'hôpital si pareil effort est interdit au malade.

L'ensemble de la liasse — dont l'en-tête et le cadre de gauche de la partie basse seront toujours remplis par l'hôpital en duplication — sera adressée à la préfecture du lieu de l'hôpital, conformément à l'instruction du 19 novembre 1958 de M. le Ministre de la Santé publique et de la Population (direction générale de la population et de l'action sociale, 4^e bureau) relative aux rapports des services d'aide sociale et des établissements hospitaliers.

La préfecture retournera à l'établissement, dès réception de la liasse, le volet n° 1 qui vaudra accusé de réception de la demande.

Le volet n° 2 sera adressé, par la préfecture, à la mairie de la résidence de l'intéressé ou, si celle-ci n'est pas connue, à la mairie du lieu de l'hôpital, pour être retourné par la mairie à l'hôpital après décision sur l'admission d'urgence.

Le volet n° 3, identique au précédent, sera également adressé par la préfecture à la mairie, mais pour être retourné à la préfecture après décision sur l'admission d'urgence. La préfecture connaîtra ainsi à la fois la décision prise et la date de notification de cette décision à l'hôpital.

Le volet n° 4 — dont le recto reproduit le texte des volets n° 2 et n° 3 — est à adresser par la préfecture à la mairie pour servir à la constitution du dossier. Le verso de ce volet comporte les formules figurant actuellement au dos des imprimés utilisés par les services de l'aide médicale et, notamment, les cadres destinés à recevoir les avis des enquêteurs et les décisions des commissions.

Enfin le volet n° 5 sera conservé par la préfecture en attendant que la commission se prononce sur la demande d'admission. Quand la décision sera prise, la préfecture retournera à l'hôpital ce 5° volet portant, dans le cadre de droite de la partie basse, notification de l'acceptation ou du rejet.

On fera imprimer les volets n° 1 de couleur rose, n° 2 de couleur bleue, n° 3 de couleur canari et n° 5 de couleur orange sur un papier machine de 32 gr. On utilisera pour le volet n° 4, de couleur verte, un papier impression de 56 gr.

Lorsque le malade qui entre à l'hôpital bénéficie déjà d'une admission d'urgence prononcée par le maire, la procédure normale s'applique. L'hôpital n'a donc pas à intervenir et il se trouve garanti du remboursement des frais jusqu'à la notification de la décision éventuelle de rejet par la commission d'admission (cf. instruction du 19 novembre 1958).

La liasse de placement à l'hospice.

(Modèle S.P./7.)

Il n'y a aucune différence — quant à la distribution et à la destination des cinq volets — entre la liasse « hospice » et la liasse « aide médicale ».

Cette liasse sert pour les vieillards comme pour les infirmes. Dans le texte de la demande, on biffera la mention inutile, selon que l'intéressé sollicite le bénéfice de l'aide sociale aux personnes âgées ou le bénéfice de l'aide sociale aux infirmes, aveugles et grands infirmes.

L'en-tête des différents volets de la liasse « hospice » a été allégé par rapport à l'en-tête de la liasse d'admission à l'aide médicale hospitalière. De tous les renseignements relatifs à l'assuré social, seul a été maintenu le numéro d'immatriculation à la sécurité sociale qu'il est nécessaire de connaître quand le vieillard est titulaire d'une retraite de la sécurité sociale.

Par contre, il a été ajouté un emplacement pour noter la nature et les numéros des pensions dont le demandeur peut être titulaire et trois lignes pour préciser les dates et les lieux des hospitalisations ayant entraîné le placement en service « hospice » ou en maison de retraite.

Les couleurs et les qualités des papiers pour les différents volets sont les suivants : volet n° 1 orange, volet n° 2 canari, volet n° 3 lilas, volet n° 5 vert d'eau, ces quatre volets sur papier machine de 32 gr ; volet n° 4 bouton d'or, sur papier impression de 56 gr.

Le certificat médical pour le placement d'un incurable à l'hospice.

(Modèle S.P./8.)

Par souci de discrétion et en vue de respecter le secret médical, l'attestation du médecin qui doit venir à l'appui de toute demande de placement d'un incurable à l'hospice, a été séparée des autres documents de la liasse et présentée sous la forme d'une carte-lettre que le médecin ou la surveillante du service devra clore avant transmission au bureau des entrées. Les responsables du service de soins n'omettront

pas d'indiquer au recto du document le numéro d'entrée du malade et ses nom et prénoms, afin que le certificat rejoigne bien la demande d'admission rédigée au nom de l'intéressé. Ce pli ne devra être ouvert que par le médecin chargé de contrôler l'opportunité du placement.

Le bulletin de situation.

(Modèle S.P./9.)

Ainsi qu'il a déjà été précisé plus haut, les nouvelles dispositions arrêtées en accord avec le Ministère du Travail prévoient que les caisses n'exigeront plus, à l'appui de l'avis des sommes à payer, le double de la prise en charge. Il en est de même pour l'avis de sortie.

La date de sortie est notée dans la case « hospitalisé » du titre de recette et cette indication est suffisante. En outre, les fiches de position, tenues par les caisses, leur permettent de suivre très exactement la situation de chaque hospitalisé.

Dans cette optique, on ne regardera pas le bulletin de situation comme visant à remplacer l'avis de sortie, puisqu'il n'y aura pas lieu non plus de le joindre aux avis des sommes à payer.

Par contre, l'hôpital délivrera un bulletin de situation, à chaque fois que le malade ou ses représentants en feront la demande. Ce document peut, en effet, répondre à des besoins multiples : paiement des prestations en espèces, justification du séjour auprès des employeurs, auprès des administrations, auprès des autorités civiles ou militaires, etc.

La demande de prolongation de séjour.

(Modèle S.P./10.)

Cet imprimé a été conçu pour valoir tant à l'égard des caisses de sécurité sociale qu'à l'égard des services de l'aide médicale, des mutuelles, etc.

Sa présentation sous forme de carte-lettre garantit le secret médical pour ce qui est du certificat à remplir à la page 2 du document par le médecin hospitalier.

Les pages 1 à 3 portant les renseignements essentiels sur le malade et l'assuré sont remplies en duplication par le bureau des entrées.

La demande est dirigée sur le service de soins où la page 2 du document, qui constitue le certificat médical, est servie par le médecin hospitalier. Celui-ci procédera à la fermeture de la carte.

Le médecin ou la surveillante répétera à la première page la durée de la prolongation sollicitée à la page 2.

La carte close est retournée au bureau des entrées qui notera, avant de l'adresser à l'organisme débiteur, la durée de prolongation sollicitée.

Quand ce dernier a pris sa décision, il détache la partie droite de la carte (pages 3 et 4) et la retourne à l'établissement dûment complétée.

Un papier dossier bulle de 125 grammes non parcheminé présente une opacité suffisante pour interdire toute lecture du certificat médical par transparence.

Les demandes d'examens de laboratoire.

(Modèles S.P./11 à 14 et S.P./17 à 20.)

Les divers types d'examens de laboratoire ont été classés en quatre catégories. Chacune d'elles a été affectée d'une couleur différente :

- chimie biologique : couleur *verte* ;
- anatomo-pathologie : couleur *jaune* ;
- endoscopie (et examens spéciaux cotés en K, notamment les examens fonctionnels) : couleur *blanche* ;
- hématologie/sérologie/bactériologie : couleur *rose*.

La codification des couleurs porte sur les examens, non sur les laboratoires. Quand des examens de nature différente sont effectués par un même laboratoire (*a fortiori* dans les établissements disposant d'un laboratoire central), la distinction par couleur doit être maintenue.

Cependant, si, pour un même malade, plusieurs analyses relevant du même type d'examen sont à effectuer par un même laboratoire ou par une même section de laboratoire, le service de soins peut présenter ses demandes sur une feuille unique.

Tout examen pratiqué dans un service d'hospitalisation sera identifié par un imprimé de la couleur retenue pour le même examen pratiqué en laboratoire, mais dans ce cas l'imprimé à utiliser comporte une bande transversale permettant de procéder ultérieurement à la répartition et à la vérification des actes faits dans les services par rapport aux actes effectués en laboratoire.

Les hôpitaux peuvent, s'ils le désirent, faire imprimer sur les feuilles d'examen l'énumération des analyses les plus courantes dans chaque grande catégorie, en maintenant plusieurs lignes de blanc pour inscrire les noms des examens plus rares. Pour spécifier l'examen à pratiquer, on aura ainsi la ressource ou bien de rayer les mentions inutiles en conservant seulement la désignation de l'examen à faire, ou bien de noter à la main ou au cachet sur les lignes pointillées le nom de l'examen demandé si celui-ci n'est pas compris dans l'énumération.

Les médecins chefs de service et les biologistes des hôpitaux ont en outre toute latitude de composer à leur gré, selon leurs conceptions et leurs besoins propres, les cadres dans lesquels, pour certains examens, des mentions peuvent être inscrites à l'avance dans la partie réservée aux résultats.

Enfin, les établissements peuvent porter dans la partie administrative du document le numéro légal du laboratoire et réserver un emplacement destiné à recevoir les numéros des analyses par référence au registre chronologique du laboratoire.

Tous les documents comprennent deux parties détachables :

- la première partie est le talon du document qui se rabat sur le perforage ; elle doit être remplie, pour ce qui le concerne, par le service d'hospitalisation au moment où il fait la demande ; elle sera complétée par le laboratoire, une fois l'examen effectué ;
- la deuxième partie se divise en deux zones non séparables :
 - a) Près du filet de perforation, la demande d'examen reproduisant par duplication les renseignements déjà portés sur le talon pour identifier le malade et le service où il est hospitalisé et comprenant, en plus de ces renseignements, l'indication du diagnostic et l'objet de l'examen ; cette zone doit être signée par le médecin du service de soins ;
 - b) Le cadre réservé aux résultats, qui doivent être visés par le biologiste du laboratoire ou le chef du service qui a pratiqué l'examen.

Le document est envoyé, dans son intégralité, au laboratoire avec tous les renseignements relatifs au malade et à l'objet de la recherche.

Quand l'examen a été effectué, le laboratoire détache le talon, après avoir chiffré, selon la nomenclature des actes professionnels, l'acte pratiqué. Ce talon est adressé directement par le laboratoire au bureau des entrées qui le classe dans le dossier d'admission du malade.

Toute la seconde partie du document, comportant les résultats de l'examen, est adressée par le laboratoire au service de soins qui a fait la demande. Le service de soins classe ce document dans le dossier médical du malade.

Lors de la sortie du malade, la surveillante ou l'infirmière du service de soins compte, d'après les résultats contenus dans le dossier médical, le nombre des examens pratiqués et inscrit ce nombre, avec la nature des examens, dans le cadre de gauche (rubrique C) du verso de la fiche individuelle.

Quand la fiche individuelle est exploitée au bureau des entrées, en vue de la facturation des honoraires, le bureau des entrées compare le nombre des talons qu'il

a reçus pendant l'hospitalisation du malade au nombre des actes inscrits par l'infirmière au dos de la fiche. Si une différence est constatée entre le total par catégorie des actes notés par l'infirmière et le total des talons envoyés par les laboratoires au bureau des entrées, une vérification s'impose.

Cas particuliers.

- 1° Si un biologiste a besoin, pour compléter ou vérifier les résultats qu'il a obtenus, de s'adresser à un autre laboratoire ou service, il émettra, à destination de son collègue, une fiche d'examen du type retenu pour la catégorie à laquelle appartient l'analyse qu'il sollicite. Lorsque cet examen complémentaire aura été effectué, le talon de la fiche sera aussitôt envoyé au bureau des entrées par le laboratoire ayant pratiqué l'examen complémentaire. A la sortie du malade, le service de soins ajoutera cet examen à l'énumération des actes pratiqués pendant l'hospitalisation, et le bureau des entrées pourra en contrôler l'exécution grâce au talon qu'il a reçu du laboratoire qui a procédé à l'examen complémentaire ;
- 2° Quand l'établissement devra faire appel à un laboratoire conventionné public ou privé, les demandes d'examen seront présentées sur des imprimés du modèle hospitalier. Au moment où le laboratoire communiquera le résultat technique de l'examen au service demandeur, il désignera sur le talon l'acte pratiqué et son coefficient selon la nomenclature des actes professionnels. Le service demandeur fera parvenir dès réception le talon au bureau des entrées.

Le service d'électroradiologie.

(Modèles S. P./15, 16, 21 et 22.)

Les divers examens et traitements du service d'électroradiologie ont été classés en deux grandes catégories :

- l'électroradiodiagnostic : fiche couleur *bleue* ;
- l'électroradiothérapie et physiothérapie : fiche couleur *violette*.

Ce qui vient d'être dit au chapitre précédent en ce qui concerne l'utilisation et le cheminement des fiches relatives aux examens de laboratoire s'applique également aux documents S. P./15, 16, 21 et 22.

Le code d'hospitalisation et le code des honoraires médicaux.

I. — LE CODE D'HOSPITALISATION

Reproduit au verso du dernier volet de la liasse de recettes et rappelé en annexe à la présente circulaire, il doit être porté à la connaissance de tous les services : services de soins, laboratoires, pharmacie, services administratifs, économat, bureaux de comptabilité, receveurs, etc.

Après une courte période d'adaptation, le personnel gagnera un temps précieux à désigner en code les services, plutôt que d'inscrire en toutes lettres les secteurs d'hospitalisation, les disciplines, les spécialités ou spécialisations et les catégories.

Il convient également de ne pas oublier qu'une utilisation statistique du code est envisagée dans un proche avenir. Il est bon que, dès maintenant, le personnel s'habitue à cette méthode.

D'ores et déjà, on portera en code, au verso de la fiche individuelle (rubrique A) et au recto du dossier d'admission (grille de signalisation) les divers changements de discipline sur lesquels sera fondée la facturation des frais de séjour ; sur le titre de recette, les différents postes des dépenses à recouvrer seront spécifiés en code.

Enfin, les caisses de sécurité sociale et les services de l'aide sociale, les malades eux-mêmes liront en code l'indication des disciplines d'hospitalisation sur les avis des sommes à payer. Il importe donc qu'à tous les niveaux la codification ne souffre d'aucune erreur.

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

Tel que le code a été élaboré, il doit pouvoir traduire la quasi-totalité des situations possibles. Dans chacune des composantes, des chiffres sont restés libres en vue de leur affectation ultérieure à des cas non prévus dans le tableau.

Cependant, les établissements qui désireront compléter le code auront l'obligation de demander à l'administration centrale du Ministère de la Santé publique et de la population le chiffre du nouveau secteur, de la nouvelle discipline, de la nouvelle spécialisation ou de la catégorie dont la spécification chiffrée leur semble nécessaire. Cette règle doit être scrupuleusement observée, afin que les établissements qui, par la suite, voudront également codifier le même secteur ou la même discipline ou la même spécialisation ou catégorie, soient assurés de pouvoir utiliser le même chiffre.

Le code d'hospitalisation se développe sur quatre composantes :

- la première composante désigne l'établissement ou secteur d'hospitalisation. On doit entendre par secteur d'hospitalisation tout établissement ou unité hospitalière qui, bien qu'appartenant à un complexe hospitalier donné, a ou pourrait éventuellement avoir un bureau des entrées propre.

Par exemple, dans le complexe hospitalier du centre régional de Bordeaux, l'hôpital des enfants constitue un secteur d'hospitalisation, de même que l'hôpital Pellegrin ou Saint-André. Le premier recevra le chiffre 4 de la première composante, les deux autres le chiffre 1 précédé d'une lettre-code à choisir par l'administration pour différencier les deux établissements. Par contre, une clinique ouverte, bien que disposant d'un budget propre, ne constitue qu'une catégorie d'hospitalisation (voir colonne 4 du code chiffre 4 ou 5) et non un secteur d'hospitalisation ;

- la deuxième composante désigne les grandes disciplines et appelle les précisions qu'offre la troisième composante. On notera toutefois que les convalescents maintenus en service médecine, chirurgie ou spécialités doivent être distingués des convalescents passés dans une maison de convalescence. C'est pourquoi on les trouve dans la deuxième composante, alors que les convalescents entrés en maison de convalescence seront d'abord indexés sur la première composante au chiffre 5 (maisons de convalescence). Un convalescent adulte de médecine portera le chiffre 1 de la première composante, puis le 4 de la deuxième composante ;
- la troisième composante permet de compléter les indications fournies par les première et deuxième composantes. La liste des spécialisations de médecine et de chirurgie n'est pas limitative ; on a prévu les cas les plus courants. Les spécialités sont celles qui sont définies comme telles par les textes en vigueur ;
- la quatrième composante (catégories d'hospitalisation) réserve trois chiffres aux militaires (hommes de troupe, sous-officiers, officiers). Il ne s'agit pas des militaires relevant de la sécurité sociale militaire qui trouvent leur place, par assimilation, dans les catégories des malades civils. Les chiffres 6, 7 et 8 intéressent donc essentiellement les hôpitaux mixtes recevant des militaires. Le chiffre 9 (divers) marquera l'hospitalisation des membres du personnel et tous les cas exceptionnels.

Il y a obligation d'utiliser toujours quatre chiffres, le zéro remplaçant le chiffre qui n'a pas lieu d'être indiqué.

Exemples de codification.

Un malade entrant à l'hôpital en médecine de première catégorie sera désigné par : 1101 (1 : hôpital général, 1 : médecine, 0 : médecine générale, 1 : première catégorie). Dans cet exemple, l'oubli du zéro aurait été générateur de confusion, puisqu'on aurait lu 111 qui aurait pu signifier tout aussi bien : « hôpital général, médecine, pédiatrie » que « Chirurgie infantile 1^{re} catégorie », sans pouvoir déterminer immédiatement la composante omise.

Un malade hospitalisé en chirurgie thoracique 2^e catégorie sera désigné par 1232.

Une personne placée à l'hospice en 2^e catégorie sera désignée par 6002 (6 : hospice, 0 : parce qu'il n'y a pas de discipline à préciser, 0 : par ce que l'hospitalisé ne relève d'aucune spécialisation ou spécialité, 2 : 2^e catégorie).

Il convient de noter que dans la rubrique « catégories d'hospitalisation » figure encore la 3^e catégorie, bien qu'un texte actuellement en préparation supprime cette dernière. Cela ne modifiera en rien les dispositions prises. Le chiffre 3 ne sera plus utilisé dès que le texte en cause sera mis en vigueur.

Si, dans une même discipline, spécialité ou spécialisation, il existe plusieurs services, on pourra, pour identifier chacun d'entre eux, faire précéder d'une lettre les quatre chiffres du code. En supposant qu'un établissement possède trois services de médecine générale, le premier sera désigné par A 110 (1, 2 ou 3 selon la catégorie), le second par B 110 (1, 2 ou 3), le troisième par C 110 (1, 2 ou 3). Cette spécification complémentaire a son utilité dans les opérations internes de l'hôpital et pour ses statistiques propres. Elle peut, le plus souvent, être négligée sur les documents de liaison avec les organismes tiers et elle perd son intérêt au niveau des statistiques nationales, sauf dans le cas des prématurés qui seront toujours désignés par le nombre affecté à la pédiatrie (1111, 2 ou 3) précédé de la lettre P.

II. — LE CODE DES HONORAIRES MÉDICAUX

Dans son principe, le code des honoraires médicaux n'appelle aucune remarque particulière. Il repose soit sur des abréviations (FM : forfait médecine), soit sur l'utilisation des lettres-clés de la nomenclature des actes professionnels (B : analyses).

Le registre-matricule et le mouvement de la population.

OBSERVATIONS PRÉLIMINAIRES

On peut dégager quatre grands courants statistiques ayant une finalité marquée :

1° *La statistique du mouvement interne* de la population qui se ramène à deux notions-clés : le coefficient d'occupation, la durée moyenne de séjour.

a) Le coefficient d'occupation résulte de la formule suivante :

$$\frac{\text{Nombre de journées d'hospitalisation} \times 100}{\text{Nombre de lits} \times 365}$$

b) La durée moyenne de séjour résulte de la formule suivante :

$$\frac{\text{Nombre de journées d'hospitalisation}}{\text{Nombre d'entrées}}$$

Pour recueillir ces éléments, la fiche journalière du mouvement et son récapitulatif mensuel sont nécessaires et suffisants.

2° *La statistique par sexe* qui, elle aussi, doit ressortir des fiches journalières et récapitulatives du mouvement ;

- 3° *La statistique comptable et de contrôle* qui exige que le produit du nombre des journées servies par le prix de journée, soit égal à la valeur des sommes créditées au compte 706. Ce contrôle par le moyen d'une balance carrée ne peut avoir de valeur que si le nombre des journées d'hospitalisation est tiré du registre-matricule qui constitue en quelque sorte « le compte-matière » ;
- 4° *Les statistiques par organismes débiteurs* qui nécessitent une ventilation à l'intérieur de chaque discipline.

Méthode.

Les deux premiers ordres de statistiques seront honorés au moyen des fiches journalières et récapitulatives du mouvement (cf. infra).

La statistique comptable et les statistiques par organismes débiteurs sont étroitement liées, dans la mesure où leur confrontation, sur deux documents différents, assure le contrôle permanent des journées servies et des journées facturées.

Les hôpitaux partiront du principe que la *ventilation des journées d'hospitalisation par comptes budgétaires* doit ressortir du *bordereau-journal des titres de recette*. Les pages mobiles de ce livre seront élargies pour recevoir, à la suite des colonnes obligatoires, un cadre supplémentaire dont le modèle succinct est donné en annexe à cette instruction.

Il sera possible ainsi d'opérer un recoupement avec le *registre-matricule* qui, de son côté, offrira une *ventilation des journées par tiers débiteurs* dans chaque discipline.

Le registre-matricule comportera, dans tous les cas, quelle que soit l'importance de l'établissement, une ventilation des journées par tiers débiteurs dans les quatre grandes disciplines : médecine, chirurgie, maternité, hospice. C'est le minimum, administrativement et statistiquement, indispensable.

Cependant, les établissements seront libres — et il est souhaitable qu'ils usent de cette liberté — de ventiler les journées en fonction de tous les services qui font l'objet d'un compte budgétaire particulier, sous réserve que ce développement ne nuise pas à la ventilation fondamentale dans les quatre grandes disciplines. Cette ventilation détaillée réclamera, le plus souvent, la mise en service de feuillets intercalaires, glissés entre les pages du registre ; chaque ligne horizontale du feuillet correspondra à un malade, sans qu'il soit besoin de répéter son état civil, celui-ci apparaissant déjà sur la page gauche du registre.

Les établissements peuvent donc ouvrir sur le *bordereau-journal des titres de recette* autant de sous-comptes budgétaires qu'ils le désireront, mais, s'ils le font, leur registre-matricule devra présenter une ventilation des journées par tiers débiteurs se rapportant à ces sous-comptes.

LE REGISTRE-MATRICULE

Il ne doit exister qu'un *seul registre-matricule par établissement* disposant d'un service d'admission distinct. Les registres par secteur d'hospitalisation ou par discipline sont à proscrire. Il est admis, toutefois, que les établissements ayant un service d'hospice pourront ouvrir deux registres séparés, l'un pour les malades aigus, l'autre pour les pensionnaires de l'hospice.

Le format du registre est de 33 × 50 cm.

Il est composé de *feuillets mobiles, numérotés et paraphés*.

L'impression recto-verso des feuillets est réalisée de telle façon que la page de gauche contienne tous les renseignements d'état civil et la *page de droite* la date d'entrée et la date de sortie, le nombre de journées d'hospitalisation par trimestre (soit

une colonne pour chaque trimestre + une colonne de totalisation) et la ventilation des journées par organismes débiteurs dans les quatre grandes disciplines (médecine, chirurgie, maternité, hospice). Un schéma de la page de droite figure en annexe à la présente circulaire.

Les renseignements à porter sur la *page de gauche* sont les suivants : le numéro d'entrée, le nom, les prénoms, le lieu et la date de naissance, l'âge, la profession, la situation matrimoniale, les noms et prénoms des père, mère et ceux du conjoint si le malade est marié, la nationalité, le domicile.

Le *nombre des lignes* par page (une ligne par hospitalisé) est de 20 + 1 ligne de report et 1 ligne de total.

Les établissements créeront eux-mêmes, dans les limites qui viennent d'être fixées, le modèle de registre qui leur paraîtra le mieux adapté à l'organisation de leurs services, à la condition formelle qu'il permette la mise en œuvre de la méthode de contrôle des journées qui est, sur ce point, l'objet essentiel de la normalisation.

De même, il appartient aux hôpitaux de prendre toutes dispositions pour que le bordereau-journal des titres de recette soit conforme aux règles ci-dessus définies.

LE MOUVEMENT DE LA POPULATION

I. — *La fiche journalière par service.*

(Modèle S.P./23.)

Ce document semble pouvoir être ramené partout au format 21 × 27 vertical. Quoique, pour la commodité de son exploitation, son recto seul doive être utilisé, des cadres assez vastes ont pu être installés dans sa partie gauche pour y inscrire les noms des malades distribués en trois grandes classes : les entrants (entrées normales, entrées par mutation), les sortants (sorties normales, sorties par mutation) et les décès.

C'est, en effet, la caractéristique principale de la fiche journalière que d'être nominative. Les hôpitaux auront, en outre, la latitude d'inscrire, à côté du nom du malade, son numéro d'entrée, s'ils jugent que cette mention offre un intérêt.

Les sorties par décès seront notées le lendemain, puisque le jour du décès entre en compte dans l'évaluation des frais de séjour tandis que le jour de sortie n'intervient pas dans la facturation.

L'utilisation de la fiche journalière par service ressort assez clairement de sa contexture :

On additionne les présents de la veille (cadre A) et les entrées (cadre B). De ce nombre inscrit dans le cadre C, on déduit le total des sorties (D) et des décès (E) qu'on trouve dans le cadre J. On obtient ainsi dans le cadre K le nombre des lits occupés ce jour. On les soustrait des lits installés (cadre L) pour connaître le nombre des lits disponibles (cadre M).

Cette fiche doit être remplie chaque jour, ponctuellement, par la surveillante ou l'infirmière du service de soins qui procédera non seulement à la ventilation par catégorie, mais aussi à la ventilation par sexe prévue dans les quatre dernières colonnes : hommes, femmes et — pour les malades de moins de quinze ans — garçons, filles.

Le point de départ horaire de la journée a été fixé à 0 heure. (La fiche journalière rend compte de l'activité du service au cours de la journée écoulée.)

Tous les matins, les services de soins font parvenir ces fiches au bureau des entrées qui vérifiera chacune d'elles et procédera aux rectifications éventuelles avant de servir la fiche récapitulative journalière du mouvement.

**II. — La fiche récapitulative journalière du mouvement
dans l'ensemble de l'établissement.**

(Modèle S. P./24.)

Le bureau des entrées tiendra, chaque jour, une fiche récapitulative sur laquelle il reportera les renseignements qui lui seront fournis par les fiches journalières établies par les différents services de soins.

Pour cette récapitulation, et afin d'éviter des transpositions d'écritures lors de l'élaboration des statistiques mensuelles et annuelles, on groupera les services par discipline (qui, bien souvent, coïncident avec les différents prix de journée). Exemple (n° 1) : jusqu'au premier interligne sont énumérés les services de médecine de A. 110 à 119 ; au-dessous, les services de chirurgie et de spécialités chirurgicales de A. 120 à 133 ; puis les cliniques ouvertes, etc. Les interlignes sont ménagés en vue d'y inscrire les totaux partiels par discipline.

Les renseignements dont disposera le bureau des entrées sont extrêmement précieux à l'échelon de la direction qui aura ainsi tous les jours :

- une appréciation des disponibilités dans chaque service en comparant les présents ce jour (total K) avec le nombre des lits installés (1^{re} colonne) ;
- le nombre d'entrées, total et par catégorie, qui doit correspondre strictement aux inscriptions dans le registre-matricule ;
- le nombre des sorties, normales ou par décès, en corrélation avec le registre-matricule ;
- le décompte des rationnaires hospitalisés dans l'ensemble de l'établissement, par service et par catégorie.

Les colonnes de la fiche récapitulative suivent l'ordre donné, sur la fiche journalière, aux différents éléments chiffrés, ce qui facilite au maximum la tâche du bureau des entrées.

En examinant l'exemple n° 1 proposé sur le modèle-type d'imprimé pour la journée du 5 mars 1958, l'administration saura que :

- le nombre des lits disponibles à 0 heure (colonne M) était : en médecine A. 110, de 0 ; en médecine B. 110, de 4..., en médecine A. 111, de 10, etc. ;
- le nombre des rationnaires (colonne K) a été de 360 se répartissant en 325 de 3^e catégorie, 35 de 2^e catégorie, 0 de 1^{re} catégorie ;
- le nombre des garçons en médecine enfants A. 111 était de 10, de filles de 11, etc.

III. — La fiche récapitulative mensuelle du mouvement de la population par service.

(Modèle identique au précédent.)

Le modèle de fiche utilisé pour la récapitulation du mouvement journalier dans l'ensemble de l'établissement servira à récapituler mensuellement le mouvement dans chaque service.

De cette fiche se dégageront de très nombreux éléments statistiques.

Remplie à titre d'exemple (n° 2) pour un service O R L (132) ayant fonctionné au mois de mars 1958, on constatera qu'elle livre sur la statistique du mouvement de la population :

A. — Les éléments immédiats.

On obtient par simple lecture :

- le nombre des entrées par service : 19 ;
- le nombre des entrées par catégorie : 18 et 1 ;

- le nombre des sorties par service : 19 ;
- le nombre des sorties par catégorie : 19 et 0 ;
- le nombre des journées par service : 266 ;
- le nombre des journées par catégorie : 262 et 4 ;
- le nombre des journées par sexe : 99 hommes, 77 femmes, 59 garçons, 31 filles ;
- le nombre des entrées par sexe : 6 hommes, 3 femmes, 5 garçons, 5 filles.

B. — Les éléments consécutifs.

a) La durée moyenne de séjour dans ce service :

$$\text{Globale : } \frac{266}{19} = 14.$$

Par catégorie :

$$\text{Durée moyenne en 3^e catégorie : } \frac{262}{18} = 14,6.$$

$$\text{Durée moyenne en 2^e catégorie : } \frac{4}{1} = 4.$$

Par sexe :

$$\text{Durée moyenne de séjour des hommes : } \frac{99}{6} = 16,5.$$

$$\text{Durée moyenne de séjour des femmes : } \frac{77}{3} = 25,6.$$

$$\text{Durée moyenne de séjour des garçons : } \frac{59}{5} = 11,8.$$

$$\text{Durée moyenne de séjour des filles : } \frac{31}{5} = 6,2.$$

b) Le coefficient d'occupation du service :

$$\text{Global : } \frac{266 \times 100}{17 \times 31} = 50 \, \%.$$

Par catégorie :

$$\text{3^e catégorie : } \frac{266 \times 100}{15 \times 31} = 56 \, \%.$$

$$\text{2^e catégorie : } \frac{4 \times 100}{2 \times 31} = 6 \, \%.$$

Par sexe :

Si on connaît le nombre des lits répartis par sexe, il sera facile de calculer le coefficient d'occupation en partant du nombre de journées d'hospitalisation qui nous est donné par sexe.

La fiche récapitulative du mouvement mensuel est à même, à elle seule, de fournir les éléments d'information les plus poussés sur l'activité d'un service déterminé. Par conséquent, elle peut satisfaire à tous les besoins de cet ordre dans les établissements n'ayant qu'un ou deux services.

En outre, à partir de ce document, il est loisible d'évaluer, comme il est exposé ci-dessous, les droits mensuels constatés et de surveiller ainsi l'exécution budgétaire en recettes.

Cependant, pour les établissements comportant plusieurs services distincts, il convient de recourir à l'état statistique mensuel du mouvement de la population.

IV. — *Etat statistique mensuel du mouvement de la population.*

(Modèle S. P./25.)

1° Il permet d'avoir une vue d'ensemble sur le fonctionnement de chacun des services de l'établissement au cours du mois écoulé et de rassembler les données statistiques relatives au mouvement de la population : les éléments immédiats (entrées, sorties, etc...), les éléments consécutifs (durée moyenne de séjour, coefficient d'occupation).

Il constitue la base des statistiques annuelles dont il sera question au paragraphe V infra.

2° Il permet le calcul des droits constatés mensuels et le contrôle de l'exécution du budget.

A. — *Statistiques du mouvement de la population.*

Les éléments immédiats : entrées (B), sorties (J), présents (K), ainsi que la ventilation par sexe (entrées N et présents ce jour O) seront reportés sur l'état statistique mensuel à raison d'une ligne par service et dans l'ordre défini préalablement.

Les éléments consécutifs apparaîtront sur cet état, du fait que les colonnes A (présents la veille), C (total des présents + entrées), M (lits disponibles) — qui étaient nécessaires sur la fiche récapitulative, mais qui ne présentent pas d'intérêt sur l'état statistique — ont été supprimées pour laisser place :

- à la durée moyenne de séjour, globale et par catégorie ;
- au coefficient d'occupation ;
- à la durée moyenne de séjour par sexe.

Dans le modèle (n° 3), la durée moyenne de séjour pour le service de médecine

A. 110 est de $\frac{966}{14} = 14$; pour le service de médecine B. 110 de $\frac{794}{38} = 24$; pour le service de médecine C. 110 de $\frac{833}{22} = 37$; etc.

Le coefficient d'occupation pour les mêmes services sera respectivement de $\frac{966 \times 100}{28 \times 31} = 111 \%$, $\frac{794 \times 100}{28 \times 31} = 91 \%$, $\frac{833 \times 100}{27 \times 31} = 99 \%$.

La durée moyenne de séjour par sexe a été pour le service de médecine C. 110 : de 33 jours pour les hommes $\left(\frac{438}{13} \right)$ de 47 jours pour les femmes $\left(\frac{376}{8} \right)$ de 19 jours pour les filles $\left(\frac{19}{1} \right)$ etc.

Ainsi se trouvent groupés sur un seul et même état l'ensemble des éléments immédiats et consécutifs du mouvement mensuel de la population.

Les sous-totaux de la colonne K (présents) permettront de déterminer par discipline (médecine, chirurgie, convalescents, etc.) le nombre des journées servies, donc de calculer la valeur des droits constatés.

B. — *Statistiques financières et de contrôle.*

La situation financière de l'établissement sur le plan des recettes sera suivie, chaque mois, en comparant la valeur des droits constatés et le montant des prévisions budgétaires.

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

- a) *Détermination des droits constatés mensuels.* — On multipliera le nombre des journées servies dans chaque discipline (sous-totaux de la rubrique K) par le prix de journée afférent.

Exemples :

Médecine 3 ^e catégorie.....	7.373 j	$\times 3.000 \text{ F}$	=	22.119.000 F.
Médecine 2 ^e catégorie.....	13 j	$\times 3.500 \text{ F}$	=	45.500 F.
Médecine 1 ^{re} catégorie : néant.				
Chirurgie 3 ^e catégorie.....	1.789 j	$\times 3.200 \text{ F}$	=	5.724.800 F.
Chirurgie 2 ^e catégorie.....	24 j	$\times 3.700 \text{ F}$	=	88.800 F.
Chirurgie 1 ^{re} catégorie : néant.				
Convalescents 3 ^e catégorie.....	814 j	$\times 1.500 \text{ F}$	=	1.221.000 F.

Total général..... 31.000.000 F.

- b) *Détermination des droits budgétaires mensuels :* on divisera la valeur du ou des comptes 706 par 12. Si le crédit inscrit pour l'année est de 360 millions de francs, les droits budgétaires mensuels seront de 30 millions de francs.
- c) *Comparaison des droits constatés et des droits budgétaires :* la comparaison des chiffres obtenus en a) et b) s'effectuera mois par mois, au moyen d'un tableau du modèle ci-dessous :

DESIGNATION	JANVIER	FEVRIER	MARS
Droits budgétaires.....	30.000.000	30.000.000	30.000.000
Droits constatés.....	31.000.000	30.500.000	31.000.000
Solde	1.000.000	500.000	1.000.000
Solde cumulé.....	1.000.000	1.500.000	2.500.000

Il sera donc possible de suivre, au mois le mois, et de connaître dès le premier jour du mois qui suit, l'évolution de la créance de l'établissement sur frais d'hospitalisation par rapport aux prévisions budgétaires.

Pour ce qui a trait aux cliniques ouvertes, ce contrôle s'effectuera, par le même procédé, mais sur un tableau disjoint. Dans l'exemple choisi, les droits constatés, au mois de mars, pour la clinique chirurgicale ouverte de 2^e catégorie seraient de $636 \text{ j} \times 3.600 \text{ F} = 2.289.600 \text{ F}$; pour la clinique ouverte maternité de 2^e catégorie, ils seraient de $328 \text{ j} \times 3.600 \text{ F} = 1.180.800 \text{ F}$.

V. — Etat statistique annuel.

(Modèle identique au précédent.)

L'état statistique annuel (exemple n° 4) sera élaboré à partir de la fiche récapitulative mensuelle lorsque l'établissement n'a qu'un ou deux services ; à partir des états statistiques mensuels lorsque l'établissement comprend plusieurs services.

Dans le premier cas, il suffira de reporter sur l'état statistique annuel (modèle S. P./25) les résultats inscrits au bas des colonnes B (entrées), J (sorties + décès) et K (présents) des fiches récapitulatives mensuelles (modèle S. P./24). Les éléments consécutifs seront calculés aisément d'après les éléments immédiats.

Dans les établissements possédant plusieurs services de même catégorie, l'état statistique annuel global sera établi en partant des états statistiques mensuels, soit par l'intermédiaire des états statistiques annuels par service, soit par une méthode directe.

a) Première méthode :

Pour établir les états statistiques annuels par service, on reportera pour un service donné les éléments immédiats qui apparaissent sur la ligne correspondante des états statistiques mensuels (exemple n° 3) ; pour le service A. 110, on additionnera les douze chiffres portés sur la première ligne de chaque état mensuel (entrées, sorties, présents, entrées et présents par sexe). Les éléments consécutifs (durée moyenne pour le service et par sexe, coefficient d'occupation) seront obtenus, non par l'addition des résultats figurant aux états statistiques mensuels, mais par un nouveau calcul s'opérant sur les totaux des éléments immédiats, selon la méthode suivie pour tirer ce même ordre de renseignements des états statistiques mensuels pour l'ensemble de l'établissement.

L'état statistique annuel global sera réalisé par le report des totaux enregistrés au bas des colonnes B, J et K de chaque état statistique annuel par service. Pour dégager les durées moyennes de séjour et le coefficient d'occupation pour l'ensemble de l'établissement, on veillera à ne pas additionner les éléments consécutifs, mais à les calculer d'après les totaux des éléments immédiats.

b) Deuxième méthode :

L'état statistique annuel global peut être obtenu directement en totalisant les éléments immédiats de chacun des douze états statistiques mensuels.

Cette méthode, plus rapide, a toutefois l'inconvénient de ne pas mettre en évidence, pour chaque service, l'évolution mois par mois. C'est pourquoi les établissements importants auront avantage à employer la méthode décrite en a).

Il va sans dire que le format des fiches récapitulatives du mouvement et des états statistiques peut varier selon l'importance de l'établissement et le nombre de ses services.

La normalisation porte donc exclusivement sur l'en-tête de ces documents et sur leurs modalités d'emploi, qui devront être identiques dans tous les hôpitaux.

A cet égard, il convient de mettre l'accent sur l'un des principes qui ont inspiré la normalisation des imprimés. Ce principe veut que la statistique permette une vue de l'activité hospitalière normale, mais ne doit pas être par elle-même une source de complications pour l'administration. Il faut, en conséquence, que les informations d'ordre statistique que les hôpitaux sont invités à livrer périodiquement ressortent des documents utilisés dans l'activité quotidienne des services.

A ce prix, on pourra établir, dans une seconde étape de la réforme, une structure statistique nouvelle qui, plus efficace, n'alourdira pas la tâche des administrations hospitalières.

Désignation et adresse
de l'établissement

HOSPITALISE

VENANT DE (en cas de transfert
d'un autre établissement) :

N° d'entrée

NOM, Prénom

Né le à

Profession

Adresse

Entré le

Présent le

Sorti le

Débiteurs

Bénéfice de l'aide médicale
demandé le :

TITRE DE RECETTES

Volet 1 destiné au RECEVEUR

N° du titre

ASSURE SOCIAL

N° d'immatr.

Malade

A

C

E

Autre

Pens. milit...

Article 115.

N° de l'autorisation

Régime

N° de sinistre

RISQUE

MAL.

MAT.

INV.

A. T.

← Code hôpital

Employeur

N° identifi...

Organisme où sont versées les cotisations de

Sécur. soc...

Pièces justif.

DEBITEUR

DE LA PART

DU MALADE

NOM et Prénom

Adresse

A	FRAIS DE SEJOUR	Numéro de compte	Code	BASES DE CALCUL		Nombre de jours	Tarif	DECOMPTE DES SOMMES DUES						Emargements		
				Période				Total (col. 2 à 6) 1	Part du malade C/410.0 2	Part du département C/410.2 3	Divers C/410.4 4	Organisme de Sécurité Sociale. C/410.1		N° Quittances et Dates	Montants	
				du	au							80 % 5	100 % 6			
	70															
	70															
	70															
	70															
B Ambulance																
C	HONORAIRES MEDICAUX	Dates	Code ou Tarif	Coefficient des actes ou nombre de jours	Nom du Chef de service											
		TOTAUX A + B + C....														

Le

L'ORDONNATEUR

Renseignements

Versements...

Avis et Frais de poursuite

Mod. SP 3

RESTE DU

Code d'hospitalisation.

[illegible]

Honoraires médicaux.

HN Honoraires journaliers de surveillance.

K Actes de chirurgie.

KR Actes d'Electroradiologie.

B Analyses.

FM Forfait Médecine.

ED Entente directe.

F C **Forfait Convalescence.**

F A Forfait Accouchement.

ACC Accouchements.

Pour les actes de consultation externe, codifier selon la nomenclature des actes professionnels.

Exercise

BORDEREAU-JOURNAL DES TITRES

(1) intitulé des colonnes de l'exemplaire conservé par l'ordonnateur.

(2) Intitulé des colonnes des exemplaires remis au comptable.

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

ANNEXE N° 8

DIRECTION GÉNÉRALE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE

14^e bureau.

CIRCULAIRE DU 16 NOVEMBRE 1959

**RELATIVE : 1° AUX ATTRIBUTIONS DU DIRECTEUR DES HOPITAUX ET
HOSPICES PUBLICS ;**

**2° A LA MISE A JOUR DU CADRE COMPTABLE DES HOPITAUX
ET HOSPICES DE PLUS DE 100 LITS, DES HOPITAUX
PSYCHIATRIQUES ET DES ETABLISSEMENTS DE CURE ;**

**3° A LA COMPTABILITE ANALYTIQUE D'EXPLOITATION DES
HOPITAUX ET HOSPICES PUBLICS, DES HOPITAUX PSYCHIA-
TRIQUES ET DES ETABLISSEMENTS DE CURE**

(Non parue au *Journal officiel*.)

1° Circulaires abrogées par la présente circulaire : néant.

2° Circulaires complétées ou modifiées par la présente circulaire :

- circulaire n° 145 bis du 30 septembre 1952 ;
- circulaire n° 141 du 27 novembre 1953 ;
- circulaire n° 151 du 4 décembre 1953 ;
- circulaire n° 5 du 5 janvier 1954 ;
- circulaire n° 131 du 20 août 1954 ;
- circulaire n° 340 b 3 du 4 février 1958 ;
- circulaire n° 236 a du 5 février 1959.

Paris, le 16 novembre 1959.

**LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION**

*à Messieurs les Préfets (pour exécution), Messieurs les directeurs
départementaux de la Population et de l'Aide sociale (pour
information), Messieurs les Directeurs départementaux de
la Santé (pour information).*

La présente circulaire a pour objet de traiter :

- d'une part, des difficultés d'interprétation que soulèvent les nouvelles attributions confiées aux directeurs des hôpitaux et hospices publics par l'article 27 du décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 ;

- d'autre part, de la mise à jour du cadre comptable applicable aux hôpitaux et hospices pour tenir compte des modifications résultant du nouveau plan comptable général approuvé par arrêté ministériel du 11 mai 1957, ainsi que des compléments apportés depuis 1952, soit par voie d'instructions, soit par décision individuelle, aux cadres comptables qui résultaient des instructions n° 145 bis du 30 septembre 1952, n° 131 du 20 août 1954 et n° 5 du 5 janvier 1954 ;
- et enfin, de certaines observations formulées par la Cour des comptes, quant à la tenue de la comptabilité analytique d'exploitation.

Ces trois questions seront évoquées successivement.

I. — Attributions et rôle du directeur d'un hôpital.

L'article 27 du décret n° 58-1202 du 11 décembre 1958 détermine les attributions du directeur général, directeur ou directeur économe d'un hôpital ou hospice public.

Il y est notamment précisé que ce fonctionnaire :

« »

« 4° Conserve et administre le patrimoine de l'établissement et fait, en conséquence, tous actes conservatoires de ses droits.

« »

« 6° Dans les établissements de plus de 200 lits :

« »

« b) Exerce les fonctions d'ordonnateur, passe les marchés. »

Or, des difficultés se sont élevées dans certains établissements quant à l'interprétation exacte du rôle du directeur et au partage des attributions respectives de la commission administrative et du directeur ou du directeur économe.

Aussi, m'est-il apparu indispensable de vous fournir à ce sujet les précisions suivantes :

A. — En matière d'administration et de conservation du patrimoine de l'établissement, le directeur ou le directeur économe dispose désormais d'un pouvoir propre.

Il lui appartient, en vertu des dispositions précitées, de procéder à tous les actes de gestion et d'administration du patrimoine, à l'exception de ceux énumérés à l'article 22 du décret du 11 décembre 1958, c'est-à-dire :

- les acquisitions, aliénations et échanges de propriétés et leur affectation au service ;
- les projets de travaux pour constructions, grosses réparations et démolitions ;
- les conditions des baux de plus de dix-huit ans, ces questions étant de la compétence de la commission administrative et devant faire l'objet de délibérations approuvées par le préfet.

B. — En matière de passation des marchés, les attributions respectives de la commission administrative et du directeur dans les établissements de plus de 200 lits doivent être départagées comme suit :

La commission administrative est chargée de définir la politique générale à suivre par l'établissement et le programme de ses activités. C'est ainsi qu'elle délibère sur les travaux à entreprendre dans l'établissement ainsi que sur les acquisitions de matériel ou de fournitures à envisager. De telles décisions sont prises, d'ailleurs, pour la plupart, au moment du vote du budget primitif et, éventuellement, lors de celui des crédits supplémentaires.

D'autre part, en application de l'article L. 706 du Code de la santé publique et de l'arrêté interministériel du 19 mai 1955 relatif aux marchés de fournitures, la commission administrative doit décider du mode de passation des marchés et demander, à l'autorité de tutelle, les autorisations nécessaires pour l'achat par marchés de gré à gré, sans limitation de montant de certaines fournitures limitativement énumérées dans l'arrêté précité du 19 mai 1955.

Il appartient ensuite au directeur de mettre en œuvre la procédure de passation des marchés, de voir dans quelles conditions l'acquisition doit être faite, compte tenu des lignes générales de la politique adoptée en la matière par la commission administrative, de faire les appels à la concurrence, en résumé, de remplir toutes les formalités préalables aux marchés. Il doit, ensuite, revêtir de sa signature le marché lui-même.

Une fois le marché ainsi passé, il est soumis, dans les conditions prévues par l'article L. 706 du Code de la santé publique, à l'approbation préfectorale, les textes récents n'ayant apporté aucune modification aux modalités d'exercice de la tutelle en matière de marchés.

Comme par le passé, bien entendu, l'approbation expresse n'est pas exigée pour les marchés passés en application de l'article 1^{er} et de l'article 2 de l'arrêté du 19 mai 1955 lorsque l'établissement peut produire l'autorisation de traiter de gré à gré prévue par l'article 4 de ce texte.

II. — Mise à jour du cadre comptable.

a) *Hôpitaux et hospices publics.*

Les hôpitaux et hospices publics tiennent leur comptabilité sur la base du cadre comptable annexé à l'instruction n° 145 bis du 30 septembre 1952.

Depuis lors, ce cadre comptable a dû être complété par voie soit d'instructions, soit de décisions individuelles, pour répondre à des situations dont il n'avait pas été tenu compte à l'origine.

En outre, il est indispensable d'y introduire certaines modifications résultant du nouveau texte du plan comptable approuvé par arrêté ministériel du 11 mai 1957.

En conséquence, vous voudrez bien trouver en annexe à la présente instruction le nouveau cadre comptable tel qu'il résulte de la mise à jour auquel mon département a dû procéder en accord avec le ministère des finances du fait des considérations qui précèdent.

Le plan comptable général modifié conduit à introduire dans le plan comptable hospitalier les aménagements suivants :

— classement sous un nouveau numéro de certains comptes :

Provision pour travaux : C/157 ;

Matériel de transport : C/215 ;

Sécurité sociale : C/617 ;

Subventions versées : C/668 ;

— groupement en une seule subdivision (C/63) des comptes élémentaires figurant aux comptes 63 « Frais pour biens meubles et immeubles », et 65 « Fournitures extérieures » ;

— groupement au compte 78 des « Travaux faits par l'établissement pour lui-même » (ancien C/75) et des « Reprises de provision », le compte 78 se situe ainsi parmi les comptes de produits exactement comme le compte 68 dont il est l'homologue parmi les comptes de charges.

L'ouverture du compte 63 « Travaux, fournitures et services extérieurs » permet d'affecter le compte 65, libre dans le plan comptable général, au « Travail thérapeutique et vie sociale », ce qui a notamment pour résultat d'unifier le cadre comptable des hôpitaux et hospices et celui des hôpitaux psychiatriques.

Il doit être précisé, d'ailleurs, à ce sujet, que le compte 65 prévu en principe pour les quartiers psychiatriques peut également être utilisé, en tant que de besoin, par les hospices de vieillards et les maisons de retraite.

En ce qui concerne les quartiers psychiatriques annexés à un hôpital-hospice, les dispositions de la lettre circulaire du 20 septembre 1957, concernant le fonctionnement financier de ces services et tendant notamment à ce que certaines subdivisions ayant valeur d'articles ou de comptes élémentaires spéciaux affectés aux opérations du quartier psychiatrique soient ouvertes à la section d'exploitation du budget, restent valables sous réserve des modifications apportées par la présente circulaire relativement au numérotage de ces subdivisions.

Enfin, il est apparu qu'il n'était pas indispensable d'établir un cadre comptable particulier pour les établissements de 100 à 500 lits.

Le cadre comptable annexé à la présente instruction devra donc se substituer, à compter du 1^{er} janvier 1960, à la fois à l'annexe I de l'instruction 145 bis du 30 septembre 1952 et à l'annexe I A de l'instruction 141 du 27 novembre 1953. Par voie de conséquence, seules les prescriptions du paragraphe 43 *Etablissements de 100 à 200 lits* de l'instruction 141 du 27 novembre 1953 auront à être observées à compter du 1^{er} janvier 1960, les autres dispositions de cette instruction étant devenues sans objet.

b) *Hôpitaux psychiatriques.*

Vous trouverez ci-joint, en annexe II, le cadre comptable des hôpitaux psychiatriques tel qu'il résulte de la mise à jour effectuée en tenant compte des modifications résultant des dispositions de l'arrêté du 11 mai 1957.

A cette occasion, il est apparu nécessaire d'introduire la liste des comptes prévue par la circulaire 340 b 3 du 4 février 1958 concernant l'organisation du travail thérapeutique.

J'appelle tout particulièrement votre attention sur l'ouverture des subdivisions 4627 et 656 concernant les opérations intéressant le fonds de solidarité, et 668 relative à la subvention versée à l'association appelée à participer au fonctionnement de la vie sociale des malades.

c) *Etablissements de cure.*

En annexe III figure le cadre comptable des établissements de cure.

Outre les modifications résultant de l'arrêté du 11 mai 1957, un certain nombre d'additions ont été effectuées à la demande des établissements pour introduire de nouveaux comptes qui, figurant au cadre comptable des hôpitaux et hospices, n'avaient pas été repris dans l'annexe II de la circulaire du 5 janvier 1954 par mesure de simplification.

III. — **Tenue de la comptabilité analytique d'exploitation.**

La cour des comptes vient de me signaler, dans un référé portant sur les constatations faites à l'occasion du contrôle des comptes des établissements d'hospitalisation pour les années 1953 à 1956, les diverses lacunes qui ont pu être relevées dans la comptabilité analytique d'exploitation de certains établissements.

Or, la tenue d'une telle comptabilité a pour objet essentiel de fournir aux administrations hospitalières et aux autorités de tutelle des renseignements sur la gestion et le fonctionnement des établissements, renseignements dont l'intérêt et l'utilité sont indéniables.

Pour faciliter la mise en œuvre et l'interprétation de cette comptabilité, il est absolument indispensable que les règles fixées pour sa tenue soient suivies avec le plus grand soin et correctement appliquées.

C'est pourquoi j'appelle particulièrement votre attention sur les points sur lesquels ont porté les observations présentées par la haute juridiction, et je vous demanderais de les signaler aux établissements hospitaliers de votre département pour que, le cas échéant, il soit remédié aux errements constatés.

1° Documents à produire au juge des comptes.

Il est rappelé, à ce propos, que le juge des comptes doit recevoir les documents présentant les résultats de la comptabilité analytique dans les conditions ci-après :

- a) Prix réels : ainsi qu'il l'a déjà été précisé dans la circulaire 244 C du 7 mai 1956, les documents fournissant les prix de revient réels d'une année déterminée doivent être annexés au compte administratif de l'année considérée. Une ampliation du compte administratif et ses annexes doivent, d'autre part, être compris parmi les pièces générales qui accompagnent le compte de gestion du receveur ;
- b) Prix prévisionnels : les documents fournissant les prix de revient prévisionnels d'une année déterminée doivent être joints au rapport établi par le directeur de la population et de l'aide sociale à l'occasion de la fixation des prix de journée. Ce rapport, accompagné des documents susvisés, doit être remis au Trésorier-Payeur général pour être annexé au compte de gestion de chaque établissement.

2° Sections auxiliaires à ouvrir.

La cour a fait remarquer que les résultats mêmes de la comptabilité analytique ne sont pas toujours utilisables du fait que, dans bon nombre d'hôpitaux, les prix de revient de certaines sections auxiliaires n'ont pas été dégagés.

Certes, il n'est pas possible, en raison de la diversité de structure des établissements, de dresser une liste des sections auxiliaires qui seraient obligatoirement ouvertes par chacun d'eux.

Néanmoins, l'attention des établissements doit être appelée sur l'intérêt qu'il peut y avoir d'ouvrir, chaque fois que les services peuvent être suffisamment isolés, outre les sections expressément prévues par les instructions, des sections auxiliaires nouvelles ou comptes de reclassement de charges permettant de réunir des indications qu'il aura été jugé bon de connaître.

Il est précisé que les comptes de reclassement de charges sont destinés à grouper les éléments dont on désire déterminer le montant total. Ces comptes se distinguent des sections auxiliaires, qui correspondent à des secteurs d'activité pouvant être isolés de façon réelle ou fictive.

Il est souhaitable à cet égard que les établissements importants, comptant par exemple plus de 500 lits, ouvrent dans leurs écritures les comptes et sections ci-après :

Comptes de reclassement de charges :

- personnel ;
- internat ;
- communauté des religieuses.

Sections auxiliaires :

- services économiques ;
- gestion du personnel ;
- comptabilité de l'ordonnateur ;
- accueil des malades ;
- ambulances ;
- boulangerie ;
- écoles d'infirmières.

Les comptes Personnel, Internat, Communauté des religieuses comprennent, outre les frais de personnel proprement dits (traitements, indemnités, sécurité sociale, charges sociales), les avantages en nature sous différentes formes : avantages octroyés sans contrepartie pécuniaire, avantages octroyés contre versement d'une somme d'argent ne couvrant pas intégralement le coût du service.

L'ouverture des sections : services économiques (achats, réception, magasins, distribution, comptabilité des stocks), gestion du personnel (tenue des dossiers, avancement, congés, paye, service social...), comptabilité de l'ordonnateur (émission des mandats, des titres de recettes, tenue des documents comptables, calcul des prix de revient...), accueil des malades (bureau des entrées, registres, tenue des dossiers, recherches des débiteurs, correspondances...) doit permettre de réduire très sensiblement l'importance de la section « Administration générale ».

3° Choix des unités d'œuvre.

Ainsi qu'il est indiqué dans l'instruction n° 191 du 4 décembre 1953, les éléments de charges groupés dans une section doivent pouvoir être ramenés à une unité commune dite « unité d'œuvre ». L'unité d'œuvre propre à chaque section doit permettre de mesurer la part des frais de cette section qui incombe effectivement à chacune des autres sections.

S'il était admissible pendant une période de transition de retenir la journée-lit comme unité d'œuvre de certaines sections auxiliaires, il convient, maintenant que l'organisation comptable est définitivement en place, d'approfondir les méthodes de calcul des prix de revient et d'abandonner la solution de facilité qu'ont pu adopter quelques établissements.

La journée ne doit être choisie, comme unité d'œuvre, que dans les cas particuliers où le service rendu se présente sous la forme de prestations journalières sensiblement identiques.

Dans les autres cas les établissements devront, dans toute la mesure du possible, adopter comme unité d'œuvre des sections auxiliaires, celles qui figurent à titre indicatif dans l'instruction du 4 décembre 1953.

4° Nombre des unités d'œuvre et résultats des sections auxiliaires.

Pour permettre d'exploiter correctement les indications de la comptabilité analytique d'exploitation, il est indispensable que la feuille de répartition et l'imputation soit remplie dans toutes ses parties.

Il convient plus particulièrement d'indiquer, en tête de cette feuille, les bases servant à la répartition des charges et produits inscrits dans la comptabilité générale.

Les établissements n'omettront pas, au surplus, de faire figurer sur ce document le prix de revient unitaire pour chaque section qu'il aura été jugé bon d'ouvrir.

5° Imputation des recettes en atténuation.

Il est spécifié que les recettes autres que les produits hospitaliers doivent être imputées aux sections qui ont fourni les prestations dont le coût se trouve couvert par ces recettes. Il est en principe irrégulier d'inscrire toutes ces recettes à la section d'administration générale.

6° Ventilation et répartition des charges.

Il importe, enfin, que la ventilation des charges et leur répartition dans les sections auxiliaires et définitives soient convenablement effectuées.

Doivent plus particulièrement être évitées les dispositions tendant à répartir directement entre les sections définitives certaines charges qui, en raison de leur nature, doivent nécessairement être imputées à un compte de section auxiliaire et de reclassement des charges. Il en est ainsi pour les dépenses de combustibles, de produits pharmaceutiques, etc., qui, en étant imputées aux sections auxiliaires intéressées, viennent s'ajouter aux autres frais de ces sections de façon à permettre de dégager le coût des secteurs d'activité, tel que le chauffage et la pharmacie dont l'importance n'a pas à être soulignée.

Vous voudrez bien appeler l'attention des établissements hospitaliers placés sous votre tutelle, sur les diverses questions évoquées dans la présente circulaire et me faire part, éventuellement, des difficultés que leur application aurait pu soulever.

Pour le Ministre et par autorisation :

Le Maître des Requêtes au Conseil d'Etat,
Directeur du Cabinet,

MAX QUERRIEN.

CADRE COMPTABLE DES HOPITAUX ET HOSPICES

(Etablissements de plus de 100 lits.)

COMPTES PRINCIPAUX	COMPTES élémentaires.	INTITULE DES COMPTES, SOUS-COMPTES ET SUBDIVISIONS
Classe 1. — Comptes de capitaux permanents.		
10 DOTATION	105	<i>Fonds de dotation.</i>
		1050 Dotation.
		1051 Subventions d'équipement.
		1052 Indemnités de dommages de guerre.
	106	<i>Dons et legs en capital.</i>
	107	<i>Valeur des biens affectés.</i>
11 RESERVES	114	<i>Réserve de trésorerie.</i>
	115	<i>Excédents affectés à l'équipement hospita-</i> <i>lier.</i>
	116	<i>Différences sur réalisations d'immobilisa-</i> <i>tions.</i>
		1161 Différences sur réalisations d'immobilisa-
		tions corporelles.
		1166 Différences sur réalisations de titres et
		valeurs.
	118	<i>Réserve spéciale de réévaluation.</i>
12 RESULTATS NON AFFECTES		
15 PROVISIONS POUR PERTES ET	155	<i>Provisions de propre assureur.</i>
CHARGES	157	<i>Provisions pour travaux.</i>
	158	<i>Fonds de retraites du personnel.</i>
16 EMPRUNTS A PLUS D'UN AN.	160	<i>Obligations et émissions publiques.</i>
	165	<i>Auprès de la Caisse des dépôts et consigna-</i> <i>tions.</i>
	166	<i>Auprès d'organismes divers.</i>
	167	<i>Auprès du département.</i>
	168	<i>Autres dettes à plus d'un an.</i>
	169	<i>Avances de l'Etat à plus d'un an.</i>
Classe 2. — Comptes de valeurs immobilisées.		
20 FRAIS D'ETABLISSEMENT....	201	<i>Frais de premier établissement.</i>
	205	<i>Travaux d'entretien et de réparations à amor-</i> <i>tir.</i>
	207	<i>Frais financiers à amortir.</i>
	208	<i>Amortissement des frais d'établissement.</i>
		2081 Amortissement des frais de premier éta-
		blissement.
		2085 Amortissement des travaux d'entretien et
		de réparations.
		2087 Amortissement des frais financiers.

COMPTES PRINCIPAUX	COMPTES élémentaires.	INTITULE DES COMPTES, SOUS-COMPTES ET SUBDIVISIONS
21 IMMOBILISATIONS	210	<i>Terrains.</i> 2100 Terrains de construction : 21000 sol immeuble A. 21001 sol immeuble B.
	211	<i>Terres, bois, étangs (propriétés agricoles).</i> 2110 Domaine de 2111 Domaine de 2112 Domaine de 2113 Domaine de 2114 Domaine de 2116 Bois de 2117 Jardins 2118 Etang de
212 CONSTRUCTIONS	2121	<i>Bâtiments hospitaliers et administratifs.</i> 21210 Hôpital central. 21215 Hôpital de... 21216 Hôtel-Dieu.
	2122	<i>Bâtiments agricoles.</i>
	2125	<i>Autres bâtiments.</i> 21250 Bâtiments pour écoles. 21251 Chapelles et bâtiments destinés aux ministres du culte.
	2127	<i>Immeubles de rapport.</i>
	2128	<i>Amortissement des constructions.</i> 21281 Bâtiments hospitaliers et administratifs. 21282 Bâtiments agricoles. 21285 Autres bâtiments. 21287 Immeubles de rapport.
	213	<i>Cheptel mort des propriétés rurales.</i>
	2138	<i>Amortissement du cheptel mort.</i>
214 MATERIEL ET OUTILLAGE..	2140	<i>Matériel et outillage de l'installation.</i> 21400 Matériel électrique. 21401 Matériel téléphonique. 21402 Froid. 21403 Installation chauffage. 21404 Monte-charges et ascenseurs. 21406 Matériel divers.
	2141	<i>Matériel et outillage hospitalier et médical.</i> 21410 Matériel des salles d'hospitalisés. 21411 Matériel des salles de consultation. 21412 Matériel des blocs opératoires. 21413 Matériel de radiographie. 21414 Matériel des laboratoires.

COMPTES PRINCIPAUX	COMPTES élémentaires.	INTITULE DES COMPTES, SOUS-COMPTES ET SUBDIVISIONS
214 MATERIEL ET OUTILLAGE (suite).		21416 Matériel et outillage des ateliers médi- caux. 21419 Matériel hospitalier divers. <i>Matériel et outillage des services généraux.</i> 21420 Cuisines et réfectoires. 21421 Lingerie. 21422 Buanderie. 21425 Garage. 21426 Ateliers. 21427 Chapelles.
	2142	
	2143	<i>Matériel et outillage de la pharmacie.</i>
	2148	<i>Amortissement du matériel et de l'outillage.</i> Le compte 2148 reprend comme subdivisions à 5 chiffres les subdivisions à 4 chiffres du compte 214.
215 MATERIEL DE TRANSPORT..	2150	<i>Matériel de transport.</i>
	2158	<i>Amortissement du matériel de transport.</i>
216 AUTRES IMMOBILISATIONS CORPORELLES	2160	<i>Mobilier et matériel de bureau.</i> 21600 Mobilier. 21601 Matériel de bureau.
	2162	<i>Agencements et aménagements des immeu- bles.</i>
	2168	<i>Amortissement des autres immobilisations corporelles.</i> 21680 Amortissement du mobilier et matériel de bureau. 21682 Amortissement des agencements et amé- nagements.
23 IMMOBILISATIONS EN COURS.	232	<i>Construction en cours (une subdivision par programme).</i>
	233	<i>Travaux de reconstruction.</i>
24 IMMOBILISATIONS DETRUITES		
25 PRETS A PLUS D'UN AN.....	250	<i>Prêts à des organismes d'H. L. M.</i>
	251	<i>Créances à terme.</i>
	252	<i>Autres prêts.</i>
26 TITRES ET VALEURS.....	260	<i>Titres cotés.</i> 2600 Valeurs françaises. 2605 Valeurs étrangères.
	265	<i>Titres non cotés.</i> 2650 Valeurs françaises. 2655 Valeurs étrangères.

COMPTES PRINCIPAUX	COMPTES élémentaires.	INTITULE DES COMPTES, SOUS-COMPTES ET SUBDIVISIONS
26 TITRES ET VALEURS (suite) . .	266	<i>Rentes sur particuliers.</i>
	267	<i>Parts dans des associations, syndicats et organismes divers.</i>
27 DEPOTS ET CAUTIONNEMENTS	270	<i>Dépôts versés.</i>
Classe 3. — Comptes de stocks.		
	30	<i>Alimentation.</i>
	300	Pain, farine.
	301	Viande, poisson.
	302	Boissons.
	303	Comestibles, épicerie.
	304	Lait.
	31	<i>Matières premières.</i>
	310	Matières destinées aux linge-ries.
	311	Matières destinées aux fabrications alimentaires.
	314	Matières pour travail thérapeutique.
	32	<i>Matières consommables.</i>
	320	Petit matériel hospitalier.
	321	Petit matériel médical.
	322	Fournitures pour laboratoires.
	323	Coucher. Effets et linge confectionnés.
	324	Combustibles.
	325	Produits d'entretien.
	326	Produits destinés aux services généraux.
	3260	Lingerie.
	3261	Buanderie.
	3262	Garage.
	3263	Ateliers.
	327	Habillement et fournitures pour les vieillards.
	328	Fournitures de bureau.
	329	Vêtements de travail et uniformes.
	33	<i>Produits pharmaceutiques.</i>
	330	
	331	
	35	<i>Produits finis.</i>
	350	Lingerie.
	351	Produits finis alimentation.
	352	Produits finis.....
	353	Fabrication des ateliers médicaux.

COMPTES PRINCIPAUX	COMPTES élémentaires.	INTITULE DES COMPTES, SOUS-COMPTES ET SUBDIVISIONS
	37 38	<i>Emballages (1).</i> <i>Stocks et valeurs d'exploitation des domaines agricoles.</i>
Classe 4. — Comptes de tiers.		
40 FOURNISSEURS	400 405 407 409	<i>Fournisseurs ordinaires.</i> <i>Fournisseurs. — Etat, collectivités et éta- blissements publics.</i> <i>Retenues de garanties.</i> <i>Frais d'adjudications.</i>
41 DEBITEURS	410 4100 4101 4102 4103 4104 4109 411 412 414 415 417 418	<i>Hospitalisés. — Exercice courant.</i> <i>Hospitalisés.</i> 41001 Hospitalisés à leurs frais. 41002 Assurés sociaux (ticket modérateur). 41003 Vieillards. <i>Caisses de sécurité sociale.</i> <i>Département d</i> 41020 Aide médicale. 41021 Aide médicale aux tuberculeux. <i>Ville de</i> <i>Autres collectivités et divers.</i> 41040 Etat (art. 115). 41041 Départements. 41042 S. N. C. F. 41043 Caisses mutuelles. 41044 Compagnies d'assurances. 41045 Militaires et marins. 41046 Détenus. 41047 Personnes non malades. <i>Titres en souffrance.</i> <i>Hospitalisés. — Exercice précédent.</i> 4110 Hospitalisés. 4111 Caisses de sécurité sociale. 4112 Département d 4113 Ville d 4114 Autres collectivités et divers. 4119 Titres en souffrance. <i>Hospitalisés. — Exercices antérieurs (restes à recouvrer).</i> <i>Débiteurs autres que les hospitalisés. — Exer- cice courant.</i> <i>Débiteurs de frais de poursuites.</i> <i>Avances des postulants et élèves.</i> <i>Avances sur frais d'hospitalisation.</i>

(1) Lorsqu'il est tenu une comptabilité spéciale pour les emballages.

COMPTES PRINCIPAUX	COMPTES élémentaires.	INTITULE DES COMPTES, SOUS-COMPTES ET SUBDIVISIONS
41 DEBITEURS (suite)	4180	Avances des malades. 41800 41809 Hospitalisés sortis. — Comptes non réglés.
	4181	Avances des caisses de sécurité sociale.
	4182	Avances des départements.
	419	Provisions pour créances irrécouvrables.
42 PERSONNEL	420	Sommes dues par le personnel.
	424	Honoraires médicaux.
		4240 Exercice courant.
		4243 Exercices antérieurs.
	425	Rémunérations dues au personnel.
	426	Restes à payer sur états d'emargements.
	427	Oppositions.
	429	M. X..... receveur.
43 ETAT ET COLLECTIVITES PUBLIQUES	430	Opérations avec l'Etat.
	431	Sommes revenant au département.
	433	Caisse nationale des retraites.
	438	Opérations particulières avec l'Etat.
45 SERVICE A COMPTABILITE DISTINCTE	450	Gestion de la dotation non affectée.
	451	Gestion des cliniques ouvertes.
	452	Gestion du centre de transfusion sanguine.
	459	Autres services à comptabilité distincte (une subdivision par service).
46 DEBITEURS ET CREDITEURS DIVERS.	460	Obligataires et prêteurs.
	461	Dons et legs en instance.
	462	Cautionnements et dépôts reçus.
	4620	Cautionnements reçus.
	4625	Fonds déposés par les malades.
		46250 Fonds déposés par les malades.
		46251 Fonds trouvés sur les décédés.
		46252 Fonds trouvés sur les mentaux.
		46259 Fonds appartenant à des malades sortis.
	4626	Pécule (quartiers psychiatriques).
	4627	Fonds de solidarité.
	463	Sécurité sociale.
	465	Excédents de versement.
	466	Restes à payer sur règlements par virement.
	467	Créanciers divers.
		4670 Créanciers. — Exercice courant.
		4675 Restes à payer des exercices antérieurs.
	468	Débiteurs divers.
		4680 Débiteurs. — Exercice courant.
		4685 Restes à recouvrer des exercices antérieurs.

COMPTES PRINCIPAUX	COMPTES élémentaires.	INTITULE DES COMPTES, SOUS-COMPTES ET SUBDIVISIONS
47 COMPTES DE REGULARISATION. — PASSIF.	470 475 477	Charges à payer. Recettes affectées à employer. Recettes à imputer aux gestions suivantes.
48 COMPTES DE REGULARISATION. — ACTIF.	480	Charges à imputer à la gestion suivante.
49 COMPTES D'ATTENTE.....	490 492 495	Recettes à classer. Paiements à imputer. 4921 Avances pour achats de rentes. Mandats en souffrance. 4950 Pour insuffisance de crédits budgétaires. 4951 Pour défaut de pièces justificatives.
Classe 5. — Comptes financiers.		
50 EMPRUNTS A MOINS D'UN AN.	507 508 509	Avances diverses à court terme. Avances du département. Avances de l'Etat.
53 EFFETS ET WARRANTS A RECEVOIR	530 531	Traites de coupes de bois. Autres effets.
55 TITRES DE PLACEMENT ET BONS DU TRESOR	551 555 556	Titres de la Carec. Bons du Trésor. Bons Unesco.
56 COMPTES COURANTS.....	567 568 569	Chèques postaux (1). Compte au Trésor. Caisse d'épargne.
57 CAISSE (1).....		
58 COMPTES DE REGIES D'AVANCES	580 581 585	Econome. Régisseurs de dépenses. Administrateurs de legs.
59 VIREMENTS INTERNES.....	590	Virements internes.
Classe 6. — Comptes de charges par nature.		
60 MATIERES CONSOMMEES.....	600	Alimentation. 6000 Pain, farine. 6001 Viande, poisson. 6002 Boissons. 6003 Comestibles, épicerie 6004 Lait.

(1) Etablissements nationaux de bienfaisance.

COMPTES PRINCIPAUX	COMPTES élémentaires.	INTITULE DES COMPTES, SOUS-COMPTES ET SUBDIVISIONS
60 MATIERES CONSOMMEES (suite).	601	<i>Matières premières.</i> 6010 Matières destinées aux lingeries. 6011 Matières destinées aux fabrications alimentaires.
	602	<i>Matières et fournitures consommables.</i> 6020 Petit matériel hospitalier. 6021 Petit matériel médical. 6022 Fournitures pour laboratoires. 6023 Coucher, effets et linge confectionnés. 6024 Combustibles. 6025 Produits d'entretien. 6026 Produits destinés aux services généraux (cf. compte 326). 6027 Habillement et fournitures pour les vieillards. 6028 Fournitures de bureau. 6029 Vêtements de travail et uniformes.
	603	<i>Produits pharmaceutiques.</i>
	605	<i>Produits finis.</i>
	606	<i>Prestations de service.</i> 6060 Lait maternel. 6061 Transfusion sanguine. 6062 Kinésithérapie. 6063 Analyses de laboratoires. 6064 Traitements radiologiques. 6065 Prothèse et orthopédie.
	607	<i>Emballages (1).</i>
61 FRAIS DE PERSONNEL.....	610	<i>Rémunérations des agents auxiliaires.</i>
	612	<i>Traitements et indemnités.</i> 6120 Services administratifs. 6121 Services généraux. 61210 Dépense. 61211 Cuisines. 61212 Lingerie. 61213 Buanderies. 61214 Magasins. 61215 Jardiniers. 61216 Chauffeurs. 6122 Services hospitaliers. 6123 Ateliers. 6124 Service médical. 6125 Radiologie. 6126 Pharmacie et laboratoires. 6127 Maternité. 6128 Sanatorium.

(1) Lorsqu'il est tenu une comptabilité spéciale pour les emballages.

COMPTES PRINCIPAUX	COMPTES élémentaires.	INTITULE DES COMPTES, SOUS-COMPTES ET SUBDIVISIONS
61 FRAIS DE PERSONNEL (suite).	613 615 617 618 619	<i>Indemnités représentatives de frais.</i> <i>Rémunérations diverses.</i> <i>Charges de sécurité sociale.</i> 6170 Assurances sociales. 6171 Prestations familiales. 6172 Primes d'assurances accidents du travail. <i>Charges sociales.</i> 6180 Indemnités de préavis et de licenciement. 6181 Contribution de l'établissement à la caisse nationale des retraites. 6182 Congés de longue durée. 6183 Œuvres sociales. 6184 Secours. 6188 Ecole d'infirmières. <i>Frais divers de personnel.</i> 6191 Indemnités. 6192 Vestiaire des sœurs. 6193 Auxiliaires bénévoles. 6194 Frais d'inhumations. 6199 Avantages en nature aux aumôniers et aux sœurs.
62 IMPOTS ET TAXES.....	620	<i>Impôts et taxes.</i> 6201 Versement forfaitaire à la charge des employeurs. 6205 Autres impôts et taxes.
63 TRAVAUX, FOURNITURES ET SERVICES EXTERIEURS	630 631 632 633 634	<i>Loyers et charges locatives.</i> <i>Entretien et réparations.</i> 6312 Constructions. 6314 Matériel et outillage. 6315 Matériel de transport. 6316 Mobilier, matériel de bureau. <i>Travaux et façons exécutés à l'extérieur.</i> 6320 Blanchissage à l'extérieur. 6321 6322 Autres travaux à l'extérieur (à détailler). <i>Petit outillage.</i> 6330 Petit outillage hospitalier. 6331 Petit outillage médical. 6339 Petit outillage divers. <i>Fournitures extérieures.</i> 6340 Electricité. 63400 Lumière. 63401 Force. 63402 Chauffage. 6341 Eau, vidange, salubrité. 6342 Gaz. 6343 Chauffage et vapeur à l'entreprise.

COMPTES PRINCIPAUX	COMPTES élémentaires.	INTITULE DES COMPTES, SOUS-COMPTES ET SUBDIVISIONS
63 TRAVAUX, FOURNITURES ET SERVICES EXTERIEURS (suite).	636	<i>Etudes, recherches et documentation.</i> 6360 Etudes et recherches. 6361 Documentation technique.
	638	<i>Primes d'assurances.</i>
64 TRANSPORTS ET DEPLACE- MENTS	640	<i>Transports du personnel.</i>
	641	<i>Déplacements du personnel.</i>
	643	<i>Frets et transports sur achats.</i>
	645	<i>Transports des hospitalisés.</i>
65 TRAVAIL THERAPEUTIQUE ET VIE SOCIALE	650	<i>Pécule.</i> 6500 Pécule de base (assistés). 6501 Pécule de base (pensionnaires). 6502 Pécule complémentaire. 65020 Ateliers médicaux. 65021 Exploitation agricole.
	651	<i>Bibliothèque.</i>
	652	<i>Loisirs, tabac, jeux.</i>
	653	<i>Sports.</i>
	654	<i>Ergothérapie.</i>
	655	<i>Travail et réadaptation.</i>
66 FRAIS DE GESTION GENERALE	661	<i>Missions et réceptions.</i>
	662	<i>Fournitures de bureau.</i>
	663	<i>Imprimés administratifs.</i>
	664	<i>Frais de P. T. T.</i> 6640 Affranchissements. 6641 Téléphone.
	665	<i>Frais d'actes et de contentieux.</i>
	667	<i>Frais de cultes et d'inhumations.</i>
	668	<i>Subventions. (Une ligne par subvention.)</i> 6680 Subvention à l'association participant à la vie sociale des malades.
	669	<i>Dépenses imprévues.</i>
67 FRAIS FINANCIERS.....	670	<i>Intérêts des emprunts.</i>
	675	<i>Commissions sur bons Unesco.</i>
68 DOTATION DE L'EXERCICE AUX COMPTES D'AMORTIS- SEMENT ET DE PROVI- SIONS.	681	<i>Amortissements.</i> 6810 Amortissement des frais d'établissement. 6812 Amortissement des constructions. 6814 Amortissement du matériel et de l'outillage. 6815 Amortissement du matériel de transport. 6816 Amortissement des autres immobilisations corporelles.
	685	<i>Provisions.</i> 6851 Provisions pour créances irrécouvrables. 6855 Provisions pour pertes et charges. 68555 Provisions de propre assureur. 68557 Provisions pour travaux.

COMPTES PRINCIPAUX	COMPTES élémentaires.	INTITULE DES COMPTES, SOUS-COMPTES ET SUBDIVISIONS
Classe 7. — Comptes de produits par nature.		
70 PRODUITS HOSPITALIERS....	706	<i>Hospitalisation.</i> 7061 Médecine. 70610 Médecine générale. 70615 Spécialités. 7062 Chirurgie. 70620 Chirurgie. 70621 Accidents du travail. 7063 Maternité. 7064 Régimes particuliers. 70641 Régime particulier. Médecine. 70642 Régime particulier. Chirurgie. 70643 Lits privés. 7065 Prematurés. 7066 Sanatorium. 70660 Malades. 70665 Chirurgie. 7067 Prestations à... 7068 Convalescence. 7069 Quartier psychiatrique. 70690 Services fermés. 70691 Services libres. 70692 Services d'enfants.
	707	<i>Hébergement (vieillards et personnes non malades).</i> 7070 Hospice. 70700 Ménages. 70701 Régime commun. 70702 Régime particulier. 7075 Foyer des pupilles.
	708	<i>Consultations et soins.</i> 7080 Consultations. 7081 Pansements. 7082 Bains et massages. 7083 Radiographie. 7089 Quartier psychiatrique.
71 SUBVENTIONS	710	<i>Subventions de l'Etat.</i>
	711	<i>Subventions du département.</i>
	712	<i>Subventions de la ville.</i>
	719	<i>Autres subventions.</i>
72 VENTE DE DECHETS.....	720	<i>Vente de déchets et de rebuts.</i> 7201 Os, chiffons, cuirs. 7205 Divers.
	721	<i>Vente d'emballages.</i>

COMPTES PRINCIPAUX	COMPTES élémentaires.	INTITULE DES COMPTES, SOUS-COMPTES ET SUBDIVISIONS
76 PRODUITS ACCESSOIRES.....	760	<i>Produits des services exploités dans l'intérêt du personnel.</i> 7600 Location d'immeubles. 7601 Repas. 7602 Transports. 7603 Versement du demi-salaire du personnel malade.
	761	<i>Produits de l'école d'infirmières.</i> 76100 Externat de l'E. I. 76101 Pensionnat de l'E. I. 76102 Recettes diverses de l'E. I.
	764	<i>Frais de poursuites.</i>
	765	<i>Produits de l'ambulance.</i>
	766	<i>Retenues sur honoraires médicaux.</i>
	767	<i>Cessions diverses aux tiers.</i> 7670 Frais d'inhumations. 7671 Fournitures d'appareils. 7672 Fournitures de médicaments. 7674 Produits de la vente des objets fabriqués. 7675 Produits des travaux à façon.
	768	<i>Remboursement de frais.</i> 7680 Remboursement de frais par le compte d'exploitation de la dotation. 7681 Remboursement de frais par les cliniques ouvertes.
	769	<i>Autres produits accessoires.</i>
77 PRODUITS FINANCIERS.....	771	<i>Revenus des bons du Trésor.</i>
78 TRAVAUX FAITS PAR L'ETA- BLISSEMENT. — REPRISES DE PROVISIONS.	780	<i>Production d'immobilisations par l'établis- sement.</i> 7802 Construction. 7804 Matériel et outillage. 7806 Autres immobilisations.
	783	<i>Production de stocks.</i> 7830 Lingerie. 7831 Fabrications alimentaires.
	784	<i>Produits du travail des malades.</i> 7843 Production des ateliers médicaux. 7844 Prestations de service. — Hôpital. 7845 Prestations de service. — Exploitation agricole.
	785	<i>Travaux couverts par des provisions.</i>

COMPTES PRINCIPAUX	COMPTES élémentaires.	INTITULE DES COMPTES, SOUS-COMPTES ET SUBDIVISIONS
Classe 8. — Comptes de résultats.		
80 EXPLOITATION GENERALE..	800	<i>Exploitation générale.</i>
87 COMPTES PERTES ET PROFITS	870	<i>Pertes et profits de l'exercice.</i>
	872	<i>Charges imputables aux exercices antérieurs.</i>
	873	<i>Produits imputables aux exercices antérieurs.</i>
	874	<i>Charges exceptionnelles.</i>
		8745 Créances irrécouvrables.
		8746 Titres annulés.
		8749 Autres charges exceptionnelles.
	875	<i>Produits exceptionnels.</i>
		8756 Recouvrements sur créances irrécouvrables.
		8757 Dettes atteintes par la déchéance.
		8758 Reprises sur le fonds de roulement.
		8759 Autres produits exceptionnels.
	877	<i>Dotation au fonds de roulement.</i>
		8770 Majoration du prix de journée.
		8771 Emploi d'excédents antérieurs.
	878	<i>Excédent des chambres du régime particulier et des lits privés affecté à l'équipement.</i>
88 RESULTATS		
Classe 0. — Comptes de statistiques et valeurs inactives.		
04 RECOUVREMENTS A SUIVRE.	0464	<i>Recouvrements des honoraires médicaux.</i>
06 EXECUTION DU BUDGET....	061	<i>Section d'investissement.</i>
	065	<i>Section d'exploitation.</i>
07 PORTEFEUILLE		
08 CORRESPONDANTS		
09 COMPTES DE PRISE EN CHARGE.	090	<i>Tiers.</i>
		0900 Soumissionnaires et adjudicataires : titres et valeurs en dépôts.
		0905 Livrets de pensions.
		0906 Titres, valeurs et objets précieux.
	095	<i>Etablissement.</i>
		0957 Tickets.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Classe 1. — Comptes de capitaux permanents.

10 Dotation.

- 105 Fonds de dotation (établissements autonomes).
- 106 Dons et legs en capital (établissements autonomes).
- 107 Valeur des biens affectés (établissements départementaux).

11 Réserves.

- 114 Réserve de trésorerie.
- 115 Excédents affectés à l'équipement.
- 116 Différences sur réalisation d'immobilisations.
 - 1161 Différences sur réalisation d'immobilisations corporelles.
 - 1166 Différences sur réalisation de titres et valeurs.
- 118 Réserve de réévaluation.

12 Résultats non affectés.

15 Provisions pour pertes et charges.

- 155 Provisions de propre assureur.
- 157 Provisions pour travaux.
- 158 Fonds de retraites du personnel.

16 Emprunts à plus d'un an.

- 160 Obligations et émissions publiques.
- 165 Emprunts auprès d'organismes divers (établissements autonomes).
- 166 Crédit foncier, caisse des dépôts et consignations (établissements autonomes).
- 167 Dettes à long terme envers le département.
- 168 Autres dettes à plus d'un an.
- 169 Avances du Trésor à plus d'un an.

Classe 2. — Comptes de valeurs immobilisées.

20 Frais d'établissement.

- 201 Frais de premier établissement.
- 205 Travaux d'entretien et de réparations à amortir.
- 207 Frais financiers à amortir.
- 208 Amortissement des frais d'établissement.
 - 2081 Amortissement des frais de premier établissement.
 - 2085 Amortissement des travaux d'entretien et de réparations.
 - 2087 Amortissement des frais financiers.

21 Immobilisations.

210 Terrains.

- 2100 Terrains de construction.
 - 21001 Sol immeuble A.
 - 21002 Sol immeuble B.

211 Terres, bois, propriétés agricoles.

- 2110 Jardin, potager.
- 2111 Verger.
- 2112
- 2113

212 Constructions.

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

21 Immobilisations (suite).

2121 Bâtiments hospitaliers et administratifs.

- 21210 Bâtiment central.
- 21211 Pensionnat des hommes.
- 21212 Pensionnat des femmes.
- 21213 Quartier A.
- 21214 Quartier B.
- 21215 Quartier C.
- 21217 Services généraux.
- 21219 Chapelle.

2122 Bâtiments agricoles.

2128 Amortissement des constructions.

- 21281 Bâtiments hospitaliers et administratifs.
 - 212810
 - 212811
- 21282 Bâtiments agricoles.

213 Cheptel mort.

- 2138 Amortissement du cheptel mort.

214 Matériel et outillage.

2140 Matériel et outillage de l'installation.

- 21400 Matériel électrique.
- 21401 Matériel téléphonique.
- 21403 Installation chauffage.
- 21409 Matériel divers.

2141 Matériel et outillage hospitalier.

- 21410 Salles hospitalisés.
- 21411
- 21412 Bloc médical (radio, dentiste, laboratoire).
- 21415 Matériel culturel et sportif.
- 21416 Matériel et outillage des ateliers médicaux.
 - 214160
 - 214161
- 21419 Matériel hospitalier divers.

2142 Matériel et outillage des services généraux.

- 21420 Cuisine.
- 21421 Lingerie.
- 21422 Buanderie.
- 21425 Garage.
- 21426 Ateliers.
- 21427 Chapelle.

2143 Matériel et outillage de la pharmacie et du laboratoire.

- 21430 Matériel et outillage de la pharmacie.
- 21431 Matériel et outillage du laboratoire.

2148 Amortissement du matériel et de l'outillage (reprend en subdivisions à cinq chiffres les subdivisions à quatre chiffres du compte 214).

215 Matériel de transport.

- 2150 Matériel de transport.
- 2158 Amortissement du matériel de transport.

216 Autres immobilisations corporelles.

2160 Mobilier et matériel de bureau.

- 21600 Mobilier.
- 21601 Matériel de bureau.

2162 Agencements et aménagements des immeubles.

2168 Amortissement des autres immobilisations corporelles.

- 21680 Amortissement du mobilier et matériel de bureau.
- 21682 Amortissement des agencements et aménagements.

- 23 *Immobilisations en cours.*
 - 232 Constructions en cours (une subdivision par programme).
 - 233 Travaux de reconstruction.
- 24 *Immobilisations détruites.*
- 25 *Prêts à plus d'un an.*
 - 250 Prêts à des organismes d'H. L. M.
 - 251 Créances à terme.
 - 252 Autres prêts.
- 26 *Titres et valeurs.*
 - 260 Titres cotés (établissements autonomes).
- 27 *Dépôts et cautionnements.*
 - 270 Dépôts versés.

Classe 3. — Comptes de stocks.

- 30 *Alimentation.*
 - 300 Farine et produits de panification.
 - 301 Viande, poisson.
 - 302 Boissons.
 - 303 Comestibles, épicerie.
 - 304 Lait.
- 31 *Matières premières.*
 - 310 Matières premières destinées aux lingeries et coucher.
 - 311 Matières premières destinées aux fabrications alimentaires.
 - 312 Matières premières destinées aux bâtiments.
 - 313 Matières premières destinées aux ateliers.
 - 314 Matières pour le travail thérapeutique.
 - 3140
- 32 *Matières et fournitures consommables.*
 - 320 Petit matériel hospitalier, médical, labo, radio.
 - 321 Hygiène, soins corporels, désinfection, dératisation.
 - 322 Effets et linge confectionnés.
 - 323 Habillement des hospitalisés.
 - 324 Combustibles.
 - 325 Produits entretien.
 - 326 Produits destinés aux services généraux.
 - 3260 Cuisine, boucherie.
 - 3261 Lingerie.
 - 3262 Buanderie.
 - 3263 Garage.
 - 3264 Ateliers.
 - 327 Produits pour la cantine.
 - 328 Fournitures de bureau.
 - 329 Vêtements de travail pour le personnel.
- 33 *Produits pharmaceutiques et de laboratoire.*
- 35 *Produits finis.*
 - 350 Lingerie.
 - 351 Produits alimentaires.
 - 352 Objets divers.
 - 353 Fabrication des ateliers médicaux.

37 *Emballages* (1).

38 *Stocks et valeurs d'exploitation des domaines agricoles (comptabilité annexe).*

Classe 4. — Comptes de tiers.

40 Fournisseurs.

- 400 Fournisseurs ordinaires.
- 405 Fournisseurs Etat, départements, collectivités.
- 407 Retenues de garantie.
- 409 Frais d'adjudication.

41 Débiteurs.

- 410 Hospitalisés. — Exercice courant.
 - 4100 Pensionnaires payants.
 - 4101 Caisses de sécurité sociale.
 - 4102 Département.
 - 4103 Ville d.....
 - 4104 Autres collectivités et divers.
 - 41040 Etat (anciens combattants).
 - 41041 Départements.
 - 41042
 - 41043
 - 41044
 - 41045 Militaires et marins.
 - 41046 Etat. — Ministère de la justice.
- 4109 Titres en souffrance.
- 411 Hospitalisés. — Exercice précédent.
 - 4110 Hospitalisés.
 - 4111 Caisses de sécurité sociale.
 - 4112 Départements.
 - 4114 Divers.
 - 4119 Titres en souffrance.
- 412 Hospitalisés. — Exercices antérieurs.
- 414 Débiteurs autres que les hospitalisés.
- 415 Frais de poursuites.
- 418 Avances sur frais d'hospitalisation.
 - 4180 Hospitalisés (P. P. A.).
 - 4181 Caisses de sécurité sociale.
 - 4182 Départements.

42 Personnel.

- 420 Sommes dues par le personnel.
- 424 Honoraires médicaux.
- 425 Rémunérations dues au personnel.
- 426 Restes à payer sur états d'émargement.
- 427 Oppositions.

43 Etat et collectivités publiques.

- 430 Etat.
- 431 Sommes revenant au département.
- 433 C. N. R. A. C.
- 438 Opérations particulières sur l'Etat.

(1) Lorsqu'il est tenu une comptabilité spéciale pour les emballages.

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

- 45 *Services à comptabilité distincte.*
 - 451 Gestion du service d'enfants éducatibles et semi-éducatibles.
 - 453 Gestion de l'exploitation agricole.
- 46 *Débiteurs et crédateurs divers.*
 - 462 Cautionnements et dépôts reçus.
 - 4620 Cautionnements reçus.
 - 4625 Fonds appartenant aux hospitalisés (gestion du patrimoine-fonds trouvés sur les malades).
 - 4626 Pécule.
 - 4627 Fonds de solidarité.
 - 463 Sécurité sociale.
 - 465 Excédents de versement.
 - 466 Restes à payer sur règlements par virement.
 - 467 Créanciers divers.
 - 4670 Créanciers - Exercice courant.
 - 4675 Restes à payer des exercices antérieurs.
 - 468 Débiteurs divers.
 - 4680 Débiteurs - Exercice courant.
 - 4685 Restes à recouvrer des exercices antérieurs.
- 47 *Compte de régularisation-Passif.*
 - 470 Charges à payer.
 - 475 Recettes affectées à employer.
 - 477 Recettes à imputer aux gestions suivantes.
- 48 *Comptes de régularisation-Actif.*
 - 480 Charges à imputer à la gestion suivante.
- 49 *Comptes d'attente.*
 - 490 Recettes à classer.
 - 492 Paiements à imputer.
 - 495 Mandats en souffrance.
 - 4950 Pour insuffisance de crédits budgétaires.
 - 4951 Pour défaut de pièce justificative.

Classe 5. — Comptes financiers.

- 50 *Emprunts à moins d'un an.*
 - 501 Avances diverses à court terme.
 - 508 Avances du département.
 - 509 Avances du Trésor.
- 55 *Titres de placement et bons du Trésor.*
 - 550
- 56 *Trésor et chèques postaux.*
 - 566 Chèques postaux (établissements autonomes).
 - 568 Compte au Trésor.
- 57 *Caisse (établissements autonomes).*
- 58 *Comptes de régies d'avances.*
 - 580 Econome.
 - 581 Régisseurs de dépenses
- 59 *Virements internes.*
 - 590

Classe 6. — Comptes de charges par nature.

60 Matières consommées.

600 Alimentation.

- 6000 Farine et produits de panification.
- 6001 Viande, poisson.
- 6002 Boissons.
- 6003 Comestibles.
- 6004 Lait.

601 Matières premières.

- 6010 Matières premières destinées aux lingeries et coucher.
- 6011 Matières premières destinées aux fabrications alimentaires.
- 6012
- 6013 Matières premières destinées aux ateliers.

602 Matières et fournitures consommables.

- 6020 Petit matériel hospitalier et médical.
 - 60200 Petit matériel hospitalier.
 - 60201 Petit matériel médical.
 - 60202 Petit matériel de laboratoire.
 - 60203 Petit matériel de radiologie.
 - 60204 Petit matériel dentaire.
- 6021 Hygiène, soins corporels, désinfection, dératisation.
- 6022 Coucher, effets et linges confectionnés.
- 6023 Habillement des hospitalisés.
- 6024 Combustibles.
- 6025 Produits d'entretien.
- 6026 Produits destinés aux services généraux.
 - 60260 Cuisine, boucherie.
 - 60261 Lingerie.
 - 60262 Buanderie.
 - 60263. Garage.
 - 60264 Ateliers.
- 6027 Produits pour la cantine.
- 6028 Fournitures de bureau.
- 6029 Vêtements de travail pour le personnel.

603 Produits pharmaceutiques et de laboratoire.

605 Produits finis.

- 6050 Produits destinés à la vente.
- 6051 Produits destinés à la consommation intérieure.

606 Prestations de service.

- 6061 Transfusions sanguines.
- 6063 Analyses de laboratoires.
- 6064 Traitements radiologiques.
- 6065 Prothèse et orthopédie.
- 6066 Achats et réparations de lunettes.
- 6067 Hospitalisations à l'extérieur.
- 6068 Examens chirurgicaux et médicaux à l'extérieur.

607 Emballages (1).

(1) Lorsqu'il est tenu une comptabilité spéciale pour les emballages.

61 *Frais de personnel.*

610 Rémunération des agents auxiliaires.

612 Traitements et indemnités.

6120 Services administratifs.

6121 Services généraux et ateliers.

61210 Cuisine.

61211 Lingerie.

61212 Buanderie.

61213 Garage.

61214 Ateliers.

6122 Personnel hospitalier soignant.

6124 Service médical.

6125 Personnel paramédical.

6126 Pharmacie et laboratoire.

6127 Cantine.

613 Indemnités représentatives de frais (indemnités logement).

615 Rémunération des spécialistes.

617 Charges de sécurité sociale.

6170 Assurances sociales.

6171 Prestations familiales. Fonds de compensation.

6172 Accidents travail.

6173 Assurances décès.

618 Charges sociales.

6180 Indemnités préavis et licenciement.

6181 Contribution de l'Etablissement à la C. R. A. C.

6182 Congés longue durée.

6183 Œuvres sociales.

6184 Secours.

6185 Cours d'infirmiers.

6186 Reposance.

6187 Médecin contrôleur.

619 Frais divers de personnel.

6191 Indemnités diverses.

6192 Vestiaire des sœurs.

61920 Sœurs soignantes.

61922 Sœurs des services généraux.

62 *Impôts et taxes.*

620 Impôts et taxes.

6200 Impôts fonciers.

6201 Versement forfaitaire de 5 p. 100.

63 *Travaux, fournitures et services extérieurs.*

630 Loyers et charges locatives.

631 Entretien et réparations.

6310 Constructions locaux hospitaliers.

6311 Constructions locaux administratifs et S. Gx.

6312 Constructions locaux occupés par personnel.

6313 Cours et jardins.

6314 Matériel et outillage.

6315 Matériel de transport.

6316 Mobilier et matériel de bureau.

6317 Canalisations.

632 Travaux et façons à l'extérieur.

6321 Travaux à façon.

6325 Analyses et examens de produits alimentaires.

63 *Travaux, fournitures et services extérieurs (suite).*

633 Petit outillage.

6330 Petit outillage hospitalier.

6331 Petit outillage médical.

6339 Petit outillage divers.

634 Fournitures extérieures.

6340 Electricité.

63400 Lumière.

63401 Force.

63402 Chauffage.

6341 Eau, vidange et salubrité.

6342 Gaz.

637 Etudes, recherches, documentation technique, bibliothèque médicale.

638 Primes assurances.

64 *Transports et déplacements.*

640 Transport du personnel.

641 Déplacement du personnel et de l'administrateur des biens.

643 Fret et transports sur achats.

645 Transfert des hospitalisés.

65 *Travail thérapeutique et vie sociale.*

650 Pécule.

6500 Pécule de base. — Assistés.

6501 Pécule de base. — Pensionnaires.

6502 Pécule complémentaire.

65020 Ateliers médicaux.

65021 Services généraux et exploitation agricole.

651 Bibliothèque des malades.

652 Jeux, loisirs, tabac.

653 Sport.

654 Ergothérapie.

655 Travail et réadaptation.

6550 Travaux dont le produit est utilisé par l'établissement.

6551 Fabrications destinées à la vente.

656 Fonds de solidarité.

66 *Frais de gestion générale.*

661 Missions et réceptions.

662 Fournitures de bureau.

663 Imprimés et bibliothèque administrative.

664 P. T. T. (affranchissement, téléphone, ...).

665 Frais d'actes et de contentieux.

667 Frais de culte et d'inhumation (des malades).

668 Subvention à l'association participant à la vie sociale des malades.

669 Dépenses imprévues.

67 *Frais financiers.*

670 Intérêts des emprunts.

68 *Dotation de l'exercice aux comptes d'amortissement et de provisions.*

681 Amortissements.

6810 Amortissements des frais d'établissement.

6812 Amortissements des constructions.

6814 Amortissements du matériel et outillage.

6815 Amortissement du matériel de transport.

6816 Amortissements des autres immobilisations.

685 Provisions.

Classe 7. — Comptes de produits par nature.

70 Produits hospitaliers.

705 Service libre.

7050 Régime commun.

7052 Régimes particuliers.

7053 Centre d'observation.

706 Hospitalisation (service de la loi du 30 juin 1838).

7060 Régime commun.

7062 Régimes particuliers.

707 Service des enfants.

708 Consultations.

71 Subventions.

710.

72 Vente de déchets et de rebuts.

720 Vente de déchets.

7201 Os, chiffons, cuirs.

7202 Divers.

721 Vente d'emballages.

76 Produits accessoires.

760 Produit des services exploités dans l'intérêt du personnel.

7600 Location d'immeubles au personnel.

7601 Repas et produits cédés.

7602 Transports.

7603 Remboursement du demi-salaire du personnel malade.

7604 Fonds national de compensation des allocations familiales.

7605 Produits pharmaceutiques.

7606 Remboursement du pécule des malades travaillant chez le personnel.

763 Revenus des immeubles hors exploitation.

767 Cessions diverses aux tiers.

7673 Recettes de la cantine réservée aux malades.

7674 Produit de la vente des objets fabriqués

7675 Produit des travaux à façon.

768 Remboursement de frais.

7680 Remboursement de frais par le service des enfants.

7685 Remboursement de frais par l'exploitation agricole.

769 Recettes diverses.

7690

77 Produits financiers.

771 Revenus des bons du Trésor.

78 Travaux faits par l'établissement. Reprises de provisions.

780 Production d'immobilisations par l'établissement

7802 Constructions.

7804 Matériel et outillage.

7806 Autres immobilisations.

783 Production de stocks.

7830 Lingerie.

7831 Fabrications alimentaires.

7833 Ateliers.

784 Produit du travail des malades.

7843 Production des ateliers médicaux.

7844 Prestations de service. — Hôpital.

7845 Prestations de service. — Exploitation agricole.

785 Travaux couverts par des provisions.

Classe 8. — Comptes de résultats.

80 Exploitation générale.

800

87 Comptes de pertes et profits.

870 Pertes et profits de l'exercice.

872 Charges imputables aux exercices antérieurs.

873 Produits imputables aux exercices antérieurs.

874 Charges exceptionnelles.

8745 Créances irrécouvrables.

8749 Déficit de l'exploitation agricole.

875 Produits exceptionnels.

8756 Recouvrements sur créances irrécouvrables.

8757 Dettes atteintes par la déchéance.

8758 Reprises sur fonds de roulement.

8759 Pécule des décédés.

877 Dotation au fonds de roulement.

8770 Majoration du prix de journée.

8771 Emploi d'excédents antérieurs.

878 Excédents des régimes particuliers et des consultations affectés à l'équipement.

88 Résultats de l'exercice.

880 Résultats. — Services hospitaliers.

881 Résultats. — Service d'enfants éducatibles et semi-éducatibles.

882

883 Résultats. — Exploitation agricole.

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

Classe 0. — Comptes de statistiques et valeurs inactives.

- 06 *Exécution du budget.*
 - 061 Section d'investissement.
 - 065 Section d'exploitation.
- 07 *Portefeuille.*
- 08 *Correspondants.*
- 09 *Comptes de prise en charge.*
 - 090 Tiers.
 - 0900 Soumissionnaires et adjudicataires L/c de titres en dépôt.
 - 0905 Livrets, rentes, valeurs (productifs de revenus).
 - 0906 Objets précieux (non productifs de revenus).
 - 095 Etablissement.
 - 0957 Tickets.

CADRE COMPTABLE DES ETABLISSEMENTS DE CURE

COMPTES ELEMENTAIRES	SOUS-COMPTES ET SUBDIVISIONS
Classe 1. — Comptes de capitaux permanents.	
105 Fonds de dotation.	1050 Dotation.
	1051 Subventions d'équipement.
106 Dons et legs en capital.	
107 Valeur des biens affectés.	
114 Réserve de trésorerie.	
115 Excédents affectés à l'équipement hospitalier.	
116 Différences sur réalisations d'immobilisations.	1161 Différences sur réalisations d'immobilisations corporelles.
	1166 Différences sur réalisation de titres et valeurs.
118 Réserve spéciale de réévaluation.	
12 Résultats non affectés.	
15 Provisions pour pertes et charges :	
155 Provisions de propre assureur.	
157 Provisions pour travaux.	
158 Fonds de retraites du personnel.	
16 Emprunts à plus d'un an.	160 Obligations et émissions publiques.
	165 Emprunts auprès d'organismes divers.
	166 Caisse des dépôts et consignations.
	167 Dettes à long terme envers le département.
	168 Autres dettes à plus d'un an.
	169 Avances du Trésor à plus d'un an.
Classe 2. — Comptes de valeurs immobilisées.	
20 Frais d'établissement :	
201 Frais de premier établissement.	
205 Travaux d'entretien et de réparations à amortir.	
207 Frais financiers à amortir.	

COMPTES ELEMENTAIRES	SOUS-COMPTES ET SUBDIVISIONS
20 Frais d'établissement (<i>suite</i>) :	
208 Amortissement des frais d'établissement.	2081 Amortissement des frais de premier établissement.
	2085 Amortissement des travaux d'entretien et de réparations.
	2087 Amortissement des frais financiers.
210 Terrains, terres, bois.	2100 Terrains de construction.
	2101 Terres cultivées.
	2102 Vignes.
	2103 Jardins.
	2105 Bois, forêts.
212 Constructions.	2121 Bâtiments hospitaliers.
	2122 Bâtiments agricoles.
	2125 Autres bâtiments.
	2127 Immeubles de rapport.
2128 Amortissement de constructions.	
213 Cheptel mort.	
2138 Amortissement du cheptel mort.	
214 Matériel et outillage.	2140 Matériel et outillage de l'installation.
	2141 Matériel et outillage hospitalier.
	2142 Matériel et outillage des services généraux.
	2143 Matériel et outillage de la pharmacie et du laboratoire.
2148 Amortissement du matériel et de l'outillage.	
215 Matériel de transport.	2150 Matériel de transport.
	2158 Amortissement du matériel de transport.
216 Autres immobilisations corporelles.	2160 Mobilier et matériel de bureau.
	2162 Agencement et aménagement des immeubles.
2168 Amortissements des autres immobilisations corporelles.	Une subdivision par programme.
232 Constructions en cours.	
233 Travaux de reconstruction.	
24 Immobilisations détruites.	
25 Prêts à plus d'un an.	
260 Titres et valeurs.	
270 Dépôts versés.	
Classe 3. — Comptes de stocks.	
30 Alimentation.	300 Pain, farine.
	301 Viande, poisson.
	302 Boissons.
	303 Comestibles, épicerie.
	304 Lait.

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

COMPTES ELEMENTAIRES	SOUS-COMPTES ET SUBDIVISIONS
32 Matières premières et matières consommables.	320 Petit matériel.
	322 Fournitures pour laboratoires.
	323 Effets et linges confectionnés.
	324 Combustibles.
	325 Produits d'entretien.
	326 Produits et matières premières destinés aux services généraux.
	329 Vêtements de travail et uniformes.
33 Produits pharmaceutiques.	
35 Produits finis.	
38 Stocks et valeurs d'exploitation des domaines agricoles.	
Classe 4. — Comptes de tiers.	
400 Fournisseurs ordinaires.	
405 Fournisseurs Etats, départements, collectivités.	
407 Retenues de garantie.	
409 Frais d'adjudications.	
4100 Hospitalisés payants.	
4101 Caisses de sécurité sociale.	
4102 Départements.	
4104 Autres collectivités et divers.	
411 Hospitalisés - Exercice précédent.	
412 Hospitalisés - Exercices antérieurs.	
414 Débiteurs autres que les hospitalisés - Exercice courant.	
415 Frais de poursuites.	
418 Avances sur frais d'hospitalisation.	4180 Avances des malades.
	4181 Avances des caisses de sécurité sociale.
	4182 Avances des départements.
419 Provisions pour créances irrécouvrables.	
420 Sommes dues par le personnel.	
424 Honoraires médicaux.	
425 Rémunérations dues au personnel.	
426 Restes à payer sur états d'émargement.	
427 Oppositions.	
43 Etats et collectivités publiques.	
450 Gestion de...	
451 Gestion de...	
462 Cautionnements reçus.	4620 Cautionnements reçus.
	4625 Fonds déposés par les malades.
463 Sécurité Sociale.	
465 Excédents de versement.	
466 Restes à payer sur règlements par virement.	
467 Créanciers divers.	4670 Créanciers - Exercice courant.
	4675 Restes à payer des exercices antérieurs.

COMPTES ELEMENTAIRES	SOUS-COMPTES ET SUBDIVISIONS
468 Débiteurs divers.	4680 Débiteurs - Exercice courant.
470 Charges à payer.	4685 Restes à recouvrer des exercices antérieurs.
475 Recettes affectées à employer.	
477 Recettes à imputer aux gestions suivantes.	
480 Charges à imputer à la gestion suivante.	
490 Recettes à classer.	
492 Paiements à imputer.	
495 Mandats en souffrance.	
Classe 5. — Comptes financiers.	
507 Avances diverses à court terme.	
508 Avances du département.	
509 Avances du Trésor.	
530 Traités de coupes de bois.	
568 Compte au Trésor.	
580 Comptes d'avances.	5800 Avances à l'économe.
590 Virements internes.	5801 Avances à M. régisseur.
Classe 6. — Comptes de charges par nature.	
600 Alimentation.	6000 Pain, farine.
	6001 Viande, poisson.
	6002 Boissons.
	6003 Comestibles, épicerie.
	6004 Lait.
602 Matières premières et matières consommables.	6020 Petit matériel.
	6022 Fournitures pour laboratoires.
	6023 Effet et linges confectionnés.
	6024 Combustibles.
	6025 Produits d'entretien.
	6026 Produits et matières premières destinés aux services généraux.
	6029 Vêtements de travail et uniformes.
603 Produits pharmaceutiques.	
605 Produits finis.	
606 Prestations de service.	
610 Rémunération des agents auxiliaires.	
612 Traitements et indemnités diverses.	6120 Services administratifs.
	6121 Services généraux.
	6122 Services hospitaliers.
	6123 Ateliers.
	6124 Service médical.
	6126 Pharmacie et laboratoires.
613 Indemnités représentatives de frais.	
615 Rémunération des spécialistes.	

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

COMPTES ELEMENTAIRES	SOUS-COMPTES ET SUBDIVISIONS
617 Charges de sécurité sociale.	6170 Assurances sociales.
	6171 Prestations familiales.
	6172 Primes d'assurances accidents du travail
	6173 Assurance décès.
618 Charges sociales.	6180 Indemnités de préavis et de licenciement.
	6181 Contributions de l'établissement à la caisse nationale des retraites.
	6182 Congés de longue durée.
	6183 Œuvres sociales.
	6184 Secours.
619 Frais divers de personnel.	6190 Rémunérations diverses.
	6191 Indemnités.
	6192 Vestiaires des sœurs.
	6194 Frais d'inhumation.
620 Impôts et taxes.	
630 Loyers et charges locatives.	
631 Entretien et réparations.	6312 Constructions.
	6314 Matériel et outillage.
	6316 Mobilier et matériel de bureau.
632 Travaux et façons exécutés à l'extérieur.	
633 Petit outillage.	
634 Fournitures extérieures.	
6340 Electricité.	63400 Lumière.
	63401 Force.
	63402 Chauffage.
6341 Eau, vidange, salubrité.	
6342 Gaz.	
638 Primes d'assurances.	
640 Frais de transport.	6401 Transport du personnel.
	6403 Fret et transports sur achat.
	6405 Transport des hospitalisés.
651 Bibliothèque.	
652 Loisirs, jeux, culture.	
653 Tabacs.	
660 Frais d'administration.	6600 Documentation.
	6601 Missions et réceptions.
	6602 Fournitures de bureau.
	6603 Imprimés administratifs.
	6604 Frais de P. T. T.
	6605 Frais d'actes et de contentieux.
667 Frais de cultes et d'inhumation.	
668 Subventions.	
669 Dépenses imprévues.	
670 Intérêts des emprunts.	
681 Dotation aux comptes d'amortissements.	
685 Dotation aux comptes de provisions.	

COMPTES ELEMENTAIRES	SOUS-COMPTES ET SUBDIVISIONS
Classe 7. — Comptes de produits par nature.	
706 Hospitalisation.	7061 Médecine.
	7062 Chirurgie.
710 Subventions.	
720 Vente de déchets.	
760 Produits des services exploités dans l'intérêt du personnel.	7600 Location d'immeubles.
	7601 Repas.
	7602 Cession de denrées alimentaires et autres.
	7603 Transports.
	7604 Versement du demi-salaire du personnel malade.
769 Autres produits accessoires.	7695 Recettes diverses.
	7697 Cessions diverses aux tiers.
	7698 Remboursement de frais.
780 Production d'immobilisation.	7802 Construction.
	7804 Matériel et outillage.
	7806 Autres immobilisations.
783 Production de stocks.	7830 Lingerie.
	7831 Fabrications alimentaires.
	7833 Ateliers.
785 Travaux couverts par des provisions.	
Classe 8. — Comptes de résultats.	
800 Exploitation générale.	
870 Pertes et profits de l'exercice.	
872 Charges des exercices antérieurs.	
873 Produits des exercices antérieurs.	
874 Charges exceptionnelles.	8745 Créances irrécouvrables.
875 Produits exceptionnels.	8756 Recouvrements sur créances irrécouvrables.
	8757 Dettes atteintes par la déchéance.
	8758 Reprises sur le fonds de roulement.
877 Dotation au fonds de roulement.	8770 Par majoration du prix de journée.
	8771 Par emploi d'excédents antérieurs.
88 Résultats.	

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

ANNEXE N° 9

INSTRUCTION
N° 60-65 - M 2
du
6 avril 1960.

DIRECTION GÉNÉRALE
DE LA SANTÉ PUBLIQUE

14^e bureau.

**CIRCULAIRE DU 18 DÉCEMBRE 1959 RELATIVE A L'AFFILIATION
A LA SECURITE SOCIALE DES MEDECINS, CHIRURGIENS
ET SPECIALISTES DES HOPITAUX ET HOSPICES PUBLICS**

(Non parue au *Journal officiel*.)

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

Paris, le 18 décembre 1959.

**LE MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION,**

*à Messieurs les Préfets (pour exécution), Messieurs les Directeurs
départementaux de la Population et de l'Aide sociale (pour
information), Messieurs les Directeurs départementaux de
la santé (pour information).*

Au cours de ces derniers mois, mon attention a été appelée par de nombreuses administrations hospitalières sur les demandes d'affiliation à la sécurité sociale présentées par les médecins en fonction dans les hôpitaux et hospices publics.

Ces demandes s'appuient sur la jurisprudence tant du Conseil d'Etat que de la Cour de cassation.

Je rappellerai à ce sujet qu'il y a plusieurs années déjà, dans un avis du 22 mai 1951, le Conseil d'Etat (section sociale) avait estimé, sous réserve de l'interprétation des cours et tribunaux que devaient relever du régime général de la sécurité sociale :

- les médecins liés à une personne physique ou privée par un contrat de travail ;
- les médecins dont l'activité salariée ne peut être regardée comme le prolongement normal de l'exercice de la profession médicale.

Toutefois, devant les difficultés d'application, le ministère du travail, par circulaire n° 95/S. S. du 12 juillet 1952, avait été amené à conseiller aux organismes de sécurité sociale de surseoir provisoirement à l'affiliation des médecins exerçant à temps partiel dans les hôpitaux.

Depuis lors, dans un arrêt du 7 janvier 1956, le Conseil d'Etat (7^e sous-section du contentieux) se basant sur le fait que les membres du corps médical hospitalier sont dans une situation d'étroite subordination administrative à l'égard des établissements où ils exercent leur activité, a jugé que l'activité des membres du corps médical

hospitalier devait être assimilée à celle d'un fonctionnaire ou agent public et que les sommes allouées à ces praticiens en rémunération de cette activité devaient, quelles que soient les modalités de leur calcul, être regardées comme ayant le caractère de salaires.

Les conclusions de cet arrêt ont été d'ailleurs reprises dans un avis du 18 février 1958, par lequel la Haute Assemblée (section sociale et section des finances réunies) a confirmé que les honoraires médicaux versés aux membres du corps médical en rémunération des soins donnés aux malades payants doivent être assimilés à des salaires.

Enfin la Cour de cassation, appelée à se prononcer sur la question, a, elle aussi, reconnu à différentes reprises l'existence entre les médecins et les commissions administratives des hôpitaux d'un lien de subordination de nature à entraîner leur affiliation à la sécurité sociale (Cass. civ. 2^e section, 4 mai 1959 : C. H. de Moulins c/caisse primaire de sécurité sociale de l'Allier, *id.* 15 juillet 1959 : hospices civils de Strasbourg c/caisse primaire de sécurité sociale de Strasbourg).

Sur le principe de l'affiliation à la sécurité sociale des médecins des hôpitaux et des hospices civils, il ne subsiste donc plus actuellement aucune équivoque. Néanmoins demeuraient des difficultés d'application qui ont donné lieu à des études de la part de mon département en liaison avec les autres ministères intéressés.

Au terme de cette étude, je suis en mesure de vous faire parvenir les instructions suivantes :

1° Immatriculation des médecins hospitaliers.

Il conviendra que l'ensemble des administrations hospitalières prennent toutes dispositions pour qu'au 1^{er} janvier 1960, tous les médecins, chirurgiens et spécialistes, assistants, assistants d'anesthésie-réanimation en fonction dans les hôpitaux et hospices publics soient immatriculés à la sécurité sociale.

Toutefois, ces prescriptions ne sont pas applicables :

- a) Aux médecins des *hôpitaux des villes sièges de faculté ou école de médecine* qui occupent la double fonction *enseignante et hospitalière* : en effet, les intéressés sont affiliés à la sécurité sociale en tant que fonctionnaires de l'Etat. L'administration hospitalière n'aura donc pas à les faire immatriculer ;
- b) Aux médecins exerçant dans une *clinique ouverte* d'un hôpital public : ceux-ci ne peuvent être en effet considérés comme les salariés des hôpitaux dans lesquels ils ont accès pour traiter leurs malades. Aucun lien de subordination n'existe entre eux et l'administration hospitalière. Ils ne sont pas tenus à une présence régulière puisqu'ils ne viennent à la clinique ouverte que lorsque leurs malades personnels font appel à eux ;
- c) Aux médecins qui exerceront dans les *hôpitaux ruraux* : pour des raisons identiques à celles qui figurent au paragraphe b).

2° Régime de sécurité sociale applicable aux médecins hospitaliers.

Les médecins hospitaliers devront être affiliés au *régime général de la sécurité sociale* applicable aux salariés du régime commun.

Le régime général sera applicable aux intéressés au triple point de vue :

- des assurances sociales ;
- des prestations familiales ;
- des accidents du travail.

3° Assiette et montant des cotisations.

A. — Les cotisations devront être assises sur la totalité des sommes perçues par les membres du corps médical au titre de leur activité hospitalière c'est-à-dire + a.

a) Pour les médecins des hôpitaux ou des services d'hôpital :

- d'une part, sur l'indemnité forfaitaire annuelle allouée en rémunération des soins donnés aux bénéficiaires de l'aide médicale et assimilés ;
- d'autre part, sur les honoraires médicaux versés au titre des soins donnés aux malades payants.

b) Pour les médecins des hospices ou services d'hospices :

- sur l'indemnité forfaitaire annuelle allouée aux intéressés en application de l'article 132, 5°, du R. A. P. du 17 avril 1943.

B. — Le montant des cotisations sera calculé selon les principes admis dans le régime général :

a) *Au point de vue des assurances sociales* : la cotisation sera donc égale au total à 18,50 % du montant des sommes définies ci-dessus et ce dans la limite du plafond admis sur le plan général (soit 660.000 francs par an actuellement). L'hôpital ou l'hospice devra supporter sur son budget le montant de la cotisation patronale (12,50), la cotisation de 6 % à la charge personnelle des médecins devant, comme il est de règle pour l'ensemble des salariés, être retenue à la source et assise sur le montant cumulé de l'indemnité forfaitaire et des honoraires.

b) *En matière de prestations familiales* : la cotisation de 14,25 % du montant des honoraires et indemnités forfaitaires dans la limite du plafond devra être intégralement supportée par les hôpitaux et hospices comme il est de règle pour l'ensemble des employeurs du régime commun.

J'appelle votre attention sur le point suivant : du fait de l'affiliation des médecins hospitaliers au régime général de la sécurité sociale, les prestations familiales leur seront servies non par l'administration hospitalière, comme pour les agents titulaires du personnel hospitalier, mais par les caisses d'allocations familiales. Ce système permet de résoudre les difficultés résultant de la double activité hospitalière et libérale de la plupart des médecins exerçant dans les hôpitaux et hospices. Les caisses d'allocations familiales sont, en effet, à même de déterminer à partir de documents en leur possession quelle est celle des activités du médecin qui doit être considérée comme principale et au titre de laquelle les prestations familiales doivent être versées aux intéressés.

c) *En matière d'accidents du travail*, le régime général des salariés du régime commun sera également appliqué.

Ceci entraînera d'ailleurs la modification de l'article 112 du R. A. P. du 17 avril 1943 qui prévoyait que les administrations hospitalières devaient contracter une assurance en vue de couvrir les médecins en cas d'accident professionnel survenu dans l'exercice de leurs fonctions hospitalières.

Mes services procèdent à l'étude de ce problème et toutes indications utiles vous seront données ultérieurement.

4° Déclaration du montant des honoraires médicaux perçus par chaque praticien.

Pour permettre aux établissements de se conformer aux obligations qui leur incombent en leur qualité d'employeurs, il est indispensable que les administrations hospitalières connaissent exactement le montant des sommes qui reviennent à chaque médecin au titre de la répartition de la masse des honoraires formée en

application des articles 133 et 134 du R. A. P. du 17 avril 1943, une fois opéré le prélèvement réglementaire de 5 % prévu pour les frais de recouvrement, ainsi que le prélèvement pour les frais de fonctionnement des consultations externes.

A cet effet, périodiquement, *en principe à la fin de chaque trimestre*, le receveur devra fournir à l'administration hospitalière, à charge pour elle de le communiquer aux membres du corps médical hospitalier, le montant des honoraires recouvrés. Cet état devra être fourni par spécialité comme le prescrit l'article 133 du R. A. P. du 17 avril 1943. Les chefs de service devront ensuite notifier à l'ordonnateur de l'établissement les décisions prises par entente entre les intéressés quant à la répartition de la masse entre les parties prenantes. Enfin, au vu d'un ordre de paiement établi par l'ordonnateur, appuyé de la décision portant répartition des honoraires encaissés, le receveur versera à chaque praticien hospitalier les sommes lui revenant, déduction faite de la cotisation de sécurité sociale à la charge personnelle du médecin.

5° Point de départ de l'affiliation.

Ainsi que je l'ai précisé ci-dessus, j'estime que l'affiliation des médecins hospitaliers à la sécurité sociale devra prendre effet au 1^{er} janvier 1960.

Toutefois, il m'a été signalé de divers côtés que certaines caisses de sécurité sociale ont demandé à des administrations hospitalières le règlement de cotisations remontant dans certains cas à l'année 1954 assorties parfois au surplus de demandes d'intérêts de retard.

Or, il faut souligner la situation particulière dans laquelle se trouvaient les hôpitaux qui, en fait, ne sont pas responsables de la non-affiliation des membres du corps médical hospitalier. Ils n'ont fait en l'occurrence qu'appliquer les directives gouvernementales ; les caisses de sécurité sociale avaient d'ailleurs reçu également de leur côté les mêmes recommandations (cf. la circulaire n° 95/S. S. du 12 juillet 1952).

Je pense dans ces conditions qu'il doit être possible de régler à l'amiable les difficultés survenues entre les caisses et les administrations hospitalières au sujet des immatriculations rétroactives et du paiement des cotisations correspondantes. En tout état de cause, je rappelle que les établissements intéressés peuvent opposer à certaines de ces demandes la déchéance quadriennale prévue par l'article 148 de la loi du 31 décembre 1945.

*

* *

Vous voudrez bien notifier les présentes instructions aux commissions administratives des hôpitaux et hospices de votre département et me tenir au courant, le cas échéant, des difficultés d'application qui pourraient survenir.

BERNARD CHENOT.