



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé  
Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat  
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

Direction de la Sécurité sociale  
Sous-direction du financement du système de soins  
Mission de la coordination et  
de la gestion du risque

Personne chargée du dossier :  
Caroline BUSSIERE  
Tél : 01 40 56 58 69  
Mail : caroline.bussiere@sante.gouv.fr

Direction générale de la Cohésion sociale  
Sous-direction de l'autonomie, des personnes  
handicapées et des personnes âgées  
Bureau des services et établissements

Personne chargée du dossier :  
Adeline BERTSCH-MERVEILLEUX  
Tél : 01 40 56 86 71  
Mail : adeline.bertsch-merveilleux@social.gouv.fr

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé  
La ministre des solidarités et de la cohésion sociale

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des  
agences régionales de santé  
(pour mise en œuvre)

CIRCULAIRE N° DSS/MCGR/DGCS/2012/162 du 20 avril 2012 relative à la généralisation  
du dossier national de demande d'admission dans les établissements d'hébergement pour  
personnes âgées dépendantes.

Date d'application : immédiate

**NOR : ETSS1220713C**

**Classement thématique : Assurance vieillesse**

**Validée par le CNP le 20 avril 2012 - Visa CNP 2012-115**

**Catégorie** : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application,  
sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

**Mots-clés** : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes -  
simplifications administratives - dossier de demande d'admission.

**Textes de référence** :

- articles L. 312-1 et D.312-155-1 du code de l'action sociale et des familles
- Arrêté du 13 avril 2012 fixant le modèle de dossier de demande-type d'admission dans  
les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes prévu par l'article  
D. 312-155-1 du code de l'action sociale et des familles.

**Annexes :**

- Bilan de mise en œuvre du dossier national d'admission en EHPAD
- Dossier national de demande d'admission en EHPAD

**I – Rappel du contexte et objectifs de la démarche****I.1. Une démarche concertée dans un but de simplification au service des usagers et des professionnels de santé**

Xavier BERTRAND, ministre du travail, de l'emploi et de la santé et Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre des solidarités et de la cohésion sociale, ont lancé dans le cadre de l'instance de simplifications administratives installée le 3 février 2011 une démarche visant à simplifier les procédures d'admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Face à la multiplicité et à l'hétérogénéité des dossiers de demande d'admission en EHPAD actuellement utilisés, la généralisation d'un seul modèle de dossier de demande en lieu et place des multiples dossiers actuellement utilisés est une mesure de simplification qui bénéficiera aux personnes âgées et à leur famille, aux médecins traitants, mais aussi aux médecins-coordonnateurs.

Le dossier national de demande d'admission en EHPAD a été élaboré par un groupe de travail copiloté par la direction de la sécurité sociale et la direction générale de la cohésion sociale et associant l'ensemble des fédérations de gestionnaires d'EHPAD ainsi que les organisations de médecins libéraux, le conseil national de l'ordre des médecins, la fédération Française des Associations de Médecins Coordinateurs en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, les représentants des usagers, la société française de gériatrie et gérontologie, des collectivités territoriales et quelques agences régionales de santé (ARS).

Ce dossier, qui comprend un volet médical et un volet administratif, a été élaboré à partir de dossiers déjà utilisés dans certaines régions ou départements.

Un test, réalisé dans certains EHPAD de quatre régions volontaires sur le dernier trimestre 2011, a permis de confirmer la pertinence de son contenu, tant auprès des médecins traitants et des médecins coordonnateurs que des EHPAD, et de vérifier sur la base d'un consensus du groupe de travail le caractère complet et strictement nécessaire des données retenues dans le dossier.

**I.2. L'atteinte de cet objectif de simplification est conditionnée par la généralisation à moyen terme du dossier par voie réglementaire**

L'objectif de simplification qui a motivé la démarche ne peut être atteint qu'à travers l'unicité de ce dossier et donc sa généralisation par voie réglementaire. C'est l'objet du décret n° 2012-493 et de l'arrêté du 13 avril 2012.

Le dossier joint en annexe de l'arrêté précité entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2012 dans les départements et régions ne disposant pas déjà d'un dossier unique.

En revanche, dans les départements ou régions utilisant déjà un dossier unique local, pour tenir compte des démarches similaires déjà engagées et leur laisser le temps de mettre en place le nouveau dossier national, le décret n° 2012-493 du 13 avril 2012 prévoit un délai transitoire d'un an à compter du 1<sup>er</sup> juin 2012, soit une entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> juin 2013. A compter de cette date, l'objectif est bien que le dossier national soit utilisé partout donc qu'il soit substitué aux dossiers locaux existants.

Le dossier de demande d'admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est homologué et enregistré sous le numéro Cerfa 14732\*01. A court terme, il sera accessible en version dynamique permettant un remplissage en ligne, ce qui répond également à la demande des médecins et des usagers.

Ce dossier sera téléchargeable sur le site internet [service-public.fr](http://service-public.fr) ainsi que sur les sites internet du ministère. Sa mise en ligne *via* un lien sur les sites des ARS et des conseils généraux constitue une voie à privilégier.

## **II – Diffusion du dossier de demande d'admission et suivi de sa mise en œuvre**

### **II. 1. Diffusion du dossier national par les ARS dans les meilleurs délais pour préparer l'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> juin 2012**

Afin de faciliter la mise en place du dossier national de demande d'admission dans les meilleurs délais, nous vous demandons de bien vouloir diffuser dès que possible le dossier national auprès de l'ensemble :

- des EHPAD et des établissements de santé de votre région ;
- des conseils généraux ;
- des associations locales d'EHPAD ;
- des Unions régionales de professions de santé (URPS) en leur demandant de transmettre ce dossier aux médecins libéraux et hospitaliers ;
- des centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), pour les sensibiliser à la démarche de simplification.

En cas de difficultés ou de sensibilité particulière du sujet auprès de certains acteurs, notamment les EHPAD, une réunion de concertation pourra le cas échéant être organisée par l'ARS avec les parties prenantes pour échanger et les sensibiliser notamment au caractère consensuel et partagé des informations figurant dans le dossier national et à la réelle simplification qu'il constitue pour les usagers et les médecins, notamment les médecins coordonnateurs.

Afin que l'information soit également relayée au niveau national auprès des autres organismes intéressés, ce dossier sera communiqué aux fédérations nationales de gestionnaires d'EHPAD, aux régimes d'assurance maladie, ainsi qu'au Conseil national de l'Ordre des médecins, à l'Assemblée des départements de France, à l'Association des maires de France, à la Haute Autorité de santé et à l'Anesm.

### **II. 2. Cas des départements disposant d'une gestion des informations sur les demandes d'admission en EHPAD**

L'attention des ARS est appelée sur le fait que les départements qui souhaitent conserver les dispositifs d'information existants (ex : gestion dynamique de listes d'attente), en s'appuyant le cas échéant sur le dossier national ou sur la base d'informations transmises par les EHPAD recevant les demandes d'admission, doivent respecter un certain nombre d'obligations résultant de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, obligations qui varient selon la nature - anonymisée ou pas - des données transmises par les établissements.

Ainsi, si les EHPAD transmettent des données totalement anonymisées, la loi de 1978 ne s'applique pas et aucune déclaration n'est à effectuer auprès de la CNIL. En revanche, si les EHPAD transmettent au département des informations nominatives, à l'exclusion de toute donnée sensible au regard de la loi informatique et libertés (exemple : données relatives à la santé), les départements doivent effectuer une déclaration normale à la CNIL. Il convient de souligner que le N° NIR, qui figure dans le dossier administratif, ne peut être transmis au

département. Il constitue en effet une donnée sensible au regard de la réglementation "informatique et libertés" et son enregistrement est encadré.

Enfin, les EHPAD devront informer les personnes concernées par la transmission d'informations nominatives au département et leur traitement automatisé.

### **II.3. Suivi et évaluation de la généralisation du dossier national**

#### **a) Suivi de la mise en œuvre : questionnaire à remonter au 1<sup>er</sup> septembre 2012**

Il est demandé aux ARS de renseigner et de renvoyer au ministère, à la date du 1<sup>er</sup> septembre 2012, le questionnaire, très concis, joint en annexe qui porte sur la diffusion par l'ARS du dossier national aux partenaires locaux concernés et sur l'utilisation de ce dossier (l'ARS précisant, le cas échéant, le ou les départements relevant des dispositions transitoires en raison de l'existence d'un dossier unique local). Un rappel aux ARS sur ce retour d'informations sera effectué par mail début juillet..

Toute difficulté rencontrée dans la mise en place et la généralisation de ce dossier pourra également être signalée.

Enfin, il est demandé aux ARS de préciser les départements ayant mis en place une gestion dynamique des listes d'attente en EHPAD, s'appuyant, le cas échéant pour la première remontée d'information, sur le dossier national.

Ces informations seront à nouveau demandées au 1<sup>er</sup> juin 2013 aux ARS comptant des départements relevant des dispositions transitoires.

#### **b) Evaluation à terme du dossier national**

Le groupe de travail ayant élaboré le dossier national sera chargé d'évaluer la montée en charge de son utilisation et de proposer, le cas échéant, des adaptations de son contenu. Il se réunira pour établir un premier bilan au 3<sup>ème</sup> trimestre 2013.

Les ARS seront invitées, en vue de ce premier bilan, à transmettre au ministère de façon synthétique les propositions éventuelles de modifications du dossier national qu'elles auront recueillies.

L'ensemble des informations mentionnées *supra* sont à communiquer par chaque ARS par mail à : [caroline.bussiere@sante.gouv.fr](mailto:caroline.bussiere@sante.gouv.fr) et [adeline.bertsch-merveilleux@social.gouv.fr](mailto:adeline.bertsch-merveilleux@social.gouv.fr)

Pour le ministre du Travail, de l'Emploi et de  
la Santé et par délégation,

Le directeur de la Sécurité sociale

**Signé**

Thomas FATOME

Pour la ministre des Solidarités et de la  
Cohésion sociale et par délégation,

La directrice générale de la Cohésion  
sociale

**Signé**

Sabine FOURCADE



**2. Les partenaires locaux vous ont-ils fait part de leurs réticences dans la généralisation de ce dossier ?**

Oui

Non

Si oui, les préciser pour chacun des acteurs concernés

**3. En vue de l'évaluation nationale de ce dossier unique :**

Les professionnels de terrain vous ont-ils fait remonter des remarques sur le fond du dossier ?

Oui

Non

Si oui, lesquelles ?



N° 14732\*01

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé  
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

**DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION  
EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

ARTICLE D. 312-155-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

**RESERVE A L'ETABLISSEMENT**

## INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE ATTENTIVEMENT

**La personne sollicitant une entrée en EHPAD doit adresser un dossier aux établissements de son choix.**

CE DOSSIER EST A REMPLIR EN UN SEUL EXEMPLAIRE ET A PHOTOCOPIER EN FONCTION DU NOMBRE D'ETABLISSEMENTS AUPRES DESQUELS LA PERSONNE SOUHAITE ENTRER.

CE DOSSIER COMPREND :

° UN VOLET ADMINISTRATIF RENSEIGNE PAR LA PERSONNE CONCERNEE OU TOUTE PERSONNE HABILITEE POUR LE FAIRE (TRAVAILLEUR SOCIAL, ETC.)

° UN VOLET MEDICAL, DATE ET SIGNE DU MEDECIN TRAITANT OU D'UN AUTRE MEDECIN, **A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**, QUI PERMET NOTAMMENT AU MEDECIN COORDONNATEUR EXERÇANT DANS L'ETABLISSEMENT D'EMETTRE UN AVIS CIRCONSTANCIE SUR LA CAPACITE DE L'EHPAD A PRENDRE EN CHARGE LA PERSONNE AU VU DU NIVEAU DE MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT.

**CE DOSSIER NE VAUT QUE POUR UNE INSCRIPTION SUR UNE LISTE D'ATTENTE ET SON DEPOT NE VAUT EN AUCUN CAS ADMISSION.**

**CE DOSSIER DOIT ETRE ACCOMPAGNE DE LA PHOTOCOPIE DES PIECES JUSTIFICATIVES SUIVANTES :**

- ° LE DERNIER AVIS D'IMPOSITION OU DE NON-IMPOSITION,
- ° LES JUSTIFICATIFS DES PENSIONS.

AU MOMENT DE L'ENTREE EN ETABLISSEMENT, UN CERTAIN NOMBRE DE PIECES JUSTIFICATIVES COMPLEMENTAIRES SERA DEMANDE.

**NB :** POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE (HABILITATION A L'AIDE SOCIALE, TARIFS DES ETABLISSEMENTS, ATTRIBUTION DE L'ALLOCATION PERSONNALISEE A L'AUTONOMIE), IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE VOTRE DEPARTEMENT. SI L'ETABLISSEMENT SE TROUVE DANS UN AUTRE DEPARTEMENT, IL CONVIENT DE CONTACTER LE CONSEIL GENERAL DE CE DEPARTEMENT.

# DOSSIER ADMINISTRATIF

## ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays ou département

N° d'immatriculation

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

### SITUATION FAMILIALE

Célibataire

Vit maritalement

Pacsé(e)

Marié(e)

Veuf (ve)

Séparé(e)

Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s)

### MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE

OUI

NON

En cours

Si oui, laquelle : Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice

Mandat de protection future

CONTEXTE DE LA DEMANDE D'ADMISSION (évènement familial récent, décès du conjoint ...) :

## ETAT CIVIL DU REPRESENTANT LEGAL

Civilité : Monsieur  Madame

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

Date de naissance

Lieu de naissance

Pays

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

Adresse email

# A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT (joindre sous pli confidentiel le dossier médical)

## PERSONNE DE CONFIANCE

Une personne de confiance a-t-elle été désignée par la personne concernée : OUI  NON

### SI OUI :

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

## DEMANDE

Type d'hébergement/accompagnement recherché : Hébergement permanent  Hébergement temporaire

Accueil couple souhaité OUI  NON

Durée du séjour pour l'hébergement temporaire \_\_\_\_\_

Situation de la personne concernée à la date de la demande :

Domicile  Chez enfant/Proche  Logement foyer  EHPAD  Hôpital  SSIAD / SAD<sup>1</sup>  Accueil de jour

Autre (préciser)

Dans tous les cas préciser le nom  
de l'établissement ou du service

La personne concernée est-elle informée de la demande ? OUI  NON

La personne concernée est-elle consentante (à la demande) ? OUI  NON

Dans le cas où la personne concernée ne remplit pas elle-même le document, le consentement éclairé n'a pu être recueilli

## COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE

La personne concernée elle-même OUI  NON

Si ce n'est pas le cas, autre personne à contacter<sup>(1)</sup>

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

<sup>1</sup> SSIAD/SAD : service de soins infirmiers à domicile / service d'aide à domicile

## COORDONNEES DES PERSONNES A CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE (SUITE)

Autre personne à contacter<sup>(2)</sup>

Nom de famille (de naissance)  
(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)

Prénom(s)

### ADRESSE

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/Ville

Téléphone fixe \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Téléphone portable \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Adresse email \_\_\_\_\_

Lien de parenté ou de relation avec la personne concernée

---

### ASPECTS FINANCIERS

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ? Seule  Avec l'aide d'un ou plusieurs tiers

Aide sociale à l'hébergement OUI  NON  Demande en cours envisagée

Allocation logement (APL/ALS) OUI  NON  Demande en cours envisagée

Allocation personnalisée à l'autonomie\* OUI  NON  Demande en cours envisagée

Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne OUI  NON

---

### COMMENTAIRES

DATE D'ENTREE SOUHAITEE : IMMEDIAT  DANS LES 6 MOIS  ECHEANCE PLUS LOINTAINE

DATE D'ENTREE SOUHAITEE EN HEBERGEMENT TEMPORAIRE : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de la personne concernée  
ou de son représentant légal

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

*\*Dans certains établissements, l'APA, qui a vocation à prendre en charge le tarif dépendance, est versée directement aux établissements. Dans ce cas de figure, il n'y a pas de demande à réaliser. Pour plus d'informations, il convient de prendre contact auprès du conseil général ou de l'établissement souhaité.*

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

**PERSONNE CONCERNEE**

Civilité :    Monsieur             Madame

Nom de famille (de naissance)             Prénom(s)   
*(suivi, s'il y a lieu du nom d'usage)*

Date de naissance

**MOTIF DE LA DEMANDE**

Changement d'établissement             Fin/Retour d'hospitalisation             Maintien à domicile difficile

Autres (préciser)

**NOM ET COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT (nom, prénom, adresse, téléphone) :**

**ANTECEDENTS Médicaux, chirurgicaux**

--

**PATHOLOGIES ACTUELLES**

--

**TRAITEMENTS EN COURS OU JOINDRE LES ORDONNANCES (nom des médicaments, posologie, voie d'administration)**

--

**SOINS PALLIATIFS**  OUI  NON **ALLERGIES**  OUI  NON Si oui, préciser

--

**CONDUITES A RISQUE**  OUI  NON

**PORTAGE DE BACTERIE MULTIRESSISTANTE**

NE SAIT PAS  OUI  NON

Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sevrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, préciser (localisation, etc.)   
Préciser la date du dernier prélèvement

Taille

Poids

**FONCTIONS SENSORIELLES**

OUI  NON

Cécité    
Surdité

**RISQUE DE FAUSSE ROUTE**

OUI  NON

**REEDUCATION**

OUI  NON

Kinésithérapie    
Orthophonie

Autre (préciser)

--

**DOSSIER MEDICAL DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HERGEMENT  
POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

**DOCUMENT MEDICAL A METTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL**

DONNEES SUR L'AUTONOMIE		A	B	C
Transfert				
	A l'intérieur			
Déplacements	A l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Elimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Orientation	Temps			
	Espace			
Communication pour alerter				
Cohérence				

SYMPTOMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX	OUI	NON
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité (cris...)		
Dépression		
Anxiété		
Apathie		
Désinhibition		
Comportements moteurs		
Aberrants (dont déambulations pathologiques, gestes incessants, risque de sorties non accompagnées ...)		
Troubles du sommeil		

PANSEMENTS OU SOINS CUTANES	OUI	NON
Soins d'ulcère		
Soins d'escarres		
Localisation		
Stade		
Durée du soin		
Type de pansement		

SOINS TECHNIQUES	OUI	NON
Oxygénothérapie		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		
Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire (CPAP, VNI ...)		
Chambre implantable		
Dialyse péritonéale		

APPAREILLAGES	OUI	NON
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur		
Orthèse		
Prothèse		
Pace-maker		
Autres (préciser)		

**COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS EVENTUELLES (CONTEXTE, ASPECTS COGNITIFS, ...)**

**MEDECIN QUI A RENSEIGNE LE DOSSIER (si différent du médecin traitant)**

Nom  Prénom(s)

**ADRESSE**

N° Voie, rue, boulevard

Code postal  Commune/Ville

Date

Signature

cachet du  
médecin