



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTRE DÉLÉGUÉE CHARGÉE DES PERSONNES ÂGÉES ET DE L'AUTONOMIE

Direction générale de la cohésion sociale  
Sous-direction de l'autonomie des personnes  
handicapées et des personnes âgées  
Bureau des services et établissements  
Personnes chargées du dossier : Annick BONY – Adeline BERTSCH-MERVEILLEUX  
tél. : 01 40 56 85 78 - [annick.bony@social.gouv.fr](mailto:annick.bony@social.gouv.fr)  
tél. : 01 40 56 86 71 - [adeline.bertsch-merveilleux@social.gouv.fr](mailto:adeline.bertsch-merveilleux@social.gouv.fr)

Direction de la sécurité sociale  
Sous-direction du financement du système de soins  
Bureau des établissements de santé et  
des établissements médico-sociaux  
Personne chargée du dossier : Samuel DELAFUYS  
Tél : 01 40 56 73 45 - [samuel.delafuys@sante.gouv.fr](mailto:samuel.delafuys@sante.gouv.fr)

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

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux  
des agences régionales de santé (pour exécution)

Monsieur le président de l'Assemblée des  
départements de France  
(pour information)

CIRCULAIRE INTERMINISTÉRIELLE N° DGCS/SD3/DSS/SD1/2013/418 du 6 décembre 2013  
relative à la mise en œuvre du décret n° 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

Date d'application : immédiate  
NOR : AFSA1331494C  
Classement thématique : services et établissements médico-sociaux  
**VALIDÉE PAR LE CNP le 6 décembre 2013 - Visa CNP n° 2013-237**  
Publiée au BO : oui  
Déposée sur le site <http://circulaire.legifrance.gouv.fr> : oui

**Résumé** : Cette circulaire et le guide pratique qui lui est annexé exposent les nouvelles dispositions, issues du décret n°2013-22 du 8 janvier 2013 et des quatre arrêtés qu'il prévoit, relatives aux modalités et à la périodicité des évaluations du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins requis des résidents des EHPAD par le médecin coordonnateur à l'aide respectivement de la grille AGGIR et du référentiel PATHOS ainsi qu'aux modalités de leur validation par les médecins de l'ARS et du conseil général d'une part, à la composition et au fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale d'autre part.

**Mots-clés** : médecin coordonnateur, convention tripartite, établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), « groupe iso-ressources moyen pondéré » (GMP), « Pathos moyen pondéré » (PMP), « GIR moyen pondéré soins » (GMPS), validation des coupes AGGIR et PATHOS, voies de recours, commission régionale de coordination médicale, plateforme GALAAD-CNSA.

**Textes de référence** : articles L. 314-9, R. 314-170 à R. 314-170-7, R. 314-171 à R. 314-171-3, R. 314-173 et R. 314-184 du code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

- arrêtés du 15 novembre 2013 pris en application des articles R. 314-170-6, R. 314-170-7, R. 314-171 et R. 314-171-3 du CASF (*Journal officiel du 23 novembre et du 26 novembre 2013*)
- arrêté du 15 novembre 2013 relatif aux indicateurs nationaux de référence (*Jo du 23/11/2013*).

**Textes abrogés** : 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 EHPAD ; arrêté du 4 juin 2007 relatif aux indicateurs nationaux de référence et à leur prise en compte dans le cadre de la tarification des besoins en soins requis dans certains établissements relevant du I de l'article L. 313-12 du CASF.

**Textes modifiés** : articles R. 314-170, R. 314-171, R. 314-173 et R. 314-184 du CASF

**Annexes : 2**

- annexe 1 : guide pratique pour la programmation, la réalisation et la validation des évaluations AGGIR et PATHOS et pour la mise en place des commissions régionales de coordination médicale et ses annexes
- annexe 2 : protocole d'action entre l'ARS et le Conseil général pour la validation conjointe du GMP

**Diffusion** : Les DG d'ARS assureront la diffusion de la circulaire pour information aux présidents de conseil général.

La présente circulaire et le guide pratique qui lui est annexé ont pour objet de préciser les modalités de mise en œuvre des dispositions du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 pris pour l'application de l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 et relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins requis des personnes hébergées dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les unités de soins de longue durée (USLD) et fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale (CRCM) mentionnée à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles. Ses dispositions d'application viennent elles-mêmes d'être publiées au travers des quatre arrêtés du 15 novembre 2013 référencés ci-dessus.

Cet ensemble vous détaille le processus allant de la réalisation des coupes AGGIR et PATHOS dans les EHPAD à leur validation ainsi que, en cas de litige sur le classement des résidents, la procédure d'échanges contradictoires et de médiation exercée en premier

recours devant la commission régionale de coordination médicale, préalable à une possible saisine du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale (TITSS) par l'EHPAD.

La présente circulaire ne se substitue pas aux orientations tarifaires qui sont définies annuellement par les circulaires relatives aux campagnes budgétaires des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.

Les modalités d'application du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 aux unités de soins de longue durée (USLD) feront l'objet d'instructions ultérieures.

L'application de ces dispositions concerne également l'ensemble des conseils généraux au titre de leur mission de validation du niveau de perte d'autonomie des résidents des EHPAD. Vous veillerez en conséquence à partager avec eux l'ensemble de ces informations et à organiser conjointement les travaux auxquels ces textes vous appellent.

## **I. LES DISPOSITIONS DU DECRET DU 8 JANVIER 2013 RATIONALISENT, SIMPLIFIENT ET COORDONNENT LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX EVALUATIONS DES RESIDENTS DES ETABLISSEMENTS**

Les dispositions de l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, codifiées à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles (CASF), définissent les modalités de contrôle des évaluations réalisées au moyen de la grille nationale AGGIR et du référentiel PATHOS et posent la base de la commission régionale de coordination médicale, compétente en cas de désaccord entre les médecins chargés du contrôle et de la validation des évaluations réalisées par les établissements ou entre le médecin coordonnateur et ledit ou lesdits médecins. Le décret du 8 janvier 2013 précise ces dispositions en unifiant, sous forme d'un décret en Conseil d'Etat codifié dans le code de l'action sociale et des familles, la norme juridique appliquée à ces outils - qui jusque là relevaient d'un décret en Conseil d'Etat pour la grille AGGIR (articles R. 314-170 et R. 314-171 du CASF) et d'un arrêté pour le référentiel PATHOS (arrêté du 4 juin 2007 relatif aux indicateurs nationaux de référence et à leur prise en compte dans le cadre de la tarification des besoins en soins requis dans certains établissements relevant du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, publié au *Journal officiel* du 19 juin 2007). Il fixe les modalités de leur utilisation coordonnée ainsi que les valeurs et les indicateurs qui en résultent.

### **I.1 - Un calendrier coordonné des évaluations**

Conformément aux préconisations du comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS dans son rapport d'étape d'août 2012, il est procédé au couplage des procédures AGGIR et PATHOS et à la redéfinition de la fréquence des évaluations.

Le décret du 8 janvier modifie et aligne la fréquence des évaluations du niveau de perte d'autonomie - via l'outil AGGIR - et celles des besoins en soins requis des résidents - via l'outil PATHOS -. Elles doivent être désormais conduites *simultanément*, sous la responsabilité du médecin coordonnateur de l'établissement, lors de la conclusion ou du renouvellement de la convention tripartite prévue à l'article L. 313-12 du CASF. Les deux évaluations sont actualisées *une fois* au cours des cinq années de l'exécution de la convention, ce qui correspond à un allègement substantiel du rythme, jusque là annuel, du classement des résidents selon leur niveau de perte d'autonomie. Ces évaluations font l'objet d'une validation conjointe de la part de l'agence régionale de santé et du conseil général.

La fixation de la date de l'évaluation intermédiaire, en cours de convention, désormais identique pour l'évaluation AGGIR et pour la « coupe » PATHOS, procède de la responsabilité conjointe des parties à la convention, le directeur de l'établissement, celui de l'ARS et le président du Conseil général. Le troisième alinéa de l'article L. 314-9 du CASF

dispose que « la convention pluriannuelle [...] précise la périodicité de la révision du niveau de perte d'autonomie des résidents selon la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles ». Vous veillerez ainsi, lors du renouvellement des conventions tripartites, à inscrire la périodicité de la révision de ce classement pour AGGIR comme pour PATHOS.

Dans le cadre de la signature ou du renouvellement des conventions tripartites, il vous est recommandé d'organiser une actualisation des évaluations au cours de l'année N+2 d'exécution de la convention, sauf cas particulier qu'il vous appartient d'apprécier localement.

Pour la réalisation des évaluations aux dates convenues, vous veillerez à garantir, par l'attribution des droits d'utilisateurs adaptés, l'accès des médecins coordonnateurs des établissements à la plateforme GALAAD-CNSA, administrée par la CNSA en lien avec les médecins référents en ARS, en vue de permettre l'échange et le stockage des données nécessaires à la réalisation et la validation des évaluations.

## **I.2 - Modalités de classement des résidents**

Le décret du 8 janvier 2013 détermine :

- le mode de calcul du niveau de perte d'autonomie des résidents et de leurs besoins en soins respectivement à l'aide de la grille AGGIR et du référentiel PATHOS ;
- les cotations en « points GIR » et « points PATHOS » auxquelles il donne lieu ;
- les indicateurs de synthèse qui en résultent : le « GIR moyen pondéré » (GMP), le « PATHOS moyen pondéré » et le « GIR moyen pondéré soins » (GMPS), ce dernier rendant compte à la fois du niveau de perte d'autonomie moyen des résidents et de leurs besoins en soins.

Le GMPS est ainsi défini comme la moyenne pondérée des valeurs en points du GMP et du PMP de l'établissement, moyennant, pour ce dernier, l'application d'un coefficient de valorisation fixé par arrêté interministériel (coefficient de 2,59, reconduit par l'arrêté du 15 novembre 2013 précité).

Pour les établissements nouvellement créés, la valeur du GMP est égale à la valeur pondérée du GMP de l'ensemble des EHPAD implantés dans le département et tenus de passer convention et la valeur du PMP « d'installation » est égale à 110 points (arrêté du 15/11/2013 – JO du 26/11/2013)

## **I.3 - Des délais limités pour la validation des évaluations**

Votre attention est appelée sur le fait que le décret du 8 janvier fixe à *trois mois*, à compter de leur transmission, le délai dont disposent les médecins du conseil général et de l'agence régionale de santé pour valider les évaluations réalisées par les établissements. Passé ce délai, les évaluations sont *tacitement* validées.

L'autorité tarifaire dispose néanmoins, si elle a connaissance d'erreurs de cotation supérieures à des seuils fixés par l'arrêté interministériel du 15/11/2013, d'une période de deux mois à l'issue de la validation tacite des évaluations pour exercer un contrôle *a posteriori* et saisir les médecins en charge de la validation qui sont tenus de rendre leur avis dans le délai d'un mois. Les sommes indûment perçues sont notifiées à l'établissement et sont à valoir sur le montant de la dotation ou du forfait afférent aux soins et/ou à la dépendance de l'exercice budgétaire suivant.

Cette disposition se substitue à celle qui prévalait auparavant d'un contrôle *a posteriori* sans limites, peu compatible avec un dispositif de validation tacite qui emporte des effets de droit (tarification des établissements) et ne peut donc guère être unilatéralement remis en cause à tout moment.

#### **I.4 - La création d'une instance de supervision des évaluations et de leur validation : la commission régionale de coordination médicale**

Le décret du 8 janvier 2013 fixe enfin une composition identique, équilibrée et *paritaire* de la commission régionale de coordination médicale, composé d'un médecin de l'ARS, d'un du conseil général, et de deux médecins, gériatre et médecin coordonnateur désignés par le directeur général de l'ARS sur proposition des sociétés savantes.

Chargée de veiller à la bonne organisation des évaluations et à la qualité de la formation des médecins évaluateurs, elle est également compétente pour intervenir en cas de désaccord entre médecins valideurs ou entre le médecin coordonnateur et le ou les médecins valideurs sur le classement des résidents au regard de la perte d'autonomie, exprimée par la valeur du GIR moyen pondéré (GMP), ou au regard des besoins en soins requis, exprimés par le PATHOS moyen pondéré (PMP).

Le décret organise la transparence à l'égard des établissements, qui peuvent être entendus à leur demande par la CRCM sur les dossiers litigieux, et prône une démarche de conciliation amiable avant tout recours contentieux.

### **II.- LA VALIDATION COORDONNEE DES EVALUATIONS AGGIR ET PATHOS**

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, dont vous trouverez un modèle joint à l'annexe 2 de la présente circulaire.

Le médecin désigné par le président du conseil général aura l'initiative de cette validation en raison de la compétence dévolue au département en matière d'évaluation de la perte d'autonomie.

#### **II.1- Validation expresse**

La validation « de droit commun » des évaluations AGGIR et PATHOS doit être expresse, conformément aux dispositions de l'arrêté interministériel du 15 novembre 2013, publié au *Journal officiel* du 23 novembre 2013, et s'organise sur place ou sur pièces selon les circonstances suivantes :

- pour les évaluations réalisées lors de la conclusion ou du renouvellement de la convention tripartite : la validation s'effectue systématiquement sur place, dans l'établissement ;
- en cours d'exécution de la convention - pour les évaluations intermédiaires - la validation s'effectue le plus souvent sur pièces, au vu des bases de données communiquées par les établissements.

L'organisation de ces validations implique que soit établie chaque année, conjointement par vos services et les conseils généraux de votre ressort, la liste indicative des EHPAD éligibles à une coupe AGGIR et PAHOS et que ceux-ci soient informés de leur éligibilité à cette double évaluation et du calendrier de leur validation, établi avec leur accord.

##### *a) La validation sur place*

Elle intervient en deux temps et comporte :

- une analyse de cohérence préalable des bases de données issues des évaluations AGGIR et PATHOS transférées aux ARS par l'EHPAD sur la plateforme sécurisée d'échange et de stockage GALAAD mise en place la CNSA : vérification de l'absence de contradiction et de la compatibilité des deux évaluations AGGIR et PATHOS ;
- et une validation sur place, dans l'établissement, à la date programmée conjointement à l'avance, qui peut, à la demande du médecin coordonnateur ou des médecins chargés de la validation, être modifiée et décalée.

*b) La validation sur pièce*

La validation de l'évaluation AGGIR et PATHOS intermédiaire, entre deux renouvellements de la convention tripartite, s'effectue sur pièces dès lors que la valeur du GMP ou du PMP ne progresse pas de plus de 5 % par rapport à la précédente évaluation ayant fait l'objet d'une validation sur place, en application du 3° de l'article 2 de l'arrêté du 23 novembre précité. Cela devrait correspondre à l'immense majorité des évaluations intermédiaires.

## **II.2- Une validation tacite par défaut**

Une validation tacite des coupes AGGIR et PATHOS est prévue par défaut ; elle intervient au terme du délai de trois mois dont disposent les médecins de l'ARS et du conseil général chargés de leur validation, à compter de leur transmission sur la plateforme GALAAD de la CNSA. Il s'agit d'une procédure exceptionnelle, qui intervient en cas de carence ou d'indisponibilité des médecins en charge de cette validation. Son organisation répond à une forte demande des représentants des établissements.

Passé le délai de trois mois, les évaluations sont réputées implicitement validées et peuvent fonder une décision tarifaire. Elles peuvent toutefois faire l'objet d'un contrôle, dans les deux mois suivants, à la demande de l'autorité tarifaire compétente, si celle-ci a connaissance d'erreurs supérieures à 40 points de GMP ou 15 points de PMP ou à 51 points de GMPS (arrêté du 15/11/2013). Les médecins valideurs doivent alors procéder à une validation expresse dans un délai d'un mois.

Nous appelons donc votre attention sur les évolutions supérieures à ces seuils en cas de validation tacite.

## **III. L'INTERVENTION DE LA COMMISSION REGIONALE DE COORDINATION MEDICALE**

Les CRCM ont vocation à développer une culture confraternelle partagée de l'évaluation autour des référentiels AGGIR et PATHOS et instaurer des échanges entre les médecins coordonnateurs en charge de l'évaluation et les médecins chargés de la validation.

Elles sont à ce titre chargées de veiller à la bonne organisation des opérations d'évaluation et à la qualité des formations des médecins coordonnateurs aux référentiels.

En outre, conformément aux dispositions de l'article L. 314-9 du CASF, la commission régionale de coordination médicale détermine le classement définitif des résidents en cas de désaccord entre le médecin de l'ARS et le médecin du conseil général ou en cas de désaccord du médecin coordonnateur avec ces derniers ou l'un ou l'autre d'entre eux.

Sa saisine intervient le cas échéant *pendant la procédure de validation des coupes*, qui débute avec la transmission à l'ARS, par l'établissement, des bases de données résultant des évaluations AGGIR et PATHOS sur la plateforme GALAAD-CNSA et qui se termine avec l'envoi au directeur de l'établissement du certificat de validation mentionnant la valeur du GMP et du PMP pour signature par le médecin coordonnateur. Cette saisine s'accompagne

de la communication à la CRCM d'une fiche argumentaire par chaque médecin présentant son point de vue et explicitant le codage qu'il a retenu.

Il est essentiel que l'organisation locale du fonctionnement de la CRCM permette l'examen sans délai des propositions de classement faisant l'objet d'un désaccord dès que celui-ci apparaît afin que son intervention participe à la fluidification du processus qui est notamment attendu de la nouvelle organisation. Le guide pratique annexé à la présente circulaire (annexe 1) détaille en ce sens ses missions, sa composition et son fonctionnement.

Nous vous remercions d'établir et de nous communiquer sous le présent timbre un bilan d'activité des CRCM à un an de leur installation, et au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2015, de façon à vérifier que l'objectif d'en faire des instances de dialogue, de conciliation et de maîtrise d'outils partagés est tenu sur le terrain, et, le cas échéant, à permettre de prendre toute mesure de nature à remédier à des éventuels dysfonctionnements que vous auriez objectivés.

Nous vous invitons à diffuser largement cette circulaire auprès des directeurs des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de votre ressort et vous remercions de votre engagement dans la mise en œuvre de ces instructions. Nous vous assurons de la disponibilité de nos services, référencés sous le timbre de la présente circulaire, pour répondre aux questions qu'elle susciterait.

Pour les ministres et par délégation,

La directrice générale de la cohésion sociale,

Le directeur de la sécurité sociale,

*signé*

*signé*

Sabine FOURCADE

Thomas FATOME

# AGGIR – PATHOS et CRCM

**Programmation, réalisation  
et validation des  
évaluations AGGIR et  
PATHOS**

**Mise en place des  
commissions régionales  
de coordination médicale  
(CRCM)**

## Guide pratique



Ce guide a été réalisé conjointement par la Direction Générale de la Cohésion Sociale, la Direction de la Sécurité Sociale et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

<http://www.social-sante.gouv.fr/>

<http://www.cnsa.fr/>

## Sommaire

<b>I. La nouvelle gouvernance des référentiels AGGIR et PATHOS .....</b>	<b>4</b>
<b>II. La programmation et la réalisation des coupes AGGIR et PATHOS : utilisation coordonnée des référentiels et rôle du médecin coordonnateur... ..</b>	<b>6</b>
II.1. Coupes lors de la conclusion ou du renouvellement de la convention tripartite .....	7
II.2. Coupes intermédiaires entre deux renouvellements de convention tripartite .....	9
<b>III. La procédure de validation est organisée conjointement par l'agence régionale de santé et le conseil général (arrêté du 15/11/ 2013 pris pour l'application de l'article R. 314-171-23 du CASF).....</b>	<b>9</b>
III.1. La validation du GIR moyen pondéré (GMP) .....	10
III.2. La validation du PATHOS moyen pondéré (PMP) .....	12
III.3. La validation tacite .....	14
III.4. La valeur du GMP et du PMP des établissements nouvellement créés .....	14
III.5. Les remontées d'information .....	14
<b>IV. La commission régionale de coordination médicale (CRCM) .....</b>	<b>15</b>
IV.1. Ses missions.....	15
IV.2.Sa composition (article R. 314-171-1 nouveau du CASF) .....	16
IV.3. Son fonctionnement.....	17
<b>V. Les formations aux référentiels AGGIR et PATHOS et leur financement .....</b>	<b>18</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>21</b>

## I. La nouvelle gouvernance des référentiels AGGIR et PATHOS

La grille AGGIR<sup>1</sup> décrit les composantes de la perte d'autonomie et mesure la charge de travail qui en résulte en termes de soins de base et relationnels. Le référentiel PATHOS permet d'évaluer les niveaux de soins requis pour la prise en charge des pathologies dans une population à un moment donné.

Jusqu'en 2007, le calcul de la dotation soins des EHPAD repose sur l'évaluation du seul GIR moyen pondéré (GMP) qui mesure, au moyen de la grille AGGIR, la charge de travail liée à la dépendance (c'est-à-dire les soins de base), les soins médicaux et techniques liés aux pathologies étant financés de manière forfaitaire selon les caractéristiques de chaque établissement (capacité, présence ou non d'une PUI, GMP supérieur ou non à 800).

En 2007, dans le cadre du déploiement du plan solidarité grand âge (PSGA), dont l'un des objectifs était de renforcer la médicalisation des EHPAD accueillant un nombre croissant de personnes âgées souffrant de poly-pathologies et nécessitant des soins médicaux et techniques, et à la faveur de la [loi DALO](#)<sup>2</sup>, le mode de tarification de la dotation soins a évolué vers la prise en compte progressive, à l'occasion du renouvellement des conventions tripartites, de la réalité de la charge en soins requise par les résidents. Cette objectivation de la charge en soins repose sur le référentiel PATHOS, initialement développé à des fins de description des populations accueillies et de leurs besoins en soins médicaux.

Désormais, conformément au premier alinéa de l'[article L. 314-9](#) du CASF, le besoin global de soins intègre les soins de base nécessités par la perte d'autonomie et les soins médicaux et techniques liés aux pathologies. Ce besoin global de soins est quantifié en points au travers de l'équation dite « GIR moyen pondéré soins » (GMPS) qui repose sur la formule suivante ( $GMPS = GMP + [PMP \times \text{coefficient de valorisation}]$ ). Un arrêté interministériel du 15 novembre 2013 fixe, de manière conservatoire, à 2,59 la valeur du coefficient de valorisation prévu à l'article [R. 314-170-6](#) du code de l'action sociale et des familles, dans l'attente des résultats du travail de réécriture des 240 ordonnances de l'outil PATHOS mentionné ci-après.

La généralisation de l'utilisation du référentiel PATHOS, dont le pilotage et la maintenance étaient assurés jusqu'en 2009 ([loi HPST](#)) par le service médical de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en partenariat avec le Syndicat National de Gériatrie Clinique, et la création des agences régionales de santé (ARS), qui s'est traduite par le transfert de la responsabilité de la validation des coupes AGGIR et PATHOS des praticiens-conseils de l'assurance maladie aux médecins des ARS, en lien, pour la validation des coupes AGGIR, avec les médecins des conseils généraux, ont conduit à mettre en place une nouvelle gouvernance, partagée, des référentiels AGGIR et PATHOS qui concourent ensemble à la tarification des EHPAD et des USLD et à assurer leur sécurisation juridique ([décret n°2013-22 du 8 janvier 2013](#)).

Cette gouvernance conjugue, à l'échelon national, trois niveaux :

- ◆ le niveau institutionnel : avec un comité de pilotage « ad hoc » composé de la directrice générale de la cohésion sociale, du directeur général de l'organisation des soins, du directeur de la sécurité sociale, du directeur de la CNSA et du directeur général de la

1 Décret n°2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR

2 Premier alinéa de l'article L. 314-9 du CASF issu de l'article 56 de la loi n°2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable (DALO)

CNAMTS, qui définit les travaux prioritaires et les chantiers à ouvrir, qu'ils relèvent d'une expertise scientifique ou de la gestion du risque, et qui prépare les instructions adressées aux directeurs généraux des ARS concernant AGGIR et PATHOS et la tarification des EHPAD.

- ◆ le niveau de l'expertise scientifique : un comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS, indépendant, dont les missions et la composition ont été fixées par un [arrêté du 31 octobre 2011](#) (JO du 10 novembre 2011). Il s'agit d'une instance d'expertise et d'observation qui rassemble l'ensemble des disciplines et des compétences scientifiques, médicales et paramédicales utiles à l'optimisation des référentiels. Dans cette construction, les missions du comité scientifique sont clairement disjointes des missions de tarification et de régulation, les modalités de codage et l'algorithme ne visant pas à produire un niveau d'allocation de ressources déterminé mais à rendre compte du niveau de soins nécessaire dans chaque poste de soins. Conformément au mandat reçu lors de son installation en décembre 2011, le comité scientifique a remis en août 2012 un rapport d'étape ([disponible sur le site internet de la DGCS](#)) consacré à la description et à l'évaluation du référentiel PATHOS dont les principales recommandations préfigurent les missions prioritaires qu'il pilotera en 2013 et 2014, au premier rang desquelles figure la mise à jour des 240 ordonnances « à dire d'expert » qui constituent le cœur de PATHOS. Par un courrier du 14 juin 2013, les ministres des affaires sociales et de la santé et des personnes âgées et de l'autonomie reprennent à leur compte l'essentiel de ces recommandations et demandent au professeur NOVELLA, président du comité scientifique, de réviser et de mettre à jour les 240 ordonnances de PATHOS réalisées il y a 15 ans.
- ◆ le niveau opérationnel : un comité technique opérationnel animé par la CNSA et qui associe les représentants de la DGCS, de la DGOS, de la DSS et de la CNAMTS. Il s'organise autour de trois missions :
  1. animation/formation/mise en réseau de l'ensemble des acteurs (réseau des formateurs, réseau des valideurs des coupes AGGIR et Pathos, réseau des correspondants administratifs, réseau des utilisateurs). A ce titre, le comité technique produit la documentation professionnelle nécessaire aux utilisateurs : guide de l'évaluation, guide d'utilisation des données PATHOS et AGGIR.
  2. gestion du « système d'information » de production et d'utilisation de données utiles aux ARS dans leur exercice de planification et de programmation d'une part, de contractualisation et d'évaluation - contrôle d'autre part.
  3. exploitation des informations contenues dans la plateforme d'échanges GALAAD-CNSA, déclarée à la CNIL, dans le processus de tarification et de régulation de la dépense d'assurance maladie.

Le comité technique opérationnel a confié en propre à la CNSA tout ce qui concerne l'animation des réseaux, la production de données et l'appui aux ARS. En revanche, les travaux sur la tarification, les enseignements tirés de l'analyse des données, l'évolution de la dépense médico-sociale et la gestion maîtrisée du risque relèvent des services de l'Etat et nécessitent une coopération étroite entre les directions d'administration centrale, la CNSA et la CNAMTS. Ils sont menés en formation collégiale, dans des formes à déterminer par le comité technique opérationnel.

Une fois par an, ouvert aux utilisateurs (fédérations des gestionnaires et des médecins coordonnateurs, représentants des intervenants libéraux), un comité opérationnel élargi permet l'information, l'échange et la concertation avec l'ensemble des acteurs du secteur qui sont destinataires des données nationales issues des coupes AGGIR et PATHOS, informés de la

teneur des travaux du comité scientifique et consultés sur les travaux en cours et les questions d'actualité. Il s'agit, dans cette gouvernance élargie aux utilisateurs, de partager et de mutualiser l'information, les analyses, les bonnes pratiques sur des outils et des procédures mieux maîtrisés et optimisés afin de produire du consensus autour d'eux.

Au niveau local, les missions dévolues aux ARS et aux conseils généraux en matière de validation des coupes AGGIR et PATHOS nécessitent l'identification pour la gouvernance opérationnelle AGGIR-PATHOS :

- ◆ pour la formation : d'un médecin référent de l'ARS et d'un médecin gériatre, désignés par le directeur général de l'ARS comme formateurs régionaux pour PATHOS et AGGIR et agréés par la gouvernance opérationnelle des référentiels AGGIR et PATHOS, travaillant en binôme pour l'organisation des formations, en lien avec un médecin référent pour le conseil général pour AGGIR ;
- ◆ pour la validation des coupes : des médecins de l'ARS, désignés par le directeur général de l'ARS, chargés des procédures de validation des coupes PATHOS et des évaluations AGGIR, de manière coordonnée avec les médecins des conseils généraux.

L'affectation d'un temps administratif permettant, dans le cadre de l'organisation de chaque ARS, l'organisation de la formation des utilisateurs et la régulation des échanges d'information sur la plateforme GALAAD (échantillonnage, correction de la base de données, suivi des étapes de validation, préparation des travaux de la commission régionale de coordination médicale - CRCM) est nécessaire pour le bon fonctionnement de la procédure de validation.

Le recensement des référents formateurs et des médecins de l'ARS chargés de la validation relève des choix d'organisation propres à chaque agence.

L'identification de ce réseau par la CNSA est nécessaire pour permettre la transmission d'informations pratiques relatives aux modalités d'utilisation des référentiels (site INTERNET et EXTRANET de la CNSA) ainsi qu'aux modalités d'accès à la plateforme GALAAD. Les membres de ce réseau tout comme les médecins coordonnateurs des EHPAD peuvent s'adresser aux docteurs ODINET-RAULIN et EON, conseillers médicaux auprès du directeur de la CNSA, pour tout ce qui concerne les modalités et les difficultés de codage (<mailto:hotlineaggirpathos@cnsa.fr>). L'actualisation annuelle des règles de codage des coupes PATHOS sera poursuivie en 2014 par l'équipe de la CNSA qui sera élargie afin de renforcer son caractère pluridisciplinaire.

Le paragraphe V, ci-après, vous précise les modalités d'organisation des formations et de leur financement. Un module de formation sur les questions pratiques liées à l'utilisation de la plateforme GALAAD-CNSA sera intégré dans les formations régionales aux référentiels AGGIR et PATHOS.

## **II. La programmation et la réalisation des coupes AGGIR et PATHOS : utilisation coordonnée des référentiels et rôle du médecin coordonnateur**

Les coupes AGGIR et PATHOS sont réalisées simultanément sous la responsabilité du médecin coordonnateur de l'EHPAD et selon la même fréquence, à deux reprises durant les cinq ans d'exécution de la convention tripartite ([articles R. 314-167 et R. 314-170 du CASF](#)):

- ◆ lors de la conclusion ou du renouvellement de celle-ci,
- ◆ une fois, au cours de l'exécution de la convention, entre deux renouvellements : s'il est de la responsabilité des signataires de la convention tripartite de déterminer la périodicité de la révision des coupes AGGIR, il peut être préconisé que cette deuxième coupe intervienne à

mi-parcours, la troisième année, sauf situation particulière qu'il convient d'apprécier localement.

La nouvelle procédure repose sur le principe que l'évaluation du niveau de perte d'autonomie et du besoin en soins requis des résidents est opérée de manière simultanée par le médecin coordonnateur, c'est-à-dire sur une même période : vous lui recommanderez de tendre vers un délai d'un mois pour réaliser les deux coupes, soit une période permettant de vérifier la cohérence entre l'état de perte d'autonomie constaté et le ou les états pathologiques qui en sont la cause.

## II.1. Coupes lors de la conclusion ou du renouvellement de la convention tripartite

Il est recommandé de réaliser les coupes dans le semestre qui précède le terme de la convention et pour les établissements nouvellement créés dès que le taux d'occupation atteint 90 % de la capacité et, en tout état de cause, dans les 12 mois qui suivent l'ouverture de l'établissement.

Le [décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013](#) instaure, dès 2013, une nouvelle procédure : ainsi, en 2013 les coupes AGGIR et PATHOS sont organisées dans les EHPAD :

- ◆ qui renouvellent leur convention tripartite (il s'agit des conventions avec prise d'effet soit en 2008, soit en 2007 (en cas d'application de l'avant-dernier alinéa du I de [l'article L. 313-12 du CASF](#), issu de l'article 68 de la LFSS pour 2012), soit, *a fortiori*, avant 2007.
- ◆ **et** qui produisent simultanément les bases de données AGGIR et PATHOS, l'évaluation du GMP et du PMP intervenant simultanément, c'est-à-dire sur une même période.

En 2013, il vous est loisible, en accord avec le conseil général et l'établissement, de ne pas exiger une nouvelle évaluation - simultanée - de la perte d'autonomie des résidents et de prendre en compte le GMP validé sur site courant 2012 avant la réalisation de la coupe PATHOS

Il vous appartient d'établir vos priorités autour de deux axes organisationnels et financiers, en cohérence avec les orientations des circulaires de campagne budgétaire. C'est en effet au terme d'un dialogue entre les médecins chargés de la validation des coupes PATHOS et les tarificateurs de chaque ARS que doit être établie, dans la limite des autorisations d'engagement complétées, le cas échéant, des crédits de paiement afférents à la médicalisation, la liste des établissements devant faire l'objet d'une coupe PATHOS validée l'année N.

1. La cible de la campagne de médicalisation des prochaines années reste constituée des établissements dont la convention tripartite de première génération est toujours en attente de renouvellement, en commençant par les établissements dont la DOMINIC est la plus faible, qui seraient manifestement sous-dotés.
2. La liste indicative des EHPAD éligibles chaque année à une évaluation AGGIR/PATHOS est établie conjointement par l'ARS et les conseils généraux de son ressort en début d'année et chaque établissement qui figure sur la liste est informé par courrier de son éligibilité à cette double évaluation. Le calendrier des visites de validation sur site est établi à l'avance, en accord avec chacun d'entre eux, par le conseil général et l'ARS. Sur ces bases, un courrier de confirmation des dates retenues est adressé au directeur et au médecin coordonnateur qui précise les modalités de dépôt de la base de données sur la plateforme GALAAD de la CNSA.
3. La réalisation des coupes s'organise selon les étapes suivantes :
  - ◆ information (ARS/conseil général) des établissements éligibles à une coupe l'année N ;
  - ◆ prise de contact avec le médecin coordonnateur par les médecins valideurs pour fixer d'un commun accord la date des visites de validation sur site des coupes et vérifier que le médecin coordonnateur a suivi la formation appropriée à l'utilisation du référentiel

PATHOS. Il est recommandé de rapprocher les calendriers entre les services de l'ARS et du conseil général, les validations devant intervenir au cours d'une même période, sur un délai resserré ;

- ◆ récupération par le médecin coordonnateur de la version actualisée du guide de codage des coupes PATHOS sur le site internet de la CNSA ou sur la plateforme GALAAD ;
- ◆ évaluation par le médecin coordonnateur, au moyen des référentiels AGGIR et PATHOS (ou par l'infirmière coordonnatrice sous la responsabilité de ce dernier, en ce qui concerne AGGIR), du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins requis (évaluation des pathologies) de tous les résidents de 60 ans et plus en hébergement permanent. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD éligible établit lui-même son compte à rebours et planifie l'évaluation des résidents de façon à être en mesure de présenter, lors de la validation sur site à une date fixée à l'avance d'un commun accord, des dossiers médicaux et de soins des résidents convenablement renseignés par les médecins traitants et tous les professionnels de santé, en regard des bases de données déposées sur la plateforme GALAAD de la CNSA. A l'occasion de la réalisation des coupes, le médecin coordonnateur s'assure que les dossiers médicaux et de soins des résidents ont été, au besoin, complétés en lien avec les médecins traitants et qu'ils retracent l'ensemble des informations relatives à leur état de santé et aux soins dispensés ;
- ◆ mise à disposition du médecin coordonnateur et du médecin du conseil général des identifiants et codes d'accès à la plateforme GALAAD-CNSA par l'ARS qui a le monopole de cette procédure ;
- ◆ transfert par l'EHPAD, via une connexion informatique, de sa base de données AGGIR/PATHOS sur la plateforme sécurisée GALAAD de la CNSA qui a reçu un agrément de la CNIL (données considérées comme sensibles par la CNIL et devant être anonymisées) selon une procédure précisée en annexe ( annexe 1b : procédure de transmission des bases de données à valider sur la plateforme GALAAD : mode opératoire du médecin coordonnateur) pour validation par un médecin du conseil général et par un médecin de l'ARS territorialement compétente désigné par le directeur général de l'ARS, avec accès du médecin du conseil général à la base informatique à valider. Les médecins du conseil général et de l'ARS chargés de la validation des coupes sont avisés par courriel de la transmission des bases sur la plateforme GALAAD dès que celles-ci sont mises en ligne. Le médecin coordonnateur reçoit également un courriel dès que les médecins valideurs récupèrent la base.
- ◆ Le dépôt des bases exploitables dans la plateforme GALAAD déclenche le délai de trois mois au terme duquel les évaluations sont réputées tacitement validées.

Cette transmission des bases à valider via la plateforme GALAAD-CNSA devra progressivement se substituer à la procédure « papier » qui prévaut encore pour de nombreux conseils généraux. L'ARS devra ouvrir des droits d'utilisateurs aux médecins des conseils généraux qui devront pouvoir accéder et disposer des bases déposées par les EHPAD.

La CNSA réalisera un support de formation sur l'outil informatique (les fonctions avancées de GALAAD) à destination des médecins valideurs des conseils généraux qui permettra aux ARS d'organiser des sessions de formation à leur intention. Par ailleurs, les formations PATHOS destinées aux médecins coordonnateurs des EHPAD incluront un module spécifique sur les

opérations de transfert et d'importation de leurs données dans GALAAD pour se prémunir contre les bases inexploitable.

Il est nécessaire de rappeler au médecin coordonnateur qu'il doit être en mesure, à la suite du dépôt des coupes à valider dans la plateforme GALAAD, de présenter l'ensemble des dossiers médicaux et de soins des résidents lors de la visite de validation sur place.

## **II.2. Coupes intermédiaires entre deux renouvellements de convention tripartite**

### **↳ S'agissant des conventions signées ou renouvelées à partir du 11 janvier 2013**

Vous veillerez à ce que la périodicité de la révision des coupes intervenant en cours d'exécution de la convention tripartite soit inscrite dans celle-ci, en application du 3ème alinéa de [l'article L. 314-9 du CASF](#), afin de la mettre en concordance avec les dispositions du nouveau décret, notamment en ce qui concerne la périodicité de la révision du niveau de perte d'autonomie entre deux signatures ou deux renouvellements de ladite convention.

### **↳ S'agissant des conventions en cours d'exécution le 11 janvier 2013, date d'entrée en vigueur du décret du 8 janvier 2013**

Les effets des contrats conclus antérieurement à la nouvelle réglementation demeurent, en principe, régis par les dispositions sous l'empire desquelles ils ont été passés.

Si une clause de renouvellement annuel du classement des résidents selon leur niveau de perte d'autonomie figure dans la convention, il vous appartient de proposer de contractualiser une nouvelle périodicité de ce classement pour la période restant à courir jusqu'à l'échéance de la convention. En cas de désaccord des parties, la clause en vigueur s'applique jusqu'à l'échéance de la convention

Si aucune clause de réévaluation de ce classement n'est inscrite dans la convention, il vous est proposé de prévoir et de planifier une révision des coupes AGGIR et PATHOS uniquement pour celles des conventions qui n'ont pas passé le cap de la troisième année d'exécution (N+2) et d'attendre, pour celles qui l'ont passé, les coupes prévues à l'occasion du renouvellement de la convention tripartite. Il s'agit des EHPAD dont les conventions ont pris effet en 2009 et en 2010 et qui feront l'objet d'une coupe AGGIR/PATHOS lors de leur renouvellement.

## **III. La procédure de validation est organisée conjointement par l'agence régionale de santé et le conseil général (arrêté du 15/11/ 2013 pris pour l'application de l'article R. 314-171-23 du CASF)**

La validation des évaluations du GMP et du PMP communiquées par chaque établissement intervient selon des modalités fixées par un arrêté du 15 novembre 2013 (JO du 23/11/2013).

Un protocole d'action signé entre l'ARS et les conseils généraux ([un document-cadre est proposé à l'annexe 2](#) de la circulaire relative à la mise en œuvre du décret du 8 janvier 2013) permet d'organiser les modalités de validation conjointe et coordonnée, voire simultanée, des coupes AGGIR et PATHOS, des PMP et des GMP entrant dans la composition du GMPS, intégrant un programme de validation coordonnée sur site (validation du GIR pour les conseils généraux et de la coupe PATHOS pour les ARS) selon un calendrier concerté.

Votre attention est appelée sur le fait que les coupes soumises à validation à compter du 11 janvier 2013, date d'entrée en vigueur du décret du 8 janvier, seront réputées validées tacitement à l'issue d'un délai de trois mois suivant leur transmission sur la plateforme GALAAD-



CNSA. La validation sur site, lorsqu'elle est prévue, doit donc intervenir dans ce délai de trois mois.

L'évaluation simultanée permet :

- ◆ d'apprécier au mieux les soins liés au niveau de dépendance et à l'état de santé des résidents, les soins de base et les soins requis par une analyse globale des deux coupes ;
- ◆ de mettre en cohérence dans le temps les indicateurs sur lesquels reposent la tarification et le niveau de financement à allouer aux établissements pour la période considérée ;
- ◆ de fiabiliser les données remontées en termes de GMP et de PMP car le décalage dans le temps est supprimé.

La validation des coupes s'organise sur le principe suivant : une validation sur site pour les évaluations réalisées lors de la conclusion ou du renouvellement de la convention tripartite ; une validation sur pièces pour les évaluations intermédiaires en cours d'exécution de la convention.

La validation sur site intervient en deux temps :

- ◆ analyse de cohérence préalable de la base adressée par l'EHPAD sur la plateforme GALAAD de la CNSA - vérification de l'absence de contradiction et de la compatibilité d'ensemble des deux évaluations AGGIR et PATHOS ;
- ◆ et validation sur site, dans l'établissement, à la date programmée conjointement à l'avance, qui peut, à la demande du médecin coordonnateur ou du médecin valideur, être modifiée et décalée.

Les coupes intermédiaires (l'année N+2 est préconisée) font l'objet d'une validation sur pièces dans les conditions précisées infra.

### III.1. La validation du GIR moyen pondéré (GMP)

Les dispositions du décret du 8 janvier 2013 relatives à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie moyen sont applicables à l'ensemble des EHPAD/USLD et des conseils généraux quel que soit le mode de versement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) - versement individuel aux résidents éligibles ou dotation globale afférente à la dépendance versée à l'établissement - car le calcul (le classement des résidents) et la validation du GMP sont indispensables à la formation de l'indicateur GMPS qui commande le calcul de la dotation soins de l'établissement.

La validation conjointe du GMP par le médecin du conseil général et par le médecin de l'ARS désignés à cet effet n'emporte pas nécessairement leur visite conjointe de l'établissement. Compte tenu de la compétence du département en matière d'évaluation et de financement de la perte d'autonomie des personnes âgées, le médecin du conseil général a vocation à être l'initiateur de cette procédure de validation du GMP.

- 1) réalisation à distance, à l'aide de l'outil informatique (fonctions avancées de GALAAD<sup>3</sup>), d'un premier contrôle de cohérence de la base concernant le codage du GIR par le médecin valideur du conseil général, pour détecter les incohérences ou les codages qui posent question. Les observations utiles sont, le cas échéant, communiquées au médecin coordonnateur pour qu'il modifie la saisie des variables incompatibles.

---

<sup>3</sup> Un certain nombre de combinaisons de codage ne sont pas possibles. Leur existence peut résulter soit d'une utilisation incorrecte de l'outil, soit d'erreurs de saisie des données.

Si le taux d'incohérences non explicables sur la cotation des variables discriminantes est supérieur à 1 %, la base n'est pas exploitée et l'établissement est invité par le ou les médecins valideurs à recommencer son évaluation et à présenter une nouvelle base<sup>4</sup>. Dans ce cas et dans l'attente de la nouvelle évaluation, la base PATHOS n'est pas exploitée et le délai de trois mois mentionné à l'article R. 314-171 du code de l'action sociale et des familles est suspendu ; il court à nouveau à la date de transmission de la nouvelle base sur la plateforme GALAAD.

Un taux d'incohérences sur les variables discriminantes inférieur à 1 % déclenche la validation sur site et l'exploitation coordonnée de la base de données PATHOS.

- 2) mise en place d'une procédure de validation sur site des données produites par chaque établissement sur la base d'un échantillon issu d'un tirage aléatoire à l'aide de l'outil informatique (fonctions avancées de GALAAD) et représentant 10 % des résidents de l'établissement concerné, sans toutefois pouvoir être inférieur à 20 résidents.

Validation sur site des variables discriminantes de la grille AGGIR de chaque résident de l'échantillon par le médecin du conseil général et, le cas échéant, selon les accords locaux, par le médecin du conseil général et l'ARS.

Le directeur de l'établissement ne peut participer aux opérations de validation sur site.

La validation est réalisée à partir des fiches AGGIR des résidents (fiches issues du logiciel GALAAD) éditées en double exemplaire, avec une signature conjointe des deux parties en cas d'accord ou lorsque la modification proposée est acceptée par le médecin coordonnateur et la transmission de fiches argumentaires, retraçant les positions respectives des deux médecins, en cas de désaccord.

Un taux d'erreur constaté sur les 10 variables discriminantes<sup>5</sup> (et non sur les adverbess<sup>6</sup>) inférieur ou égal à 5 % conduit à valider le GMP calculé par le médecin coordonnateur. Ainsi, si l'échantillon tiré au sort est de 20 personnes, un taux d'erreur égal ou inférieur à 10 variables conduit à la validation de l'évaluation réalisée par le médecin coordonnateur et du GMP qui en résulte.

Dès lors qu'il n'a pas fait l'objet d'un désaccord<sup>7</sup> porté devant la commission régionale de coordination médicale (CRCM), un taux d'erreur constaté sur les variables discriminantes supérieur à 5 % conduit à la non validation du GMP et une nouvelle évaluation doit être transmise par le médecin coordonnateur dans un délai d'un mois. Si un désaccord intervient entre les médecins lors de cette deuxième validation, une fiche argumentaire, présentant leur position respective, est communiquée à la CRCM qui doit déterminer le

---

<sup>4</sup> Ce test de cohérence préliminaire n'est pas nouveau (cf arrêté du 26 avril 1999) et a pour objet de repérer d'éventuelles combinaisons de codage impossibles ou incompatibles entre elles qui révèlent une utilisation incorrecte d'AGGIR, traduisant une méconnaissance de l'outil, aggravée le cas échéant par des erreurs de saisie de données. Ce qui explique le taux de 1%.

<sup>5</sup> Les 10 variables discriminantes sont des variables d'activité corporelle et mentale : cohérence, orientation, toilette, habillement, alimentation, élimination urinaire et fécale, transferts, déplacements à l'intérieur, déplacements à l'extérieur, capacité d'alerter.

Le modèle AGGIR comporte en outre 7 variables d'activité domestique et sociale, dites variables illustratives : gestion, cuisine, ménage, transports, achats, suivi du traitement et activités du temps libre.

<sup>6</sup> A chaque variable peuvent correspondre trois modalités déterminées par 4 adverbess : A : fait seul, spontanément et totalement et habituellement et correctement. B : fait seul, non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement, et/ou non correctement. C : ne fait pas seul, ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement. Le décret n° 2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR précise la signification particulière à attribuer à chacun des 4 adverbess pour chacune des variables.

<sup>7</sup> Le terme « désaccord » s'entend de tous types de désaccords, y compris ceux relatifs aux modalités de la validation sur sites

classement définitif des résidents. Par contre si, au terme de cette deuxième évaluation et à l'issue d'une nouvelle validation sur site par le médecin valideur du Conseil général, dès lors que celle-ci n'a pas fait l'objet d'un désaccord porté devant la CRCM, un taux d'erreur de plus de 5 % persiste, 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 créé.

- 3) La validation de l'évaluation intermédiaire du niveau de perte d'autonomie, dont il est préconisé qu'elle ait lieu l'année N+2 d'exécution de la convention, s'opère à distance, sur pièces, dès lors que le GMP n'a pas varié de plus de 5 % par rapport à la précédente validation sur site : le GMP est validé au terme du contrôle de cohérence des données de la base.
- 4) En cas de désaccord entre le médecin du conseil général et le médecin de l'ARS sur la validation du niveau de perte d'autonomie moyen d'un établissement et, cas plus fréquent, en cas de désaccord entre le médecin coordonnateur et le médecin du conseil général, une fiche argumentaire présentant le point de vue de chacun des médecins est communiquée à la commission régionale de coordination médicale (CRCM) à qui il appartient de déterminer le classement définitif. C'est seulement au terme de cette procédure précontentieuse, où le médecin coordonnateur de l'établissement peut être entendu à sa demande ou à celle du directeur de l'établissement - ainsi que, s'il le souhaite, le médecin dont la validation fait l'objet du litige -, qu'un recours peut être engagé devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale (TITSS).

La validation du GIR par le médecin du Conseil général fait l'objet d'un certificat de validation adressé au médecin de l'ARS, dans le cadre de la procédure de validation conjointe du GMP tarifaire de l'établissement. Le GMP est réputé validé conjointement dès lors que le médecin de l'ARS ne formule pas de désaccord auprès de la CRCM dans un délai de 8 jours.

Le certificat de validation mentionnant la valeur du GMP validé est ensuite adressé au directeur de l'EHPAD pour signature du médecin coordonnateur et renvoi au médecin du conseil général et à l'ARS sans un délai de 15 jours.

### **III.2. La validation du PATHOS moyen pondéré (PMP)**

La formation à l'utilisation du référentiel PATHOS est un pré-requis : à l'appui de sa demande de validation de la coupe PATHOS, le médecin coordonnateur de l'établissement éligible à cette validation doit présenter l'attestation de formation délivrée par l'ARS.

- 1) L'ARS organise un contrôle de cohérence à distance entre les données GIR et PATHOS et une vérification par échantillonnage de la base de données PATHOS déposée sur la plateforme GALAAD à l'aide de VALID P<sup>8</sup> qui permet d'identifier les atypies voire les incohérences et déclenche alors une procédure d'alerte à destination du médecin chargé de la validation. Cette première analyse de la base PATHOS est primordiale car elle peut justifier une demande de révision du codage et la transmission d'une nouvelle base par l'établissement sans mobiliser indûment le médecin de l'ARS chargé de la validation. Dans ce cas de figure, L'ARS informe le médecin coordonnateur que le délai de trois mois mentionné à l'article R. 314-171 du code de l'action sociale et des familles est suspendu et court à nouveau à la date de transmission de la nouvelle base ;

---

<sup>8</sup> VALID P est un outil d'échantillonnage à la disposition des ARS

- 2) L'ARS sélectionne de manière non aléatoire, ciblée sur les profils les plus lourds tout en incluant 15 % de fiches de résidents présentant les PMP les moins élevés, un échantillon représentant entre 50 % et 70 % des résidents qui donne lieu à une validation sur place à la date programmée conjointement. Un double jeu des fiches individuelles à valider est édité ;
- 3) Le médecin coordonnateur de l'établissement s'assure de la validité de l'information médicale retenue pour le codage auprès des médecins traitants des résidents [qui sont invités à mettre le dossier médical de leurs patients à jour] ;
- 4) Le médecin de l'ARS organise la validation sur site en présence du médecin coordonnateur et, le cas échéant, d'autres membres de l'équipe soignante :  

Le repérage d'anomalies répétées sur une règle de codage conduit à la vérification de toutes les fiches relevant de cette règle. A l'inverse, dès lors que le codage montre une bonne compréhension des règles, le médecin valideur de l'ARS peut alléger les opérations de validation. Cet échange sur dossiers médicaux, et le cas échéant auprès du résident, pour valider le codage PATHOS est protégé par le secret médical et se déroule de manière contradictoire avec le médecin coordonnateur et l'infirmier cadre de santé ou coordonnateur. Le directeur de l'établissement n'a pas à connaître ces échanges sur dossiers médicaux ;
- 5) Quand il y a accord sur le codage proposé, le dossier est validé en l'état. Quand le codage est modifié d'un commun accord entre le médecin coordonnateur et le médecin de l'ARS, la signature conjointe des fiches rectifiées vaut validation ;
- 6) La validation intermédiaire des besoins en soins requis, dont il est préconisé qu'elle ait lieu l'année N+2 d'exécution de la convention, s'opère à distance, sur pièces, dès lors que le PMP n'a pas varié de plus de 5 % par rapport à la précédente validation sur site ;
- 7) En cas de désaccord entre le médecin de l'ARS et le médecin coordonnateur, une fiche argumentaire remplie par chacun des deux médecins est communiquée à la CRCM qui est chargée de déterminer le classement définitif des résidents. C'est seulement au terme de cette procédure pré-contentieuse, où le médecin coordonnateur de l'établissement peut être entendu à sa demande ou à celle du directeur de l'établissement - ainsi que s'il le souhaite le médecin de l'ARS dont la validation fait l'objet du litige -, qu'un recours peut être engagé devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale (TITSS) ;
- 8) L'ARS corrige, le cas échéant, la base de données Pathos validée qui est accessible à l'établissement pendant une période fixée d'un commun accord entre l'ARS et l'établissement sur la plateforme GALAAD-CNSA puis ferme l'accès à la plateforme GALAAD pour l'établissement concerné ;
- 9) L'ARS procède à l'envoi du procès-verbal de visite et du certificat de validation mentionnant la valeur du PMP validé au directeur de l'EHPAD pour signature du médecin coordonnateur, à retourner à l'ARS dans un délai de 15 jours. En cas de refus de signature du médecin coordonnateur, le PMP doit être considéré comme validé et être communiqué, dans un délai de deux mois, à l'autorité de tarification qui arrête le montant de la dotation soins. Cet arrêté de tarification peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale (TITSS) de la part de l'établissement.

### III.3. La validation tacite

Votre attention est appelée sur le fait que, conformément aux dispositions de l'[article R. 314-171 du CASF](#), les médecins chargés de la validation disposent d'un délai de 3 mois à compter de la réception des évaluations transmises par l'établissement pour les valider. Le délai de trois mois court à compter de la date à laquelle l'établissement a déposé une base de données exploitable sur la plate forme GALAAD. La suspension de ce délai ne peut résulter que de deux cas de figure : une base inexploitable et un taux d'incohérences sur la cotation AGGIR ou sur la cotation PATHOS tel qu'il nécessite une nouvelle évaluation de la perte d'autonomie ou du besoin en soins requis. Au-delà de ce délai, le silence vaut validation tacite. Cette modalité de validation est exceptionnelle dans la mesure où vous établissez chaque année la liste indicative et le calendrier prévisionnel des validations avec les conseils généraux de votre ressort.

Lorsque, dans un délai de 2 mois à compter d'une validation tacite, l'ARS ou le conseil général en tant qu'autorités tarifaires respectives ont connaissance d'erreurs supérieures à des seuils fixés par l'[arrêté du 15/11/2013 \(JO du 23/11/2013\)](#) pris en application de l'article R. 314-171 du code de l'action sociale et des familles, ils saisissent les médecins valideurs qui disposent d'un délai d'un mois pour rendre leur avis, c'est-à-dire pour procéder à une validation explicite des coupes. Celle-ci est susceptible de faire l'objet d'un recours précontentieux de l'établissement concerné devant la commission régionale de coordination médicale (CRCM)

Dans le cas où le contrôle *a posteriori* conduit à déterminer un indicateur synthétique GMPS différent de celui issu des validations tacites et que cet indicateur initial a été pris en compte pour le calcul du montant de l'allocation de ressources au titre de la dotation afférente aux soins et/ou à la dépendance lors de la tarification de l'établissement, les sommes indûment perçues par l'établissement lui sont notifiées et sont déduites du montant des dotations de l'exercice budgétaire suivant.

### III.4. La valeur du GMP et du PMP des établissements nouvellement créés

Les établissements concernés sont ceux autorisés à accueillir pour la première fois des personnes âgées dépendantes et non les établissements faisant l'objet d'une extension de capacité quelle qu'elle soit.

La valeur du GMP d'un établissement nouvellement créé est égale à la valeur moyenne pondérée du GMP de l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) implantés dans le département et tenus de passer une convention tripartite, arrêtée par le président du conseil général au 31 décembre de l'année précédente et communiquée par ses soins au directeur général de l'ARS au plus tard le 31 janvier de l'année en cours (arrêté du 15/11/2013). Il vous appartient de vous rapprocher des conseils généraux de votre région pour obtenir cette transmission en temps utile.

La valeur du PMP d'un établissement nouvellement créé est égale à un nombre de points, fixé à 110 par l'arrêté interministériel du 15 novembre 2013 (*JO du 26/11/2013*), ayant valeur de PMP d'installation. Le PMP « définitif » issu de la coupe PATHOS intervient au plus tard dans les 12 mois suivant la date d'ouverture de l'établissement.

### III.5. Les remontées d'information

Sur la base des données transmises par la CRCM, Il vous est demandé, à l'issue de chaque année d'exercice budgétaire, d'établir et de transmettre un bilan comprenant :

- ◆ le nombre de coupes validées tous modes confondus (sur pièces/sur site/ tacitement) en distinguant les coupes effectuées à la signature/renouvellement de la convention tripartite et les coupes intermédiaires ;
- ◆ le nombre de coupes déferées à la CRCM pour classement définitif ;
- ◆ le nombre de réunions de CRCM dans l'année ;
- ◆ le nombre de coupes validées tacitement ;
- ◆ le taux de coupes validées tacitement pour lesquelles l'autorité de tarification a eu connaissance d'erreurs supérieures aux taux fixés par arrêté ;
- ◆ les écarts constatés régionalement entre les GMP et les PMP validés tacitement et ceux issus de la validation explicite consécutive ;
- ◆ le nombre et le taux d'établissements dont le GMP et/ou le PMP validés ont été revus à la baisse ;
- ◆ le nombre et le taux d'établissements dont le GMP et/ou le PMP validés ont été revus à la hausse
- ◆ les écarts constatés régionalement entre les valeurs évaluées initialement et les valeurs validées en termes de GMP et de PMP ;
- ◆ le GMP et le PMP régional et les écarts constatés en termes de GMP et de PMP par département et sur les trois dernières années ;
- ◆ le montant de son impact sur les dotations soins en année N+1.

Ce bilan doit être transmis à la CNSA pour le 1<sup>er</sup> mars de l'année suivante (arrêté du 15/11/2013). Le premier bilan complet incluant l'activité des CRCM et le bilan de leur installation portera sur l'année 2014 et sera remonté au 1<sup>er</sup> mars 2015.

Au 1<sup>er</sup> mars 2014, la CNSA produira le bilan des coupes PATHOS 2013 à partir du tableau de suivi disponible sur la plateforme GALAAD-CNSA.

A compter de 2015, le système d'information, en cours d'actualisation, permettra à la CNSA d'établir un bilan complet des coupes AGGIR et PATHOS et de l'activité des CRCM.

## IV. La commission régionale de coordination médicale (CRCM)

### IV.1. Ses missions

La commission régionale de coordination médicale issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 et du décret du 8 janvier 2013 a changé de rôle et de périmètre par rapport à la commission départementale : cette dernière avait une composition purement institutionnelle avec un médecin inspecteur de santé publique, un médecin appartenant aux équipes médico-sociales du département et un praticien-conseil de l'assurance maladie et son rôle de conciliation consistait à arbitrer les désaccords entre les médecins chargés de valider le classement des résidents selon leur niveau de dépendance.

La commission régionale de coordination médicale, dont la composition est identique qu'elle siège au titre d'un litige portant sur le classement des résidents au regard de leur niveau de perte d'autonomie ou de leurs besoins en soins requis, a désormais à connaître non seulement les désaccords entre les médecins précités mais aussi entre ces derniers et le médecin coordonnateur de l'établissement. Elle détermine à la majorité de ses membres le classement définitif des résidents de l'établissement : à ce titre, elle agit en tant qu'instance précontentieuse, chargée

d'arbitrer les litiges préalablement à tout recours contentieux porté par l'établissement devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale (TITSS).

Lors d'une validation en bonne et due forme du niveau de perte d'autonomie des besoins en soins requis des résidents, s'il y a matière à contestation sur leur classement, celle-ci - et donc la saisine de la CRCM destinataire des fiches argumentaires communiquées par chaque partie - intervient pendant la procédure de validation des coupes qui débute avec la transmission à l'ARS sur la plateforme GALAAD-CNSA des bases de données résultant des évaluations AGGIR et PATHOS et qui se termine avec l'envoi du certificat mentionnant les valeurs du GMP et du PMP et non *a posteriori*.

Dans le cas d'une validation tacite, acquise au terme d'un silence de trois mois des autorités chargées de la validation des coupes, la CRCM n'est pas saisie. C'est uniquement en cas de contrôle *a posteriori*, qui doit intervenir dans les deux mois suivant la validation tacite et à la demande des autorités de tarification ayant connaissance d'erreurs de cotation supérieures à des seuils fixés par l'arrêté interministériel, du 15 novembre 2013 précité pour procéder à une validation explicite des coupes que celle-ci peut faire l'objet d'une contestation et d'une saisine de la CRCM.

La commission régionale de coordination médicale exerce cinq missions principales :

- ◆ veiller à la bonne organisation dans la région concernée des opérations d'évaluation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des résidents réalisées par le médecin coordonnateur de chaque établissement ;
- ◆ veiller, en lien avec les conseils généraux et les ARS, à la qualité des formations à l'utilisation des référentiels AGGIR et PATHOS dispensées aux médecins coordonnateurs ;
- ◆ assurer l'information sur les modalités de validation des évaluations AGGIR et PATHOS par les médecins des agences régionales de santé et des conseils généraux désignés à ce titre ;
- ◆ déterminer le classement définitif de l'établissement concerné en cas de litige entre les médecins chargés de la validation ou entre ces derniers et le médecin coordonnateur ayant réalisé le classement initial ;
- ◆ produire annuellement, à des fins statistiques et d'étude, les données anonymisées relatives au relevé de ses décisions ; les communiquer au fur et à mesure aux autorités tarifaires et, pour les données qui le concernent, à chaque établissement ainsi qu'au directeur de la CNSA et aux ministres chargés de la santé et des personnes âgées, avant le 1er mars de l'année qui suit l'année de référence de ces données, en même temps que le bilan transmis à la CNSA par l'ARS (cf. supra).

## IV.2. Sa composition (article R. 314-171-1 nouveau du CASF)

Outre les deux médecins désignés respectivement par le directeur général de l'ARS et le président du conseil général, la composition de la CRCM est élargie à un médecin gériatre et à un médecin coordonnateur exerçant tous les deux dans la région de compétence de la CRCM, désignés par le directeur général de l'ARS sur proposition des responsables régionaux des sociétés savantes (SFGG - Société française de gériatrie et gérontologie) et des organisations professionnelles (FFAMCO - Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD). Seuls des médecins autres que ceux ayant procédé à la réalisation ou à la validation des coupes faisant l'objet du litige sont habilités à établir le classement définitif des résidents au regard de leur niveau de perte d'autonomie et/ou de leurs besoins en soins requis.

Dans ces conditions, il vous est recommandé :

- ◆ de désigner un titulaire et un suppléant pour chacune des quatre catégories de médecins composant la CRCM ;
- ◆ de veiller à nommer comme membres de la CRCM des experts possédant une bonne connaissance de la grille AGGIR et du référentiel PATHOS. A ce titre, le médecin référent de l'ARS et le médecin gériatre, dès lors qu'il est membre de la SRGG et sauf meilleur choix de votre part, que vous avez désignés comme formateurs régionaux ont vocation à être nommés membres titulaires de la CRCM ;
- ◆ de disposer d'au moins deux médecins d'ARS (titulaire et suppléant) disposant d'une bonne expertise sur les référentiels AGGIR et PATHOS.

Dans les départements d'outre-mer, lorsque la CRCM siège en formation précontentieuse pour déterminer le classement définitif d'un établissement en cas de litige, sa composition est, par exception, interrégionale, le titulaire et le suppléant désignés pour chacune des quatre catégories de médecins composant la CRCM pouvant provenir de régions différentes. Une composition purement régionale peut être retenue pour les autres fonctions exercées par la CRCM.

Votre attention est appelée sur le fait que la qualité de médecin valideur n'interdit nullement d'être membre de la CRCM : les médecins désignés par vous-même ou par le président du conseil général pour la validation des coupes peuvent siéger au sein de la CRCM dès lors qu'ils ne participent pas au règlement d'un litige portant sur une coupe qu'ils auraient eux-mêmes validée.

Vous inviterez les présidents des conseils généraux de votre ressort à vous communiquer les noms du titulaire et du suppléant qu'ils désignent pour siéger au sein de la CRCM en qualité de médecins du département. Vous les encouragerez à convenir d'une représentation collégiale régionale, c'est-à-dire à désigner, chaque fois qu'il sera possible, deux médecins - exerçant dans deux départements différents - pour représenter, en qualité de titulaire et de suppléant, l'ensemble des départements de la région.

Vous solliciterez le représentant régional de la SFGG pour qu'il vous propose une liste de gériatres parmi lesquels vous désignerez le titulaire et le suppléant appelés à siéger à ce titre au sein de la CRCM. De même, vous solliciterez ensemble les représentants régionaux de la SFGG et de la FFAMCO pour qu'ils vous proposent une liste commune de noms de médecins coordonnateurs exerçant dans la région de compétence de la CRCM parmi lesquels vous nommerez le titulaire et le suppléant appelés à siéger au sein de la CRCM en qualité de médecin coordonnateur.

Au terme de ces démarches, vous établirez la décision portant nomination des membres de la commission régionale de coordination médicale de votre ressort. Cette nomination est prononcée pour une durée de 3 ans renouvelable. La décision précitée sera publiée au recueil des actes administratifs de la région. Vous procéderez à l'installation de ladite commission.

Les CRCM ont vocation à développer une culture confraternelle de l'évaluation médicale autour des référentiels AGGIR et PATHOS et à instaurer le dialogue et les échanges entre les évaluateurs et les valideurs. Un bilan de leur fonctionnement à un an sera établi et communiqué à l'ensemble des parties prenantes permettant, le cas échéant, d'objectiver d'éventuels conflits d'intérêt et dysfonctionnements auxquels il sera alors remédié.

### **IV.3. Son fonctionnement**

La CRCM est présidée par le médecin de l'ARS et vice-présidée par le médecin du conseil général. En cas d'égal partage des voix, la voix du président est prépondérante. Le secrétariat de la CRCM est assuré par l'ARS.

Les dates de réunion sont fixées d'un commun accord entre les membres de la CRCM. En cas d'empêchement, le titulaire fait appel à son suppléant.



Les fonctions du médecin gériatre, du médecin coordonnateur et de leurs suppléants au sein de la CRCM ne sont pas rémunérées et sont exercées sur le temps de travail du médecin coordonnateur.

Les frais de déplacement des membres de la CRCM sont pris en charge respectivement par l'ARS en ce qui concerne les médecins de l'ARS, les médecins gériatres et les médecins coordonnateurs et par les conseils généraux en ce qui concerne les médecins des services sociaux et médico-sociaux des départements. Les frais de déplacement du médecin coordonnateur entendu à sa demande par la CRCM sont à la charge de l'établissement qui l'emploie.

Afin de traiter les dossiers litigieux au fur et à mesure de leur arrivée et d'éviter les déplacements, les réunions de la CRCM en formation précontentieuse peuvent, dans toutes les régions, se dérouler sous forme de visio-conférences et de conférences téléphoniques dont les modalités d'organisation et les frais sont à la charge de l'agence régionale de santé.

Chaque début d'année, la CRCM est destinataire de la liste indicative des EHPAD éligibles à une coupe coordonnée AGGIR/PATHOS (renouvellements de convention et évaluations intermédiaires) et du calendrier prévisionnel des opérations de validation établis conjointement par l'ARS et le conseil général.

Il est prévu qu'en cas de désaccord avec le médecin de l'ARS et/ou du conseil général sur la validation du classement des résidents, le médecin coordonnateur, à sa demande ou à celle du représentant légal de l'établissement, est entendu par la commission. Dans ces circonstances, afin d'offrir les mêmes modalités d'expression à toutes les parties en présence et de garantir une procédure contradictoire équilibrée, le médecin dont la validation fait l'objet du litige est également entendu par la commission, s'il le souhaite.

En cas de saisine de la CRCM, l'ancienne évaluation continue de s'appliquer tant que la décision de validation définitive n'est pas arrêtée : en effet, la loi organise les modalités de règlement des divergences entre les parties et charge la CRCM, lorsque les avis des évaluateurs et des valideurs ne concordent pas, de déterminer le classement définitif. Dans ces conditions, un classement qui suscite un désaccord entre les parties n'emporte aucun effet juridique et ne peut être retenu.

Au regard de ces dispositions, la CRCM rend sa décision de classement définitif des résidents au regard de leur niveau de perte d'autonomie et/ou de leurs besoins en soins requis dans les meilleurs délais pour permettre, le cas échéant, à l'établissement qui estimerait que la décision de classement définitif qu'elle a arrêtée lui fait grief d'introduire un recours devant le TITSS.

Les décisions de la CRCM sont motivées et comportent l'énoncé des considérations qui ont guidé ses choix. Elles sont notifiées par écrit aux parties concernées.

## **V. Les formations aux référentiels AGGIR et PATHOS et leur financement**

Les instructions DGCS/CNSA du 16 février 2010 sur les formations à l'utilisation du modèle PATHOS et du 12 mars 2009 sur les formations destinées aux utilisateurs de la grille AGGIR constituent le socle pédagogique pour l'organisation des formations par les médecins que vous avez désignés comme formateurs régionaux pour PATHOS et AGGIR (binôme médecin référent de l'ARS et médecin gériatre), en lien avec les médecins référents des conseils généraux pour les formations AGGIR.

Dans toute la mesure du possible, vous vous efforcerez d'organiser avec les conseils généraux de votre ressort des sessions conjointes de formation sur deux jours, une journée pouvant être consacrée à la formation à l'utilisation de la grille AGGIR par un formateur référent conseil général ou conjointement avec lui (quand les formations AGGIR ne sont pas directement organisées par

l'ARS avec l'accord des conseils généraux comme c'est le cas en Limousin et en Haute-Normandie par exemple), l'autre à la formation à l'outil PATHOS. Ces sessions conjointes permettront une sensibilisation à la cohérence et à l'interdépendance des deux coupes.

Les publics visés par ces formations sont :

- ◆ les médecins coordonnateurs - ainsi que les infirmières coordonnatrices s'agissant d'AGGIR - des EHPAD, responsables de la réalisation des coupes, avec une priorité accordée aux établissements éligibles à une évaluation l'année en cours,
- ◆ les médecins des ARS et des conseils généraux chargés de la validation des coupes
- ◆ les médecins coordonnateurs des unités de soins de longue durée (USLD),

Les directeurs d'EHPAD sont invités aux formations PATHOS.

Il est rappelé que les formations au modèle PATHOS constituent, pour les médecins coordonnateurs, un pré-requis à la validation des coupes PATHOS par le médecin de l'ARS. Dans ce cadre, seules les formations dispensées par le formateur de l'ARS et le médecin gériatre agréé par la CNSA donnent lieu à la délivrance de l'attestation de formation. Il vous appartient de le rappeler dans les lettres d'invitation aux formations que vous organisez. S'il est de bonne pratique d'inviter le médecin coordonnateur, déjà titulaire d'une attestation de formation en bonne et due forme, à participer, à l'occasion du renouvellement de la coupe PATHOS de son établissement, à une nouvelle session de formation, en guise de « piqure de rappel », il est précisé que sa participation demeure facultative.

De même, le médecin titulaire de l'attestation officielle de formation n'est pas tenu à une nouvelle formation s'il exerce dans une région voisine.

Par ailleurs, la CNSA est chargée de réaliser, à destination des médecins valideurs désignés par les présidents de conseil général, un support de formation à l'utilisation de l'outil informatique (fonctions avancées de GALAAD) qui pourra faire l'objet de formations « prise en mains » organisées à leur intention par les ARS.

Enfin, la CNSA continuera d'assurer la labellisation des gériatres référents en participant à leur première séance de formation régionale. Elle organisera au cours de l'année 2013 des séances de formation à leur intention.

L'ensemble des supports pédagogiques relatifs aux formations AGGIR/PATHOS est désormais à votre disposition tant sur le site internet ([www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)) que sur l'extranet de la CNSA et peut être remis aux participants lors des sessions de formation.

Les frais afférents à l'organisation des formations (paiement des gériatres enseignants régionaux sur la base de 500 € nets/jour, location de salles et de matériel, prise en charge des frais de déplacement des formateurs) sont à la charge des ARS. *A contrario*, le défraiement des médecins coordonnateurs est pris en charge directement par les établissements eux-mêmes, soit sur leur temps de travail, soit par un défraiement supplémentaire si nécessaire.

Afin de compenser ces frais, une contribution forfaitaire est notifiée annuellement à chaque ARS par la CNSA. D'un montant de 250 000 € au plan national, les crédits sont répartis en fonction du nombre d'EHPAD installés dans chaque région. Un ajustement a été opéré pour que les ARS disposent, au minimum, d'une enveloppe de 5 000 € pour l'organisation de ces formations.

Il convient de souligner que ces fonds étant versés directement aux ARS, les crédits non consommés de l'exercice 2012 peuvent, sous réserve d'être encore disponibles dans le fonds de roulement de l'ARS, être reportés en 2013 : protégés par le principe de fongibilité asymétrique, ils ne peuvent avoir pour seul usage que le financement des formations précitées.

Vous adresserez un compte-rendu global d'activité des actions de formation à la CNSA pour le 15 mars 2014. Celui-ci devra justifier de l'emploi des crédits reçus et préciser le nombre de personnes formées au cours de l'année écoulée ainsi que le volume financier consommé sur les crédits délégués.

## Annexes

Annexe 1b : mode opératoire du médecin coordonnateur : procédure de transmission sur la plateforme GALAAD-CNSA des bases de données issues des évaluations AGGIR et PATHOS

Annexe 1c : Logigramme de la coupe Pathos : processus de validation des coupes PATHOS


Annexe 1d : Tableau des données annuelles d'activité relatives aux coupes AGGIR et PATHOS



# MODE OPÉRATEUR DU MÉDECIN COORDONATEUR







MODE OPÉRATOIRE DU MEDECIN COORDONATEUR .....	4
Sauvegarde de la base .....	4
Connexion à la plateforme .....	5
Modification du mot de passe .....	7
Dépôt de la base GALAAD : .....	8

# MODE OPÉRATOIRE DU MEDECIN COORDONATEUR

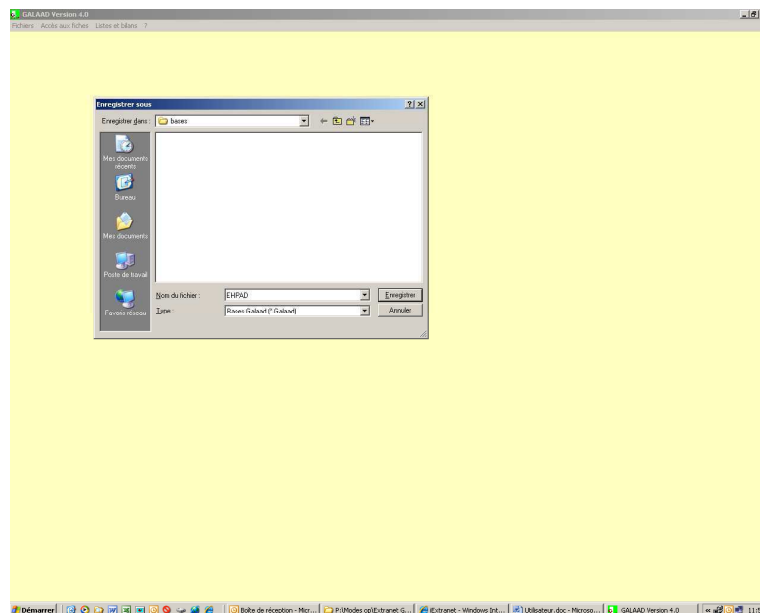
## Sauvegarde de la base

Le médecin coordonateur doit importer sa base de données dans GALAAD (sauf si la saisie a été faite dans GALAAD). Il peut ainsi bénéficier des bilans automatisés disponibles dans GALAAD. La première étape de la transmission consiste à sauvegarder la base :

Ouvrir GALAAD, et faire Fichier, sauvegarde.



La fenêtre suivante s'ouvre :



Dans « Nom du fichier », indiquer **le nom de votre structure**, puis enregistrer.

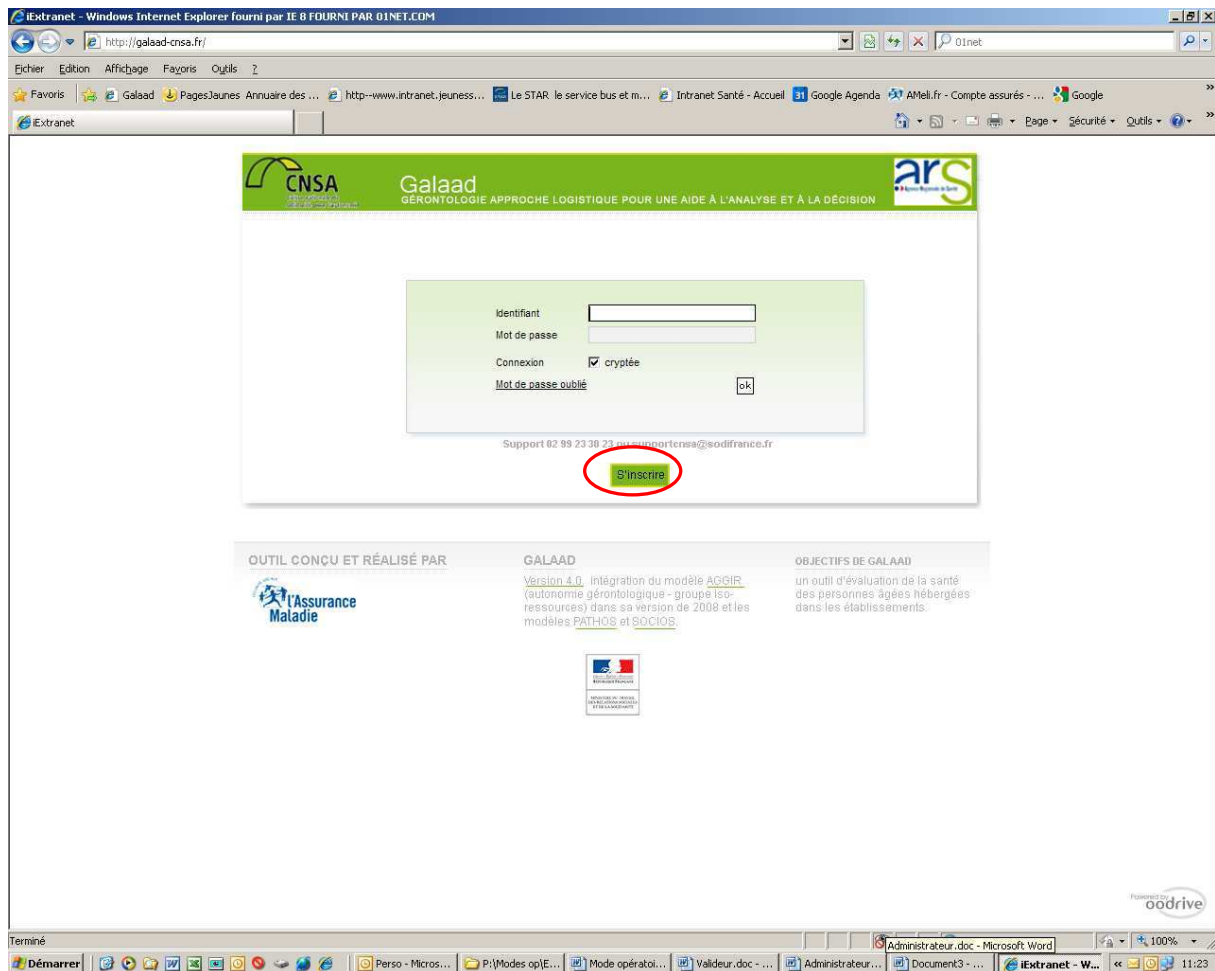


## Connexion à la plateforme

Pour transmettre vos données à l'ARS, vous devez vous connecter à une plateforme d'échanges de fichiers.

Pour pouvoir se connecter à la plateforme GALAAD CNSA, il faut se rendre sur le site : <http://galaad-cnsa.fr/>

Puis cliquer sur « S'inscrire »



The screenshot shows a web browser window displaying the Galaad CNSA website. The page features a green header with the logos for CNSA, Galaad, and ARS. Below the header is a central white box containing a login form with fields for 'Identifiant' and 'Mot de passe', a 'Connexion' checkbox (checked), and a 'Mot de passe oublié' link. A red circle highlights the 'S'inscrire' button below the form. Below the login form, there is a section titled 'OUTIL CONÇU ET RÉALISÉ PAR' with logos for 'Assurance Maladie' and 'Ministère de la Santé et des Solidarités'. To the right, there is a section titled 'OBJECTIFS DE GALAAD' describing the tool's purpose. The browser's taskbar at the bottom shows several open applications, including Microsoft Word and Internet Explorer.

Renseigner les champs comme suit :

The screenshot shows a web browser window with the URL <http://galaad-cnsa.fr/>. The page features the CNSA logo (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) and the title 'FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU PORTAIL ÉLECTRONIQUE DE GALAAD'. The form contains the following fields:

Nom :	DUPONT
Prénom :	Gérard
Email :	gerard.dupont@ehpad.fr
Numero telephone :	0299000010
Numero portable :	0655000000
Nom Etablissement :	EHPAD XXX
Numéro Finess Juridique :	350000000
Numéro Finess Géographique :	350000010
Ville Etablissement :	Rennes
ARS de rattachement :	ARS Bretagne

Buttons: [Enregistrer](#) [Annuler](#)

Attention, la demande d'inscription doit être faite **AU NOM DU MEDECIN COORDONNATEUR DE LA STRUCTURE.**

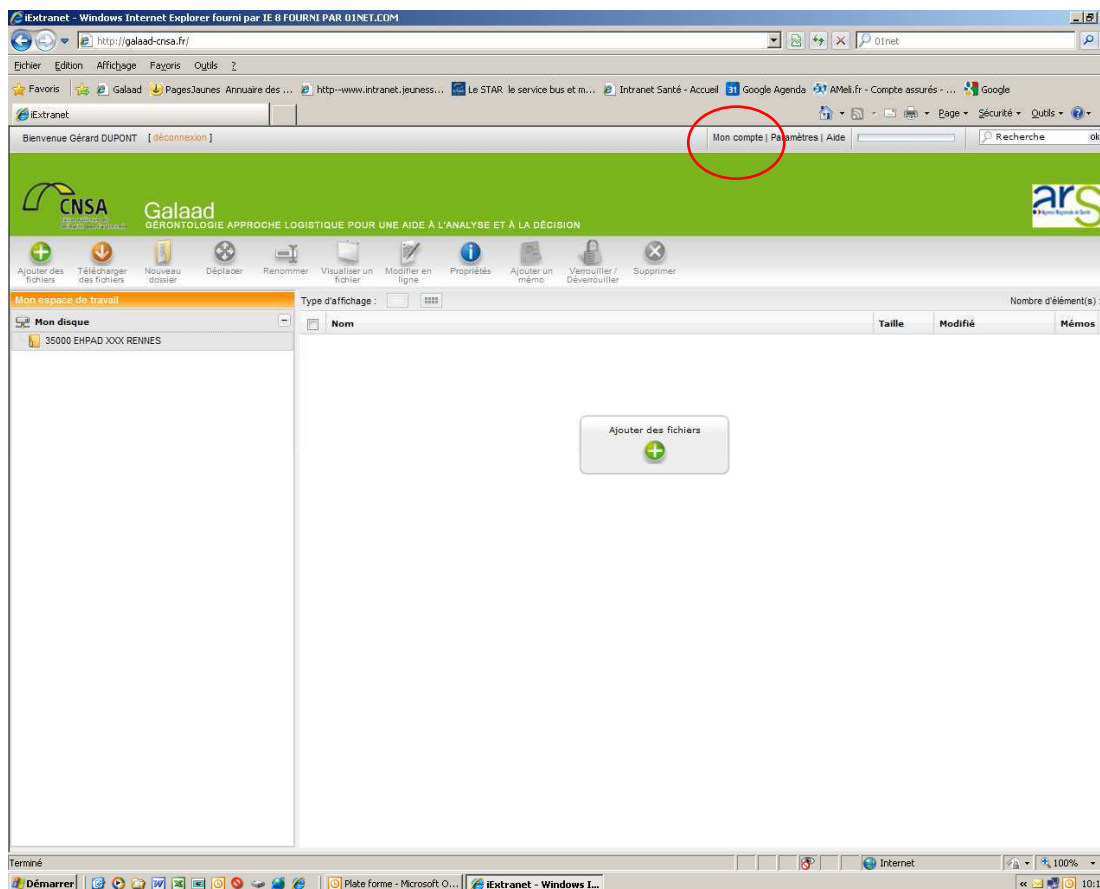
Une fois enregistré le formulaire d'inscription est adressé à l'administrateur régional qui procède à l'inscription.

Le médecin coordonnateur reçoit alors deux mails, l'un contenant son identifiant, l'autre son mot de passe.

En retournant sur le site <http://galaad-cnsa.fr>, le médecin coordonnateur peut alors se connecter en utilisant l'identifiant et le mot de passe reçus par mail et en cliquant sur OK

## Modification du mot de passe

Lors de la première connexion, il est possible de changer le mot de passe. Voici comment le changer lors d'une connexion ultérieure.



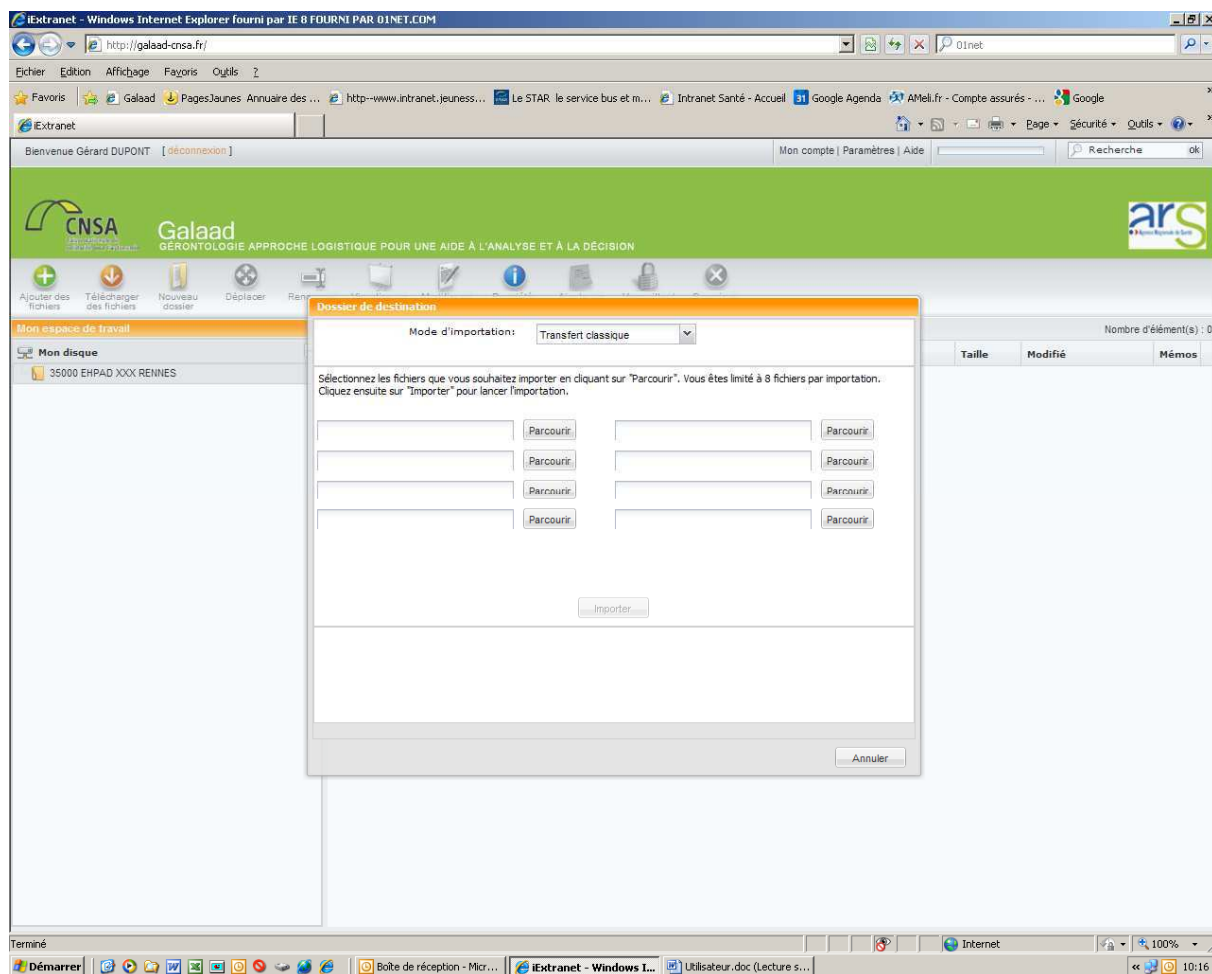
Dans la rubrique « Mon compte », se positionner sur l'onglet « mot de passe ». Entrer l'ancien mot de passe, puis le mot de passe que vous avez choisi. Le mot de passe doit contenir 8 caractères dont au moins un chiffre.

Une fois connecté, vous aurez accès à deux répertoires :

- « **Documentation** » : espace partagé créé par l'administrateur de la plate forme. La documentation relative aux coupes PATHOS y est stockée.
- Votre structure.

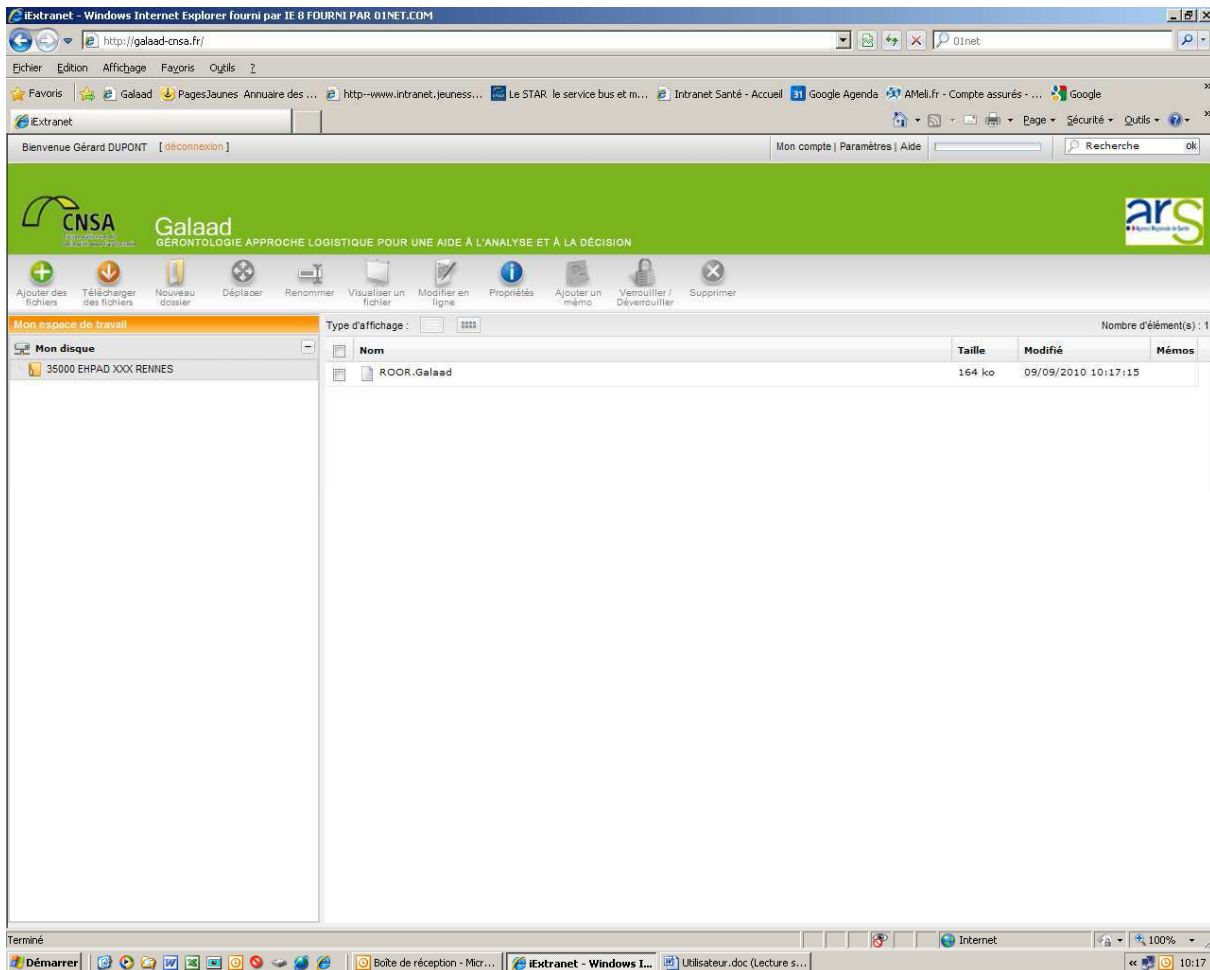
## Dépôt de la base GALAAD :

Pour déposer votre base GALAAD, il suffit de cliquer sur la croix verte « Ajouter des fichiers ». La fenêtre suivante s'ouvre :



Cliquer sur « Parcourir » et charger la base GALAAD que vous avez sauvegardé et qui se trouve sur C:\Program Files\GalaadV4.0\bases

Cliquer ensuite sur « Importer ». Une barre de progression bleue s'affiche alors. Une fois le fichier importé, il figure dans la liste de fichiers de la structure, comme sur l'écran suivant :



Le médecin valideur reçoit alors un mail dès que la base est mise en ligne sur la plateforme.

Le médecin coordonnateur reçoit également un mail dès que le valideur récupère la base.

RACI (Responsable / Acteur / consulté / informé)	délais	Etapas	documents associés	commentaires
<p>R/A : ARS C : Conseils Généraux (CGx) R: ARS A : ARS / CGx</p>				<p>Former les médecins valideurs et les administratifs Disposer d'un outil de programmation Matrice de compétences</p>
<p>R/A : ARS</p>				<p>Mode opératoire régional en cours d'élaboration</p>
<p>R/A : ARS I: médecin coordonnateur</p>			<p>GALAAD</p>	<p>Courrier type</p>
<p>R : ARS C : EHPAD (médecin)</p>	<p>15 jours avant visite</p>			
<p>R/A : ARS R : ARS A: EHPAD</p>	<p>Début délai de 3 mois pour valider</p>		<p>VALID P</p>	<p>PMP : Pathos Moyen Pondéré</p>
<p>R/A : ARS</p>				
<p>R/A : ARS (médecin) + EHPAD (médecin coordonnateur)</p>	<p>Fin du délai maximum</p>			<p>SMTI, GPP9, 6, 7... fiche par fiche Groupe de patients proches, Soins Médico-Techniques Importants... En présence du médecin coordonnateur (et de l'infirmière coordinatrice)</p>
<p>R/A : ARS (médecin valideur)</p>			<p>Décret n°2013-22 du 8 janvier 2013</p>	<p>Intégration de l'avis de la CRCM au PMP final CRCM : commission régionale de coordination médicale 3 bilans : Etat pathologique, niveau et profil de soins (GALAAD) PV (VALID P)</p>
<p>R/A : ARS</p>				<p>La base validée peut être laissée à disposition de l'EHPAD pendant une semaine sur la plate-forme d'échange CNSA</p> <p>PV signé + fiches argumentaire (jusqu'à prochaine validation)</p>

**Tableau des données annuelles d'activité relatives aux coupes AGGIR et PATHOS  
Bilan annuel à transmettre à la CNSA au 1er mars de l'année suivante**

ARS de : 

	Les coupes effectuées à la signature/renouvellement de la convention tripartite	les coupes intermédiaires
Nombre de coupes validées tous modes confondus (sur pièces/sur site/ tacitement) en distinguant :		

nombre de coupes déferées à la CRCM pour classement définitif	
nombre de réunions de la CRCM dans l'année	
Nombre de coupes validées tacitement ;	
Taux de coupes validées tacitement pour lesquelles l'autorité de tarification a eu connaissance d'erreurs supérieures aux taux fixés par arrêté ;	
Ecarts constatés régionalement entre les GMP et les PMP validés tacitement et ceux issus de la validation explicite consécutive ;	

	Nombre		Taux	
	GMP	PMP	GMP	PMP
Révisions à la baisse du GMP et/ou PMP des établissements en :				
Révisions à la hausse du GMP et/ou PMP des établissements en :				

	GMP	PMP
Ecarts constatés régionalement entre les valeurs évaluées initialement et les valeurs validées en termes de GMP et de PMP ;		

	N - 1		N - 2		N - 3	
	GMP	PMP	GMP	PMP	GMP	PMP
GMP et PMP régional sur les trois dernières années						
écarts constatés en termes de GMP et de PMP par département et sur les trois dernières années						

montant de son impact sur les dotations soins en année N+1.	
---	--

**PROTOCOLE D'ACTION ENTRE L'ARS DE ET LE CONSEIL GENERAL DE POUR  
LA VALIDATION CONJOINTE DE LA PERTE D'AUTONOMIE EN EHPAD (GMP)**  
(annexe 2 à la circulaire n°DGCS/DSS/2013-xxx du x x décembre 2013-12-02)

Ce document n'est pas opposable. Il s'agit d'un protocole de coopération [librement] souscrit entre le Conseil général de ... et l'Agence régionale de santé de ..., respectivement dénommés CG et ARS, définissant des règles communes et des engagements réciproques pour une validation conjointe du niveau de perte d'autonomie des résidents hébergés en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sous la forme du GMP (GIR moyen pondéré) de l'établissement.

**Contexte :**

**Mise en œuvre des procédures de validation prévues à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles (CASF)**

L'objectif de ce protocole est de fixer l'organisation à mettre en place entre le CG et l'ARS pour l'application des nouvelles modalités d'évaluation et de validation du niveau de perte d'autonomie dans les EHPAD et pour la mise en place d'une commission régionale de coordination médicale (CRCM) telles qu'elles résultent du décret n°2013-22 du 8 janvier 2013 pris en application de l'article 81 de la loi n°20 10-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011, codifié à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles.

Les dispositions du nouvel article L 314-9 retiennent deux principes pour la validation des évaluations :

*« L'évaluation de la perte d'autonomie des résidents de chaque établissement réalisée à l'aide de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.*

*« L'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque établissement réalisée à l'aide du référentiel mentionné au III de l'article 46 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé. »*

Le décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 détermine les modalités - une évaluation simultanée, sur une même période et dans des délais rapprochés - et la fréquence - deux fois en cinq ans - des évaluations du niveau de perte d'autonomie moyen (GMP) et des besoins en soins requis (PMP) 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 pour le GMP et médecins des ARS pour le PMP.

**Ce protocole vise à préciser l'organisation et les procédures entre conseil général et ARS pour la validation [commune/réciproque] du GMP des EHPAD, selon une périodicité identique à celle de la validation des coupes Pathos (PMP) dont il est recommandé qu'elles interviennent dans des délais rapprochés, de l'ordre d'un mois.**

La validation dans des délais rapprochés du GMP et du PMP devrait permettre de :

- Répondre aux demandes des médecins coordonnateurs et des médecins chargés de la validation d'apprécier au mieux les soins liés au niveau de dépendance et à l'état de santé



des résidents, les soins de base et les soins requis par une analyse globale des deux coupes ;

- Mettre en cohérence dans le temps les indicateurs sur lesquels reposent la tarification et le niveau de financement à allouer aux établissements pour une période considérée.

### **Principes de validation des classements par GIR**

**La formation au remplissage de la grille AGGIR** (décret n°2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR) **est recommandée car elle constitue le fondement essentiel des opérations d'évaluation.** En effet, la formation des équipes soignantes et l'utilisation maîtrisée d'AGGIR qui en résulte représentent un gain de temps pour les établissements, les prémunissant contre un taux d'erreurs au-delà duquel la procédure impose de refaire le classement par GIR des résidents.

La validation du GMP consécutive à l'évaluation réalisée par l'EHPAD peut s'effectuer sur pièces ou sur site selon certains critères.

### **1/ Les étapes communes de validation sur dossier et sur site**

**L'ARS et le Conseil général s'engagent à :**

- Désigner ensemble un formateur référent pour AGGIR et un coordonnateur de la formation, à diffuser le référentiel national de formation co-validé, à organiser conjointement ou de manière concertée des formations à l'utilisation de la grille AGGIR destinées aux IDE coordonnateurs et aux médecins coordonnateurs des EHPAD, et à assurer un suivi de ces formations.
- Elaborer conjointement un programme et un calendrier annuels de validation au regard des priorités définies au niveau national, régional, et départemental.
- Informer simultanément, au début de chaque exercice, chacun des établissements éligible à une évaluation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins requis de ses résidents et à lui communiquer à l'avance le calendrier de validation de ces évaluations, établi en accord avec lui.

Après évaluation par le médecin coordonnateur et/ou l'IDE coordonnateur du GIR de tous les résidents de 60 ans et plus en hébergement permanent (hors hébergement temporaire et accueil de jour), la base - ou les bases de données correspondantes s'il existe plusieurs sites - doit être transmise « *pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un médecin de l'ARS territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.* »

Ces bases, qui sont anonymisées et font l'objet d'une autorisation de la CNIL, sont déposées par l'EHPAD au format GALAAD sur la plateforme sécurisée GALAAD - CNSA mise en place par la CNSA.

- L'ARS s'engage à ouvrir des droits d'utilisateur(s) au(x) médecin(s) désigné(s) par le président du Conseil général, qui pourra accéder à distance aux bases déposées par les EHPAD et aux bases validées conjointement.
- L'ARS communique au(x) médecin(s) valideur(s) désigné(s) par le CG le support de formation réalisé par la CNSA sur l'application informatique (fonctions avancées de GALAAD).

- L'ARS est responsable de la remontée annuelle des bases de données AGGIR validées conjointement auprès de la CNSA.

### **Le CG et l'ARS :**

- Organisent, dans le cadre de la validation coordonnée, le traitement des bases déposées par l'EHPAD avant validation (test de cohérence du codage au moyen des fonctions avancées de GALAAD, échantillonnage aléatoire des dossiers à valider sur site, signalement au médecin coordonnateur des variables incompatibles entre elles).
- Décident conjointement des modalités de validation du GMP (validation sur site ou sur pièces selon les critères définis ci-dessous)
- Conviennent si la validation sur site des classements GIR est confiée au seul médecin du conseil général ou si elle peut relever de l'intervention conjointe du médecin du CG et de l'ARS
- Coordonnent la validation sur site des coupes AGGIR et PATHOS
- Formalisent ensemble la décision finale de validation du GMP (délivrance d'un certificat de validation)

## **2/ Validation du GMP sur site**

### **Le CG et l'ARS conviennent des dispositions suivantes :**

#### **La validation sur site intervient pour les évaluations réalisées lors de la signature ou du renouvellement de la convention tripartite**

##### **A / Avant le déplacement dans l'établissement**

A.1/ Un test de cohérence du codage des variables discriminantes de la grille AGGIR est organisé dans les conditions mentionnées supra.

Cette première analyse de la base sur les données GIR à l'aide de l'outil informatique (fonctions avancées de GALAAD) permet de détecter des incohérences ou des codages qui posent question.

- Si le taux d'incohérences non explicables sur la cotation des variables discriminantes est supérieur à 1 % (données automatisées), la base n'est pas exploitée et l'EHPAD est invité à faire une nouvelle évaluation du GIR dans un délai d'un mois. Dans cette attente, la base Pathos n'est pas être exploitée et le délai de trois mois imparti pour la validation des coupes est suspendu. Il court à nouveau à la date de transmission de la nouvelle base sur la plateforme GALAAD.
- Si le taux d'incohérences est égal ou inférieur à 1 %, la validation sur site est déclenchée. La base Pathos peut être exploitée.

A.2/ Un échantillon issu d'un tirage aléatoire à l'aide de l'outil informatique (fonctions avancées de GALAAD) est constitué et fait l'objet de la validation sur site. Il porte sur 10 % des résidents de l'établissement concerné sans pouvoir être inférieur à 20 résidents. L'échantillon peut comprendre des fiches pour lesquelles un codage de variables incompatibles entre elles a été signalé mais non rectifié.

##### **B / Validation sur site :**

B.1/ La validation des variables discriminantes du GIR auprès du résident s'opère à partir des fiches desdits résidents issues du logiciel GALAAD et éditées en double exemplaire par le médecin valideur : celles-ci font l'objet d'une signature conjointe des deux parties s'il y a accord sur la cotation ou si la modification proposée est acceptée ou de l'élaboration de fiches argumentaires destinées à la CRCM en cas de désaccord entre le médecin coordonnateur et le médecin valideur. Le calcul du nombre d'erreurs est fait sur place par le médecin valideur.

B.2/ La validation sur site du GMP intervient au regard du taux d'erreurs constaté :

- Si le taux d'erreurs sur les variables discriminantes est inférieur ou égal à 5 %, le GMP est considéré comme validé, sans modification.
- Si le taux d'erreurs sur les variables discriminantes est supérieur à 5 %, une nouvelle évaluation du GMP par l'EHPAD est nécessaire et la procédure applicable est identique à celle de la première évaluation.
- Si au terme de la seconde validation persiste un taux d'erreur de plus de 5 %, soit la valeur du GMP validé précédemment sur site est maintenue, minorée de 1 %, soit la valeur du GMP proposé par le médecin chargé de sa validation est retenue s'il s'agit de la première évaluation d'un établissement nouvellement créé.

### **3/ Validation du GMP sur pièces**

**La validation sur pièces intervient pour l'évaluation intermédiaire du niveau de perte d'autonomie en cours d'exécution de la convention**

Les étapes du test de cohérence et du calcul du taux d'incohérences non explicables sont identiques à celles de la procédure de validation sur site.

Si le GMP a varié de 5 % ou moins par rapport au dernier GMP validé, le nouveau GMP est considéré comme validé.

### **4/ Echanges d'informations**

Le CG s'engage à communiquer à l'ARS, pour le 31 janvier de l'année en cours, la valeur moyenne pondérée du GMP de l'ensemble des EHPAD de son ressort arrêtée au 31 décembre de l'année précédente, applicable aux établissements nouvellement créés ;

L'ARS s'engage à communiquer au CG, pour le 1<sup>er</sup> mars de l'année en cours, le GMP et le PMP régional de l'exercice précédent et les écarts constatés sur ces deux indicateurs entre les départements de la région sur les trois dernières années.

### **5/ les recours précontentieux : installation de la commission régionale de coordination médicale (CRCM)** article 81 de la LFSS pour 2011 codifié à l'article L. 314-9 du CASF

*« Une commission régionale de coordination médicale (CRCM) dont la composition, les missions et les modalités d'organisation et de fonctionnement sont définies par un décret en Conseil d'Etat, détermine le classement définitif, en cas de désaccord entre les deux médecins mentionnés au quatrième alinéa du présent article et en cas de désaccord entre le médecin coordonnateur de l'établissement et le ou les médecins chargés du contrôle et de la validation du niveau de perte d'autonomie des résidents ou de leurs besoins en soins requis. ».*

En cas de litige sur le classement GIR des résidents, la saisine de la commission régionale de coordination médicale est préalable à tout recours contentieux devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale (TITSS).

La commission veille à la bonne organisation des opérations de validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des établissements, ainsi qu'à la qualité de la formation des médecins coordonnateurs à l'utilisation des référentiels AGGIR et PATHOS.

Dans le cadre de la mise en place de la commission régionale, le CG communique à l'ARS les coordonnées du médecin départemental et de son suppléant qu'il a désignés pour y siéger, le cas échéant après entente avec les autres conseils généraux de la région pour une représentation collégiale régionale de l'ensemble des départements de la région

\*\*\*

\*

Le présent protocole est valable un an à compter du      et renouvelable annuellement par tacite reconduction

Fait à le

Le directeur régional de l'ARS	Le Président du Conseil Général
--------------------------------	---------------------------------