

# UNIVERSITE RENE DESCARTES

Faculté de Médecine Cochin - Port royal - PARIS V

Professeur A-S. RIGAUD

Evolution du "GMP" dans les EHPAD de la région Nord-Pas de Calais  
entre 1999 et 2004

Docteur Jean-Marie DUEZ

Diplôme universitaire formation à la fonction de médecin  
coordonnateur d' E.H.P.A.D.

**Directeur de Mémoire:**  
Mme le Dr Claude DUEZ

**année 2005**

## MOTS CLES:

*DEPENDANCE, GMP, AGGIR, PATHOS,*

### **RESUME du Mémoire:**

L'objet de ce travail est de mettre en évidence une tendance à l'uniformisation des populations accueillies et des modalités de prise en charge et de relever d'éventuels « biais », susceptibles de corrections, dans les modes d'évaluation et de financement des établissements.

(Les Commissions Départementales de Coordination Médicale des Départements du Nord et du Pas de Calais ont collecté les données validées par les Services des Conseils Généraux et par les Médecins Conseils de l'Assurance Maladie.)

Entre l'année 1999 et l'année 2004, nous disposons de 379 études validées réparties comme suit:

-200 pour le Département du Nord

-179 pour le Département du Pas de Calais

Le GMP évolue de 545 à 635 pour les Maisons de retraite (+ 16,5%) et de 778 à 834 pour les USLD (+ 12,7%).

Globalement, le GMP moyen passe de 585 en 1999 à 661 en 2004, soit 13% d'augmentation sur les 5 premières années de la réforme, quelque soit le type de structure.

Les résultats en fonction de la « strate » de départ montrent que tout se passe comme si les établissements publics ou privés sans but lucratif non médicalisés en 1999, avaient tendance à rejoindre les critères de dépendance des structures identiques mais déjà médicalisées avant la mise en oeuvre de la réforme.

Les résultats en fonction du nombre de places de l'établissement permettent d'observer, entre 1999 et 2004, un « pincement » des courbes pour parvenir en 2004 à un GMP autour de 650 quelque soit le nombre de places de la structure

Par ailleurs il paraît intéressant de suggérer une réflexion sur la politique générale à mettre en oeuvre pour l'avenir : favoriser la création de nouveaux EHPAD, augmenter la capacité des structures existantes quand cela est possible, transformer progressivement les foyers logements.

La circulaire ministérielle du 30 Août 2004 apporte des éléments supplémentaires accordant des moyens accrus aux structures ayant un GMP supérieur à 700, il est donc apparu intéressant de se pencher plus spécifiquement sur ces types de structures qui n'étaient qu'au nombre de 12 en 1999 pour atteindre 62 en 2004.

Fait remarquable, pour l'année 2004, le « GMP moyen » des établissements de faible capacité, celui de ceux de 80 places et celui des plus de 200 places sont quasiment identiques que l'établissement soit une « Maison de Retraite » ou une « USLD ». ( 800 pour les moins de 50 places, 750 pour les 80 places et 830 pour les plus de 200places)

L'utilisation obligatoire de la grille « AGGIR » a le mérite de faire comparer ce qui est comparable, permettant ainsi un traitement équitable des populations fragiles, quelle que soit leur situation, au sein de l'hexagone.

L'évolution de cette réforme doit passer par l'utilisation d'une méthode simple et fiable d'évaluation des « soins », comme par exemple le logiciel « PATHOS », qui permet de déterminer avec précision les « besoins requis » en personnels médicaux et paramédicaux.

Le rôle du Médecin Coordonnateur prend donc une dimension capitale puisqu'il est le seul à pouvoir mettre en oeuvre de telles études basées sur les dossiers médicaux dont il a la responsabilité de la création à la tenue; et le seul à pouvoir interpréter les données issues de ces études. Se faisant, le Médecin Coordonnateur pourra ainsi affirmer son rôle de conseiller technique du Directeur dans le cadre des négociations financières avec les autorités de tutelle.

# PLAN

<b><u>A) INTRODUCTION:</u></b>	P. 2
<b><u>B) MATERIEL UTILISE:</u></b>	P. 3
<b><u>C) LES RESULTATS OBSERVES:</u></b>	P. 4
1)Préambule:	P. 6
2)Les résultats régionaux « globaux »:	P. 7
a) le « GMP »	P. 7
b) l'âge moyen des résidants	P. 8
3)Les résultats en fonction de la « strate » de départ	P. 9
4)Les résultats en fonction du nombre de places de l'établissement	P. 12
a) en ce qui concerne les Maisons de Retraite	P. 13
b) en ce qui concerne les USLD	P. 15
5)Les structures ayant un GMP supérieur à 700	P. 16
a) Etude des Maisons de retraite (en fonction de leur nombre de places)	P. 18
b) Etude des USLD (en fonction de leur nombre de places)	P. 19
c) Etude comparative entre M de R et USLD	P. 20
<b><u>D) CONCLUSIONS:</u></b>	P. 22
<b><u>BIBLIOGRAPHIE:</u></b>	P. 23
<b><u>GLOSSAIRE</u></b>	P. 24
<b><u>LISTE DES ANNEXES</u></b>	P. 25

## A) INTRODUCTION:

Parmi les objectifs fixés par les décrets d'Avril 1999, on relève la volonté d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes accueillies en établissements; outre ce souci de qualité, apparaît aussi celui de réduire les inégalités d'accueil qui se faisaient jour au travers des divers types de financements peu adaptés et ne reflétant pas précisément l'adéquation des moyens par rapport aux besoins de ces populations fragiles.

Par ces textes, le législateur a souhaité une « uniformisation » des modalités de financement assortie d'une plus grande intervention de la part des financeurs dans l'évaluation du fonctionnement de ces structures.

Le premier palier à franchir, pour passer d'une tarification unique ou binaire (pour les structures disposant d'une Section de Cure Médicale), à la tarification ternaire était la reconnaissance juridique du statut d' EHPAD de la part des établissements de dénominations multiples (maison de retraite, MAPA, MAPAD, MARPA, etc).

Ce souci d'harmonisation pouvait laisser supposer, de la part des gestionnaires, une forme d'uniformisation dans le recrutement des personnes âgées.

Cette « réforme de tarification » permet, au travers de l'étude de la dépendance, étudiée à l'aide de la grille « AGGIR » (Analyse Gérontologique, Groupes Iso Ressources), d'attribuer les moyens nécessaires et suffisants à une prise en charge de qualité de la perte d'autonomie et des soins destinés aux résidents.

Eu égard aux multiples types d'établissements existant jusqu'alors et classés en 7 catégories ' différentes:

- 1) : maison de retraite avec SCM rattachée à un établissement public.
- 2) : maison de retraite avec SCM non rattachée à un établissement public.
- 3) : maison de retraite privée avec SCM .
- 4) : maison de retraite sans SCM publique ou privée sans but lucratif.
- 5) : maison de retraite sans SCM privée à but lucratif.
- 6) : Foyers logements.
- 7) : Unités de soins de longue durée.

Il est permis de penser que les profils de populations, dont le « GMP » (GIR MOYEN PONDERE) représente un bon indicateur d'évaluation, étaient différents d'une structure à l'autre, mais qu'au fil des années et de l'adhésion des établissements à la réforme de tarification, ces profils auraient tendance à « s'harmoniser ».

L'objet de ce travail est de mettre en évidence cette tendance à l'uniformisation des populations accueillies et des modalités de prise en charge et de relever d'éventuels « biais », susceptibles de corrections, dans les modalités d'évaluation et de financements.

## **B) MATERIEL UTILISE:**

Les bases:

Depuis la mise en place de la réforme de tarification, les CDCM (Commission Départementales de Coordination Médicale) des Départements du Nord et du Pas de Calais ont collecté les données validées par les Services des Conseils Généraux et par les Médecins Conseils de l'Assurance Maladie.

Entre l'année 1999 et l'année 2004, nous disposons de 379 études validées réparties comme suit:

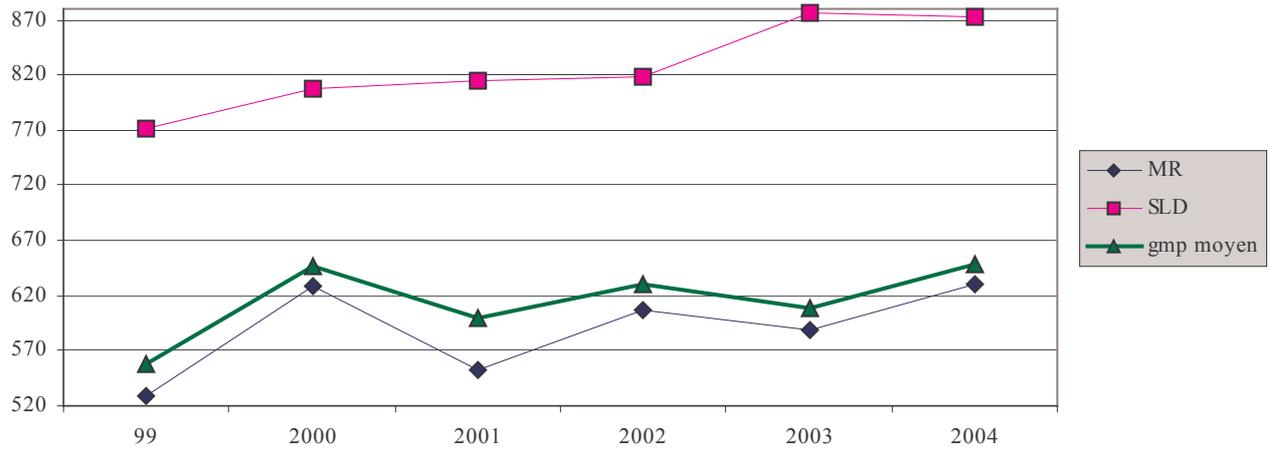
- œ200 pour le Département du Nord
- œ179 pour le Département du Pas de Calais

Les données ont été saisies et validées sur le logiciel « GALAAD » et reportées sur une base de données unique traitée par le logiciel « WORKS », permettant la réalisation des tableaux qui, pour une meilleure lisibilité, ont été retranscrits sur le logiciel « EXCEL », puis importés sur le logiciel "WORD".

## C) LES RESULTATS OBSERVES:

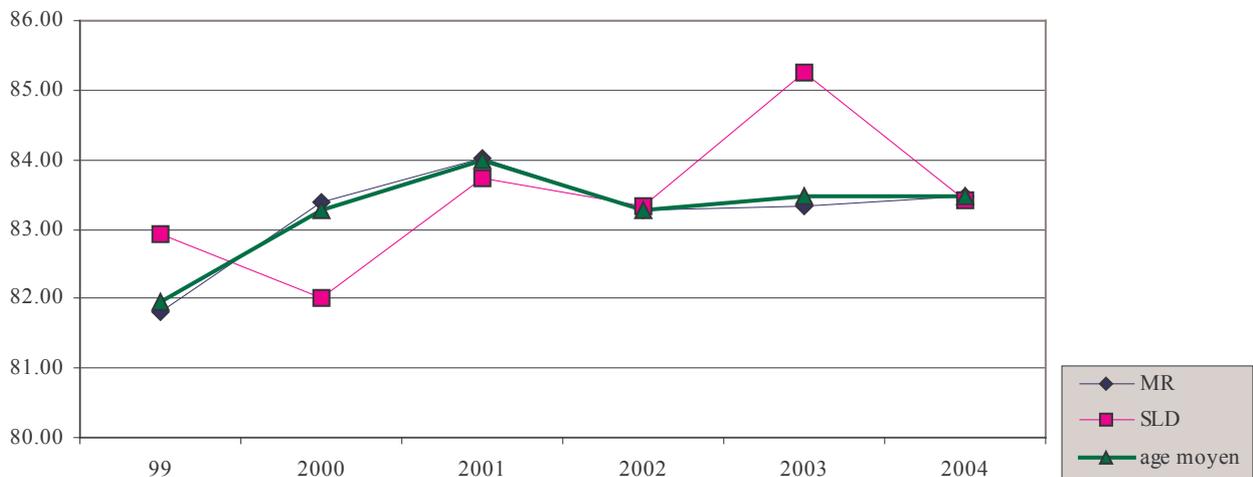
### Evolution du GMP dans le Nord

	99	2000	2001	2002	2003	2004	Nb d'étab.	% d' écart du GMP(sur 5 années)
MR	529	628	552	606	589	630	178	19.09%
SLD	771	808	815	819	877	872	22	13.75%
gmp moyen	558	646	599	630	609	648	200	16.13%



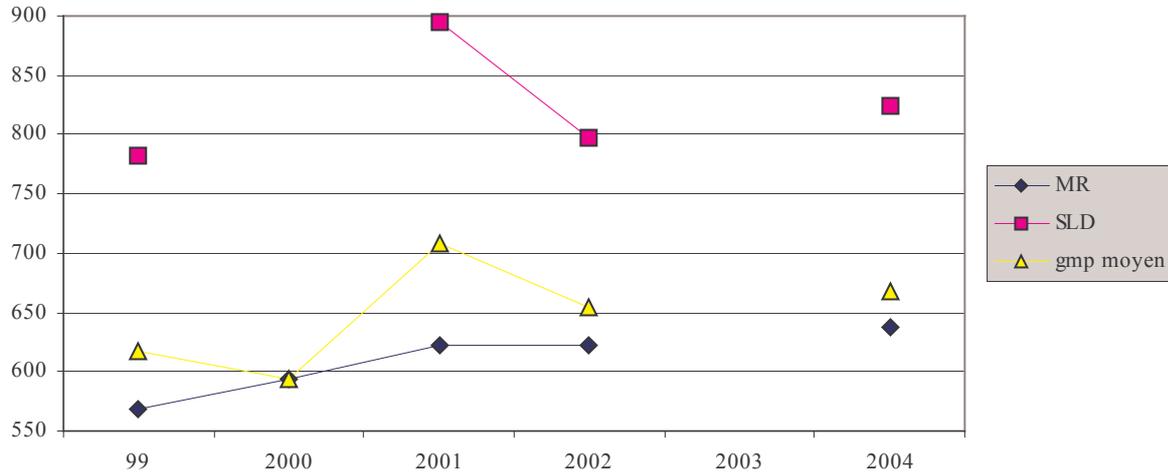
### Evolution de l'âge moyen des résidents dans le Nord

	99	2000	2001	2002	2003	2004
MR	81.82	83.40	84.03	83.27	83.34	83.47
SLD	82.92	82.00	83.73	83.32	85.24	83.41
age moyen	81.95	83.26	83.98	83.28	83.47	83.46



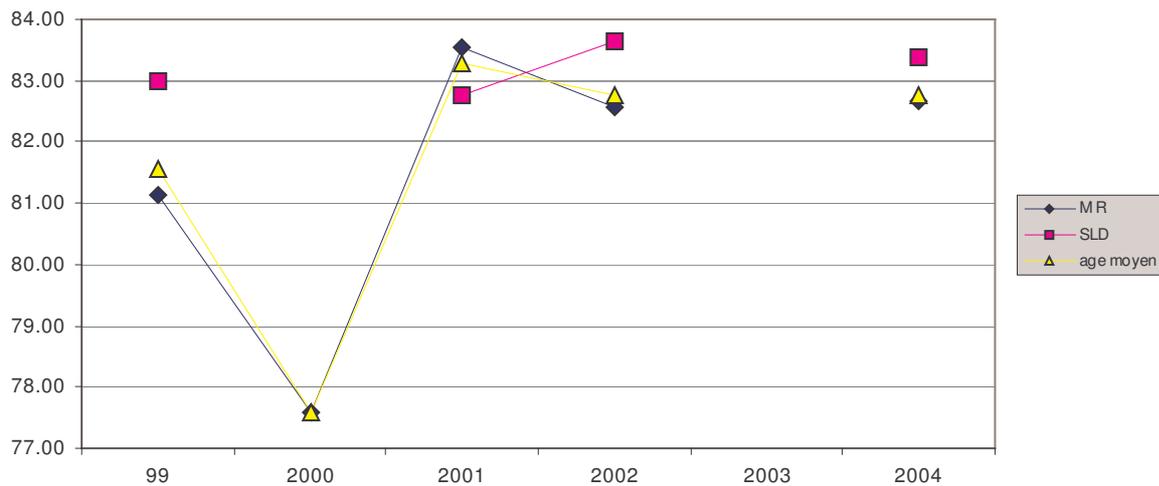
### Evolution du GMP dans le Pas de Calais

	99	2000	2001	2002	2003	2004	Nb d'étab.	% d'écart du GMP (sur 5 années)
<b>MR</b>	569	594	622	623		638	146	12.13%
<b>SLD</b>	783		895	798		825	33	14.30%
<b>gmp moyen</b>	618	594	708	655		667	179	14.56%



### Evolution de l'âge moyen des résidents dans le Pas de Calais

	99	2000	2001	2002	2003	2004
<b>MR</b>	81.13	77.60	83.54	82.56		82.66
<b>SLD</b>	83.00		82.76	83.65		83.37
<b>age moyen</b>	81.56	77.60	83.29	82.76		82.77



### 1)Préambule:

Nous avons d'abord examiné quelques données comparatives entre les deux Départements afin de déterminer s'il existait des différences significatives entre ces Départements de la même Région.

L'étude de l'évolution du « GMP moyen » ou de l'âge moyen nous permet de mettre en évidence, sur les cinq années étudiées, un écart entre le GMP Maximal et le GMP minimal, de 16,13% pour le Nord et de 14,56% pour le Pas de Calais.

L'âge moyen passant de 82 à 83,5 ans pour le Nord, en 5 ans et de 81,5 à 83 ans pour le Pas de Calais.

Il convient aussi de relever qu'au cours de l'année 2003 aucune validation de données n'a été mise en oeuvre dans le Département du Pas de Calais; ceci étant consécutif à la parution très tardive, cette année là, de la circulaire budgétaire, ainsi qu'à certaines « incitations » à retarder les signatures de convention, en l'attente de ladite circulaire.

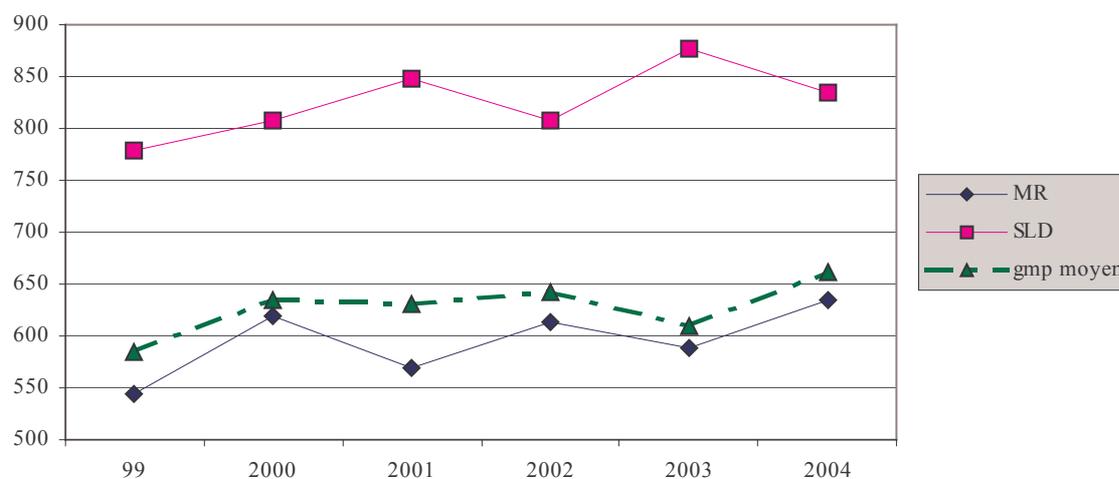
Compte tenu des quelques éléments ci dessus évoqués, il nous est apparu possible de regrouper les données des deux Départements de la Région, en une seule étude, aux fins de meilleure compréhension.

## 2) Les résultats régionaux « globaux »:

### a) le « GMP »

#### Evolution du GMP dans la Région

	99	2000	2001	2002	2003	2004	Nb d'étab.	% d'écart du GMP (sur 5 années)
<b>MR</b>	545	619	570	614	589	635	324	16.51%
<b>SLD</b>	778	808	848	807	877	834	55	12.72%
<b>gmp moyen</b>	585	634	630	642	609	661	379	12.99%



Compte tenu des différences importantes entre le « GMP moyen » des Maisons de retraite et des Unités de Soins de Longue Durée (USLD), les courbes concernant ces deux types de structures ont été dissociées.

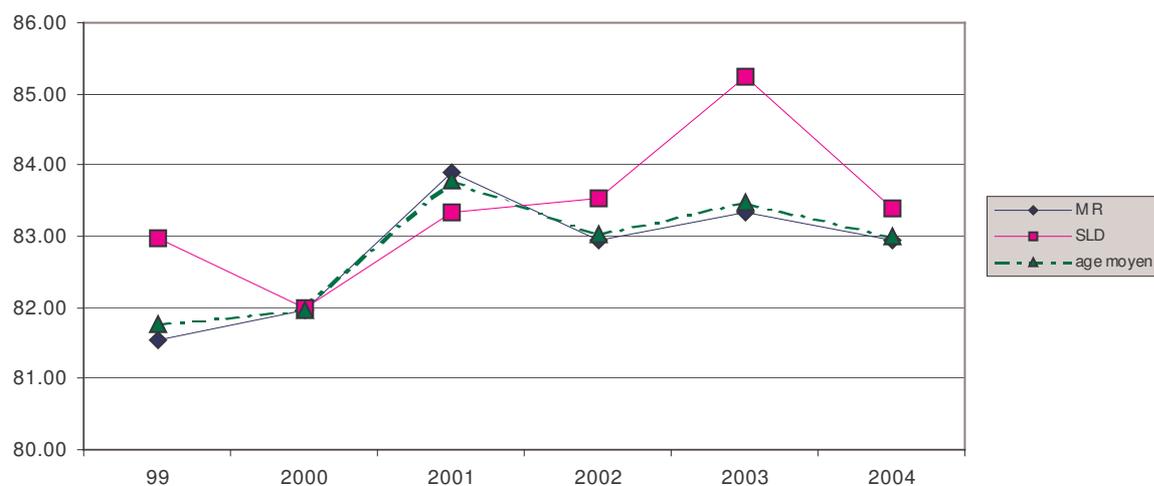
Le GMP évolue de 545 à 635 pour les Maisons de retraite et de 778 à 834 pour les USLD.

Globalement, le GMP moyen passe de 585 en 1999 à 661 en 2004.

b) l'âge moyen des résidants:

### Evolution de l'âge moyen des résidants dans la Région

	99	2000	2001	2002	2003	2004
<b>MR</b>	81.54	81.95	83.90	82.95	83.34	82.95
<b>SLD</b>	82.97	82.00	83.33	83.52	85.24	83.38
<b>age moyen</b>	81.78	81.96	83.78	83.03	83.47	83.01



L'âge moyen passe de 81,7 ans en 1999 à 83 ans en 2004, avec 2 pics à 83,78 ans et 83,47 ans en 2001 et 2003.

Globalement, il est permis de constater qu'en l'espace de cinq années, la dépendance des personnes et l'âge moyen ont augmenté de façon significative, ce qui confirme le « ressenti » largement partagé que « l'institutionnalisation » se fait de plus en plus tardivement et qu'elle est corrélée avec l'avancée en âge des résidants et leur perte d'autonomie.

### 3) Les résultats en fonction de la « strate » de départ:

Allant plus loin dans l'analyse, on peut s'interroger à propos de l'évolution du GMP en fonction de la strate à laquelle était rattaché l'établissement avant la transformation juridique en EHPAD.

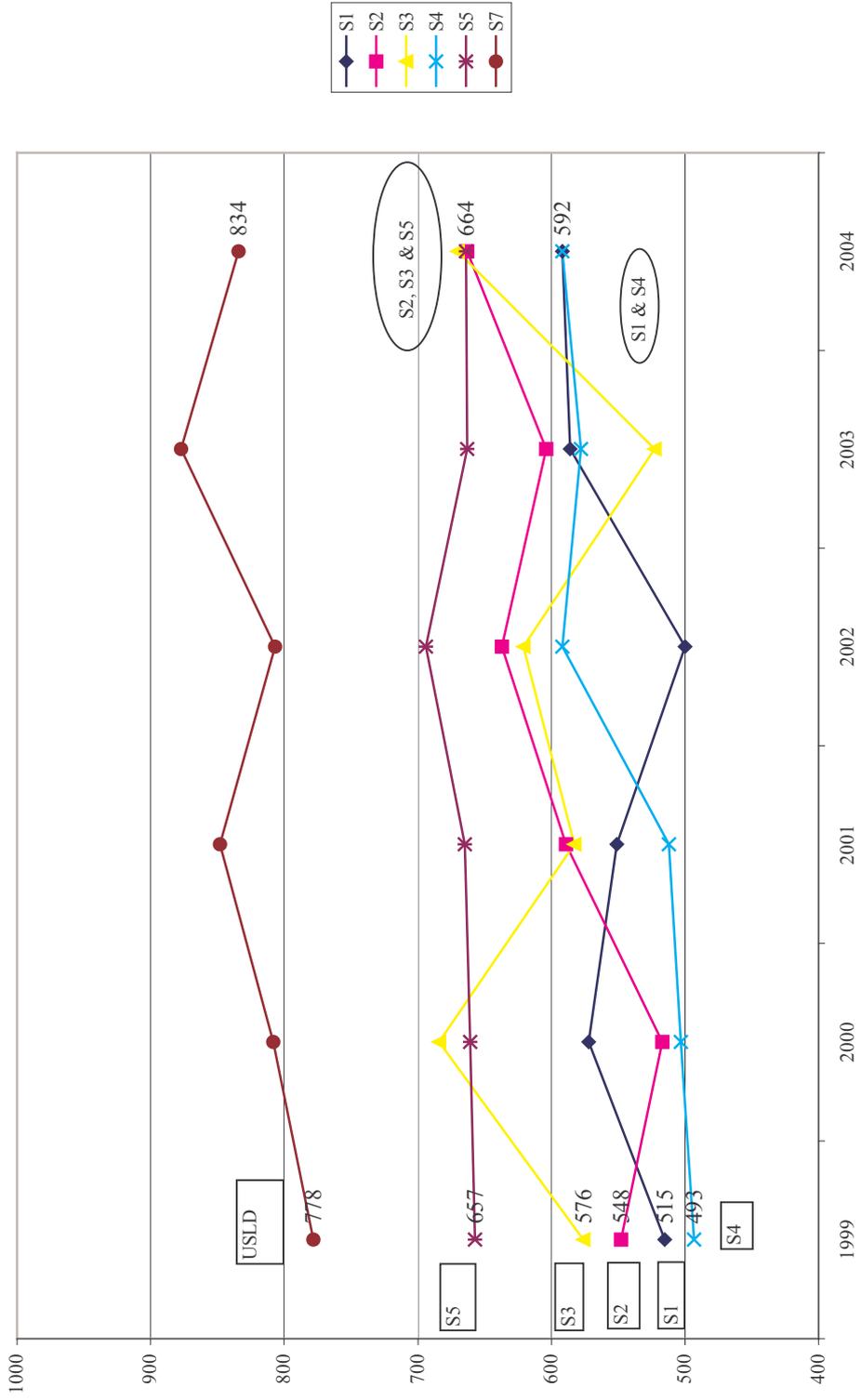
#### **Evolution du GMP par année et par strate**

##### **GMP NORD Pas de Calais**

	<b>S1</b>	<b>S2</b>	<b>S3</b>	<b>S4</b>	<b>S5</b>	<b>S7</b>
<b>1999</b>	515	548	576	493	657	778
<b>2000</b>	572	517	684	503	661	808
<b>2001</b>	551	589	583	512	665	848
<b>2002</b>	500	637	621	592	694	807
<b>2003</b>	586	604	523	578	663	877
<b>2004</b>	592	663	670	592	664	834

<b>Strate</b>	<b>Définition</b>
1	MR avec SCM rattachée Etab. Public
2	MR avec SCM Non rattachée Etab. Public
3	MR avec SCM privée
4	MR sans SCM pub. Ou Privé. Sans but lucr.
5	MR sans SCM commerciale
6	Logements . Foyers <b>(non inclus dans Les tableaux)</b>
7	USLD

Evolution du GMP par année et par strate



Si nous mettons à part les USLD nous constatons, entre 1999 et 2004, une tendance au « regroupement » des GMP en fonction de la strate dans laquelle étaient classés les établissements vers deux valeurs distinctes, 592 pour les structures des strates 1 & 4, et entre 660 & 670 pour les autres.

Nous remarquons qu'au fil des années, les structures des strates 1 et 4 (M. de R. publiques avec SCM et M. de R. sans SCM publiques ou sans but lucratif), qui accueillait en 1999 des populations relativement peu dépendantes (515 et 493), même si elles voient augmenter leur « GMP », demeurent encore des établissements à « GMP » peu important (592 en 2004).

Par contre les structures des strates 2, 3 et 5 (respectivement M. de R. avec SCM non rattachées, M. de R. privées avec SCM et M. de R. commerciales), qui étaient en 1999 à des niveaux très différents (548 pour la strate. 2, 576 pour la strate. 3 et 657 pour la strate. 5), voient la dépendance de leurs populations respectives tendre à s'élever de façon harmonieuse pour atteindre un niveau allant de 663 à 670 au cours de l'année 2004.

Tout se passe comme si les établissements publics ou privés sans but lucratif « non médicalisés en 1999 », avaient tendance à rejoindre les critères de dépendance des structures identiques mais déjà médicalisées avant la mise en oeuvre de la réforme.

L'une des explications possibles à cette « moindre » évolution de la valeur du GMP de ces premiers établissements (Strate. 1 et strate. 4) par rapport aux autres, tient peut être dans le fait qu'ils sont gérés dans le cadre général de structures disposant d'USLD vers lesquelles il est possible de « faire glisser » les résidents les plus dépendants.

#### 4) Les résultats en fonction du nombre de places de l'établissement:

##### GMP par année en fonction du nombre de places

Région MR

	de 1 à 49	de 50 à 79	de 80 à 99	de 100 à 149	de 150 à 199	plus de 200	moyenne
1999	451	558	518	581	493	543	524
2000	564	623	682	544	606	611	605
2001	561	558	626	556	614	652	595
2002	614	619	615	573	620	610	609
2003	583	592	595	552	620	610	592
2004	611	646	636	632	761	637	654

Région SLD

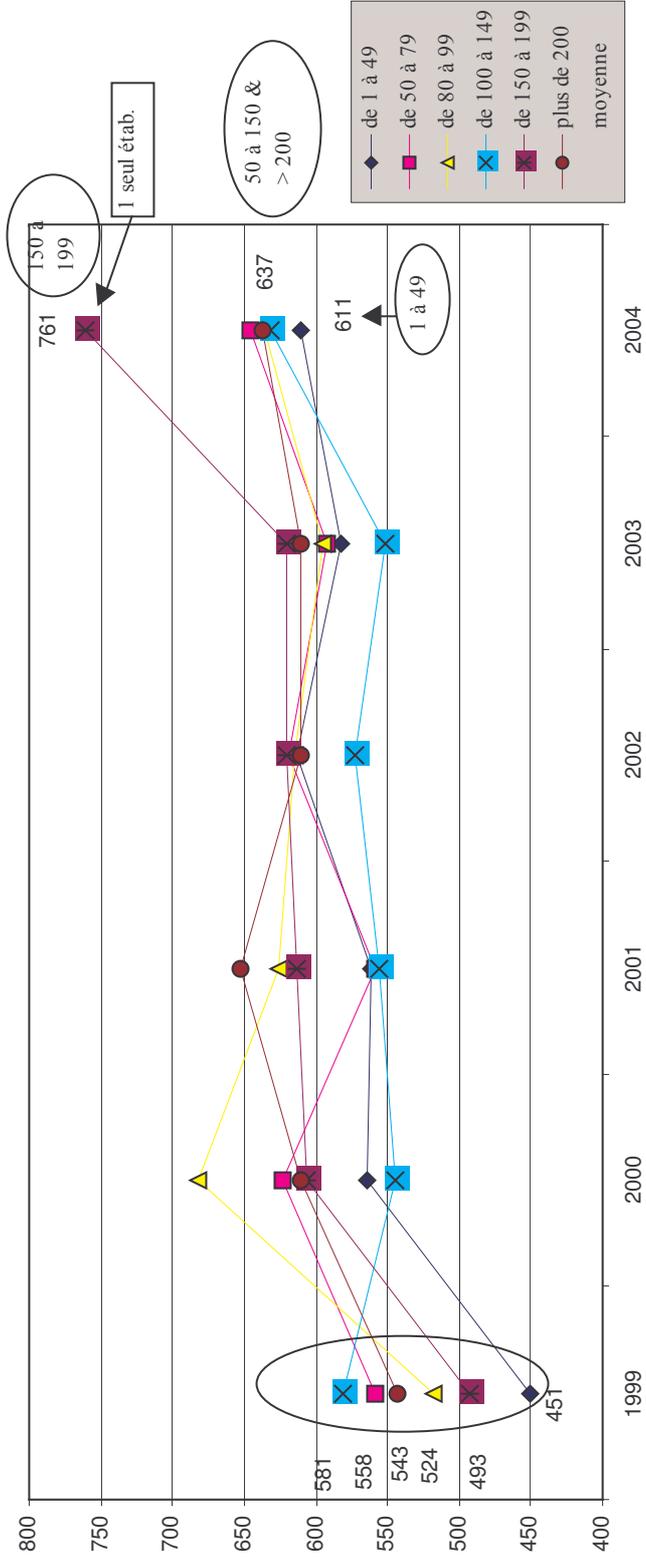
	de 1 à 49	de 50 à 79	de 80 à 99	de 100 à 149	de 150 à 199	plus de 200	moyenne
1999	625	892	741	753	811	821	774
2000			808				808
2001	908	878		851	751	809	839
2002		808	803		810		807
2003		910	843				877
2004	823	890	773	844	841	823	832



Ce tableau récapitulatif met en évidence la progression du GMP moyen des « Maisons de Retraite » de 524 en 1999 à 654 en 2004 soit de près de 25% sur cinq années, ainsi qu'une moindre progression (7,5%) pour les « USLD ».

Ici encore, en raison de la différence de progression et du statut particulier des USLD, une distinction a été faite entre ces deux types de structures.

a) en ce qui concerne les Maisons de Retraite:





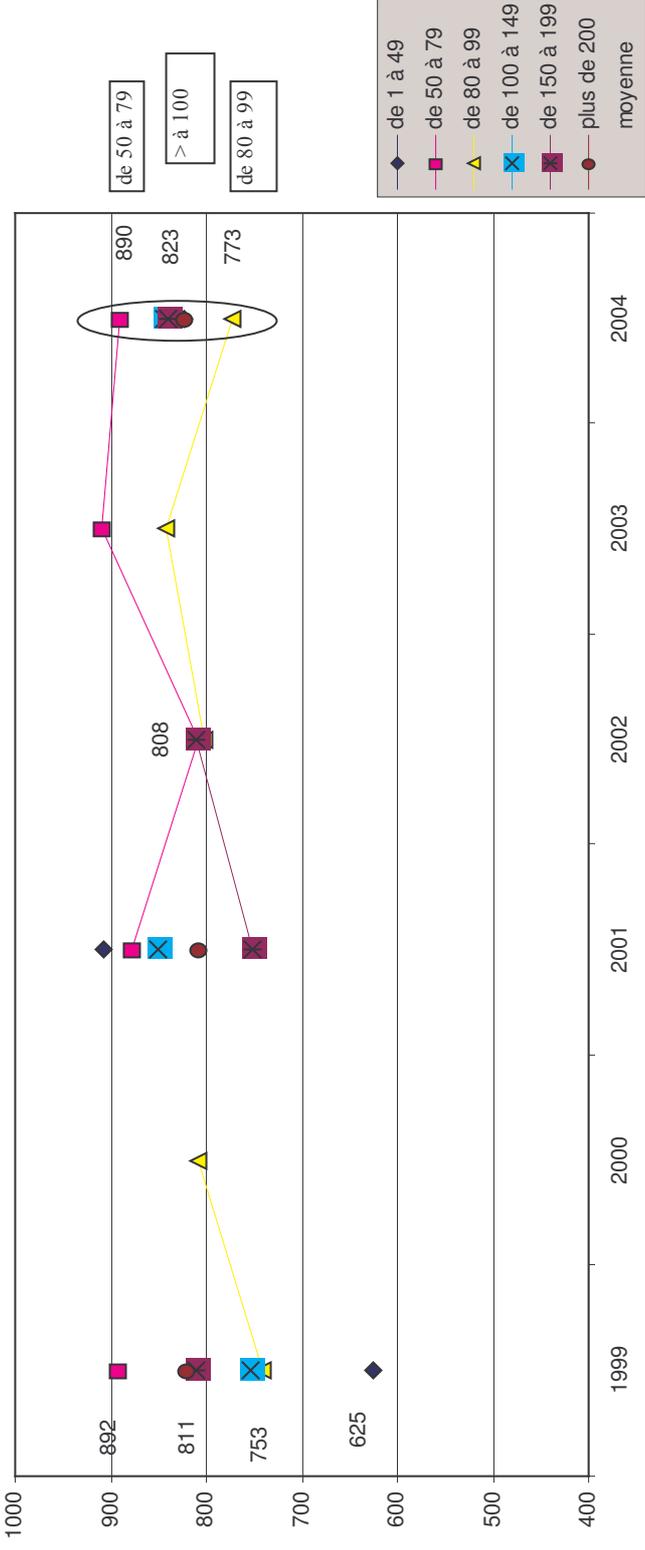
On observe, entre 1999 et 2004, un « pincement » des courbes pour parvenir en 2002 et 2003 à un GMP autour de 600,.

Cette tendance se confirme pour l'année 2004 puisque la majorité des structures présente un GMP aux environs de 650, à l'exception de deux établissements, l'un de moins de 50 places (611) et l'autre de plus de 150 places (761).

On peut donc remarquer, à quelques rares exceptions près, que la tendance à « l'uniformisation » de recrutement des populations, selon leur dépendance est en voie de réalisation, comme nous l'avions supposé au début de cet exposé.



b) en ce qui concerne les USLD:



Ne disposant pas de chiffres pour la totalité du tableau, nous ne pouvons que faire un comparatif entre 1999, année au cours de laquelle le GMP variait de 625 (pour les USLD de moins de 50 places) à 892 (pour les structures de 50 à 80 places), et 2004 où on note une tendance au « resserrement » des courbes pour aller de 773 à 890, avec néanmoins une absence d'évolution de la lourdeur de la dépendance pour les établissements de plus de 150 places.

5) Les structures ayant un GMP supérieur à 700:

La circulaire ministérielle du 30 Août 2004 apporte des éléments supplémentaires accordant des moyens accrus aux structures ayant un GMP supérieur à 700, il apparaît donc intéressant de se pencher plus spécifiquement sur ces types de structures qui n'étaient qu'au nombre de 12 en 1999 pour atteindre 62 en 2004.

**Nombre de structures de GMP supérieur à 700 avec plus de 50% de GIR 1 & 2**

	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
MR	3	3	4	16	6	42
SLD	9	1	12	10	2	20
	12	4	16	26	8	62

Ces 62 établissements sont répartis comme suit:

42 Maisons de retraite et 20 USLD

### Valeurs moyennes du GMP en 2004 pour les établissements de GMP supérieur à 700

GMP et MR	nombre de places					
	de 1 à 49	de 50 à 79	de 80 à 99	de 100 à 149	de 150 à 199	plus de 200
Nord GMP	727	737	754	724	761	831
Pas de Calais GMP	848	745	741	726	760	830
Région MR	787	743	743	725	761	831

GMP et SLD	nombre de places					
	de 1 à 49	de 50 à 79	de 80 à 99	de 100 à 149	de 150 à 199	plus de 200
Nord GMP	870	877	772	865	840	821
Pas de Calais GMP	775	899	773	839	841	823
Région SLD	823	890	773	844	841	823

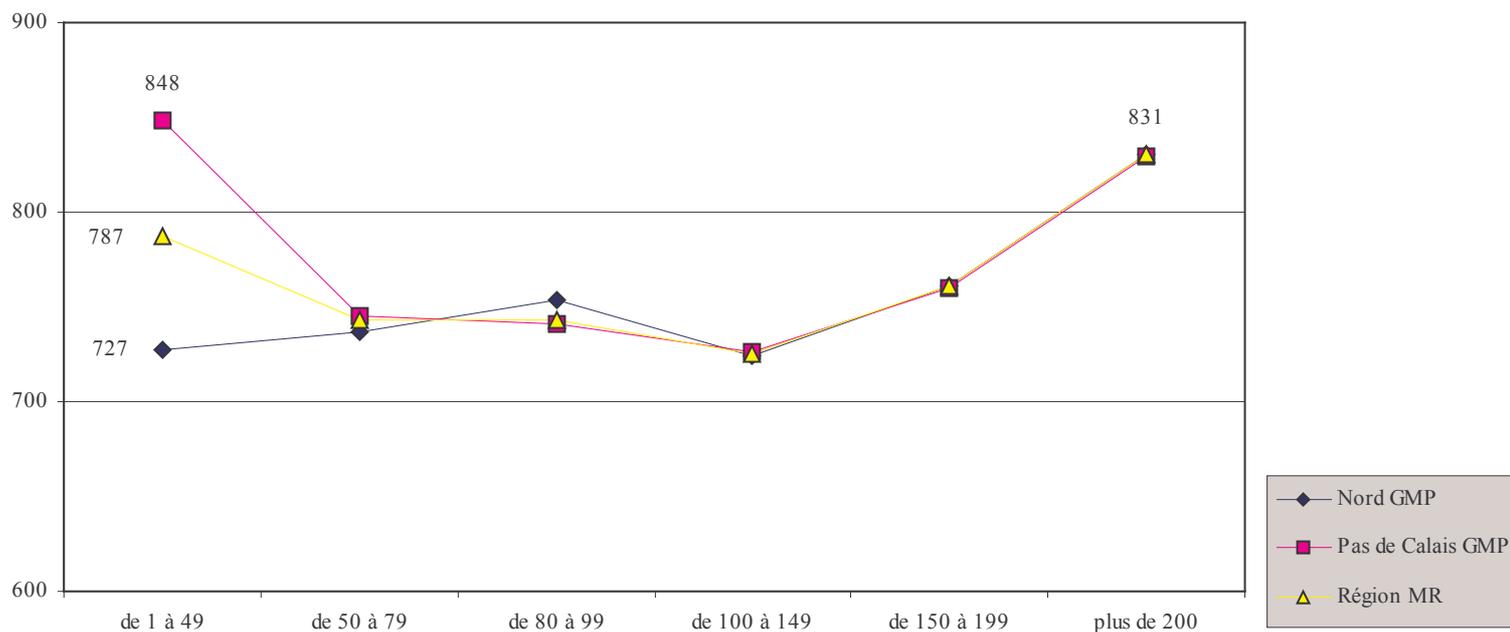
GMP MR ET SLD	nombre de places					
	de 1 à 49	de 50 à 79	de 80 à 99	de 100 à 149	de 150 à 199	plus de 200
Région MR	787	743	743	725	761	831
Région SLD	823	890	773	844	841	823

Ce tableau permet quelques remarques:

Tout d'abord, s'agissant des « Maisons de retraite », celles dotées d'un grand nombre de places (plus de 200), présentent un GMP supérieur à celui des USLD; en fait ceci ne concerne que deux structures qui avaient, avant la mise en oeuvre de la réforme, le statut d'USLD et dont les directeurs ont demandé la transformation en « maison de retraite », avant transformation juridique en EHPAD. *(espérant peut-être se soustraire à l'autorité budgétaire de l'ARH dans ce domaine??)*

En ce qui concerne les « USLD », le GMP chiffré à 773, donc « relativement » bas, s'explique par le fait qu'il concerne, pour la plupart, les anciens « V 80 », qui avaient pour vocation de prendre en charge des personnes moins dépendantes que dans les « longs séjours » (V 120 ou V 240), il semble que les « habitudes » de recrutement soient restées à peu de chose près les mêmes que précédemment.

## a) Etude des Maisons de retraite en fonction de leur nombre de places:



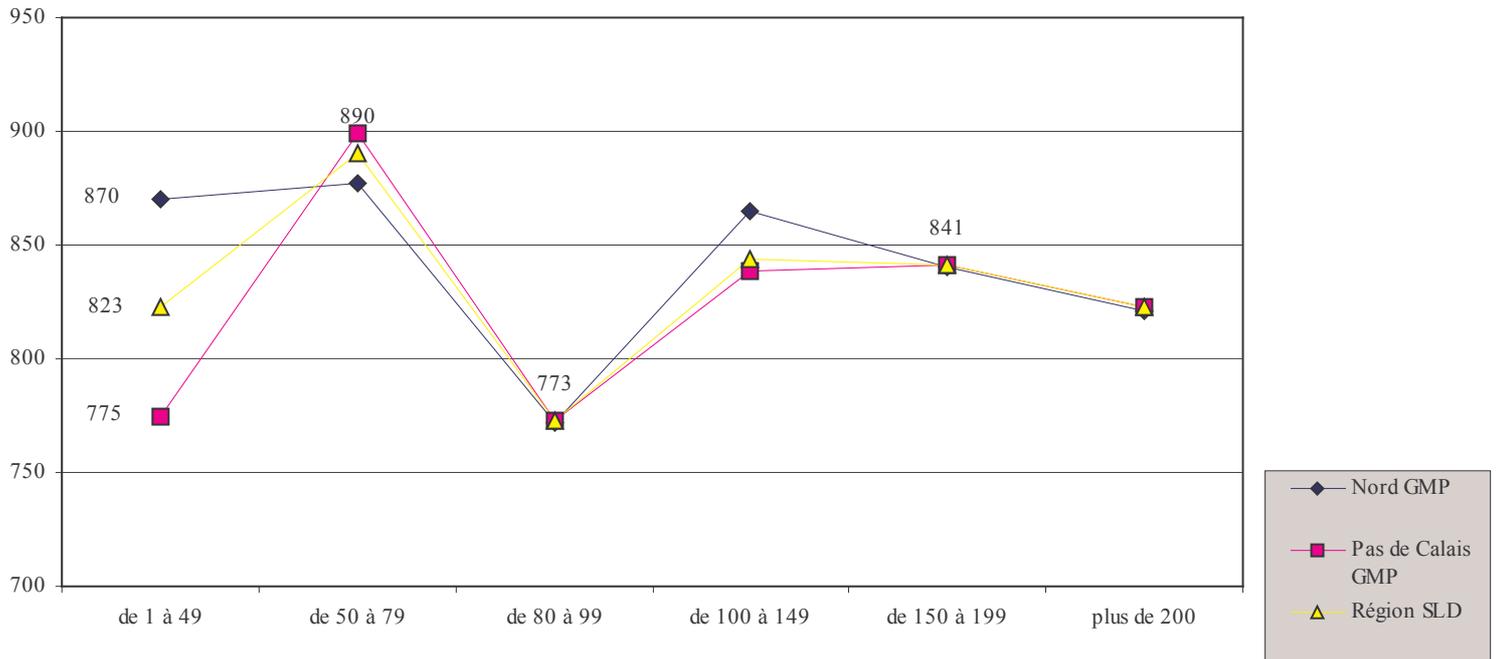
Les structures de 50 à 150 places présentent un GMP voisin de 750.

Les « petits » établissements se répartissent de façon non homogène.

Les établissements de plus forte importance ont un GMP voisin de 800, mais il faut tenir compte de la remarque précédente à propos de celles ci.

A noter que les différences sont non significatives d'un Département à l'autre sauf pour les « petites » structures.

## b) Etude des USLD en fonction de leur nombre de places :



Les résultats sont ici beaucoup plus difficiles à analyser.

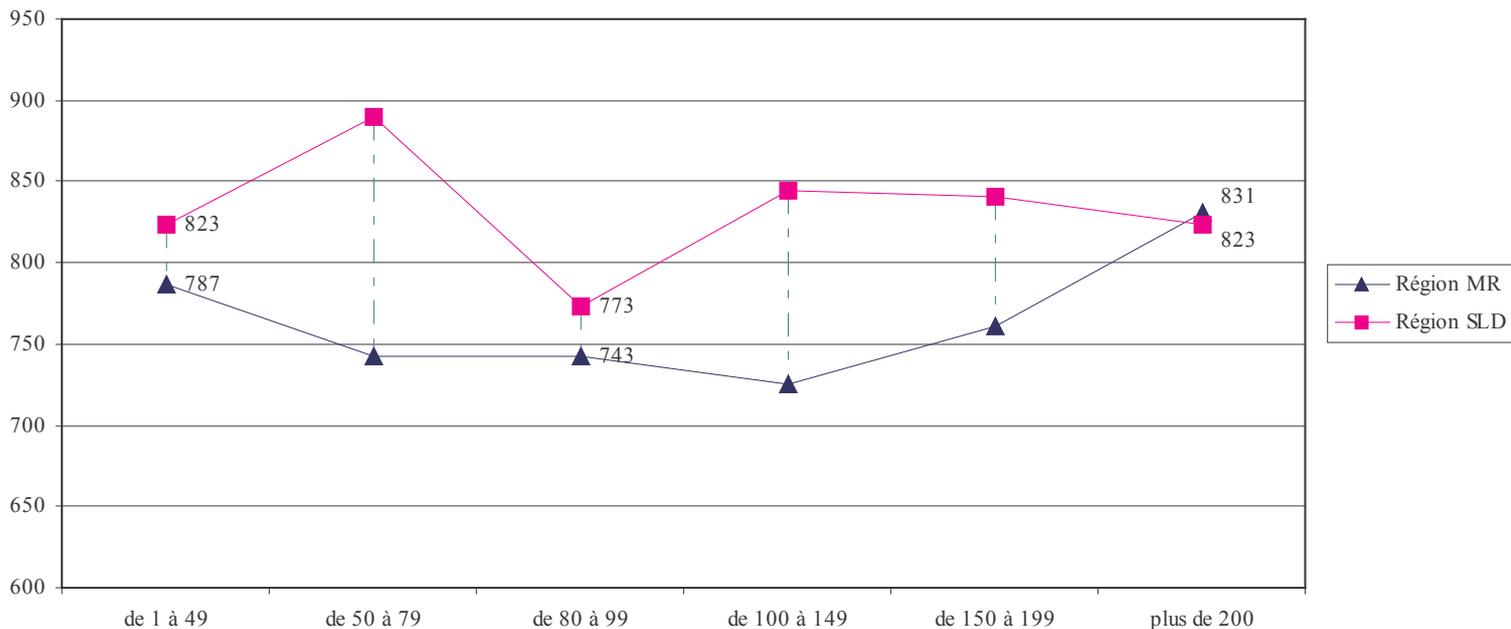
En effet une grande disparité est mise en évidence en fonction du nombre de places, plusieurs explications peuvent être avancées:

Pour les établissements de « faible » capacité: il s'agit probablement d'unités situées aux sein de structures hospitalières et pour lesquelles il n'y a pas toujours adéquation entre l'état des personnes âgées et les équipements ou la vocation de l'établissement.

Les structures de capacité « moyenne » ( de 80 à 99 places) sont représentées par les anciens « V 80 » qui ont fait l'objet d'une remarque précédemment.

Les autres établissements présentent un GMP situé autour de 850.

### Etude comparative entre M de R et USLD en fonction du nombre de places



Cette étude comparative entre le GMP des « Maisons de retraite » et des « USLD », en fonction du nombre de places, est intéressante puisqu'elle met en évidence trois types d'établissements pour lesquels le GMP est proche, qu'il s'agisse de M. de R. ou d' USLD:

Le groupe des « petits » (en taille) : GMP aux environs de 800

Le groupe des « moyens » : GMP autour de 750

Le groupe des « gros » établissements : GMP autour de 830

Tout se passe comme si le recrutement en fonction de la grande dépendance était souhaité :

-soit par les gestionnaires de structures de faible importance, afin de pouvoir disposer des moyens nécessaires.

-soit par les familles, vers les structures de grosse capacité, pour des raisons financières, ces dernières ayant la possibilité de pratiquer un prix d'hébergement souvent inférieur ?

Les modalités de calcul des forfaits de soins, en fonction de la seule grille « AGGIR » paraissent inadaptées à la situation actuelle qui permet de bénéficier de budgets soins « conséquents » si la dépendance de la population est grande, alors qu'il est nettement établi que la dépendance et les soins ne sont pas nécessairement liés.

Il conviendrait, au terme de cinq années d'étude de ces évolutions, de proposer une meilleure adéquation des besoins et des moyens accordés, en ce qui concerne le « forfait soins »; à cet égard, l'utilisation d'autres modes d'analyse pourraient être utilisés, comme le logiciel « PATHOS », qui semble faire son entrée « par la petite porte » puisque les décideurs ont suggéré son utilisation dans la circulaire ministérielle du 30 Août 2004.

La mise en oeuvre de cet outil, que seul le Médecin Coordonnateur peut utiliser, à l'aide des dossiers

médicaux dont il aura été l'auteur, permet de mieux appréhender les besoins médicaux et paramédicaux nécessaires aux populations étudiées, amènera une meilleure répartition des financements et entraînera une limitation des dérives que l'on peut craindre à l'examen de l'évolution du GMP que nous avons étudié dans ce travail.

Le Médecin Coordonnateur pourra ainsi mieux remplir son rôle de conseiller du Directeur, en lui donnant les arguments nécessaires et indispensables à une meilleure discussion avec les autorités de tutelle.

## **D) CONCLUSIONS:**

Les objectifs fixés par les décrets d'Avril 1999 marquent la volonté d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes accueillies en établissements; outre ce souci de qualité, apparaît aussi celui de réduire les inégalités d'accueil qui se faisaient jour au travers des divers types de financements peu adaptés et ne reflétant pas précisément l'adéquation des moyens par rapport aux besoins de ces populations fragiles.

L'étude de l'évolution du « GMP moyen » tant en Maison de Retraite qu'en USLD, de 1999 à 2004, dans la Région Nord – Pas de Calais met en évidence une augmentation importante de celui ci au fil des années, plus 16% en M. de R. et 13% en USLD; cet état de fait doit nous interpeller à propos des « biais » engendrés par les méthodes de calcul des forfaits de « soins » basés sur la seule grille « AGGIR ».

Nombre de détracteurs du précédent modèle dit des « Sections de Cure Médicales » faisaient remarquer, à juste titre, que ce mode de financement entraînait des « déviations », en particulier en « faisant sortir » de ce forfait les personnes dont le coût en soins était élevé; il convient d'éviter de tomber à nouveau dans les mêmes possibilités de détournement des modes de fonctionnement, qui consisteraient à privilégier le recrutement de personnes très dépendantes mais ne justifiant qu'un minimum de soins, aux dépens de résidents « relativement peu dépendants » mais requérant des soins techniques importants.

Après une mise en oeuvre que certains qualifieraient de « laborieuse », il semble que le temps soit venu de faire progresser cette réforme, dont l'un des mérites a été de permettre, entre autres, un suivi régulier de la dépendance des populations accueillies en EHPAD.

Par ailleurs, eu égard à l'évolution croissante du "GMP" dans les établissements et compte tenu du nombre de plus en plus important de personnes atteignant le "grand âge", il paraît intéressant de suggérer une réflexion sur la politique générale à mettre en oeuvre pour l'avenir : favoriser la création de nouveaux EHPAD, augmenter la capacité des structures existantes quand cela est possible, transformer progressivement les foyers logements ?

L'utilisation réglementaire de la grille « AGGIR », même si elle paraît à certains un peu « simpliste » ou à d'autres « contestable », a le mérite de faire comparer ce qui est comparable, permettant ainsi un traitement équitable de ces populations fragiles, quelle que soit leurs situations, au sein de l'hexagone.

L'évolution de cette réforme doit passer par l'utilisation, rendue elle aussi réglementaire, d'une méthode simple et fiable d'évaluation des « soins », comme par exemple le logiciel « PATHOS », qui permet de déterminer avec précision les « besoins requis » en personnels médicaux et paramédicaux, donnant ainsi avec le plus de justesse possible les arguments de demande de financements dévolus à ce type d'activité au lieu de les « calquer » sur les seuls critères de la dépendance.

Contrairement à la grille « AGGIR », qui ne peut être remplie qu'avec l'aide de toute l'équipe (infirmières, aides soignants, auxiliaires de vie, etc...), l'outil « PATHOS » ne peut logiquement être rempli et interprété que par le Médecin Coordonnateur de l'établissement.

Le rôle de celui ci prend donc une dimension capitale puisqu'il est le seul à pouvoir mettre en oeuvre de telles études basées sur les dossiers médicaux dont il a la responsabilité de la création jusqu'à la tenue; et le seul à pouvoir interpréter les données issues de ces études.

## BIBLIOGRAPHIE

### **L'avenir des maisons de retraite.**

Six questions à M. Pinel, directeur de la maison de retraite "Le Chêne de la Cormière" à Guenrouët  
In : SPL SANTE PAYS DE LA LOIRE n° 42 (octobre 2001)

### **Etude pathos sur l'échantillon "ERNEST" 2001**

Dr P. PREVOST-Dr C. VUILLEMAIN- Dr P. FENDER

### **Le modèle « PATHOS »**

Jean Marc Ducoudray Robert Leroux Patrice Prévost Jean Marie Vétel

### **Les Retraités sont préoccupés par la prise en charge proposée aujourd'hui aux Patients âgés dépendants**

Docteur Raymond DECHELOTTE CODERPA\* 64 - CORERPA Aquitain - A.N.H.R.

### **RAPPORT du COMITE SCIENTIFIQUE POUR L'ADAPTATION DES OUTILS D'EVALUATION DE L'AUTONOMIE (Janvier 2003)**

Rapporteure : Claudine Parayre, médecin inspecteur de santé publique, DGAS.  
Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité

**GLOSSAIRE :**

**AGGIR** : Analyse G érontologique, Groupes Iso Ressources

**CDCM** : Commission Départementales de Coordination Médicale

**EHPAD** : Etablissement d' Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

**GALAAD** : G érontologie, Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision .

**GMP** : GIR Moyen Pondéré

**MAPA**: Maison d'Accueil pour Personnes Agées

**MAPAD** : Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes

**MARPA** : Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées

**MR** ou **M. de R.** : Maison de Retraite

**SCM** : Section de Cure Médicale

**SLD** ou **USLD** : Unité de Soins de Longue Durée

**Liste des Annexes:**

Annexe I: Décret no 99-316 du 26 avril 1999

Annexe II: Décret no 99-317 du 26 avril 1999

Annexe III: Circulaire ministérielle du 30/08/2004

**Décret no 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes**

**NOR : MESA9921082D**

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité, du ministre de l'intérieur, du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et du ministre de l'agriculture et de la pêche,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 665-3, L. 711-2, L. 712-19, R. 712-2-1 et R. 714-3-1 à R. 714-3-53 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 174-4 à L. 174-9 ;

Vu la loi N° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ;

Vu la loi N° 90-600 du 6 juillet 1990 relative aux conditions de fixation des prix des prestations fournies par certains établissements assurant l'hébergement des personnes âgées, notamment ses articles 1er et 3 ;

Vu la loi N° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, notamment ses titres IV, V et VI ;

Vu le décret N° 97-427 du 28 avril 1997 portant application de certaines dispositions de la loi N° 97-60 du 24 janvier 1997, notamment ses articles 6 et 13 ;

Vu le décret N° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 18 décembre 1998 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 3 mars 1999 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

**TITRE Ier Principes généraux de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes**

Art. 1er. - Les prestations fournies par les établissements ou les sections d'établissements mentionnés à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée et par les établissements mentionnés au 2o de l'article L. 711-2 du code de la santé publique comportent :

1o Un tarif journalier afférent à l'hébergement ;

2o Un tarif journalier afférent à la dépendance ;

3o Un tarif journalier afférent aux soins.

Art. 2. - Le tarif afférent à l'hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement qui ne sont pas liées à l'état de dépendance des personnes accueillies. Ce tarif est à la charge de la personne âgée accueillie.

Art. 3. - Le tarif afférent à la dépendance recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir. Ces prestations correspondent aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance des personnes hébergées, qu'il s'agisse des interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne et sociale ou des prestations de services hôtelières et fournitures diverses concourant directement à la prise en charge de cet état de dépendance.

Art. 4. - Le tarif afférent aux soins recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affectations somatiques et psychiques des personnes résidant dans l'établissement ainsi que les prestations paramédicales correspondant aux soins liées à l'état de dépendance des personnes accueillies.

**TITRE II Modalités de détermination et de calcul des tarifs des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes**

Section 1 Structure tarifaire des établissements

Art. 5. - Afin de calculer les tarifs journaliers des prestations prévues à l'article 1er, le budget d'un établissement est présenté en trois sections d'imputation, correspondant aux trois tarifs précédemment mentionnés, dont les charges et les produits sont arrêtés séparément, sur la base des éléments et documents ci-après énumérés :

1o La liste des charges et des produits afférents aux trois sections précitées, fixée à l'annexe I du présent décret ;

2o Les tableaux, figurant aux annexes IV-1 et IV-2 du présent décret, définissant les modalités de calcul des différents

tarifs et les clés de répartition des charges et des produits communs à plusieurs tarifs, en tenant compte :

- a) De la répartition des personnes accueillies dans les établissements par niveaux de dépendance dits groupes « iso-ressources » (GIR) tels que fixés par la grille nationale définie à l'article 6 du décret du 28 avril 1997 susvisé ;
- b) De la répartition des emplois et des effectifs des établissements entre les sections de calcul des tarifs, dans le respect des dispositions prévues à l'article 6 ;

3o Le tableau, figurant à l'annexe V du présent décret, définissant les modalités de détermination et d'affectation des résultats de chaque section d'imputation tarifaire des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes autres que ceux relevant de la loi du 6 juillet 1990 précitée, conformément aux modalités prévues à l'article 39 du décret du 26 avril 1999 susvisé ou, le cas échéant, à l'article R. 714-3-50 du code de la santé publique ;

4o Le tableau de bord, figurant à l'annexe VI du présent décret, établissant la liste des indicateurs médico-socio-économiques.

Les tableaux mentionnés au 2o à 4o ci-dessus, dûment remplis, sont, d'une part, joints aux propositions budgétaires de l'établissement, d'autre part, transmis aux autorités de tarification pour le 30 avril qui suit l'exercice auquel ils se rapportent.

Art. 6. - Les charges de personnel afférentes aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques ainsi que leurs charges sociales et fiscales figurent concurremment aux sections d'imputation tarifaire relatives respectivement à la dépendance et aux soins. Ces charges sont réparties entre les deux sections précitées à raison de :

- a) 30 % sur la section d'imputation tarifaire relative à la dépendance, au titre des activités de ces personnels qui correspondent aux prestations définies à l'article 3 ;
- b) 70 % sur la section d'imputation tarifaire relative aux soins, au titre des activités de ces personnels qui correspondent aux prestations définies à l'article 4.

Cette répartition constitue la référence à atteindre au terme de la cinquième année d'exécution de la convention mentionnée à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975, conformément aux dispositions de l'article 21 du présent décret.

Art. 7. - Le tarif journalier afférent à l'hébergement est, en cas d'absence de plus de soixante-douze heures, minoré des charges variables relatives à la restauration et à l'hôtellerie pour un montant fixé dans le règlement départemental d'aide sociale. Pour les absences de plus de soixante-douze heures pour cause d'hospitalisation, cette minoration doit tenir compte du montant du forfait hospitalier.

Un tarif journalier afférent à la dépendance et un tarif journalier afférent aux soins sont arrêtés pour chacun des six niveaux de dépendance fixés par la grille nationale mentionnée au 2o (a) de l'article 5, dans lesquels sont classées les personnes hébergées.

Art. 8. - Les tarifs journaliers mentionnés à l'article 7 sont obtenus selon les modalités de calcul précisées dans l'annexe II du présent décret :

- 1o En prenant en compte la totalité des charges d'exploitation autorisées imputables à chaque élément de tarification ;
- 2o En diminuant les charges d'exploitation mentionnées au 1o des produits d'exploitation, autres que ceux relatifs à la présente tarification, visés aux rubriques c à j du 2o de l'article 11 du décret du 26 avril 1999 susvisé imputables à chaque élément de tarification ;
- 3o En incorporant, le cas échéant, les résultats conformément aux dispositions de l'article 39 du décret du 26 avril 1999 susvisé.

La somme des éléments mentionnés aux 1o, 2o et 3o est divisée par un nombre de journées égal à la moyenne des journées effectivement constatées les trois dernières années ou, en cas de circonstances particulières, par le nombre de journées prévisionnelles pour l'exercice considéré.

## Section 2 Dispositions relatives aux prestations de soins

Art. 9. - Déduction faite des éléments mentionnés à l'article 10, les établissements mentionnés à l'article 1er du présent décret peuvent opter en matière de soins :

- a) Soit pour un tarif journalier global, comprenant notamment les rémunérations versées aux médecins généralistes et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie et les médicaments dont les caractéristiques sont fixées par arrêté ;
- b) Soit pour un tarif journalier partiel qui ne comprend ni les examens et médicaments ni les charges de personnel mentionnées au a, à l'exception de celles relatives au médecin coordonnateur visé au premier alinéa de l'article 12 et de celles relatives aux infirmières libérales.

Un arrêté des ministres chargés des affaires sociales, de l'agriculture et du budget précise la nature des examens et médicaments mentionnés aux alinéas précédents.

La convention tripartite prévue à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée mentionne l'option tarifaire choisie qui ne peut être modifiée pendant la durée de ladite convention, laquelle est fixée à cinq ans.

Six mois avant l'arrivée à échéance de ladite convention, l'établissement peut demander un changement d'option tarifaire.

Art. 10. - Sont à la charge des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie dans les conditions prévues par le code de la sécurité sociale ou de l'aide médicale, mais ne peuvent être prises en compte dans le calcul des tarifs journaliers afférents aux soins, les prestations mentionnées aux rubriques a à h de l'annexe III du présent décret.

Ne peuvent être prises en compte dans le calcul des tarifs journaliers afférents à la dépendance, à l'hébergement et aux soins, les prestations mentionnées aux rubriques i à k de l'annexe III précitée.

Art. 11. - Afin d'assurer un suivi de la consommation médicale dans l'établissement, celui-ci doit fournir chaque semestre, sur demande des organismes d'assurance maladie, la liste des personnes hébergées à la date de cette demande ainsi que les mouvements intervenus au cours des six derniers mois.

Cette liste comporte pour chaque personne hébergée :

- a) Les nom et prénom ;
- b) Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques ;
- c) Le nom de l'organisme de prise en charge, assorti du numéro du centre de paiement.

### Section 3 Evaluation du degré de dépendance des personnes hébergées dans les établissements

Art. 12. - Afin de moduler les tarifs afférents à la dépendance et aux soins, conformément aux dispositions mentionnées au second alinéa de l'article 7, le classement des résidents selon leur niveau de dépendance est réalisé par l'équipe médico-sociale de chaque établissement, sous la responsabilité du médecin coordonnateur.

Ledit classement est transmis, pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale mentionnée à l'article 5 de la loi du 24 janvier 1997 susvisée et à un praticien-conseil de la caisse d'assurance maladie mentionnée à l'article R. 174-9 du code de la sécurité sociale.

En cas de désaccord entre les deux médecins précités sur cette validation, une commission départementale de coordination médicale, composée d'un médecin inspecteur de santé publique, d'un médecin du conseil général et d'un praticien-conseil d'une caisse d'assurance maladie, détermine à la majorité de ses membres le classement définitif à retenir et le transmet aux deux autorités chargées de la tarification.

Un arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'intérieur détermine les modalités d'organisation et de fonctionnement de ladite commission.

Art. 13. - Le classement dans chacun des groupes de niveau de dépendance de la grille nationale mentionnée à l'article 12 donne lieu à une cotation en points fixée conformément au tableau figurant à l'annexe VII du présent décret.

Il est procédé pour chaque établissement à une totalisation des cotations en points précédemment opérées.

Le total des points dans les différents groupes de toutes les personnes âgées dépendantes hébergées dans l'établissement divisé par le nombre de personnes hébergées permet d'obtenir une valeur correspondant à la dépendance moyenne des personnes accueillies dans l'établissement. Cette valeur, établie entre le 1er janvier et le 30 septembre de l'année, est dénommée GIR moyen pondéré de l'établissement.

Art. 14. - Le montant des charges nettes afférentes à la dépendance définies aux articles 5 et 6, a, et au 1o du II de l'annexe I du présent décret, divisé par le nombre de points d'un établissement par groupes, constitue la valeur nette de son point afférent à la dépendance.

Le montant des charges relatives aux dépenses d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques définies aux articles 5 et 6 b, du présent décret, divisé par le nombre de points d'un établissement dans ses groupes, constitue la valeur nette de son point relatif aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques.

Ces données sont incluses dans le tableau de bord mentionné au 4o de l'article 5.

Art. 15. - Les tarifs journaliers afférents à la dépendance et aux soins de l'exercice en cours sont établis en prenant en compte les données résultant des valorisations mentionnées aux deuxième et troisième alinéas de l'article 13 au titre de l'année précédente.

Les informations correspondantes sont, d'une part, jointes aux propositions budgétaires de l'établissement, d'autre part, transmises aux autorités de tarification pour le 30 avril qui suit l'exercice auquel ces informations se rapportent.

Est également joint un tableau de répartition des personnes hébergées entre les niveaux de dépendance définis par la grille nationale mentionnée à l'article 5 de la loi du 24 janvier 1997 susvisée.

Art. 16. - Afin de comparer le niveau des prestations délivrées et de contribuer à une allocation optimale des ressources entre établissements, le président du conseil général calcule la valeur nette moyenne départementale du point relatif à la dépendance concernant les établissements du département relevant de l'article 1er du présent décret. Cette valeur est égale au quotient des charges nettes, constatées au dernier compte administratif, et qui entrent dans le calcul du tarif journalier afférent à la dépendance, par le nombre de points dans les groupes iso-ressources 1 à 6, issu de la valorisation prévue au premier alinéa de l'article 14 pour le même exercice.

Art. 17. - Afin de comparer les niveaux de prestations délivrées et de contribuer à une allocation optimale des ressources entre établissements, le préfet calcule la valeur nette moyenne départementale du point relatif aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques concernant les établissements du département relevant de l'article 1er du présent décret. Cette valeur est égale au quotient des frais de personnel relatifs aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques qui ont

été constatés au dernier compte administratif et qui entrent dans le calcul des tarifs journaliers afférents aux soins par le nombre de points dans les groupes iso-ressources 1 à 6 issu de la valorisation pour le même exercice prévue au deuxième alinéa de l'article 14.

Art. 18. - A la demande de l'autorité tarifaire compétente, lorsque la valeur nette des points respectivement mentionnés aux articles 16 et 17, proposée par l'établissement, est supérieure à la valeur nette moyenne départementale constatée du point correspondant, l'établissement expose les raisons, en dehors de celles liées à l'augmentation des prix et des salaires, qui expliquent et justifient cet écart et, le cas échéant, les mesures qu'il programme afin de mettre en adéquation ses charges, ses produits et l'état de dépendance des personnes accueillies, en tenant compte :

- a) Des critères de qualité de prises en charge résultant de l'application du cahier des charges mentionné à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée ;
- b) De l'efficacité de l'action médico-sociale visant à améliorer l'autonomie des personnes hébergées ;
- c) Des indicateurs médico-socio-économiques composant le tableau de bord prévu au 4o de l'article 5.

La convention tripartite mentionnée à l'article 5-1 de la loi précitée prévoit, le cas échéant, les modalités de réduction des écarts constatés entre la valeur nette du point résultant des propositions de l'établissement et la valeur nette moyenne départementale du point correspondant.

Art. 19. - Le préfet de région procède au calcul d'une valeur nette moyenne régionale du point relatif aux aides-soignants et aides médico-psychologiques en procédant à l'agrégation au niveau régional des données ayant permis le calcul des valeurs nettes moyennes départementales du point relatif aux aides-soignants et aides médico-psychologiques dans les conditions mentionnées à l'article 17.

Afin de répartir les enveloppes régionales de crédits relatives aux établissements relevant de l'article 1er, allouées chaque année en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu par la loi de financement de la sécurité sociale, l'autorité régionale compétente pour l'assurance maladie tient compte de la valeur nette moyenne régionale du point mentionnée au précédent alinéa, et de l'ensemble des indicateurs médico-socio-économiques figurant au tableau de bord prévu au 4o de l'article 5.

Art. 20. - Le préfet de région procède au calcul de la valeur moyenne régionale du point relatif à la dépendance. En vue de permettre les comparaisons interdépartementales et inter-établissements, il procède également au calcul de la valeur régionale de tous les autres indicateurs médico-socio-économiques figurant au tableau de bord prévu au 4o de l'article 5.

Art. 21. - Chaque établissement établit un plan pluriannuel d'évolution du tableau des effectifs annexé à la convention tripartite mentionnée à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée qui précise les variations d'effectifs envisagées chaque année et dans chaque section tarifaire pendant la durée de ladite convention.

Afin de mettre en oeuvre la convergence tarifaire permettant d'allouer des ressources équivalentes à des établissements accueillant un public similaire, le tableau annuel des effectifs mentionné à l'article 15 du décret du 26 avril 1999 susvisé, prend en compte les évolutions prévisionnelles et pluriannuelles permettant de satisfaire au terme de la cinquième année d'exécution de la convention tripartite les objectifs en matière d'effectif préalablement fixés.

#### Section 4 Tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance

Art. 22. - Le tarif journalier afférent à l'hébergement est calculé en divisant par le nombre de journées prévisionnelles des personnes hébergées dans l'établissement le montant des charges d'exploitation autorisées à la section d'imputation tarifaire relative à l'hébergement prévue à l'article 5 et au I de l'annexe I du présent décret, diminuées des produits d'exploitation imputables à cette même section d'imputation, et après, le cas échéant, incorporation des résultats relevant de ladite section d'imputation conformément à l'article 39 du décret du 26 avril 1999 susvisé.

Art. 23. - Sont arrêtés par le président du conseil général et facturés mensuellement selon le terme à échoir :

- 1o Le tarif journalier afférent à l'hébergement ;
- 2o Les tarifs journaliers afférents à la dépendance.

Le président du conseil général peut aussi prévoir par convention avec l'établissement le versement d'un acompte mensuel d'une dotation globale de financement relative à l'hébergement et à la dépendance correspondant aux tarifs journaliers hébergement et dépendance des personnes hébergées ayants droit soit de l'aide sociale départementale, soit de la prestation spécifique dépendance.

Art. 24. - Les tarifs journaliers afférents à la dépendance sont arrêtés en appliquant les formules de calcul précisées à l'annexe II du présent décret.

#### Section 5 Tarifs journaliers afférents aux soins et dotation globale de financement relative aux soins

Art. 25. - Les tarifs journaliers afférents aux soins et le montant de la dotation globale de financement relative aux soins sont arrêtés par l'autorité compétente pour l'assurance maladie.

Art. 26. - Les tarifs journaliers afférents aux soins sont arrêtés en appliquant les formules de calcul précisées à l'annexe II du présent décret.

### TITRE III DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES

Art. 27. - Il est inséré au chapitre 4 du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale une section 3 bis intitulée : « Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes » et comprenant les articles R. 174-9 à R. 174-16, ainsi rédigés :

« Art. « R. 174-9. - L'autorité compétente pour l'assurance maladie fixe, conformément aux articles 1er, 7 et 25 du décret N° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes :

« 1o Les tarifs journaliers afférents aux soins applicables aux personnes hébergées qui ne sont pas prises en charge par un régime d'assurance maladie ;

« 2o Une dotation globale de financement relative aux soins qui correspond à la part des dépenses obligatoirement prise en charge par les régimes d'assurance maladie.

« La dotation globale de financement mentionnée au 2o est calculée en retranchant des dépenses nettes relatives aux soins calculées dans les conditions prévues aux articles 5 et 6 du décret susmentionné, les produits des tarifs journaliers afférents aux soins multipliés par le nombre prévisionnel des journées non prises en charge par un régime d'assurance maladie.

« La dotation globale de financement est versée par douzième par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie dont les bénéficiaires sont hébergés dans l'établissement.

« Toutefois, lorsque les tableaux établis conformément à l'article D. 174-3 font apparaître que le nombre de bénéficiaires d'un régime d'assurance maladie autre que le régime général est le plus élevé, l'organisme d'assurance maladie territorialement compétent de ce régime peut demander à effectuer le versement mentionné à l'alinéa précédent.

« Dans le cas où une caisse n'appartenant pas au régime général assure les versements, cette caisse communique à la caisse primaire d'assurance maladie géographiquement compétente les informations nécessaires au suivi des dépenses et à la répartition de celles-ci.

« Art. R. 174-10. - La dotation globale est répartie entre les différents régimes d'assurance maladie pour la part qui leur incombe, dans les conditions fixées par les articles D. 174-3 à D. 174-8.

« Art. R. 174-11. - Dans le cas où les tarifs journaliers afférents aux soins et le montant de la dotation globale de financement relative aux soins n'ont pas été arrêtés avant le 1er janvier de l'exercice en cause, et jusqu'à l'intervention de la décision les fixant :

« 1o La caisse chargée du versement de la dotation globale de financement règle des acomptes mensuels égaux aux douzièmes de la dotation de l'exercice antérieur ;

« 2o Les recettes relatives à la facturation des tarifs journaliers afférents aux soins sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent.

« Pour la première année d'application du décret N° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, les acomptes sont versés sur la base d'un douzième de l'ensemble des dépenses autorisées au dernier budget rendu exécutoire financées par les tarifs journaliers afférents aux soins.

« Art. R. 174-12. - Les règlements effectués par les organismes d'assurance maladie en vertu du mode de tarification en vigueur antérieurement à la signature de la convention tripartite prévue à l'article 5-1 de la loi N° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales viennent en déduction des versements mensuels prévus à l'article R. 174-9, le solde de dotation étant versé l'année suivante.

« Le règlement du solde de la dotation de l'exercice précédent vient en déduction des versements prévus à l'article R. 174-9.

« Art. R. 174-13. - Pour les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes rattachés à un établissement de santé sous dotation globale, les dates de règlement de la dotation globale de financement relative aux soins correspondent à celles de la dotation globale de soins de l'établissement de santé.

« Art. R. 174-14. - Pour les établissements autonomes hébergeant des personnes âgées dépendantes, le règlement de chaque allocation mensuelle est effectué le vingtième jour du mois, ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour précédant cette date.

« Art. R. 174-15. - Lors de l'admission en établissement, la personne âgée doit présenter la carte d'assuré social justifiant de cette qualité ou de celle d'ayant droit. A défaut, une demande de prise en charge doit être adressée à l'organisme compétent par l'établissement.

« Art. R. 174-16. - Pour les dépenses de soins comprises dans les tarifs journaliers afférents aux soins, la participation des assurés sociaux est supprimée. »

Art. 28. - Il est ajouté à l'article R.714-26 du code de la santé publique un 3o ainsi rédigé :

« 3o La dotation globale relative aux soins prévue à l'article R. 174-9 du code de la sécurité sociale. »

Art. 29. - Dans le cas où les tarifs journaliers afférents aux soins ne sont pas susceptibles d'être pris en charge soit au titre de l'aide médicale, soit par un organisme d'assurance maladie, ou par tout autre organisme public, les intéressés ou, à défaut, un tiers, souscrivent un engagement d'acquiescer les frais de toute nature afférents au régime choisi. Ils sont tenus,

sauf dans les cas d'urgence, de verser au moment de leur entrée dans l'établissement une provision renouvelable calculée sur la base de la durée estimée du séjour. En cas de sortie avant l'expiration du délai prévu, la fraction dépassant le nombre de jours de présence est restituée.

Art. 30. - Par dérogation aux dispositions de l'article 6, lorsque les établissements font l'objet d'un montant total de financement alloué par l'assurance maladie supérieur à celui qui résulterait de l'application de la clé de répartition des charges entre la section tarifaire afférente aux soins et celle afférente à la dépendance telle qu'elle résulte du tableau défini au 1o et 2o de l'article 5, ces établissements continuent à bénéficier de la prise en charge par l'assurance maladie acquise lors de l'exercice antérieur à celui relevant de l'application de la convention tripartite mentionnée à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée, sous réserve du respect de l'une des deux conditions suivantes :

1. Avoir un groupe « iso-ressource » moyen pondéré défini à l'article 13 du présent décret supérieur à 700 ;
2. Avoir un ratio de postes d'aide-soignant et d'aide médico-psychologique par lit inférieur au ratio moyen constaté au niveau régional.

Art. 31. - Pour les établissements régis par la loi du 6 juillet 1990 susvisée :

- 1o Les dispositions du 1o de l'article 1er, de l'article 22 et du 1o de l'article 23 ne sont pas applicables ;
- 2o Les modalités de tarification afférentes à la dépendance définies au titre II ne sont applicables qu'aux contrats mentionnés à l'article 1er de ladite loi de 1990, conclus postérieurement à la date de publication du présent décret.

Art. 32. - Les conventions prévues à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée entrent en vigueur à compter de l'exercice budgétaire qui suit la date de leur conclusion, sauf accord entre les parties signataires pour anticiper la date d'application précitée.

Art. 33. - Dans le respect du délai mentionné au second alinéa de l'article 5-1 de la loi précitée, les dispositions du présent décret entrent en vigueur dès sa publication pour les établissements mentionnés à l'article 1er disposant d'une capacité supérieure à 85 places, deux ans après sa publication pour les établissements disposant d'une capacité totale inférieure ou égale à 85 places. Les parties signataires des conventions mentionnées au précédent alinéa peuvent toutefois convenir d'une mise en oeuvre anticipée des dispositions dont il s'agit.

Art. 34. - La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'intérieur, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale et le secrétaire d'Etat au budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 26 avril 1999.

Lionel Jospin  
Par le Premier ministre :  
Le ministre de l'économie  
des finances et de l'industrie  
Dominique Strauss-Kahn  
Le secrétaire d'Etat au budget

La ministre de l'emploi et de la solidarité  
Martine Aubry  
Le ministre de l'agriculture  
et de la pêche  
Jean Glavany  
Christian Sautter

Le ministre de l'intérieur  
Jean-Pierre Chevènement  
Le secrétaire d'Etat à la santé  
et à l'action sociale  
Bernard Kouchner

**Décret no 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes**

**NOR : MESA9921083D**

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité, du ministre de l'intérieur, du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et du ministre de l'agriculture et de la pêche,

Vu le code de la famille et de l'action sociale, notamment son article 165 ;

Vu le code rural ;

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment ses articles L. 1612 et suivants ;

Vu la loi N° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ;

Vu la loi N° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi N° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat, notamment son article 45 ;

Vu la loi N° 90-600 du 6 juillet 1990 relative aux conditions de fixation des prix des prestations fournies par certains établissements assurant l'hébergement des personnes âgées, notamment ses articles 1er et 3 ;

Vu la loi N° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, notamment ses titres IV, V et VI ;

Vu le décret N° 58-1202 du 11 décembre 1958 modifié relatif aux hôpitaux et hospices publics ;

Vu le décret N° 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié portant réglementation générale sur la comptabilité publique ;

Vu le décret N° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 18 décembre 1998 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 3 mars 1999 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1er. - Relèvent, en tout ou partie, des dispositions du présent décret, dans les conditions prévues ci-après, les établissements mentionnés à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée et les établissements de santé visés au 2o de l'article L. 712-2 du code de la santé publique.

**TITRE Ier BUDGET ET COMPTABILITE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS AUTONOMES HABILITES AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE MENTIONNES A L'ARTICLE 18 DE LA LOI DU 30 JUIN 1975 SUSVISEE ET ACCUEILLANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

Art. 2. - Le régime budgétaire, financier et comptable défini par les dispositions du décret du 29 décembre 1962 susvisé s'applique aux établissements publics autonomes mentionnés à l'article 18 de la loi du 30 juin 1975 susvisée gérant un établissement mentionné à l'article 1er, sous réserve, en ce qui concerne le budget, des dispositions du code général des collectivités territoriales.

Section 1 Dispositions générales

Art. 3. - L'exercice budgétaire et comptable couvre la période du 1er janvier au 31 décembre d'une même année, sauf dans le cas d'une première mise en exploitation d'un nouvel établissement ou d'une cessation définitive d'activité.

Art. 4. - La nomenclature budgétaire et comptable est établie par référence au plan comptable général.

Elle comporte quatre niveaux :

1o Les classes de comptes ;

2o Les comptes principaux ;

3o Les comptes divisionnaires ;

4o Les comptes élémentaires.

La liste des comptes obligatoirement ouverts dans le budget et la comptabilité des établissements est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés du budget, des affaires sociales et de l'intérieur.

Art. 5. - La comptabilité des établissements publics hébergeant des personnes âgées dépendantes a pour objet la description et le contrôle des opérations ainsi que l'information des autorités chargées de la gestion ou du contrôle de ces établissements.

Elle est organisée en vue de permettre :

a) La connaissance et le contrôle des opérations budgétaires et des opérations de trésorerie ;

- b) L'appréciation de la situation du patrimoine ;
- c) La connaissance des opérations faites avec les tiers ;
- d) La détermination des résultats ;
- e) Le calcul des coûts des services rendus, notamment en fonction du niveau de dépendance et du mode de prise en charge des personnes âgées accueillies ;
- f) L'intégration des opérations dans la comptabilité économique nationale et dans les comptes et statistiques élaborés pour les besoins de l'Etat.

## Section 2 Présentation et vote du budget

Art. 6. - Le budget de l'établissement public hébergeant des personnes âgées dépendantes est l'acte par lequel sont prévues ses recettes et ses dépenses annuelles. Il détermine les dotations nécessaires à l'établissement pour remplir les missions qui lui sont imparties, conformément aux engagements pris dans la convention prévue à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée. Ce budget tient compte des éléments consignés dans un rapport d'orientations budgétaires, retraçant les objectifs et les prévisions d'activités de l'établissement dans le cadre de son projet d'établissement, au cours de la période conventionnelle, ainsi que l'adéquation pour l'année à venir des moyens à ces objectifs et prévisions.

Le modèle des documents de présentation des budgets est fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales, du budget et de l'intérieur.

Les prévisions de dépenses et de recettes sont votées par le conseil d'administration sur proposition du directeur, présentées selon les modalités définies aux articles 9 et 10 et dans le respect des conditions d'équilibre réel définies à l'article 8.

Les décisions modificatives sont votées dans les mêmes conditions.

Art. 7. - En cas de nécessité, le directeur de l'établissement peut, en cours d'exercice, procéder de compte à compte à des virements de crédits portés au budget, à condition :

- a) Qu'aucun virement ne soit opéré au détriment des comptes de charges de personnel ou des crédits destinés à couvrir des charges certaines ne pouvant être différées, notamment les charges sociales ou fiscales ;
- b) Que ces virements n'entraînent pas de charges pour les exercices suivants.

Les virements opérés sont portés à la connaissance du préfet ou du président du conseil général, du comptable et du conseil d'administration lors de sa plus proche séance.

Art. 8. - Sans préjudice des dispositions de l'article L. 1612-4 du code général des collectivités territoriales pour être voté en équilibre réel, le budget général d'un établissement public autonome à caractère social doit remplir les trois conditions suivantes :

1o La section d'investissement et chacune des sections d'exploitation, présentées selon les modalités prévues aux articles 10 à 12, doivent être votées en équilibre, sous réserve des opérations relatives à la régularisation des procédures de mise en recouvrement des produits de l'activité de l'établissement accueillant des personnes âgées dépendantes qui font l'objet d'une présentation spécifique dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés des affaires sociales, du budget et de l'intérieur ;

2o Les recettes et dépenses doivent être évaluées de façon sincère ;

3o Le remboursement de la dette en capital ne doit pas être couvert par le produit des emprunts, ni par des recettes affectées, sauf dans le cas de renégociation.

Art. 9. - Le budget général d'un établissement est présenté en deux sections :

a) Dans la première section, sont prévues les opérations d'investissement se rapportant à l'ensemble des activités de l'établissement ;

b) Dans la seconde section, sont prévues les opérations d'exploitation, à l'exclusion de celles qui sont retracées dans un budget annexe.

L'activité d'un établissement public autonome à caractère social relative à l'hébergement des personnes âgées dépendantes est retracée soit dans le cadre du budget principal, soit dans le cadre d'un des budgets annexes.

Art. 10. - Les emplois de la section d'investissement sont classés par nature de charge.

Elles sont destinées à couvrir notamment :

- a) Les remboursements du capital des emprunts ;
- b) La production ou l'acquisition de biens mobiliers et immobiliers ;
- c) Les charges liées aux grosses réparations ;
- d) L'acquisition de titres et valeurs ;
- e) Les dépôts et cautionnements ;
- f) Les frais de premier établissement ;
- g) Les reprises sur provisions ;
- h) Les charges à répartir sur plusieurs exercices.

Les ressources de la section d'investissement comprennent notamment :

- a) Les subventions d'équipement ;
- b) Les produits des emprunts ;

- c) Les provisions réglementées relatives aux différences sur réalisation d'éléments d'actif ;
- d) Les dons et legs en capital ;
- e) Les amortissements des biens meubles et immeubles ;
- f) Les dépôts et cautionnements reçus ;
- g) Les provisions et les réserves ;
- h) L'excédent de la section d'exploitation dans les conditions prévues au b de l'article 39.

Art. 11. - La section d'exploitation du budget général couvre notamment :

1o En charges :

- a) Les charges d'exploitation relatives au personnel ;
- b) Les autres charges d'exploitation à caractère médical ;
- c) Les autres charges d'exploitation à caractère hôtelier et général ;
- d) Les charges financières et exceptionnelles ;
- e) Les dotations aux comptes d'amortissements et de provisions ;

2o En produits :

- a) Les dotations globales de financement ;
- b) Les produits de la tarification ;
- c) Les autres produits des services rendus et des biens vendus autres que les valeurs immobilisées, calculés selon la réglementation en vigueur ou en vertu de conventions passées par l'établissement ;
- d) Les subventions, dons et legs affectés à l'exploitation ;
- e) Les produits financiers et les produits exceptionnels ;
- f) Les reprises sur provisions ;
- g) La valeur des dettes atteintes de péremption ou de déchéance ;
- h) Eventuellement, la valeur des travaux ou des productions de stocks réalisés par l'établissement pour lui-même ;
- i) Les transferts de charges.

Art. 12. - Pour la section d'exploitation du budget général et des budgets annexes, les propositions de dépenses et les prévisions de recettes présentées au vote du conseil d'administration font apparaître distinctement :

- 1o Le montant des dépenses et des recettes nécessaires pour la poursuite de l'exécution des missions dans les conditions arrêtées l'année précédente ;
- 2o Les mesures nouvelles portant majoration ou minoration des dotations de dépenses et des prévisions de recettes.

Art. 13. - Lorsqu'un même établissement gère plusieurs activités qui font l'objet de tarifications ou de financements distincts, l'exploitation de chacune d'entre elles est retracée distinctement, pour chaque activité, dans le budget de l'établissement qui comprend dans ce cas :

- a) D'une part, au sein d'un budget principal, les prévisions de dépenses et de recettes correspondant à l'activité principale de l'établissement ;
- b) D'autre part, au sein d'un ou de plusieurs budgets annexes, les prévisions de dépenses et de recettes correspondant aux autres activités qui justifient que soient connues leurs conditions particulières d'exploitation.

La ventilation des charges communes entre les budgets est opérée au moyen d'un tableau de répartition indiquant les critères utilisés à cet effet et joint aux propositions budgétaires de l'établissement.

Les résultats des budgets, principal et annexes, sont affectés à ces mêmes budgets selon la règle applicable à chacun d'entre eux.

Art. 14. - Les propositions budgétaires relatives aux demandes de financements relevant des autorités de tarification doivent être votées par le conseil d'administration de l'établissement au plus tard le 15 octobre de l'année qui précède celle pour lesquelles elles sont proposées.

Sont annexés au projet de budget soumis au conseil d'administration les documents suivants :

- 1o Le rapport du directeur de l'établissement justifiant les propositions de dépenses et les prévisions de recettes ;
- 2o Le tableau des effectifs de personnel imputés à chacune des sections tarifaires du budget prévues à l'article 5 du décret du 26 avril 1999 susvisé et défini à l'article 15 ;
- 3o Le tableau des amortissements imputés à chacune des sections tarifaires du budget ;
- 4o Le tableau des frais financiers imputés au budget ; Les projets d'investissements et d'emprunts nouveaux font l'objet d'une présentation distincte ;
- 5o Les informations relatives au classement des personnes hébergées par niveau de dépendance prévues au premier alinéa de l'article 12 du décret du 26 avril 1999 susvisé ;
- 6o Un état de répartition des charges et des produits par sections d'imputation tarifaires conformément au document prévu à l'article 6 du décret du 26 avril 1999 susvisé, accompagné des propositions de tarifs de prestations et de dotation globale de financement.

Art. 15. - Le tableau des effectifs de personnel annexé au budget fait apparaître, pour l'année considérée, le nombre des emplois par grade ou qualification. Les suppressions, transformations, créations d'emplois font l'objet d'une présentation distincte.

Ledit tableau présente un caractère limitatif pour la prise en charge par l'assurance maladie ou le conseil général des dépenses correspondantes. Ses variations sont soumises à l'accord prévu selon le cas à l'article 26-1 (4o) ou 26-2 de la loi du 30 juin 1975 susvisée.

Un plan pluriannuel d'évolution du tableau des effectifs est annexé à la convention tripartite mentionnée à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée.

Dans le cas où les emplois sont inscrits au tableau des charges communes à répartir mentionné à l'article 13, la part des dépenses de personnel afférentes à l'activité, principale ou annexe, ainsi que ses éventuelles variations doivent faire l'objet de justifications.

Art. 16. - L'inventaire des équipements et des matériels imputés à chaque section tarifaire ainsi que l'état des propriétés foncières et immobilières, établi par le responsable de l'établissement, sont tenus à la disposition des autorités de contrôle.

Art. 17. - L'autorité compétente pour l'assurance maladie fixe les tarifs journaliers afférents aux soins et la dotation globale dans les conditions prévues aux articles 18 à 21, 23 et 27 du présent décret. Elle tient compte pour ce faire de l'activité de l'établissement et des objectifs de la convention tripartite mentionnée à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée.

Le président du conseil général du département d'implantation de l'établissement fixe les tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance dans les conditions prévues aux articles 18 à 20, 22, 24 et 26 du présent décret. Il tient compte de l'activité de l'établissement et des objectifs de la convention tripartite mentionnée à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée.

### Section 3 Exécution et contrôle de l'exécution du budget

Art. 18. - Les propositions budgétaires de l'établissement et les documents mentionnés à l'article 14, ainsi que ses propositions concernant le montant des tarifs, sont transmis à la caisse régionale d'assurance maladie qui les tient à la disposition des autres organismes responsables de la gestion des régimes d'assurance maladie, à l'organisme d'assurance maladie appelé à verser la dotation globale, au président du conseil général et à l'autorité compétente pour l'assurance maladie dans les huit jours qui suivent leur adoption par le conseil d'administration.

La caisse régionale d'assurance maladie recueille les avis des organismes responsables de la gestion des régimes d'assurance maladie concernés. Elle adresse l'ensemble des avis relatifs aux tarifs afférents aux soins à l'autorité compétente pour l'assurance maladie et à l'établissement dans un délai d'un mois à compter de la réception des propositions et documents mentionnés ci-dessus.

Le président du conseil général adresse son avis relatif aux tarifs afférents aux soins à l'autorité compétente pour l'assurance maladie, à la caisse régionale d'assurance maladie et à l'organisme d'assurance maladie appelé à verser la dotation globale dans un délai d'un mois à compter de la réception des mêmes propositions et documents.

L'autorité compétente pour l'assurance maladie adresse son avis relatif aux tarifs journaliers dépendance au président du conseil général dans un délai d'un mois à compter de la réception des mêmes propositions et documents.

Les demandes de modification en cours d'année du budget et, le cas échéant, des tarifs afférents aux soins, lorsqu'elles entraînent une révision de la dotation globale ou des tarifs journaliers, sont transmises à la caisse régionale d'assurance maladie et à l'organisme d'assurance maladie appelé à verser la dotation globale, dans les mêmes conditions que précédemment.

La procédure prévue aux articles 21 et 22 est engagée après réception de l'avis de la caisse régionale d'assurance maladie.

Art. 19. - Les documents mentionnés à l'article 14 sont tenus par l'établissement à la disposition des directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales.

Art. 20. - Si les comptes de réserves de trésorerie couvrent le besoin en fonds de roulement de l'établissement constaté au cours des trois dernières années, les autorités de tarification peuvent procéder à la reprise sur lesdites réserves de trésorerie d'une somme inférieure ou égale à l'excédent de financement dudit besoin en fonds de roulement de l'établissement, et ce au profit des comptes d'affectation des excédents précisés au b et au c de l'article 39 du présent décret.

Le besoin en fonds de roulement mentionné au précédent alinéa est constitué dès lors qu'il y a un solde positif constaté par différence entre, d'une part, les comptes de stocks et les comptes de créances sur usagers et organismes payeurs et, d'autre part, les comptes de dettes à l'égard des fournisseurs d'exploitation et les comptes de dettes sociales et fiscales figurant au bilan de l'établissement.

Art. 21. - En cas de désaccord avec les propositions de l'établissement, l'autorité compétente pour l'assurance maladie fait connaître, dans un délai de soixante jours à compter de la réception des propositions budgétaires votées par le conseil d'administration, au représentant qualifié de l'établissement, les décisions qu'elle envisage de prendre concernant les tarifs journaliers soins.

Dans les huit jours suivant cette notification, le représentant qualifié de l'établissement a la faculté d'adresser à l'autorité compétente pour l'assurance maladie un rapport exposant les raisons qui justifieraient, selon lui, l'adoption totale ou partielle de ses propositions initiales. Passé ce délai, et après publication de la loi de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente pour l'assurance maladie fixe le montant global des dépenses et des recettes et arrête le montant des tarifs journaliers afférents aux soins ainsi que la dotation globale de financement afférente aux soins qui est versée chaque mois à l'établissement.

Art. 22. - En cas de désaccord avec les propositions de l'établissement, le président du conseil général fait connaître, dans un délai de soixante jours à compter de la réception des propositions budgétaires votées par le conseil d'administration, au représentant qualifié de l'établissement les décisions qu'il envisage de prendre concernant les tarifs journaliers hébergement et dépendance.

Dans les huit jours suivant cette notification, le représentant qualifié de l'établissement a la faculté d'adresser au président du conseil général un rapport exposant les raisons qui justifieraient, selon lui, l'adoption totale ou partielle de ses propositions initiales. Passé ce délai, le président du conseil général fixe le montant global des dépenses et des recettes, le cas échéant par sections tarifaires, et arrête, selon le cas, le montant des tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance.

Art. 23. - Dans le cas où les propositions budgétaires d'un établissement mentionné à l'article 1er n'ont pas été transmises dans le délai prévu à l'article 18, l'autorité compétente pour l'assurance maladie arrête le montant des tarifs journaliers afférents aux soins et de la dotation globale de financement afférente aux soins, sur proposition du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, et après avis de la caisse régionale d'assurance maladie. Elle notifie à l'établissement sa décision. Le premier versement de la dotation globale ne peut être effectué qu'après fixation dudit tarif.

Les tarifs en vigueur peuvent être reconduits pour l'année à venir, sous réserve de modifications apportées par l'autorité compétente pour l'assurance maladie, sur proposition du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, après avis de la caisse régionale d'assurance maladie.

Art. 24. - Dans le cas où les propositions budgétaires d'un établissement mentionné à l'article 1er n'ont pas été transmises dans le délai prévu à l'article 18, le président du conseil général arrête le montant des tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance et notifie à l'établissement sa décision. Le premier versement ne peut être effectué qu'après fixation desdits tarifs.

Le président du conseil général peut reconduire les tarifs en vigueur pour l'année à venir, sous réserve de modifications qu'il apporte.

Art. 25. - Sans préjudice des dispositions de l'article L. 1612-1 du code général des collectivités territoriales, dans le cas où le budget ne peut être rendu exécutoire au 1er janvier de l'année de l'exécution, l'ordonnateur est autorisé, jusqu'à ce qu'il devienne exécutoire, à engager, liquider et ordonnancer les dépenses dans les conditions suivantes :

1o Pour ce qui concerne la section d'investissement :

a) Les dépenses afférentes au remboursement en capital des annuités de la dette venant à échéance ;  
 b) Sur autorisation du conseil d'administration, les dépenses d'investissement, dans la limite du quart des crédits ouverts, au titre de cette section, dans le cadre du dernier budget rendu exécutoire, non compris les crédits afférents aux dépenses mentionnées au a ci-dessus ;

2o Pour ce qui concerne la section d'exploitation, les dépenses dans la limite des autorisations de dépenses de ladite section du dernier budget rendu exécutoire.

Art. 26. - Dans le cas où les tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance n'ont pas été arrêtés avant le 1er janvier de l'exercice en cause, et jusqu'à l'intervention de la décision fixant le montant de ces tarifs, les recettes relatives à la facturation des tarifs de prestations sont liquidées et perçues dans les conditions en vigueur au cours de l'exercice précédent.

Art. 27. - L'arrêté fixant les tarifs journaliers afférents aux soins et le montant de la dotation globale de financement afférente aux soins est notifié par l'autorité compétente pour l'assurance maladie à l'établissement ainsi qu'à la caisse régionale d'assurance maladie et à la caisse chargée du versement de la dotation globale de financement.

L'arrêté fixant les tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance est notifié par le président du conseil général à l'établissement.

Ces arrêtés sont respectivement insérés au recueil des actes administratifs de la préfecture et du conseil général du département où l'établissement a son siège.

Art. 28. - Lorsque les tarifs ont été fixés, le projet de budget est adopté par le conseil d'administration et est transmis aux autorités de tarification concernées. Il devient exécutoire dans les conditions prévues par les règles propres à chaque catégorie d'établissement.

Art. 29. - Des décisions modificatives au budget de l'établissement susceptibles d'entraîner une révision des tarifs de prestations et du montant de la dotation globale peuvent intervenir dans les cas suivants :

1o A l'occasion d'une modification importante et imprévisible des conditions économiques de nature à provoquer un accroissement substantiel des charges ;

2o A l'occasion d'une modification importante de l'activité, appréciée et évaluée selon des critères qui tiennent notamment compte de l'évolution de la répartition de la population accueillie, par niveaux de dépendance ;

3o A l'occasion de la modification de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie ;

4o A l'occasion de la modification des choix budgétaires de la collectivité concernée.

En cas de demande de révision émanant de l'établissement, les autorités de tarification font connaître leur accord ou leur

opposition dans un délai de deux mois suivant le dépôt de cette demande.

Les modifications des projets d'investissement et les variations du tableau des effectifs de personnel en cours d'exercice sont également soumises à un accord dans les mêmes conditions.

Aucune révision des tarifs ne peut être entreprise si la modification du budget d'exploitation n'a pas préalablement fait l'objet d'un accord.

La décision modificative devient exécutoire à compter de sa transmission au représentant de l'Etat.

Aucune décision modificative ayant pour conséquence de modifier le montant de la dotation globale de financement et les produits de la tarification ne peut être proposée après le 15 novembre.

Art. 30. - Par dérogation aux dispositions de l'article 3, et sans préjudice des dispositions de l'article 31, au début de chaque année, l'ordonnateur dispose d'un délai d'un mois pour procéder, d'une part, pour ce qui concerne la section d'exploitation, à l'émission des titres de recettes et des mandats correspondant aux droits acquis et aux services faits au cours de l'année précédente et, d'autre part, aux opérations d'ordre budgétaire et non budgétaire dont il a l'initiative.

Le comptable procède dans le même délai à la comptabilisation de ces opérations.

Art. 31. - Les dépenses de la section d'investissement régulièrement engagées mais non mandatées à la clôture de l'exercice sont notifiées par l'ordonnateur au comptable avec les justifications nécessaires et font l'objet de la procédure de report visée au dernier alinéa du présent article .

Les dépenses de la section d'exploitation régulièrement engagées mais non mandatées à la clôture de l'exercice sont notifiées par l'ordonnateur au comptable avec les justifications nécessaires et rattachées au résultat dudit exercice selon la procédure de rattachement visée au dernier alinéa du présent article .

Les crédits budgétaires de la section d'investissement non engagés peuvent être reportés selon les modalités visées au dernier alinéa du présent article .

Les crédits budgétaires de la section d'exploitation non engagés ne peuvent être reportés au budget de l'exercice suivant.

Les modalités de report ou de rattachement susmentionnées sont précisées par arrêté conjoint des ministres chargés des affaires sociales, des collectivités territoriales et du budget.

Art. 32. - La fixation des tarifs journaliers afférents aux soins par l'autorité compétente pour l'assurance maladie vaut autorisation de financement par l'assurance maladie des charges nettes annuelles d'exploitation auxquelles correspond le produit des tarifs journaliers afférents aux soins.

En application des dispositions de l'article 26-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée, les opérations prévues par les 1o à 6o dudit article ne peuvent être prises en compte dans le calcul des tarifs journaliers soins si elles n'ont pas été soumises à l'approbation du préfet ou si elles ont été rejetées par lui. Les opérations non soumises à l'approbation du préfet ou rejetées par lui lors de la fixation desdits tarifs ne sont pas opposables à l'assurance maladie. Les mêmes règles sont applicables à toute autre opération d'investissement ayant une incidence financière sur le budget d'exploitation. Les programmes d'investissement ayant une incidence financière sur plusieurs années sont soumis à une approbation distincte.

Les opérations mentionnées ci-dessus sont réputées approuvées si le préfet n'a pas fait connaître son opposition dans un délai de deux mois.

Art. 33. - La fixation, par le président du conseil général, des tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance, vaut autorisation de financement par le conseil général des charges nettes annuelles d'exploitation auxquelles correspond le produit des tarifs journaliers afférents à l'hébergement et à la dépendance.

En application des dispositions des article 26-1 et 26-2 de la loi du 30 juin 1975 susvisée, les opérations prévues par les 1o à 6o dudit article ne peuvent être prises en compte dans le calcul des tarifs journaliers hébergement et dépendance si elles n'ont pas été soumises à l'accord du président du conseil général ou si elles ont été rejetées par lui. Les opérations non soumises à l'accord du président du conseil général ou rejetées par lui lors de la fixation desdits tarifs ne sont pas opposables au département. Les mêmes règles sont applicables à toute autre opération d'investissement ayant une incidence financière sur le budget d'exploitation. Les programmes d'investissement ayant une incidence financière sur plusieurs années sont soumis à un accord distinct.

Si le président du conseil général n'a pas fait connaître son opposition dans un délai de deux mois, les incidences financières des opérations mentionnées aux deux précédents alinéas sont prises en compte dans le calcul des tarifs qu'il arrête.

#### Section 4 Du directeur, ordonnateur du budget, et du comptable

Art. 34. - Le directeur est l'ordonnateur du budget de l'établissement public accueillant des personnes âgées dépendantes. Il tient une comptabilité de dépenses engagées pour chacun des comptes prévus à l'article 4.

Au dernier jour de chaque trimestre civil, l'ordonnateur établit un tableau des effectifs rémunérés.

Art. 35. - Dans le respect des dispositions du code des marchés publics et sans préjudice des délégations de signature consenties par application de l'article L. 714-12 du code de la santé publique, le directeur est seul compétent pour passer les marchés de travaux, fournitures ou services pour le compte de l'établissement.

Art. 36. - I. - Les postes comptables des établissements publics sociaux et médico-sociaux relèvent des services déconcentrés du Trésor.

Les dépenses afférentes au fonctionnement des postes comptables ayant en charge des établissements publics sociaux et médico-sociaux sont à la charge du budget général de l'Etat.

II. - Les poursuites pour le recouvrement des produits sont exercées selon les règles suivies en matière de contributions directes.

III. - En attendant l'acceptation des dons et legs, le comptable de l'établissement fait tous les actes conservatoires qu'il estime nécessaire.

#### Section 5 Clôture de l'exercice et affectation des résultats

Art. 37. - Le directeur et le comptable sont chargés, chacun en ce qui le concerne, et selon les modalités définies ci-dessous, d'établir les documents relatifs à l'arrêté des comptes de l'établissement.

Un état portant résultat prévisionnel de l'établissement est arrêté et transmis aux autorités de tarification par le directeur au plus tard le 30 avril de l'année suivant l'exercice auquel il se rapporte. Il est accompagné du rapport du directeur retraçant et expliquant l'évolution de l'activité, des dépenses et des recettes.

Il est attesté par le comptable, et est accompagné d'une balance établie et visée par le comptable et d'un tableau des résultats de l'exécution du budget visé par l'ordonnateur et par le comptable, et de l'état des restes à réaliser au 31 décembre établi par l'ordonnateur et visé par le comptable.

Le comptable établit le compte de gestion ainsi qu'un rapport rendant compte, dans le cadre de ses compétences, de l'ensemble des éléments de sa gestion, et notamment de la situation patrimoniale de l'établissement.

Le compte administratif établi par l'ordonnateur fait notamment apparaître le résultat comptable de chaque section du budget général et de la section d'exploitation de chacun des budgets annexes, ainsi que le montant des résultats à affecter selon les dispositions prévues à l'article 39.

Conformément aux dispositions de l'article L. 1612-12 du code général des collectivités territoriales, ces documents sont transmis à l'ordonnateur, et le conseil d'administration arrête les comptes de l'établissement après avoir délibéré sur le compte administratif présenté par l'ordonnateur et le compte de gestion présenté par le comptable de l'établissement. Il délibère également sur une proposition d'affectation des résultats de chaque section du budget général et des budgets annexes.

Le compte administratif et ses documents annexes, ainsi que le bilan et le compte de résultat se rapportant à l'exercice clos sont transmis dans un délai de huit jours, après leur adoption par le conseil d'administration, aux autorités de tarification et à la caisse régionale d'assurance maladie, qui les tient à la disposition des autres organismes responsables de la gestion des régimes d'assurance maladie.

Art. 38. - Le résultat de la section d'investissement constaté à la clôture d'exercice se cumule avec le résultat de l'exercice précédent et est reporté sur l'exercice suivant.

Art. 39. - Un rapport du directeur ou de la personne ayant qualité à représenter l'établissement expose, de façon précise et chiffrée, les raisons qui expliquent les résultats, notamment celles tenant à l'évolution des prix, à la politique de recrutement et de rémunération des personnels, à la politique d'amortissement des investissements.

En cas de déficit, le rapport mentionné au précédent alinéa doit préciser les mesures qui ont été mises en oeuvre pour atteindre l'équilibre et les raisons pour lesquelles ce dernier n'a pas été réalisé.

L'affectation des résultats du budget principal ou annexe et de chaque section d'imputation tarifaire définie à l'article 5 du décret du 26 avril 1999 susvisé est arrêtée par les autorités de tarification, chacune pour ce qui la concerne, après appréciation des circonstances ayant engendré ces résultats.

L'excédent est affecté :

- a) Soit à la réduction des charges d'exploitation de l'exercice en cours ou de l'exercice suivant celui au cours duquel il a été constaté ;
- b) Soit au financement de mesures d'investissement ;
- c) Soit au financement de mesures d'exploitation n'accroissant pas les charges d'exploitation des exercices suivant celui auquel il a été affecté ;
- d) Soit à un compte de réserve de compensation ;
- e) Soit à un compte de réserve de trésorerie.

Le déficit est couvert en priorité par reprise sur le compte de réserve de compensation et, pour le surplus éventuel, est imputé aux charges d'exploitation de l'exercice en cours ou de l'exercice suivant celui au cours duquel il a été constaté. Toutefois, en cas de circonstances exceptionnelles et avec l'accord préalable de l'autorité de tarification concernée, la reprise du déficit peut être étalée sur trois exercices.

**TITRE II BUDGET ET COMPTABILITE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE ACCUEILLANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES DANS LE CADRE D'UN BUDGET ANNEXE PREVU AU b ET AU d DE L'ARTICLE R. 714-3-9 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE**

Art. 40. - Sont applicables aux établissements publics de santé accueillant des personnes âgées dépendantes dans le cadre d'un budget annexe prévu au b et au d de l'article R. 714-3-9 du code de la santé publique les dispositions des articles R. 714-3-1 à R. 714-3-53 de ce code, et le 5o de l'article 14, les articles 16 à 19, 21 et 22, 26 à 29, le premier alinéa des articles 32 et 33 et l'article 52 du présent décret.

Après fixation des tarifs, le directeur de l'établissement public de santé transmet aux autorités de tarification les budgets exécutoires relatifs aux budgets annexes précités.

Le directeur de l'établissement de santé informe le président du conseil général des affectations des résultats qui sont effectuées par sections d'imputation tarifaire dans le cadre d'un budget annexe prévu au b et au d de l'article R. 714-3-9 du code de la santé publique. Tous les documents budgétaires et comptables relatifs à l'un des budgets annexes précités sont transmis, à sa demande, au président du conseil général du département d'implantation de l'établissement.

### **TITRE III BUDGET ET COMPTABILITE DES ETABLISSEMENTS NON PERSONNALISES ACCUEILLANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES QUI RELEVENT DE PERSONNES MORALES DE DROIT PUBLIC AUTRES QUE CELLES MENTIONNEES AU TITRE II**

Art. 41. - Les collectivités territoriales et les établissements publics qui gèrent un ou plusieurs établissements non personnalisés hébergeant des personnes âgées dépendantes individualisent les dépenses et les recettes de chaque établissement dans un budget annexe comportant une section d'exploitation et appliquent les mêmes règles budgétaires et comptables que les établissements sociaux et médico-sociaux érigés en établissements publics autonomes.

Sont applicables à ces établissements non personnalisés relevant d'une collectivité territoriale ou de l'un de ses établissements publics accueillant des personnes âgées dépendantes les articles 3 à 19, 21 à 29, 32, 33, 39, 52 du présent décret.

Après fixation des tarifs, le directeur ou la personne habilitée à représenter l'établissement transmet aux autorités de tarification le budget exécutoire dudit établissement.

Art. 42. - A la clôture de l'exercice, il est établi un compte administratif propre à l'établissement qui est transmis aux autorités de tarification avant le 30 avril qui suit cette clôture. Il est accompagné d'un rapport relatif à l'activité et au fonctionnement de l'établissement précisant notamment les objectifs prévus par la convention tripartite qui ont été mis en oeuvre au cours de l'exercice concerné.

Aucune décision modificative au titre de l'exercice en cours ne peut être prise avant cette transmission, sauf accord exprès des autorités administratives.

Le modèle des documents de présentation des comptes administratifs est fixé par arrêté des ministres chargés du budget, des affaires sociales et de l'intérieur.

### **TITRE IV BUDGET ET COMPTABILITE DES ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT NON LUCRATIF HABILITES AU TITRE DE L'AIDE SOCIALE ACCUEILLANT DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

Art. 43. - Sans préjudice des règles d'organisation et de fonctionnement de droit privé qui leur sont spécifiques :

1o Sont applicables aux établissements privés gérés par des organismes à but non lucratif les dispositions des articles 3 à 7, 8, à l'exception du 3o, 9 à 29, 32, 33, 38, 39, 43 à 49, 52 du présent décret ;

2o Sont applicables aux établissements de santé privés participant au service public hospitalier, gérant des activités mentionnées aux 1o et 2o de l'article R. 715-1-1 du code de la santé publique habilités au titre de l'aide sociale, les dispositions des articles R. 715-7-1 et R. 715-7-4 du code de la santé publique, et le 5o de l'article 14, les articles 16 à 19, 21 à 22, 26 à 29, le premier alinéa des articles 32 et 33 et l'article 52 du présent décret ;

3o Sont applicables aux établissements de santé privés visés à l'article R. 715-13 du code de la santé publique, gérant des activités mentionnées aux 1o et 2o de l'article R. 715-1-1 du code de la santé publique habilités au titre de l'aide sociale, les dispositions de l'article R. 715-13-1 du code de la santé publique, et l'article 13, le 5o de l'article 14, les articles 16 à 19, 21 à 22, 26 à 29, le premier alinéa des articles 32 et 33 et l'article 52 du présent décret.

Après fixation des tarifs, le directeur ou la personne habilitée pour représenter l'établissement transmet aux autorités de tarification le budget exécutoire dudit établissement.

Art. 44. - Il doit être tenu, pour chaque établissement accueillant des personnes âgées dépendantes mentionné à l'article 43, une comptabilité distincte de celle des autres établissements appartenant, le cas échéant, au même organisme.

Cette comptabilité comprend toutes les opérations liées à l'exécution des recettes et des dépenses de l'établissement.

La comptabilité spéciale à un établissement doit, à leur demande, pouvoir être mise à la disposition des agents vérificateurs ou de contrôle. Si les résultats de cette comptabilité sont rattachés à la comptabilité d'un établissement principal, ce rattachement s'opère par l'intermédiaire de comptes de liaison.

Les comptes consolidés comprenant le bilan, le compte de résultat et l'annexe de l'organisme gestionnaire sont transmis, à leur demande, aux agents vérificateurs ou de contrôle des autorités de tarification.

Une copie du rapport du commissaire aux comptes qui a certifié les comptes de l'organisme gestionnaire est transmise par ce dernier aux autorités de tarification.

Art. 45. - Les établissements relevant de la présente section doivent tenir une comptabilité dont la liste des comptes est établie par référence au plan comptable des établissements publics de santé.

Les comptes non prévus au plan comptable hospitalier sont ouverts conformément au plan comptable général.

Art. 46. - Pour la fixation des tarifs journaliers et du montant de la dotation globale de financement définis aux articles 5 à 8 du décret du 26 avril 1999 susvisé, les autorités de tarification ne tiennent compte que des rémunérations des personnels telles qu'elles résultent des dispositions de la convention collective ou de l'accord d'établissement ayant reçu l'agrément prévu par l'article 16 de la loi du 30 juin 1975 susvisée.

Lorsque l'établissement n'applique pas de convention collective ou d'accord d'établissement agréés, les rémunérations de ces personnels ne sont prises en compte que dans la limite de celles applicables aux catégories similaires des personnels de la fonction publique hospitalière ou, à défaut, des organismes publics analogues possédant les mêmes qualifications et la même ancienneté.

Les loyers ne sont pris en compte que dans la limite de la valeur locative des immeubles pris à bail, évaluée par les services des domaines.

L'autorité administrative tient compte des prestations fournies par le siège social, lorsque celui-ci est distinct de l'établissement, sous réserve qu'elles correspondent à une prestation ou à un service pour lesquels le siège social se substitue totalement ou partiellement à l'établissement.

Lorsqu'il y a une cessation définitive d'activité, totale ou partielle, l'autorité administrative peut tenir compte du paiement des indemnités et charges annexes résultant du licenciement du personnel, sous réserve qu'il soit satisfait aux conditions mentionnées aux 1o à 3o du premier alinéa de l'article 47.

Art. 47. - Les frais financiers, les dotations aux comptes d'amortissements et aux comptes de provisions ainsi que, le cas échéant, les dotations au compte de réserve de trésorerie et les annuités des emprunts contractés en vue de la constitution d'un fonds de roulement ne peuvent être pris en compte parmi les éléments servant au calcul de la dotation globale et des tarifs de prestations que dans les cas suivants :

1o Si l'organisme gestionnaire est une fondation, une mutuelle ou une union de mutuelles, une association reconnue d'utilité publique, une congrégation ;

2o S'il s'agit d'une association déclarée, à la condition que ses statuts prévoient, en cas de cessation d'activité, l'attribution à un établissement public ou privé poursuivant un but similaire de l'ensemble du patrimoine affecté à l'établissement ;

l'autorité administrative a qualité pour approuver ou provoquer la désignation de l'attributaire ou pour procéder elle-même, le cas échéant, à cette désignation ;

3o Si, à défaut des dispositions statutaires ci-dessus, l'organisme gestionnaire s'engage, en cas de cessation d'activité, à verser à un organisme public ou privé poursuivant un but similaire, les réserves de trésorerie constituées par majoration des prix de revient des tarifs et par affectation des résultats, et les provisions non employées ainsi qu'une somme correspondant à la plus-value immobilière résultant de dépenses inscrites au budget ; le service des domaines procède à l'évaluation de cette plus-value ; le préfet intervient dans les mêmes conditions qu'au 2o ci-dessus.

En cas de transformation ou de modification importante dans le fonctionnement de l'établissement, le préfet apprécie s'il y a lieu d'imposer le versement ci-dessus et dans quelle mesure.

Art. 48. - A la clôture de l'exercice, il est établi un compte administratif et un bilan propre à l'établissement qui sont transmis aux autorités administratives de tarification avant le 30 avril qui suit cette clôture. Il est accompagné d'un rapport relatif à l'activité et au fonctionnement de l'établissement précisant notamment les objectifs prévus par la convention tripartite qui ont été mis en oeuvre au cours de l'exercice concerné.

Aucune décision modificative au titre de l'exercice en cours ne peut être prise avant cette transmission, sauf accord exprès des autorités administratives.

Le modèle des documents de présentation des comptes administratifs et des bilans d'établissement est fixé par arrêté des ministres chargés du budget, des affaires sociales et de l'intérieur.

Art. 49. - En cas d'absence de transmission dans le délai fixé à l'article 48 du compte administratif et du bilan de l'établissement, les autorités de tarification déterminent elles-mêmes les résultats qui sont alors affectés conformément à l'article 39.

## **TITRE V BUDGET ET COMPTABILITE DES ETABLISSEMENTS RELEVANT DE LA LOI No 90-600 DU 6 JUILLET 1990 SUSVISEE**

Art. 50. - Sans préjudice des règles d'organisation et de fonctionnement de droit public ou de droit privé qui leur sont spécifiques et à l'exception des dispositions des articles 17, 24 et 28 pour ce qui concerne les tarifs journaliers afférents à l'hébergement :

1o Sont applicables aux établissements privés à but lucratif habilités au titre de l'aide sociale les dispositions des articles 9 à 19, 21 à 24, 26 à 29, 32, 33, les deux premiers alinéas de l'article 46 et l'article 52 du présent décret ;

2o Sont applicables aux établissements privés à but lucratif non habilités au titre de l'aide sociale les dispositions des articles 14, à l'exception du 3o et du 4o, 17 à 19, 21 à 24, 26 à 29, 32, les deux premiers alinéas de l'article 46 et l'article 52 du présent décret ;

3o Sont applicables aux établissements publics et privés à but non lucratif non habilités au titre de l'aide sociale les

dispositions des articles 13, 14, à l'exception du 3o et du 4o, 17 à 24, 26 à 29, 32, les deux premiers alinéas de l'article 46 et les articles 53 à 55 du présent décret.

Art. 51. - Les établissements mentionnés à l'article précédent sont tenus de communiquer aux autorités de tarification et à la caisse régionale d'assurance maladie tous les documents nécessaires à ces dernières pour calculer les tarifs prévisionnels, les prix de revient réels de l'année précédente et leur permettre de contrôler l'effectivité et la qualité des services financés par l'assurance maladie et par le département.

A cet effet, ils fournissent à l'autorité compétente pour l'assurance maladie et au président du conseil général, avant le 30 avril, un compte d'emploi et un rapport relatif à l'utilisation des financements accordés lors de l'exercice précédent par le département au titre de la prestation spécifique dépendance et par l'assurance maladie au titre des soins. Dans le cas où les financements alloués par ces derniers n'auraient pas connu l'affectation prévue, ils doivent être reversés aux financeurs concernés.

## **TITRE VI DISPOSITIONS DIVERSES ET TRANSITOIRES**

Art. 52. - Sans préjudice de l'exercice des pouvoirs généraux de contrôle conférés au préfet et au président du conseil général, le préfet peut, à son initiative ou à la demande de la caisse régionale d'assurance maladie ou de la caisse chargée du versement de la dotation globale, soumettre tout établissement mentionné à l'article 1er connaissant des difficultés de fonctionnement ou de gestion, à l'examen d'une mission d'enquête.

Cette mission est composée du trésorier-payeur général du département, du directeur régional et du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, du directeur départemental de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, du directeur de la caisse régionale d'assurance maladie et du directeur de la caisse chargée du versement de la dotation globale ou de leurs représentants. La composition de la mission d'enquête peut être réduite, en fonction de son objet, à l'initiative de l'autorité administrative. Le président du conseil général peut être invité à y désigner, au sein de ses services, des représentants.

La mission d'enquête procède à l'audition de toute personne qu'elle juge utile d'entendre.

L'autorité administrative communique les conclusions de la mission d'enquête au président du conseil d'administration, au directeur et au comptable pour les établissements publics.

Art. 53. - Dans les départements d'outre-mer, les compétences attribuées par le présent décret à la caisse régionale d'assurance maladie sont exercées par la caisse générale de sécurité sociale ; les compétences attribuées aux directeurs régionaux et départementaux des affaires sanitaires et sociales le sont pour ce qui concerne les établissements implantés dans les départements de leur ressort par le directeur régional de la sécurité sociale des Antilles-Guyane, ou le directeur départemental de la sécurité sociale de la Réunion.

Art. 54. - I. - Les dispositions du présent décret entrent en vigueur lors de la signature de la convention prévue à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée.

II. - A cette même date, les dispositions des décrets du 11 décembre 1958, du 29 décembre 1959 et du 3 janvier 1961 susvisés cessent d'être applicables aux établissements publics et privés mentionnés à l'article 5-1 de la loi du 30 juin 1975 susvisée.

Art. 55. - I. - Le 2o de l'article 37-2 du décret du 11 décembre 1958 susvisé est ainsi rédigé :

« 2o Le cas échéant, au titre des soins donnés aux personnes admises dans la section de cure médicale, les sommes figurant audit budget et afférentes :

« a) A la rémunération du médecin coordonnateur et, le cas échéant, des médecins salariés ;

« b) A la rémunération des infirmiers salariés, autres auxiliaires médicaux salariés ainsi que des aides-soignantes et des aides médico-psychologiques affectés à cette section ;

« c) A la rémunération des infirmiers d'exercice libéral ;

« d) Aux médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou sur la liste des spécialités agréées aux collectivités prévue à l'article L. 618 du code de la santé publique, à l'exclusion des médicaments réservés à l'usage hospitalier en application de l'article R. 5143-5-2 du code de la santé publique ;

« e) A la fourniture de matériel médical dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé des affaires sociales ;

« f) L'amortissement du matériel médical prévu au C du 1o du III de l'annexe I au décret N° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. »

II. - Après le premier alinéa du même article est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sont exclus du forfait de soins global :

« a) Les fournitures à caractère hôtelier ;

« b) Les dépenses prises en charge par l'assurance maladie mentionnées à l'article 10 du décret du 26 avril 1999 précité. »

Art. 56. - La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'intérieur, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale et le secrétaire d'Etat au budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 26 avril 1999.

Lionel Jospin  
Par le Premier ministre :

Le ministre de l'économie  
des finances et de l'industrie  
Dominique Strauss-Kahn

Le secrétaire d'Etat au budget  
Christian Sautter

La ministre de l'emploi et de la solidarité  
Martine Aubry

Le ministre de l'agriculture  
et de la pêche  
Jean Glavany

Le ministre de l'intérieur  
Jean-Pierre Chevènement

Le secrétaire d'Etat à la santé  
et à l'action sociale  
Bernard Kouchner

## ANNEXE III

**Circulaire DHOS-F 2/DSS-1 A/DGAS-2 A n° 2004 - 415 du 30-08-2004 (BO n° 2004 - 39) relative à la campagne budgétaire pour l'année 2004 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées**

**NOR : SANH0430456C**

Date d'application : immédiate.

Références :

- Code de la sécurité sociale notamment ses articles L. 111-3 et L. 174-6 et 7 ;
- Loi n° 2001 - 647 du 20-07-2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, notamment les articles 5, 6 et 10 ;
- Loi n° 2002 - 2 du 02-01-2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- Loi n° 2002 - 303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins notamment l'article 96 ;
- Loi n° 2003 - 1199 du 18-12-2003 relative au financement de la sécurité sociale pour 2004 ;
- Loi n° 2004 - 626 du 30-06-2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- Décret n° 81 - 448 du 08-05-1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées ;
- Décrets n° 99 - 316 du 26-04-1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et n° 99 - 317 du 26-04-1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des EHPAD modifiés par le décret du 04-05-2001 ;
- Décrets n° 2001 - 1085 du 20-11-2001 portant application de la loi n° 2001 - 647 du 20-07-2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, notamment l'article 24 (Le V de l'article 24 est abrogé par le décret n° 2003 - 1010 du 22-10-2003 - article 170 - 10°) ;
- Décrets n° 2001 - 1086 du 20-11-2001 (Le III de l'article 6 est abrogé par le décret n° 2003 - 1010 du 22-10-2003 - article 170 - 11°) portant application de la loi n° 2001 - 647 du 20-07-2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'APA ;
- Décret n° 2003 - 1010 du 22-10-2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, et des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique ;
- Circulaire n° 2001 - 241 du 29-05-2001 relative à la mise en oeuvre des décrets n° 99 - 316 et n° 99 - 317 du 26-04-1999 modifiés par le décret n° 2001 - 388 du 04-05-2001 relatif au financement de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ;
- Circulaire n° 2001 - 569 du 27-11-2001 relative à la campagne budgétaire 2002 pour les établissements relevant de l'article 5 de la loi APA et au traitement de l'excédent de la section soin prévu à l'article 30 du décret n° 99 - 316 (dit « clapet anti-retour) ;
- Circulaire n° 2002 - 205 du 10-04-2002 relative à le prise en compte des médicaments dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées et à la fixation du budget de soins ;
- Instruction DGAS/DHOS/DSS/MARTHE n° 2003 - 20 du 13-01-2003 relative à la négociation des conventions tripartites au bénéfice des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- Instruction n° DHOS/F2/ 2003 - 332 du 07-07-2003 relative à la signature des conventions tripartites pour les unités de soins de longue durée et les maisons de retraite hospitalières gérées par des établissements de santé sous forme de budget annexe ;
- Circulaire n° DGAS/DHOS/DSS 2004 - 73 du 18-02-2004, relative à la campagne budgétaire pour l'année 2004 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées ;

- Note d'information sur l'APA en date du 23-10-2002 ;

Le ministre de la santé et de la protection sociale, le ministre délégué aux personnes âgées  
à  
Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre)  
;  
Madame et Messieurs les préfets de régions (directions régionales des affaires sanitaires et sociales  
[pour mise en oeuvre]) ;  
Mesdames et Messieurs les préfets de départements (directions départementales des affaires sanitaires  
et sociales [pour mise en oeuvre])

La présente circulaire vous délègue, dans le cadre du plan « vieillissement et solidarités » et de la campagne budgétaire 2004, des crédits supplémentaires correspondant aux mesures nouvelles de médicalisation et de création de places, dans les établissements et services pour personnes âgées.

La loi n° 2004 - 626 du 30-06-2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées institue une journée de solidarité en vue d'assurer le financement des actions en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Conformément aux engagements pris par le gouvernement en novembre 2003 à l'occasion de la présentation du plan « vieillissement et solidarités », la mise en oeuvre de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie apportera au secteur des personnes âgées 155 M€ de crédits supplémentaires en 2004.

Sur ces 155 M€, 151 M€ permettront de développer la médicalisation des établissements et des services ainsi que la création de places nouvelles.

Ces crédits, auxquels s'ajoutent 4,8 M€ de crédits par redéploiements, permettent de répondre aux priorités suivantes :

- le financement des conventions tripartites des établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes (115,7 M€) ;
- le financement, dès 2004, de la création d'environ 3 600 places nouvelles en EHPAD (24,1 M€) au lieu des 2 500 places initialement prévues dans le plan « vieillissement et solidarités » en raison de l'importance des besoins qu'a fait apparaître l'enquête auprès des services ;
- le développement de l'aide à la vie à domicile (10,7 M€) par la création de places de services de soins infirmiers à domicile, de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

Au total la présente circulaire prévoit une délégation de 150,5 M€. Un montant supplémentaire de 5,3 M€, destiné au financement d'opérations ponctuelles préprogrammées, sera délégué ultérieurement aux régions concernées.

La signature des conventions tripartites selon le calendrier demandé par le ministre délégué aux personnes âgées doit constituer votre priorité.

À cette fin, je vous indique que les arrêtés fixant les dotations régionales limitatives seront publiés dans les meilleurs délais. Je vous précise qu'il n'est pas nécessaire d'attendre la publication de ces arrêtés pour effectuer la répartition intrarégionale et engager la négociation des conventions tripartites. La présente circulaire vaut engagement du gouvernement et les crédits pour signer des conventions tripartites peuvent être utilisés sans délai.

De même, afin que les délais d'allocation des crédits ne freinent pas le rythme de signature des conventions tripartites pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, il vous est demandé d'accélérer les procédures de répartition des crédits pour que la notification des dotations départementales intervienne avant le 15-09-2004.

La procédure de répartition des crédits telle qu'elle est prévue aux termes des dispositions de l'article L. 314-4 du code de l'action sociale et des familles suppose la consultation du comité de l'administration régionale. Vous procéderez à cette consultation sous la forme qui vous paraît la plus appropriée compte tenu de l'urgence.

### **1. Mesures nouvelles pour financer la signature des conventions tripartites dans les EHPAD**

a) Une enveloppe d'un montant de 115,7 M€ est réservée aux mesures nouvelles Elle vient s'ajouter aux 54 M€ alloués par la circulaire n° 2004 - 73 du 18-02-2004 et aux 10,8 M€ disponibles dans les bases régionales en fin d'année 2003 : au total ce sont près de 180 M€ de crédits de mesures nouvelles qui devront être consacrés au financement de la médicalisation des établissements hébergeant des personnes âgées existants et permettront d'atteindre l'objectif de 2 000 signatures de conventions tripartites sur l'année 2004.

Sur cette enveloppe de 115,7 M€, dont une répartition indicative vous a été présentée dans la circulaire 2004 - 73 du 18-02-2004, 98,12 M€ vous sont délégués immédiatement (annexes 1 et 2).

Il vous avait été précisé que la saisie dans le système SAISEHPAD des informations relatives à la signature des conventions tripartites conditionnait la répartition des crédits de médicalisation. À la date du 20-08-2004, seize DDASS n'avaient pas transmis ces informations. Dans l'attente de ces données, les montants destinés à la signature des conventions tripartites dans ces seize départements sont conservés au niveau central. Il feront l'objet d'une délégation après transmission à la DHOS des données SAISEHPAD (david.duperret@sante.gouv.fr).

L'exploitation des données SAISEHPAD montre par ailleurs que des crédits ont été alloués en dérogeant aux règles fixées par l'administration centrale, notamment au regard du plafond de DOMINIC + 35 %. Ces données ont été transmises aux DRASS et DDASS concernées. Il leur est demandé de justifier par courrier à la DHOS ces dépassements d'allocation d'enveloppe aux établissements, avant le 30-09-2004.

Il vous est rappelé que DOMINIC + 35 % constitue un plafond dont le dépassement injustifié obère la poursuite du plan de médicalisation des établissements. Il vous est à nouveau rappelé que ce plafond ne peut être dépassé que dans deux situations :

- en cas de clapet antiretour. Mais dans ce cas l'établissement ne peut prétendre à des moyens nouveaux d'assurance maladie ;
- en cas d'effet mécanique dès lors que la réalité de celui-ci a été validé (cf. circulaire n° 2004 - 73 du 18-02-2004). Dans cette hypothèse, les mesures nouvelles accordées à l'établissement ne peuvent toutefois dépasser le montant nécessaire au financement de l'effet mécanique.

Pour ces raisons, les délégations ultérieures de crédits seront diminuées à due concurrence des dépassements du plafond DOMINIC + 35 % qui ne seraient pas strictement justifiés par les règles définies dans le cadre de la réforme de la tarification.

Au niveau régional, la répartition des crédits sera opérée selon des modalités similaires.

b) Le calcul de la DOMINIC doit prendre en compte la charge en soins des établissements Pour tenir compte du nombre croissant de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et de la charge en soins techniques que leur état nécessite, la formule de calcul de la DOMINIC sera modifiée dans les termes définis ci-dessous pour les EHPAD dont le GMP est à la fois supérieur à 700, dont la moitié au

moins des résidents est classée en GIR 1 ou 2, et dont la part des résidents souffrant de la maladie d'Alzheimer, identifiée notamment **à travers les résultats de l'outil PATHOS**, est jugée suffisamment significative par le médecin inspecteur en charge du suivi de l'établissement.

Nouveau mode de calcul de la DOMINIC pour ces établissements :

tarif partiel :

tarif partiel sans PUI :  $5.69 \times [\text{GMP} + 250] \times \text{nombre de résidents}$  ;

tarif partiel avec PUI :  $5.69 \times [\text{GMP} + 430] \times \text{nombre de résidents}$  ;

tarif global :

tarif global sans PUI :  $6.31 \times [\text{GMP} + 250] \times \text{nombre de résidents}$  ;

tarif global avec PUI :  $6.31 \times [\text{GMP} + 430] \times \text{nombre de résidents}$ .

Pour les autres établissements, les modalités de calcul de la DOMINIC définies par la circulaire DHOS - F 2/MARTHE/DGAS n° 2002 - 205 du 10-04-2002 restent inchangées. En particulier, il convient de rappeler que le calcul de la DOMINIC doit tenir compte, pour déterminer le GMPS, des résultats de l'outil **PATHOS**, lorsque ceux-ci ont été validés par le médecin inspecteur en charge du suivi de l'établissement.

La détermination de la DOMINIC est essentielle pour apprécier les ressources auxquelles peuvent prétendre les établissements dans le cadre de la convention tripartite.

c) La prise en compte de la qualité

De manière plus générale, il convient de rappeler que l'attribution de la DOMINIC + 35 % constitue un plafond dont l'attribution n'est pas mécanique mais doit répondre à des engagements qualitatifs précis et évaluables, dont la définition découle des résultats de l'auto-évaluation ANGÉLIQUE (ou de celle conduite au titre de l'accréditation pour ce qui concerne les USLD).

Ainsi, il est de bonne administration de planifier dans le temps l'attribution des mesures nouvelles au fur et à mesure des progrès réalisés dans la qualité de la prise en charge des résidents de l'établissement.

d) Les établissements gérant plusieurs budgets annexes peuvent signer plusieurs conventions tripartites. L'instruction DHOS n° 2003 - 332 du 07-07-2003 a précisé les critères qui peuvent conduire à envisager la signature de deux conventions tripartites.

Afin de ne pas ralentir le processus de conventionnement, il convient de rappeler que le nombre de deux conventions tripartites est indicatif et qu'il est possible de prévoir la signature de plusieurs conventions pour un même établissement, sous réserve de faire figurer explicitement dans les conventions l'objectif d'une fusion des différents budgets annexes au plus tard à l'issue de la première convention tripartite. Ce délai pourra ainsi être mis à profit pour tirer progressivement les conséquences de la sincérité des comptes et organiser la convergence des tarifs comme l'autorise l'article 134 - III du décret du 22-10-2003.

Il conviendra également, en tant que de besoin, de faire application des dispositions de l'article 133 - VIII du décret du 22-10-2003 précité qui organise la mutualisation de l'usage du clapet anti-retour entre les différents budgets annexes d'un même établissement dans tous les cas où la situation des différents budgets annexes le justifie (même site et/ou profil comparable des résidents pris en charge).

Les conventions signées pourront comporter également une clause de réexamen de la sincérité des comptes pendant la durée de la convention ou au plus tard à l'issue de celle-ci.

e) Passage en CROSMS des établissements non médicalisés pour bénéficier de la convention tripartite. Les établissements déposant un dossier de convention tripartite et ne disposant pas antérieurement de crédits d'assurance maladie doivent dans le même temps déposer un dossier devant le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (article 30 du décret n° 2001 - 1085 du 20-11-2001). Afin

d'assouplir au maximum cette procédure et d'en réduire les délais, il convient de préciser les points suivants :

- les deux procédures de négociation de la convention tripartite et de passage en CROSMS peuvent être conduites simultanément ;
- lorsque le passage en CROSMS est susceptible de retarder la signature de la convention tripartite, il vous est possible de signer la convention tripartite avant la date du passage en CROSMS en subordonnant son entrée en vigueur effective à l'avis favorable du CROSMS.

## **2. Financement des autorisations de création de places en établissement**

En application de la circulaire du 18-02-2004, les DRASS ont fait connaître les besoins de créations de places d'EHPAD (cf. annexe 3.)

À ce titre, sur les crédits qui vous sont alloués dans le cadre de la présente circulaire, 20 M€ sont réservés au financement de créations de places en EHPAD :

- soit pour les établissements déjà autorisés avant l'entrée en vigueur de la loi n° 2002 - 2 du 02-01-2002 pour lesquels aucun financement n'a été réservé et qui doivent ouvrir en 2004 ;
- soit pour les établissements dont la création ou l'extension est autorisée en 2004, afin de réserver les montants correspondants jusqu'à l'ouverture de l'établissement ou la réalisation de l'extension.

À ce montant de 20 M€ s'ajoutent 4,1 M€ à l'enveloppe médico-sociale personnes âgées de l'Ile-de-France en contrepartie de la fermeture de 150 lits d'USLD. Cette ressource sera exclusivement consacrée à la création de lits nouveaux d'EHPAD en Ile-de-France.

La répartition des crédits a été réalisée pour chaque région :

- pour 14,1 M€ proportionnellement au nombre de places à créer pour atteindre au niveau régional le taux d'équipement moyen national de 16,3 places installées pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus, soit en établissements, médicalisés ou non, soit au titre des SSIAD ;
- pour 10 M€ proportionnellement aux besoins déclarés par les DRASS. Cependant, afin de ne pas pénaliser les régions où les montants recensés sont faibles ou nuls il a été décidé d'accorder un minimum de 100 000 € à chaque région sur cette enveloppe afin de financer au moins une unité de 15 lits.

Au total, le plan « vieillissement et solidarités » prévoit la création de 10 000 places sur 4 ans. Le montant de 24,1 M€ des crédits alloués par la présente circulaire équivaut, selon le coût moyen à la place calculé selon les besoins de financement exprimés par les DRASS, au financement de 3600 places.

Je vous rappelle qu'en application du 4° de l'article L. 313-4 du code de l'action sociale et des familles, les crédits nécessaires à la création de nouvelles places d'EHPAD qui vous sont notifiés en annexe 7 doivent être réservés au sein de l'enveloppe départementale.

## **3. Le développement de l'aide à la vie à domicile**

Pour les plans en faveur du développement de la vie à domicile 10,7 M€ vous sont délégués.

### **a) Création de places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire**

Vous sont délégués les crédits permettant de financer la création de 1 125 places d'accueil de jour et de 625 places d'hébergement temporaire, sur la base de 4 mois de fonctionnement, l'extension en année pleine de ces places sera assurée en 2005. (cf. annexes IV et V)

### **b) Création des places de services de soins infirmiers à domicile**

Le financement de 1 825 nouvelles places de services de soins infirmiers à domicile supplémentaires vous est alloué sur la base de 4 mois de fonctionnement, l'extension en année pleine de ces places sera assurée en 2005. (cf. annexe VI).

La répartition est réalisée à concurrence de 60 % en fonction du taux d'équipement régional (nombre de places SSIAD financées en rapport à l'importance de la population des personnes de 75 ans et plus), afin de corriger les inégalités entre régions, et à concurrence de 40 % en fonction de l'importance de la population des personnes de 75 ans et plus.

Au total sur l'année 2004, 4 250 créations de places de service de soins infirmiers à domicile seront ainsi financées.

Afin de tenir compte de la complémentarité de l'offre de soins apportée aux personnes âgées - à domicile ou en établissement - la répartition des crédits alloués en 2005 pour la création des places de SSIAD pourra être modifiée et prendre en compte le taux d'équipement total par région, mesuré par le nombre de places en établissements, médicalisées ou non, et le nombre de places de SSIAD rapporté à la population de 75 ans et plus.

Pour permettre de suivre les créations de places de service de soins infirmiers à domicile, vous renseignerez le tableau de l'annexe VII à retourner à l'administration centrale/DHOS/F 2 pour le 31-12-2004.

Vous voudrez bien rendre compte, sous le timbre de la DHOS (bureau F 2/pôle des personnes âgées), des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en oeuvre de la présente circulaire.

Le directeur de l'hospitalisation et  
général de l'action sociale  
de l'organisation des soins  
E. Couty

Le directeur de la sécurité sociale  
  
D. Libeault

Le directeur  
  
J.-J. Trégoat