

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 15 novembre 2013 relatif aux modalités de validation des évaluations de la perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes âgées accueillies dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, pris en application de l'article R. 314-171-3 du code de l'action sociale et des familles

NOR : AFSA1325052A

Le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre déléguée auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, chargée des personnes âgées et de l'autonomie,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 314-9, R. 314-170-1, R. 314-170-4, R. 314-171 et R. 314-171-3 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6111-3 ;

Vu l'avis du comité des finances locales (commission consultative d'évaluation des normes) en date du 12 septembre 2013,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Chaque établissement sauvegarde et transfère à l'agence régionale de santé territorialement compétente les bases de données issues des évaluations de la perte d'autonomie et des besoins en soins médico-techniques réalisées par le médecin coordonnateur au moyen des référentiels AGGIR et PATHOS, aux fins de leur validation.

Ce transfert prend la forme d'un dépôt, par connexion informatique, des bases de données au format GALAAD dans une plate-forme sécurisée d'échange et de stockage mise en place par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dite « plate-forme GALAAD-CNSA », pour permettre leur exploitation par les médecins mentionnés aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles.

Un droit d'accès à la plate-forme GALAAD-CNSA (Gérontologie approche logistique pour une aide à l'analyse et à la décision) est ouvert :

a) Aux médecins référents GALAAD des agences régionales de santé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

b) Aux médecins coordonnateurs des établissements par l'agence régionale de santé territorialement compétente, qui leur attribue des droits d'utilisateurs ;

c) Aux médecins des équipes médico-sociales des départements de son ressort par l'agence régionale de santé afin qu'ils accèdent aux bases de données des établissements soumises à leur validation et à l'outil informatique (fonctions avancées de GALAAD) associé à la plate-forme GALAAD-CNSA.

Art. 2. – 1^o La validation des évaluations est organisée de manière coordonnée par un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente, désigné par le directeur général de ladite agence, et par un médecin appartenant à une équipe médico-sociale du département, désigné par le président du conseil général.

Ses modalités peuvent donner lieu à la signature d'un protocole de coopération entre l'agence régionale de santé et le conseil général pour la validation conjointe du niveau moyen de perte d'autonomie de chaque établissement. Le médecin désigné par le président du conseil général a l'initiative de celle-ci en raison de la compétence dévolue au département en matière d'évaluation de la perte d'autonomie ;

2^o La validation des évaluations réalisées lors de la conclusion ou du renouvellement de la convention tripartite mentionnée au I de l'article L. 313-12 ou du contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 313-11 du code précité s'opère de la façon suivante, selon les modalités mentionnées en annexe du présent arrêté :

a) Un contrôle préalable de cohérence et de compatibilité des codages effectués au moyen des logiciels AGGIR et PATHOS réalisé de manière coordonnée par les médecins du conseil général et de l'agence régionale de santé sur les bases de données transmises par l'établissement ;

b) Une validation sur place, en présence du médecin coordonnateur et, le cas échéant, de professionnels de l'équipe soignante, sur un échantillon différencié de résidents hébergés à titre permanent, selon qu'il s'agit de valider le classement GIR ou la coupe PATHOS ;

3° La validation de l'évaluation intermédiaire réalisée en cours d'exécution de la convention tripartite ou du contrat pluriannuel s'opère sur pièces si la valeur du « groupe iso-ressources moyen pondéré » (GMP) ou du « pathos moyen pondéré » (PMP) ne progresse pas de plus de 5 % par rapport à la précédente évaluation sur place. Elle intervient au vu du contrôle de cohérence et de compatibilité des codages effectués par le médecin coordonnateur exercé par les médecins chargés de leur validation. Si la valeur du GMP ou du PMP progresse de plus de 5 %, la procédure de validation sur place est diligentée dans les conditions prévues au 2°.

Art. 3. – En cas de désaccord entre le médecin du conseil général et le médecin de l'agence régionale de santé ou en cas de désaccord du médecin coordonnateur de l'établissement avec le médecin du conseil général et/ou le médecin de l'agence régionale de santé, une fiche argumentaire présentant le point de vue de chaque médecin est communiquée à la commission régionale de coordination médicale chargée de déterminer le classement définitif. Celui-ci peut faire l'objet d'un recours de l'établissement devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale.

Art. 4. – Au plus tard le 31 janvier de l'année en cours, le président du conseil général communique au directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente la valeur du GMP moyen des établissements installés dans son ressort arrêtée au 31 décembre de l'année précédente et mentionnée à l'article R. 314-170-3 du code de l'action sociale et des familles.

Art. 5. – La commission régionale de coordination médicale transmet chaque année le relevé des classements validés, sous une forme respectant l'anonymat des personnes hébergées :

a) Au fur et à mesure aux autorités chargées de la tarification ainsi qu'à chaque établissement pour les données qui le concernent ;

b) Avant le 1^{er} mars de l'année qui suit l'année de référence de ces données à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et aux ministres chargés de la santé et des personnes âgées.

Art. 6. – L'arrêté du 26 avril 1999 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission départementale de coordination médicale mentionnée à l'article 12 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes est abrogé.

Art. 7. – La directrice générale de la cohésion sociale et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 15 novembre 2013.

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :

*La directrice générale
de la cohésion sociale,*

S. FOURCADE

Le ministre de l'économie et des finances,

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

T. FATOME

*La ministre déléguée
auprès de la ministre des affaires sociales
et de la santé,
chargée des personnes âgées
et de l'autonomie,*

Pour la ministre et par délégation :

*La directrice générale
de la cohésion sociale,*

S. FOURCADE

A N N E X E

MODALITÉS DE VALIDATION SUR PLACE MENTIONNÉES AU 2° DE L'ARTICLE 2 DU PRÉSENT ARRÊTÉ

I. – *Modalités de validation du groupe iso-ressources moyen pondéré (GMP)*

La procédure s'effectue en deux temps :

1° Réalisation à distance d'un contrôle préalable de cohérence du codage des variables discriminantes effectué (1) : un taux d'incohérences supérieur à 1 % entraîne une nouvelle évaluation du niveau moyen de perte d'autonomie par le médecin coordonnateur dans le délai d'un mois. Dans cette attente, la base de données issue du référentiel PATHOS n'est pas exploitée ;

2° Mise en place d'une procédure de validation sur place des données produites par chaque établissement sur la base d'un échantillon issu d'un tirage aléatoire représentant 10 % des résidents hébergés à titre permanent, sans pouvoir être inférieur à 20 résidents :

- un taux d'erreurs constaté sur les variables discriminantes de la grille AGGIR inférieur ou égal à 5 % emporte la validation du classement GIR de l'établissement ;
- un taux d'erreurs supérieur à 5 %, s'il ne fait pas l'objet d'un désaccord porté devant la commission régionale de coordination médicale (CRCM), entraîne la non-validation du classement et la réalisation d'une nouvelle évaluation par le médecin coordonnateur ;
- si un taux d'erreurs supérieur à 5 % persiste au terme de la deuxième évaluation sans faire l'objet d'un désaccord porté devant la CRCM, soit la valeur du GMP précédemment validé sur site est maintenue, minorée de 1 %, soit la valeur du GMP proposée par le médecin chargé de sa validation est retenue s'il s'agit de la première évaluation d'un établissement nouvellement autorisé.

La procédure de validation du GMP est à l'initiative du médecin des équipes médico-sociales du département, compte tenu de la compétence de celui-ci en matière d'évaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées, sauf accords locaux spécifiques. Son résultat fait l'objet d'un certificat de validation mentionnant la valeur du GMP validé, adressé d'une part au médecin de l'agence régionale de santé en vue d'une validation conjointe, d'autre part au directeur de l'établissement pour signature du médecin coordonnateur.

II. – Modalités de validation du pathos moyen pondéré (PMP)

La procédure s'effectue en trois temps :

1° Réalisation à distance d'un contrôle de cohérence de la coupe PATHOS et d'une vérification par échantillonnage pour déceler les atypies susceptibles de déclencher une procédure d'alerte du médecin de l'agence régionale de santé chargé de la validation auprès du médecin coordonnateur.

2° Mise en place d'une procédure de validation sur place des données produites par chaque établissement sur la base d'un échantillon représentant entre 50 % et 70 % des résidents hébergés à titre permanent, majoritairement choisis parmi ceux qui présentent les profils de soins les plus lourds tout en incluant 15 % des résidents présentant les valeurs de PMP les moins élevées.

3° Correction par l'agence régionale de santé de la base validée qui est accessible à l'établissement sur la plate-forme GALAAD-CNSA pendant une période fixée conjointement, au terme de laquelle l'ARS procède à la fermeture de l'accès à la plate-forme GALAAD-CNSA pour l'établissement concerné.

La procédure de validation du PMP relève du médecin de l'agence régionale de santé. Son résultat fait l'objet d'un certificat de validation mentionnant la valeur du PMP validé, adressé par l'ARS au directeur de l'établissement pour signature du médecin coordonnateur.

(1) Un certain nombre de combinaisons de codage sont impossibles. Leur existence résulte soit d'une utilisation incorrecte de la grille AGGIR, soit d'erreurs de saisie des données.