MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décret no 2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale mentionnée à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles NOR : AFSA1209114D

Publics concernés : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; médecins coordonnateurs de ces établissements ; personnes âgées y résidant ; médecins des équipes médico-sociales des départements et médecins des agences régionales de santé.

Objet : désignation des médecins compétents pour contrôler et valider les évaluations de la perte d'autonomie et des besoins en soins requis des résidents des EHPAD ; mise en place d'une commission régionale de coordination médicale chargée de déterminer le classement définitif de l'établissement en cas de désaccord entre les différents médecins intervenant dans la procédure de détermination du niveau de perte d'autonomie moyen et des besoins de soins requis des résidents.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret détermine les modalités et la périodicité des évaluations du niveau de perte d'autonomie moyen et des besoins en soins requis des résidents des EHPAD ainsi que les délais de validation de ces évaluations par les médecins qui en sont chargés : médecins des équipes médico-sociales des départements et médecins des agences régionales de santé.

Il précise le mode de calcul du niveau de perte d'autonomie moyen des résidents et de leurs besoins en soins.

Enfin, le décret fixe la composition et les modalités de fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale qui détermine le classement définitif de l'établissement en cas de désaccord entre les médecins chargés de valider l'évaluation du niveau de perte d'autonomie moyen et en cas de désaccord entre
les médecins chargés de la validation des évaluations du niveau de perte d'autonomie des résidents ou de leurs besoins en soins et le médecin coordonnateur de l'établissement concerné, qui peut, sur sa demande, être entendu par la commission régionale.

Références : les dispositions du code de l'action sociale et des familles modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (http://www.legifrance.gouv.fr). Le présent décret est pris pour l'application de l'article 81 de la loi no 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,
Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 232-2, L. 314-2 et L. 314-9 ;
Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6111-3 ;
Vu la loi no 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, notamment son article 46 ;
Vu l'avis du comité des finances locales (commission consultative d'évaluation des normes) en date du 12 avril 2012 ;
Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 24 avril 2012 ;
Vu l'avis du Comité national des retraités et des personnes âgées en date du 10 mai 2012 ;
Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole en date du 16 mai 2012 ;
Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 24 mai 2012 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,
Décrète :

Art. 1er. – L'intitulé du 3 du sous-paragraphe 2 du paragraphe 10 de la sous-section 4 de la section 2 du chapitre IV du titre Ier du livre III du code de l'action sociale et des familles est remplacé par l'intitulé suivant :

« Evaluation et validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées. Voies de recours. »
Art. 2. – L'article R. 314-170 du code de l'action sociale et des familles est remplacé par les articles R. 314-170 à R. 314-170-7 ainsi rédigés :

« Art. R. 314-170. – L'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement et l'évaluation de leurs besoins en soins sont réalisées par l'établissement, sous la responsabilité du médecin coordonnateur.

« Ces évaluations sont réalisées lors de la conclusion ou du renouvellement de la convention pluriannuelle mentionnée au I de l'article L. 313-12 ou du contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 313-11.

« Elles sont renouvelées une fois et de façon simultanée en cours de convention ou de contrat. Elles sont utilisées pour le calcul de la dotation globale ou du forfait global relatif à la dépendance et de la dotation globale ou du forfait global relatif aux soins à compter de l'exercice budgétaire de l'année de leur réalisation.

« Art. R. 314-170-1. – L'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement donne lieu à un classement de chaque personne dans l'un des six groupes de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2, dits “groupes iso-ressources” (GIR), par une

cotation en points, dits "points GIR", en tenant compte de l'état de la personne et de l'effort de prévention nécessaire selon le barème fixé au tableau figurant à l'annexe 3-6.

« Le niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées est calculé en rapportant la somme des points obtenus par la valorisation du niveau de perte d'autonomie de chaque personne, prévue à la colonne C du tableau, au nombre de personnes hébergées. Cette moyenne est dénommée "groupe iso-ressources moyen pondéré" (GMP) de l'établissement.

« Art. R. 314-170-2. – Le groupe iso-ressources moyen pondéré (GMP) de l'établissement pris en compte pour la détermination annuelle de la dotation globale ou du forfait global relatif à la dépendance et de la dotation globale ou du forfait global relatif aux soins est celui résultant de l'évaluation prévue au deuxième
alinéa de l'article R. 314-170 ou de sa révision ultérieure telle que prévue au troisième alinéa du même article.

« Art. R. 314-170-3. – Lorsqu'un établissement est autorisé à accueillir des personnes âgées dépendantes pour la première fois, par dérogation aux articles R. 314-170 et R. 314-170-2, la valeur de son GMP est égale au GMP moyen des établissements relevant du I de l'article L. 313-12 implantés dans le département, arrêté au 31 décembre de l'année précédente. Le classement des personnes hébergées prévu à l'article R. 314-170-1 est réalisé dans les douze mois suivant la date d'ouverture de l'établissement.

« Art. R. 314-170-4. – L'évaluation des besoins en soins requis des personnes hébergées dans l'établissement, dite "analyse transversale", opérée à l'aide du référentiel mentionné au premier alinéa de l'article L. 314-9, donne lieu à une cotation de ces besoins sous forme de points dits "points Pathos" qui permet le calcul d'un indicateur synthétique des besoins en soins dit "pathos moyen pondéré" (PMP).

« Art. R. 314-170-5. – Le pathos moyen pondéré (PMP) pris en compte pour la détermination annuelle de la dotation globale ou du forfait global relatif aux soins est celui résultant de l'évaluation prévue au deuxième alinéa de l'article R. 314-170 ou de sa révision ultérieure en

application du troisième alinéa du même article.

« Art. R. 314-170-6. – L'indicateur synthétique dit "groupe iso-ressources moyen pondéré soins" (GMPS) rend compte du niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées dans l'établissement, déterminé en application des articles R. 314-170-1 et R. 314-170-2 et de leurs besoins en soins, déterminés en application des articles R. 314-170-4 et R. 314-170-5.

« Le nombre de points du "groupe iso-ressources moyen pondéré soins" (GMPS) résulte de l'addition, d'une part, du nombre de points correspondant au "pathos moyen pondéré" (PMP) de l'établissement, calculé en application des articles R. 314-170-4 et R. 314-170-5, affecté d'un coefficient de valorisation fixé par arrêté
conjoint des ministres chargés de la santé, des personnes âgées et de la sécurité sociale et, d'autre part, du nombre de points correspondant au "groupe iso-ressources moyen pondéré" (GMP) calculé en application des articles R. 314-170-1 et R. 314-170-2.

« Art. R. 314-170-7. – Lorsqu'un établissement est autorisé à accueillir des personnes âgées dépendantes pour la première fois, par dérogation aux articles R. 314-170 et R. 314-170-4, la valeur de son "pathos moyen pondéré" (PMP) est égale à un nombre de points fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, des personnes âgées et de la sécurité sociale. L'évaluation des besoins en soins prévue à l'article R. 314-170 est réalisée dans les douze mois suivant la date d'ouverture de l'établissement. »

Art. 3. – L'article R. 314-171 du même code est remplacé par les articles R. 314-171 à R. 314-171-3 ainsi rédigés :

« Art. R. 314-171. – Les évaluations de la perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans chaque établissement, telles que mentionnées aux articles R. 314-170 à R. 314-170-7, sont réalisées, validées et peuvent être contestées dans les conditions prévues à l'article L. 314-9.

« Les médecins chargés de la validation des évaluations de la perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans chaque établissement, mentionnés aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 314-9, disposent d'un délai de trois mois à compter de la réception des évaluations de l'établissement pour les valider. Passé ce délai, les évaluations sont réputées tacitement validées.

« Si, dans un délai de deux mois à compter de leur validation tacite, l'autorité tarifaire compétente a connaissance d'erreurs supérieures à des seuils fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, des personnes âgées et de la sécurité sociale dans les évaluations effectuées par l'établissement, elle saisit les médecins mentionnés au précédent alinéa qui rendent leur avis dans un délai d'un mois à compter de leur saisine.

« Les sommes indûment perçues par l'établissement au titre de la dotation globale ou du forfait global relatif à la dépendance et de la dotation globale ou du forfait global relatif aux soins sont déduites par l'autorité tarifaire compétente du montant de la dotation globale ou du forfait global relatif à la dépendance ou aux soins de l'exercice budgétaire suivant.

« Art. R. 314-171-1. – La commission régionale de coordination médicale mentionnée au sixième alinéa de l'article L. 314-9 est composée d'un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par son directeur général, d'un médecin des services sociaux et médico-sociaux du département du ressort de l'établissement désigné par le président du conseil général, d'un médecin gériatre désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de la société régionale de gériatrie et gérontologie affiliée à la Société française de gériatrie et gérontologie et d'un médecin coordonnateur également désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition conjointe du représentant de la Fédération française des associations de médecins coordonnateurs et de celui de la société régionale de gériatrie et gérontologie, autres que ceux ayant procédé à la réalisation ou à la validation de la perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans l'établissement faisant l'objet du recours. Le médecin coordonnateur de l'établissement est entendu par la commission, à sa demande ou à la demande du représentant légal de l'établissement.

« La commission régionale de coordination médicale est présidée par le médecin de l'agence régionale de santé et vice-présidée par le médecin des services sociaux et médico-sociaux du

département du ressort de l'établissement. En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

« Art. R. 314-171-2. – La commission régionale de coordination médicale veille à la bonne organisation des opérations d'évaluation du niveau de perte d'autonomie moyen et des besoins en soins de chaque établissement ainsi qu'à la qualité de la formation des médecins coordonnateurs à l'utilisation des référentiels Aggir et Pathos.

« Art. R. 314-171-3. – La commission régionale de coordination médicale est chargée de l'information sur les modalités de validation des évaluations communiquées par chaque établissement. Celles-ci sont organisées conformément à la procédure de vérification, exhaustive ou par échantillons, sur place ou sur pièces, fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, des personnes âgées et de la sécurité sociale.

« Elle transmet chaque année, à des fins statistiques et d'étude, le relevé de ses validations sous une forme respectant l'anonymat des personnes hébergées aux autorités chargées de la tarification et à chaque établissement ainsi qu'au directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et aux ministres
chargés de la santé et des personnes âgées. »

Art. 4. – L'article R. 314-173 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 314-173. – Lors du renouvellement des évaluations par application du dernier alinéa de l'article R. 314-170, une décision budgétaire modificative prend en compte, le cas échéant, les nouvelles valeurs du groupe iso-ressources moyen pondéré et du pathos moyen pondéré, telles que déterminées aux articles R. 314-170-2 et R. 314-170-5, dans les conditions prévues par l'article R. 314-46. »

Art. 5. – I. – Au premier alinéa de l'article R. 314-38 du même code, les mots : « après avis de la caisse régionale d'assurance maladie » sont supprimés.
II. – Au deuxième alinéa de l'article R. 314-184 du même code, les mots : « dès lors que ce dernier connaît, par rapport à l'année précédente, une évolution supérieure à un nombre de points fixé par arrêté du ministre chargé des personnes âgées » sont supprimés.

Art. 6. – Le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de l'intérieur, le ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget, et la ministre déléguée auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, chargée des personnes âgées et de l'autonomie, 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 le 8 janvier 2013.

Par le Premier ministre :

JEAN-MARC AYRAULT

La ministre des affaires sociales et de la santé,
MARISOL TOURAINE

Le ministre de l'économie et des finances,
PIERRE MOSCOVICI

Le ministre de l’intérieur,
MANUEL VALLS

Le ministre délégué auprès du ministre de l’économie et des finances, chargé du budget,
JÉRÔME CAHUZAC

La ministre déléguée auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, chargée des personnes âgées et de l’autonomie,
MICHÈLE DELAUNAY