

Direction générale de l'action sociale  
Sous-direction des institutions  
des affaires juridiques et financières  
Bureau de la réglementation financière  
et comptable (5B)

## **Lettre DGAS/5B du 3 mai 2002 relative aux questions diverses relatives à la tarification et à la facturation des tarifs dépendance**

**AS 1 15**  
**2035**

NOR : MESA0230241Y

(Texte non paru au *Journal officiel*)

La directrice générale de l'action sociale à Mesdames et Messieurs les préfets de département (direction départementale des affaires sanitaires et sociales) Les services des conseils généraux, les établissements et les DDASS me posent de façon récurrente diverses questions relatives à la tarification et à la facturation des tarifs dépendance. Aussi j'ai l'honneur de confirmer par la présente les réponses individuelles faites par la messagerie Intranet ou par Internet.

### 1. Facturation de tarifs dépendance et versement de l'APA en établissement pendant les périodes d'absence du résident

Il résulte de la combinaison de l'article 7 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 et de l'article 12 du décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001, qu'un établissement ne peut pas facturer à un résident son tarif dépendance, y compris la partie du tarif correspondante au GIR. 5-6, et ce dès le premier jour d'absence justifiée.

Par contre, le résident peut continuer à percevoir l'APA en établissement dans la limite de 30 jours en application de l'article 12 du décret n° 2001-1085 du 20 novembre 2001.

Aussi, les règles de facturation aux résidents des tarifs peuvent être résumées par le tableau ci-après :

|                                       | <b>TARIF<br/>hébergement</b>   | <b>TARIF<br/>dépendance</b>   | <b>VERSEMENT<br/>de l'APA</b>                   |
|---------------------------------------|--|---|---|
| Absence pour hospitalisation          | Tarif Hébergement diminué du forfait journalier hospitalier à partir de 72 heures d'absence                              | Pas de facturation dès le premier jour d'absence  | Maintien de l'APA pendant les 30 premiers jours |
| Absence pour convenances personnelles | Tarif Hébergement diminué du forfait fixé par le règlement départemental d'aide sociale, à partir de 72 heures d'absence | Pas de facturation dès le premier jour d'absence à condition d'en avoir informé l'établissement | Maintien de l'APA pendant les 30 premiers jours |

Ces modalités de facturation sont sans conséquences sur l'équilibre général du budget et de chacune de ses sections tarifaires dès lors que le nombre de journées prévisionnelles a pris en

compte l'absentéisme comme il est indiqué dans le paragraphe 5.1 de la circulaire n° 2001-241 du 29 mai 2001.

## 2. Principe de l'intangibilité des tarifs annuels afférents à la dépendance et aggravation individuelle de la dépendance

Les tarifs dépendance sont calculés en application de l'article 13 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 en fonction du GMP de l'établissement établi chaque année entre le 1er janvier et le 30 septembre.

La circulaire n° 2001-241 du 29 mai 2001 a précisé dans son paragraphe 5-2 que le calcul de ce GMP pouvait anticiper une aggravation prévisionnelle de la dépendance moyenne de l'établissement.

En conséquence, les tarifs dépendance de l'année ayant été calculés sur la base de ce GMP de l'établissement, ils sont alors intangibles et ne peuvent être révisés que si les conditions prévues à l'article 29 du décret n° 99-317 du 26 avril 1999 sont réalisées.

Au niveau de chaque résident pris individuellement, le tarif dépendance qui doit leur être facturé est celui du groupe GIR dans lequel il a été classé lors du dernier calcul du GMP de leur établissement. Pour les nouveaux entrants, cette facturation se fait, elle, au regard de leur « GIR » d'entrée.

En conséquence, le résident ne peut connaître qu'une évolution annuelle de son tarif dépendance qui prend en compte, d'une part, son nouveau classement en groupe GIR dans le cadre du calcul du GMP de l'établissement (effet révision du « girage ») et, d'autre part, l'évolution des charges nettes prévisionnelles approuvées de la section tarifaire dépendance (effet inflation).

Il convient de souligner que ces règles ne pénalisent ni l'établissement, s'il a calculé correctement son GMP en application de l'article 13 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 et du paragraphe 5.2 de la circulaire n° 2001-241 du 29 mai 2001, ni le résident, compte tenu des règles de l'APA en établissement qui finalement ne lui font supporter financièrement que le tarif du GIR. 5-6 quel que soit son groupe GIR d'appartenance.

## 3. Unicité des tarifs dépendance dans les différents budgets annexes d'un même établissement hospitalier

Si la circulaire n° 2001-241 du 29 mai 2001 préconise le regroupement au sein d'un seul budget annexe des différents budgets annexes relatifs à des services accueillant des personnes âgées dépendantes, c'est bien pour que les tarifs dépendance ne soient pas différents pour des résidents dans les mêmes locaux ou dans des locaux très proches mais administrativement rattachés à des services différents.

Il convient donc de mettre en oeuvre ces recommandations pour arriver à ces tarifs afférents à la dépendance uniques.

Je profite donc de la présente pour vous transmettre la copie d'une note de la direction générale de la comptabilité publique aux comptables publics sur les incidences budgétaires, comptables et juridiques des regroupements entre budgets annexes.

Aux diverses raisons présentant l'intérêt de tels regroupements présentées par la circulaire n° 2001-241 du 29 mai 2001, il convient d'ajouter que les services aussi regroupés et relevant alors du 6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ne sont plus soumis en matière de sécurité et d'aménagements aux règles du type « U » mais à celles du type « J » publié au Journal officiel du 6 février dernier. Le type « J » propose des normes moins contraignantes et plus conformes au projet de vie de ce type de service et aussi plus économiques.

Le sous-directeur des institutions,  
des affaires juridiques et financières,  
J. Blondel

supprimé pour essai voir PF problème sur Supplément

## ANNEXE

Annexe à la lettre du 3 mai 2002 relative à la tarification et la facturation des tarifs dépendance : note de la direction générale de la comptabilité publique en date du 8 mars 2002 apportant des précisions sur les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes qui sont budgets annexes d'un établissement public de santé

Direction générale  
de la comptabilité publique

Le directeur général de la comptabilité publique à Mesdames et Messieurs les trésoriers-payeurs généraux (service des collectivités locales et établissements publics locaux) Objet : précisions sur les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes qui sont budgets annexes d'un établissements public de santé.

La présente note a pour objet d'apporter des précisions sur :

- l'emploi de la lettre mnémotechnique « E » pour les services qui hébergent des personnes âgées dépendantes et dont l'activité est suivie en budget annexe d'un établissement public de santé ;
- les hôpitaux locaux qui n'ont comme activité sanitaire que l'activité de soins de longue durée pour laquelle une convention tripartite est signée ;
- la comptabilisation de la prestation spécifique dépendance.

### 1. Emploi de la lettre mnémotechnique « E »

La lettre mnémotechnique « E » a été créée par la circulaire interministérielle DHOS/F4/DGCP/6B/2000 n° 585 du 4 décembre 2000 portant diverses mesures d'ordre budgétaire et comptable applicables aux établissements financés par dotation globale et diffusée par l'instruction n° 00-098-M21 du 18 décembre 2000.

Cette lettre mnémotechnique « E » permet d'identifier les budgets annexes des établissements publics de santé qui hébergent des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et qui ont signé la convention tripartite leur permettant de passer à une tarification ternaire stricto sensu. Elle ne doit pas être employée si la convention n'a pas été signée.

Ainsi, si une maison de retraite, budget annexe d'un établissement public de santé, signe une convention tripartite au cours de l'année 2002 avec date d'application immédiate, l'emploi de la lettre mnémotechnique « E » ne peut pas être anticipé au 1er janvier 2002. Jusqu'à la date de signature de la convention, les opérations de la maison de retraite seront retracées sur le budget annexe « J ». Ce budget annexe sera ensuite clôturé le jour de la signature de la convention au profit de la création d'un nouveau budget annexe EHPAD codifié par la lettre mnémotechnique « E ». Le budget de l'établissement public de santé sera modifié en conséquence.

Toutefois, il existe une exception à ce principe qui résulte d'un cas spécifique : la fusion d'un budget annexe « unité de soins de longue durée » (lettre « B ») et d'une maison de retraite

(lettre « J »).

En effet, par circulaire DHOS/DSS/DGAS/MARTHE n° 2001/659 du 27 novembre 2001 (paragraphe 321), le ministère de l'emploi et de la solidarité a indiqué qu'il était possible de fusionner le budget annexe « USLD » et le budget annexe « maison de retraite » pour ne constituer qu'un seul EHPAD lorsque la distinction entre les deux entités n'avait qu'une origine administrative et financière.

Dans ce cas, le ministère de l'emploi et de la solidarité précise que cette fusion des deux entités peut intervenir durant la période transitoire (période durant laquelle la convention tripartite n'est pas encore signée) en utilisant la lettre mnémotechnique « E ». Toutefois, l'emploi de cette lettre « E » doit s'accompagner d'une transformation juridique effective. Cette transformation juridique effective répond aux conditions suivantes :

- la fusion entre l'unité de soins de longue durée et la maison de retraite doit être réelle, c'est-à-dire qu'une demande de l'établissement public de santé doit avoir été déposée auprès du CROSS si la transformation des lits de l'USLD par extension concomitante de la capacité d'accueil de la maison de retraite desdits établissements a pour conséquence d'accroître la capacité des lits médico-sociaux de la maison de retraite de plus de 15 lits ou de plus de 30 % de la capacité déjà autorisée de ladite maison de retraite avant cette fusion. Un arrêté préfectoral doit être pris en ce sens à la suite du CROSS ;
- la signature de la convention tripartite doit intervenir rapidement et de façon concomitante à la transformation juridique des lits sanitaires de l'USLD en lits médico-sociaux.

Si ces deux conditions ne sont pas réunies, l'emploi de la lettre « E » n'est pas autorisé durant la période transitoire.

Ainsi, si le budget annexe « unité de soins de longue durée » et le budget annexe « maison de retraite » souhaitent fusionner sans toutefois avoir préparé la convention tripartite, ce nouveau budget annexe ne pourra pas être codifié par la lettre mnémotechnique « E » mais avec la lettre « P - autres services relevant de la loi sociale ».

## 2. Cas des hôpitaux locaux qui signent une convention tripartite

Les établissements publics de santé, en application de l'article R. 714-3-9 du code de la santé publique, ne peuvent gérer leurs maisons de retraites et leurs unités de soins de longue durée, et, désormais leurs EHPAD, que sous forme de budgets annexes. Ces activités, qui doivent être suivies en budget annexe, ne doivent en aucun cas être suivies sur le budget principal d'un établissement public de santé puisque, notamment, les groupes fonctionnels du budget principal et des budgets annexes sont différents.

Si l'hôpital local n'a plus d'activité dans les disciplines sanitaires, son budget principal peut donc se limiter à la section d'investissement. Un établissement public de santé qui a comme activité sanitaire uniquement l'activité de soins de longue durée continue de retracer les opérations d'exploitation de l'activité de soins de longue durée dans un budget annexe. Dans certains cas, le regroupement des activités de soins de longue durée et du secteur d'hébergement médico-social pour personnes âgées peut être envisagé pour ne créer notamment qu'un seul budget annexe EHPAD.

Ce regroupement ne pose aucune difficulté pour les établissements publics de santé qui assurent, par ailleurs, au moins une des activités de soins énumérées au 1° de l'article L. 6111-2 CSP. Une telle opération constitue donc une suppression de lits de soins de longue durée avec extension concomitante de la capacité d'accueil de leurs maisons de retraite (cf.. le point

1 de la présente note).

Dans le cas des hôpitaux locaux n'ayant plus d'activités sanitaires en MCO, SSR ou psychiatrie, un tel regroupement ne peut pas s'analyser comme la suppression d'un établissement public de santé.

En effet, il résulte des dispositions de l'article R. 714-1-3 CSP que la suppression d'un établissement public de santé ne peut être prononcée que par arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pris après avis du CROSS, « soit à la demande ou avec l'accord de la ou des collectivités territoriales de rattachement, soit, même en l'absence d'une telle demande ou d'un tel accord, lorsque l'autorisation prévue à l'article L. 714-8 [actuel L. 6122-1] est retirée ou n'est pas renouvelée ». A défaut de demande ou d'accord des collectivités territoriales, leurs avis doivent être pris, ainsi que, dans tous les cas, celui du conseil d'administration de l'établissement concerné. Il revient donc aux différents acteurs susmentionnés d'apprécier dans quelle mesure les conséquences d'un tel changement de régime juridique sont compatibles avec les nécessités de fonctionnement du nouvel établissement.

Si l'ARH n'envisage pas de confier par la suite à cet établissement des activités sanitaires mais uniquement une mission d'hébergement des personnes âgées dépendantes, le statut d'établissement public social ou médico-social autonome est a priori plus adapté. Cet établissement social et médico-social ne constituerait alors qu'un seul et même budget et pourrait appliquer l'instruction M22.

En tout état de cause, la disparition complète des activités de soins de longue durée dans un hôpital local n'a donc pas pour conséquence le basculement automatique de tels établissements dans le champ des établissements sociaux et médico-sociaux autonomes qui assurent l'hébergement des personnes âgées, prévus au 6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Il est nécessaire d'obtenir un arrêté de l'ARH pour que cet établissement ne soit plus qualifié d'hôpital. Tant que cet arrêté n'a pas été pris, l'établissement conserve son statut d'établissement public de santé. Il continue d'appliquer l'instruction M21 (section d'investissement codifié par la lettre « H » et budget annexe codifié par la lettre « E » dans le cas présent, voire E1 et E2 s'il y a deux budgets annexes « EHPAD »).

### 3. Comptabilisation de la prestation spécifique dépendance

En application de l'article 19 de la loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, les personnes bénéficiant de la prestation spécifique dépendance continuent de la percevoir jusqu'à la notification par le président du conseil général de la décision relative à l'allocation personnalisée d'autonomie. Le compte relatif à la prestation spécifique dépendance ayant été supprimé, celle-ci doit être rattachée aux produits de la dépendance et doit être comptabilisée sur le compte 70641 « tarif dépendance couvert par l'APA » (M21) ou le compte 7341 « tarif dépendance couvert par l'APA » (établissements appliquant l'instruction M22).

Il est précisé que la personne a tout intérêt à demander le bénéfice de l'APA pour être en mesure de régler financièrement son tarif dépendance. En ce sens, les établissements doivent aider ces personnes à réaliser les démarches administratives nécessaires à l'obtention de cette aide.

Enfin, j'ajoute que les précisions apportées sur les différents points évoqués ci-dessus ont reçu l'aval de la direction générale de l'Action sociale.

Le sous-directeur,  
chargé de la 6e sous-direction,  
O. Gloux