

**Circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA n° 2006-447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées**

NOR : SANA0630468C

*Date d'application* : immédiate.

*Annexes*

- I. - Notice technique CNSA : mise en oeuvre des nouvelles règles tarifaires et répartition des enveloppes de médicalisation ;
- II. - Protocole d'évaluation, grille de suivi et d'analyse des conventions tripartites échues ;
- III. - Tableau de répartition départementale SSIAD (2<sup>e</sup> tranche, exercice 2006) ;
- IV. - Tableau de répartition départementale des crédits afférents à la médicalisation des EHPAD (PSGA 2006) ;
- V. - Tableau récapitulatif des dotations départementales 2006 ;
- VI. - Tableau de répartition des enveloppes anticipées 2007.

Le plan solidarité grand âge (PSGA), dont le détail a été présenté par Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille le 27 juin 2006, prévoit un ensemble de mesures destinées à apporter des améliorations concrètes dans la vie des personnes âgées dépendantes, visant, pour certaines, dès 2006, à la fois à leur donner le libre choix de rester chez elles grâce à un renforcement des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et à mieux prendre en compte la charge en soins et l'évolution de la dépendance pour le calcul des moyens d'assurance maladie alloués aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. A échéance du PSGA, il a été décidé de porter progressivement les moyens en soins des établissements accueillant les résidents les plus dépendants (GMP supérieur à 800) à un ratio global d'encadrement de un ETP pour un résident, toutes catégories de personnel confondues.

La prise en compte de la charge en soins techniques requis pour allouer les moyens d'assurance maladie grâce à l'utilisation de l'outil Pathos devra, à terme, permettre de mieux évaluer le personnel soignant nécessaire en fonction du besoin de soins des patients. Cette mesure objective de la charge en soins interviendra progressivement à compter de la mise en oeuvre de la présente circulaire. Dans un premier temps, elle devra être opérationnelle pour les établissements amenés à renouveler leur convention tripartite et pour les établissements dont le GMP est supérieur ou égal à 800. A terme, elle sera donc généralisée à l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

L'évolution rapide du degré de perte d'autonomie des résidents des établissements rend souvent obsolète l'évaluation du GMP pris en compte au moment du conventionnement de manière à paramétrer le montant des moyens alloués à l'établissement. Il convient donc, conformément aux dispositions réglementaires, qu'une actualisation annuelle du GMP de chaque établissement soit faite pour permettre l'ajustement des moyens alloués.

Afin d'inciter les établissements à choisir le tarif global prévu initialement comme le dispositif de droit commun de la réforme de la tarification permettant d'apporter une réponse complète et organisée aux besoins de soins des résidents, il est prévu de revaloriser de 15 % le tarif global de soins de tous les établissements ayant opté ou optant pour ce tarif.

Enfin, de façon complémentaire à cette augmentation significative des moyens pour la prise en charge des soins des résidents des établissements d'hébergement, le plan solidarité grand âge a prévu une croissance soutenue du nombre de places de SSIAD pour atteindre l'objectif

de 232 000 places ouvertes en 2025 (87 000 places installées au 31 décembre 2005). Dès 2006, 6 000 nouvelles places seront créées soit 1 750 places supplémentaires par rapport à ce qui avait été initialement prévu pour chacune des tranches annuelles du plan « Vieillesse et solidarités ».

Il convient de rappeler que les règles énoncées dans la présente circulaire sont applicables aux unités de soins de longue durée (USLD) dans la mesure où ces dernières restent soumises à l'obligation de conventionnement.

La présente circulaire a, d'une part, pour objet de préciser les conditions du renouvellement des conventions tripartites parvenues à échéance au regard des assouplissements apportés par le PSGA. Elle vise, d'autre part, à ajuster les dotations régionales 2006 (répartition de l'enveloppe supplémentaire de places de SSIAD) et à permettre à la CNSA de notifier le montant de l'enveloppe qui vous permettra d'autoriser dès 2006, par anticipation, 5 000 places d'EHPAD qui ne pourront ouvrir qu'à compter de l'exercice 2007.

## I. - LE RENOUVELLEMENT DES CONVENTIONS TRIPARTITES

Depuis le début de la réforme de la tarification, un certain nombre de conventions tripartites sont arrivées à échéance en 2005 et 2006. Selon les données fournies par le logiciel SAISEHPAD, 388 conventions sont échues fin 2006 et ont vocation à être renouvelées. Dès 2007, le rythme de renouvellement devrait s'accélérer pour concerner plus de 1 000 conventions.

Il convient, avant de s'engager dans le processus de renouvellement des conventions arrivées à échéance, de mesurer les effets de ce dispositif sur la qualité des prestations offertes aux résidents et d'évaluer les écarts éventuels entre les objectifs fixés lors de la signature de la convention et les résultats obtenus à son terme.

### I.1. - **Evaluation des conventions échues**

Vous trouverez en annexe II de la présente circulaire un protocole d'évaluation - fourni à titre indicatif et pouvant constituer une trame de questionnement lors de vos rencontres avec les établissements - et une grille de suivi et d'analyse des conventions tripartites échues, proposés par la direction générale de l'action sociale sur la base des outils mis au point par les DRASS du Nord - Pas-de-Calais et de Rhône-Alpes, qui doivent vous permettre d'effectuer une évaluation des objectifs des conventions arrivées à échéance, préalable nécessaire à tout renouvellement et à la négociation d'une nouvelle convention.

Il vous est demandé de renseigner et de faire renseigner par les établissements (cases gris clair), pour chacune des conventions échues ou à échoir en 2006, la grille de suivi et d'analyse - adaptée le cas échéant en fonction des outils que vous avez d'ores et déjà mis en place ou tout document équivalent - et d'en faire retour à la DGAS / bureau 2 C (emmanuelle.sognog@sante.gouv.fr et dominique.telle@sante.gouv.fr) qui agrégera et consolidera les résultats de vos enquêtes afin que soit dressée une typologie des points forts, des points faibles et des points de convergence du panel des 388 premières conventions, destinée à alimenter tant la réflexion sur le renouvellement et le contenu des conventions tripartites de deuxième génération que l'étude confiée au CREDOC dans ce domaine.

Les résultats agrégés de l'analyse des 388 conventions vous seront restitués, sur le plan quantitatif comme sur le plan qualitatif au fur et à mesure de l'exploitation de vos remontées.

### I.2. - **L'étude conjointe DGAS/DSS/CNSA confiée au CREDOC sur la mesure de l'impact du volet qualité dans les EHPAD signataires d'une convention tripartite**

La DGAS, la DSS et la CNSA ont confié au CREDOC une étude dont l'objectif est de

déterminer, en cohérence avec les recommandations du cahier des charges du 26 avril 1999 modifié et avec l'outil d'auto-évaluation ANGELIQUE, instrument partagé que les établissements se sont largement appropriés un socle dur d'indicateurs qualitatifs devant nécessairement être atteints au terme de la deuxième vague conventionnelle et être inscrits en priorité dans les nouvelles conventions.

Cette étude comporte deux volets :

- d'une part, l'élaboration de cadres de référence et d'outils harmonisés et nationaux pour mesurer l'évolution de la qualité des prestations et services sous forme d'indicateurs qui permettent de mettre en avant et d'évaluer les progrès réalisés par une structure sur des points reconnus essentiels et constitutifs d'un véritable effort de qualité ;
- d'autre part, une analyse de la corrélation entre la qualité et les coûts de la prise en charge des soins dans les EHPAD, mesurée sur la base d'un indicateur composite à définir par le prestataire.

Elle sera réalisée sur un échantillon d'une cinquantaine d'établissements volontaires ciblés dans quatre départements (le Gard, la Loire-Atlantique, la Somme et le Val-d'Oise) dont la liste a été arrêtée conjointement par le prestataire, la DGAS, la DSS et la CNSA, en liaison avec les autorités de tarification (DDASS et conseils généraux). Ses conclusions feront, d'ici au premier trimestre de l'année 2007, l'objet d'une concertation et d'une circulaire d'orientation consacrée aux enjeux de la démarche qualité et de son évaluation et fixant, en la matière, les objectifs à inscrire dans la deuxième vague de conventions tripartites.

L'approfondissement de la démarche qualité à l'occasion du renouvellement des conventions tripartites s'inscrit dans le développement d'une culture de l'évaluation qui entrera dans une nouvelle phase avec la transformation du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale en Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, inscrite dans le PLFSS pour 2007.

### **I.3. - La préparation des nouvelles conventions et la prorogation des conventions échues par avenant**

Il convient donc pour les conventions arrivées à échéance d'envisager deux hypothèses :

- les objectifs initiaux de la convention n'ont pas été atteints : afin de permettre aux établissements de respecter les principaux objectifs initialement arrêtés en termes de qualité, il convient de conclure un avenant, pour une durée maximum d'une année sur la base d'une allocation des moyens calculée sur les bases précédemment retenues ;
- les objectifs de la convention ont été atteints : il convient de renouveler la convention tripartite pour une durée de cinq ans. Pour la première année d'exécution de la nouvelle convention, l'allocation des moyens de l'assurance maladie sera réévaluée, en adéquation avec les besoins, et reposera sur l'actualisation du GMP et sur la mesure objective de la charge en soins requis par le référentiel Pathos. Dans le délai d'un an et à compter de la signature de la nouvelle convention, un avenant transcrira les objectifs qualité à inscrire pour la nouvelle période conventionnelle au regard des moyens alloués.

## **II. - L'ACTUALISATION ANNUELLE DU GMP**

Les remontées de SAISEHPAD indiquent, en moyenne, une augmentation de GMP de près de 20 points, toutes strates d'établissements confondues entre août 2004 et juin 2006.

Qu'il s'agisse des conventions à renouveler ou de celles qui sont en cours, vous veillerez, afin que le calcul des dotations d'assurance maladie soit le plus proche possible de la réalité du degré de dépendance moyen de l'ensemble des résidents, comme le prévoit l'article R. 314-170 du code de l'action sociale et des familles, à réviser annuellement et de

façon systématique le classement des résidents selon leur niveau de dépendance (grille AGGIR). Le classement ainsi réalisé devra, s'il y a lieu, vous permettre de recalculer les dotations d'assurance maladie de l'établissement chaque fois que la variation du GMP atteint 20 points.

Cette actualisation doit intervenir chaque année dans le cadre de la préparation de la campagne budgétaire.

L'actualisation annuelle du GMP conduit à réajuster les crédits d'assurance maladie des établissements concernés dans les conditions précisées au A de la notice technique de la CNSA qui figure à l'annexe I.

Tous les établissements sont éligibles à cet ajustement annuel du GMP.

### III. - L'UTILISATION DE L'OUTIL PATHOS POUR LES ÉTABLISSEMENTS DONT LA CONVENTION EST RENOUVELÉE ET POUR L'ALLOCATION DE RESSOURCES AUX EHPAD DONT LE GMP EST ÉGAL OU SUPÉRIEUR À 800

Le calcul actuel de la dotation soins des établissements repose sur le GMP qui mesure la charge de travail liée à la dépendance. La charge en soins, quant à elle, n'est prise en compte que de manière forfaitaire selon les caractéristiques des établissements. Le nombre croissant de résidents souffrant de pathologies nécessitant des soins médicaux et techniques importants (SMTI) nécessite de mettre en oeuvre une prise en charge pluridisciplinaire qui fait appel à diverses professions paramédicales. Le logiciel Pathos permet d'évaluer les soins requis à ce titre, sous forme d'un point Pathos pondéré (PMP). La somme des deux grandeurs (GMP et PMP) constituera le GMPS de l'établissement.

Afin de mener les négociations avec les établissements qui dès maintenant vont renouveler leur convention tripartite ainsi qu'avec les établissements dont le GMP est supérieur à 800, il vous est désormais demandé de réaliser une généralisation progressive de l'utilisation de l'outil Pathos, de façon que l'allocation des crédits d'assurance maladie prenne en compte la charge en soins requis. La coupe transversale réalisée par l'outil Pathos doit vous permettre de déterminer le niveau de soins requis par l'état de santé des résidents.

Dans tous les cas, seuls les établissements dont la coupe Pathos a été validée par le service médical de l'assurance maladie peuvent bénéficier des nouvelles modalités de calcul du GMPS.

Pour ce faire, il faut que les médecins coordonnateurs des établissements, avec le support technique des médecins conseils de la caisse régionale d'assurance maladie, soient formés à l'utilisation de l'outil Pathos et réalisent une coupe transversale qui doit permettre de déterminer le niveau de soins médicaux et techniques importants requis par l'état de santé des résidents.

La coupe transversale est réalisée par les établissements qui saisissent les données concernant les patients. Il s'agit de données anonymes qui seront agrégées et traitées par l'échelon régional du service médical.

La validation de la coupe Pathos sera faite par l'échelon régional du service médical de l'assurance maladie. Elle donnera lieu à des visites sur site pour réaliser des contrôles de cohérence. En cas de désaccord entre le praticien conseil de l'échelon régional du service médical et le médecin de l'établissement, celui-ci pourra saisir une commission régionale ad hoc, qu'il revient aux directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales de constituer, en liaison avec l'échelon régional du service médical. Cette commission doit comprendre le praticien conseil référent régional et un gériatre référent désigné par la DRASS.

Passé le délai de trois mois suivant la transmission de la coupe Pathos par l'établissement, le silence du praticien conseil de l'échelon régional du service médical vaudra validation de ladite coupe, sans préjudice des résultats de contrôles ultérieurs de cohérence.

Si le coefficient soins réel issu de la coupe transversale s'avère inférieur au coefficient soins forfaitaire servant actuellement au calcul de la dotation d'assurance maladie, celle-ci pourra être conservée sous réserve que l'établissement s'engage à accueillir des résidents nécessitant des soins plus importants, de façon à faire converger, dans un délai à fixer par la convention, le coefficient forfaitaire et la charge réelle en soins techniques. Dans le cas contraire, il vous est demandé de revoir à la baisse la dotation de l'établissement dans un délai de trois ans, en fonction de son coefficient soins réel.

Le C de la notice technique de la CNSA précise les règles de calcul et de tarification applicables.

Les règles tarifaires déterminées par les circulaires budgétaires antérieures (notamment la circulaire DHOS/F2/DSS/1A/DGAS/2C n° 2005-478 du 21 octobre 2005 annexe 4) demeurent applicables aux établissements qui ne s'inscrivent pas dans ce nouveau mécanisme tarifaire.

Toutefois, les conditions d'obtention d'un coefficient soins supplémentaire de 130 points (circulaire DHOS-F2/DSS-1A/DGAS-2C n° 415 du 30 août 2004) sont assouplies par la présente circulaire. Ainsi, tous les EHPAD dont le dernier GMP validé est supérieur à 700 se voient attribuer :

- un coefficient forfaitaire de soins techniques de 250 points pour les EHPAD ne disposant pas d'une PUI ;
- un coefficient forfaitaire de soins techniques de 430 points pour les EHPAD dotés d'une PUI.

#### IV - LA REVALORISATION DE 15 % DU TARIF GLOBAL DE SOINS

Par ailleurs, selon les données issues du logiciel SAISEHPAD, seulement 15,9 % des établissements ayant signé une convention tripartite au 6 février 2006 ont choisi de le faire dans le cadre du tarif global, conçu initialement comme le mode de tarification de droit commun permettant d'optimiser le fonctionnement des EHPAD du point de vue de l'organisation des soins. Le périmètre des charges du tarif global comprend des postes de dépense importants que ne supportent pas les établissements ayant opté pour le tarif partiel, telles les rémunérations versées aux médecins généralistes et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement ainsi que les examens de radiologie et de biologie. Si dans le cas des structures ayant choisi le tarif partiel, ces dépenses sont financées sur l'enveloppe soins de ville, dans le cas du tarif global, ces dépenses émarginent sur la dotation soins versée à l'établissement par l'assurance maladie.

Aussi, il est décidé de revaloriser de 15 % le tarif global de soins pour les établissements ayant opté ou optant pour ce régime dans le cadre d'une convention tripartite et disposant d'une coupe Pathos validée par le service médical de l'assurance maladie. Pour ces établissements, cette augmentation est intégrée automatiquement dans les nouvelles modalités de calcul de la dotation soins.

Une enveloppe d'un montant de 33,42 MEuro vous est déléguée par la CNSA afin de mettre en oeuvre les mesures exposées aux paragraphes II, III et IV ci-dessus. La répartition des enveloppes départementales vous est communiquée à l'annexe 4.

#### V. - LA CRÉATION DE 1 750 PLACES DE SSIAD SUPPLÉMENTAIRES EN 2006

Le financement de 1 750 places supplémentaires de services de soins infirmiers à domicile, pour porter à 6 000 le nombre de places créées en 2006, vous est alloué sur la base de 6 mois

de fonctionnement ; l'extension en année pleine de ces places sera assurée en 2007. La répartition des 1 750 places est opérée au vu des PRIAC et répond aux critères qui ont prévalu pour celle des 4 250 premières places.

Par ailleurs, conformément à ce qui a été annoncé à l'occasion de la présentation du PSGA, nous vous informons qu'un groupe de travail, réunissant les directions d'administration centrale et les fédérations concernées, a été mis en place pour élaborer une grille d'évaluation du niveau de soins requis par les patients pris en charge par les SSIAD. Cette meilleure appréciation des besoins devra, à terme, permettre d'adapter l'allocation des ressources de ces services pour la prise en charge de patients nécessitant des soins plus intensifs sans pour autant relever d'une prise en charge par un service d'hospitalisation à domicile.

L'annexe 3 fixe les règles de répartition de ces places et comporte le tableau de répartition des dotations départementales.

## VI. - MESURES SALARIALES GÉNÉRALES

Il est rappelé que la prise en compte des mesures salariales générales décidées par le gouvernement en ce qui concerne les personnels relevant des différentes fonctions publiques (revalorisation de la valeur du point fonction publique) est étendue dans les mêmes conditions aux établissements et services privés, lucratifs et non lucratifs, accueillant des personnes âgées dépendantes. Ainsi, la revalorisation générale de 0,5 % des rémunérations des agents publics intervenue au 1<sup>er</sup> juillet emporte une revalorisation de la base budgétaire 2006 des établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes de 0,23 %.

## VII. - MISE EN OEUVRE DE LA PLURIANNUALITÉ : ENVELOPPE ANTICIPÉE 2007 RELATIVE À LA CRÉATION DE PLACES D'EHPAD

L'article L. 314-3-4 du code de l'action sociale et des familles, introduit par l'article 5 de l'ordonnance n° 2005-1477 du 1<sup>er</sup> décembre 2005, permet d'autoriser des places nouvelles d'établissements médico-sociaux pour personnes âgées par anticipation pour des projets ayant reçu un avis favorable du CROSMS et compatibles avec le PRIAC.

Il s'agit par conséquent d'une affectation anticipée des crédits de mesures nouvelles qui doivent figurer dans l'objectif global de dépenses (OGD) des années ultérieures (N +1 et le cas échéant N +2). Ce dispositif doit permettre la mise en oeuvre des autorisations à « effet différé » et donc de réduire le délai de mise en oeuvre des projets dans le cas de travaux à réaliser.

Dans ce cadre, la CNSA procède à une première répartition des enveloppes dites anticipées pour la création de places d'EHPAD. Cette répartition est récapitulée dans le tableau de répartition des enveloppes anticipées (annexe 6).

Il convient de souligner que la répartition des dotations départementales a été opérée par la CNSA à partir de l'analyse des PRIAC ; il s'agit par conséquent de la première utilisation des travaux de programmation menés en région.

Le montant pris en application de l'article L. 314-3-4 susvisé a été fixé pour 2006 à 34 MEuro par arrêté du 29 mai 2006. Il correspond à 5 000 places d'EHPAD en année pleine, valorisées à hauteur de 6 700 Euro par an, pouvant être autorisées dès cette année et produire effet à partir de 2007.

Les crédits afférents à ces autorisations délivrées en 2006 vous seront délégués en année pleine 2007.

Conformément aux dispositions de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2006-2009 entre l'Etat et la CNSA, la notification par la CNSA, le 1<sup>er</sup> septembre 2006, des enveloppes « anticipées 2007 » de financement de places d'EHPAD et des compléments de

dotations 2006 pour les places de SSIAD a été accompagnée par l'envoi à chaque préfet de région et de département d'une lettre spécifique qui détaille les raisons et les critères particuliers ayant présidé à la détermination du niveau de ses propres dotations.

Vous voudrez bien rendre compte, auprès des directions concernées, des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en oeuvre de la présente circulaire.

*Le directeur de la sécurité sociale,*  
D. Libault

*Le directeur général de l'action sociale,*  
J.-J. Tregoad

*La directrice de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins,*  
A. Podeur

*Dans la limite des compétences de la CNSA :*  
*Le directeur de la Caisse nationale  
de solidarité pour l'autonomie,*  
D. Piveteau

## ANNEXE I

### **Notice technique : mise en œuvre des nouvelles règles tarifaires prévues par la circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA n° 447 du 10 octobre 2006. Répartition des enveloppes de médicalisation**

Réf. : polebudgetaire@cmsa.fr

#### **1. Mise en œuvre des mesures relatives à la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes**

La présente notice technique a pour objet de permettre la mise en œuvre effective des orientations ministérielles sur les points suivants :

- a) Actualisation annuelle du GMP ;
- b) Revalorisation du tarif global ;
- c) Utilisation de l'outil PATHOS pour les établissements renouvelant leur convention ou accueillant les résidents les plus dépendants (GMP>800).

##### A. - actualisation annuelle du GMP

L'analyse des conventions par l'outil d'information SAISEHPAD démontre que de nombreux EHPAD conventionnés voient le niveau du GMP augmenter rapidement.

L'article R. 314-170 du CASF prévoit un ajustement annuel des tarifs au vu de l'évolution du GMP.

Toute variation à la hausse du GMP devra donc se traduire par un ajustement correspondant des moyens selon les modalités suivantes :

- le GMP pris en compte est le dernier GMP validé. Pour l'année 2006, la mesure prend effet à la date de validation du nouveau GMP. A partir de 2007, elle sera appliquée rétroactivement à la date du 1<sup>er</sup> janvier de chaque année ;
- la dotation de l'établissement est recalculée chaque fois que l'augmentation du GMP atteint 20 points.

Cette mesure s'applique exclusivement aux établissements ayant signé une convention tripartite.

En conséquence, vous allouerez des moyens complémentaires aux établissements présentant une augmentation de 20 points minimum du dernier GMP validé sur la base d'une valorisation de :

- 8Euro par point de GMP supplémentaire pour les établissements en tarif partiel ;
- 9Euro par point de GMP supplémentaire pour les établissements en tarif global.

Ces chiffres correspondent à la valeur plafond du GMP dans le cadre des instructions en vigueur (DOMINIC + 35 %).

L'exemple numérique présenté ci-après illustre le mécanisme.

Exemple n° 1 - Etablissement de 100 lits en tarif partiel :

Dotation soins actuelle : 572 000 Euro ; GMP retenu dans la convention : 600 ;

Nouveau GMP validé : 640

Actualisation des moyens :  $(40 \times 8 \text{Euro} \times 100) = 32\,000 \text{ Euro}$

Nouvelle dotation : 604 000 Euro

Exemple n° 2 - Etablissement de 100 lits en tarif global :

Dotation soins actuelle : 639 000 Euro

GMP retenu dans la convention : 600 ;

Nouveau GMP validé : 640 ;

Actualisation des moyens :  $(40 \times 9 \text{Euro} \times 100) = 36\,000 \text{Euro}$  ;

Nouvelle dotation : 675 000Euro.

Dans l'hypothèse d'une baisse du GMP validé, la conservation des moyens attribués antérieurement est subordonnée à la prise en charge future de résidents plus lourdement dépendants. L'impact budgétaire de la baisse du GMP ne sera pris en compte le cas échéant qu'à l'occasion du prochain exercice budgétaire.

#### B. - Revalorisation de 15 % du tarif global

L'étude des conventions signées depuis 2001 démontre que le choix du tarif global reste minoritaire du fait d'une valorisation insuffisante (l'écart entre le tarif partiel et le tarif global n'est que de 11,7%) au regard des charges supplémentaires incombant aux EHPAD ayant opté pour le tarif global.

En conséquence, tous les établissements ayant opté ou optant, à l'occasion du renouvellement de la signature de la convention tripartite, pour le tarif global et disposant d'une coupe PATHOS validée par le service médical de l'assurance maladie se verront appliquer une revalorisation de 15 % du tarif global

Les modalités de calcul de cette augmentation sont intégrées automatiquement dans la formule unique de calcul de la ressource plafond d'assurance maladie au travers de la différenciation des valeurs du point GMPS exposées ci-dessous au point C.

#### C. - Mécanismes d'allocation de ressources applicables aux établissements soumis au renouvellement de la convention tripartite ou dont le GMP est supérieur à 800

Dans le cadre du plan Solidarité Grand Age, il a été décidé :

- de porter progressivement les moyens en soins des EHPAD accueillant les personnes les plus lourdement dépendantes (GMP supérieur à 800) à un ratio global d'encadrement de 1 ETP par personne prise en charge qui constitue un objectif à atteindre au terme de l'exécution du PSGA

- de renforcer dès 2006 le niveau des ressources d'assurance maladie pour les établissements dont le niveau de GMP est inférieur à 800 lors du renouvellement des conventions

Le nouveau mécanisme d'allocation de ressources d'assurance maladie, décrit ci-après, a pour objectif d'introduire une mesure objective de la charge en soins au travers de l'utilisation de l'outil PATHOS.

Il établit un nouveau référentiel venant compléter la notion de GMP davantage liée à la mesure de la perte d'autonomie.

Il permet de fixer une valeur plafond en euros du GMPS en fonction de l'option tarifaire choisie et de la présence ou non d'une PUI.

Cette valeur plafond sera arrêtée chaque année en fonction du niveau de l'ONDAM voté par le Parlement.

Ce nouveau processus d'allocation de ressources s'applique en priorité dès 2006 aux EHPAD ayant un GMP 00 et à ceux qui procèdent au renouvellement de leur convention tripartite.

En fonction de la compatibilité avec les dotations départementales limitatives de crédits, les établissements qui n'entrent pas dans le périmètre prioritaire défini ci-dessus pourront être éligibles au mécanisme décrit ci-après. Il vous est cependant demandé de réserver cette possibilité aux établissements qui présentent des caractéristiques proches de celles des EHPA

D ayant un GMP supérieur à 800 ainsi qu'à ceux qui optent pour le tarif global.

## 1. Présentation des caractéristiques de l'outil PATHOS

Le calcul actuel de la DOMINIC repose sur le GMP, issu de la grille AGGIR, qui recense la charge de travail liée à la dépendance.

En revanche, la charge en soins n'est prise en compte que de façon forfaitaire par ajout d'un nombre de points selon les caractéristiques des établissements, ce qui pénalise ceux d'entre eux qui accueillent les résidents nécessitant le plus de soins techniques.

Cependant un nombre important d'établissements pour personnes âgées est confronté à l'alourdissement de la charge en soins techniques du fait du nombre croissant de résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer, de pathologies apparentées ou de polyopathologies nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire faisant notamment appel à diverses professions paramédicales. Le logiciel PATHOS permet d'évaluer les soins requis à ce titre, sous la forme d'un point PATHOS pondéré (PMP).

L'enquête ERNEST menée en 1999 puis en 2001 a montré que chaque point PMP devait être multiplié par 2,59 pour être transformé en équivalent GMP et ainsi entrer dans le calcul de la DOMINIC. Il faut cependant noter que seuls les EHPAD ayant opté pour le tarif global avec PUI intègrent la quasi-totalité des charges recensées par PATHOS.

Ainsi, selon le choix du tarif - partiel ou global - et de la présence ou non d'une PUI, le multiplicateur, c'est-à-dire la valorisation du point GMPS, retenu dans le calcul de la DOMINIC doit être différent.

## 2. Nouvelles modalités de calcul de la ressource d'assurance maladie pour les établissements procédant au renouvellement de leurs conventions ou ayant un GMP 800 :

Afin de tenir compte de l'ensemble des orientations ministérielles évoquées ci-dessus, un nouveau plafond de ressources est dorénavant fixé pour attribuer les budgets soins des EHPAD accueillant les résidents les plus dépendants ou renouvelant leurs conventions tripartites.

Cette norme de financement, qui se traduit par une formule unique de calcul de la ressource plafond d'assurance maladie, tiendra compte à la fois du niveau de dépendance (mesuré par le GMP issu de la grille AGGIR) et des soins requis (mesurés par le PMP issu de l'outil PATHOS). La somme de ces deux grandeurs (GMP + PMP) constituera le GMPS.

Détermination du GMPS :

Afin de calculer le nombre de points GMPS, il convient de multiplier par 2,59 le nombre de points PMP identifiés par la coupe PATHOS validée par le service médical de l'assurance maladie (voir infra : point 3 procédures). Le nombre de points GMPS sera donc calculé comme suit :

$GMPS = GMP + (PMP * 2,59) = \text{nombre de points GMPS}$ .

Détermination de la ressource plafond d'assurance maladie pour 2006 :

Dès l'année 2006 (et de façon à atteindre progressivement les objectifs fixés par le Gouvernement en termes de ratio de personnel), la valeur du point GMPS est fixée comme suit :

- 12 euros pour un tarif global avec PUI ;
- 11 euros pour un tarif global sans PUI ;
- 9,5 euros pour un tarif partiel avec PUI ;
- 8,4 euros pour un tarif partiel sans PUI.

La norme de ressources des EHPAD éligibles peut alors s'écrire ainsi selon les options tarifaires choisies :

- tarif global avec PUI = 12 euros \* (GMPS) \* capacité exploitée ;

- tarif global sans PUI = 11 euros\* (GMPS) \* capacité exploitée ;
- tarif partiel avec PUI = 9,5 euros\* (GMPS) \* capacité exploitée ;
- tarif partiel sans PUI = 8,4 euros \* (GMPS) \* capacité exploitée.

Aucun crédit d'assurance maladie ne pourra être attribué au-delà de cette norme de financement pour les EHPAD éligibles à ce nouveau dispositif.

Le respect des valeurs plafond de points GMPS définies ci-dessus conditionne le respect des enveloppes départementales ainsi que l'équité de l'allocation des ressources d'assurance maladie aux EHPAD.

De façon générale, il conviendra de s'assurer dans tous les cas que les ressources d'assurance maladie supplémentaires ont pour contrepartie de nouveaux engagements qualitatifs dans le cadre des conventions tripartites de deuxième génération.

Les exemples présentés ci-dessous illustrent les nouvelles modalités de calcul :

Exemple n° 1 - Etablissement de 100 lits en tarif partiel sans pharmacie à usage intérieur :

Dotation actuelle : 572 000 Euro ;

GMP : 600 ;

Coefficient soins : 120.

a) Hypothèse d'une stabilité du GMP et du PMP.

Moyenne constatée dans PATHOS en 2001 : 116 PMP soit 300 « points » soins.

Détermination de la ressource plafond :

$8,4\text{Euro} * (600 + [116 * 2.59]) * 100 = 756\ 000\ \text{Euro}$

Abondement de la dotation de l'établissement : 184 000 Euro.

b) Hypothèse d'augmentation de 30 % du PMP.

Détermination de la ressource plafond :

Soit :  $8,4\text{Euro} * (600 + [150 * 2.59]) * 100 = 830\ 000\ \text{Euro}$ .

Abondement maximum de la dotation de l'établissement : 258 000 euros.

Exemple n° 2. - Etablissement de 100 lits en tarif global avec une pharmacie à usage intérieur :

Dotation actuelle : 800 000 euros ;

GMP : 600 ;

Coefficient soins : 300.

a/ Hypothèse d'une stabilité du GMP et du PMP.

Moyenne constatée dans PATHOS en 2001 : 116 PMP soit 300 « points » soins.

Détermination de la ressource plafond :

Soit :  $12\ \text{euros} * (600 + [116 * 2.59]) * 100 = 1\ 080\ 000\ \text{euros}$ .

Abondement de la dotation de l'établissement : 280 000 euros.

b) Hypothèse d'augmentation de 30 % du PMP.

Détermination de la ressource plafond :

Soit :  $12\ \text{euros} * (600 + [150 * 2.59]) * 100 = 1\ 186\ 000\ \text{euros}$ .

Abondement maximum de la dotation de l'établissement : 386 000 euros.

Exemple n° 3. - Etablissement de 100 lits en tarif partiel bénéficiant déjà de ressources d'assurance maladie supérieures à la valeur plafond des points GMPS :

Dotation actuelle : 800 000 euros ;

GMP : 600 ;

Coefficient soins : 120.

a) Hypothèse d'une stabilité du GMP et du PMP.

Moyenne constatée dans PATHOS en 2001 : 116 PMP soit 300 « points » soins.

Détermination de la ressource plafond :

Soit :  $8,4\ \text{euros} * (600 + [116 * 2.59]) * 100 = 756\ 000\ \text{euros}$ .

Abondement de la dotation de l'établissement : 0 euro.

Cet établissement ne pourra voir à terme ses moyens maintenus que s'il prend en charge

des résidents plus dépendants ou requérant des soins techniques plus importants ou s'il opte pour un tarif global.

Les établissements qui sont éligibles à ce nouveau dispositif et qui disposeraient déjà de ressources d'assurance maladie supérieures au nouveau plafond déterminé ci-dessus seront autorisés à conserver leur dotation actuelle d'assurance maladie, sous réserve de s'engager contractuellement à accueillir des résidents plus lourdement dépendants et présentant une charge en soins plus importante. Dans le cas où l'EHPAD ne souhaiterait pas prendre un tel engagement, un ajustement de ses moyens au plafond de ressources d'assurance maladie résultant des valeurs de points GMPS déterminées ci-dessus devra être programmé sur trois exercices. La même procédure s'appliquera pour les EHPAD qui ne respecteraient pas leurs engagements au regard de l'accueil de résidents plus lourdement dépendants.

D. - Mécanismes d'allocation de ressources applicables aux établissements n'entrant pas dans le dispositif prévu en C

La mise en oeuvre du nouveau mécanisme tarifaire défini au C se mettra en oeuvre progressivement.

Par conséquent les établissements qui ne s'inscrivent pas dans ce nouveau dispositif (et notamment ceux qui procèdent à leur conventionnement initial ou à un avenant sans validation de leur coupe PATHOS) restent régis par les règles tarifaires définies par les circulaires antérieures (cf. notamment annexe 4 de la circulaire DGAS/DHOS/DSS n° 478 du 21 octobre 2005 jointe en annexe).

Il convient en particulier de rappeler qu'aucune mesure nouvelle ne peut être accordée au-delà du plafond de la DOMINIC + 35 % à l'exception de la prise en compte de « l'effet mécanique » pour les établissements signant leur convention tripartite initiale, ou de l'ajustement du GMP dans les conditions prévues au A de la présente notice technique.

Les conditions d'obtention d'un coefficient soins supplémentaires de 130 points (circulaire DHOS-F2/DSS-1A/DGAS-2C n° 415 du 30 août 2004) sont cependant assouplies par la présente circulaire : ainsi, tous les EHPAD dont le dernier GMP validé est supérieur à 700 se voient attribuer :

- un coefficient de soins techniques de 250 pour les EHPAD ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur ;
- un coefficient de soins techniques de 430 points pour les EHPAD avec PUI.

## **2. Répartition territoriale des crédits liés à la mise en oeuvre du nouveau contexte tarifaire**

Afin de mettre en oeuvre dès 2006 les dispositions exposées ci-dessus, une enveloppe de 33,42 MEuro vous est déléguée. Elle est répartie entre les départements à hauteur de 15 MEuro en fonction du nombre de places conventionnées afin de financer l'ajustement du GMP pour 2006 et de 14 MEuro pour la mise en oeuvre des nouvelles règles pour les établissements renouvelant leur convention en 2006 ou dont le GMP est supérieur à 800. Cette dernière enveloppe est assise sur une estimation des surcoûts afférents à ce nouveau mode de tarification (reposant sur l'outil PATHOS) calculée à partir des données Saisehpad.

Il vous sera possible d'opérer une fongibilité entre ces deux enveloppes en fonction de la réalité des besoins locaux.

Par ailleurs, une enveloppe d'un montant de 1 MEuro, attribuée à titre non reconductible pour appuyer autant que de besoin la réalisation des coupes PATHOS dans les établissements prioritaires, vous est également déléguée. Cette enveloppe pourra être mobilisée aussi bien pour financer la formation à l'outil PATHOS du médecin coordonnateur que pour organiser, au travers d'un établissement support, des journées de formation à cet outil.

Enfin, le solde de 3,42 MEuro permet de procéder à des ajustements de bases nécessaires à

la poursuite de la médicalisation et à la couverture des extensions en année pleine dans les départements pour lesquels les données renseignées dans SAISEHPAD n'étaient pas exhaustives en date du 31 décembre 2005.

### **3. Mesures nouvelles de médicalisation attribuées aux petites unités de vie en application du décret du 10 février 2005**

Le décret n° 2005-118 du 10 février 2005 et la circulaire d'application DGAS n° 217 en date du 17 mai 2006 relatif aux modalités de médicalisation et de tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes de moins de 25 places mais dont le GMP est supérieur à 300 - couramment dénommés petites unités de vie (PUV) - ont prévu pour ces derniers les modalités de tarification suivantes :

- soit un forfait représentatif des charges d'infirmières salariées ou libérales fixé par arrêté du 22 décembre 2006 à 11,51 euros/jour ;
- soit la signature d'une convention tripartite dans le cadre d'un plafond qui a été porté à DOMINIC + 60 % (voir annexe 4 de la circulaire n° 478 du 21 octobre 2005 précitée) en fonction de la capacité de l'établissement ;
- soit la médicalisation au travers de l'intervention d'un SSIAD si la PUV n'emploie pas de personnels de soins. Les SSIAD mobilisés dans ce cas sont financés par l'enveloppe départementale limitative (mesures nouvelles SSIAD).

Les crédits attribués aux PUV qui optent pour un forfait infirmier ou pour la convention tripartite de droit commun s'imputent sur l'enveloppe de médicalisation. Il n'est pas créé d'enveloppe spécifique.

### **4. - Suivi de l'avancée de la médicalisation des EHPAD au travers de l'application SAISEHPAD 2**

Il vous est rappelé que l'ensemble des données relatives au conventionnement des EHPAD doit être renseigné dans l'application SAISEHPAD 2.

Cette dernière permet de prendre en compte les données issues des coupes PATHOS ; aussi, pour tous les établissements éligibles au nouveau mécanisme d'allocation de ressources d'assurance maladie, il vous est donc demandé de renseigner de manière exhaustive dans l'application SAISEHPAD 2 les données concernant le PMP, et les valeurs du coefficient PMP de conversion et d'effectuer le calcul du GMPS sur la base des exemples exposés au C de la présente note.

De manière générale, il convient de veiller à l'exactitude des données saisies. Ces dernières constituent en effet la base principale d'information sur vos besoins en crédits de médicalisation.

### **5. Application des mesures salariales générales à l'ensemble des établissements et services**

Il convient de rappeler que la prise en compte de l'impact budgétaire des mesures salariales générales décidées par le gouvernement pour ce qui concerne les personnels relevant des différentes fonctions publiques doit être étendue dans les mêmes conditions aux établissements et services privés, lucratifs ou non lucratifs, accueillant des personnes âgées dépendantes.

Ainsi, la revalorisation générale au 1<sup>er</sup> juillet de 0,5 % des rémunérations des agents publics emporte une revalorisation de la base budgétaire 2006 des établissements et services accueillants des personnes âgées dépendantes de 0,23 % (provision constituée à l'occasion de la note du 30 novembre 2005).

Pour toutes questions complémentaires, vous pouvez adresser un message électronique à [polebudgetaire@cnsa.fr](mailto:polebudgetaire@cnsa.fr).

ANNEXE II.1.  
 PROTOCOLE ÉLABORÉ POUR L'ÉVALUATION DES CONVENTIONS  
 TRIPARTITES DE PREMIÈRE GÉNÉRATION

Identification de l'établissement :

Cette trame de protocole sera adaptée en fonction des objectifs de la convention tripartite signée avec l'établissement. Il sera également tenu compte du document de suivi et d'analyse pré rempli par l'établissement, de l'exploitation des documents justificatifs transmis ainsi que des éléments de connaissance disponibles dans le service, notamment l'exploitation des plaintes (*cf* I ci-dessous).

Il conviendra de retenir parmi les items développés ci-dessous ceux qui nécessitent d'être approfondis en partenariat avec les responsables de l'établissement.

Expliquer pour chacun des objectifs le niveau de réalisation, les difficultés rencontrées et les causes de non-réalisation. Préciser les mesures en cours et celles restant à prendre pour atteindre les objectifs.

I. - RECENSEMENT DES PLAINTES REÇUES À LA DDASS

Nombre de plaintes reçues au cours des cinq dernières années :

Principaux motifs invoqués :

Suivi éventuel apporté au traitement de ces plaintes :

*NB* : il conviendra d'utiliser les éléments décrits dans les plaintes éventuelles pour développer plus particulièrement certains des points mentionnés ci-dessous.

II. - PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE

II.1. - **L'admission**

Existe-t-il une liste d'attente, comment celle-ci est-elle gérée et sur quels critères s'effectue l'admission des résidents ?	Liste d'attente, doubles des courriers de réponse, protocole d'admission...
Comment dans la pratique est accueilli un nouveau résident (quelles sont les moyens mis en œuvre pour faciliter cet accueil, pour intégrer le nouvel arrivant avec sa personnalité, ses particularités et ses attentes - existe-il un protocole édicté au niveau de l'accueil) ?	Protocole, entretiens avec personnel, résidents.
Le livret d'accueil est-il régulièrement actualisé - quelle est sa pertinence ?	Voir les documents, entretiens avec personnel, résidents.
Comment est négocié le contrat de séjour ? (Vérifier l'existence et la nature de ces contrats ?	Vérifier les dossiers des résidents, par sondage.)
Le règlement de fonctionnement (voir si son contenu est en adéquation avec la réglementation, par ex vérifier si les droits de la personne accueillie sont respectés, si les modalités de la prise en charge médicale des résidents sont précisées, si ce document a bien été remis à la personne lors de son admission ou à son représentant légal ?	Vérifier le règlement de fonctionnement.

## II.2 - La vie quotidienne

L'alimentation (préciser les horaires des repas - les résidents sont-ils associés et participent-ils effectivement à une commission repas ? Est-il fait appel à un diététicien ? Les repas sont-ils pris en salle à manger ou dans les chambres ? Comment sont aidés ceux qui ne peuvent pas s'alimenter seuls ? Qui vérifie que la personne âgée a bénéficié d'une ration alimentaire équilibrée par rapport à ses besoins personnels) ?	(demander les CR des commission des menus, interroger les résidents).
L'hygiène corporelle le rythme des toilettes est-il suffisant ? Des équipements adaptés pour les toilettes des personnes âgées dépendantes sont-ils assez nombreux et utilisés régulièrement ? Utilisation systématique des changes... un protocole est-il appliqué ?)	Demander les protocoles, entretiens avec les personnels et les résidents.

## II.3 - Les locaux

La répartition des chambres (préciser s'il s'agit de chambres à 1 ou 2 lits et si celles-ci sont équipées d'une douche, WC, d'un cabinet de toilette).	
Comment est organisée l'appropriation des chambres par les résidents (meublier personnel, décoration, télévision privative) ?	
Descriptif des locaux communs (salon, salle à manger, jardins, terrasses).	
Accessibilité : locaux communs, jardins....	
Des zones de déambulation sécurisées sont-elles prévues et sont-elles suffisantes par rapport à l'effectif des personnes accueillies ?	

## II.4. - Le fonctionnement des instances loi 2002

Le projet d'établissement ? Quels sont les objectifs définis par ce projet ? A quelle date a-t-il été établi ?	Article L. 311-8 du code de l'ASF.
Le conseil de la vie sociale.	
Les autres formes de participation.	

## II.5. - La gestion des dysfonctionnements

Comment sont suivies et enregistrées les réclamations et les plaintes orales ou écrites reçues par l'établissement (voir les documents) ?	
Quelles sont les mesures mises en place pour identifier les attitudes de maltraitance et les corriger : protocole, formations ?	
Des règles de « bien-traitance » sont-elles consignées (ex : ne pas entrer dans les chambres sans frapper, respecter l'intimité des personnes) ?	Réclamer les documents, entretiens avec les agents, les résidents.

### III. - LE PERSONNEL

(voir les dossiers du personnel au moins sur un échantillonnage par catégorie d'agents)

Quelles sont les conclusions résultant de l'exploitation des plannings sur une période minimum d'un mois : présence de personnel qualifié en permanence, présence de nuit...	
Détailler le personnel présent la nuit et comment sont organisés les soins de nuit - quelle est la qualification du personnel de nuit.	
Vérification de la liste du personnel permanent avec sa qualification corroborée par la présence du diplôme dans le dossier.	Les copies des diplômes sont-elles présentes dans les dossiers.
Un extrait du casier judiciaire est-il présent dans les dossiers des personnels intervenant auprès du résident ?	
Quel est le nombre des CDD et contrats aidés conclus sur une période minimum d'un an ?	Etre attentif à la durée des contrats (multiplicité de petits contrats de quelques heures, ou contrats de longue durée..., diplôme des contractuels
Comment sont organisées les procédures de recrutement ?	(Appel à une agence d'intérim, recrutement par annonce, autres méthodes).

### IV. - LES RELATIONS AVEC L'ENVIRONNEMENT - L'ANIMATION - LES SOINS

#### IV.1. - L'animation

L'organisation de l'animation (Comment est-elle prise en charge au sein de l'établissement ? - Par quels intervenants ? - des sorties à l'extérieur de l'établissement sont-elles programmées ou réalisées à la demande ?).	
Si des bénévoles interviennent dans l'établissement, des conventions ont-elles été négociées et sur quels aspects ?	

#### IV.2. - Les soins

La transmission des consignes entre les équipes est-elle suffisamment développée ?	Voir les cahiers de consigne, et les dossiers des résidents.
Les partenariats négociés avec le secteur de la psychiatrie sont-ils effectifs ?	
Les partenariats négociés avec un établissement de santé hors psychiatrie.	
Les partenariats négociés avec une équipe de soins palliatifs.	
Comment est organisé le circuit du médicament ?	

## V. - LES OBJECTIFS INSCRITS DANS LA CONVENTION TRIPARTITE NON RÉPERTORIÉS CI-DESSUS

Les détailler et expliquer pour chacun le niveau de réalisation, les difficultés rencontrées et les causes de non-réalisation. Préciser les mesures en cours et celles restant à prendre pour atteindre les objectifs.

## VI. - L'EXPLOITATION DES DOCUMENTS REMIS À L'APPUI DE LA GRILLE DE SUIVI ET D'ANALYSE

Ces documents sont-ils pertinents et apportent-ils un éclairage supplémentaire à l'analyse du conventionnement ?

S'agit-il de documents purement formels qui nécessitent une actualisation ?

Quels sont les points fort et les points faibles qui ressortent de cette étude ?

ANNEXE II.2.  
SUIVI ET ANALYSE - CONVENTION TRIPARTITE

Nom de l'établissement et commune d'implantation :  
Statut de l'établissement :  
Date d'arrêté de transformation en EHPAD :  
Date d'entrée en vigueur de la convention :  
Convention collective appliquée :  
Capacité portée dans la convention :  
FINESS EJ

Capacité autorisée (hébergement complet hors unité Alzheimer) :	Année N - 5 :	Année N - 1 :
Capacité installée (hébergement complet hors unité Alzheimer) :	Année N - 5 :	Année N - 1 :
Capacité autorisée par arrêté préfectoral (accueil de jour) :	Année N - 5 :	Année N - 1 :
Capacité installée (accueil de jour) :	Année N - 5 :	Année N - 1 :
Capacité autorisée par arrêté préfectoral (hébergement temporaire)	Année N - 5 :	Année N - 1 :
Capacité installée (hébergement temporaire)	Année N - 5 :	Année N - 1 :
Capacité autorisée à temps complet (unité ALZHEIMER)	Année N - 5 :	Année N - 1 :
Capacité installée à temps complet (unité Alzheimer)	Année N - 5 :	Année N - 1 :

GMP validé à la signature de la convention (année N-5) :

Dominic retenue :

Option tarifaire :

Tarif global

Oui

Non

Tarif partiel

Oui

Non

S'agit-il d'une convention en effet mécanique ?

Oui

Non

Si oui, montant de l'effet mécanique

S'agit-il d'une convention en clapet anti-retour ?

Oui

Non

Si oui, montant du clapet anti-retour

valeur annuelle du GMP (selon l'établissement) :	année N-4 :	année N-3 :	année N-2 :	année N-1 :

Avenants signés	Année N - 5 :	Année N - 4 :	Année N - 3 :	Année N - 2 :	Année N - 1 :
préciser oui ou non					

### Modifications apportées par l'avenant/les avenants signés

Année N - 1 :
Année N - 2 :
Année N - 3 :
Année N - 4 :
Année N - 5 :

### La structure

QUALITÉ DES ESPACES PRIVÉS	SITE 1	SITE 2	SITE 3
Nombre total de chambres sur chaque site			
Nombre de chambres à 1 lit avec cabinet de toilette et douche			
Nombre de chambres à 1 lit avec cabinet de toilette sans douche			
Nombre de chambres à 1 lit sans cabinet de toilette sans douche			
Nombre de chambres à 2 lits avec cabinet de toilette et douche			
Nombre de chambres à 2 lits avec cabinet de toilette sans douche			
Nombre de chambres à 2 lits sans cabinet de toilette sans douche			
Nombre de chambres à 3 lits et plus (capacité de chaque chambre à préciser)			
Nombre de chambres à 3 lits et plus (capacité de chaque chambre à préciser)			
Nombre de chambres à 3 lits et plus (capacité de chaque chambre à préciser)			

### Les résidents

Nombres total de résidents :	N - 5	N - 1
Dont (année N-5)	Femmes :	Hommes :
Dont (année N-1)	Femmes :	Hommes :
Age moyen :	N-5 :	N-1 :

Nombre d'entrées	N-5 :	N-1 :	
Durée moyenne de présence	N-5 :	N-1 :	
Age moyen à l'admission	N-5 :	N-1 :	
Nombre de sorties	N-5 :	N-1 :	
Nombre total de décès	N-5 :	N-1 :	
Dont nombre de décès survenus dans l'établissement	N-5 :	N-1 :	
Dont nombre de décès survenus à l'hôpital	N-5 :	N-1 :	
Nombre de résidents en hébergement complet (hors unité d'Alzheimer) :	N-5 :	N-1 :	
Nombre de résidents en accueil de jour :	N-5 :	N-1 :	
Nombre de résidents en hébergement temporaire :	N-5 :	N-1 :	
Nombre de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection apparentée :	N-5 :	N-1 :	
Nombre de places réservées à l'hébergement spécifique des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une affection apparentée (cantou, UVA.) :	N-5 :	N-1 :	

### Les résidents

Commentaires :

Préciser notamment comment s'effectuent les admissions en AJ et la spécificité du handicap

### Écoute clients et familles

Réalisation d'une enquête de satisfaction auprès des personnes âgées

Oui

Non

Réalisation d'une enquête de satisfaction auprès des familles

Oui

Non

### Intégration à la vie sociale

Participation de l'établissement à la vie de la commune (réunion du club des anciens au sein de l'établissement)

Oui

Non

Lien créé entre le résident et sa famille (organisation de repas communs à la demande)

Oui

Non

Lien créé entre le résident et sa famille (organisation de repas communs lors de fêtes)

Oui

Non

Convention écrite entre l'établissement et les bénévoles

Oui

Non

Existe-t-il des échanges (visites, réunions, animations.) intergénération ?

Oui

Non

Existence d'un projet d'animation formalisé et effectif

Oui

Non

### Gestion des dysfonctionnements

Combien de réclamation et de plaintes ont été reçues dans l'établissement ? N-5 N-1

Quelle démarches sont mises en place pour repérer la maltraitance ?

<b>ÉVOLUTION DES DÉMARCHES INTERNES</b>	<b>À COMPLÉTER (Oui/Non/ En cours d'élaboration)</b>	<b>COMMENTAIRES SUR LA MISE EN PLACE DE CES PROTOCOLES Des difficultés ont-elle été rencontrées ? Expliquer</b>
Projet de vie :		
	Si oui, dernière mise à jour le :	
Projet de soins :		
	Si oui, dernière mise à jour le :	
Volets soins palliatifs dans le projet de soins		
	Si oui, dernière mise à jour le :	
Livret d'accueil		
	Si oui, dernière mise à jour le :	
Contrat de séjour :		
	Si oui, dernière	

	mise à jour le :	
Règlement de fonctionnement :		
	Si oui, dernière mise à jour le :	
Conseil de vie sociale :		
	Si oui, dernière mise à jour le :	
Autres instances mises en place :		
A préciser.	Si oui, dernière mise à jour le :	

Citer les protocoles formalisés et leur date de mise en place :	Mis en place le :
	Mis en place le :

Développer la démarche d'appropriation de ces protocoles par le personnel :

Quels sont les protocoles qui n'ont pas encore pu être mis en place et pour quels motifs

Protocoles de soins	Nombre de protocoles finalisés	Nombre de protocoles en objectif final
	Nombre de protocoles en élaboration	

### ÉVOLUTION DES DÉMARCHES INTERNES (suite)

Principaux dispositifs mis en place pour la prévention et la lutte contre la maltraitance :
Principaux dispositifs mis en place pour la prise en charge de la douleur :
Projet spécifique à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou à une affection apparentée :
Principaux dispositifs mis en place pour la prise en charge de la fin de vie

Mode de fonctionnement des soins :

Existe-t-il un médecin coordonnateur ? OUI NON

Formé en gériatrie ?

Si oui, quelle formation ?

Existe-t-il un dossier médical unique ? OUI NON

Existe-t-il un rapport médical annuel ? OUI NON

Existe-t-il une convention avec les médecins libéraux ? OUI NON

Remplissent-ils les dossiers médicaux ? Pas du tout Partiellement Toujours

Existe-t-il une convention avec les infirmières libérales ? OUI NON

Remplissent-elles les dossiers de soin ? Pas du tout Partiellement Toujours

Existe-t-il une liste de médicaments à visée gériatrique ? OUI NON

Nombre d'escarres apparues au cours de la prise en charge en EHPAD :

Nombre de résidents traités par psychotropes ou anticholinestérasiques (pendant une durée minimale à préciser) :

Durée minimale :

Nombre de patients ayant fait l'objet d'une hospitalisation en cours d'année :

Nombre de situations d'hospitalisation en cours d'année :

Partenariats :

Participez-vous à un réseau gérontologique ? OUI NON

Si oui, lequel ?

Collaboration avec d'autres structures (centre hospitalier hors psychiatrie) : OUI NON

Si oui, lesquelles ?

Collaboration avec d'autres structures (secteur psychiatrique) : OUI NON

Si oui, lesquelles ?

Une convention avec un établissement de santé est-elle formalisée : OUI NON

Si oui, lesquelles ?

Collaboration avec d'autres structures (à préciser) : OUI NON

Existence d'un partenariat avec une équipe de soins palliatifs :

Méthodologie qualité :

Utilisez-vous des outils internes ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

Utilisez-vous des organismes de conseil-qualité ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

Hygiène :

Rythme des toilettes complètes :

Plusieurs fois par jour :

Une fois par jour :

Plusieurs fois par semaine :

Une fois par semaine :

Moins souvent :

Alimentation :

Amplitude horaire entre le dîner et le petit déjeuner :

Possibilité de prendre son petit déjeuner à la carte : OUI NON

Horaire du déjeuner :

Horaire du dîner :

Existence d'une commission menu : OUI NON

Y a-t-il un diététicien qui est consulté sur la composition des menus OUI NON

Les personnels :

	<b>N - 5</b>	<b>N - 1</b>
Personnel auprès des résidents en ETP (hors administration et services généraux)		
Personnel de soins diplômé en ETP		

<b>CRÉATIONS DE POSTES EN ETP (préciser la nature des postes créés)</b>	<b>ANNÉE N - 5</b>	<b>ANNÉE N - 4</b>	<b>ANNÉE N - 3</b>	<b>ANNÉE N - 2</b>	<b>ANNÉE N - 1</b>

<b>LES PERSONNELS</b>	<b>AUTORISE N-1</b>		<b>REALISE N-1</b>		<b>DATE de recrutement effectif</b>
	<b>Effectif</b>	<b>Montant</b>	<b>Effectif</b>	<b>Montant</b>	
Médecin					
Infirmier DE - coordonnateur					
IDE					
AS / AMP					
ASH					
Animateur					
Psychologue					
Ergothérapeute / psychomotricien					
Autres types de postes ex. veilleurs de nuit, maîtresse de maison, vacation, (transformation d'emplois aidés, nombre, nature, type de contrat, ...) : à préciser					

LES PERSONNELS	AUTORISE N-5		REALISE N-5		
	Effectif	Montant	Effectif	Montant	DATE de recrutement effectif
Médecin					
Infirmier DE - coordonnateur					
IDE					
AS / AMP					
ASH					
Animateur					
Psychologue					
Ergothérapeute / psychomotricien					
Autres types de postes ex. veilleurs de nuit, maîtresse de maison, vacation, (transformation d'emplois aidés, nombre, nature, type de contrat, ....) : à préciser					

Commentaires à apporter sur l'organigramme du personnel :

Les personnels (suite)

	<b>N - 1</b>	<b>N - 5</b>
Nombre de passages des infirmiers libéraux		

Temps de présence de nuit en ETP (année de signature de la convention)

Temps de présence de nuit en ETP (année d'échéance de la convention)

Temps de présence de nuit en ETP du personnel diplômé (année de signature de la convention)

Temps de présence de nuit en ETP du personnel diplômé (année d'échéance de la convention)

Un temps de transmission entre les équipes est-il prévu ? Oui Non

Quelle est la forme des transmissions :

	<b>N - 5</b>	<b>N - 1</b>
Cumul du nombre de journées d'absence (hors congés maternité)		
Cumul du nombre de journées de travail théoriques		

### Les formations engagées

TYPE/THÈME DE LA FORMATION	NOMBRE de personnes formées	ANNÉE de réalisation

Commentaires :

- Quel est le diplôme de qualification du directeur
- Quel est le dernier diplôme obtenu par le directeur
- Nombre de soignants faisant fonction
- Nombre de postes d'AS/AMP diplômés
- Nombre de postes d'AS/AMP en cours de formation
- Nombre de postes d'IDE diplômés
- Nombre de postes d'IDE en cours de formation

Y A-T-IL EU DES FORMATIONS SUR LES THÈMES SUIVANTS :	OUI/NON	NOMBRE DE JOURS de formation/agent	NOMBRE D'AGENTS formés
Prévention des chutes			
Prise en charge de personnes atteintes de détériorations intellectuelles			
Prévention de la maltraitance			
Promotion de la bien-traitance			
Prévention de la douleur			
Accompagnement fin de vie			
Nutrition			
Autres (à préciser)			
Autres (à préciser)			

Quel est le pourcentage des personnes concernées par ces formations par rapport au total des personnes en CDI

Y a-t-il un accompagnement du personnel (groupe de parole, analyse de pratique...)

Oui

Non

Y a-t-il un travail collectif régulier (élaboration des protocoles, étude de cas, réflexions autour du projet d'établissement)

Oui

Non

**Les mesures nouvelles (hors formation)**

Exemple : animation, accueil

Projets :

Développement de prises en charge diversifiées (accueil de jour, hébergement temporaire, unité protégée) ;

Extension ou autre projet :

Évaluation globale du conventionnement (qualité du service rendu aux résidents, ressenti des personnels, etc.) :

Nom de l'établissement et commune d'implantation :

Document rempli par (nom)

Document rempli par (qualité au sein de l'établissement)

Date :

Téléphone :

Fax :

Adresse électronique

Signature :

Direction générale de l'action sociale

Bureau des personnes âgées

Etat de réalisation des objectifs de la convention tripartite

<b>DÉSIGNATION de l'objectif à atteindre</b>	<b>ACTIONS ET MOYENS PRÉVUS</b>				<b>CALENDRIER de réalisation</b>
	<b>ACTIONS ET MOYENS effectivement mis en oeuvre</b>	<b>NIVEAU de réalisation des objectifs</b>			
	<b>Actions</b>	<b>Moyens</b>	<b>Total</b>	<b>Partiel</b>	<b>Absence de réalisation</b>
1*					
Difficultés rencontrées et commentaires					
2*					
Difficultés rencontrées et commentaires					
3*					
Difficultés rencontrées et commentaires					
4*					
Difficultés rencontrées et commentaires					
* Joindre les justificatifs pour les éléments liés à l'objectif (exemple : pour le personnel - contrat de travail, factures des actions de formation, conventions signées dans le cadre de la mise en place d'un réseau, calendrier des réunions, procès-verbaux des réunions thématiques, etc.).					

ANNEXE III  
 MESURES NOUVELLES SSIAD 2006 (2<sup>e</sup> TRANCHE)  
**Enveloppe complémentaire 2006**  
**pour la création de places de SSIAD**

<b>DÉPARTEMENTS</b>	<b>MONTANTS (sur 6 mois)</b>	<b>PLACES</b>
Alsace	78 750	15
Bas-Rhin - 67	78 750	15
Haut-Rhin - 68	0	0
Aquitaine	199 500	38
Dordogne - 24	26 250	5
Gironde - 33	120 750	23
Landes - 40	0	0
Lot-et-Garonne - 47	52 500	10
Pyrénées-Atlantique - 64	0	0
Auvergne	84 000	16
Allier - 03	0	0
Cantal - 15	0	0
Haute-Loire - 43	26 250	5
Puy-de-Dôme - 63	57 750	11
Bourgogne	89 250	17
Côte d'Or - 21	36 750	7
Nièvre-58	0	0
Saône-et-Loire - 71	52 500	10
Yonne - 89	0	0
Bretagne	178 500	34
Côtes d'Armor - 22	0	0
Finistère - 29	31 500	6
Ille-et-Vilaine - 35	63 000	12
Morbihan - 56	84 000	16
Centre	472 500	90
Cher - 18	0	0
Eure-et-Loir - 28	52 500	10
Indre - 36	0	0
Indre-et-Loire - 37	136 500	26
Loir et Cher - 41	105 000	20
Loiret - 45	178 500	34
Champagne-Ardenne	283 500	54

Ardennes - 08	0	0
Aube - 10	78 750	15
Marne - 51	178 500	34
Haute-Marne - 52	26 250	5
Corse	0	0
Corse-du-Sud	0	0
Haute-Corse	0	0
Franche-Comté	246 750	47
Doubs - 25	136 500	26
Jura - 39	52 500	10
Haute-Saône - 70	0	0
Territoire de Belfort - 90	57 750	11
Ile-de-France	1 228 500	234
Seine - 75	206 152	39
Seine-et-Marne - 77	147 252	28
Yvelines - 78	111 491	21
Essonne - 91	151 459	29
Hauts-de-Seine - 92	155 666	30
Seine-Saint-Denis - 93	220 878	42
Val-de-Marne - 94	172 495	33
Val-d'Oise - 95	63 108	12
Languedoc-Roussillon	336 000	64
Aude - 11	57 750	11
Gard - 30	89 250	17
Hérault - 34	115 500	22
Lozère - 48	0	0
Pyrénées-Orientales - 66	73 500	14
Limousin	68 250	13
Corrèze - 19	31 500	6
Creuse - 23	0	0
Haute-Vienne - 87	36 750	7
Lorraine	567 000	108
Meurthe-et-Moselle - 54	210 000	40
Meuse - 55	68 250	13
Moselle - 57	157 500	30
Vosges - 88	131 250	25
Midi-Pyrénées	399 000	76
Ariège - 09	0	0

Aveyron - 12	0	0
Haute-Garonne - 31	225 750	43
Gers - 32	0	0
Lot-46	0	0
Haute-Pyrénées - 65	0	0
Tarn - 81	94 500	18
Tarn-et-Garonne - 82	78 750	15
Nord - Pas-de-Calais	981 750	187
Nord - 59	664 310	127
Pas-de-Calais - 62	317 440	60
Basse-Normandie	304 500	58
Calvados - 14	105 000	20
Manche - 50	121 800	23
Orne - 61	77 700	15
Haute-Normandie	241 500	46
Eure - 27	67 789	13
Seine-Maritime - 76	173 711	33
Pays de Loire	367 500	70
Loire-Atlantique - 44	118 125	23
Maine-et-Loire - 49	84 000	16
Mayenne - 53	36 750	7
Sarthe - 72	99 750	19
Vendée - 85	28 875	6
Picardie	488 250	93
Aisne - 02	109 051	21
Oise - 60	210 666	40
Somme - 80	168 533	32
Poitou-Charentes	645 750	123
Charente - 16	131 250	25
Charente - Maritime - 17	225 750	43
Deux-Sèvres - 79	157 500	30
Vienne - 86	131 250	25
PACA	283 500	54
Alpes-de-Haute-Provence - 04	0	0
Hautes-Alpes - 05	0	0
Alpes-Maritimes - 06	0	0
Bouche-du-Rhône - 13	147 000	28
Var - 83	78 750	15

Vaucluse - 84	57 750	11
Rhône-Alpes	294 000	56
Ain-01	42 000	8
Ardèche - 07	0	0
Drôme - 26	0	0
Isère - 38	0	0
Loire - 42	52 500	10
Rhône - 69	105 000	20
Savoie - 73	57 750	11
Haute-Savoie - 74	36 750	7
Sous-total métropole	7 838 250	1 493
Guadeloupe	144 900	23
Martinique	37 800	6
Guyane	0	0
Réunion	75 600	12
sous total DOM	258 300	41
Total France entière	8 096 550	1 534

ANNEXE IV  
mesures Nouvelles de Médicalisation 2006 (PSGA)

<b>RÉGION/DÉPARTEMENT</b>	<b>MESURES MÉDICALISATION (pathos) - 1</b>	<b>AUGMENTATION GMP - 2</b>	<b>CNR (PATHOS) - 3</b>	<b>MESURE DE médicalisation (1+2+3)</b>
Alsace				
n° 67 Bas-Rhin	192 179	237 847	22 641	452 667
n° 68 Haut-Rhin	542 692	227 923	20 125	790 740
Total	734 871	465 770	42 766	1 243 407
Aquitaine				
n° 24 Dordogne	279 174	151 732	16 352	447 258
n° 33 Gironde	59 848	338 616	18 867	417 331
n° 40 Landes	201 460	122 935	10 052	334 447
n° 47 Lot-et-Garonne	17 857	132 209	3 773	153 839
n° 64 Pyrénées-Atlantiques	28 593	165 413	6 289	200 295
Total	586 932	910 905	55 333	1 553 170
Auvergne				
n° 3 Allier	58 098	178 629	1 257	237 984
n° 15 Cantal	0	36 310	13 836	50 146
n° 43 Haute-Loire	105 675	81 246	5 031	191 952
n° 63 Puy-de-Dôme	139 464	191 521	7 547	338 532
Total	303 237	487 706	27 671	818 614
Bourgogne				
n° 21 Côte-d'Or	484 792	133 230	20 125	638 147
n° 58 Nièvre	13 211	96 966	3 773	113 950
n° 71 Saône-et-Loire	364 356	230 010	12 578	606 944
n° 89 Yonne	408 598	183 081	11 320	602 999
Total	1 270 957	643 287	47 796	1 962 040
Bretagne				
n° 22 Côtes-d'Armor	0	269 381	1 257	270 638
n° 29 Finistère	147 490	262 518	10 062	420 070
n° 35 Ille-et-Vilaine	71 654	232 282	20 125	324 061

n° 56 Morbihan	87 062	209 792	15 094	311 948
Total	306 206	973 973	46 538	1 326 717
Centre				
n° 18 Cher	85 587	109 579	3 773	198 939
n° 28 Eure-et-Loir	36 746	115 562	7 547	159 855
n° 36 Indre	40 534	77 443	2 515	120 492
n° 37 Indre-et-Loire	34 173	188 785	7 547	230 505
n° 41 Loir-et-Cher	0	82 219	0	82 219
n° 45 Loiret	128 353	159 662	7 547	295 562
Total	325 393	733 250	28 929	1 087 572
Champagne-Ardenne				
n° 8 Ardennes	0	35 614	0	35 614
n° 10 Aube	201 247	82 729	10 062	294 038
n° 51 Marne	73 119	46 419	7 547	127 085
n° 52 Haute-Marne	24 155	46 280	3 773	74 208
Total	298 521	211 042	21 382	530 945
Corse				
n° 2A Corse-du-Sud	74 140	13 170	3 773	91 083
n° 2B Haute-Corse	39 204	25 273	2 515	66 992
Total	113 344	38 443	6 288	158 075
Franche Comté				
n° 25 Doubs	365 305	85 373	8 805	459 483
n° 39 Jura	29 735	41 179	3 773	74 687
n° 70 Haute-Saône	423 934	23 094	3 773	450 801
n° 90 Territoire de Belfort	202 614	0	13 836	216 450
Total	1 021 588	149 646	30 187	1 201 421
Ile-de-France				
n° 75 Paris	18 648	254 170	5 031	277 849
n° 77 Seine-et-Marne	84 394	324 982	12 578	421 954
n° 78 Yvelines	101 112	252 269	5 031	358 412
n° 91 Essonne	10 104	175 104	3 773	188 981
n° 92 Hauts-de-Seine	196 422	214 197	10 062	420 681
n° 93 Seine-Saint-Denis	878	106 751	2 515	110 144

n° 94 Val-de-Marne	57 372	163 418	6 289	227 079
n° 95 Val-d'Oise	209 496	185 492	13 836	408 824
Total	678 426	1 676 383	59 115	2 413 924
Languedoc-Roussillon				
n° 11 Aude	164 012	84 816	13 836	262 664
n° 30 Gard	333 850	142 272	11 320	487 442
n° 34 Hérault	526	210 162	7 547	218 235
n° 48 Lozère	103 174	27 592	23 899	154 665
n° 66 Pyrénées-Orientales	63 875	123 770	2 515	190 160
Total	665 437	588 612	59 117	1 313 166
Limousin				
n° 19 Corrèze	91 765	125 949	8 805	226 519
n° 23 Creuse	450 881	43 637	22 641	517 159
n° 87 Haute-Vienne	543 249	72 759	15 094	631 102
Total	1 085 895	242 345	46 540	1 374 780
Lorraine				
n° 54 Meurthe-et-Moselle	104 422	176 032	6 289	286 743
n° 55 Meuse	179 283	43 173	10 062	232 518
n° 57 Moselle	176 250	203 949	15 094	395 293
n° 88 Vosges	0	170 189	0	170 189
Total	459 955	593 343	31 445	1 084 743
Midi-Pyrénées				
n° 9 Ariège	15 543	79 251	2 515	97 309
n° 12 Aveyron	0	110 043	1 257	111 300
n° 31 Haute-Garonne	215 778	201 166	25 157	442 101
n° 32 Gers	94 406	72 898	8 805	176 109
n° 46 Lot	23 491	88 294	3 773	115 558
n° 65 Hautes-Pyrénées	59 201	67 565	13 836	140 602
n° 81 Tarn	323 845	170 653	15 094	509 592
n° 82 Tarn-et-Garonne	102 192	70 580	2 515	175 287
Total	834 456	860 450	72 952	1 767 858
Nord Pas de Calais				
n° 59 Nord	819 795	526 380	38 993	1 385 168

n° 62 Pas-de-Calais	31 484	228 248	10 062	269 794
Total	851 279	754 628	49 055	1 654 962
Basse-Normandie				
n° 14 Calvados	79 885	127 572	6 289	213 746
n° 50 Manche	61 405	142 133	10 062	213 600
n° 61 Orne	102 396	140 557	12 578	255 531
Total	243 686	410 262	28 929	682 877
Haute Normandie				
n° 27 Eure	0	95 621	0	95 621
n° 76 Seine-Maritime	27 912	336 946	5 031	369 889
Total	27 912	432 567	5 031	465 510
Pays de la Loire				
n° 44 Loire-Atlantique	157 822	203 253	8 805	369 880
n° 49 Maine	143 399	312 600	6 289	462 288
n° 53 Mayenne	47 951	151 825	2 515	202 291
n° 72 Sarthe	14 944	162 667	5 031	182 642
n° 85 Vendée	160 118	290 295	16 352	466 765
Total	524 234	1 120 640	38 992	1 683 866
Picardie				
n° 2 Aisne	217 520	192 773	12 578	422 871
n° 60 Oise	291 415	167 128	18 867	477 410
n° 80 Somme	609 200	157 900	28 930	796 030
Total	1 118 135	517 801	60 375	1 696 311
Poitou-Charentes				
n° 16 Charente	70 724	142 736	11 301	224 761
n° 17 Charente-Maritime	53 362	246 148	3 773	303 283
n° 79 Deux-Sèvres	331 192	153 495	31 446	516 133
n° 86 Vienne	113 022	177 191	5 031	295 244
Total	568 300	719 570	51 551	1 339 421
Provence-Alpes-Côte d'Azur				
n° 4 Alpes-de-Haute-	30 457	32 090	5 031	67 578

Provence				
n° 5 Hautes-Alpes	38 396	26 525	6 289	71 210
n° 6 Alpes-Maritimes	82 345	249 626	8 805	340 776
n° 13 Bouches-du-Rhône	52 069	223 750	13 836	289 655
n° 83 Var	9 487	228 990	18 867	257 344
n° 84 Vaucluse	110 697	95 482	6 289	212 468
Total	323 451	856 463	59 117	1 239 031
Rhône-Alpes				0
n° 1 Ain	258 362	192 031	12 578	462 971
n° 7 Ardèche	103 511	166 294	12 578	282 383
n° 26 Drôme	13 815	143 942	3 773	161 530
n° 38 Isère	264 762	225 929	12 578	503 269
n° 42 Loire	320 251	290 573	30 188	641 012
n° 69 Rhône	410 352	308 752	26 415	745 519
n° 73 Savoie	69 348	114 773	13 836	197 957
n° 74 Haute-Savoie	217 338	86 022	16 352	319 712
Total	1 657 739	1 528 316	128 298	3 314 353
Total France métropolitaine	13 999 954	14 915 402	997 407	29 912 763
Guadeloupe	0	18 596	0	18 596
Martinique	0	34 790	1 257	36 047
Guyane	0	0	1 257	1 257
Réunion	0	31 209	0	31 209
Total DOM	0	84 595	2 514	87 109
Total France Entière	13 999 954	14 999 997	999 921	29 999 872

ANNEXE V  
Tableau récapitulatif des dotations départementales 2006

<b>RÉGION/DÉPART EMENT</b>	<b>ENVELO PPE validée au 15-2- 2006</b>	<b>AJUSTEM ENT de base (actualisati on SAISEHPA D)</b>	<b>TOTAL bases consolidé es au 30/06/06</b>	<b>MESUR ES nouvelle s SSIAD</b>	<b>MESURE de médicalisa tion</b>	<b>NOUVEL LE dotation 2006</b>
Alsace						
n° 67 Bas-Rhin	71 030 168	0	71 030 168	78 750	452 667	71 561 585
n° 68 Haut-Rhin	56 342 145	0	56 342 145	0	790 740	57 132 885
Total	127 372 313	0	127 372 313	78 750	1 243 407	128 694 470
Aquitaine						
n° 24 Dordogne	59 248 261	0	59 248 261	26 250	447 258	59 721 769
n° 33 Gironde	109 815 721	0	109 815 721	120 750	417 331	110 353 802
n° 40 Landes	36 711 589	0	36 711 589		334 447	37 046 036
n° 47 Lot-et-Garonne	36 726 072	0	36 726 072	52 500	153 839	36 932 411
n° 64 Pyrénées-Atlantiques	60 445 830	0	60 445 830		200 295	60 646 125
Total	302 947 473	0	302 947 473	199 500	1 553 170	304 700 143
Auvergne						
n° 3 Allier	44 431 116		44 431 116		237 984	44 669 100
n° 15 Cantal	24 572 411	0	24 572 411		50 146	24 622 557
n° 43 Haute-Loire	27 892 611	0	27 892 611	26 250	191 952	28 110 813
n° 63 Puy-de-Dôme	56 687 745	0	56 687 745	57 750	338 532	57 084 027
Total	153 583 884	0	153 583 884	84 000	818 614	154 486 498

<b>Bourgogne</b>						
n° 21 Côte-d'Or	59 124 638	44 351	59 168 98 9	36 750	638 147	59 843 88 6
n° 58 Nièvre	25 999 266	0	25 999 26 6	0	113 950	26 113 21 6
n° 71 Saône-et-Loire	68 739 431	0	68 739 43 1	52 500	606 944	69 398 87 5
n° 89 Yonne	47 898 955	0	47 898 95 5	0	602 999	48 501 95 4
<b>Total</b>	201 762 29 0	44 351	201 806 6 41	89 250	1 962 040	203 857 9 31
<b>Bretagne</b>						
n° 22 Côtes-d'Armor	72 904 679	0	72 904 67 9	0	270 638	73 175 31 7
n° 29 Finistère	98 180 432	0	98 180 43 2	31 500	420 070	98 632 00 2
n° 35 Ille-et-Vilaine	77 074 369	0	77 074 36 9	63 000	324 061	77 461 43 0
n° 56 Morbihan	59 213 839	0	59 213 83 9	84 000	311 948	59 609 78 7
<b>Total</b>	307 373 31 9	0	307 373 3 19	178 500	1 326 717	308 878 5 36
<b>Centre</b>						
n° 18 Cher	33 774 556	0	33 774 55 6	0	198 939	33 973 49 5
n° 28 Eure-et-Loir	41 511 871	385 000	41 896 87 1	52 500	159 855	42 109 22 6
n° 36 Indre	27 914 542	0	27 914 54 2	0	120 492	28 035 03 4
n° 37 Indre-et-Loire	59 340 628	0	59 340 62 8	136 500	230 505	59 707 63 3
n° 41 Loir-et-Cher	37 585 933	0	37 585 93 3	105 000	82 219	37 773 15 2
n° 45 Loiret	48 761 161	0	48 761 16 1	178 500	295 562	49 235 22 3
<b>Total</b>	248 888 69 1	385 000	249 273 6 91	472 500	1 087 572	250 833 7 63
<b>Champagne-Ardenne</b>						

n° 8 Ardennes	20 163 313	0	20 163 313	0	35 614	20 198 927
n° 10 Aube	26 571 317	0	26 571 317	78 750	294 038	26 944 105
n° 51 Marne	41 979 757	0	41 979 757	178 500	127 085	42 285 342
n° 52 Haute-Marne	18 590 392	0	18 590 392	26 250	74 208	18 690 850
Total	107 304 779	0	107 304 779	283 500	530 945	108 119 224
Corse						
n° 2A Corse-du-Sud	6 824 510	0	6 824 510	0	91 083	6 915 593
n° 2B Haute-Corse	12 257 559	0	12 257 559	0	66 992	12 324 551
Total	19 082 069	0	19 082 069	0	158 075	19 240 144
Franche-Comté						
n° 25 Doubs	32 587 320	0	32 587 320	136 500	459 483	33 183 303
n° 39 Jura	24 365 071	0	24 365 071	52 500	74 687	24 492 258
n° 70 Haute-Saône	24 338 709	0	24 338 709	0	450 801	24 789 510
n° 90 Territoire-de-Belfort	11 643 518	0	11 643 518	57 750	216 450	11 917 718
Total	92 934 619	0	92 934 619	246 750	1 201 421	94 382 790
Ile-de-France						
n° 75 Paris	128 135 345	0	128 135 345	204 750	277 849	128 617 944
n° 77 Seine-et-Marne	89 066 342	0	89 066 342	147 000	421 954	89 635 296
n° 78 Yvelines	85 709 527	0	85 709 527	110 250	358 412	86 178 189
n° 91 Essonne	62 228 889	0	62 228 889	152 250	188 981	62 570 120
n° 92 Hauts-de-Seine	85 327 006	0	85 327 006	157 500	420 681	85 905 187
n° 93 Seine-Saint-	53 654 190	0	53 654 190	220 500	110 144	53 984 83

Denis			0			4
n° 94 Val-de-Marne	69 817 487	0	69 817 48 7	173 250	227 079	70 217 81 6
n° 95 Val-d'Oise	68 825 699	0	68 825 69 9	63 000	408 824	69 297 52 3
Total	642 764 48 6	0	642 764 4 86	1 228 50 0	2 413 924	646 406 9 10
Languedoc-Roussillon						
n° 11 Aude	33 248 803		33 248 80 3	57 750	262 664	33 569 21 7
n° 30 Gard	57 072 305	0	57 072 30 5	89 250	487 442	57 648 99 7
n° 34 Hérault	74 833 209	0	74 833 20 9	115 500	218 235	75 166 94 4
n° 48 Lozère	15 733 390	0	15 733 39 0	0	154 665	15 888 05 5
n° 66 Pyrénées-Orientales	34 287 851	0	34 287 85 1	73 500	190 160	34 551 51 1
Total	215 175 55 9	0	215 175 5 59	336 000	1 313 166	216 824 7 25
Limousin						
n° 19 Corrèze	28 005 389	0	28 005 38 9	31 500	226 519	28 263 40 8
n° 23 Creuse	24 457 384	0	24 457 38 4	0	517 159	24 974 54 3
n° 87 Haute-Vienne	43 076 788	-167 105	42 909 68 3	36 750	631 102	43 577 53 5
Total	95 539 561	-167 105	95 372 45 6	68 250	1 374 780	96 815 48 6
Lorraine						
n° 54 Meurthe-et-Moselle	47 302 848	0	47 302 84 8	210 000	286 743	47 799 59 1
n° 55 Meuse	17 428 667	0	17 428 66 7	68 250	232 518	17 729 43 5
n° 57 Moselle	56 757 507	0	56 757 50 7	157 500	395 293	57 310 30 0
n° 88 Vosges	43 489 143	0	43 489 14 3	131 250	170 189	43 790 58 2
Total	164 978 16	0	164 978 1	567 000	1 084 743	166 629 9

	5		65			08
<b>Midi-Pyrénées</b>						
n° 9 Ariège	21 640 468	-312 159	21 328 30 9	0	97 309	21 425 61 8
n° 12 Aveyron	34 526 592	0	34 526 59 2	0	111 300	34 637 89 2
n° 31 Haute-Garonne	76 544 549	388 600	76 933 14 9	225 750	442 101	77 601 00 0
n° 32 Gers	21 248 450	42 252	21 290 70 2	0	176 109	21 466 81 1
n° 46 Lot	23 100 793	614 138	23 714 93 1	0	115 558	23 830 48 9
n° 65 Hautes-Pyrénées	28 326 935	-614 138	27 712 79 7	0	140 602	27 853 39 9
n° 81 Tarn	44 396 721	29 342	44 426 06 3	94 500	509 592	45 030 15 5
n° 82 Tarn-et-Garonne	23 591 620	67 376	23 658 99 6	78 750	175 287	23 913 03 3
<b>Total</b>	<b>273 376 12 8</b>	<b>215 411</b>	<b>273 591 5 39</b>	<b>399 000</b>	<b>1 767 858</b>	<b>275 758 3 97</b>
<b>Nord Pas-de-Calais</b>						
n° 59 Nord	149 306 38 3	0	149 306 3 83	666 750	1 385 168	151 358 3 01
n° 62 Pas-de-Calais	79 707 263	0	79 707 26 3	315 000	269 794	80 292 05 7
<b>Total</b>	<b>229 013 64 6</b>	<b>0</b>	<b>229 013 6 46</b>	<b>981 750</b>	<b>1 654 962</b>	<b>231 650 3 58</b>
<b>Basse-Normandie</b>						
n° 14 Calvados	49 444 283		49 444 28 3	105 000	213 746	49 763 02 9
n° 50 Manche	50 779 114	0	50 779 11 4	120 750	213 600	51 113 46 4
n° 61 Orne	39 739 769	928 770	40 668 53 9	78 750	255 531	41 002 82 0
<b>Total</b>	<b>139 963 16 6</b>	<b>928 770</b>	<b>140 891 9 36</b>	<b>304 500</b>	<b>682 877</b>	<b>141 879 3 13</b>
<b>Haute-Normandie</b>						
n° 27 Eure	41 003 477	0	41 003 47	68 250	95 621	41 167 34

			7			8
n° 76 Seine-Maritime	94 403 297	0	94 403 29 7	173 250	369 889	94 946 43 6
Total	135 406 77 3	0	135 406 7 73	241 500	465 510	136 113 7 83
Pays-de-la-Loire						
n° 44 Loire-Atlantique	89 801 922	0	89 801 92 2	115 500	369 880	90 287 30 2
n° 49 Maine	75 266 876	0	75 266 87 6	84 000	462 288	75 813 16 4
n° 53 Mayenne	36 737 039	170 338	36 907 37 7	36 750	202 291	37 146 41 8
n° 72 Sarthe	47 917 010	0	47 917 01 0	99 750	182 642	48 199 40 2
n° 85 Vendée	62 327 344	0	62 327 34 4	31 500	466 765	62 825 60 9
Total	312 050 19 2	170 338	312 220 5 30	367 500	1 683 866	314 271 8 96
Picardie						
n° 2 Aisne	41 299 045	0	41 299 04 5	110 250	422 871	41 832 16 6
n° 60 Oise	39 449 132	0	39 449 13 2	210 000	477 410	40 136 54 2
n° 80 Somme	39 037 698	86 708	39 124 40 6	168 000	796 030	40 088 43 6
Total	119 785 87 5	86 708	119 872 5 83	488 250	1 696 311	122 057 1 44
Poitou-Charentes						
n° 16 Charente	32 359 358	0	32 359 35 8	131 250	224 761	32 715 36 9
n° 17 Charente-Maritime	64 150 299	0	64 150 29 9	225 750	303 283	64 679 33 2
n° 79 Deux-Sèvres	46 124 287	0	46 124 28 7	157 500	516 133	46 797 92 0
n° 86 Vienne	42 979 631	0	42 979 63 1	131 250	295 244	43 406 12 5
Total	185 613 57 5	0	185 613 5 75	645 750	1 339 421	187 598 7 46

Provence - Alpes- Côte-d'Azur						
n° 4 Alpes-de-Haute- Provence	17 631 394	0	17 631 39 4	0	67 578	17 698 97 2
n° 5 Hautes-Alpes	13 787 827	16 464	13 804 29 1	0	71 210	13 875 50 1
n° 6 Alpes-Maritimes	88 260 215	0	88 260 21 5	0	340 776	88 600 99 1
n° 13 Bouches-du- Rhône	111 968 32 3	0	111 968 3 23	147 000	289 655	112 404 9 78
n° 83 Var	77 455 277	125 407	77 580 68 4	78 750	257 344	77 916 77 8
n° 84 Vaucluse	34 660 867	1 516 247	36 177 11 4	57 750	212 468	36 447 33 2
Total	343 763 90 2	1 658 118	345 422 0 20	283 500	1 239 031	346 944 5 51
Rhône-Alpes						
n° 1 Ain	43 855 611	0	43 855 61 1	42 000	462 971	44 360 58 2
n° 7 Ardèche	43 013 712	0	43 013 71 2	0	282 383	43 296 09 5
n° 26 Drôme	43 482 782	0	43 482 78 2	0	161 530	43 644 31 2
n° 38 Isère	80 751 109	0	80 751 10 9	0	503 269	81 254 37 8
n° 42 Loire	78 364 193	0	78 364 19 3	52 500	641 012	79 057 70 5
n° 69 Rhône	110 471 40 1	0	110 471 4 01	105 000	745 519	111 321 9 20
n° 73 Savoie	36 680 193	0	36 680 19 3	57 750	197 957	36 935 90 0
n° 74 Haute-Savoie	42 182 620	0	42 182 62 0	36 750	319 712	42 539 08 2
Total	478 801 62 0	0	478 801 6 20	294 000	3 314 353	482 409 9 73
Total France métropolitaine	4 897 482 085	3 321 591	4 900 803 676	7 838 25 0	29 912 763	4 938 554 689
Guadeloupe	13 272 078	0	13 272 07 8	144 900	18 596	13 435 57 4

Martinique	18 561 162	0	18 561 16 2	37 800	36 047	18 635 00 9
Guyane	4 040 633	0	4 040 633	0	1 257	4 041 890
Réunion	22 395 070	102 000	22 497 07 0	75 600	31 209	22 603 87 9
Total DOM	58 268 942	102 000	58 268 94 2	258 300	87 109	58 716 35 1
Total France entière	4 955 751 027	3 423 591	4 959 174 618	8 096 55 0	29 999 872	4 997 271 040

ANNEXE VI  
 Enveloppe d'anticipation 2007  
 pour la création de places d'EHPAD

<b>DÉPARTEMENTS</b>	<b>MONTANTS</b>	<b>PLACES</b>
Alsace	308 200	46
Bas-Rhin - 67	121 412	18
Haut-Rhin - 68	186 788	28
Aquitaine	1 078 700	161
Dordogne-24	87 100	13
Gironde - 33	676 700	101
Landes - 40	120 600	18
Lot-et-Garonne - 47	40 200	6
Pyrénées-Atlantique - 64	154 100	23
Auvergne	321 600	48
Allier - 03	83 985	13
Cantal - 15	0	0
Haute-Loire - 43	0	0
Puy-de-Dôme - 63	237 615	35
Bourgogne	388 600	58
Côte-d'Or - 21	93 800	14
Nièvre - 58	120 600	18
Saône-et-Loire - 71	87 100	13
Yonne - 89	87 100	13
Bretagne	676 700	101
Côtes-d'Armor - 22	67 000	10
Finistère - 29	221 100	33
Ille-et-Vilaine - 35	93 800	14
Morbihan - 56	294 800	44
Centre	1 601 300	239
Cher - 18	0	0
Eure-et-Loir - 28	0	0
Indre - 36	0	0
Indre-et-Loire - 37	1 008 226	150
Loir-et-Cher - 41	593 074	89
Loiret - 45	0	0
Champagne-Ardenne	938 000	140
Ardennes - 08	241 200	36
Aube - 10	395 300	59

Marne - 51	167 500	25
Haute-Marne - 52	134 000	20
Corse	288 100	43
Corse-du-Sud	37 831	6
Haute-Corse	250 269	37
Franche-Comté	924 600	138
Doubs - 25	79 707	12
Jura - 39	212 552	32
Haute-Saône - 70	0	0
Territoire de Belfort - 90	632 341	94
Ile-de-France	5 741 900	857
Seine - 75	830 800	124
Seine-et-Marne - 77	395 300	59
Yvelines - 78	495 800	74
Essonne - 91	361 800	54
Hauts-de-Seine - 92	1 333 300	199
Seine-Saint-Denis - 93	1 373 500	205
Val-de-Marne - 94	335 000	50
Val-d'Oise - 95	616 400	92
Languedoc-Roussillon	1 018 400	152
Aude - 11	191 819	29
Gard - 30	231 026	34
Hérault - 34	495 056	74
Lozère - 48	0	0
Pyrénées-Orientales - 66	100 500	15
Limousin	308 200	46
Corrèze - 19	102 733	15
Creuse - 23	114 148	17
Haute-Vienne - 87	91 319	14
Lorraine	1 721 900	257
Meurthe-et-Moselle - 54	758 745	113
Meuse - 55	100 500	15
Moselle - 57	654 663	98
Vosges - 88	207 992	31
Midi-Pyrénées	636 500	95
Ariège - 09	93 800	14
Aveyron - 12	0	0
Haute-Garonne - 31	147 400	22

Gers - 32	0	0
Lot - 46	154 100	23
Hautes-Pyrénées - 65	0	0
Tarn - 81	87 100	13
Tarn-et-Garonne - 82	154 100	23
Nord - Pas-de-Calais	4 254 500	635
Nord - 59	1 626 015	243
Pas-de-Calais - 62	2 628 485	392
Basse-Normandie	1 005 000	150
Calvados - 14	393 643	59
Manche - 50	424 431	63
Orne - 61	186 926	28
Haute-Normandie	1 340 000	200
Eure - 27	603 000	90
Seine-Maritime - 76	737 000	110
Pays de Loire	1 152 400	172
Loire-Atlantique - 44	691 440	104
Maine-et-Loire - 49	0	0
Mayenne - 53	0	0
Sarthe - 72	230 480	34
Vendée - 85	230 480	34
Picardie	1 273 000	190
Aisne - 02	194 267	29
Oise - 60	672 826	100
Somme - 80	405 907	61
Poitou-Charentes	1 909 500	285
Charente - 16	76 893	11
Charente-Maritime - 17	973 973	145
Deux-Sèvres - 79	0	0
Vienne - 86	858 634	128
PACA	1 628 100	243
Alpes-de-Haute-Provence - 04	0	0
Hautes-Alpes - 05	75 625	11
Alpes-Maritimes - 06	243 081	36
Bouches-du-Rhone - 13	714 117	107
Var - 83	385 688	58
Vaucluse - 84	209 590	31
Rhône-Alpes	1 206 000	180

Ain - 01	0	0
Ardèche - 07	0	0
Drôme - 26	196 599	29
Isère - 38	377 058	56
Loire - 42	0	0
Rhône - 69	105 635	16
Savoie - 73	95 365	14
Haute-Savoie - 74	431 343	64
Sous-total métropole	29 721 200	4 436
Guadeloupe	635 160	79
Martinique		0
Guyane		0
Réunion	345 720	43
Sous-total DOM	980 880	122
Total France entière	30 702 080	4 558