



# Bilan de la convention d'objectifs et de gestion de la COG de la CNSA pour la période 2016-2020 et propositions pour la prochaine COG dans le cadre de la gestion de la branche autonomie

JUIN 2021

Danièle LAJOURMARD  
Thomas CARGILL  
Pascal LEFÈVRE

Éric GINÉSY  
Laurent GRATIEUX  
Pascal PENAUD



Ministère des solidarités et de la santé

Ministère délégué auprès du ministre de l'économie,  
des finances et de la relance, chargé des comptes publics

Ministère délégué auprès du ministre des solidarités  
et de la santé, chargé de l'autonomie

Secrétariat d'Etat auprès du Premier ministre,  
en charge des personnes handicapés

INSPECTION GÉNÉRALE  
DES FINANCES

N° 2020-M-056-03

INSPECTION GÉNÉRALE  
DES AFFAIRES SOCIALES

N° 2020-071R

## RAPPORT FINAL

# **BILAN DE LA CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION (COG) DE LA CNSA POUR LA PÉRIODE 2016-2020 ET PROPOSITIONS POUR LA PROCHAINE COG DANS LE CADRE DE LA GESTION DE LA BRANCHE AUTONOMIE**

Établi par

**DANIÈLE LAJOURMARD**  
Inspectrice générale  
des finances

**THOMAS CARGILL**  
Inspecteur des finances

**PASCAL LEFÈVRE**  
Inspecteur des finances

**ÉRIC GINÉSY**  
Inspecteur des  
affaires sociales

**LAURENT GRATIEUX**  
Inspecteur général des  
affaires sociales

**PASCAL PENAUD**  
Inspecteur général des  
affaires sociales

**- JUIN 2021 -**



## SYNTHÈSE

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est l'opérateur principal de l'État dans le domaine de l'autonomie depuis la loi<sup>1</sup> du 11 février 2005. La loi organique du 7 août 2020 et la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) du 14 décembre 2020 lui confient désormais la charge de la cinquième branche de la sécurité sociale. Les mutations qu'implique cette évolution s'inscrivent dans un contexte délicat pour la CNSA.

**Le bilan de la convention d'objectif et de gestion (COG) a mis à jour d'importantes fragilités de la caisse.**

La réalisation du bilan de la COG a révélé des attentes excessives et non hiérarchisées vis-à-vis de la CNSA. Les directions d'administrations centrales de tutelle et les cabinets ministériels n'ont pas suffisamment veillé à l'adéquation entre les moyens de la CNSA et les missions qui lui étaient confiées, aboutissant à un phénomène préoccupant d'étirement des ressources humaines sur un nombre toujours croissant d'activités. Cette inadéquation, qui fragilise la caisse dans sa capacité à exercer ses missions, y compris sur des thématiques essentielles, a pu conduire à des retards de certaines actions structurantes prévues par la COG, comme par exemple la refonte du référentiel PATHOS, utilisé pour évaluer les besoins en soins des résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

En dépit de cette situation, 50 % des actions et sous-actions prévues par la COG ont été mises en œuvre dans les délais prévus. À l'inverse, 40 % n'ont été que partiellement atteintes, ou avec retard, et 10 % ont été abandonnées ou sont devenues sans objet.

Ces résultats ont été obtenus en concentrant par trop les moyens sur les urgences du moment, au prix d'une mise en jachère des dossiers de fond, et du quasi-abandon de certains domaines d'expertise, notamment sur les enjeux liés au vieillissement. Ce mode de fonctionnement « à marche forcée » s'est généralisé au détriment de la prise en compte des temps incompressibles nécessaires au *management* des équipes, et a pesé sur la situation des ressources humaines, aujourd'hui préoccupante (fort *turnover*, longues vacances de postes, augmentation des arrêts maladies). La mission a toutefois pu noter une forte motivation des équipes de la CNSA qui, si elles déclarent pâtir de plus en plus des difficultés liées à l'organisation du travail, manifestent un profond engagement et une forte mobilisation.

Cette situation est aggravée par quatre facteurs d'autant plus préoccupants que la CNSA est maintenant gestionnaire de la branche autonomie :

- ◆ **la CNSA manque de leviers de pilotage vis-à-vis de ses réseaux.** Elle ne gère directement que 3 % des dépenses figurant dans son budget, et ne peut s'appuyer pour les 97 % restantes sur un réseau propre contrairement aux autres caisses de sécurité sociale. La CNSA est ainsi en situation d'appui et de co-pilotage du réseau des agences régionales de santé (ARS), qui n'est pas dédié exclusivement au déploiement de ses politiques. Elle assure vis-à-vis des autres réseaux un rôle de simple appui, avec une intensité différente selon les réseaux (maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), services départementaux de l'autonomie, conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA)), placés sous l'autorité ou la coordination (pour les CFPPA) des conseils départementaux ;
- ◆ **les données dont dispose la CNSA sur les politiques publiques de l'autonomie sont parcellaires et de qualité inégale.** Ce manque de données limite grandement la capacité de la CNSA à piloter efficacement ces politiques et à atteindre l'objectif d'équité

---

<sup>1</sup> Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

## Rapport

dans l'accès aux services et aux prestations qu'elle finance et à évaluer précisément l'utilité et l'impact des leviers à sa disposition pour orienter les acteurs ;

- ◆ **les systèmes d'information (SI)** sur lesquels la CNSA devrait pouvoir s'appuyer soit ne sont pas utilisés de façon optimale (SI HAPI et SEPIIA), soit sont très récents et toujours en cours de déploiement (SI-MDPH), soit restent à construire (SI-APA). Ces SI se sont structurés sans vision d'ensemble, parfois en décalage avec les besoins des réseaux territoriaux en charge des politiques de l'autonomie, souvent sans coordination avec des initiatives d'autres acteurs, en particulier avec le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) ;
- ◆ aussi bien dans le domaine des SI que sur des aspects métiers, l'externalisation de l'assistance à la maîtrise d'ouvrage est globalement excessive, augmentant sensiblement les risques de perte de maîtrise des SI.

### **La CNSA est fortement attendue sur de nouvelles missions, sans remise en cause de ses missions préexistantes.**

La CNSA a vu confirmer par la LFSS pour 2021 l'ensemble de ses missions préexistantes, auxquelles sont venues s'ajouter :

- ◆ la responsabilité de l'équilibre de la branche ;
- ◆ la gestion du risque ;
- ◆ la contribution à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie ;
- ◆ la contribution au renforcement de l'attractivité des métiers de l'autonomie ;
- ◆ la contribution au développement de l'habitat inclusif.

D'autres élargissements sont envisagés et doivent encore donner lieu à arbitrage.

**Dans ce contexte, il est essentiel que la future COG mette en exergue deux objectifs transversaux nécessaires à l'exercice effectif de ses missions : (1) améliorer la connaissance des publics et des actions de la politique de l'autonomie et, (2) renforcer l'appui aux réseaux en le faisant évoluer progressivement vers une fonction s'apparentant à un pilotage dans des conditions appropriées aux acteurs du domaine « autonomie ».** Ces objectifs devraient être déclinés dans les trois axes stratégiques que la mission propose pour la prochaine COG : le renforcement de la performance de la Caisse dans le pilotage de la dépense, l'amélioration de l'équité territoriale dans les réponses aux besoins des personnes et l'amélioration de la qualité de ces réponses.

### **Au regard des nouvelles responsabilités de la CNSA et des fragilités identifiées, la mission a déterminé les évolutions nécessaires en termes d'organisation et de moyens :**

- ◆ hiérarchiser les activités confiées à la CNSA, dans le cadre d'une COG resserrée, en transférant certaines activités, comme la sélection des actions innovantes, et en clarifiant le partage des rôles avec la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ;
- ◆ formaliser la relation avec les différentes autorités de tutelle, particulièrement avec la DGCS et la direction de la sécurité sociale (DSS) ;
- ◆ renforcer l'appui aux réseaux dans un souci de rapprochement, en structurant l'offre apportée aux ARS et aux équipes médico-sociales des départements, sur le modèle existant pour le réseau MDPH ;
- ◆ renforcer le pilotage du réseau des ARS en favorisant l'alignement des objectifs des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) État-ARS avec la future COG ;
- ◆ s'agissant des réseaux dépendant des conseils départementaux, envisager de doter la CNSA d'instruments plus incitatifs pour assurer une plus grande équité territoriale (comme la modulation des concours financiers de la CNSA) pour passer de l'appui à une forme de pilotage appropriée à ces acteurs;

## Rapport

- ◆ mieux structurer la fonction statistique et développer les fonctions études et prospective de la CNSA, pour lui permettre d'évaluer les inégalités territoriales et d'anticiper l'adaptation des dispositifs gérés à l'évolution des besoins ;
- ◆ mettre en place un schéma directeur des SI (SDSI) de la CNSA, centré sur la planification des projets, en phase avec les orientations de la COG ;
- ◆ sur le champ des SI mais aussi sur l'ensemble de ses activités, veiller à respecter un équilibre entre les ressources de pilotage internes et les ressources externes.

**La mission considère que ces évolutions devront s'accompagner d'un relèvement du plafond d'emplois** inscrit au budget 2021 de 13,5 ETP pour assurer les seules missions légales de la Caisse, en incluant les missions nouvelles confiées à la caisse par la LFSS 2021 (cf. *supra*). En fonction des arbitrages rendus sur le SDSI, il faudra ajouter les effectifs nécessaires au respect d'un équilibre raisonnable entre effectifs internes et prestataires pour le développement des SI. Par ailleurs, des arbitrages sur les moyens supplémentaires devraient venir en cohérence avec les nouvelles missions qui pourraient être confiées à la Caisse.

**La mission a mesuré à plusieurs reprises les limites liées à l'organisation actuelle de la CNSA.** Le fonctionnement « en silo » des directions métiers freine le dépassement de la logique domicile - établissement pour engager le « virage domiciliaire » souhaité par le Conseil. De même, la mission constate la difficulté tant de la direction des ressources à développer une vision consolidée des dépenses et à mettre en place une gestion proactive des ressources humaines, que de la direction des systèmes d'information à fournir les outils de gestion de projet dans un contexte où les directions « métiers » sont inégalement mobilisées sur les évolutions des SI, ou de la direction de l'information des publics et de la communication (DIPCOM) à proposer une vision évolutive de son offre d'appui.

**Il convient d'attirer l'attention des autorités sur l'ampleur du double défi auquel sera confrontée la CNSA dans le cadre de la nouvelle COG.** Elle doit procéder à sa réorganisation interne tout en menant à bien l'ensemble de ses missions, y compris celles qui découlent de son nouveau rôle de gestionnaire de la cinquième branche. La mission identifie ainsi un risque qu'une réorganisation interne puisse distraire des ressources indispensables à la conduite des réformes et actions urgentes dans le champ des politiques publiques dont elle a la charge. Elle suggère donc une approche en deux temps :

- ◆ à court terme, la mission estime que la priorité est de consolider les moyens de la CNSA, quitte à maintenir son organisation actuelle ;
- ◆ dès que les principales réformes auront été mises en chantier, conduire une démarche de réorganisation plus profonde, qui pourrait aboutir à créer une direction des réseaux ainsi qu'une direction de la stratégie et de la prospective.

À terme, une organisation permettant une vision à la fois plus transverse et mieux documentée des sujets dont elle a la charge, renforcera la capacité de la CNSA à adopter une logique de parcours et à apporter sa contribution à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie.

**La mission appelle enfin les autorités ministérielles à un examen approfondi des évolutions qui pourront raisonnablement être conduites au cours de la période couverte par la future COG concernant la relation avec les conseils départementaux.** En effet, si la mission identifie tout l'intérêt du développement d'un SI-APA pour accroître le niveau de connaissance de l'adéquation des prestations aux besoins des bénéficiaires, elle considère qu'un programme d'une telle ampleur n'aurait de sens qu'en cas d'engagement collectif à franchir une nouvelle étape significative vers une forme de pilotage de l'action des services départementaux adapté au principe de libre administration des collectivités territoriales. Sans consensus sur ce point, il serait illusoire d'attendre que la CNSA puisse, à échéance de la future COG, se porter garante d'une amélioration de l'équité territoriale.



# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>PRÉAMBULE .....</b>	<b>4</b>
<b>1. LA COG 2016-2019, QUI TRADUISAIT LES NOUVELLES MISSIONS CONFIEES À LA CNSA PAR LA LOI RELATIVE À L'ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLISSEMENT DE DÉCEMBRE 2015, N'A PAS ÉTÉ ENTIÈREMENT EXÉCUTÉE DANS LES DÉLAIS PRÉVUS ET N'A PAS CONSTITUÉ UN CADRE STRATÉGIQUE EFFICACE POUR LA CNSA ET SES TUTELLES .....</b>	<b>7</b>
1.1. La COG 2016-2019 a principalement permis de prendre en compte les nouvelles missions confiées à la CNSA par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015.....	7
1.2. La COG 2016-2019 n'a pas été complètement mise en œuvre.....	8
1.2.1. <i>La moitié des sous-actions de la COG a été réalisée dans le calendrier prévu .....</i>	<i>8</i>
1.2.2. <i>Sur chacun des axes de la COG, des avancées ont été obtenues, mais des perspectives de progrès sont identifiées .....</i>	<i>9</i>
1.3. La COG présentait des faiblesses intrinsèques qui ont affaibli sa portée .....	14
1.3.1. <i>La COG 2016-2019 n'a pas été construite comme un outil permettant de mesurer des résultats directement imputables à l'activité de la CNSA.....</i>	<i>14</i>
1.3.2. <i>Le cadre de suivi de la COG ne permet pas d'en faire un outil de pilotage interne ni externe.....</i>	<i>14</i>
<b>2. LA CNSA NE DISPOSE PAS AUJOURD'HUI DES MOYENS HUMAINS, MATÉRIELS ET JURIDIQUES NÉCESSAIRES POUR PILOTER LES POLITIQUES PUBLIQUES DONT ELLE A LA CHARGE, ALORS QU'ELLE VIENT D'ÊTRE DÉSIGNÉE GESTIONNAIRE DE LA CINQUIÈME BRANCHE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE .....</b>	<b>15</b>
2.1. La CNSA se retrouve aujourd'hui en charge de très nombreuses missions et actions issues d'une sédimentation d'initiatives éparses, sans avoir les moyens matériels et réglementaires des ambitions affichées.....	15
2.1.1. <i>Le périmètre légal d'intervention de la CNSA n'a cessé d'évoluer depuis quinze ans, ce qui la conduit, en 2021, à gérer 28 Md€ et à piloter une multitude de dispositifs.....</i>	<i>15</i>
2.1.2. <i>La transformation de la CNSA en organisme gestionnaire d'une branche de sécurité sociale a encore élargi le périmètre de ses missions légales.....</i>	<i>16</i>
2.2. La CNSA peine à remplir certaines de ses missions et est confrontée à des difficultés d'organisation et de pilotage.....	17
2.2.1. <i>Sa fonction d'animation de réseau est limitée par le manque de leviers pour assurer un véritable pilotage des réseaux, en particulier ceux dépendant des conseils départementaux .....</i>	<i>17</i>
2.2.2. <i>L'avancée majeure que constitue le SI MDPH, qui contraste avec des résultats plus mitigés dans les autres domaines, n'a pu être obtenue que grâce un recours important à des prestataires extérieurs.....</i>	<i>18</i>

2.2.3.	<i>Les politiques publiques de l'autonomie sont mal connues au regard des perspectives démographiques et des enjeux socio-sanitaires et financiers.....</i>	20
2.2.4.	<i>L'étirement des effectifs sur un nombre croissant de missions pèse sur la capacité de production de la CNSA et sur le climat social.....</i>	21
<b>3.</b>	<b>DANS LE CONTEXTE DE CRÉATION D'UNE CINQUIÈME BRANCHE, LA PROCHAINE COG DOIT CLARIFIER LE CŒUR DES MISSIONS DE LA CNSA ET RENFORCER EN PRIORITÉ SA CONNAISSANCE DES POLITIQUES PUBLIQUES DE L'AUTONOMIE.....</b>	<b>23</b>
3.1.	Le nouveau rôle de gestionnaire d'une branche de sécurité sociale confié à la CNSA génère de nombreuses attentes, difficiles à satisfaire au regard de l'organisation des politiques de l'autonomie.....	23
3.1.1.	<i>Les attentes fortes mais imprécises des tutelles sur le renforcement du pilotage financier se heurtent à la complexité de l'organisation financière des politiques de l'autonomie.....</i>	23
3.1.2.	<i>Faute d'indicateurs permettant de mesurer l'offre et les besoins des publics, la CNSA n'est pas en mesure de répondre aux attentes exprimées en matière d'équité territoriale.....</i>	25
3.2.	Les objectifs fixés à la CNSA devront préciser la contribution propre attendue de la Caisse.....	26
3.2.1.	<i>La prochaine COG devra clarifier les interventions attendues de la part de la CNSA.....</i>	26
3.2.2.	<i>La COG doit être resserrée autour d'objectifs clairs, en laissant à la direction de la CNSA la responsabilité de la mise en œuvre opérationnelle.....</i>	26
3.2.3.	<i>La direction générale de la CNSA doit mettre en place des outils de pilotage lui permettant de rendre compte de son activité auprès de ses autorités de tutelle.....</i>	27
3.2.4.	<i>Les autorités de tutelle doivent hiérarchiser les demandes qu'elles adressent à la CNSA.....</i>	28
3.3.	Une des priorités d'une prochaine COG plus stratégique doit être de mieux connaître les politiques publiques de l'autonomie, ce qui est indispensable à la mise en œuvre d'un réel pilotage de branche.....	28
3.3.1.	<i>La prochaine COG doit fixer un cap stratégique clair à la CNSA.....</i>	28
3.3.2.	<i>La mise en place d'une fonction prospective doit s'appuyer sur la structuration de la fonction statistique, afin de mieux valoriser les connaissances de la CNSA.....</i>	32
3.3.3.	<i>La COG doit prendre en compte le caractère structurant des SI.....</i>	32
3.3.4.	<i>Les outils de suivi des dépenses des ESMS doivent permettre de mieux évaluer l'offre disponible, les besoins et les ressources consommées.....</i>	33
3.3.5.	<i>Il convient de renforcer les outils de pilotage des réseaux pour faciliter les remontées d'information et améliorer la prise en charge des bénéficiaires des politiques publiques de l'autonomie.....</i>	34
3.3.6.	<i>La CNSA devra s'attacher à favoriser la coordination des interventions des réseaux territoriaux.....</i>	36

<b>4. LA CONSOLIDATION DE LA CNSA NÉCESSITE UN AJUSTEMENT DES MOYENS SUR LE PÉRIMÈTRE D'INTERVENTION ACTUEL DE LA CNSA, AUQUEL IL FAUDRA AJOUTER LES MOYENS NÉCESSAIRES AUX MISSIONS SUPPLÉMENTAIRES QUI POURRAIENT LUI ÊTRE CONFIÉES.....</b>	<b>37</b>
4.1. Au regard de ses missions actuelles, le plafond d'emploi fixé pour 2021 devrait être majoré de 13,5 ETP supplémentaires .....	37
4.1.1. <i>À missions inchangées, la mission recommande une augmentation des effectifs à hauteur de 11,5 ETP en tenant compte de l'abandon et du transfert de certaines activités.....</i>	<i>38</i>
4.1.2. <i>Les nouvelles missions récemment confiées à la CNSA nécessitent 2 ETP supplémentaires par rapport à ceux alloués dans le cadre du budget 2021 .....</i>	<i>41</i>
4.2. La COG devra intégrer les arbitrages sur l'évolution du cadre d'intervention de la CNSA et des dispositifs qui lui sont confiés, en cohérence avec les moyens juridiques, techniques et humains qui lui sont accordés.....	44
4.2.1. <i>Un des arbitrages majeurs concerne le passage de l'appui aux réseaux départementaux à une forme de pilotage adaptée à leur spécificité en vue d'assurer l'équité territoriale.....</i>	<i>44</i>
4.2.2. <i>Pour certaines missions et certains dispositifs qu'il est d'ores et déjà envisagé de confier à la CNSA, il conviendra de préciser son rôle, et de lui attribuer des moyens suffisants .....</i>	<i>46</i>
4.2.3. <i>Récapitulatif général .....</i>	<i>48</i>
4.3. Les évolutions futures du périmètre d'intervention de la CNSA devront être accompagnées des moyens matériels et réglementaires nécessaires à l'atteinte des ambitions affichées.....	52
4.3.1. <i>Une attention particulière doit être portée aux moyens qui sont alloués à la CNSA lorsqu'une nouvelle mission lui est confiée.....</i>	<i>52</i>
4.3.2. <i>Les évolutions substantielles des missions de la CNSA doivent être systématiquement accompagnées d'une réflexion sur les relations entre la CNSA et les réseaux chargés de leur mise en œuvre.....</i>	<i>53</i>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>58</b>



## INTRODUCTION

Par lettre en date du 9 septembre 2020, le ministre des solidarités et de la santé, le ministre délégué chargé des comptes publics, la ministre déléguée chargée de l'autonomie et la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées ont demandé à l'Inspection générale des finances (IGF) et à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de procéder au bilan de la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre l'État et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour la période 2016-2019 et de formuler des propositions en vue de la prochaine COG dans la perspective de la structuration d'une nouvelle branche autonomie de sécurité sociale gérée par la CNSA.

Le 15 septembre 2020, M. Laurent Vachey, inspecteur général des finances, ancien directeur de la CNSA, a remis aux mêmes membres du Gouvernement un rapport analysant les évolutions possibles du périmètre, de la gouvernance et du financement de la branche autonomie, puis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a créé la branche autonomie et en a confié la gestion à la CNSA à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021.

**La mission s'est attachée à formuler un diagnostic sur l'activité de la CNSA et sur sa capacité à répondre aux objectifs qui lui ont été fixés depuis 2016, et à son nouveau rôle de pilotage de la branche autonomie. Elle a étudié les principales orientations envisageables pour l'élaboration de la prochaine COG.**

**La mission a rencontré 201 personnes**, dont 78 agents de l'ensemble des directions de la CNSA<sup>2</sup>. Elle a également rencontré les tutelles de la Caisse (direction générale de la cohésion sociale, direction de la sécurité sociale et direction du budget), le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, la direction générale de l'offre de soins, la direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques, ainsi que ses principaux partenaires nationaux<sup>3</sup> et plusieurs personnalités qualifiées (cf. annexe IX). Lorsque c'était possible, des comparaisons avec les caisses nationales de sécurité sociale du régime général ont été réalisées. Conformément à leur souhait, les commanditaires ont été tenus informés de l'avancement des travaux de la mission lors de trois comités de suivi qui se sont tenus le 26 novembre 2020, le 21 janvier 2021 et le 9 mars 2021.

**Les travaux de la mission ont tenu compte des contraintes suivantes :**

- ◆ en raison de l'incertitude sur le calendrier d'un éventuel projet de loi relatif au grand âge et à l'autonomie, la mission a fait l'hypothèse que le périmètre de la branche autonomie ne connaîtrait pas d'évolutions à court terme ;
- ◆ la mission s'est concentrée sur l'examen des missions confiées à la CNSA, sans se prononcer sur la pertinence de la répartition des missions entre la CNSA et ses tutelles en dehors de deux situations dans lesquelles la répartition actuelle devrait manifestement être corrigée ;

---

<sup>2</sup> Direction générale, direction des ressources, direction des établissements et services médico-sociaux (DESMS), direction de la compensation de la perte d'autonomie (DCOMP), direction de l'information des publics et de la communication (DIPCOM), direction scientifique, direction des systèmes d'information (DSI), ainsi que l'agence comptable et le contrôleur budgétaire.

<sup>3</sup> Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), Agence du numérique en santé (ANS), Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

## Rapport

- ◆ en raison du contexte sanitaire, les entretiens réalisés par la mission se sont tenus en visioconférence ou en audioconférence, y compris avec les acteurs nationaux. La mission n'a pas été en mesure de réaliser de déplacements auprès des réseaux de la CNSA (agences régionales de santé (ARS), services départementaux de l'autonomie, maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)) ; elle a toutefois eu plusieurs échanges avec des ARS, quelques MDPH et un conseil départemental.

### **Les travaux de la mission sont restitués dans un rapport de synthèse qui s'appuie sur huit annexes thématiques :**

- ◆ annexe I : le bilan détaillé de la COG 2016-2019 de la Caisse incluant les propositions de la mission pour l'élaboration de la prochaine COG ;
- ◆ annexe II : la cartographie des missions et des moyens de la Caisse et l'analyse de l'adéquation des moyens aux missions ;
- ◆ annexe III : la gestion des ressources humaines, la gestion des achats et des marchés publics et le pilotage de la Caisse ;
- ◆ annexe IV : les relations de la Caisse avec les réseaux territoriaux et avec ses partenaires nationaux ;
- ◆ annexe V : le pilotage budgétaire et comptable de la Caisse et la gestion du risque ;
- ◆ annexe VI : les systèmes d'information ;
- ◆ annexe VII : la connaissance des politiques publiques de l'autonomie ;
- ◆ annexe VIII : les éléments pour la construction de scénarios de cadrage des trajectoires des effectifs de la Caisse pendant la prochaine COG.

Ces annexes comportent des recommandations. Le tableau 1 ci-dessous rassemble les propositions du rapport de synthèse. Le tableau 10 présente l'ensemble des propositions des annexes, réparties en grandes thématiques.

**Tableau 1 : synthèse des propositions du rapport de synthèse**

<b>Propositions</b>
Proposition n° 1 : reconnaître à la CNSA la capacité de proposer des mesures d'économies ou d'efficacité, notamment dans l'hypothèse où les prévisions de recettes affectées à la branche autonomie seraient revues à la baisse en cours de gestion.
Proposition n° 2 : retenir dans la COG des actions dont la réalisation dépend de la Caisse, en privilégiant les objectifs de résultats par rapport aux objectifs de moyens et en définissant des indicateurs dont le suivi permettra de mesurer l'atteinte des objectifs fixés.
Proposition n° 3 : construire la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNSA selon un format raisonnable et proportionné aux moyens humains alloués la Caisse.
Proposition n° 4 : écarter de la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNSA les actions qui relèvent du fonctionnement normal de la Caisse pour se concentrer sur les enjeux métiers.
Proposition n° 5 : mettre en place un dispositif de pilotage de l'activité permettant de prévoir, d'organiser, de hiérarchiser et de suivre les actions ou la mise en œuvre de ses missions par la CNSA. Ce dispositif doit permettre à la CNSA d'avoir une vue consolidée de ses activités et doit être décliné au niveau de chaque direction avec un niveau de détail supplémentaire. Ce dispositif doit permettre de mesurer l'adéquation entre les missions et les moyens de la CNSA.
Proposition n° 6 : dans le nouveau contexte d'une cinquième branche, le rôle des tutelles doit évoluer. Le rôle accru de la DSS nécessite un partage formalisé des responsabilités et une coordination fluide avec la DGCS, notamment au sujet du pilotage de l'activité de la CNSA, de la construction du budget et de la définition du plafond d'emplois, et des évolutions du périmètre des missions de la CNSA.

## Rapport

Propositions
Proposition n° 7 : Outre le caractère plus stratégique de la nouvelle COG et le renforcement du pilotage de l'activité de la CNSA, l'amélioration du dialogue entre la Caisse et ses tutelles devrait passer par : <ul style="list-style-type: none"><li>▪ un accès facilité des directions d'administration centrale aux données de gestion de la CNSA pour limiter la multiplication des commandes ;</li><li>▪ un processus formalisé pour les commandes hors COG, qui permette de suivre les commandes à la CNSA et leur impact sur l'adéquation missions/moyens, et la rédaction d'avenants prenant acte des changements majeurs.</li></ul>
Proposition n° 8 : faire de la connaissance des besoins des publics et des conditions de mise en œuvre des politiques publiques de l'autonomie un premier objectif transversal de la COG.
Proposition n° 9 : faire du renforcement de l'appui aux réseaux territoriaux mettant en œuvre les politiques publiques de l'autonomie et de la coordination de leurs interventions un deuxième objectif transversal de la COG.
Proposition n° 10 : rationaliser les fonctions qui ont trait à l'analyse et au traitement des données par la mise en place d'un pilotage global du sujet statistique au sein de la CNSA. Articuler cette fonction avec celles de pilotage des études et de soutien à la recherche et avec le développement de la fonction prospective dans le but de mieux documenter les politiques publiques de l'autonomie qui sont confiées à la CNSA.
Proposition n° 11 : créer un cadre stratégique de la connaissance des politiques publiques de l'autonomie, qui présente les sources d'information disponibles, leur exploitation par la CNSA, les objectifs annuels des équipes statistiques et études, liés à l'amélioration de ces éléments, et le présenter chaque année au conseil.
Proposition n° 12 : accompagner la prochaine COG d'un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) qui précise a minima les projets à mener, leur articulation avec les SI pilotés par d'autres acteurs (SGMAS pour le SI des ARS notamment), et, pour chaque projet, le budget en ressources internes et externes et le calendrier ainsi que les principaux jalons de réalisation.
Proposition n° 13 : faire évoluer les applications de la CNSA mises à disposition des agences régionales de santé, en particulier HAPI et SEPPIA, afin de prendre en compte les besoins métiers des utilisateurs de ces applications et de faciliter ainsi un reporting fiable de leurs décisions financières.
Proposition n° 14 : dans la prochaine COG, demander à la CNSA de proposer à ses tutelles des outils permettant une répartition plus équitable et plus simple des crédits de l'objectif global de dépense entre les différentes agences régionales de santé, en s'appuyant sur des indicateurs permettant d'appréhender les besoins et l'offre disponible au sein de chaque territoire.
Proposition n° 15 : pendant la prochaine COG, négocier le principe d'une modulation des concours APA et PCH prenant en compte des indicateurs de performance (équité, qualité, efficience) dans le cadre d'une négociation globale avec les conseils départementaux. Commencer par le concours PCH pour lequel les données disponibles permettent d'élaborer un tel mécanisme pour la fin de la COG.
Proposition n° 16 : pour la prochaine COG, faire porter en priorité la modulation sur le concours pour le fonctionnement des MDPH, en fonction de l'atteinte d'objectifs personnalisés négociés à partir d'un diagnostic partagé.
Proposition n° 17 : favoriser une coordination entre conseils départementaux et ARS pour encourager le développement d'une approche globale des parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, et promouvoir les démarches inclusives. Cette coordination pourrait prendre la forme d'une contractualisation entre les différents partenaires, comme le propose le rapport de M. Laurent Vachey.
Proposition n° 18 : favoriser le travail en commun ARS-MDPH. Préciser le rôle des ARS dans le cadre de la comitologie des MDPH. Multiplier les informations communes.
Proposition n° 19 : prévoir une évaluation préalable systématique des moyens nécessaires à la réalisation des missions /activités / projets nouvellement confiés à la CNSA, en fonction de la nature de l'intervention demandée ; arbitrer en conséquence les moyens supplémentaires et/ ou les redéploiements à effectuer en précisant en ce cas les autres missions /activités / projets qui peuvent être décalés ou reportés.
Proposition n° 20 : poser comme principe d'action que la CNSA n'intervient auprès des acteurs de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées que via son appui aux réseaux territoriaux (ARS, départements et MDPH) et n'assume pas directement l'animation de ces acteurs.

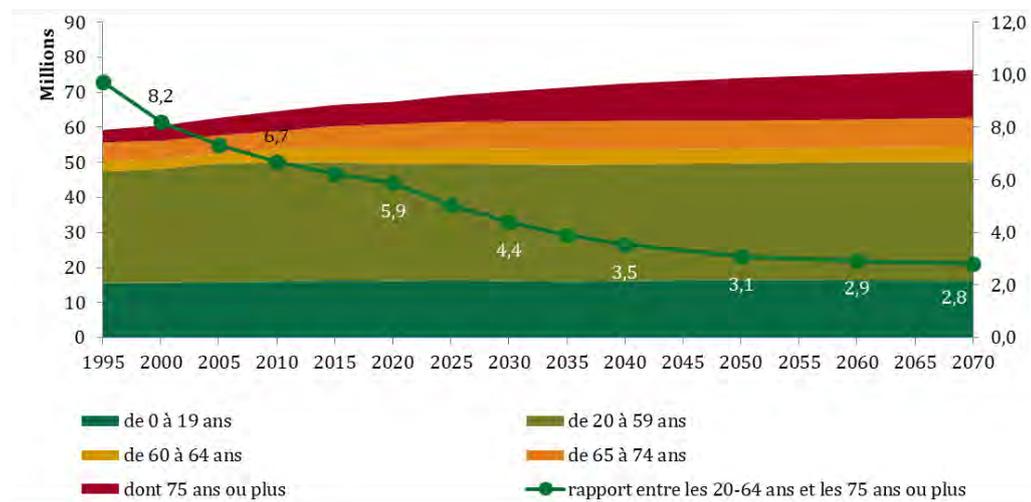
Source : mission.

## PRÉAMBULE

**La prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées représente un des défis majeurs du XXI<sup>ème</sup> siècle au regard des enjeux démographiques, sociaux, sanitaires et financiers qui leur sont associés.**

**La population française vieillit. Cette évolution devrait se poursuivre jusqu'en 2070.** Le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans a augmenté de 12 % entre 2010 et 2020 et devrait continuer à progresser fortement jusqu'en 2070, quelles que soient les hypothèses retenues sur l'évolution de la fécondité, des migrations ou de l'espérance de vie, en raison de l'arrivée dans cette classe d'âge de toutes les générations du *baby-boom*. En 2070, la population compterait 2,8 personnes âgées de 20 à 64 ans pour une personne âgée de plus de 75 ans, contre 6,7 en 2010 et 5,9 en 2020 (cf. graphique 1). Le système de protection sociale devra s'adapter à cette évolution et mettre en œuvre des transformations importantes, afin de proposer une prise en charge appropriée aux personnes âgées dépendantes tout en préservant l'équilibre des finances publiques.

**Graphique 1 : évolution démographique de la population française à l'horizon 2070**



*Source : Insee, estimations de population pour les années 1995 à 2020 et projections de population 2013-2070 pour les années 2025 à 2070 (scénario central). Échelle de gauche : population française par tranche d'âges. Échelle de droite : nombre de personnes âgées de 20 à 64 ans pour une personne âgée de 75 ans ou plus, au sein de la population française.*

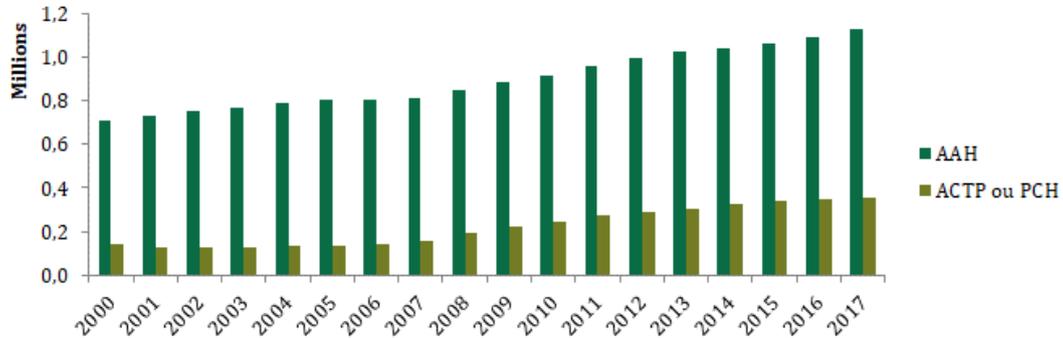
**S'agissant plus particulièrement des personnes âgées bénéficiaires des politiques de l'autonomie**, les projections de la DREES pour la concertation grand âge et autonomie en 2019 montrent que la population bénéficiaire de l'allocation personnalisée autonomie (APA) pourrait augmenter d'environ 320 000 personnes entre 2015 et 2030, et de 650 000 personnes supplémentaires entre 2030 et 2050, dans un scénario intermédiaire.

**Le nombre de bénéficiaires de prestations dédiées au handicap augmente régulièrement en raison d'effets démographiques et d'une meilleure prise en charge.** L'enquête Handicap Santé produite par la DREES et l'INSEE dénombrait environ 4,3 millions de personnes âgées de 20 à 59 ans en situation de handicap au cours de la période 2008-2009. Selon les données de la Drees arrêtées à fin 2017, 1,13 million de personnes percevaient l'allocation aux adultes handicapés (AAH), ce qui correspond à un doublement du nombre d'allocataires de l'AAH entre 1990 et 2017, tandis que 0,36 million de personnes étaient bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) ou de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), avec une montée en charge de la PCH qui n'était

## Rapport

pas encore achevée (cf. graphique 2). Le nombre de bénéficiaires de prestations dédiées au handicap dépend de l'évolution démographique de la population mais également des critères d'éligibilité à ces prestations fixés par les pouvoirs publics, qui se sont élargis sur la période, notamment au regard de la prise en compte du handicap psychique<sup>4</sup>.

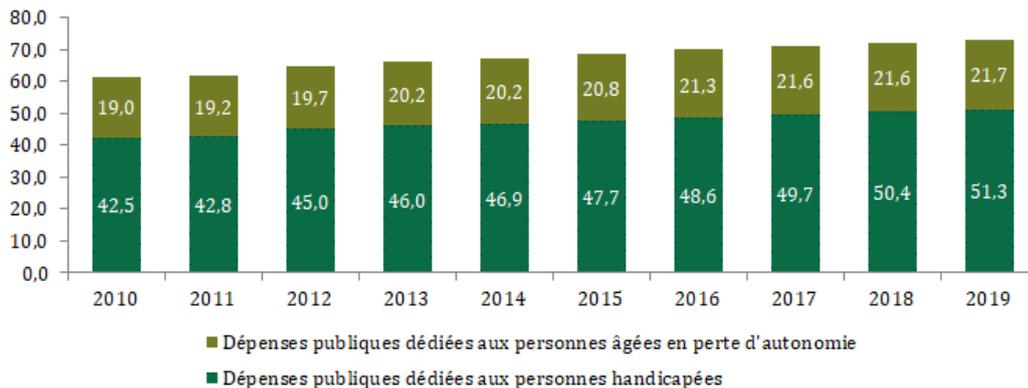
**Graphique 2 : évolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH, de l'ACTP et de la PCH**



Source : CNAF et MSA pour l'AAH. Drees, enquêtes aide sociale pour l'ACTP et pour la PCH.

**Les enjeux financiers associés à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées et des personnes handicapées sont donc très importants et dynamiques.** Les dépenses de protection sociale liées à la compensation de la perte d'autonomie se sont établies à 73 Md€ en 2019, en hausse de près de 20 % depuis 2010 (hors inflation) : 21,7 Md€ sont consacrés aux personnes âgées en perte d'autonomie et 51,3 Md€ aux personnes en situation de handicap ou invalides (cf. graphique 3). Selon la Drees, les dépenses de prise en charge des personnes âgées dépendantes pourraient doubler en part de produit intérieur brut d'ici à 2060, à 2,07 pts de PIB contre 1,11 pts de PIB en 2014.

**Graphique 3 : évolution des dépenses publiques liées au handicap et à la perte d'autonomie (en M€<sub>2019</sub>)**



Source : PLFSS.

**La création de la branche autonomie doit permettre aux pouvoirs publics de répondre aux difficultés auxquelles sont confrontées les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées, en leur proposant une prise en charge appropriée et en**

<sup>4</sup> Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

## Rapport

**s'assurant de la soutenabilité des dépenses publiques correspondantes. La CNSA a un rôle majeur à jouer en tant qu'organisme chargé de la gestion de la branche et notamment pour piloter les réseaux territoriaux qui mettent en œuvre les politiques publiques de l'autonomie afin que celles-ci répondent aux besoins des bénéficiaires.**

**1. La COG 2016-2019, qui traduisait les nouvelles missions confiées à la CNSA par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015, n'a pas été entièrement exécutée dans les délais prévus et n'a pas constitué un cadre stratégique efficace pour la CNSA et ses tutelles**

La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2016-2019 a été signée le 12 avril 2016 par la ministre des affaires sociales et de la santé, par les secrétaires d'État chargés des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, des personnes âgées et de l'autonomie et du budget, par la présidente du conseil de la Caisse et par la directrice de la Caisse.

Elle comportait les cinq axes stratégiques suivants :

- ◆ axe 1 : mieux éclairer les besoins des personnes âgées et des personnes handicapées pour adapter les réponses individuelles et l'offre collective ;
- ◆ axe 2 : améliorer l'accès aux droits des personnes handicapées, des personnes âgées et de leurs aidants dans le cadre d'une réponse accompagnée ;
- ◆ axe 3 : construire des réponses adaptées et efficaces dans une logique de parcours ;
- ◆ axe 4 : garantir une gestion équitable et performante des financements aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) en assurant le pilotage de la dépense ;
- ◆ axe 5 : améliorer le fonctionnement et l'intervention de la Caisse.

**1.1. La COG 2016-2019 a principalement permis de prendre en compte les nouvelles missions confiées à la CNSA par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement de décembre 2015**

Trois COG quadriennales ont été conclues entre l'État et la CNSA depuis sa création en 2005. Chacune a été marquée par des évolutions législatives intervenues dans le secteur de la dépendance et du handicap (cf. tableau 2).

**Tableau 2 : lois ayant particulièrement marqué les trois COG entre l'État et la CNSA**

COG	Lois ayant particulièrement marquées les COG
2006-2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées du 30 juin 2004</li> <li>▪ loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, du 11 février 2005</li> </ul>
2012-2015 <sup>(1)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, du 21 juillet 2009, qui crée notamment les agences régionales de santé</li> </ul>
2016-2019 <sup>(2)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015</li> <li>▪ loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé</li> </ul>

*Source : mission. <sup>(1)</sup>Il n'y a pas eu de COG en 2010 et 2011. <sup>(2)</sup>La COG 2016-2019 a été prolongée par un avenant pour l'année 2020.*

**La COG 2016-2019 était largement consacrée à la mise en œuvre des dispositions de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement :**

- ◆ l'animation des conférences de financeurs mises en place au niveau départemental ;
- ◆ le développement d'un système d'information commun aux MDPH ;
- ◆ l'appui aux équipes médico-sociales des départements chargées de l'allocation personnalisée d'autonomie ;

## Rapport

- ◆ la mission d'information du grand public avec la mise en place d'un portail internet d'information et d'orientation pour les personnes âgées et leurs proches ;
- ◆ le co-pilotage de la réforme de la tarification dans le secteur des personnes en situation de handicap (projet SERAFIN-PH).

La COG met également l'accent sur les réponses apportées aux usagers, dans la continuité du dispositif « réponse accompagnée pour tous » introduit par la loi du 28 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

**Des travaux parfois significatifs se sont ajoutés aux actions prévues par la COG, notamment :**

- ◆ la reprise du service « MDPH en ligne » ;
- ◆ la contribution au pilotage du projet de carte mobilité inclusion (CMI) ;
- ◆ la réalisation d'un baromètre annuel sur les résultats des MDPH<sup>5</sup> ;
- ◆ l'apport au projet de service public d'information en santé (SPIS) ;
- ◆ la gestion d'un fonds d'appui aux bonnes pratiques dans le champ de l'aide à domicile ;
- ◆ une contribution renforcée aux chantiers majeurs de réforme de la tarification des ESMS accueillant des personnes âgées.

### 1.2. La COG 2016-2019 n'a pas été complètement mise en œuvre

#### 1.2.1. La moitié des sous-actions de la COG a été réalisée dans le calendrier prévu

À partir des éléments transmis par la CNSA et des investigations qu'elle a menées, la mission a examiné la réalisation des 162 sous-actions inscrites dans la COG 2016-2019 (cf. tableau 3) :

- ◆ 82 sous-actions ont été réalisées dans le calendrier prévu, soit 51 % ;
- ◆ 63 sous-actions ont été réalisées avec retard ou partiellement réalisées, soit 39 % ;
- ◆ 17 sous-actions n'ont pas été réalisées ou bien ont été abandonnées ; parmi celles-ci, neuf sous-actions n'ont pas été réalisées par la CNSA, trois sous-actions ont été abandonnées d'un commun accord avec l'État et cinq sous-actions n'ont pas pu être réalisées pour une raison indépendante de la volonté de la CNSA.

**Tableau 3 : taux de réalisation des sous-actions de la COG 2016-2019 de la CNSA**

Axe	Nombre d'actions ou sous-actions (*)	Réalisées dans le calendrier prévu	Réalisées avec retard ou partiellement réalisées	Non réalisées ou abandonnées	Taux de réalisation
Axe 1	20	10	9	1	50 %
Axe 2	39	20	16	3	51 %
Axe 3	32	18	12	2	56 %
Axe 4	26	11	11	4	42 %
Axe 5	45	23	15	7	51 %
<b>Ensemble</b>	<b>162</b>	<b>82</b>	<b>63</b>	<b>17</b>	<b>51 %</b>

*Source : mission, à partir de données CNSA. (\*) : ce nombre est calculé de la façon suivante : si l'action est déclinée sous-action, il s'agit du nombre de sous-actions ; si l'action n'est pas déclinée en sous-actions, il s'agit du nombre d'actions.*

<sup>5</sup><https://www.cnsa.fr/vous-etes-une-personne-handicapee-ou-un-proche/barometre-des-maisons-departementales-des-personnes-handicapees/donnees-du-barometre-par-mdph>.

## 1.2.2. Sur chacun des axes de la COG, des avancées ont été obtenues, mais des perspectives de progrès sont identifiées

### 1.2.2.1. Axe 1 : la CNSA manque encore d'outils d'évaluation individuelle, de suivi des parcours et d'une connaissance suffisante des politiques publiques de l'autonomie pour s'inscrire dans une logique d'équité territoriale

Le premier axe de la COG 2016-2019, intitulé « mieux éclairer les besoins des personnes âgées et des personnes handicapées pour adapter les réponses individuelles et l'offre collective », était décliné en trois fiches thématiques :

- ◆ **développer des outils d'évaluation individuelle pour améliorer la qualité des plans d'aide et contribuer à l'harmonisation des pratiques** : le référentiel d'évaluation multidimensionnelle (REMD) a bien été déployé : en 2019, 87 % des professionnels des EMS APA des 81 départements ayant répondu à l'enquête déclaraient l'utiliser. En revanche, le déploiement des deux autres outils prévus n'a pas été réalisé. En particulier, la refonte de l'outil PATHOS, qui devait être réalisée avant fin 2017, ne sera effective qu'en 2022 au plus tôt. L'accompagnement pour l'utilisation de ces outils a été assez largement réalisé pour les MDPH, et dans une moindre mesure pour les équipes médico-sociales chargées de la mission de l'APA (EMS-APA) en raison de ressources insuffisantes à la CNSA et de la diversité des organisations des services APA dans les conseils départementaux ;
- ◆ **assurer une meilleure traçabilité des orientations et des parcours pour orienter les évolutions de l'offre collective** : le déploiement d'un système d'information permettant de suivre l'exécution des décisions d'orientations en ESMS prises par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a été réalisé dans 90 départements à fin 2020 en vue d'identifier les besoins non satisfaits ; l'utilisation effective du service de certification des NIR par les MDPH et par les départements doit être développée, puisqu'un peu moins de la moitié des MDPH y avait recours fin 2020<sup>6</sup> sans toutefois que l'on dispose à ce jour d'informations complètes et détaillées sur son utilisation effective (pourcentage des NIR des usagers certifiés) dans les départements utilisateurs ;
- ◆ **soutenir la recherche et contribuer à la production de connaissances et de données sur les politiques de l'autonomie et leurs publics** : la CNSA a financé de nombreuses études, travaux de recherche et enquêtes statistiques sur le champ du handicap et de l'autonomie ; elle a mobilisé pour cela 4 M€ en moyenne chaque année principalement via des financements délégués à l'institut de recherche en santé publique (IReSP) ; l'objectif d'une meilleure valorisation des résultats obtenus n'est pas encore atteint ; les principales initiatives de la CNSA en la matière ont été réalisées en dehors de la COG via la participation aux instances de gouvernance de l'Institut de la longévité, des vieillesse et du vieillissement (ILVV), de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) et de l'IReSP.

### 1.2.2.2. Axe 2 : malgré une coopération constructive entre la CNSA et les MDPH, la mise en œuvre du système d'information commun « SI-MDPH » a pris du retard

Le deuxième axe de la COG, intitulé « améliorer l'accès aux droits des personnes handicapées, des personnes âgées et de leurs aidants dans le cadre d'une réponse accompagnée », était décliné en cinq fiches thématiques :

---

<sup>6</sup> La CNSA indique toutefois dans sa réponse au rapport provisoire que 78 MDPH utilisaient ce service fin mai 2021.

## Rapport

- ◆ **mettre en œuvre le système d'information commun MDPH** : la plupart des MDPH a déployé le système d'information harmonisé, mais non unique, à fin 2020, avec environ une année de retard par rapport au calendrier prévu, trop ambitieux eu égard à l'ampleur du chantier. Le choix de ne pas développer un progiciel unique pour l'ensemble des MDPH, interopérable avec les progiciels des départements, fait que la CNSA n'est pas le donneur d'ordres direct des éditeurs de logiciels. La CNSA et l'ASIP ont néanmoins assisté les MDPH pilotes et engagé avec leur accord un dialogue direct avec ces éditeurs avant la passation des commandes de développement du « palier 1 » ; certaines composantes du « palier 1 » comme l'alimentation de l'entrepôt de données de la CNSA commencent juste à fonctionner depuis fin 2020, et le projet n'est pas encore achevé puisque les « briques » 2.1 et 2.2 restent à déployer ; par ailleurs des projets connexes complexes comme le « livret parcours inclusif » visant à automatiser les échanges entre MDPH et établissements d'enseignement sur le parcours des enfants handicapés sont encore en phase de conception ou de démarrage ;
- ◆ **soutenir les MDPH et leurs partenaires dans l'amélioration de la qualité de service, le déploiement de la réponse accompagnée et l'harmonisation des pratiques en vue d'une meilleure équité de traitement** : la CNSA a déployé le référentiel de missions et de qualité de service des MDPH (RMQS), ainsi que l'outil d'autodiagnostic associé, et de nombreuses MDPH se sont engagées dans des démarches qualité. En revanche, les conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM) comportant une trajectoire d'amélioration de la qualité de service n'ont pas été signées, faute de texte réglementaire en définissant le contenu ; l'objectif final d'amélioration de la qualité ne peut donc pas être suivi. La direction de la compensation de la CNSA assure l'animation de réseaux professionnels bien identifiés dans les MDPH, mais les outils permettant de définir leurs priorités d'action restent perfectibles ;
- ◆ **renforcer les partenariats avec les conseils départementaux au service d'une harmonisation des réponses** : l'objectif de déploiement d'une troisième génération de conventions entre la CNSA et les conseils départementaux a été atteint, malgré l'absence de suivi individualisé de la mise en œuvre des engagements pris, et l'absence de levier pour les faire respecter, notamment sur le plan financier, les concours attribués aux départements étant totalement paramétrés. L'animation du réseau des équipes médico-sociales chargées de la gestion de l'APA (EMS APA) par la CNSA a été mise en place mais est loin d'atteindre l'intensité de celle des MDPH. Enfin, une seule maison départementale de l'autonomie (MDA) a demandé et obtenu sa labellisation, les raisons de cet échec étant à rechercher dans l'absence d'intérêt à agir pour les départements ;
- ◆ **assurer un meilleur accès des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches à l'information et aux droits** : la fréquentation du portail d'information pour les personnes âgées a crû rapidement et les informations qu'il diffuse ont été régulièrement mises à jour. Les objectifs de recensement de l'offre et des prix et restes à charge des ESMS ne sont toutefois qu'en partie atteints : les résultats sont corrects pour les EHPAD mais moins satisfaisants pour les résidences autonomes et très incomplets pour les services à domicile ;
- ◆ **soutenir les politiques de prévention de la perte d'autonomie, d'accès aux aides techniques et de soutien aux aidants** : la CNSA a accompagné la mise en place des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) et a pris en compte le soutien aux aidants dans les conventions avec ses partenaires. Les résultats sont plus décevants en matière d'accès aux aides techniques, pour lesquels les cadres de référence prévus par la COG n'ont pas été élaborés.

**1.2.2.3. Axe 3 : la CNSA accompagne la mise en œuvre de nombreux plans ministériels dont elle peine à mesurer l'impact, faute d'une connaissance suffisante des bénéficiaires et de la qualité de l'offre disponible**

Le troisième axe de la COG 2016-2019, intitulé « construire des réponses adaptées et efficaces dans une logique de parcours », était décliné en cinq fiches thématiques :

- ◆ **préparer et accompagner l'évolution de l'offre** : la CNSA a contribué à la mise en œuvre des plans nationaux et présente désormais à son conseil une vision consolidée du déploiement de ces plans. Les progrès ont été limités en matière de connaissance de l'offre disponible par territoire et d'évolution des modes d'accompagnement, notamment en raison des difficultés à prendre en compte la notion de « file active ». Enfin, la CNSA n'a pas entrepris les travaux pour que le portail [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr) soit alimenté par le répertoire opérationnel des ressources (ROR), préférant s'appuyer sur son propre annuaire ;
- ◆ **soutenir les ARS sur leurs nouveaux territoires dans leur mission de programmation et d'accompagnement de l'évolution de l'offre** : la CNSA a apporté son appui aux ARS dans la préparation de leurs schémas régionaux de santé sur la thématique médico-sociale, mais elle n'a pas réalisé la synthèse nationale prévue, qui aurait permis au CNP d'assurer un suivi de l'atteinte des objectifs fixés par chaque ARS. Les dialogues de gestion organisés annuellement avec chaque ARS sont unanimement appréciés mais il n'y a pas d'offre lisible d'appui aux ARS comparable à celle assurée pour les MDPH par la direction de la compensation. La CNSA est tributaire du calendrier et de la qualité de la saisie des informations par les ARS dans le SI SEPPIA pour réaliser des bilans intermédiaires de l'avancée des plans. En outre, le suivi des appels à projets (AAP) a été rendu difficile par le recours croissant des ARS à d'autres procédures comme l'appel à manifestation d'intérêt ;
- ◆ **éclairer la mise en œuvre de la stratégie nationale sur des problématiques prioritaires** : la CNSA s'est fortement impliquée dans la mise en œuvre de la « réponse accompagnée pour tous ». Elle a apporté son concours au suivi du phénomène des départs de ressortissants français en situation de handicap vers la Belgique. En revanche, en matière de suivi des jeunes relevant de l'« amendement Creton »<sup>7</sup>, son action pendant la période de la COG n'a pas pu être documentée. De même, la CNSA n'a pas conduit de travaux d'anticipation du vieillissement des personnes handicapées. Enfin, les sujets concernant les personnes âgées sont suivis par le pôle budgétaire de la DESMS, et appréhendés principalement sous ce prisme ;
- ◆ **participer à l'effort de formation et de modernisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des ESMS** : la CNSA a accompagné l'expérimentation d'une nouvelle offre intégrée « soins et accompagnement à domicile » et apporté sa contribution à la refondation de l'aide à domicile. Le dispositif de pilotage et de suivi des conventions avec les différents acteurs (départements, fédérations, opérateurs de compétence (OPCO)) conserve des faiblesses structurelles en dépit du déploiement, à compter de 2018, d'un outil informatique (GALIS section IV) pour le suivi des subventions et du lancement, en 2019, d'une démarche d'évaluation externe des conventions passées avec les OPCO ;

---

<sup>7</sup> L'amendement Creton, codifié à l'article L. 242-4 du CASF, est une mesure dérogatoire qui permet de maintenir les adultes en situation de handicap dans les établissements pour enfants, dans l'attente d'une place disponible.

## Rapport

- ◆ **consolider l'intégration des acteurs pour rendre possible le suivi du parcours des personnes âgées en perte d'autonomie** : la CNSA a accompagné activement le déploiement des méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), assurant un rôle d'animation nationale ; elle a ensuite fortement réorienté ses travaux lorsque le dispositif MAIA a été intégré dans les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes (DAC).

### **1.2.2.4. Axe 4 : la CNSA assure la répartition des crédits de l'objectif global de dépense (OGD) entre les ARS, mais dispose d'une visibilité limitée sur la situation des ESMS**

Le quatrième axe de la COG 2016-2019, intitulé « garantir une gestion équitable et performante des financements aux ESMS en assurant le pilotage de la dépense », était décliné en trois fiches thématiques :

- ◆ **garantir le pilotage fin de l'OGD et l'efficacité de la dépense médico-sociale** : la CNSA a participé à la fiabilisation de la construction de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de l'OGD mais son rôle reste modeste, les améliorations apportées en termes d'analyse étant limitées à une part minoritaire des montants concernés, et les enjeux en termes de risque de dépassement étant limités. La stratégie de gestion du risque n'a pas été développée par les tutelles et n'a donc pu être mise en œuvre par la CNSA qui, de son côté, n'a pas produit de réflexion spécifique sur le sujet. La politique d'efficacité de la dépense sur le champ médico-social peut néanmoins s'appuyer sur le tableau de bord de la performance des ESMS très utilisé par les ARS et, dans une moindre mesure, par les conseils départementaux ;
- ◆ **améliorer la connaissance sur les différents coûts de revient, les tarifs et le financement des ESMS** ; la CNSA produit des données nationales de coûts moyens à la place, qui sont désormais diffusées régulièrement à son conseil, aux ARS et aux fédérations et associations gestionnaires, mais elle n'a que partiellement atteint l'objectif d'améliorer la compréhension de la progression des dépenses consacrées aux personnes handicapées. Les bilans annuels du plan annuel d'investissement (PAI) publiés par la CNSA ont été enrichis en 2020 ; ils ne recouvrent cependant qu'une partie des informations prévues par la COG et ne permettent pas, en particulier, d'objectiver les besoins d'investissement ;
- ◆ **contribuer à une répartition de la ressource plus équitable et plus efficiente** : la CNSA a contribué activement à la mise en œuvre de la réforme des EHPAD. Sa participation à la réforme tarifaire des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) a été plus limitée et la réforme tarifaire des ESMS du secteur des personnes handicapées a pris du retard par rapport au calendrier initial. Les nouveaux critères de répartition de l'OGD proposés en 2017 par la CNSA ont été appliqués aux mesures nouvelles mais pas aux dotations historiques. Enfin, l'absence, jusqu'à présent, de tout suivi formalisé des actions en direction des outre-mer ne paraît pas à la hauteur des enjeux qui caractérisent ces territoires.

## Rapport

### 1.2.2.5. Axe 5 : la CNSA est un acteur des politiques publiques de l'autonomie dont la légitimité est reconnue par l'ensemble des parties prenantes, mais elle n'a pas prêté suffisamment attention à son fonctionnement interne

Le cinquième axe de la COG, intitulé « améliorer le fonctionnement et l'intervention de la Caisse », était décliné en quatre fiches thématiques :

- ◆ **affirmer le rôle de la CNSA comme carrefour des politiques de l'autonomie** : la composition du conseil, lieu de débat et de transparence sur les politiques de l'autonomie, a été élargie et la direction de la CNSA a régulièrement rendu compte de son action. Elle a bien mis à disposition des administrations centrales les données de gestion qu'elle produit, mais avec beaucoup de retard. Elle a conclu des conventions avec les caisses nationales de sécurité sociale et avec les agences nationales avec lesquelles elle travaille. Elle a participé à la comitologie mise en place sur les SI des ARS et sur les SI de l'autonomie, et a lancé avec la DNS et la DGCS le programme « ESMS numériques » désormais intégré au plan Ségur numérique ; elle ne participe pas en revanche au comité stratégique des SI du secteur santé, piloté par la direction du numérique des ministères sociaux (DNUM) ;
- ◆ **moderniser les instruments au service des missions de la CNSA** ; l'objectif de gagner en efficience interne n'a été que très partiellement réalisé ou avec retard, notamment du fait de la vacance prolongée du poste de responsable des services généraux. L'objectif de réduction des frais de fonctionnement par agent, dont la pertinence n'est pas démontrée en raison de la difficulté à en sortir les dépenses liées au métier, semble avoir été atteint en fin de période, tandis que les dépenses de location immobilière ont fortement progressé en 2019. Par ailleurs, les objectifs de la COG sur les achats correspondaient aux seuls achats de fonctionnement, alors que les achats de la caisse sont pour une part très majoritaire des achats de prestations concourant directement à ses missions ;
- ◆ **assurer une gestion des ressources humaines dynamique** : la CNSA a respecté son plafond d'emplois, avec une diminution de 6 ETPT sur la période 2016-2019 (cf. tableau 4) en contradiction avec l'accroissement des missions de la Caisse ; les sous-actions prévues par la COG ne semblent pas à la hauteur des enjeux auxquels la Caisse fait face. Par ailleurs, la CNSA n'atteint pas l'objectif de faciliter l'intégration des personnes en situation de handicap au sein de ses propres effectifs et ne respecte plus l'obligation légale depuis 2017 ;
- ◆ **garantir l'efficience de la fonction budgétaire et comptable** : des dysfonctionnements majeurs ont été constatés au sein du service facturier, qui nécessitent une remise à plat complète du dispositif. Dans le domaine de la maîtrise des risques, la CNSA a procédé aux évolutions prévues du SI de gestion des subventions (application GALIS) et a élargi son utilisation à l'ensemble des subventions ; mais la mise en place du contrôle interne dans toutes ses dimensions, qui avait été engagée en 2011, s'est interrompue en raison de la vacance prolongée du poste de contrôleur interne et cette démarche n'a été que récemment relancée.

Tableau 4 : trajectoire du plafond d'emplois prévu par la COG 2016-2019

Année	2014 (E)	2015 (B)	2016 (B)	2017 (COG)	2018 (COG)	2019 (COG)
Plafond d'emplois (en ETPT)	114,2	119,2	123,2	123,2	121,2	117,2

Source : COG 2016-2019. (E) : exécuté ; (B) : budgété ; (COG) : projection COG.

### 1.3. La COG présentait des faiblesses intrinsèques qui ont affaibli sa portée

#### 1.3.1. La COG 2016-2019 n'a pas été construite comme un outil permettant de mesurer des résultats directement imputables à l'activité de la CNSA

L'examen de la réalisation des actions de la troisième COG et de l'évolution des indicateurs associés permet de mettre en évidence les imperfections suivantes :

- ◆ la CNSA apporte son concours, soutient, accompagne ou intervient en appui d'autres acteurs qui mettent en œuvre la politique publique (ARS, EMS-APA, CFPPA, MDPH) ; or la réalisation de certaines actions inscrites dans la COG dépend directement de ces acteurs et n'est donc qu'indirectement rattachable à l'appui de la Caisse ;
- ◆ certaines actions recouvrent des objectifs de moyens et non des objectifs de résultats, avec des formulations très prescriptives (par exemple « organiser tous les deux ans des rencontres scientifiques ») ;
- ◆ les indicateurs inscrits dans la COG n'ont pas tous pu être suivis par la CNSA sur la période d'exécution de la COG ; par ailleurs la distinction opérée entre « indicateurs de suivi » et « indicateurs de résultat » paraît artificielle.

#### 1.3.2. Le cadre de suivi de la COG ne permet pas d'en faire un outil de pilotage interne ni externe

**La COG 2016-2019 de la CNSA s'apparente à un outil de *reporting* vis-à-vis des tutelles mais pas à un véritable outil de pilotage sur lequel les tutelles, le conseil de la CNSA et le management de la Caisse se seraient appuyés pour orienter l'action de la CNSA depuis 2016 :**

- ◆ **la multiplication des actions et des sous-actions, et l'ajout d'un niveau intermédiaire de « fiches thématiques », a noyé les objectifs stratégiques fixés dans la première partie de la COG ;**
- ◆ **le suivi de la COG a été assuré ligne à ligne, pour chaque action et sous actions,** dans un tableau complexe transmis annuellement à la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ;
- ◆ le suivi de la COG réalisé par la CNSA n'a pas suscité d'échanges avec son conseil. La présentation, chaque année, devant cette instance du bilan de la COG n'a ainsi soulevé aucun débat ni aucune remarque ;
- ◆ **malgré quelques tentatives, la CNSA n'est pas parvenue à utiliser la COG pour son pilotage interne.** Un séminaire a été organisé le 14 avril 2016 auprès des agents afin qu'ils s'approprient la COG, puis un projet d'établissement a été élaboré en 2018 à l'aide d'un prestataire extérieur, mais ces deux initiatives ont été insuffisantes pour structurer les travaux de la CNSA et son pilotage interne autour des objectifs fixés par la COG.

## **2. La CNSA ne dispose pas aujourd'hui des moyens humains, matériels et juridiques nécessaires pour piloter les politiques publiques dont elle a la charge, alors qu'elle vient d'être désignée gestionnaire de la cinquième branche de la sécurité sociale**

### **2.1. La CNSA se retrouve aujourd'hui en charge de très nombreuses missions et actions issues d'une sédimentation d'initiatives éparses, sans avoir les moyens matériels et réglementaires des ambitions affichées**

#### **2.1.1. Le périmètre légal d'intervention de la CNSA n'a cessé d'évoluer depuis quinze ans, ce qui la conduit, en 2021, à gérer 28 Md€ et à piloter une multitude de dispositifs**

Depuis sa création par la loi du 30 juin 2004<sup>8</sup>, la CNSA a connu une extension régulière de ses missions légales, dont le nombre est passé de neuf à seize entre 2005 et 2020<sup>9</sup>. Cela a continuellement étendu et diversifié le champ de ses activités, et le montant des financements gérés par la CNSA. Entre 2006 et 2020, le budget de la CNSA a doublé passant de 14 Md€ à 28 Md€. La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a ainsi modifié cinq missions légales et ajoutée trois nouvelles missions légales à la CNSA.

**La sédimentation des missions de la CNSA a abouti à la conduite de six activités principales (cf. annexe II) :**

- ◆ **la répartition des financements nationaux des politiques de soutien à l'autonomie** entre les réseaux territoriaux chargés de les mettre en œuvre. L'objectif global de dépense (OGD) est réparti entre les ARS à hauteur de 26 Md€ et les concours<sup>10</sup> le sont entre les départements à hauteur de 4 Md€. La complexité des opérations de répartition est très différente selon les dispositifs : le montant des concours aux conseils départementaux découle automatiquement de l'application de paramètres, tandis que la répartition de l'OGD tient aujourd'hui compte de très nombreux facteurs ;
- ◆ **l'appui technique et méthodologique aux réseaux en charge des politiques d'autonomie.** Cet appui prend la forme de productions de guides et d'outils destinés à harmoniser les pratiques, d'animation de communautés de professionnels, la collecte et l'exploitation de données pour documenter ces politiques ; à partir de 2021, un appui direct aux MDPH en difficulté a été mis en place ;
- ◆ **l'animation et le suivi de nombreux dispositifs de politique publique, alliant financements et accompagnements des acteurs de l'autonomie,** au-delà des financements récurrents (OGD et concours), notamment :
  - le versement d'aides à l'investissement aux ESMS ;
  - le soutien à la modernisation de l'aide à domicile et à la formation des salariés de ce secteur et des ESMS ;
  - le soutien aux aidants ;
  - la lutte contre l'isolement ;

---

<sup>8</sup> La loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

<sup>9</sup> Cf. article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles et annexe II.

<sup>10</sup> Six concours : APA, PCH, fonctionnement des MDPH, actions de prévention de la perte d'autonomie coordonnées par les conférences des financeurs de la prévention de perte d'autonomie (CFPPA) ou portées par les résidences autonomie, revalorisation salariale des aides à domicile, développement de l'habitat inclusif.

## Rapport

- le soutien à la recherche et aux actions innovantes ;
- la contribution à l'élaboration et à la mise en œuvre de nombreux plans nationaux (plan solidarité grand âge, plan national Alzheimer, plan maladies neurodégénératives, plan pluriannuel du handicap (PPH) et schéma handicaps rares (HR), troisième plan autisme, stratégie quinquennale de transformation de l'offre médico-sociale).
- ◆ **la maîtrise d'ouvrage et le développement de systèmes d'information métiers** en appui des autres activités sont devenus un métier à part entière de la caisse, pour répondre à la mission de collecte d'information qui est la sienne, mais aussi pour outiller ses réseaux (création de l'application HAPI destiné aux ARS pour la tarification des ESMS en 2012) et, surtout, la construction du SI harmonisé des MDPH à partir de 2016 ;
- ◆ **l'information des publics des politiques de soutien à l'autonomie en vue de faciliter l'accès aux droits ;**
- ◆ **les fonctions d'animation du conseil**, comprenant de nombreux représentants des acteurs de l'autonomie et ayant vocation à être tant une instance de pilotage que de débats.

A ces activités « métier », il faut ajouter les fonctions de pilotage, de *management*, ainsi que les fonctions support.

Ainsi, la multiplication des missions confiées à la CNSA et notamment celle des dispositifs de politique publique qu'il lui est demandé, non seulement de financer, mais aussi d'animer ou de piloter, pèse particulièrement sur les équipes de la CNSA (cf. *infra* 2.2.4), requérant des compétences spécifiques, ajoutant des tâches de conception et de gestion, alors que les moyens disponibles pour atteindre les ambitions affichées sont souvent insuffisants, notamment en matière de données (cf. *infra* 2.2.3.), et que ses leviers pour mobiliser les réseaux territoriaux sur lesquels elle s'appuie sont limités (cf. *infra* 2.2.1.).

### 2.1.2. La transformation de la CNSA en organisme gestionnaire d'une branche de sécurité sociale a encore élargi le périmètre de ses missions légales

**La LFSS pour 2021 crée une cinquième branche de sécurité sociale et fait de la CNSA son gestionnaire.**

**À cette occasion, les missions de la CNSA, énumérées à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), ont été entièrement réécrites pour en donner une définition plus générique, afin d'adopter une structuration proche de celles des caisses nationales du régime général et de permettre l'extension ultérieure du périmètre de la branche autonomie sans avoir à modifier systématiquement les missions légales de la CNSA comme c'était le cas jusque-là en raison de la définition parfois très précise de ses missions.**

La CNSA compte désormais sept missions au lieu de seize, qui permettent toutefois d'englober la quasi-totalité des anciennes missions de la CNSA, ainsi que des missions nouvelles :

- ◆ **veiller à l'équilibre financier de la branche et assurer la gestion du risque ;**
- ◆ **contribuer à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie ;**
- ◆ **contribuer à l'attractivité des métiers** participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, mission dont l'article 47 de la LFSS pour 2021 a précisé le contenu en prévoyant le versement par la Caisse d'un nouveau concours financier aux départements.

## Rapport

La liste des missions définies à l'article L. 14-10-1 du CASF a été largement inspirée de celles des autres caisses de sécurité sociale, alors que la situation de la CNSA, sans réseau propre, est très différente. Les contours de plusieurs missions restent flous (cf. *infra* 3.2.1.) et les ambitions liées aux nouvelles missions devront être affinées par les tutelles, notamment en matière de maîtrise de l'équilibre financier et de gestion du risque, en prenant en compte la taille et les moyens limités de la CNSA (cf. *infra* 3.1.).

### 2.2. La CNSA peine à remplir certaines de ses missions et est confrontée à des difficultés d'organisation et de pilotage

#### 2.2.1. Sa fonction d'animation de réseau est limitée par le manque de leviers pour assurer un véritable pilotage des réseaux, en particulier ceux dépendant des conseils départementaux

À la différence des caisses nationales du régime général de sécurité sociale qui disposent d'outils de pilotage puissants de leur réseau, la CNSA doit composer avec des mécanismes hétérogènes pour orienter l'activité des différents réseaux locaux en charge des politiques d'autonomie (cf. tableau 5) :

- ♦ pour les ARS, le pilotage est assuré par le conseil national de pilotage (CNP), dont fait partie la CNSA. L'action de la CNSA concerne le champ de la régulation du secteur médico-social : elle n'intervient pas sur les moyens de fonctionnement des ARS et n'a pas la capacité de leur imposer l'utilisation des SI métiers qu'elle leur fournit ;
- ♦ pour les MDPH, la CNSA dispose d'instruments de nature comparable à ceux des caisses nationales, mais sans leur valeur contraignante : la CNSA suit l'activité des MDPH plus qu'elle ne la pilote, elle finance une partie de leur fonctionnement mais sans avoir la main sur les montants alloués. Elle ne nomme pas les directeurs et dans la pratique les MDPH, qui dépendent des départements pour leurs moyens de fonctionnement, sont souvent pilotées comme une direction des services du département ;
- ♦ hormis les conventions entre la CNSA et les conseils départementaux prévues à l'article L. 14-10-7-2 du code de l'action sociale et des familles, que la CNSA n'a, au demeurant, pas les moyens de négocier et de suivre avec chaque département (cf. *infra*), la CNSA n'a pas de levier de pilotage de l'activité des EMS-APA et des CFPPA.

Tableau 5 : comparaison des leviers de pilotage des réseaux relayant l'action de la CNSA et de ceux des caisses nationales de sécurité sociale

Leviers de pilotage des caisses nationales	ARS	MDPH	EMS-APA	CFPPA
Contractualisation pluriannuelle sur des objectifs communs	Oui, dans le cadre du CPOM conclu entre le CNP et les ARS.	Pas de contractualisation avec la MDPH mais la convention CNSA-CD (art. L14-10-7-2) contient des objectifs concernant la MDPH	Possible, dans le cadre de la convention CNSA-CD (art. L14-10-7-2)	Possible, dans le cadre de la convention CNSA-CD (art. L14-10-7-2)
Appui à l'exercice des métiers	Oui : réunion de club métiers, groupes de travail thématique, réunion des directeurs de l'autonomie.	Oui : fourniture d'outils et guides, conseil réglementaires, animation des réseaux de référents métier	Oui : fourniture d'outils et guides, appui conseil, animation du réseau de coordonnateurs EMS-APA	En partie

## Rapport

Leviers de pilotage des caisses nationales	ARS	MDPH	EMS-APA	CFPPA
Pilotage de la production par les délais et la qualité	Suivi de l'activité, remontée d'information	Suivi de l'activité, remontées d'information ; appui à l'organisation de la production	Non	Suivi de l'activité, remontée d'information
Dispositifs d'appui et de mutualisation	Non	En 2021 : dispositif d'appui renforcé	Non	Non
Allocation des budgets de fonctionnement et ETP	Non (pilotage assuré par le SGMAS)	Financement d'une partie du fonctionnement, mais paramétré	Non	Non
Mise à disposition des SI métiers	Oui (HAPI, SEPIIA, GALAAD, ...)	Oui (SI-MDPH)	SI-APA en projet	Non
Nomination des directeurs	Non	Non	Non	Sans objet

*Source : mission.*

**Ces caractéristiques limitent fortement la capacité de la CNSA à piloter ces réseaux, voire à suivre leur activité, et la positionne principalement comme une structure d'appui.** Il faut toutefois bien distinguer les différences entre les réseaux :

- ◆ **concernant l'appui aux ARS, les relations entre la CNSA et les équipes médico-sociales se sont progressivement structurées, mais il existe des marges de progrès.** L'annexe IV du présent rapport identifie ainsi trois axes de progrès : renforcer et mieux organiser l'offre d'appui aux ARS, mettre en cohérence les outils de pilotage en accord avec le CNP, et améliorer les systèmes d'information destinés aux ARS ;
- ◆ **l'appui aux MDPH repose sur plusieurs canaux qui permettent d'envisager un renforcement des capacités d'action de la CNSA à court /moyen terme ;**
- ◆ le principe de libre administration territoriale bride constitutionnellement le rôle de la CNSA auprès des conseils départementaux ;
- ◆ les conférences des financeurs pour la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) sont des structures plus récentes, animés au niveau local par les conseils départementaux. La CNSA n'a en charge que l'animation au niveau national.

### 2.2.2. L'avancée majeure que constitue le SI MDPH, qui contraste avec des résultats plus mitigés dans les autres domaines, n'a pu être obtenue que grâce un recours important à des prestataires extérieurs

À l'exception du SI des MDPH, pour lequel la CNSA est en charge d'harmoniser les systèmes d'information, les missions légales de la caisse la concentrent sur la remontée d'informations venant de ses réseaux et directement des ESMS.

Faute d'un schéma directeur du système d'information ou même d'une simple programmation pluriannuelle globale des projets comportant les éléments de base que sont un *planning*, des jalons, des estimations de charge internes et externes et les budgets associés, la CNSA n'a pas disposé pendant la période des outils permettant de piloter et de rendre compte de l'avancée des projets de systèmes d'information.

## Rapport

Les effectifs dédiés à la maîtrise d'ouvrage ne sont identifiés que dans les deux directions métiers. Les effectifs consacrés à la maîtrise d'ouvrage sont limités et ne possèdent pas toutes les compétences nécessaires pour remplir ce rôle. Pour les projets métiers il est difficile de trouver des personnels qui maîtrisent à la fois les compétences métiers, des compétences de pilotage de projet et spécifiquement de maîtrise d'ouvrage de systèmes d'information. La maîtrise d'œuvre à la DSI est dispersée entre de nombreux projets de sorte que les chefs de projet ont souvent un portefeuille important.

L'ajustement entre les ambitions de la caisse, d'une part, ses moyens et ses capacités d'autre part, a été effectué par l'abandon de quelques projets mais surtout par des délais dans leur mise en œuvre, comme cela a été le cas pour :

- ◆ le SI-MDPH (cf. *supra* 1.2.) ;
- ◆ certains projets techniques pouvant améliorer la performance et faciliter l'accomplissement par la caisse de sa mission légale de collecte de données, comme le projet « SI collecte ».

L'évolution du SI est caractérisée par six points :

- ◆ le déploiement du palier 1 du SI MDPH, en dépit de son retard, des conditions difficiles de son déploiement et des critiques qui peuvent être faites à la priorité donnée aux besoins de la CNSA par rapport à ceux des MDPH est une avancée majeure ;
- ◆ s'agissant des ESMS, la CNSA a su adapter son SI aux évolutions réglementaires mais n'a pas su porter une attention suffisante aux besoins des ARS, de sorte que les applications de ce domaine sont principalement des outils de remontées des informations et non les outils dont les ARS ont besoin pour répondre à leurs missions ;
- ◆ des portails ont été développés pour répondre aux besoins d'information des usagers ;
- ◆ dans le champ de l'autonomie il y a eu peu d'avancées, à l'exception du déploiement du portail d'information pour les personnes âgées qui a bien été réalisé, la COG contenant peu d'actions dans ce domaine : le SI conférence des financeurs, qui est une pure remontée de données a été réalisé ; l'implémentation du référentiel d'évaluation multidimensionnelle (REMD) dans les outils métiers des EMS-APA a été laborieusement engagée eu égard au nombre des logiciels métier utilisés par les services départementaux ;
- ◆ l'architecture technique et fonctionnelle supportant les échanges d'information de la caisse a été améliorée sans que la mission puisse juger si elle répond à ses besoins à venir<sup>11</sup>.

Ces avancées n'ont pu être obtenues que par une forte externalisation des services informatiques (infogérance et externalisation du support des très nombreux utilisateurs) et par la mobilisation de prestations d'assistance à la maîtrise d'ouvrage (AMOA) et d'assistance à la maîtrise d'œuvre (AMOE). Celles-ci représentent les deux tiers du budget SI de la caisse (plus de 13 M€ en 2020) et des effectifs mobilisés qui, au coût d'un agent de la CNSA, dépassent ses effectifs propres.

La mission a établi, en s'appuyant sur la méthode utilisée par la Cour des Comptes et malgré des informations parcellaires, une estimation du nombre d'ETP externalisés. Sans être parvenu à définir un chiffre précis, un faisceau d'indices indique que ce nombre d'ETP externalisés dépasse les recommandations en termes de ratio ressources internes /ressources externes nécessaire pour avoir une bonne maîtrise de ces projets. Cela a été manifestement le cas pour le projet SI-MDPH qui a pu mobiliser jusqu'à 40 ETP de prestataires.

---

<sup>11</sup> La mission n'a pas examiné l'architecture purement technique mais a documenté les services fournis en annexe VI.

### 2.2.3. Les politiques publiques de l'autonomie sont mal connues au regard des perspectives démographiques et des enjeux socio-sanitaires et financiers

La CNSA souffre aujourd'hui de trois faiblesses principales qui amoindrissent sa capacité à valoriser les connaissances dont elle dispose :

- ◆ la direction scientifique est principalement tournée vers le financement d'initiatives extérieures, et non vers les besoins identifiés de la CNSA ;
- ◆ les compétences statistiques sont dispersées entre les deux directions métiers, sans coordination entre les chargés d'études de ces deux directions ;
- ◆ la CNSA ne dispose pas de fonction prospective lui permettant d'avoir une vision globale des politiques publiques de l'autonomie dont elle assure la mise en œuvre et de hiérarchiser les enjeux et les efforts en termes de connaissances pour mieux les piloter.

Les données dont disposent les directions métiers de la CNSA sur les politiques publiques de l'autonomie sont parcellaires et de qualité inégale. En particulier :

- ◆ **les données disponibles relatives aux établissements médico-sociaux financés par l'OGD ne permettent pas d'avoir une évaluation et un suivi qualitatifs de l'offre.** Concernant les ESMS recevant des personnes âgées (ESMS-PA), les données HAPI et AGGIR-PATHOS permettent de suivre le nombre de places ouvertes, l'évaluation de la dépendance et des besoins de soins des résidents et la consommation des crédits alloués, mais pas la qualité de la prise en charge<sup>12</sup> ni même l'encadrement en personnel soignant<sup>13</sup>. Concernant les ESMS accueillant des personnes handicapées (ESMS-PH), les données sont encore plus limitées, et ne permettent même pas de savoir le nombre final de bénéficiaires individuels ;
- ◆ en dehors de l'évolution du nombre de bénéficiaires et des montants de dépenses par départements suivis annuellement, **les données relatives à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)** proviennent principalement de remontées d'informations individuelles réalisées tous les quatre ans par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des solidarités et de la santé (DREES), et **ne permettent pas, en l'état, d'évaluer la situation dans chaque département** et d'identifier des marges de progression individualisées ;
- ◆ dans l'attente de la pleine mise en œuvre du système d'information harmonisé, les données relatives aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont recueillies par le biais d'enquêtes annuelles, dont la complétude et la fiabilité sont souvent limitées. Cette situation devrait toutefois évoluer, en 2021 ou plus probablement en 2022, avec l'alimentation du centre de données de la CNSA par les données individuelles pseudonymisées rendant compte de l'évaluation des besoins des personnes handicapées et du traitement de leurs demandes.

L'analyse de trois jeux de données par la mission<sup>14</sup> révèle la faible qualité des données brutes récoltées et l'importance du travail de retraitement nécessaire pour obtenir des

---

<sup>12</sup> La mise en consultation du projet de référentiel d'évaluation des ESMS sur le site de la Haute autorité de santé, en janvier 2021 marque une évolution positive.

<sup>13</sup> Ces données sont remontées dans les applications de la CNSA (ImportERRD) mais avec un taux de réponse et une qualité des données trop faible pour pouvoir suivre les recrutements effectués grâce aux crédits supplémentaires alloués dans le cadre de la réforme tarifaire engagée par la loi ASV.

<sup>14</sup> Les données relatives aux prix des hébergements et aux tarifs dépendance des EHPAD ; les données utilisées pour élaborer l'étude « situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018 » publiée en mai 2020, élaborée par la direction des établissements et services médico-sociaux ; les données utilisées pour élaborer la synthèse des rapports d'activité 2018 des MDPH publiée en octobre 2020, élaborée par la direction de la compensation avec l'appui d'un prestataire extérieur.

## Rapport

données exploitables<sup>15</sup>. La CNSA doit par ailleurs produire une meilleure stratégie de valorisation de ces données, pour s'assurer que les différentes études réalisées sont cohérentes et répondent à des besoins bien identifiés (cf. annexe VII).

**Par ailleurs, les travaux de recherche financés par la direction scientifique ne concourent que faiblement aux besoins de connaissance de la CNSA.** En grande majorité, ces travaux ne répondent pas à des besoins précis identifiés par la CNSA, mais s'inscrivent dans le cadre d'appels à projet larges, laissant une grande latitude aux porteurs de projet dans la définition de l'objet d'étude.

**Ce manque de données limite grandement la capacité de la CNSA à piloter efficacement ces politiques et à atteindre l'objectif d'équité dans l'accès aux services et aux prestations qu'elle finance et à évaluer précisément l'utilité et l'impact des leviers à sa disposition pour orienter les acteurs.**

### 2.2.4. L'étirement des effectifs sur un nombre croissant de missions pèse sur la capacité de production de la CNSA et sur le climat social

**La multiplication des missions confiées à la CNSA a induit une diversification importante des compétences nécessaires au sein des équipes.** La mission a analysé en détail les activités assurées pour chacune des grandes fonctions de la CNSA (cf. annexe II pour le détail et tableau 6 pour le récapitulatif).

**Tableau 6 : récapitulatif de la ventilation des effectifs de la CNSA par grandes fonctions**

Fonctions	ETP internes (estimation)	ETP externes (estimation)	Rattachement des ETP externes
Fonction budgétaire et comptable (hors SI)	12,0	-	-
Financement des ESMS et appui aux ARS (hors SI)	14,2	3,5	ATIH
Conduite de projets du domaine ESMS	5,5	4,0	ATIH
Appui aux MDPH (hors SI)	9,4	-	-
Appui aux autres réseaux des départements (hors SI)	4,4	2,0	Appui consultant animation EMS APA
Construction et maintenance des SI métiers	16,7	24,0	-
<i>Dont SI du champ ESMS</i>	<i>6,0</i>	<i>3,0</i>	<i>AMOA SI</i>
<i>Dont conduite du projet SI-MDPH et des projets connexes</i>	<i>9,9</i>	<i>20,0</i>	<i>AMOA SI</i>
<i>Dont SI conférence des financeurs</i>	<i>-</i>	<i>1,0</i>	<i>AMOA SI</i>
Pilotage du déploiement de dispositifs de soutien à l'autonomie	9,0	-	-
Soutien à la recherche et à l'innovation	4,9	1,0	IRESP
Activités supports	29,0	11,0	Accueil (1 ETP) Infogérance, support utilisateurs (yc centre d'appels) (10 EPT)
Encadrement des équipes et pilotage de l'activité	19,0	-	-
<b>Ensemble</b>	<b>124,2</b>	<b>45,5</b>	-

*Source : mission. Prestataires AMOA et support SI au 30/07/2020 figurant dans le tableau remis à la mission par l'adjoint au DSI avec ajout des 4 ETP du centre d'appels (assistance aux utilisateurs des applications de la CNSA) omis dans ce tableau (cf. annexe VI).*

<sup>15</sup> La mission a noté à ce propos, dans le domaine des ESMS, l'absence d'adaptation des SI de collecte de données pour embarquer des contrôles bloquants prenant en compte les corrections à appliquer aux données brutes pour alléger ce travail de retraitement.

**L'analyse des missions et des moyens humains de la CNSA fait apparaître un étirement des ressources qui la fragilise :**

- ◆ **les directions ont la charge de missions très hétérogènes, sans toujours avoir les moyens (humains et juridiques) d'atteindre les ambitions posées. Le traitement d'un sujet est fréquemment attribué à un seul agent, sans possibilité de fonctionnement en binôme, ce qui pose des problèmes de continuité de la mission en cas de vacances du poste. L'exécution de la COG 2016-2019 montre ainsi que la réalisation de plusieurs actions a été reportée ou suspendue par suite de l'absence du titulaire du poste ;**
- ◆ l'encadrement, notamment au niveau des pôles, est aussi chargé du traitement de dossiers souvent lourds, ce qui réduit le temps qu'il peut consacrer au management des équipes et à l'amélioration des processus et de l'organisation internes ;
- ◆ cet étirement des ressources **induit une charge de travail élevée liée à la gestion courante et limite la capacité à dégager des ressources pour l'analyse et la prospective.** Des sujets tels que l'équité territoriale, des modalités de répartition des concours aux départements plus incitatives, l'impact des aides à l'investissement aux ESMS ou les modalités d'intervention de la CNSA les plus pertinentes pour soutenir la modernisation de l'aide à domicile ou la recherche et l'innovation sont ainsi insuffisamment traités ;
- ◆ **la CNSA recourt à des prestataires, de manière excessive, et, ponctuellement, à des mises à disposition, effectifs non pérennes, qui peuvent fragiliser la capacité de la CNSA à gérer certains sujets dans le temps, et limite ses possibilités de capitaliser des connaissances.**

**Cette inadéquation est un des facteurs explicatifs d'une situation des ressources humaines révélant à la fois des points forts et des faiblesses structurelles qu'il est impératif de bien prendre en compte pour évaluer la situation de la caisse et ce qui pourra lui être demandé (cf. annexe III) :**

- ◆ la CNSA a des points forts intrinsèques, liés au sens des missions qui lui sont confiées. Ses agents, qui sont essentiellement des cadres, y sont particulièrement attachés et sont donc globalement satisfaits du contenu de leur travail. Les agents étant réunis par des valeurs communes, les relations interpersonnelles y sont également jugées bonnes ;
- ◆ **cependant, le turnover des agents de la CNSA, de l'ordre de 33 % par an, est particulièrement élevé.** Cela s'explique par (1) la petite taille de la CNSA, les agents n'y faisant pas carrière, mais venant y acquérir une expérience valorisable dans le secteur médico-social ; (2) des faiblesses structurelles dans l'organisation du travail et la répartition de la charge de travail pesant sur le climat social. Comme l'externalisation susmentionnée, ce *turnover* nuit à la capitalisation des connaissances. Il s'accompagne d'importantes vacances de poste, compte tenu de délais de recrutement élevés (cf. annexe III). Il se traduit également par une polarisation de l'ancienneté autour les bornes basses et hautes (fin 2020, 35% des effectifs sont à la CNSA depuis moins de trois ans, et 27% depuis plus de six ans). Sans action particulière, cette situation se maintiendra ;
- ◆ les absences maladie sont en forte croissance sur la période 2016-2019, sans que d'autre raison identifiée que le volume et l'organisation du travail expliquent cette évolution ;
- ◆ l'organisation et le pilotage, peuvent être considérés comme un facteur parfois aggravant des agents considérant que le *management*, à défaut de pouvoir en réduire le volume, ne hiérarchise pas suffisamment ce qui est demandé ;

- ◆ **des risques psycho-sociaux notables pèsent sur les équipes.** En 2020, la CNSA a été marquée par le suicide d'un agent, hors de son lieu de travail. À la suite de cet événement, un rapport externe a conclu à l'existence de risques psycho-sociaux notables. La mission, à l'issue de ses travaux, et notamment des entretiens avec l'ensemble des pôles de la CNSA, estime que les conclusions de ce rapport doivent être prises en compte.

**La direction générale doit ainsi être très attentive à la bonne organisation des travaux, à leur hiérarchisation et au contrôle de la charge de travail, de façon à permettre à l'encadrement d'assurer effectivement sa fonction de *management* des équipes** (cf. les recommandations de l'annexe III).

### **3. Dans le contexte de création d'une cinquième branche, la prochaine COG doit clarifier le cœur des missions de la CNSA et renforcer en priorité sa connaissance des politiques publiques de l'autonomie**

#### **3.1. Le nouveau rôle de gestionnaire d'une branche de sécurité sociale confié à la CNSA génère de nombreuses attentes, difficiles à satisfaire au regard de l'organisation des politiques de l'autonomie**

##### **3.1.1. Les attentes fortes mais imprécises des tutelles sur le renforcement du pilotage financier se heurtent à la complexité de l'organisation financière des politiques de l'autonomie**

**Le renforcement du pilotage financier est consubstantiel au projet de structuration de la branche autonomie puisque la CNSA doit désormais veiller à l'équilibre financier de cette branche.** Cette ambition doit toutefois être relativisée au regard de la structure des recettes et des dépenses de la branche :

- ◆ la CNSA est financée par des ressources affectées sur lesquelles elle ne dispose d'aucun levier d'action ; en 2021, il s'agit principalement de la contribution sociale généralisée (CSG, 28,1 Md€), de la contribution de solidarité active (CSA, 2,0 Md€) et de la contribution additionnelle de solidarité active (CASA, 0,8 Md€) ;
- ◆ la CNSA ne gère directement qu'une partie relativement limitée des crédits de son budget ; en effet son rôle consiste seulement à répartir et à assurer le suivi des crédits de l'objectif global de dépenses (OGD, 26,0 Md€ en 2021) entre les agences régionales de santé (ARS) et des concours versés aux départements<sup>16</sup> (4,3 Md€ en 2021).

**Pour autant, il est légitime que la Caisse puisse assumer la nouvelle mission de veiller à l'équilibre de la branche autonomie qui lui est confiée par la loi.**

**Proposition n° 1: reconnaître à la CNSA la capacité de proposer des mesures d'économies ou d'efficience, notamment dans l'hypothèse où les prévisions de recettes affectées à la branche autonomie seraient revues à la baisse en cours de gestion.**

**Malgré la simplification de la présentation du budget de la CNSA prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, celui-ci reflète la diversité des modes d'intervention de la Caisse (cf. figure 1) :**

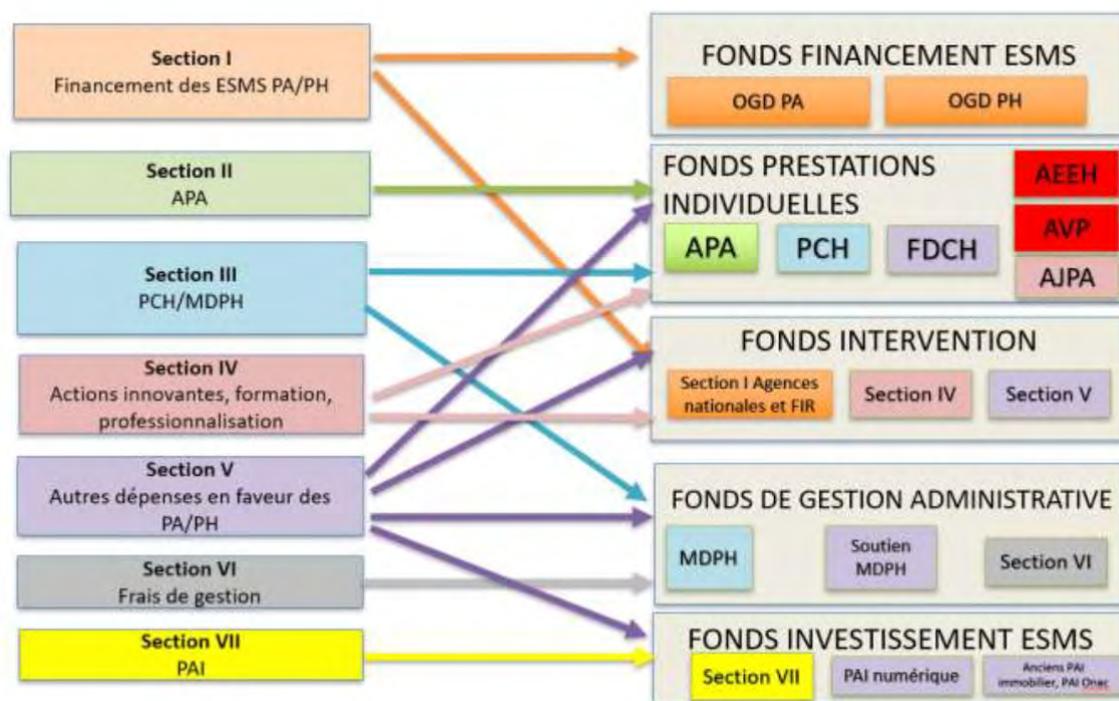
---

<sup>16</sup> Concours versé au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), concours versé au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH), concours versé au titre du financement des MDPH, concours « autres actions de prévention » et concours « forfait autonomie ».

## Rapport

- ◆ le fonds dédié au financement des ESMS retrace les crédits de l'OGD (26,0 Md€) dont la CNSA assure la répartition entre les ARS selon des modalités complexes (cf. annexe V) ;
- ◆ le fonds dédié aux prestations individuelles retrace les concours versés aux départements (4,3 Md€), dont la CNSA assure la répartition selon des critères fixés par voie législative et réglementaire, sans disposer d'une marge d'appréciation ;
- ◆ le fonds d'intervention (0,6 Md€) retrace l'ensemble des dépenses d'intervention de la CNSA en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées dépendantes et des proches aidants et comporte de nombreuses lignes fonctionnant selon des logiques et des règles différentes; une attention particulière devra être apportée au suivi des dépenses de ce fonds afin que l'enveloppe fixée initialement soit bien respectée et que les différentes lignes soient gérées de façon efficace, en facilitant les redéploiements en fonction des consommations réelles ;
- ◆ le fonds d'investissement (0,4 Md€) retrace les aides à l'investissement au bénéfice des ESMS et de l'habitat inclusif, notamment celles prévues dans le cadre du Ségur de la santé sur le champ de l'immobilier et du numérique ;
- ◆ le cinquième fonds est dédié au financement de la gestion administrative (0,3 Md€).

Figure 1 : tableau de passage entre l'ancienne et la nouvelle maquette budgétaire de la CNSA



Source : budget 2021 de la CNSA.

**La gestion financière de ces dispositifs est d'autant plus complexe qu'elle repose sur quatre réseaux territoriaux différents sur lesquels l'autorité de la CNSA est limitée voire inexistante (cf. 2.2.1), en particulier :**

- ◆ les ARS assurent la régulation des ESMS financés à l'aide des crédits de l'OGD ; en pratique, la CNSA participe au pilotage national organisé par le CNP sous l'égide du Secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) et apporte son appui aux directions de l'autonomie des ARS dans les limites de l'organisation actuelle (cf. annexe IV) ;

## Rapport

- ◆ les conseils départementaux assurent la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) ; la CNSA constitue pour eux un lieu de débat et d'échange de bonnes pratiques, mais celle-ci n'a aucune autorité sur eux en vertu du principe de libre administration des collectivités territoriales consacré par la Constitution ;
- ◆ les MDPH constituent au sein de chaque département le guichet unique chargé de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches ; elles jouissent d'une certaine autonomie mais, avec le déploiement du SI-MDPH, la CNSA dispose désormais d'un outil de pilotage national ;
- ◆ les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) coordonnent, sous l'égide du conseil départemental, les actions de prévention, de soutien aux aidants des personnes âgées et de soutien à l'habitat inclusif pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

### 3.1.2. Faute d'indicateurs permettant de mesurer l'offre et les besoins des publics, la CNSA n'est pas en mesure de répondre aux attentes exprimées en matière d'équité territoriale

**L'équité d'accès aux politiques publiques de l'autonomie a été placée au cœur de la création de la branche autonomie et des missions confiées à la CNSA.** Selon le rapport de M. Laurent Vachey<sup>17</sup>, il s'agit de la première attente exprimée par les associations représentatives des personnes âgées et des personnes handicapées. Les missions légales de la CNSA incluent expressément l'obligation pour elle de garantir « *l'équité, notamment territoriale, la qualité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes concernées* ».

**La poursuite de l'objectif d'équité territoriale se heurte à l'insuffisante connaissance des conditions de mise en œuvre des politiques publiques de l'autonomie,** qui ne permet pas à la CNSA de répondre aux attentes exprimées par les pouvoirs publics et par les associations :

- ◆ la connaissance de l'offre et des besoins des publics est hétérogène selon les types d'établissements : la CNSA dispose d'un certain nombre de données sur les publics accueillis par les EHPAD, mais pas de données fiables relatives à la qualité du service que ceux-ci fournissent ; dans l'attente de la mise en œuvre de la réforme SERAFIN, son niveau de connaissance est beaucoup plus faible s'agissant des établissements qui accueillent des personnes handicapées ;
- ◆ la CNSA ne dispose pas d'indicateurs robustes qui lui permettraient de définir des critères d'équité territoriale et de les mesurer, ce qui l'empêche de proposer des critères de répartition plus équitables entre régions (crédits de l'objectif global de dépenses) ou entre départements (concours) ;
- ◆ la complexité des prestations individuelles financées par les concours aux départements (APA, PCH) qui reposent sur une évaluation individuelle des besoins et la construction de réponses personnalisées, tenant compte de l'environnement de la personne et de ses souhaits, suppose de croiser de nombreuses données individuelles pour juger de l'équité de traitement des personnes. Or, si ces données doivent commencer à être disponibles en 2021 pour les personnes handicapées accueillies par les MDPH, elles ne le sont que très partiellement, par des enquêtes quadriennales de la DREES, pour les personnes âgées.

---

<sup>17</sup> « La branche autonomie : périmètre, gouvernance, financement », septembre 2020.

### **3.2. Les objectifs fixés à la CNSA devront préciser la contribution propre attendue de la Caisse**

#### **3.2.1. La prochaine COG devra clarifier les interventions attendues de la part de la CNSA**

Positionnée dès l'origine comme un opérateur d'appui aux réseaux territoriaux qui déploient et mettent en œuvre les politiques publiques de l'autonomie, la CNSA constitue l'opérateur principal de l'État sur les champs de l'autonomie et du handicap. Ses modes d'action sont cependant différenciés :

- ◆ selon les cas, la contribution de la Caisse peut être limitée à la prise en charge financière des dispositifs ou bien inclure l'appui au déploiement des politiques publiques concernées ;
- ◆ le plus souvent, conformément aux termes mêmes des textes qui fondent son intervention, son rôle est limité à « contribuer » à la mise en œuvre de politiques publiques de l'autonomie dont l'efficacité et le succès dépend directement de l'action de ses réseaux.

**La prochaine COG de la CNSA est l'instrument idoine pour préciser la contribution attendue de la part de la Caisse dans le cadre de chacune de ses missions, afin que les responsabilités des différentes parties prenantes soient bien clarifiées.**

**Proposition n° 2 : retenir dans la COG des actions dont la réalisation dépend de la Caisse, en privilégiant les objectifs de résultats par rapport aux objectifs de moyens et en définissant des indicateurs dont le suivi permettra de mesurer l'atteinte des objectifs fixés.**

#### **3.2.2. La COG doit être resserrée autour d'objectifs clairs, en laissant à la direction de la CNSA la responsabilité de la mise en œuvre opérationnelle**

La COG 2016-2019 de la CNSA se caractérise par une multiplication d'objectifs, d'actions et de sous-actions qui ont fortement altéré son caractère stratégique. Il faut redonner du sens à la COG en renvoyant la déclinaison opérationnelle à des documents internes (projet d'établissement, programmes de travail).

La comparaison de la troisième COG de la CNSA avec les COG conclues entre l'État et les caisses nationales de sécurité sociale montre que le « volume » de la COG de la CNSA, qu'il soit mesuré en nombre d'axes stratégiques, en nombre de fiches thématiques, en nombre d'actions ou encore en nombre de pages, apparaît disproportionné si on le rapporte au montant total d'allocations géré ou au nombre d'agents de la caisse (cf. tableau 7). Le nombre des sous actions de la COG 2016-2019 est ainsi supérieur à celui des agents de la CNSA.

**Proposition n° 3 : construire la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNSA selon un format raisonnable et proportionné aux moyens humains alloués la Caisse.**

La mission estime que la prochaine COG de la CNSA devrait se concentrer sur les enjeux métiers auxquels celle-ci va être confrontée dans le cadre de sa transformation en organisme gestionnaire de la nouvelle branche autonomie, en écartant les actions qui relèvent du fonctionnement normal de la Caisse.

**Proposition n° 4 : écarter de la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNSA les actions qui relèvent du fonctionnement normal de la Caisse pour se concentrer sur les enjeux métiers.**

## Rapport

**Tableau 7 : comparaison de la CNSA avec les caisses de sécurité sociale du régime général**

Caisse	CNSA	CNAF	CNAM	CNAV
Montant total des allocations gérées	26,7 Md€	94,6 Md€	167,7 Md€	129,3 Md€
Nombre d'agents dans la caisse nationale	120	1 405*	2 137**	1 283***.
Nombre d'agents dans les réseaux	9 300****	35 167*	63 036**	11 661***
Nombre d'organismes locaux	18 ARS 104 MDPH 100 CD****	101 CAF, 1 CCSS	101 CPAM 1CCSS, 4 GGSS 1CSS 15 CARSAT CRAMIF 20 DRSM 23 DGCR 9 CTI	15 CARSAT CNAV-IF 4 CGSS 1 CSS
Date de la première COG	2006	1996	1996	1996
Nombre d'axes stratégiques	5	3	5	3
Nombre de fiches thématiques	20	16	17	12
Nombre d'actions/d'engagements	61 actions 162 sous-actions	52 actions	69 engagements	56 engagements
« Volume » de la COG (en pages)	160	164	224	100

*Source : mission (données de l'année 2019). (\*) chiffre de 2016, dont 794 à la DSI et 164 dans les pôles de ressources interrégionaux. (\*\*) chiffre de 2016, hors accident du travail, source IGAS, évaluation de la COG 2014-2017 de la CNAM, qualité de service et organisation du réseau. (\*\*\*) chiffre de 2016, effectifs de la CNAV affectés à des fonctions nationales, effectifs du réseau comprenant la CNAV-IDF, source IGAS, évaluation de la COG 2014-2017 de la CNAV. (\*\*\*\*): estimation mission (cf. annexe VIII). (\*\*\*\*\*): Conseils départementaux (CD) ou collectivités ayant les compétences des CD.*

### 3.2.3. La direction générale de la CNSA doit mettre en place des outils de pilotage lui permettant de rendre compte de son activité auprès de ses autorités de tutelle

**Le pilotage et l'organisation de la CNSA souffrent de deux faiblesses principales : une absence de cadre stratégique et un fonctionnement de ses directions en silos, qui s'expliquent notamment par la multiplicité des missions confiées à la Caisse par ses autorités de tutelle.**

**L'organisation de l'activité de la CNSA est structurellement confrontée à plusieurs défis :**

- ◆ une grande diversité de missions et de profils d'experts d'horizons divers, particulièrement au sein des deux directions métiers ;
- ◆ des relations limitées entre les six directions qui manquent de temps et qui ont chacune affaire à des interlocuteurs différents ;
- ◆ le recours important à des prestataires et un fort *turn over*, qui fragilisent le suivi des projets et nuisent à la capitalisation des connaissances.

**Proposition n° 5 : mettre en place un dispositif de pilotage de l'activité permettant de prévoir, d'organiser, de hiérarchiser et de suivre les actions ou la mise en œuvre de ses missions par la CNSA. Ce dispositif doit permettre à la CNSA d'avoir une vue consolidée de ses activités et doit être décliné au niveau de chaque direction avec un niveau de détail supplémentaire. Ce dispositif doit permettre de mesurer l'adéquation entre les missions et les moyens de la CNSA.**

### 3.2.4. Les autorités de tutelle doivent hiérarchiser les demandes qu'elles adressent à la CNSA

Les relations entre la CNSA et ses autorités de tutelle sont marquées par plusieurs difficultés structurelles qui amoindrissent la capacité d'action de la Caisse :

- ◆ la CNSA est rattachée à plusieurs portefeuilles ministériels : ministre des solidarités et de la santé, ministre déléguée chargée de l'autonomie, ministre délégué chargé des comptes publics, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées ;
- ◆ la tutelle de la CNSA est partagée entre trois directions : direction générale de la cohésion sociale (DGCS), direction de la sécurité sociale (DSS), direction du budget (DB).

**Cette situation a conduit à une multiplication des commandes significatives adressées à la CNSA par ses autorités de tutelle, dont certaines n'étaient pas prévues dans la COG.** La multiplication des interlocuteurs complique les échanges, d'autant plus que la CNSA est le principal acteur national des politiques de l'autonomie et des personnes handicapées, les membres du gouvernement en charge de ces politiques s'appuyant donc largement sur elle pour relayer leurs actions. Les commandes des cabinets ministériels ne sont pas retracées dans un document de suivi par la CNSA qui aurait permis à la mission d'en mesurer le poids, mais les agents de la CNSA, dans les entretiens conduits par la mission, ont indiqué leur caractère récurrent et perturbateur.

**Proposition n° 6 : dans le nouveau contexte d'une cinquième branche, le rôle des tutelles doit évoluer. Le rôle accru de la DSS nécessite un partage formalisé des responsabilités et une coordination fluide avec la DGCS, notamment au sujet du pilotage de l'activité de la CNSA, de la construction du budget et de la définition du plafond d'emplois, et des évolutions du périmètre des missions de la CNSA.**

**Proposition n° 7 :** Outre le caractère plus stratégique de la nouvelle COG et le renforcement du pilotage de l'activité de la CNSA, l'amélioration du dialogue entre la Caisse et ses tutelles devrait passer par :

- ◆ un accès facilité des directions d'administration centrale aux données de gestion de la CNSA pour limiter la multiplication des commandes ;
- ◆ un processus formalisé pour les commandes hors COG, qui permette de suivre les commandes à la CNSA et leur impact sur l'adéquation missions/moyens, et la rédaction d'avenants prenant acte des changements majeurs.

### 3.3. Une des priorités d'une prochaine COG plus stratégique doit être de mieux connaître les politiques publiques de l'autonomie, ce qui est indispensable à la mise en œuvre d'un réel pilotage de branche

#### 3.3.1. La prochaine COG doit fixer un cap stratégique clair à la CNSA

La structuration de la COG est un élément déterminant pour l'appropriation par les acteurs de cet outil contractuel qui permet à l'État de fixer les grandes orientations des politiques publiques de l'autonomie. Pour la première fois, le contenu de la prochaine COG de la CNSA s'inscrira dans le cadre commun à l'ensemble des branches du régime général de sécurité sociale.

La construction de la prochaine COG suppose de croiser les orientations données aux politiques publiques de l'autonomie, les enjeux métiers et les attentes des acteurs. La mission estime que

## Rapport

la prochaine COG de la CNSA pourra se concentrer sur les principaux enjeux suivants associés à la création de la branche autonomie :

- ◆ **le renforcement du pilotage de la dépense**, incluant le développement d'une capacité d'anticipation, tant à court terme, sur l'exécution de son budget, qu'en prospective, sur l'analyse tendancielle des dépenses des politiques de soutien à l'autonomie. Cet enjeu porte également sur la mise en place progressive d'une fonction de gestion du risque (cf. annexe V)<sup>18</sup> ;
- ◆ **l'amélioration de l'équité territoriale** dans les réponses aux besoins des personnes, qui recouvre à la fois les questions de répartition de l'offre d'établissements et services et d'égal accès aux droits individuels sur tout le territoire ;
- ◆ **l'amélioration de la qualité des réponses apportées aux besoins des personnes**, qui recouvre la qualité du service rendu aux usagers par les MDPH, les services départementaux et les établissements et services médico-sociaux, ainsi que la coordination de ces acteurs pour assurer la qualité et la continuité des parcours.

Ces enjeux pourraient constituer les axes stratégiques de la COG, en s'assurant que leur déclinaison en actions est réaliste et atteignable par la CNSA en tenant compte de ses capacités réelles d'intervention.

**Afin de donner un cap clair à la CNSA et de renforcer le caractère structurant de la COG pour l'action de la CNSA, il est proposé de mettre en avant dans la prochaine COG deux objectifs transversaux qui seront déclinés dans chacun des axes stratégiques de la COG :**

- ◆ **l'amélioration de la connaissance des besoins des publics et des conditions de mise en œuvre des politiques publiques de l'autonomie.** Ceci permettrait de fédérer l'action de la CNSA et constituerait un marqueur identifiable pour les agents de la CNSA comme pour les différentes parties prenantes des politiques publiques de l'autonomie ; cet objectif de connaissance serait ainsi placé au cœur du projet de création d'une cinquième branche de sécurité sociale dans la mesure où il constitue, dans bien des cas, une étape significative, voire préalable, à la réalisation de l'ensemble des autres objectifs poursuivis par la CNSA : construction d'une offre adaptée, accès aux droits, équité territoriale, information des publics, animation des réseaux ;
- ◆ **le renforcement de l'appui aux réseaux territoriaux de la CNSA** apparaît également indispensable pour assurer le déploiement effectif des politiques de l'autonomie, dans un souci de complémentarité de l'action des différents réseaux.

Ces deux objectifs sont d'ailleurs liés : l'amélioration de l'appui aux réseaux doit permettre de parvenir à une meilleure connaissance des politiques publiques de l'autonomie et, réciproquement, une meilleure connaissance des politiques publiques doit permettre à la CNSA de renforcer l'appui à ses réseaux et leur articulation au niveau territorial.

**Proposition n° 8 : faire de la connaissance des besoins des publics et des conditions de mise en œuvre des politiques publiques de l'autonomie un premier objectif transversal de la COG.**

**Proposition n° 9 : faire du renforcement de l'appui aux réseaux territoriaux mettant en œuvre les politiques publiques de l'autonomie et de la coordination de leurs interventions un deuxième objectif transversal de la COG.**

La mission a conçu le tableau *infra* qui croise ces axes stratégiques et ces objectifs transversaux et qui pourrait guider la structuration de la prochaine COG, accompagnée d'un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) (cf. *infra* 3.3.3.).

---

<sup>18</sup> Cette réflexion devra tenir compte des modalités de pilotage global des dépenses d'assurance maladie, et notamment du maintien ou non des dépenses autonomie dans l'ONDAM ou la création d'un objectif spécifique ; la mission a échangé sur ce point avec le HCAAM mais ses travaux n'étaient pas conclus à la date d'achèvement du rapport.

Tableau 8 : esquisse de structuration de la prochaine COG

Enjeux métiers	Objectif transversal « amélioration de la connaissance des besoins des publics et de mise en œuvre des politiques publiques de l'autonomie »	Objectif transversal « renforcement et coordination des appuis aux réseaux
<p><b>Renforcement du pilotage de la dépense :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ suivi annuel et infra annuel</li> <li>▫ capacité d'anticipation et de prospective</li> <li>▫ gestion du risque</li> </ul>	<p>Amélioration de la qualité et de la fréquence des remontées d'information.</p> <p>Développement d'une fonction « études et prospective » en coordination avec les administrations centrales (DREES, DSS-SD6) (cf. annexe VII).</p> <p>Démarche et méthodologie à construire à partir d'une analyse des risques (cf. annexe V).</p>	<p>Fournir aux réseaux des outils correspondant à leurs besoins de gestion et permettant des remontées d'informations automatiques (cf. annexe IV).</p> <p>Idem pour renforcer la fiabilité des données fondant une analyse prospective (ex : qualité et exhaustivité des données de GALAAD pour construire un tendancier d'évolution des besoins des résidents d'EHPAD ; qualité des données départementales pour construire des tendanciers sur les dépenses APA et PCH).</p> <p>Définir la contribution possible des réseaux à la GDR en fonction des objectifs et actions qui seront retenus et outiller les réseaux pour les mettre en œuvre (cf. annexe V).</p>
<p><b>Amélioration de l'équité territoriale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ répartition de l'offre d'ESMS</li> <li>▫ égal accès aux droits individuel</li> </ul>	<p>Construction d'indicateurs de besoins pour fixer des objectifs de rééquilibrage.</p> <p>Dans le secteur PH, exploitation des données du SI de suivi des orientations (liste d'attente par catégories d'ESMS et par département).</p> <p>Dans le secteur PA, exploiter les projections démographiques sur la population dépendante pour identifier les besoins futurs par département</p> <p>Développement des outils de remontée de données individuelles sur l'évaluation des besoins et la construction des plans d'aide et de compensation : prochainement disponibles pour MDPH, à construire pour l'APA (SI dédié ou exploitation RI-APA DREES)</p> <p>Développement d'une méthodologie et d'une capacité d'analyse territorialisée</p>	<p>Promouvoir la coordination des programmations et des évolutions de l'offre médico-sociale entre ARS et départements (cf. annexe IV).</p> <p>Veiller au déploiement coordonné entre ARS et MDPH du SI de suivi des orientations et à l'utilisation effective des données produites.</p> <p>Renforcement des outils et guides pour l'évaluation et la gestion des prestations et développement des formations pour leur appropriation.</p> <p>Evolution des instruments juridiques de la CNSA (conventions départementales, concours) pour inciter à l'équité (cf. annexe IV et partie 4)</p>

Enjeux métiers	Objectif transversal « amélioration de la connaissance des besoins des publics et de mise en œuvre des politiques publiques de l'autonomie »	Objectif transversal « renforcement et coordination des appuis aux réseaux
<p><b>Amélioration de la qualité des réponses :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ qualité du service rendu aux usagers par les MDPH et services départementaux</li> <li>▫ qualité de l'accompagnement par les ESMS</li> <li>▫ qualité et la continuité des parcours (yc prévention)</li> </ul>	<p>Idem ci-dessus : développement des outils de remontée de données individuelles pour mesurer l'adéquation des réponses aux besoins. Amélioration des outils de mesure de la satisfaction des usagers et construction d'indicateurs de qualité de service</p> <p>Amélioration de la connaissance des publics, de l'activité, des services rendus et des coûts des ESMS : amélioration des outils de remontées d'information, enquêtes, études</p> <p>Amélioration de la connaissance des parcours des personnes (suppose déploiement de RESID-ESMS par la CNAM)</p> <p>Prévention : mettre en place de façon coordonnée avec les autres acteurs un dispositif d'évaluation des actions de prévention de la perte d'autonomie</p>	<p>Idem ci-dessus : renforcement des outils et guides pour l'évaluation et la gestion des prestations et développement des formations pour leur appropriation. Rendre systématiques les démarches qualité dans les MDPH et services départementaux et en suivre la mise en œuvre</p> <p>Promouvoir les objectifs de qualité de prise en charge dans les CPOM et outiller les ARS et les départements (SAAD) à cette fin. Améliorer la coordination des appuis aux ARS et réseaux départementaux pour promouvoir une approche coordonnée des réponses domicile-établissement. Prévention : poursuivre la coordination avec les partenaires nationaux pour l'appui aux CFPPA et, à terme, faire évoluer les instruments juridiques (concours « autres actions de prévention » pour réserver le financement de la CNSA aux actions évaluées favorablement (cf. annexe IV)</p>

Source : mission.

**Concernant le calendrier de la prochaine COG**, la mission estime que :

- ◆ la prochaine COG doit être une COG de consolidation des moyens de la CNSA et de mise en place de ses nouvelles missions issues de la création de la cinquième branche. Ces moyens devant être consolidés dès que possible, il convient que le contenu de la prochaine COG soit stabilisé en octobre 2021 pour être pris en compte dans la construction du budget initial pour 2022 ;
- ◆ la durée de la COG pourrait être de quatre ans (*minimum* légal) ou de cinq ans, à l'instar de la durée des COG des autres branches de sécurité sociale ;
- ◆ en cas d'évolutions notables de la politique de soutien à l'autonomie, qui conduiraient à modifier le périmètre d'activité de la CNSA, un avenant à la COG devra en tirer les conséquences sur les objectifs et les moyens de la caisse.

### **3.3.2. La mise en place d'une fonction prospective doit s'appuyer sur la structuration de la fonction statistique, afin de mieux valoriser les connaissances de la CNSA**

La mutualisation des compétences déjà présentes au sein de la CNSA apparaît d'autant plus essentielle que les politiques publiques de l'autonomie sont très complexes (éclatées entre plusieurs réseaux, concernant des publics fragiles) et mal documentées, particulièrement le champ de la dépendance des personnes âgées à domicile et en établissement, et que les enjeux sanitaires et financiers sont très importants au regard des dynamiques démographiques.

**La mission estime par conséquent nécessaire de renforcer la fonction statistique, de réorienter une partie des efforts de recherche sur les besoins de la CNSA et de mettre en place une véritable fonction prospective.**

**Proposition n° 10 : rationaliser les fonctions qui ont trait à l'analyse et au traitement des données par la mise en place d'un pilotage global du sujet statistique au sein de la CNSA. Articuler cette fonction avec celles de pilotage des études et de soutien à la recherche et avec le développement de la fonction prospective dans le but de mieux documenter les politiques publiques de l'autonomie qui sont confiées à la CNSA.**

Même si la situation est différente selon les champs de politique publique considérés, les informations sur les politiques de l'autonomie confiées à la CNSA sont aujourd'hui trop parcellaires pour les documenter précisément et, notamment, évaluer les critères d'équité territoriale. La mission propose ainsi que la CNSA se dote d'un cadre stratégique de la connaissance des politiques publiques de l'autonomie qui serait présenté chaque année à son conseil.

**Proposition n° 11 : créer un cadre stratégique de la connaissance des politiques publiques de l'autonomie, qui présente les sources d'information disponibles, leur exploitation par la CNSA, les objectifs annuels des équipes statistiques et études, liés à l'amélioration de ces éléments, et le présenter chaque année au conseil.**

### **3.3.3. La COG doit prendre en compte le caractère structurant des SI**

Pour la prochaine COG la réalisation de la programmation technique précise de ses projets et l'évaluation de son équilibre ressources internes/ ressources externes est un objectif minimal à atteindre.

Le SI MDPH demeure un programme lourd à finaliser, puis à maintenir. La COG devra préciser le contenu et le phasage des travaux à mener, ainsi que les actions à mener pour tirer parti des données collectées.

## Rapport

Concernant le projet SI Collecte, si la mission souligne l'intérêt théorique<sup>19</sup> qu'il pourrait avoir, elle a quelques inquiétudes sur la conduite de ce projet, que la CNSA pilote comme un projet purement technique alors qu'elle interfère avec les processus métiers du réseau des ARS :

- ◆ le pilotage du projet présente certaines fragilités (cf. annexe IV) et il n'a pas été identifié de maîtrise d'ouvrage pour les autres champs que les ESMS qu'il pourrait couvrir, à terme ;
- ◆ SI Collecte paraît orienté sur les seuls besoins de *reporting* de la CNSA sans prendre en compte les besoins métiers des ARS pour assurer le déploiement des politiques relevant de leur champ de compétence. Ce projet n'est, en outre, pas coordonné avec les initiatives d'autres acteurs qui visent des fins assez proches.

Par ailleurs, les choix à faire pour le SI APA seront structurants pour les projets SI inclus dans la prochaine COG mais aussi pour son rôle global de la CNSA comme pilote de la branche (cf. *infra* 4.).

**Proposition n° 12 : accompagner la prochaine COG d'un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) qui précise *a minima* les projets à mener, leur articulation avec les SI pilotés par d'autres acteurs (SGMAS pour le SI des ARS notamment), et, pour chaque projet, le budget en ressources internes et externes et le calendrier ainsi que les principaux jalons de réalisation.**

### 3.3.4. Les outils de suivi des dépenses des ESMS doivent permettre de mieux évaluer l'offre disponible, les besoins et les ressources consommées

**Les tutelles de la CNSA ont exprimé le souhait de disposer d'une meilleure vision infra-annuelle de l'exécution de l'objectif globale de dépenses et des plans nationaux décidés par le Gouvernement, afin de pouvoir le cas échéant procéder à des redéploiements en cours de gestion.**

L'application HAPI dispose de l'ensemble des fonctionnalités qui permettraient d'assurer un suivi en temps réel de l'avancée de la campagne budgétaire. Elle permet en effet d'automatiser la production de décisions tarifaires, tout en assurant une transmission simultanée des données. Certaines ARS préfèrent toutefois continuer à utiliser leurs outils internes et n'utilisent l'application HAPI qu'à des fins de *reporting* vis-à-vis de la CNSA, en toute fin d'année. Les ARS soulignent le manque d'ergonomie de l'application HAPI et indiquent qu'elles préfèrent utiliser leurs outils internes qui sont plus fiables et plus simples à utiliser.

Il apparaît indispensable que la CNSA modernise l'application HAPI afin que celle-ci puisse devenir l'unique outil de tarification utilisé par les ARS. L'adhésion des ARS à l'application HAPI constitue une condition *sine qua non* pour que la CNSA puisse assurer un suivi en temps réel de la consommation des crédits de l'OGD.

De même, l'application de suivi des programmations (SEPPIA) est vue par les ARS comme un outil de *reporting* qu'elles n'utilisent pas pour la gestion de leurs enveloppes de création de places. Il apparaît ainsi également nécessaire que la CNSA étudie avec les ARS les évolutions à lui apporter pour mieux intégrer les besoins métier des ARS.

Par ailleurs, dans le cadre des travaux initiés par le SGMAS concernant un SI de pilotage de l'ensemble des financements gérés par les ARS, l'hypothèse d'une intégration des financements du champ autonomie ne semble pas avoir été envisagée. Cette unification était pourtant déjà l'objet initial de HAPI au début des années 2010 (cf. annexe IV) avant que la CNSA ne développe un SI séparé comme le lui a demandé la COG 2012-2015 ; une telle hypothèse permettrait

---

<sup>19</sup> Le SI Collecte est un projet visant à rationaliser la remontée des données en provenance des ESMS, mais qui pourrait, à terme, s'étendre à d'autres champs.

d'emblée l'intégration des besoins métiers des ARS, la CNSA ayant simplement à exprimer ses besoins de *reporting*.

La mission considère que la seule façon de faire remonter régulièrement des ARS des données homogènes consiste à leur fournir des outils répondant à leurs besoins de gestion (gestion de la programmation des places nouvelles, tarification des ESMS), faciles d'utilisation, et qui remontent automatiquement les données produites par ces outils, comme c'était l'ambition initiale affichée lors de la création d'HAPI en 2012. Réciproquement, il sera nécessaire que toutes les ARS utilisent effectivement les systèmes d'information mis à leur disposition par la CNSA dès lors que leurs besoins fonctionnels seront satisfaits par ces SI.

**Proposition n° 13 : faire évoluer les applications de la CNSA mises à disposition des agences régionales de santé, en particulier HAPI et SEPPIA, afin de prendre en compte les besoins métiers des utilisateurs de ces applications et de faciliter ainsi un *reporting* fiable de leurs décisions financières.**

Par ailleurs, l'insuffisance des données permettant d'appréhender les besoins et l'offre médico-sociale disponible au sein de chaque territoire, au-delà des seules données quantitatives sur les places installées, ne permet pas de mesurer précisément les écarts existants entre les territoires. Il existe en outre une hétérogénéité importante entre les données disponibles relatives aux personnes âgées et les données disponibles relatives aux personnes handicapées. Le processus d'allocation budgétaire mis en œuvre par la CNSA, qui aboutit à la répartition des crédits entre les ARS, se concentre principalement sur la répartition des mesures nouvelles, qui s'ajoute à une base historique reconduite d'année en année.

Les réformes tarifaires mises en œuvre (EHPAD) ou en chantier (nouvelle réforme de la tarification des EHPAD, réforme du financement des SSIAD et réforme SERAFIN-PH concernant les ESMS pour personnes handicapées) auront un impact sur les dotations régionales allouées aux ARS et conduiront la CNSA à redistribuer les bases budgétaires historiques en fonction des nouvelles règles. L'amélioration des critères de répartition des mesures nouvelles et notamment des mesures de création de places nécessiterait un travail spécifique pour évaluer l'adéquation quantitative de l'offre aux besoins de chaque région à partir d'indicateurs pertinents à construire. Seule la connaissance précise des écarts régionaux entre offre et besoins permettrait d'orienter les mesures nouvelles prioritairement au bénéfice des régions les moins bien dotées.

**Proposition n° 14 : dans la prochaine COG, demander à la CNSA de proposer à ses tutelles des outils permettant une répartition plus équitable et plus simple des crédits de l'objectif global de dépense entre les différentes agences régionales de santé, en s'appuyant sur des indicateurs permettant d'appréhender les besoins et l'offre disponible au sein de chaque territoire.**

### **3.3.5. Il convient de renforcer les outils de pilotage des réseaux pour faciliter les remontées d'information et améliorer la prise en charge des bénéficiaires des politiques publiques de l'autonomie**

**Alors que la création de la branche autonomie s'appuie sur la perspective d'une plus grande équité territoriale, il est indispensable que la CNSA bénéficie de remontées d'information de la part de ses différents réseaux, qui lui permettront de formuler un diagnostic précis sur la répartition de l'offre et des besoins sur l'ensemble du territoire.**

## Rapport

Compte tenu de l'autonomie dont disposent ces réseaux, la CNSA doit pouvoir leur proposer des outils ergonomiques et adaptés à leur activité, afin que la transmission des données ne génère pas une charge de travail supplémentaire. La proposition n° 13 vise ainsi à intégrer les besoins métiers des réseaux dans la conception des applications fournies par la CNSA pour en faire des outils utiles à leur gestion et permettre des remontées d'information automatisées et fiables.

Par ailleurs, les modalités actuelles de répartition des concours versés aux départements au titre du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH) et pour le fonctionnement des MDPH ne permettent pas d'inciter financièrement les départements à l'atteinte des objectifs des conventions signées avec la CNSA. Une évolution des critères de répartition des concours entre départements prenant en compte des indicateurs traduisant l'atteinte des objectifs fixés donnerait à la CNSA des leviers de pilotage vis-à-vis des conseils départementaux. Pour cela, la mission estime que différentes voies sont possibles, notamment :

- ◆ attribuer une fraction du concours sur la base d'indicateurs représentatifs de tout ou partie des objectifs ;
- ◆ réserver une fraction du concours pour financer des engagements contractualisés visant les mêmes objectifs, dont l'attribution serait conditionnée à l'atteinte de ces engagements, constatée contradictoirement par la CNSA et le département.

L'introduction de tels mécanismes nécessite des modifications législatives et réglementaires. Elle suppose en outre de disposer des données et indicateurs nécessaires à la modulation. Elle nécessite également de prendre en compte ses effets redistributifs entre départements dans le cadre d'une négociation globale avec eux. Pour ces raisons, la mission estime que cette évolution devra être négociée pendant la COG, en visant en priorité le concours PCH pour lequel l'exploitation des informations collectées par le centre de données devrait permettre de construire les indicateurs nécessaires.

La mission considère en revanche que le concours pour le fonctionnement des MDPH pourrait évoluer dès la prochaine COG pour en faire un instrument de pilotage de la CNSA en attribuant une fraction en fonction de l'atteinte d'engagements contractualisés.

Pour être pleinement efficaces, de telles évolutions supposeraient en outre de doter la CNSA de la capacité de réaliser des diagnostics précis de la situation de chaque département et de négocier et de suivre des engagements personnalisés (cf. annexe IV et *infra* partie 4)

**Proposition n° 15 : pendant la prochaine COG, négocier le principe d'une modulation des concours APA et PCH prenant en compte des indicateurs de performance (équité, qualité, efficience) dans le cadre d'une négociation globale avec les conseils départementaux. Commencer par le concours PCH pour lequel les données disponibles permettent d'élaborer un tel mécanisme pour la fin de la COG.**

**Proposition n° 16 : pour la prochaine COG, faire porter en priorité la modulation sur le concours pour le fonctionnement des MDPH, en fonction de l'atteinte d'objectifs personnalisés négociés à partir d'un diagnostic partagé.**

### 3.3.6. La CNSA devra s'attacher à favoriser la coordination des interventions des réseaux territoriaux

Sans avoir approfondi spécifiquement ce sujet, la mission a observé à plusieurs reprises, les limites de la coordination entre les réseaux. Il est évident qu'une bonne circulation de l'information et une coordination entre ces réseaux sont indispensables, notamment pour la fluidité des parcours des personnes âgées et des personnes handicapées entre domicile et ESMS, et pour faire évoluer l'offre d'établissements et de services dépendant de chaque acteur (département et ARS) de façon cohérente. Le rapport de M. Laurent Vachey a abordé ces problématiques et établi plusieurs recommandations :

- ◆ créer un contrat départemental pour l'autonomie, entre l'ARS et les départements (avec l'association des communes) ;
- ◆ supprimer les doubles tarifications ARS/départements ;
- ◆ ouvrir la possibilité de délégations de compétence en matière d'autorisation et de tarification des ARS vers les départements volontaires ;
- ◆ généraliser les maisons départementales de l'autonomie sous un statut d'EPL préservant la présidence du président du CD ;
- ◆ favoriser une bonne articulation des parcours.

La CNSA a construit l'appui aux réseaux départementaux et aux ARS de façon distincte. Pour favoriser la coordination à l'échelon locale, elle doit aujourd'hui faire évoluer cet appui pour mieux prendre en compte ces problématiques transversales.

**Proposition n° 17 : favoriser une coordination entre conseils départementaux et ARS pour encourager le développement d'une approche globale des parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, et promouvoir les démarches inclusives. Cette coordination pourrait prendre la forme d'une contractualisation entre les différents partenaires, comme le propose le rapport de M. Laurent Vachey.**

**Proposition n° 18 : favoriser le travail en commun ARS-MDPH et coordonner la diffusion d'information vers ces deux réseaux.**

#### **4. La consolidation de la CNSA nécessite un ajustement des moyens sur le périmètre d'intervention actuel de la CNSA, auquel il faudra ajouter les moyens nécessaires aux missions supplémentaires qui pourraient lui être confiées**

La situation de la CNSA apparaît aujourd'hui déséquilibrée. Ses missions se sont multipliées, entraînant un étirement de ses ressources humaines sur des métiers de plus en plus divers, alors que l'absence de réseau propre limite ses capacités d'action.

Au regard de ces déséquilibres, du contexte de création de la cinquième branche, et des enjeux à venir (cf. préambule), la mission propose une consolidation des moyens de la CNSA à périmètre constant et l'identification des moyens supplémentaires nécessaires à l'exercice des missions confiées à la CNSA en 2020 et 2021 (4.1.).

Au-delà de ce socle, la mission a aussi étudié plusieurs scénarios d'évolution de l'activité de la CNSA (4.2.) appelant des choix et arbitrages et prenant en compte :

- ◆ le passage d'un appui des réseaux départementaux à un pilotage de ces réseaux, afin de renforcer l'équité territoriale, qui nécessiterait des dispositions législatives supplémentaires par rapport à celles introduites par la LFSS 2021 ;
- ◆ la mise en oeuvre de nouvelles missions ou la gestion de nouveaux dispositifs qu'il est d'ores et déjà envisagé de confier à la CNSA, mais qui nécessiteront un arbitrage sur les objectifs poursuivis et les moyens attribués.

En revanche, la mission n'a pas étudié les conséquences d'une extension du périmètre de la branche autonomie, dans le cadre de la future loi Grand Age et Autonomie ou du prochain PLFSS. Elle insiste toutefois sur l'attention que devront porter les tutelles à l'adéquation entre les missions et les moyens de la CNSA (4.3.).

Le détail des estimations présentées figure dans l'annexe VIII.

##### **4.1. Au regard de ses missions actuelles, le plafond d'emploi fixé pour 2021 devrait être majoré de 13,5 ETP supplémentaires**

La consolidation de l'exercice de missions « historiques »<sup>20</sup> de la CNSA, en prenant en compte les conséquences du passage de la CNSA au statut d'organisme gestionnaire d'une branche de sécurité sociale, nécessite une augmentation de ses effectifs, de 11,5 ETP, après déduction de l'impact des transferts d'activité possibles (cf. 4.1.1).

Il convient d'y ajouter les besoins liés à l'exercice des missions et chantiers nouveaux récemment confiés à la CNSA. Certains d'entre eux (pilotage du plan d'investissement du Ségur de la santé ; feuille de route 2022 des MDPH) ont donné lieu à l'attribution d'effectifs supplémentaires au titre du budget 2021. Les deux nouvelles missions confiées par la LFSS pour 2021 (contribution à l'attractivité des métiers de l'autonomie, déploiement de l'habitat inclusif) n'ont en revanche pas été prises en compte et la mission estime qu'elles génèrent un besoin supplémentaire de 2 ETP (cf. 4.1.2.).

Au total, la mission estime donc que le plafond d'emplois fixé pour 2021 devra être majoré de 13,5 ETP.

---

<sup>20</sup> Le terme « historique » désigne ici les missions que la CNSA exerçait avant le plan Ségur, la FDR MDPH 2020-2022 et la LFSS pour 2021, et qu'elle continuera d'exercer après ces évolutions.

#### 4.1.1. À missions inchangées, la mission recommande une augmentation des effectifs à hauteur de 11,5 ETP en tenant compte de l'abandon et du transfert de certaines activités

Les fragilités constatées dans l'exercice de nombreuses activités de la CNSA conduisent la mission à préconiser des renforcements ciblés sur l'exercice de ces missions, totalisant 19,3 ETP supplémentaires, en prenant en compte les exigences nouvelles liées à la gestion de la branche. Ces besoins sont estimés par fonctions et directions, en tant qu'elles incarnent ces fonctions, sans préjuger de réorganisations internes possibles pour lesquelles la mission suggère des pistes d'évolution (cf. 4.1.1.1.).

L'abandon ou le transfert de certaines activités à d'autres acteurs permet toutefois de réduire ce besoin de 7,8 ETP (cf. 4.1.1.2) et de le ramener à +11,5 ETP.

La mission estime en effet que ce renforcement doit impérativement s'accompagner de mesures destinées à améliorer l'efficacité de l'organisation et du pilotage de la caisse qui sont mentionnées dans le tableau récapitulatif *infra*.

##### 4.1.1.1. Les renforcements nécessaires

La mission a identifié sept fonctions qui nécessitent un renforcement.

L'amélioration du pilotage budgétaire et du suivi de la dépense justifie un renforcement de l'ordre de 2 ETP, répartis sur les fonctions de synthèse budgétaire et de suivi de l'exécution des dépenses, à la fois sur le champ de l'OGD personnes âgées et sur celui du fonds d'intervention, notamment pour permettre de développer une capacité d'anticipation et de prévision en infra-annuel comme sur les tendances pluriannuelles<sup>21</sup>. Concernant le fonds d'intervention, il sera nécessaire d'ajuster finement les nombreuses lignes qui le composent pour rentrer dans l'épure globale et d'en suivre précisément la consommation pour permettre d'éventuels redéploiements entre lignes.

En revanche, la mission n'identifie pas de besoin supplémentaire pour la gestion de trésorerie : l'essentiel des difficultés de prévision concerne les conventions avec les partenaires (financées sur le fonds d'aide à l'investissement et le fonds d'intervention) qui laissent à la CNSA un délai de paiement suffisant pour anticiper les besoins de financement. Pour le contrôle de la dépense, la mission estime que la CNSA est suffisamment dotée, pour peu qu'elle utilise davantage la possibilité que lui donnent les conventions de diligenter des contrôles comptables externes (cf. annexe V et annexe VIII).

Concernant l'acquisition de la **nouvelle compétence de gestion du risque** donnée à la CNSA par la LFSS pour 2021, la mission estime que l'absence d'attentes précises de la part des tutelles, la diversité des conceptions possibles de cette nouvelle mission et la configuration particulière de la branche autonomie plaident pour une démarche progressive. Dans un premier temps, la mission préconise de recruter **un chargé de mission** qui proposera, selon une feuille de route précisée par les tutelles, un cahier des charges comportant une définition, des objectifs, un périmètre et un programme d'action de la gestion du risque autonomie. Le cas échéant, un avenant à la COG pourra venir compléter les actions de gestion du risque une fois que cette phase aura été conduite et déterminer les moyens à y affecter (cf. annexe V).

---

<sup>21</sup> Par exemple : étude du tendancier d'évolution du GMPS des résidents d'EHPAD conditionnant désormais l'évolution des besoins de financement de ces établissements.

**L'amélioration de l'appui aux réseaux territoriaux appelle un renforcement des moyens consacrés à l'appui aux services départementaux gérant l'APA<sup>22</sup>, à hauteur de 1 ETP en internalisant un appui consultant permanent dont l'équipe a disposé. Cela justifie également un renfort de 1 ETP pour mieux structurer et renforcer l'appui aux ARS en mettant en place un « point d'entrée » bien identifié, chargé de recenser les besoins d'appui et de coordonner les réponses apportées. Pour les réseaux dépendants des départements, les conditions du passage de l'appui à une forme de pilotage adaptée à leur spécificité sont abordées au 4.2.1.**

Ces recrutements devront être réalisés dans une optique de rapprochement continu des appuis apportés aux différents réseaux (cf. *supra* 3.3.6). À terme, le rapprochement de ces fonctions d'appui dans une direction des réseaux, comme cela existe dans les autres caisses nationales de sécurité sociale, est une perspective intéressante, mais qui ne peut s'envisager indépendamment d'une réflexion d'ensemble sur l'organisation de la Caisse (cf. annexe IV et annexe VIII).

**Le renforcement des fonctions de pilotage des systèmes d'information représente un enjeu majeur.** Les moyens dont dispose la CNSA sont insuffisants aujourd'hui, se traduisant par un recours massif aux prestataires externes, pour la maîtrise d'œuvre mais aussi pour l'exercice de la fonction de maîtrise d'ouvrage, induisant un risque de perte de maîtrise sur les plans opérationnel et financier (cf. annexe VI). **À date, la mission chiffre à 5 ETP le renforcement nécessaire**, dont 4 ETP pour les fonctions transversales à la DSI (pilotage global du SI, urbanisation, sécurité, participation à la gouvernance des SI du secteur) et 1 ETP pour le renforcement de la maîtrise d'ouvrage (MOA). **Pour la prochaine COG, dans le cadre de la mise en place d'un SDSI, la CNSA et les tutelles devront s'assurer d'un équilibre raisonnable entre les effectifs internes et les effectifs de prestataires, ce qui pourrait conduire à aller au-delà de ces 5 ETP, si les projets retenus le justifient.** Pour cela, la mission recommande d'appliquer la méthode de la Cour des comptes<sup>23</sup> décrite en annexe VI. Ce renforcement doit s'accompagner d'une évolution de l'organisation interne, notamment pour mieux identifier la maîtrise d'ouvrage des SI des ESMS et mieux l'articuler avec le pilotage transverse des SI des ARS assuré par le SGMAS et la DINUM. À ce titre, la mission estime capital de mieux prendre en compte les besoins des ARS dans la conception des SI fournis par la CNSA (cf. annexe IV).

**Le renforcement de la fonction de production et d'analyse statistiques apparaît nécessaire**, notamment sur le champ des MDPH, pour exploiter pleinement le SI-MDPH, dont le centre de données devrait être opérationnel en 2021. Sur le champ des ESMS, il apparaît nécessaire de renforcer les compétences statistiques pour améliorer la fréquence et la précision des prévisions infra-annuelles et développer les analyses tendanciennes. Dans ces deux domaines, le renforcement nécessaire est évalué par la mission à **3,5 ETP**. Il devra s'accompagner de la mise en place d'un pilotage global du sujet statistique au sein de la CNSA (cf. annexe VII). À terme, le rapprochement de ces fonctions d'appui dans une direction des statistiques, comme cela existe dans les autres caisses nationales de sécurité sociale, est une perspective intéressante, mais elle ne peut s'envisager indépendamment d'une réflexion d'ensemble sur l'organisation de la Caisse.

**La mission estime indispensable la mise en place d'une fonction études et prospective**, prévue par la loi, (cf. annexe VII), à hauteur de **2 ETP**, permettant de mieux connaître les besoins des personnes, l'offre de services, l'impact des dispositifs que la CNSA finance, de façon à mieux orienter ses interventions et à anticiper les évolutions sociodémographiques. Cette équipe pourra réaliser ou faire réaliser des études, évaluations et des travaux prospectifs.

---

<sup>22</sup> 2 ETP pour les EMS-APA dont un ETP de médecin qui a été la moitié du temps entre 2016 et 2020, par rapport à 9,4 ETP pour l'appui MDPH hors SI.

<sup>23</sup> Cf. notamment la recommandation n° 6 faite par la Cour des comptes dans sa communication à la commission des finances du Sénat sur la conduite des grands projets numériques de l'État en juillet 2020 : « Respecter les ratios minimaux de ressources humaines internes nécessaires au pilotage et à la réalisation des projets ».

**La gestion des fonctions supports** de la CNSA présente également des faiblesses. La mission préconise un renforcement de **1,5 ETP** pour permettre le traitement des sujets transversaux de **gestion des ressources humaines** (GPEC, gestion des risques psychosociaux, ...) aujourd'hui délaissés du fait du poids de la gestion courante, et pour soulager les équipes des tâches de gestion administrative, en informatisant le SIRH. En matière d'**achats et marchés**, la mission estime nécessaire un renforcement de **1 ETP** pour sécuriser la passation des marchés et pour mettre en place un système d'information permettant d'en simplifier la gestion. En matière de **communication**, constatant le poids des tâches récurrentes (gestion des portails d'information pour les personnes âgées et les personnes handicapées, gestion du site internet, activité éditoriale), la mission préconise un renforcement de **1 ETP** pour donner à la CNSA la capacité de porter de nouveaux projets et de développer une vision plus stratégique de l'activité de communication (par exemple concernant l'articulation des portails animés par la CNSA avec ceux dépendant d'autres acteurs comme la CNAV) ainsi qu'une évaluation de l'impact et de la pertinence des actions et outils (site internet notamment) de communication de la caisse. Dans ces trois domaines, ce renforcement devra s'accompagner d'objectifs précis à atteindre pendant la prochaine COG.

### **4.1.1.2. Les redéploiements et transferts possibles**

La mission a tenté d'identifier des activités dont la réalisation par la CNSA ne relève pas expressément de ses missions. Elle précise que, **compte tenu de la redéfinition très récente, par la LFSS pour 2021, des missions légales de la CNSA, elle a travaillé dans ce cadre**, sans formuler d'hypothèses sur une éventuelle modification. Les propositions qui suivent visent donc des activités qui ne rentrent pas expressément dans le champ des missions légales de la CNSA ou pour lesquelles l'énoncé de la mission confiée par la loi à la CNSA laisse des marges de choix quant à la nature de l'intervention attendue.

**La mission estime que 2,6 ETP** des 3,1 ETP **chargés du soutien aux actions innovantes pourraient être redéployés** (cf. annexe VII et annexe VIII). La gestion directe des procédures de sélection et de conventionnement, pour des actions de nature hétérogène, peu évaluées et dont la reproductibilité et la diffusion sont rarement assurées, ne paraît pas optimale. La mission propose en conséquence que la CNSA maintienne son soutien financier à l'innovation mais en le recentrant sur des innovations organisationnelles visant à améliorer le parcours des personnes, ainsi que la pertinence et la qualité des prises en charges médico-sociales. Pour ce faire, elle propose que **la CNSA délègue la sélection des projets et le suivi des projets au comité technique** chargé de la gestion du dispositif de financement des expérimentations en santé prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018<sup>24</sup>. La mission est consciente que ce choix impliquera une réduction du périmètre des actions soutenues, mais il permettra de garantir la diffusion des résultats des innovations financées grâce à leur évaluation systématique. Cette proposition permettrait, en conservant 0,5 ETP pour la gestion financière et l'appui au comité article 51, de redéployer 2,6 ETP. S'il était possible, en outre, de transférer à d'autres acteurs la fonction d'animation de la recherche et, par voie de conséquence, le conseil scientifique, cela permettrait de redéployer **0,5 ETP** supplémentaire (cf. annexe VII). La suppression des rencontres recherche et innovations, dont l'intérêt est mitigé, pourrait permettre un gain de l'ordre de **0,5 ETP** ainsi qu'une économie financière (cf. annexe VII). Enfin, il apparaît possible de faire évoluer certaines interventions pour réduire la mobilisation de ressources internes. Par ailleurs, la mission propose **d'abandonner le concours d'idées d'architecture** organisé chaque année, la mise en place du « laboratoire de l'offre de demain » dans le cadre du Ségur immobilier permettant d'envisager sa suppression pour un gain de **0,2 ETP**.

---

<sup>24</sup> Article L 162-31-1 du code de la sécurité sociale. Une modification législative pourrait être nécessaire pour permettre à la CNSA d'abonder le fonds pour l'innovation du système de santé, alimenté seulement par la CNAM.

## Rapport

En termes de transfert, la mission estime **qu'une répartition plus claire des rôles entre les directions d'administration centrale et la CNSA** favoriserait une meilleure utilisation des ressources humaines et une plus grande visibilité de leur action vis-à-vis des réseaux et partenaires. Elle suggère, en complément de l'élaboration de la COG, un travail systématique d'examen de la répartition de leurs rôles selon le principe suivant : l'administration centrale a vocation à assurer la production normative et la CNSA à assurer le déploiement opérationnel des dispositifs de politique publique, en pleine responsabilité mais avec l'obligation de rendre compte de son action et de partager les données qu'elle collecte. Sans avoir mené une revue détaillée du partage des tâches entre l'administration centrale et la CNSA, elle a néanmoins identifié deux sujets pouvant appeler des transferts de tâches et d'effectifs entre la DGCS et la CNSA :

- ◆ **le suivi du déploiement de la contractualisation entre les ARS et les ESMS (CPOM)** aujourd'hui assuré par la DGCS aurait vocation à l'être par la CNSA, ce qui représenterait un transfert vers la CNSA estimé à 0,3 ETP par la DGCS ;
- ◆ à l'inverse, **l'élaboration du projet de réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux (projet SERAFIN-PH)**, piloté par un directeur de projet appartenant à la DGCS assisté d'une équipe de la CNSA, aurait vocation à être entièrement piloté par la DGCS, ce qui conduirait à transférer **4 ETP** de la CNSA vers la DGCS, puisqu'il s'agit pour l'État de concevoir un nouveau système de financement impliquant de conduire une concertation avec les fédérations d'établissements du secteur et appelant de nombreux arbitrages interministériels. La mise en œuvre de la réforme relèvera ensuite de la responsabilité de la CNSA qui devra appuyer les ARS.

### **4.1.2. Les nouvelles missions récemment confiées à la CNSA nécessitent 2 ETP supplémentaires par rapport à ceux alloués dans le cadre du budget 2021**

Dans le cadre de son budget 2021, **le plafond d'emploi de la CNSA a été porté de 117,2 à 125,2 ETPT (+8 ETPT)**, pour recruter 7 ETP pour la mise en œuvre de la feuille de route MDPH 2022 et 4 ETP pour le pilotage du programme Ségur investissement. La différence de 3 ETP est couverte par la sous-exécution frictionnelle du plafond d'emplois, ce qui reviendra, si 11 ETP sont recrutés, à consommer la totalité de la marge générée par les délais de recrutement sur la consommation du plafond d'emplois.

Cette augmentation des effectifs ne couvre pas les besoins nécessaires à l'exercice des missions nouvelles confiées par la LFSS 2021 : la contribution à l'attractivité des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, et la contribution au développement de l'habitat inclusif.

#### **4.1.2.1. Le pilotage des plans d'investissement du Ségur de la santé**

La CNSA bénéficie au titre de son budget 2021, de 400 M€ correspondant à la première tranche annuelle des plans d'aide à l'investissement des ESMS décidés dans le cadre du Ségur de la Santé et qui prévoient pour cinq ans 1,5 Md€ d'aides à l'investissement en EHPAD (rénovation du bâti pour 1,25 Md€ et équipements pour 0,25 Md€) et 0,6 Md€ d'aides à l'investissement numérique dans les ESMS.

## Rapport

Les 4 ETP autorisés sont en cours de recrutement à la direction ESMS et devraient être affectés selon les modalités suivantes : 1 ETP sera affecté au pilotage d'ensemble du programme immobilier et numérique ; 2 ETP au pilotage du programme d'investissement immobilier en EHPAD<sup>25</sup> ; et 1 ETP au pilotage du programme ESMS numériques. **L'organisation du pilotage de ce chantier amène la mission à formuler les remarques suivantes (cf. annexe VIII) :**

- ◆ **le repérage des besoins sur toute la durée du programme reste à faire**, alors que la délégation d'une première autorisation d'engagement de 229 M€ par la prochaine instruction<sup>26</sup> risque d'inciter les ARS à se concerter sur les projets les plus avancés. Or l'ampleur du plan issu du Ségur (trois fois le montant annuel du PAI des derniers exercices), sa durée (5 ans) et les critères posés par l'Union européenne pour l'accès aux crédits du plan de relance (exécution de la dépense avant le 31 décembre 2026) nécessitent un recensement des projets sur toute la durée du plan pour établir une programmation pluriannuelle ;
- ◆ **le besoin d'accompagnement** des gestionnaires d'EHPAD, notamment d'EHPAD publics autonomes<sup>27</sup>, a bien été identifié par la CNSA. Celle-ci prévoit de mettre en place un dispositif d'appui en ingénierie technique et financière. La mise en place opérationnelle de ce dispositif **est prioritaire**, faute de quoi il est possible que nombre d'établissements les plus isolés ne manquent l'opportunité du plan d'investissement ;
- ◆ les modalités de la concertation avec les conseils départementaux ne sont pas encore définies, alors que « l'équation financière » du plan de rénovation des EHPAD repose sur un effort de leur part pour accompagner le financement des opérations et qu'ils pourraient contribuer à appuyer les EHPAD publics autonomes dans le montage de leurs projets grâce à leur capacités d'ingénierie immobilière ;
- ◆ **la portée des « lignes directrices » qui seront définies par le laboratoire de l'offre de demain reste à préciser** : en particulier, il n'est pas indiqué si leur respect conditionnera l'octroi du financement, ce qui supposerait que les autorités qui attribueront les subventions (ARS ou éventuellement départements) soient en mesure de vérifier leur application dans le dossier présenté.

Pour la mission, **le traitement de ces questions implique un recrutement rapide de l'équipe dédié au plan d'investissement et une forte implication sur le pilotage de la partie immobilière du programme pour garantir le bon emploi des moyens du Ségur.**

### 4.1.2.2. La mise en œuvre de la feuille de route « MDPH 2022 »

La mise en œuvre de la feuille de route « MDPH 2022 » présentée en octobre 2020 mobilisera fortement la CNSA qui est responsable de 24 mesures sur les 38 qu'elle comporte. Sur les sept recrutements autorisés, la CNSA prévoit d'affecter un ETP à un poste de directeur de projet, chargé de coordonner l'ensemble des mesures, et six ETP à une nouvelle mission d'appui opérationnelle (MAOp), chargée d'apporter un appui en organisation et méthode aux MDPH en difficulté. Tous ces postes seront rattachés à la direction de la compensation.

Quatre agents de la MAOp<sup>28</sup> sont déjà en poste et les critères et modalités d'intervention de la MAOp sont en cours de définition (cf. annexe IV), cinq premières MDPH devant être appuyées au premier semestre 2021. **La COG devra trancher sur l'avenir de la MAOp au-delà de 2022**

<sup>25</sup> Dont 1 à l'animation du « laboratoire des solutions de demain » pour lequel la CNSA a confié une mission à la DITP pour la définition des objectifs, du fonctionnement et du calendrier de travail de cette instance.

<sup>26</sup> Qui prévoit toutefois la délégation de nouvelles AE en fin d'année au vu des travaux du laboratoire de l'offre de demain.

<sup>27</sup> Ces EHPAD sont identifiés par le rapport Concertation grand âge et autonomie de mars 2019 comme ceux présentant le plus de besoins et dont la capacité à conduire des grands projets immobiliers peut être faible.

<sup>28</sup> Dont la responsable, désignée au sein des équipes de la direction de la compensation.

## Rapport

puisque la mission n'a été créée que pour deux ans. Un bilan précis des résultats obtenus par les interventions réalisées en 2021 sera nécessaire pour cela.

Plusieurs mesures de la feuille de route représentent des chantiers lourds dont la réalisation n'est pas complètement assurée à l'échéance 2022 :

- ◆ les projets informatiques en cours de déploiement dans le cadre des nouvelles « briques » du SI-MDPH, qui nécessitent un effort soutenu pour être opérationnels (échanges CAF, généralisation de l'usage de l'outil de soutien à l'évaluation et du SI de suivi des orientations). Le projet de livret parcours inclusif est même encore en construction et ne sera probablement pas en production en 2022 du fait de sa complexité (échanges entre MDPH et établissements scolaires) ;
- ◆ des sujets métiers complexes comme le déploiement des droits sans limitation de durée, qui nécessite un appui important de la CNSA.

Le suivi des progrès réalisés par les MDPH dans le cadre de la feuille de route dépendra de la qualité des remontées d'informations, dont une part importante passera par le SI-MDPH et le centre de données, et de la capacité de la CNSA à utiliser à plein les informations recueillies.

### 4.1.2.3. Les missions nouvelles confiées par la LFSS 2021

Outre les nouvelles responsabilités confiées à la CNSA en tant qu'organisme gestionnaire d'une branche de sécurité sociale, la LFSS pour 2021 a chargé la Caisse de deux missions nouvelles : la contribution au renforcement de l'attractivité des métiers de l'autonomie et la contribution au développement de l'habitat inclusif (cf. annexe VIII).

**La mission estime que la charge induite par la mise en place du premier dispositif peut être absorbée avec les renforcements proposés en partie 4.1.1**, si la répartition entre départements du nouveau concours financier de la CNSA à l'attractivité des métiers n'est faite que sur le critère des volumes d'heures d'aides humaines financés par les départements. Toutefois, ces moyens seraient insuffisants si le décret qui précisera les conditions d'application de l'article 47 imposait à la CNSA de vérifier que le montant versé est supérieur ou égal aux dépenses supplémentaires supportées par les départements du fait de la revalorisation salariale. Une telle disposition exigerait de déployer un dispositif de remontée d'informations nouveau, permettant de comparer l'évolution des dépenses des SAAD à celle des tarifs fixés par les départements.

En revanche, la mission considère que **le nouveau dispositif créé par l'article 34 de la LFSS pour 2021** pour financer « l'aide à la vie partagée » (AVP) attribuée aux habitants d'un habitat inclusif **ne pourra pas être déployé à moyens constants**. En effet, le concours financier apporté par la CNSA aux départements mettant en place le nouveau dispositif nécessitera une contractualisation spécifique (« accord pour l'habitat inclusif ») qui exigera une véritable négociation sur les conditions d'attribution de l'AVP (définies par le règlement départemental d'aide sociale) et les objectifs quantitatifs de déploiement. Or, l'organisation mise en place par la CNSA (directeur adjoint exerçant la fonction de chef de projet, 0,8 ETP de chargé de mission et une collaboration extérieure équivalente à trois mois de consultant en 2021) est adaptée à la phase préparatoire mais sera insuffisante dès l'automne 2021 si la montée en charge prévue est respectée (30 à 40 départements en 2021 et 60 départements en 2022). La mission estime nécessaire de recruter un chef de projet à plein temps pour l'animation nationale du dispositif et une équipe de 1,5 ETP en 2022 (60 départements) pour la négociation et le suivi des conventions départementales (soit 5 j x agent par département et par an), soit **2 ETP** supplémentaires en considérant que l'actuelle chargée de mission resterait affectée au dispositif à hauteur de 50 % de son activité.

## 4.2. La COG devra intégrer les arbitrages sur l'évolution du cadre d'intervention de la CNSA et des dispositifs qui lui sont confiés, en cohérence avec les moyens juridiques, techniques et humains qui lui sont accordés

### 4.2.1. Un des arbitrages majeurs concerne le passage de l'appui aux réseaux départementaux à une forme de pilotage adaptée à leur spécificité en vue d'assurer l'équité territoriale

Le dispositif d'appui aux réseaux départementaux décrit dans l'annexe IV est encadré par les conventions pluriannuelles entre la CNSA et les conseils départementaux et nécessite le recours à de multiples instruments, beaucoup plus développés pour les MDPH que pour les équipes APA. Toutefois, même pour les MDPH, la portée de ce dispositif d'appui est limitée en raison de l'incapacité de la CNSA à négocier avec chaque département et chaque MDPH des engagements précis, fondés sur un diagnostic territorial, et à en suivre l'exécution.

La mission estime qu'un des enjeux cruciaux de la prochaine COG sera de décider d'engager la CNSA sur la voie, non plus seulement d'un appui, mais d'une fonction s'apparentant à celle de pilotage dans des conditions adaptées aux réseaux départementaux, en vue d'assurer une réelle équité territoriale, ce qui supposerait de donner à la caisse les outils juridiques, techniques et humains permettant de faire des conventions départementales de véritables contrats et de développer, en particulier sur le champ des aides aux personnes âgées, la connaissance des disparités territoriales pour mieux orienter son appui.

#### 4.2.1.1. Ce choix implique l'évolution des outils juridiques et techniques à disposition de la CNSA et le renforcement de ses moyens humains

La mission considère (cf. annexe IV) que le passage de l'appui actuel à une forme de pilotage des réseaux départementaux adaptée la situation institutionnelle des collectivités territoriales qui les contrôlent, suppose d'actionner simultanément trois leviers :

- ◆ **la connaissance précise par la CNSA des différences de pratiques dans l'attribution des droits**, ce qui implique, pour les prestations dépendant de l'évaluation des besoins de chaque personne et de son environnement, de disposer de nombreuses données sur les processus d'évaluation et de construction des plans d'aide et de compensation : cela semble à portée dans le cadre de la prochaine COG pour les droits attribués par les MDPH, avec le SI-MDPH et le centre de données ; cela n'est pas le cas pour l'attribution de l'APA par les services des conseils départementaux (cf. *infra*) ;
- ◆ **la possibilité moduler l'attribution des concours** aux conseils départementaux en fonction de la qualité du service rendu par les MDPH et les services départementaux. Cela pourrait passer par la modulation automatique d'une partie du concours selon des indicateurs de qualité ou par le conditionnement d'une partie des concours à l'atteinte d'engagements précis fixés par les conventions pluriannuelles. Cela nécessite de modifier les règles d'attribution des concours par voie législative ;
- ◆ **la capacité de la CNSA à négocier avec les conseils départementaux des engagements personnalisés** dans les conventions départementales, à partir d'un diagnostic de la situation locale mettant en évidence les spécificités du territoire et les marges de progrès, et à en suivre régulièrement l'exécution. La mission estime qu'outre le renforcement des moyens d'analyse statistique déjà évoqué, la négociation et le suivi de conventions personnalisées nécessiteraient de l'ordre de **2,5 ETP**, sur une base de 5 jours de travail /convention /an.

**La mission considère que l'arbitrage sur ce renforcement dépend des moyens que l'on est prêt à mettre en œuvre pour atteindre l'objectif de renforcer l'équité territoriale dans l'attribution des prestations.** Deux choix alternatifs apparaissent envisageables :

- ◆ rester dans le registre de l'appui, avec la possibilité, pour les MDPH, de mieux cibler celui-ci grâce aux données collectées et l'intervention auprès des MDPH en difficulté grâce à la mise en place de la MAOp et, pour l'ensemble des structures, d'utiliser la formation comme outil d'harmonisation (modification du décret « section IV » proposée par la mission). Dans ce cas, il n'est pas utile de chercher à faire évoluer la contractualisation avec les départements et le renforcement n'est pas nécessaire ;
- ◆ évoluer vers le pilotage en modifiant les règles des concours pour les rendre plus incitatives (en commençant par le concours aux MDPH) et faire des conventions départementales le support d'engagements précis, ce qui nécessite de donner à la CNSA les moyens pour les négocier et les suivre.

**La nouvelle génération de conventions départementales**, qui ont été signées en 2020, et vont donner lieu en 2021 à la signature de « feuilles de route stratégiques et opérationnelles » déclinant par département les engagements des conventions **ne marquera qu'un premier pas dans cette évolution vers une forme de pilotage adaptée**. En effet, si ces feuilles de route fixeront, pour chaque département, les modalités de réalisation des engagements communs<sup>29</sup> ainsi que les cibles à atteindre, le nombre des engagements à décliner (environ 80) et l'absence de diagnostic territorialisé disponible ne permettront pas à la CNSA de contester la pertinence des propositions des départements et rendront difficile le suivi de leur réalisation. En outre, la négociation de ces feuilles de route doit s'engager dès le mois d'avril, **ce qui ne permettra pas un alignement de ces conventions sur la nouvelle COG** (cf. annexe IV).

#### **4.2.1.2. Sur le champ des personnes âgées, un arbitrage majeur doit être rendu sur le lancement d'un SI-APA**

Les informations dont dispose la CNSA pour apprécier les modalités d'attribution de l'APA sont aujourd'hui lacunaires (cf. supra). **La meilleure connaissance des prestations APA est, aux yeux de la mission, un enjeu crucial pour la prochaine COG.**

Plusieurs solutions sont possibles. Les études doivent être approfondies pour identifier laquelle serait la plus efficace :

- ◆ le choix entre le **développement d'un SI de gestion de l'APA unique** fourni aux départements, qui présente de nombreux avantages (harmonisation des pratiques via la numérisation des processus, comme pour les MDPH, données collectées automatiquement « à la source ») ou le **recours à des données collectées par la Drees** le cas échéant plus fréquemment et plus précisément qu'aujourd'hui<sup>30</sup>. *A minima*, il conviendrait que la CNSA et la Drees vérifient sans tarder si une utilisation de ces données permet de repérer des écarts de pratiques entre départements ;

---

<sup>29</sup> Ces engagements communs sont en cours de définition par des groupes de travail animés par les CNSA avec des départements et des MDPH. Il n'est pas prévu toutefois de fixer des cibles quantitatives communes.

<sup>30</sup> Les données les plus détaillées provenant de remontées d'informations individuelles quadriennales de la DREES (RI-APA) : caractéristiques des bénéficiaires, niveau de dépendance, ressources, montants et contenu des plans d'aide : pour fournir ces données, dont des textes réglementaires définissent la nature et le format, les départements doivent demander à leurs prestataires de construire un outil pour les extraire de leur système d'information.

- ◆ les conditions du déploiement d'un SI unique développé par la CNSA, solution que la mission estime préférable à celle d'un SI harmonisé au regard de l'expérience du SI-MDPH, mais qui suppose d'introduire par la loi l'obligation pour les départements de l'utiliser ;
- ◆ **si le SI-APA était retenu, le choix entre une maîtrise d'ouvrage CNAV et une maîtrise d'ouvrage CNSA<sup>31</sup>**. La première présentant l'avantage de l'expérience de la CNAV dans la conduite de grands projets SI, cette caisse étant intéressée par le sujet et versant des prestations d'action sociale aux personnes âgées non bénéficiaires de l'APA mais susceptibles d'en bénéficier ultérieurement. L'intérêt de ce scénario serait renforcé dans l'hypothèse, émise par la CNAV, d'un transfert du paiement de l'APA aux CARSAT, qui nécessiterait également une disposition législative<sup>32</sup>. Le scénario CNSA apparaît selon les chiffrages de l'ANS moins onéreux et présenterait l'avantage de positionner de la caisse en tant que tête de réseau des services chargés des politiques de l'autonomie, comme elle l'est devenue pour les MDPH avec le déploiement du SI-MDPH.

#### 4.2.2. Pour certaines missions et certains dispositifs qu'il est d'ores et déjà envisagé de confier à la CNSA, il conviendra de préciser son rôle, et de lui attribuer des moyens suffisants

En premier lieu, la création d'un **centre de ressources sur l'évaluation des politiques de prévention** prévue par la stratégie ministérielle « vieillir en bonne santé » présente un intérêt certain pour orienter la politique de prévention vers les actions les plus prometteuses **mais à la condition que les résultats produits soient pleinement intégrés dans les choix de programmation des CFPPA, ce qui suppose une modification des règles de financement des actions de prévention par la CNSA**. Par ailleurs, la mission n'est pas convaincue que la CNSA doive porter directement cette structure - la caisse évalue un besoin de **4 ETP** appuyés par des ressources externes si le centre est créé en son sein - au risque d'élargir encore son périmètre d'intervention. Elle préconise d'étudier le choix d'autres opérateurs comme Santé publique France, qui dispose de liens nombreux avec le monde de la recherche en santé, ou la CNAV, directement intéressée par l'évaluation des actions de prévention qu'elle contribue à financer et qui indique disposer dans son organisation inter-régimes d'une ingénierie nationale pour évaluer les actions collectives de prévention.

---

<sup>31</sup> Dans le cadre de la feuille de route « accélérer le virage numérique en santé » qui prévoit d'« harmoniser les systèmes d'information de gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie », la CNSA a fait réaliser par l'ANS un diagnostic sur les SI de gestion de l'APA des départements et une étude de faisabilité d'un SI unique, avec deux scénarios de réalisation, par la CNAV ou par la CNSA. Ces scénarios sont élaborés selon un calendrier qui prévoit une durée de quatre années pour la préparation, le développement et le déploiement du SI. Les coûts des prestations sont estimés entre 57 M€ (scénario CNSA) et 81 M€ (scénario CNAV) et les effectifs à recruter à la CNSA entre 10 ETP (scénario CNAV) et 14 ETP (scénario CNSA) pendant la phase de développement et de déploiement, pouvant être ensuite ramenés à 5 ETP à partir de 2025. Ces études doivent être complétées, notamment pour comprendre les écarts de chiffrage (cf. annexe IV).

<sup>32</sup> Qui devrait notamment régler la question d'éventuels transferts de personnels entre les services des départements et les CARSAT.

## Rapport

En deuxième lieu, le comité ministériel de réforme des aides techniques assurant le pilotage de la mise en œuvre des préconisations du rapport Denormandie d'octobre 2020 sur **l'accès aux aides techniques** a confié à la CNSA la mise en œuvre de plusieurs mesures impliquant un **renforcement de l'intervention de la CNSA dans ce domaine**. La mission estime que les faibles moyens disponibles à la CNSA sur ce sujet<sup>33</sup> ne lui permettront pas de répondre à cette demande sans ressources supplémentaires. La CNSA a évalué à **1 ETP en 2021 et 1,5 ETP en 2023** les moyens supplémentaires nécessaires à la mise en œuvre de ces mesures. La mission juge l'estimation détaillée fournie par la CNSA crédible et considère que **la confirmation de cet arbitrage impliquerait l'attribution de ces moyens supplémentaires**. Elle relève en outre que cette confirmation est d'autant plus nécessaire que la nouvelle définition des missions légales de la CNSA a réduit le rôle de la CNSA dans ce domaine par rapport à celui que lui avait donné la loi ASV.

En troisième lieu, la LFSS 2021 a confirmé la mission donnée à la CNSA de contribuer au financement et au pilotage de la **politique de lutte contre l'isolement**. L'arrêt en 2020 du financement de l'association MONALISA, qui animait cette politique depuis 2014, a conduit la CNSA à reprendre cette mission, avec des moyens limités (0,7 ETP). La mission préconise de limiter le rôle de la CNSA à l'attribution de financements *via* le concours aux CFPPA ou les conventions « section IV » avec les départements, à la coordination avec les acteurs nationaux susceptibles de relayer à l'échelon local une stratégie de lutte contre l'isolement, et à la diffusion d'outils méthodologiques. Elle exclut en revanche de confier à la CNSA **l'animation de réseaux territoriaux structurés à une échelle infra-départementale**. **La seule hypothèse envisageable serait que les conseils départementaux acceptent de jouer un rôle de relais de l'action de la CNSA auprès de ces acteurs territoriaux**. Dans cette hypothèse, la mission estime que le renforcement nécessaire pourrait être de **0,3 EPT**.

En quatrième lieu, après avoir réalisé le bilan /coût avantage du portail pour les personnes âgées, la mission estime nécessaire de renforcer les moyens consacrés à **l'animation de la nouvelle plateforme « Mon Parcours Handicap »** lancée en mai 2020. Le développement de cette plateforme (gérée techniquement par la Caisse des dépôts et consignations (CDC) pour un coût annuel de 4 M€) requiert **1 ETP** supplémentaire pour assurer l'animation du réseau des partenaires de la plateforme, le pilotage de la stratégie éditoriale, en lien avec le chef de projet et la promotion de son usage. La mission estime toutefois que le renforcement de la mission d'information des publics confiée à la CNSA devrait s'appuyer sur un bilan coûts/avantages du portail pour les personnes âgées, six ans après son lancement. Ce bilan permettrait d'évaluer l'audience atteinte par ce portail et la fiabilité des informations qu'il fournit et d'identifier les autres sources d'information disponibles, soit au niveau national, soit au niveau local, qui fournissent des informations de nature comparable, en vue d'étudier les possibilités de rapprochement de ces outils et d'évaluer l'intérêt de portails animés par la CNSA par rapport à d'autres solutions<sup>34</sup> (cf. annexe VIII).

---

<sup>33</sup> Une ergothérapeute chargée également de l'appui aux MDPH, aux équipes APA et aux CFPPA sur l'attribution des aides techniques.

<sup>34</sup> Le rapprochement avec le portail « bien vieillir » animé par la CNAV et Santé publique France doit être étudié.

## Rapport

En dernier lieu, la CNSA s'est impliquée dans le déploiement de **dispositifs de gestion des parcours complexes** comme les « communautés 360 » visant à la coordination des acteurs de terrain pour mieux accompagner les parcours de vie des personnes en situation de handicap. La mission estime nécessaire que la CNSA participe aux travaux nationaux visant à mieux articuler les différents dispositifs entre eux et à accompagner les réseaux territoriaux (principalement ARS et MDPH) dans leur déploiement, en favorisant les échanges entre ceux-ci pour favoriser l'appropriation des démarches et bien articuler leurs responsabilités respectives. **La mission considère, en revanche, que les moyens de la CNSA ne lui permettent pas d'avoir un rôle de soutien direct aux organisations locales** comme les communautés 360, comme elle a pu l'avoir dans le passé auprès des MAIA. S'il est envisageable qu'elle assure ce rôle de façon transitoire pendant une phase expérimentale, en s'appuyant sur des prestations externes, elle n'est pas en mesure de l'assurer dans la phase de montée en charge. **Sous ces conditions, la mission considère que les moyens humains disponibles pour traiter ce type de sujets transversaux sont suffisants** et que l'amélioration de l'intervention de la CNSA est d'abord à rechercher dans une meilleure organisation interne, visant à faciliter le traitement de ces sujets entre les deux directions métier.

### 4.2.3. Récapitulatif général

Le tableau ci-dessous récapitule les propositions pour la consolidation de l'exercice des missions actuelles de la CNSA et la réalisation de ses nouvelles missions. Il précise les évolutions de l'organisation et du pilotage internes que la mission estime nécessaires pour que ce renforcement produise son plein effet. De ce fait, la mention de la direction et du pôle concerné pour chaque fonction est purement indicative et se réfère à l'organisation actuelle.

Hors missions à arbitrer (partie II du tableau), cette augmentation porterait le plafond d'emplois de la CNSA à 138,7, ETPT en prenant en compte les 8 ETPT déjà attribués dans le cadre du budget 2021, soit + 13,5 ETPT et +8,5 ETPT hors DSI.

Ces chiffres peuvent être rapprochés des effectifs d'une caisse nationale de sécurité sociale par rapport aux effectifs de son réseau. La mission n'a pu obtenir d'éléments de comparaison de la part de la direction de la sécurité sociale mais a pu utiliser des données obtenues lors d'une précédente mission conjointe sur l'évaluation de la COG de la CNAF<sup>35</sup> qui montrent que les ressources consacrées au pilotage national représentaient un ratio de 1,7 % entre les effectifs de la caisse nationale (hors DSI) et des centres de ressources interrégionaux et ceux des CAF.

En appliquant ce ratio aux effectifs des réseaux appuyés par la CNSA (estimés par la mission à de 9 300 ETP en 2018 cf. annexe VIII), on obtiendrait un effectif théorique de 162 ETP pour la CNSA hors DSI<sup>36</sup>. Cette comparaison n'a pas pour objet de déterminer les effectifs cibles de la CNSA, les relations entre la CNSA et ses réseaux n'étant pas assimilables à celles entre une caisse nationale et ses caisses locales, mais simplement de **montrer que les effectifs de la CNSA après le renforcement proposé par la mission seront d'un ordre de grandeur comparable à ceux d'une caisse nationale.**

---

<sup>35</sup> Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2013-2017 de la CNAF, IGAS-IGF, octobre 2017.

<sup>36</sup> L'estimation n'a pas été faite pour les effectifs de la DSI puisque les effectifs de la DSI de la CNAF correspondent à des fonctions qui, dans le champ de l'autonomie, sont assurées à la fois par la DSI de la CNSA et par les DSI des départements et les services informatiques des ARS.

**Tableau 9 : récapitulatif des propositions d'évolution du plafond d'emplois fixé dans le budget pour l'année 2021 pour la consolidation des moyens de la CNSA et la réalisation de ses missions nouvelles**

Fonction	Direction/pôle	ETP	Engagements à prendre en contrepartie du renforcement
<b>I - Besoins en ETP pour consolider l'activité de la CNSA à périmètre constant</b>			
<b>1) Pilotage budgétaire, suivi de la dépense et GDR</b>			
Renforcement du pilotage budgétaire et du suivi de la dépense (fonds d'intervention), Renforcement de la fonction d'analyse des dépenses de l'OGD (construction d'un tendancier du GMPS et des dépenses des EHPAD)	DR/BF, DCOMP, DESMS	+2,0	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mettre en œuvre une véritable démarche de contrôle interne, et clarifier les responsabilités dans la chaîne de la dépense (annexe V).</li> <li>▪ Ouvrir les données aux administrations centrales. Partager les hypothèses et résultats (gestion de l'OGD)</li> <li>▪ Engager une réflexion sur l'amélioration des modes de remontées d'information par les ARS (à relier au sujet SI : meilleure prise en compte des besoins des ARS pour leur fournir des outils utiles à leur gestion).</li> <li>▪ Elaborer en lien avec les tutelles de la Caisse, une doctrine de GDR appliquée à la branche (périmètre, objectifs, données nécessaires, acteurs à mobiliser) avant de déployer un plan d'action (annexe V).</li> </ul>
Élaboration d'un programme et d'une méthodologie de gestion du risque	DESMS	+1,0	
<b>2) Appui aux réseaux à organisation et objectifs constants</b>			
Renforcement de l'équipe d'appui aux EMS-APA	D COMP EAM	+1,0	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Renforcer la transversalité de l'organisation de la fonction d'animation-appui entre secteurs PA (EMS-APA) et PH MDPH et entre l'appui aux ARS et l'appui aux réseaux départementaux (annexe IV).</li> </ul>
Renforcement de l'appui aux ARS	DESMS	+1,0	
Transfert à la CNSA du suivi des CPOM ARS-ESMS (mesure de périmètre)	DESMS	+0,3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Transférer l'activité et les ressources de la DGCS sur ce sujet (transfert du programme budgétaire 124).</li> </ul>
<b>3) Renforcement des fonctions de pilotage des SI</b>			
Renforcement de l'AMOA		+1,0	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaborer un SDSI (<i>a minima</i> programmation pluriannuelle des projets SI) articulé avec la COG et calibrer le renforcement de la MOA interne en fonction du SDSI.</li> </ul>
Pilotage du SI - Urbanisation, participation à la gouvernance des SI du secteur Pilotage technique et sécurité des SI		+4,0	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Clarifier les responsabilités Direction métiers / DSI dans la MOA des projets et identification des responsabilités de MOA dans les direction métiers (DESMS notamment) (annexe VI).</li> <li>▪ Améliorer la prise en compte des besoins des ARS en outils de gestion (programmation, tarification).</li> </ul>
<b>4) Production d'analyse statistiques et production ou commande d'études</b>			
Renforcement de la capacité d'analyse statistique et de la capacité de prévision (OGD)	DCOMP / MAS DESMS/AB	+3,5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réorganiser la fonction statistique : mise en place immédiate d'une coordination transversale et d'une mutualisation des moyens puis regroupement de la fonction dans un service unifié, prestataire de service des directions métiers (annexe VII).</li> </ul>

## Rapport

Fonction	Direction/pôle	ETP	Engagements à prendre en contrepartie du renforcement
Développement de la capacité d'études et d'évaluation	DESMS ou DS	+2,0	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Améliorer les modes de remontées d'information par les ARS (à relier au sujet SI : fournir aux ARS des outils utiles à leur gestion)</li> <li>▪ Réorganiser la fonction études-évaluation avec la mise en place d'une coordination transversale, une approche méthodologique et une programmation commune et un rapprochement avec la fonction de production et d'analyse statistique et mettre en place en parallèle une fonction « prospective » (annexe VII)</li> </ul>
<b>5) fonctions support</b>			
Renforcement fonctions transversales RH	DR/RH	+1,5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Améliorer la gestion des problématiques RH, rationalisation des outils de gestion RH (SIRH), renforcer le pilotage de la masse salariale (annexe III).</li> </ul>
Achats-marchés	DR/CM	+1,0	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Élaborer une cartographie et définir une stratégie achats ; développer un SI-marchés (annexe III)</li> </ul>
Communication	DIPCOM	+1,0	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Renforcer les relations presse et les relations extérieures.</li> <li>▪ Gérer activement le site cnsa.fr avec mise en place d'un suivi des usages.</li> </ul>
<b>Total consolidation</b>		<b>+19,3</b>	
<b>I - Redéploiement et transferts d'ETP possibles</b>			
Transfert de la gestion des appels à projets d'actions innovantes		-2,6	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Définir avec le comité technique article 51 les conditions du transfert.</li> </ul>
Transfert des fonctions du conseil scientifique et suppression des rencontres recherche-innovation		-1,0	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Explorer avec l'ILVV et l'IFRH la possibilité de leur transférer la fonction d'animation de la recherche.</li> </ul>
Abandon du concours d'idées d'architecture		-0,2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organiser le relai avec le laboratoire de l'offre de demain</li> </ul>
Transfert à la DGCS de l'équipe technique du projet SERAFIN ( <i>mesure de périmètre</i> )		-4,0	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer le déploiement de la réforme en appui aux ARS</li> </ul>
<b>Total redéploiements et transferts</b>		<b>-7,8</b>	
<b>I - Missions nouvelles 2020/2021</b>			
Pilotage des plans d'investissement du Ségur de la santé (pm : déjà arbitré : 4 ETP alloués au budget 2021 – 1 ETP gagé)	DESMS	+3,0	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S'inscrire dans le cadre général de la gouvernance du Ségur de la Santé.</li> <li>▪ Mettre en place une programmation pluriannuelle pour la rénovation immobilière et un dispositif d'appui aux maîtres d'ouvrage.</li> </ul>
Mise en œuvre de la FDR MDPH 2022 (pm : déjà arbitré : 7 ETP alloués au budget 2021 – 2 ETP gagés)	DCOMP	+5,0	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Piloter le déploiement de la FDR. Déployer l'appui renforcé aux MDPH en difficulté (20 MDPH aidées en 2 ans) et en établir un bilan avant fin 2022 pour décider de l'avenir de la mission.</li> </ul>

## Rapport

<b>Fonction</b>	<b>Direction/pôle</b>	<b>ETP</b>	<b>Engagements à prendre en contrepartie du renforcement</b>
Contribution à la revalorisation salariale des aides à domicile		0,0	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Répartir le concours sur la base des seuls volumes horaires des SAAD de chaque département.</li> </ul>
Nouveau concours aux départements sur l'habitat inclusif	DCOMP	+2,0 (2022)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assurer la coordination avec les acteurs nationaux ; limiter le conventionnement CNSA et l'appui aux acteurs locaux aux seuls CD (objectif : 60 départements fin 2022).</li> </ul>
<b>Total mission nouvelles (hors les 8 ETP déjà arbitrés)</b>		<b>+2,0</b>	
<b>Impact total sur le plafond d'emplois</b>		<b>+13,5 (+17,2 hors transferts DGCS-CNSA)</b>	
<b>II - Options supplémentaires à arbitrer</b>			
<b>Renforcement de la capacité de pilotage des réseaux départementaux</b>			
Négociation et suivi des conventions départementales	DCOMP	+2,5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Doter la CNSA d'outils juridiques nouveaux (annexe IV).</li> </ul>
Développement d'un SI-APA	DCOMP/DSI	+10,0 à +14,0 (2022-2024)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etudier les options alternatives (utilisation des enquêtes DREES notamment) ; approfondir les estimations ; expertiser les conditions de mise en œuvre du SI ; confirmer les calendriers (notamment baisse des effectifs prévues à partir de 2025).</li> </ul>
<b>Autres missions</b>			
Centre de ressources sur l'évaluation des politiques de prévention		+1,0 (2021) +4,0 (2022)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Faire évoluer le périmètre des dépenses de prévention financées par le concours CNSA en fonction des résultats des évaluations et trancher sur l'organisme porteur du centre.</li> </ul>
Pilotage de l'accès aux aides techniques		+1,1 (2021) +1,5 (2023)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trancher sur l'organisme porteur du centre de ressources (extérieur à la CNSA).</li> </ul>
Lutte contre l'isolement		+0,3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limiter l'appui-animation de la CNSA aux CD (pas d'animation au niveau infra-départemental).</li> </ul>
Information aux publics et accès aux droits		+1,0	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sous réserve du vote de la PPL confiant la gestion technique du portail handicap à la CDC et de l'inscription du financement CNSA à la CDC dans la trajectoire budgétaire.</li> </ul>
Dispositifs de gestion des parcours complexes		0,0	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Engager une réflexion sur l'articulation des différents portails PA/PH.</li> <li>▪ Renforcer la transversalité des appuis aux ARS et aux MDPH et départements.</li> </ul>

Source : mission.

### **4.3. Les évolutions futures du périmètre d'intervention de la CNSA devront être accompagnées des moyens matériels et réglementaires nécessaires à l'atteinte des ambitions affichées**

La mission n'a pas étudié les perspectives d'extension futures du périmètre de la branche autonomie évoquées par le rapport de M. Laurent Vachey. Elle estime cependant nécessaire de formuler les principes pouvant guider les futurs arbitrages sur le périmètre d'intervention de la CNSA et le calibrage des moyens nécessaires en cas d'élargissement de celui-ci.

#### **4.3.1. Une attention particulière doit être portée aux moyens qui sont alloués à la CNSA lorsqu'une nouvelle mission lui est confiée**

Dans un établissement tel que la CNSA, qui ne fait pas de production de masse (à la différence des caisses de sécurité sociale), les besoins de ressources humaines sont principalement déterminés par le périmètre des missions, activités et projets qui lui sont confiés. Une extension de ce périmètre nécessite donc, soit des moyens supplémentaires, soit, à moyens constants, une hiérarchisation des priorités fixées.

Contrairement à ce qui a pu être observé par le passé, les prochains élargissements des missions de la caisse doivent donc être précédés d'une analyse des moyens humains, juridiques, techniques (SI notamment) nécessaires à l'atteinte des ambitions définies et d'une évaluation de la capacité de la caisse à exercer ces missions et, le cas échéant, des moyens supplémentaires nécessaires.

Or, comme rappelé ci-dessus à propos des nouvelles missions récemment confiées à la CNSA, le processus ministériel d'attribution de nouvelles missions à la CNSA néglige le plus souvent cette phase préalable sans prêter attention à la capacité à faire de la Caisse ni définir précisément la nature des interventions qui lui sont demandées : c'est le cas notamment pour les missions relatives à l'habitat inclusif, à l'accès aux aides techniques, à la lutte contre l'isolement ou à l'attractivité des métiers. Faute de cette étape préalable, l'expérience de la COG 2016-2019 montre le retard pris par certaines actions correspond une priorisation implicite établie *de facto* par la CNSA en fonction de ses moyens disponibles sur les différentes thématiques et des commandes les plus récentes reçues, les nouvelles priorités exprimées ayant tendance à effacer les précédentes.

La mission estime que ce processus implicite n'est pas favorable à l'efficacité de l'action de la caisse ni à la qualité et à la fluidité de ses relations avec ses commanditaires. Elle préconise donc de mettre en place une évaluation préalable formalisée des charges induites par les nouvelles missions en fonction de la nature des interventions demandées à la CNSA et un arbitrage explicite sur les moyens supplémentaires ou redéploiements nécessaires, ce qui implique en ce cas de hiérarchiser clairement les priorités fixées à la caisse.

**Proposition n° 19 : prévoir une évaluation préalable systématique des moyens nécessaires à la réalisation des missions /activités / projets nouvellement confiés à la CNSA, en fonction de la nature de l'intervention demandée ; arbitrer en conséquence les moyens supplémentaires et/ ou les redéploiements à effectuer en précisant en ce cas les autres missions /activités / projets qui peuvent être décalés ou reportés.**

**4.3.2. Les évolutions substantielles des missions de la CNSA doivent être systématiquement accompagnées d'une réflexion sur les relations entre la CNSA et les réseaux chargés de leur mise en œuvre**

Établissement sans réseau propre, la CNSA agit le plus souvent en mobilisant des réseaux territoriaux (ARS, MDPH, services des départements, CFPPA) avec des instruments qui n'ont pas la même efficacité que ceux dont disposent les caisses nationales de sécurité sociale vis-à-vis de leurs caisses locales (cf. annexe IV). Parmi les questions que soulève l'attribution de nouvelles missions à la CNSA, se pose celle de savoir sur quel réseau elle devra s'appuyer pour les mettre en œuvre et les moyens juridiques et humains dont elle pourra disposer pour les mobiliser.

La mission considère qu'il convient de privilégier à ce titre le recours de la CNSA aux réseaux territoriaux qu'elle est déjà chargée d'animer et d'éviter d'élargir encore le périmètre des acteurs locaux que la CNSA serait chargée d'appuyer. Elle estime souhaitable de ne pas renouveler l'expérience de l'animation directe par la CNSA des structures porteuses de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA) : un tel mode de pilotage a été consommateur de ressources pour la CNSA et peu mobilisateur pour les réseaux territoriaux, écartés du dialogue direct entre la caisse et les porteurs des dispositifs. Si, en phase d'expérimentation d'un nouveau dispositif, un tel appui national direct peut être envisagé, tant que le nombre de structures concernées est faible, la mission estime que la CNSA doit passer le relais à un réseau dès le début de la phase de déploiement sur le territoire.

Dans le cas où une mission nouvelle conduirait à mobiliser des acteurs locaux différents, la mission estime nécessaire de privilégier des solutions permettant à la CNSA de s'appuyer sur ses réseaux actuels pour relayer son action auprès de ces nouveaux acteurs :

- ◆ en demandant aux conseils départementaux d'animer les acteurs locaux susceptibles de mettre en œuvre les dispositifs, comme la loi le prévoit pour le développement de l'habitat inclusif et la politique de prévention de la perte d'autonomie et comme la CNSA l'envisage pour la lutte contre l'isolement ;
- ◆ en demandant aux ARS et MDPH d'assurer le soutien et l'animation des structures prenant en charge des personnes âgées ou handicapées, et en excluant une animation directe de la CNSA, sauf pendant une phase expérimentale de durée limitée.

**Proposition n° 20 : poser comme principe d'action que la CNSA n'intervient auprès des acteurs de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées que *via* son appui aux réseaux territoriaux (ARS, départements et MDPH) et n'assure pas directement l'animation de ces acteurs.**

## Rapport

**Tableau 10 : synthèse des propositions des annexes du rapport**

<b>Construction et suivi de la future COG</b>
<p>Retenir dans la COG des actions dont la réalisation dépend de la Caisse, en privilégiant les objectifs de résultats par rapport aux objectifs de moyens et en définissant des indicateurs dont le suivi permettra de mesurer l'atteinte des objectifs fixés. <i>Proposition n° 2 du rapport de synthèse et proposition n° 4 de l'annexe I</i></p>
<p>Construire la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNSA selon un format raisonnable et proportionné aux moyens humains alloués la Caisse. <i>Proposition n° 3 du rapport de synthèse et Proposition n° 3 de l'annexe I</i></p>
<p>Écarter de la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNSA les actions qui relèvent du fonctionnement normal de la Caisse pour se concentrer sur les enjeux métiers. <i>Proposition n° 4 du rapport de synthèse et Proposition n° 5 de l'annexe I</i></p>
<p>Dans le nouveau contexte d'une cinquième branche, le rôle des tutelles doit évoluer. Le rôle accru de la DSS nécessite un partage formalisé des responsabilités et une coordination fluide avec la DGCS, notamment au sujet du pilotage de l'activité de la CNSA, de la construction du budget et de la définition du plafond d'emplois, et des évolutions du périmètre des missions de la CNSA. <i>Proposition n° 6 du rapport de synthèse et proposition n° 6 de l'annexe III</i></p>
<p>Faire de la connaissance des besoins des publics et des conditions de mise en œuvre des politiques publiques de l'autonomie un premier objectif transversal de la COG. <i>Proposition n° 8 du rapport de synthèse et proposition n°1 de l'annexe I</i></p>
<p>Faire du renforcement de l'appui aux réseaux territoriaux mettant en œuvre les politiques publiques de l'autonomie et de la coordination de leurs interventions un deuxième objectif transversal de la COG. <i>Proposition n° 9 du rapport de synthèse et proposition n° 2 de l'annexe I</i></p>
<p>Mettre en cohérence la partie de la future COG État-CNSA concernant la régulation du secteur médico-social avec les CPOM État-ARS sur les objectifs comme sur les indicateurs. <i>Proposition n° 3 de l'annexe IV</i></p>
<p>Dans la mesure du possible, identifier les politiques publiques dont le contenu est susceptible d'évoluer sur la période de la convention d'objectifs et de gestion, et prévoir une clause de revoyure pour tenir compte des évolutions qui auront un impact substantiel sur l'activité de la CNSA. <i>Proposition n° 8 de l'annexe I</i></p>
<p>Accompagner la prochaine COG d'un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) qui précise a minima les projets à mener, leur articulation avec les SI pilotés par d'autres acteurs (SGMAS pour le SI des ARS notamment), et, pour chaque projet, le budget en ressources internes et externes et le calendrier ainsi que les principaux jalons de réalisation. <i>Proposition n° 12 du rapport de synthèse et proposition n° 6 de l'annexe I</i></p>
<p>Opérer un suivi des cibles annuelles inscrites dans la trajectoire des frais de gestion en comptabilité budgétaire et un suivi de l'évolution des principaux postes de dépenses en comptabilité générale. <i>Proposition n° 7 de l'annexe I et proposition n° 4 de l'annexe V</i></p>
<p>Définir précisément le périmètre des frais de gestion et appliquer des normes d'évolution différentes aux moyens de fonctionnement généraux de la CNSA et aux moyens nécessaires à l'exercice de son métier. <i>Proposition n° 5 de l'annexe V</i></p>
<p>Améliorer le suivi de l'exécution de la convention d'objectifs et de gestion par les tutelles de la CNSA et par son conseil, en mettant en évidence les actions réalisées et les actions en cours de réalisation et en justifiant l'absence de réalisation de certaines actions. <i>Proposition n° 9 de l'annexe I</i></p>
<b>Pilotage de l'activité et adéquation missions / moyens</b>
<p>Mettre en place un dispositif de pilotage de l'activité permettant de prévoir, d'organiser, de hiérarchiser et de suivre les actions ou la mise en œuvre de ses missions par la CNSA. Ce dispositif doit permettre à la CNSA d'avoir une vue consolidée de ses activités et doit être décliné au niveau de chaque direction avec un niveau de détail supplémentaire. Ce dispositif doit permettre de mesurer l'adéquation entre les missions et les moyens de la CNSA. <i>Proposition n° 5 du rapport de synthèse et proposition n° 1 de l'annexe III</i></p>
<p>Réorganiser le tableau de bord de la direction générale, en lien avec la mise en place du document de pilotage, pour qu'il permette un suivi infra-annuel opérationnel de l'activité générale de la CNSA. <i>Proposition n° 2 de l'annexe III</i></p>

## Rapport

<p>Outre le caractère plus stratégique de la nouvelle COG et le renforcement du pilotage de l'activité de la CNSA, l'amélioration du dialogue entre la Caisse et ses tutelles devrait passer par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ un accès facilité des directions d'administration centrale aux données de gestion de la CNSA pour limiter la multiplication des commandes ;</li> <li>▪ un processus formalisé pour les commandes hors COG, qui permette de suivre les commandes à la CNSA et leur impact sur l'adéquation missions/moyens, et la rédaction d'avenants prenant acte des changements majeurs.</li> </ul> <p><i>Proposition n° 7 du rapport de synthèse et proposition n°5 de l'annexe III</i></p>
<p>Prévoir une évaluation préalable systématique des moyens nécessaires à la réalisation des missions /activités / projets nouvellement confiés à la CNSA, en fonction de la nature de l'intervention demandée ; arbitrer en conséquence les moyens supplémentaires et/ ou les redéploiements à effectuer en précisant en ce cas les autres missions /activités / projets qui peuvent être décalés ou reportés.</p> <p><i>Proposition n° 19 du rapport de synthèse et proposition n° 2 de l'annexe VIII</i></p>
<p>Poser comme principe d'action que la CNSA n'intervient auprès des acteurs de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées que <i>via</i> son appui aux réseaux territoriaux (ARS, départements et MDPH) et n'assume pas directement l'animation de ces acteurs.</p> <p><i>Proposition n° 20 du rapport de synthèse et proposition n° 1 de l'annexe VIII</i></p>
<p><b>Pilotage de la dépense et gestion du risque</b></p>
<p>Reconnaître à la CNSA la capacité de proposer des mesures d'économies ou d'efficience, notamment dans l'hypothèse où les prévisions de recettes affectées à la branche autonomie seraient revues à la baisse en cours de gestion.</p> <p><i>Proposition n° 1 du rapport de synthèse et proposition n° 1 de l'annexe V</i></p>
<p>En matière d'organisation comptable et financière, clarifier le statut de la CNSA au regard des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux caisses nationales de sécurité sociale du régime général.</p> <p><i>Proposition n° 6 de l'annexe V</i></p>
<p>Clarifier les attendus de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) en termes de prévisions de décaissements, en précisant la marge d'erreur tolérée ; adapter les processus internes de la Caisse afin d'anticiper les décaissements les plus importants.</p> <p><i>Proposition n° 7 de l'annexe V</i></p>
<p>Pérenniser la cellule contrôle interne et désigner des référents chargés du contrôle interne au sein de chaque direction et préciser leur rôle. Définir et formaliser les processus « transverses » et les processus « métiers » soumis au contrôle interne.</p> <p><i>Proposition n° 3 de l'annexe III</i></p>
<p>Élaborer une cartographie des risques et un plan d'actions et les présenter au conseil de la CNSA.</p> <p><i>Proposition n° 4 de l'annexe III</i></p>
<p>Clarifier les informations qui seront demandées à la CNSA et à ses partenaires dans le cadre de la certification des comptes par la Cour des comptes, en évitant de fixer à la CNSA des objectifs dont la réalisation ne dépend pas d'elle.</p> <p><i>Proposition n° 8 de l'annexe V</i></p>
<p>Clarifier et formaliser les procédures de dépenses et la répartition des tâches entre l'agent comptable, le service facturier, la direction des ressources et les directions métiers.</p> <p><i>Proposition n° 9 de l'annexe V</i></p>
<p>Conduire une véritable démarche d'accompagnement du changement associant l'ensemble des acteurs de la chaîne de la dépense au sein de la CNSA.</p> <p><i>Proposition n° 10 de l'annexe V</i></p>
<p>Dans la prochaine COG, demander à la CNSA de proposer à ses tutelles des outils permettant une répartition plus équitable et plus simple des crédits de l'objectif global de dépense entre les différentes agences régionales de santé, en s'appuyant sur des indicateurs permettant d'appréhender les besoins et l'offre disponible au sein de chaque territoire.</p> <p><i>Proposition n° 14 du rapport de synthèse et proposition n° 2 de l'annexe V</i></p>
<p>Sur la base d'une feuille de route définie par les tutelles, demander à la CNSA de proposer, dans un délai raisonnable, un cahier des charges proposant une définition, des objectifs et un périmètre pour la gestion du risque autonomie, en identifiant les prérequis indispensables, les actions à mener, les responsabilités de l'ensemble des parties prenantes et en précisant le calendrier du déploiement.</p> <p><i>Proposition n° 11 de l'annexe V</i></p>

## Rapport

<b>Amélioration de la connaissance des besoins des publics et des conditions de mise en œuvre des politiques publiques de l'autonomie</b>
<p>Mutualiser l'activité et les compétences des agents actuellement chargés des statistiques, des études et de la recherche, avec pour objectif de mieux documenter les politiques publiques de l'autonomie. <i>Proposition n° 1 de l'annexe VII</i></p>
<p>Rationaliser les fonctions qui ont trait à l'analyse et au traitement des données par la mise en place d'un pilotage global du sujet statistique au sein de la CNSA. Articuler cette fonction avec celles de pilotage des études et de soutien à la recherche et avec le développement de la fonction prospective dans le but de mieux documenter les politiques publiques de l'autonomie qui sont confiées à la CNSA. <i>Proposition n° 10 du rapport de synthèse et proposition n° 2 de l'annexe VII</i></p>
<p>Créer un cadre stratégique de la connaissance des politiques publiques de l'autonomie, qui présente les sources d'information disponibles, leur exploitation par la CNSA, les objectifs annuels des équipes statistiques et études, liés à l'amélioration de ces éléments, et le présenter chaque année au conseil. <i>Proposition n° 11 du rapport de synthèse et proposition n° 8 de l'annexe VII</i></p>
<p>Renforcer le dispositif statistique de la CNSA en s'appuyant sur la mutualisation des compétences des statisticiens présents au sein de la Caisse mais également sur l'expertise et sur les outils de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), service statistique du ministère chargé des affaires sociales. <i>Proposition n° 3 de l'annexe VII</i></p>
<p>À moyen terme, envisager une labellisation par l'Autorité de statistique publique (ASP) des principales séries de données collectées par la CNSA. <i>Proposition n° 4 de l'annexe VII</i></p>
<p>Externaliser le financement de l'innovation aujourd'hui assuré par la direction scientifique de la CNSA. <i>Proposition n° 5 de l'annexe VII</i></p>
<p>Étudier les options d'externalisation de l'animation des acteurs de la recherche sur l'autonomie aujourd'hui assurée par le conseil scientifique. <i>Proposition n° 6 de l'annexe VII</i></p>
<p>Redéployer les moyens humains de la direction scientifique vers les besoins internes de la CNSA et vers la mise en place d'une fonction prospective. <i>Proposition n° 7 de l'annexe VII</i></p>
<p>Évaluer l'impact des études et publications à caractère statistique diffusées par la CNSA et établir un programme de publication moins dense et plus régulier. <i>Proposition n° 9 de l'annexe VII</i></p>
<p>Supprimer les rencontres scientifiques, qui n'apparaissent pas comme un cadre d'échange institutionnel large autour de la recherche dans le champ de l'autonomie. <i>Proposition n° 10 de l'annexe VII</i></p>
<p>Acter le retard pris par la CNSA en matière de mise à disposition de ses données dans le cadre de la stratégie « open data » de l'État et adapter l'importance donnée à cette action au regard des priorités fixées à la CNSA. <i>Proposition n° 11 de l'annexe VII</i></p>
<b>Renforcement de l'appui aux réseaux territoriaux mettant en œuvre les politiques publiques de l'autonomie</b>
<b>1/ Concernant les ARS :</b>
<p>Faire évoluer les applications de la CNSA mises à disposition des agences régionales de santé, en particulier HAPI et SEPPIA, afin de prendre en compte les besoins métiers des utilisateurs de ces applications et de faciliter ainsi un reporting fiable de leurs décisions financières. <i>Proposition n° 13 du rapport de synthèse, propositions n° 3 de l'annexe V et proposition n° 9 de l'annexe IV</i></p>
<p>Organiser des échanges réguliers avec le SGMAS (pôle Santé ARS et DNUM) afin d'assurer une bonne articulation des projets de SI de pilotage dans le champ de l'OGD, avec le projet SI Collect et le SI Diamant. <i>Proposition n° 10 de l'annexe IV</i></p>
<p>Structurer et formaliser l'offre d'appui aux ARS en identifiant clairement un responsable du recueil des besoins d'accompagnement. <i>Proposition n° 1 de l'annexe IV</i></p>
<p>Mobiliser l'expertise et organiser le partage de bonnes pratiques des ARS, en lien avec le SGMAS. <i>Proposition n° 2 de l'annexe IV</i></p>
<p>Rendre lisible par les ARS et les acteurs de terrain la répartition des rôles entre les directions d'administration centrale et la CNSA <i>Proposition n° 4 de l'annexe IV</i></p>

## Rapport

Favoriser la connaissance par les personnels de la DESMS des réalités « métiers » des ARS. <i>Proposition n° 5 de l'annexe IV</i>
Réaliser ou faire réaliser des études pour approfondir la connaissance sur certains segments de l'offre médico-sociale. <i>Proposition n° 6 de l'annexe IV</i>
Apporter un accompagnement méthodologique aux ARS pour la préparation des nouveaux PRS. <i>Proposition n° 7 de l'annexe IV</i>
Apporter un accompagnement spécifique sur le plan d'investissement issu du plan « Ségur » et le déploiement des dispositifs d'appui à la coordination. <i>Proposition n° 8 de l'annexe IV</i>
Revoir les modalités de financement de l'ANAP par la CNSA en les fondant sur un dispositif contractuel déterminant les objectifs à atteindre et les projets à conduire, comme c'est le cas pour l'ANS et l'ATIH. <i>Proposition n°17 de l'annexe IV</i>
<b>2/ Concernant les réseaux départementaux :</b>
Pendant la prochaine COG, négocier le principe d'une modulation des concours APA et PCH prenant en compte des indicateurs de performance (équité, qualité, efficience) dans le cadre d'une négociation globale avec les conseils départementaux. Commencer par le concours PCH pour lequel les données disponibles permettent d'élaborer un tel mécanisme pour la fin de la COG. <i>Proposition n° 15 du rapport de synthèse et proposition n° 11 de l'annexe IV</i>
Pour la prochaine COG, faire porter en priorité la modulation sur le concours pour le fonctionnement des MDPH, en fonction de l'atteinte d'objectifs personnalisés négociés à partir d'un diagnostic partagé. <i>Proposition n° 16 du rapport de synthèse et proposition n° 12 de l'annexe IV</i>
Ouvrir à la CNSA la possibilité de financer des formations au bénéfice des personnels des MDPH et des EMS-APA, à enveloppe constante. <i>Proposition n° 13 de l'annexe IV</i>
Dans le cadre de la négociation de la COG, rendre un arbitrage sur le lancement de travaux de construction du SI APA sur son organisation et sur le périmètre à couvrir. Les études préalables devront analyser les différents scénarios possibles (SI-APA développé par la CNAV ou par la CNSA ; études DREES améliorées), bien intégrer les leçons tirées du développement SI-MDPH, et travailler en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés, notamment les utilisateurs finaux des SI. <i>Proposition n° 14 de l'annexe IV</i>
<b>3/ Concernant la coordination entre les ARS et les réseaux départementaux :</b>
Favoriser une coordination entre conseils départementaux et ARS pour encourager le développement d'une approche globale des parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, et promouvoir les démarches inclusives. Cette coordination pourrait prendre la forme d'une contractualisation entre les différents partenaires, comme le propose le rapport de M. Laurent Vachey. <i>Proposition n° 17 du rapport de synthèse et proposition n° 15 de l'annexe IV</i>
Favoriser le travail en commun ARS-MDPH. Préciser le rôle des ARS dans le cadre de la comitologie des MDPH. Multiplier les informations communes. <i>Proposition n° 18 du rapport de synthèse et proposition n° 16 de l'annexe IV</i>

Source : mission.

## CONCLUSION

La mission n'a pu s'appuyer sur le projet de loi Grand âge Autonomie pour élaborer ses propositions contrairement à ce que le prévoyait la lettre de mission. Dans l'attente de ce texte, la future COG pourra porter l'attention nécessaire aux enjeux de renforcement d'une caisse encore jeune et manifestement fragile. Elle devrait éviter l'écueil relevé par la mission pour les trois premières COG de la CNSA, d'une orientation vers la mise en œuvre, souvent pointilliste, de lois fraîchement votées, au risque d'une obsolescence rapide et d'une prise en compte insuffisante des enjeux de connaissance et de pilotage. Ce sont précisément les deux objectifs transversaux que la mission a voulu mettre particulièrement en exergue dans sa proposition de structuration de la future convention.

À Paris, le 14 juin 2021

L'inspectrice générale des finances,



Danièle Lajoumard

L'inspecteur des affaires sociales,



Éric Ginésy

L'inspecteur des finances,



Thomas Cargill

L'inspecteur général des affaires sociales,



Laurent Gratieux

L'inspecteur des finances,



Pascal Lefèvre

L'inspecteur général des affaires sociales,



Pascal Penaud

# **ANNEXES ET PIÈCE JOINTE**



# **LISTE DES ANNEXES ET DE LA PIÈCE JOINTE**

<b>ANNEXE I :</b>	<b>BILAN DE LA CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION 2016-2019 DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE</b>
<b>ANNEXE II :</b>	<b>CARTOGRAPHIE DES MISSIONS ET MÉTIERS DE LA CNSA ET ANALYSE DE L'ADÉQUATION DES MOYENS AUX MISSIONS</b>
<b>ANNEXE III :</b>	<b>GOVERNANCE, PILOTAGE, ORGANISATION, GRH, ACHATS</b>
<b>ANNEXE IV :</b>	<b>LES RELATIONS DE LA CNSA AVEC LES RÉSEAUX TERRITORIAUX ET SES PARTENAIRES NATIONAUX</b>
<b>ANNEXE V :</b>	<b>PILOTAGE BUDGÉTAIRE ET COMPTABLE ET GESTION DU RISQUE AUTONOMIE</b>
<b>ANNEXE VI :</b>	<b>SYSTÈME D'INFORMATION, PILOTAGE DES PROJETS, ET DIRECTION DES SYSTÈMES D'INFORMATION (DSI)</b>
<b>ANNEXE VII :</b>	<b>CONNAISSANCE DES POLITIQUES DE L'AUTONOMIE ET DU HANDICAP</b>
<b>ANNEXE VIII :</b>	<b>ÉLÉMENTS POUR LA CONSTRUCTION DE SCÉNARIOS DE CADRAGE DES TRAJECTOIRES DES EFFECTIFS DE LA CNSA PENDANT LA PROCHAINE COG</b>
<b>ANNEXE IX :</b>	<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES</b>
<b>ANNEXE X :</b>	<b>OBSERVATIONS DE LA CNSA ET DES ADMINISTRATIONS CENTRALES DE TUTELLE ET RÉPONSE DE LA MISSION</b>
<b>PIÈCE JOINTE :</b>	<b>LETTRE DE MISSION</b>



## **ANNEXE I**

### **Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2016-2019 de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie**



# SOMMAIRE

<b>1. BILAN DE L'AXE 1 : MIEUX ÉCLAIRER LES BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPÉES POUR ADAPTER LES RÉPONSES INDIVIDUELLES ET L'OFFRE COLLECTIVE .....</b>	<b>1</b>
1.1. Fiche thématique I : développer des outils d'évaluation individuelle pour améliorer la qualité des plans d'aide et contribuer à l'harmonisation des pratiques.....	2
1.1.1. <i>Action 1 : compléter et actualiser les outils et référentiels d'évaluation existants pour appréhender de façon globale la situation et les besoins des personnes.....</i>	<i>2</i>
1.1.2. <i>Action 2 : accompagner les MDPH et les équipes médico-sociales APA dans l'outillage et l'informatisation de leur fonction d'évaluation afin de renforcer leur performance et de permettre une analyse consolidée des données recueillies.....</i>	<i>5</i>
1.1.3. <i>Engagements de l'État et conditions de faisabilité.....</i>	<i>8</i>
1.2. Fiche thématique II : assurer une meilleure traçabilité des orientations et des parcours pour orienter les évolutions de l'offre collective.....	8
1.2.1. <i>Action 1 : soutenir la mise en place d'un suivi informatisé des orientations des personnes handicapées en lien avec le système d'information commun des MDPH .....</i>	<i>9</i>
1.2.2. <i>Action 2 : élargir l'utilisation du numéro d'inscription au registre national des personnes physiques par les MDPH et les départements pour permettre une meilleure traçabilité des parcours et une meilleure connaissance des publics.....</i>	<i>11</i>
1.2.3. <i>Engagements de l'État et conditions de faisabilité.....</i>	<i>12</i>
1.3. Fiche thématique III : soutenir la recherche et contribuer à la production de connaissances et de données sur les politiques de l'autonomie et leurs publics.....	12
1.3.1. <i>Action 1 : concilier soutien à la recherche scientifique et développement de recherches plus directement liées à la conception de l'action publique.....</i>	<i>12</i>
1.3.2. <i>Action 2 : veiller à une meilleure circulation, diffusion et capitalisation des résultats de travaux d'études et de recherche.....</i>	<i>14</i>
1.3.3. <i>Action 3 : renforcer la fonction de production et d'analyse statistique de la caisse.....</i>	<i>16</i>
<b>2. BILAN DE L'AXE 2 : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES, DES PERSONNES ÂGÉES ET DE LEURS AIDANTS DANS LE CADRE D'UNE RÉPONSE ACCOMPAGNÉE .....</b>	<b>18</b>
2.1. Fiche thématique I : mettre en œuvre le système d'information commun des MDPH.....	19
2.1.1. <i>Action 1 : accompagner la transformation des systèmes d'information des MDPH par une stratégie d'amélioration continue en perspective du SI harmonisé.....</i>	<i>20</i>
2.1.2. <i>Action 2 : définir et mettre en œuvre le cadre de pilotage et d'intervention.....</i>	<i>24</i>
2.1.3. <i>Engagements de l'État et conditions de faisabilité.....</i>	<i>28</i>

2.2.	Fiche thématique II : soutenir les MDPH et leurs partenaires dans l'amélioration de la qualité de service, le déploiement de la réponse accompagnée et l'harmonisation des pratiques en vue d'une meilleure équité de traitement.....	28
2.2.1.	<i>Action 1 : améliorer la qualité de service des MDPH et simplifier les démarches des personnes handicapées.....</i>	29
2.2.2.	<i>Action 2 : soutenir la mise en œuvre de la réponse accompagnée et le processus d'orientation permanent.....</i>	32
2.2.3.	<i>Action 3 : animer le réseau des MDPH dans un objectif d'harmonisation des pratiques.....</i>	33
2.2.4.	<i>Action 4 : suivre les fonds de compensation du handicap.....</i>	34
2.2.5.	<i>Engagements de l'État et conditions de faisabilité.....</i>	34
2.3.	Fiche thématique III : renforcer les partenariats avec les conseils départementaux au service d'une harmonisation des réponses.....	35
2.3.1.	<i>Action 1 : rénover le cadre contractuel entre les conseils départementaux et la CNSA pour couvrir toutes les dimensions de la coopération.....</i>	36
2.3.2.	<i>Action 2 : participer à l'animation des équipes en charge de l'autonomie dans les conseils départementaux pour contribuer à plus d'harmonisation territoriale.....</i>	37
2.3.3.	<i>Action 3 : mettre en place la labellisation des maisons départementales de l'autonomie (MDA).....</i>	38
2.4.	Fiche thématique IV : assurer un meilleur accès des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches à l'information et aux droits.....	39
2.4.1.	<i>Action 1 : assurer la montée en puissance du portail d'information "Pour les personnes âgées" et son animation éditoriale dans le respect des fondements de la démarche projet.....</i>	40
2.4.2.	<i>Action 2 : appuyer les MDPH dans leur fonction d'information du public.....</i>	43
2.4.3.	<i>Engagements de l'État / conditions de faisabilité.....</i>	44
2.5.	Fiche thématique V : soutenir les politiques de prévention de la perte d'autonomie, d'accès aux aides techniques et de soutien aux aidants.....	44
2.5.1.	<i>Action 1 : accompagner la mise en place des conférences des financeurs et assurer leur animation nationale en capitalisant les bonnes pratiques ....</i>	45
2.5.2.	<i>Action 2 : renforcer et structurer la politique de soutien aux aidants.....</i>	47
2.5.3.	<i>Action 3 : Participer à la mise en place d'une stratégie globale d'accès aux aides techniques.....</i>	48
2.5.4.	<i>Engagements de l'État / conditions de faisabilité.....</i>	50
<b>3.</b>	<b>BILAN DE L'AXE 3 : CONSTRUIRE DES RÉPONSES ADAPTÉES ET EFFICIENTES DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS.....</b>	<b>51</b>
3.1.	Fiche thématique I : préparer et accompagner l'évolution de l'offre .....	52
3.1.1.	<i>Action 1 : contribuer à la mise en œuvre des plans nationaux.....</i>	52
3.1.2.	<i>Action 2 : contribuer à l'amélioration de l'articulation entre l'offre sanitaire et médico-sociale et à la transformation de l'offre.....</i>	54
3.1.3.	<i>Action 3 : accroître la connaissance sur l'offre disponible par territoire et sur les évolutions des modes d'accompagnement .....</i>	54
3.1.4.	<i>Engagements de l'État et conditions de faisabilité.....</i>	56
3.2.	Fiche thématique II : soutenir les ARS sur leurs nouveaux territoires dans leur mission de programmation et d'accompagnement de l'évolution de l'offre .....	56
3.2.1.	<i>Action 1 : appuyer les ARS dans la préparation de leurs futurs schémas régionaux de santé sur la thématique médico-sociale.....</i>	58
3.2.2.	<i>Action 2 : assurer un suivi fin de la programmation des ARS en accompagnant l'appropriation de SEPPIA.....</i>	58

3.2.3.	<i>Action 3 : assurer un appui renforcé sur les territoires ayant des difficultés spécifiques.....</i>	<i>58</i>
3.2.4.	<i>Action 4 : participer à la mise en place de formations métier des ARS sur la fonction de programmation .....</i>	<i>59</i>
3.2.5.	<i>Action 5 : renforcer le suivi des appels à projets, analyser leurs champs d'intervention et veiller à la déclinaison de la programmation et à la capitalisation de bonnes pratiques .....</i>	<i>59</i>
3.2.6.	<i>Engagements de l'État et conditions de faisabilité.....</i>	<i>60</i>
3.3.	<b>Fiche thématique III : éclairer la mise en œuvre de la stratégie nationale sur des problématiques prioritaires .....</b>	<b>60</b>
3.3.1.	<i>Action 1 : participer au pilotage national interadministratif de la mise en œuvre de la « réponse accompagnée pour tous ».....</i>	<i>61</i>
3.3.2.	<i>Action 2 : contribuer à la connaissance du phénomène des jeunes relevant de l'amendement Creton et à la prévention de ces situations.....</i>	<i>61</i>
3.3.3.	<i>Action 3 : contribuer à une meilleure anticipation du vieillissement des personnes handicapées et encourager l'adaptation de l'offre à ce public croissant.....</i>	<i>61</i>
3.3.4.	<i>Action 4 : contribuer aux travaux sur la régulation des flux d'orientation de ressortissants français vers la Belgique.....</i>	<i>61</i>
3.3.5.	<i>Action 5 : favoriser le développement de coopérations et de modalités d'accompagnement adaptées aux spécificités du handicap psychique.....</i>	<i>62</i>
3.3.6.	<i>Engagements de l'État et conditions de faisabilité.....</i>	<i>62</i>
3.4.	<b>Fiche thématique IV : participer à l'effort de formation et de modernisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des établissements et services médico-sociaux .....</b>	<b>62</b>
3.4.1.	<i>Action 1 : soutenir l'efficacité et la qualité dans le secteur de l'aide à domicile.....</i>	<i>63</i>
3.4.2.	<i>Action 2 : déployer une stratégie de soutien à la formation contribuant à l'évolution des pratiques professionnelles et à l'attractivité des métiers du champ de l'autonomie.....</i>	<i>64</i>
3.4.3.	<i>Action 3 : rénover le processus de pilotage et de reporting de la politique de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile et de soutien aux OPCA .....</i>	<i>66</i>
3.4.4.	<i>Engagement de l'État et conditions de faisabilité.....</i>	<i>67</i>
3.5.	<b>Fiche thématique V : consolider l'intégration des acteurs pour rendre possible le suivi du parcours des personnes âgées en perte d'autonomie .....</b>	<b>68</b>
3.5.1.	<i>Action 1 : achever le déploiement des MAIA et assurer l'animation nationale du dispositif en appui aux acteurs locaux.....</i>	<i>68</i>
3.5.2.	<i>Action 2 : capitaliser l'expérience des MAIA et adapter le dispositif.....</i>	<i>69</i>
3.5.3.	<i>Action 3 : contribuer plus largement à la stratégie nationale en matière de fluidification des parcours et d'intégration des acteurs.....</i>	<i>69</i>
3.5.4.	<i>Engagements de l'État et conditions de faisabilité.....</i>	<i>70</i>
<b>4.</b>	<b>BILAN DE L'AXE 4 : GARANTIR UNE GESTION ÉQUITABLE ET PERFORMANTE DES FINANCEMENTS AUX ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX EN ASSURANT LE PILOTAGE DE LA DÉPENSE.....</b>	<b>71</b>
4.1.	<b>Fiche thématique I : garantir le pilotage fin de l'OGD et l'efficacité de la dépense médico-sociale.....</b>	<b>71</b>
4.1.1.	<i>Action 1 : contribuer à la construction budgétaire et au pilotage national de l'ONDAM.....</i>	<i>73</i>
4.1.2.	<i>Action 2 : sécuriser le pilotage budgétaire par un suivi fin de la tarification et de la programmation.....</i>	<i>75</i>

4.1.3.	<i>Action 3 : renouveler la stratégie de gestion du risque et soutenir une politique d'efficience de la dépense dans le champ médico-social</i>	77
4.1.4.	<i>Engagements de l'État et conditions de faisabilité</i>	78
4.2.	Fiche thématique II : améliorer la connaissance sur les différents coûts de revient, les tarifs et le financement des établissements et services	78
4.2.1.	<i>Action 1 : construire des référentiels de coûts et produire des données d'activité</i>	79
4.2.2.	<i>Action 2 : améliorer la compréhension de la progression des dépenses PH</i>	81
4.2.3.	<i>Action 3 : mieux objectiver les besoins d'investissement dans le secteur</i>	81
4.2.4.	<i>Engagements de l'État et conditions de faisabilité</i>	82
4.3.	Fiche thématique III : contribuer à une répartition de la ressource plus équitable et plus efficiente	83
4.3.1.	<i>Action 1 : copiloter la réforme tarifaire des ESMS du secteur des personnes handicapées</i>	84
4.3.2.	<i>Action 2 : contribuer à l'élaboration des réformes tarifaires du champ des personnes âgées</i>	86
4.3.3.	<i>Action 3 : adapter les critères et les modalités d'allocation des ressources pour permettre une répartition plus équitable dans le cadre de la nouvelle géographie des ARS</i>	86
4.3.4.	<i>Engagements de l'État et conditions de faisabilité</i>	87

## **5. BILAN DE L'AXE 5 : AMÉLIORER LE FONCTIONNEMENT ET L'INTERVENTION DE LA CAISSE** ..... 89

5.1.	Fiche thématique I : affirmer le rôle de la CNSA comme carrefour des acteurs des politiques de l'autonomie	89
5.1.1.	<i>Action 1 : faire vivre le Conseil de la CNSA comme un lieu de débat et de transparence sur les politiques de l'autonomie</i>	90
5.1.2.	<i>Action 2 : diffuser de l'information et favoriser les échanges entre les acteurs et les réseaux du secteur</i>	91
5.1.3.	<i>Action 3 : participer à la gouvernance mise en place par l'État sur les politiques de l'autonomie</i>	92
5.1.4.	<i>Engagements de l'État et conditions de faisabilité</i>	94
5.2.	Fiche thématique II : moderniser les instruments au service des missions de la CNSA	94
5.2.1.	<i>Action 1 : poursuivre l'objectif de gagner en efficience interne</i>	95
5.2.2.	<i>Action 2 : réduire les coûts de fonctionnement de la Caisse</i>	96
5.2.3.	<i>Action 3 : renforcer la politique de développement durable</i>	98
5.2.4.	<i>Engagements de l'État et conditions de faisabilité</i>	99
5.3.	Fiche thématique III : assurer une gestion des ressources humaines dynamique	100
5.3.1.	<i>Action 1 : conduire une politique de ressources humaines cohérente avec celle de l'UCANSS et de l'État</i>	101
5.3.2.	<i>Action 2 : faciliter l'intégration des personnes en situation de handicap dans l'effectif de la Caisse</i>	105
5.3.3.	<i>Action 3 : mettre en œuvre la réforme de la formation professionnelle</i>	106
5.4.	Fiche thématique IV : garantir l'efficience de la fonction budgétaire et comptable	106
5.4.1.	<i>Action 1 : mettre en œuvre la réforme de la gestion budgétaire et comptable</i>	107

5.4.2.	<i>Action 2 : contribuer à une gestion et à une clôture des comptes dans le cadre du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS).....</i>	110
5.4.3.	<i>Action 3 : poursuivre les efforts engagés sur la maîtrise des risques afin d'assurer la certification des comptes.....</i>	110
5.4.4.	<i>Engagements de l'État et conditions de faisabilité.....</i>	112
<b>6.</b>	<b>BILAN TRANSVERSAL EN MATIÈRE DE SYSTÈME D'INFORMATION .....</b>	<b>113</b>
6.1.	28 % des sous actions de la COG sont clairement identifiées comme ayant un contenu relatif au système d'information ce qui marque l'importance du sujet pour la CNSA .....	113
6.2.	Faute d'une traduction de la COG et de son annexe dans un schéma directeur ou même sous forme d'une simple planification de projets, leur évaluation transversale n'est pas pertinente .....	113
<b>7.</b>	<b>LA CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION 2016-2019 ENTRE LA CNSA ET L'ÉTAT N'A SERVI NI AU PILOTAGE DE L'ACTIVITÉ DE LA CAISSE PAR L'ÉTAT, NI AU PILOTAGE INTERNE DE LA CAISSE .....</b>	<b>115</b>
7.1.	Les conventions d'objectifs et de gestion constituent l'outil de pilotage des caisses nationales de sécurité sociale du régime général.....	115
7.2.	Les conventions d'objectifs et de gestion successives de la CNSA ont accompagné le déploiement des politiques publiques de l'autonomie sans constituer de véritables outils d'orientation stratégique pour la Caisse .....	117
7.2.1.	<i>Trois conventions d'objectifs et de gestion ont été conclues entre l'État et la CNSA depuis la mise en place de la Caisse .....</i>	117
7.2.2.	<i>L'évolution de la structure des COG successives de la CNSA reflète la montée en puissance progressive de la Caisse et l'accroissement du nombre de ses missions.....</i>	120
7.2.3.	<i>Les axes stratégiques des conventions d'objectifs et de gestion de la CNSA apparaissent davantage concentrés sur la mise en œuvre des dernières évolutions législatives que sur une vision de long terme de la prise en charge de la perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap.....</i>	122
7.3.	Le dimensionnement de la COG 2016-2019 de la CNSA apparaît disproportionné par comparaison aux COG des caisses nationales de sécurité sociale du régime général.....	122
7.4.	La convention d'objectifs et de gestion de la CNSA n'a permis de responsabiliser ni la Caisse, ni ses tutelles.....	124
7.4.1.	<i>La troisième COG de la CNSA traduit une démultiplication des objectifs fixés à la Caisse.....</i>	124
7.4.2.	<i>Une partie des objectifs fixés à la CNSA ne relève pas de la seule compétence de la Caisse.....</i>	125
7.4.3.	<i>Une partie des actions et des sous-actions de la convention d'objectifs et de gestion est déconnectée de l'atteinte effective des objectifs fixés à la CNSA.....</i>	127
7.4.4.	<i>Les indicateurs de la COG sont majoritairement des indicateurs de suivi qui ne reflètent pas nécessairement l'atteinte des objectifs fixés.....</i>	127
7.4.5.	<i>Le cadre de suivi de la COG ne permet pas d'en faire un outil de pilotage interne ni externe.....</i>	130

## **8. PROPOSITIONS DE STRUCTURATION POUR LA PROCHAINE CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION DE LA CNSA..... 137**

- 8.1. Structurer la nouvelle COG pour fixer un cap stratégique clair à la CNSA, centré sur les principaux enjeux métiers ..... 137
  - 8.1.1. *Pour la première fois, le contenu de la prochaine COG de la CNSA s'inscrira dans le cadre commun à l'ensemble des branches du régime général de sécurité sociale..... 137*
  - 8.1.2. *La COG devra faire apparaître les principales finalités de l'intervention de la Caisse associées à la création de la branche autonomie..... 140*
  - 8.1.3. *Ces axes stratégiques peuvent être croisés avec deux objectifs transversaux structurants, l'amélioration de la connaissance et le renforcement de l'appui aux réseaux, en veillant à de leur coordination..... 141*
- 8.2. La prochaine COG devra constituer un outil de pilotage maniable pour la Caisse comme pour ses tutelles..... 145
  - 8.2.1. *La prochaine COG de la CNSA devrait être construite selon un format raisonnable..... 145*
  - 8.2.2. *La trajectoire des frais de gestion qui sera inscrite dans la prochaine COG de la CNSA devra pouvoir être suivie dans le temps..... 147*
  - 8.2.3. *Le suivi de l'exécution de la COG pourra, le cas échéant, conduire à des ajustements en cours d'exécution ..... 148*

## 1. Bilan de l'axe 1 : mieux éclairer les besoins des personnes âgées et des personnes handicapées pour adapter les réponses individuelles et l'offre collective

Constatant le caractère parcellaire de la connaissance des besoins individuels et collectifs fondant les politiques de soutien à l'autonomie, ce premier axe stratégique visait à développer les outils permettant d'améliorer cette connaissance, dans trois directions :

- ◆ l'amélioration des outils d'évaluation des besoins individuels des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ;
- ◆ le déploiement d'outils de suivi des orientations en établissements et services médico-sociaux (ESMS) par les MDPH, en vue de mieux évaluer les besoins collectifs ;
- ◆ la poursuite des actions de soutien à la recherche et de productions de données et de connaissance dans le champ de l'autonomie.

Les trois fiches thématiques correspondantes déclinent ces objectifs en 7 actions et 20 sous-actions. Les données de suivi rassemblées par la CNSA et les échanges de la mission avec les équipes de la caisse et de ses tutelles permettent d'en faire le bilan d'avancement synthétique figurant dans le tableau ci-dessous, dont le contenu est analysé et précisé dans les développements qui suivent.

**Tableau 1 : bilan synthétique de la réalisation de l'axe 1**

Fiche thématique	Nombre d'actions ou sous-actions (*)	Réalisées dans le calendrier fixé	Réalisées avec retard ou partiellement réalisées	Non réalisées ou abandonnées
Fiche thématique I : développer les outils d'évaluation individuelle pour améliorer la qualité des plans d'aide et contribuer à l'harmonisation des pratiques	9	3	5	1
Fiche thématique II : assurer une meilleure traçabilité des orientations et des parcours pour orienter les évolutions de l'offre collective	4	3	1	0
Fiche thématique III : soutenir la recherche et contribuer à la production de connaissances et de données sur les politiques de l'autonomie et leurs publics	7	4	3	0
<b>Ensemble</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>1</b>

*Source : mission d'après données CNSA. (\*) : ce nombre est calculé de la façon suivante : si l'action est déclinée sous-action, il s'agit du nombre de sous-actions ; si l'action n'est pas déclinée en sous-actions, il s'agit du nombre d'actions.*

La seule action abandonnée est la généralisation de l'expérimentation « potentiel emploi » pour l'emploi des personnes handicapées. Cet abandon a été décidé conjointement par l'État et la CNSA, le déploiement du dispositif dans 25 départements ayant révélé un rapport coût/efficacité défavorable.

## 1.1. Fiche thématique I : développer des outils d'évaluation individuelle pour améliorer la qualité des plans d'aide et contribuer à l'harmonisation des pratiques

Cette fiche comporte deux actions, la première visant à améliorer les outils d'évaluation individuels et la seconde à accompagner les utilisateurs de ces outils dans les MDPH ainsi que dans les équipes médico-sociales évaluant l'éligibilité à l'allocation personnalisée d'autonomie (EMS APA), dans le cadre de la mission confiée à la CNSA en 2015 par la loi d'adaptation au vieillissement (ASV).

Elle était assortie de trois indicateurs destinés à mesurer les progrès de l'utilisation des outils d'évaluation, qualifiés d'indicateurs de suivi mais comportant néanmoins des cibles à atteindre.

**Tableau 2 : suivi des indicateurs de la fiche thématique I**

Indicateur	2016		2017		2018		2019	
	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Part des EMS APA utilisant le référentiel d'évaluation multidimensionnelle (en %)	-	-	40	-	70	66	90	87
Part des gestionnaires de cas des MAIA utilisant l'OEMD dans leur outil métier (en %)	-	-	30	0	60	21	95	37
Part des MDPH codant les déficiences (en %)	-	55	-	53	30	53	60	-

Source : CNSA.

La cible du premier indicateur (part des EMS APA utilisant le référentiel d'évaluation multidimensionnelle), fourni par une enquête de la CNSA auprès des EMS APA a été atteinte, mais l'indicateur ne permet pas de savoir si, au sein d'une équipe utilisant le référentiel, tous les membres de l'équipe l'utilisent.

Le deuxième indicateur (part des gestionnaires de cas des MAIA utilisant l'outil d'évaluation multidimensionnelle (OEMD) dans leur outil métier), fourni par une plateforme des indicateurs des MAIA construite et gérée par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), ne comporte pas ce biais, mais n'a pas atteint sa cible, seuls 37 % des gestionnaires de cas utilisant l'outil d'évaluation en 2019, alors que l'objectif était de 95 %.

Le troisième indicateur (part des MDPH codant les déficiences) n'a pas été suivi régulièrement, du fait du retard de déploiement du système d'information harmonisé des MDPH (SI-MDPH) qui devait à terme le fournir (pour 2016 et 2017, il provient de l'enquête annuelle de la CNSA sur l'activité des MDPH). La CNSA relève, en outre, que les informations données par les MDPH à ce propos sont peu précises sur la pratique du codage (systématique ou non) comme sur le support utilisé (outil informatique ou papier).

### 1.1.1. Action 1 : compléter et actualiser les outils et référentiels d'évaluation existants pour appréhender de façon globale la situation et les besoins des personnes

Cette action portait sur l'élaboration ou l'actualisation et le déploiement de trois outils d'évaluation des besoins d'accompagnement ou de soins des personnes âgées :

- ◆ le référentiel d'évaluation multidimensionnelle (REMD) destiné aux EMS APA ;
- ◆ l'outil d'évaluation multidimensionnelle (OEMD) des gestionnaires de cas complexes des dispositifs MAIA (pour « méthode pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ») ;

## Annexe I

- ◆ **la refonte de l'outil PATHOS** utilisé pour évaluer les besoins de soins des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et unité de soins de longue durée (USLD).

L'actualisation de l'outil d'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap (guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA)) figurait dans l'action 2 (*cf. infra*).

**Seule la construction du REMD, objet d'une sous-action, a été réalisée dans les délais fixés.** En revanche, **si l'OEMD MAIA a bien été élaboré, son implémentation dans les logiciels métier, objet de la sous-action a pris beaucoup de retard**, ainsi qu'en témoigne l'indicateur de suivi présenté *supra*. **De même, la refonte de l'outil PATHOS, qui devait être réalisée avant fin 2017, ne sera effective qu'en 2022 au plus tôt.**

### **1.1.1.1. Sous-action 1 : piloter l'implémentation de l'OEMD MAIA dans les logiciels métier et accompagner le déploiement de l'outil et son appropriation par les utilisateurs**

Cette sous-action est centrée sur l'informatisation d'un outil d'évaluation. Elle a comporté plusieurs étapes successives :

- ◆ l'acquisition, après appel d'offres, d'un outil d'évaluation multidimensionnelle scientifiquement validé, pour son utilisation et les droits d'exploitation y afférents, assortie de deux prestations complémentaires : le transfert de compétences et de connaissances liées à l'outil et une expertise pour la définition d'un référentiel national d'intégration de l'outil dans les logiciels métiers des gestionnaires de cas ; ce marché a été attribué en 2016 à France RAI propriétaire de l'outil *InterRAI Home Care*<sup>1</sup> pour un montant de 240 k€ HT ;
- ◆ la formation des gestionnaires de cas à l'utilisation de l'outil, avec deux marchés confiés à des prestataires pour la formation en 2018 de formateurs relais et pour accompagner ceux-ci dans la formation des autres gestionnaires de cas, pour un montant de 483 k€ ayant permis de former 35 formateurs relais et 810 gestionnaires de cas (sur environ 1200) ; cette formation n'est plus assurée mais une partie des supports de formation sont disponibles sur le site de la CNSA ;
- ◆ l'élaboration par l'Agence pour les systèmes d'information partagés en santé (ASIP-Santé devenue Agence du numérique en santé – ANS) d'un référentiel technique et fonctionnel, à l'attention des maîtrises d'ouvrages régionales et éditeurs de logiciels, publié en avril 2017, permettant à ces derniers d'engager l'adaptation de leurs outils ; mais le grand nombre d'éditeurs concernés (dix selon la CNSA) a ralenti l'implémentation effective dans les logiciels métier.

Le bilan des usages de l'OEMD est aujourd'hui décevant puisque seulement 37 % des gestionnaires de cas<sup>2</sup> déclaraient utiliser l'outil, 35% continuant à en utiliser un autre. En outre, 48 % des utilisateurs de l'OEMD, déclaraient ne pas ressentir d'impact positif sur leur pratique quotidienne, 38 % signalant en revanche des bénéfices, notamment sur l'harmonisation des pratiques. Ce constat mitigé tient à la fois à l'outil lui-même, dont les demandes d'adaptation ou d'évolution nécessitent l'accord de France RAI voire de l'association internationale Inter-RAI, et aux défauts de l'intégration de l'outil dans les logiciels métiers.

Cette situation a été aggravée par la vacance du poste de responsable de ce projet à la CNSA pendant toute l'année 2019. Elle ne semble pas devoir s'améliorer depuis l'intégration

---

<sup>1</sup> Cet outil développé aux Etats-Unis est composé de 19 domaines d'évaluation regroupant au total 280 items permettant le recueil standardisé d'informations multidimensionnelles sur la situation de la personne âgée,

<sup>2</sup> Ayant répondu à un questionnaire entre les mois de juin et août 2019, soit près de 6 mois après la fin du cycle de formations.

## Annexe I

des MAIA dans les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) pilotés par la DGOS : aucun chargé de mission n'est plus identifié à la direction de la compensation sur le sujet MAIA<sup>3</sup> et l'experte en services intégrés de la direction des établissements et services, mise à disposition par l'AP-HP, devrait prochainement quitter la CNSA.

### ***1.1.1.2. Sous-action 2 : doter les équipes médico-sociales APA des conseils départementaux d'un référentiel d'évaluation multidimensionnelle en cohérence avec le choix de l'OEMD MAIA***

À la différence de la précédente, cette sous-action était centrée sur l'élaboration d'un référentiel d'évaluation multidimensionnelle (REMD), l'implémentation dans les outils logiciels des EMS APA étant mentionnée mais ne constituant pas l'objectif principal. Cette action a été réalisée avec le pilotage par la CNSA de la conception du référentiel (avec la participation de représentants de 29 départements) aboutissant à sa publication par arrêté du 5 décembre 2016<sup>4,5</sup>. La CNSA a ensuite élaboré un guide d'utilisation et organisé les formations à l'utilisation du référentiel avec le CNFPT avec un résultat positif (en 2019, 87 % des professionnels des EMS APA des 81 départements ayant répondu à l'enquête déclarent l'utiliser).

L'implémentation du référentiel dans les outils métiers des EMS APA n'est en revanche pas achevée avec un rythme de déploiement différent selon les éditeurs (le principal éditeur ne prévoit le déploiement qu'en 2021) et l'ergonomie des outils est variable, limitant leur utilisation par les professionnels et donc les possibilités d'analyse des besoins standardisés à l'échelle d'un territoire pour mieux adapter les politiques de soutien à l'autonomie. À l'inverse, l'outil d'évaluation développé par un des éditeurs, allant jusqu'à la simulation des plans d'aide APA, fait gagner beaucoup de temps aux équipes qui ont pris le temps de saisir les données d'évaluation dans l'outil, garantissant son utilisation effective. Cette situation différenciée traduit l'absence de leviers pour la CNSA vis à vis des éditeurs dont les donneurs d'ordres sont les services des départements.

### ***1.1.1.3. Sous-action 3 : mener à bien les travaux de révision puis d'informatisation et d'appropriation du référentiel PATHOS***

Bien que passant par une évaluation individuelle des besoins de soins des personnes âgées résidant en établissement, le référentiel PATHOS n'est utilisé, conjointement avec le référentiel AGGIR d'évaluation des besoins d'accompagnement, que pour le financement de ces établissements. La refonte de cet outil, élaboré à l'origine sous l'égide de la CNAM, a été décidée en 2011 avec la mise en place d'un comité scientifique des référentiels<sup>6</sup> mais n'a effectivement démarré qu'en 2014.

---

<sup>3</sup> La chargée de mission recrutée à cette fin en février 2020 a été redéployée sur la thématique de lutte contre l'isolement en octobre.

<sup>4</sup> Arrêté du 5 décembre 2016 fixant le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants, prévu par l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>5</sup> Le REMD comporte 12 dimensions d'évaluation permettant de recueillir les éléments pertinents pour décrire et apprécier la situation des personnes âgées et de leurs proches aidants, identifier les besoins de compensation ainsi que les différents critères d'accès aux droits et prestations. Se situant en amont de l'appréciation de l'éligibilité à une prestation comme l'APA, l'EMD permet néanmoins de remplir la grille AGGIR.

<sup>6</sup> Arrêté du 31 octobre 2011 portant création du comité scientifique des référentiels AGGIR et PATHOS mentionnés respectivement à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles et au III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 et fixant ses missions et sa composition.

## Annexe I

La COG 2016-2019 fixait une échéance à 2017 pour l'achèvement de ces travaux, qui n'a pu être respectée, principalement faute de moyens suffisants. En effet, si le comité scientifique avait pour objet de valider la méthodologie et les résultats des travaux, ceux-ci ont reposé en pratique sur un médecin mis à disposition à 60 % par l'ARS de Bretagne et ayant en charge en outre la formation des médecins valideurs des ARS à l'utilisation de l'outil.

Ce n'est que récemment que ces travaux ont abouti avec la validation en 2020 par le comité scientifique des nouvelles ordonnances type<sup>7</sup>. Les étapes restant à atteindre (validation du guide de codage, adaptation du logiciel GALAAD de saisie et de validation des évaluations, formation des médecins valideurs aux nouvelles versions de ces outils, estimation de l'impact financier) ne permettent toutefois pas leur déploiement avant la campagne tarifaire 2022 des EHPAD.

### **1.1.2. Action 2 : accompagner les MDPH et les équipes médico-sociales APA dans l'outillage et l'informatisation de leur fonction d'évaluation afin de renforcer leur performance et de permettre une analyse consolidée des données recueillies**

**Cette action comportait six sous-actions portant à la fois sur l'élaboration et le déploiement de guides et d'outils** sur les problématiques d'évaluation, sur le développement d'échanges de pratiques entre professionnels sur ces thèmes, sur l'appui à l'intégration de la fonction évaluation dans les outils informatiques métiers et sur l'actualisation du guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA).

**Les objectifs sont partiellement atteints** : si l'élaboration de guides et les échanges de pratiques au bénéfice des équipes pluridisciplinaires d'évaluation (EPE) des MDPH, métier « historique » de la CNSA, se sont poursuivis durant la COG, et ont été confortés par l'intégration de la fonction évaluation dans le SI-MDPH, le codage des déficiences marque le pas et l'actualisation du GEVA n'a pas encore abouti sur le plan réglementaire. En outre, le déploiement de Potentiel emploi, dispositif d'évaluation de l'employabilité dont la généralisation était prévue par la COG, a été abandonné. Par ailleurs, l'accompagnement des EMS APA n'atteint pas le niveau de celui des EPE, faute de moyens équivalents.

#### **1.1.2.1. Sous-action 1 : co-élaborer des guides d'appui à l'évaluation sur des problématiques spécifiques**

La CNSA a élaboré (ou actualisé) et publié au cours de la COG une série de guides d'évaluation en coproduction avec les professionnels des MDPH (EPE). Ces guides portent sur des problématiques spécifiques, par prestation ou par type de troubles, avec des entrées matricielles croisant les deux approches :

- ◆ troubles du spectre autistiques (2016) ;
- ◆ épilepsies (2016) ;
- ◆ handicap psychique (2017) ;
- ◆ VIH (2017) ;
- ◆ PCH aides techniques et PCH aides humaines (2017) ;
- ◆ vademecum sur la rentrée scolaire (2018) ;
- ◆ anomalies chromosomiques (2018) ;

---

<sup>7</sup> PATHOS croise des états pathologiques et des profils de soins se traduisant par des « ordonnances type » décrivant les besoins de la personne âgée sur huit postes de soins : médecin, psychiatre, infirmier, rééducation, psychothérapie, biologie, imagerie, pharmacie. Il s'agit des soins requis à dire d'experts.

## Annexe I

- ◆ PCH et déficience auditive (2018) ;
- ◆ référentiel de l'orientation professionnelle (2019).

Ces outils constituent une palette d'aides à l'évaluation, avec différents niveaux de documents d'information, plus ou moins précis selon les publics cibles (les dossiers techniques sont très denses, les cahiers pédagogiques plus synthétiques pour faciliter l'appropriation des dossiers techniques). Certains guides sont construits aussi pour accompagner le changement des dispositifs. Au total, la réalisation de cette sous-action se traduit par la publication de trois à six documents par an soit une trentaine de guides qui doivent régulièrement être actualisés.

La CNSA utilise ses échanges réguliers avec les professionnels (*cf.* sous-action 2) pour mener des enquêtes sur l'utilisation des guides et les présenter afin d'en faciliter l'appropriation (par exemple, le guide sur le handicap psychique a été présenté au cours d'une séquence du séminaire national dédié en octobre 2017 et de journées régionales en 2018 et 2019).

### ***1.1.2.2. Sous-action 2 : animer des échanges de pratiques, d'une part entre les professionnels de MDPH et d'autre part entre les équipes médico-sociales APA, afin de favoriser la diffusion de bonnes pratiques, la co-construction d'outils d'aide à l'évaluation et l'harmonisation du traitement des demandes***

La réalisation de cette sous-action est inégale selon les deux réseaux :

- ◆ depuis la création de la CNSA, l'animation des coordinateurs des équipes pluridisciplinaires d'évaluation (EPE) des MDPH est une composante importante de son métier. Il en est de même pour les autres réseaux professionnels des MDPH (*cf.* axe 2, fiche thématique II, action 3 : directeurs, correspondants de scolarisation, référents insertion professionnelle, référents accueil, correspondants de la compensation technique, juristes depuis 2019) dont l'animation par la CNSA est aussi consacrée en partie à leur fonction d'évaluation ; cette animation prend la forme de séminaires nationaux d'échanges de pratiques (un à deux séminaires par an par réseau professionnel) ou de journées régionales organisées à l'initiative de MDPH ; elle prend aussi la forme d'élaboration et de diffusion d'outils (*cf.* sous-action 1) et de réponses aux questions techniques posées par les professionnels qui sont capitalisées et accessibles sur l'extranet ;
- ◆ l'animation des EMS est de moindre intensité : des séminaires ont été organisés en 2016 et 2017, mais le rythme s'est ensuite ralenti en raison d'un manque de ressources internes (un chargé de mission est dédié à l'animation des EMS APA, un deuxième poste de médecins n'a été occupé qu'épisodiquement) ; l'animation se poursuit sous forme de groupes de travail nationaux consacrés à des objets précis, comme l'élaboration d'un modèle de certificat médical en 2019 et le dossier de demande unique CD-caisse de retraite ainsi que la reconnaissance mutuelle des résultats d'évaluations avec les caisses de retraite en 2020, dans le cadre d'un partenariat avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse ; la difficulté pour la CNSA à assumer cette nouvelle mission s'explique aussi par la diversité des organisations des EMS APA dans les départements qui rendent difficile la constitution de réseaux de référents thématiques comme c'est le cas dans les MDPH.

### **1.1.2.3. Sous-action 3 : soutenir les MDPH dans le développement de pratiques de codage des déficiences**

Les dernières données disponibles sur le résultat de l'indicateur « part des MDPH codant les déficiences » montrent qu'en 2017 53 % des MDPH codaient les déficiences (totalement ou partiellement), 72 % d'entre elles dans leur système d'information, 20 % sur un tableur et 8 % utilisant les deux. La CNSA compte sur la mise en service de l'entrepôt de données alimenté par le SI-MDPH (cf. axe 2) pour suivre et actualiser ces données.

Selon la CNSA, c'est l'amélioration de l'ergonomie des modules d'évaluation du SI-MDPH qui permettra de systématiser le codage des déficiences. En effet, c'est le plus souvent en réunion de l'EPE que sont colligées les données d'évaluation avec deux cas de figure :

- ◆ si l'ergonomie de l'outil est bonne, les données sont directement saisies dans l'outil qui va ensuite effectuer automatiquement le codage ;
- ◆ si elle est mauvaise et la saisie des données chronophage, celles-ci sont notées sur papier et saisies ultérieurement dans l'outil mais de façon non systématique ou avec retard.

Or, les retours des utilisateurs des logiciels homologués pour le SI-MDPH pointent l'ergonomie médiocre des modules d'évaluation se traduisant par un « coût d'entrée » élevé et incitant certains professionnels maîtrisant les codes à ne pas l'utiliser<sup>8</sup>. La CNSA compte sur l'amélioration de l'outil, prévue dans la brique 2.2 du SI-MDPH, pour remédier à ces difficultés et relancer la généralisation du codage des déficiences.

### **1.1.2.4. Sous-action 4 : accompagner l'informatisation progressive de la fonction évaluation, en lien avec le projet « SI-MDPH » et les suites de l'expérimentation IMPACT**

Comme indiqué *supra*, la fonction évaluation a été incluse dans le référentiel fonctionnel et technique du palier 1 du tronc commun du SI-MDPH publié en 2017 et ce référentiel a été implémenté dans les solutions des éditeurs labellisées en 2018.

Un accompagnement des évaluateurs pour l'utilisation des modules d'évaluation a été assuré et des cibles en matière de niveau de saisie dans l'outil ont été définies dans les conventions de soutien au déploiement des solutions harmonisées du SI.

Cependant, comme mentionné pour la sous-action précédente sur le codage des déficiences, l'ergonomie médiocre des modules d'évaluation freine leur utilisation effective, la CNSA attendant de la brique 2.2 du SI-MDPH une amélioration permettant d'en développer l'usage.

### **1.1.2.5. Sous-action 5 : actualiser le GEVA comme outil de description des besoins**

L'objectif de cette sous-action était d'intégrer dans le GEVA<sup>9</sup>, défini réglementairement, les adaptations réalisées dans le cadre de la construction du module évaluation du SI-MDPH.

Les travaux ont commencé en début 2018, en lien avec la DGCS pour tenir compte à la fois des adaptations liées aux évolutions proposées au sein de l'outil d'évaluation prévu dans le palier 1 du SI-MDPH et des nomenclatures des besoins et prestations élaborées dans le cadre du projet SERAFIN-PH de réforme du financement des ESMS PH.

---

<sup>8</sup> À titre d'exemple, il n'est pas possible à un professionnel maîtrisant le codage de saisir directement dans l'outil. La version 2.2 devrait permettre de rechercher une pathologie ou une déficience à partir de leur libellé ou de leur code sans déploiement de toute l'arborescence (recherche par auto-complétion).

<sup>9</sup> Le GEVA recueille les données pertinentes nécessaires à la description d'une situation d'un usager, réparties en 4 catégories : 1/ éléments environnementaux (le lieu de vie, ressources, moyens de transport) 2/ éléments scolaires et professionnels 3/ éléments personnels (type de déficiences, pathologies) 4/ besoins et évolutions de la situation.

## Annexe I

Toutefois, la nécessité évoquée *supra* d'améliorer l'ergonomie des outils d'évaluation a conduit à différer la modification réglementaire. Les travaux engagés pour faire évoluer ces outils dans le cadre de la brique 2.2 du SI-MDPH (*cf. supra*) devraient, selon la CNSA, permettre de les réaligner avec le GEVA et, ensuite seulement, de prendre l'arrêté modificatif.

### **1.1.2.6. Sous-action 6 : poursuivre le déploiement de Potentiel emploi (évaluation de l'employabilité de personnes handicapées dont la demande d'aide à la MDPH revêt un caractère complexe)**

Potentiel emploi était un dispositif expérimental d'évaluation de « l'employabilité » des personnes handicapées en les plaçant en situation de travail. Bien que sa généralisation soit prévue par la COG, cette sous-action a été abandonnée en 2017. Le déploiement du dispositif dans 25 départements a, en effet, révélé un rapport coût/efficacité défavorable conduisant à renoncer à sa généralisation.

Par ailleurs, la généralisation du dispositif de l'emploi accompagné<sup>10</sup> à partir de 2017 a rendu moins nécessaire celle de Potentiel emploi même si ce dispositif ne comporte pas, à la différence de Potentiel emploi, d'évaluation préalable par mise en situation.

### **1.1.3. Engagements de l'État et conditions de faisabilité**

L'engagement a été tenu, le REMD ayant fait l'objet d'une publication par arrêté du 5 décembre 2016<sup>11</sup>.

## **1.2. Fiche thématique II : assurer une meilleure traçabilité des orientations et des parcours pour orienter les évolutions de l'offre collective**

Cette fiche comportait deux actions, la première visant à déployer un système d'information pour suivre les orientations par les MDPH des personnes handicapées vers des ESMS et la seconde à offrir aux MDPH et départements un service de certification des NIR (numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques communément appelé « numéro de sécurité sociale »).

Elle était assortie de deux indicateurs qualifiés d'indicateurs de suivi mais comportant néanmoins des cibles à atteindre.

---

<sup>10</sup> Le dispositif d'emploi accompagné vise à permettre aux personnes en situation de handicap d'accéder et de se maintenir dans l'emploi grâce à un accompagnement médico-social en milieu de travail et à et un soutien à l'insertion professionnelle. L'accompagnement est attribué sans limitation de durée ce qui est apprécié par les employeurs.

<sup>11</sup> Arrêté du 5 décembre 2016 fixant le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants, prévu par l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles.

Tableau 3 : suivi des indicateurs de la fiche thématique II

Indicateur	2016		2017		2018		2019	
	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Nombre de régions métropolitaines ayant déployé un SI de suivi des orientations des personnes handicapées, conforme au cadre fonctionnel et au cadre d'urbanisation définis par la CNSA, avec des échanges effectifs entre établissements et MDPH	0	-	2	-	5	3	11	78 (départements)
Part des MDPH utilisant le service de certification du NIR (%)	-	-	-	-	30	3 (3 sur 102 MDPH)	60	16,67 (17 sur 102 MDPH)

Source : CNSA.

Le premier indicateur révèle l'atteinte de la cible avec toutefois un décalage d'environ une année. En revanche, le second montre des résultats très en-deçà de la cible même si la situation fin 2020 s'est nettement améliorée avec 49 MDPH utilisant le service<sup>12</sup>, sans toutefois que l'on dispose à ce jour d'informations sur son utilisation effective (pourcentage des NIR des usagers certifiés) dans ces départements.

### 1.2.1. Action 1 : soutenir la mise en place d'un suivi informatisé des orientations des personnes handicapées en lien avec le système d'information commun des MDPH

**Cette action a pour objectif de déployer un système d'information permettant de suivre l'exécution des décisions d'orientations en ESMS prises par les CDAPH**, pour garantir une meilleure exécution de ces décisions et un meilleur accompagnement des personnes en organisant un retour d'information des ESMS vers les MDPH. L'objectif est notamment d'en tirer des conséquences pour l'adaptation de l'offre médico-sociale aux besoins, l'identification de « files d'attente » pour une catégorie d'ESMS dans un département pouvant en effet renseigner précisément sur les besoins non satisfaits.

**Cette action peut être considérée comme réalisée avec un déploiement dans 78 départements fin 2019 et dans 90 départements fin 2020**, ce déploiement révélant toutefois des difficultés techniques à résoudre.

#### 1.2.1.1. Sous-action 1 : définir un cadre national de référence pour permettre le développement de solutions harmonisées

Le cadre de référence a été défini avec l'aide de l'ASIP-ANS par adaptation d'outils existant dans le secteur sanitaire (application Via trajectoire éditée par le Groupement de coopération sanitaire SARA) et a été publié en 2016. Des modifications et extensions ont ensuite été apportées pour intégrer les problématiques particulières propres au secteur médico-social : accueil temporaire séquentiel, répit et fonctionnement « en dispositif »<sup>13</sup>.

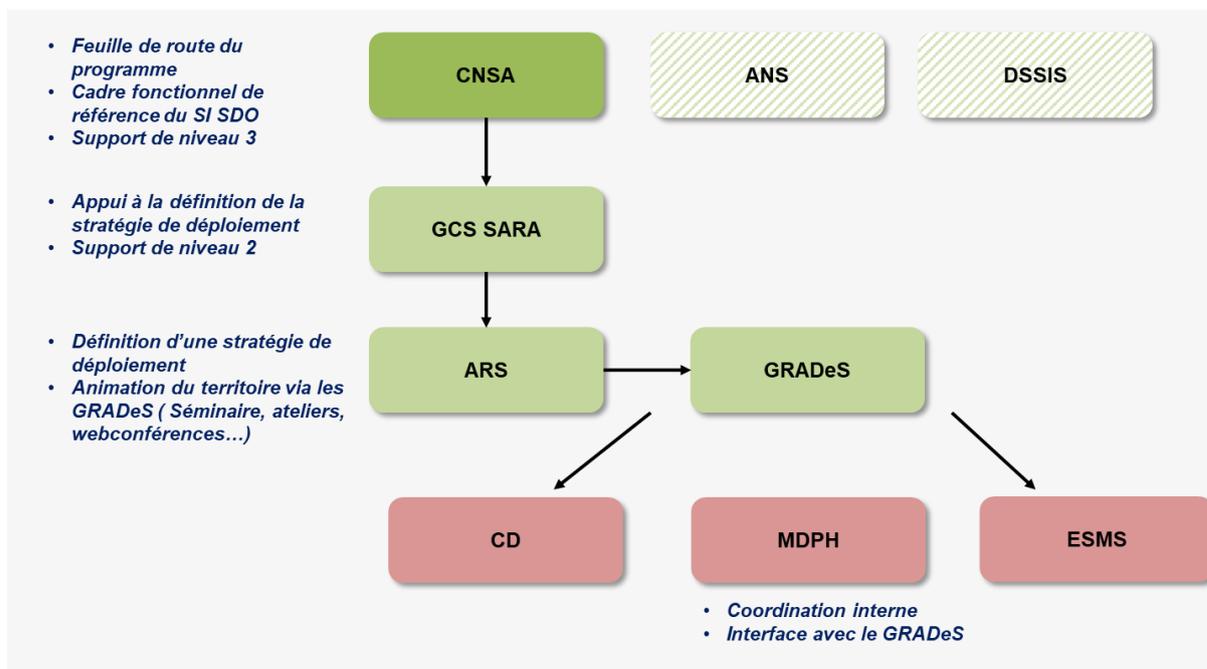
<sup>12</sup> 78 fin mai 2021 selon la CNSA.

<sup>13</sup> Il s'agit d'un mode d'orientation, expérimenté d'abord sur les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) puis étendu à d'autres catégories d'ESMS consistant à ne pas orienter une personne vers un établissement ou un type d'établissements déterminé mais vers un ensemble de solutions d'accueil / accompagnement possibles (le dispositif), évitant ainsi de repasser par une orientation par la MDPH en cas de changement de structure au sein du dispositif.

### 1.2.1.2. Sous-action 2 : favoriser le déploiement de SI de suivi des orientations

Le déploiement de ce système d'information, parallèle à celui du palier 1 du SI-MDPH a été complexe à conduire en raisons des nombreux acteurs impliqués : MDPH et conseils départementaux, mais aussi les établissements et services et les ARS et leurs opérateurs informatiques, les groupements régionaux d'appui au développement de l'e-Santé (GRADeS) et a nécessité la mise en place d'une organisation et d'une comitologie spécifique.

**Figure 1 : organisation du pilotage du déploiement du SI de suivi des orientations**



Source : CNSA.

Ce déploiement est satisfaisant puisque fin 2020, il était en achevé ou en voie d'achèvement dans 90 départements<sup>14</sup>.

Toutefois, des difficultés techniques et des problèmes de ressources sont apparus : déploiement concomitant à celui du SI-MDPH et du répertoire opérationnel des ressources (ROR<sup>15</sup>) dans les ARS, difficultés techniques de synchronisation et d'articulation avec le SI-MDPH (doublons dans les décisions, incohérences dans le champ des décisions).

<sup>14</sup> Selon la CNSA, 10 495 ESMS PH étaient reliés au SI fin 2019 ; près de 700 000 de personnes handicapées étaient suivies et 1,15 millions de décisions d'orientation de personnes handicapées étaient saisies.

<sup>15</sup> Référentiel recensant l'ensemble de l'offre sanitaire et du médico-social, comprenant un volet sur la disponibilité des lits ou des places. Le « peuplement » de ce référentiel est lent pour les ESMS, estimé à environ 22% en septembre 2020 sur le champ PA et 20% sur le champ PAH pour l'ensemble du territoire.

### **1.2.2. Action 2 : élargir l'utilisation du numéro d'inscription au registre national des personnes physiques par les MDPH et les départements pour permettre une meilleure traçabilité des parcours et une meilleure connaissance des publics**

Si les départements, pour l'instruction de l'APA, et les MDPH sont autorisés à utiliser le NIR, ils n'ont pas d'accès au système national de gestion des identifiants (SNGI) géré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) pour le compte de l'ensemble des régimes de sécurité sociale, qui permet de garantir l'exactitude des informations sur l'identification des personnes par un processus de « certification<sup>16</sup> ».

**Cette action consistait à offrir ce service aux MDPH par un partenariat entre la CNSA, la CNAV et la CNAF, dans le cadre du déploiement du SI-MDPH. Si le dispositif conventionnel et informatique a bien été mis en place, amenant à considérer que cette action a bien été réalisée, il reste à développer l'utilisation effective à ce service puisqu'un peu moins de la moitié des MDPH y a recours fin 2020 et que son impact sur la certification effective des NIR n'est pas mesuré (la CNSA indiquant toutefois une étude en cours sur ce point).**

#### **1.2.2.1. Sous-action 1 : contribuer à la formation du cadre conventionnel**

Une convention tripartite CNAF/CNAV/CNSA a été signée le 16 juillet 2016. Elle prévoit que la CNAF « *disposant via l'un de ses centres informatiques, de liaisons informatiques avec les MDPH ainsi que d'une liaison spécifique avec la CNAV, assurera le rôle de concentrateur pour l'accès au SNGI entre la CNAV et les MDPH* » dans un cadre sécurisé et tracé. Chaque MDPH souhaitant accéder au service doit adhérer à une convention avec la CNAF dont le modèle figure dans la convention tripartite. La convention met en place un comité de pilotage national composé de représentants des trois institutions pour suivre le déploiement des services et régler les difficultés éventuelles.

Si la sous-action a bien été conduite dans le délai prévu, le dispositif de suivi n'a pas totalement fonctionné, aucune réunion ne s'étant tenu depuis fin 2017 (une réunion prévue en novembre 2020 a été annulée à la demande de la CNAF).

Par ailleurs, bien que l'action mentionne les départements, le dispositif conventionnel ne concerne que les MDPH.

#### **1.2.2.2. Sous-action 2 : accompagner la mise en place d'un système de certification des NIR pour les MDPH**

La lenteur du déploiement de l'accès au SNGI avec 49 MDPH concernées fin 2020 témoigne à la fois de ce pilotage relâché et de la faible mobilisation des services informatiques des départements, dont l'intervention est nécessaire pour répondre aux prérequis techniques à l'utilisation du service.

Par ailleurs, les MDPH utilisatrices éprouvent des difficultés à se servir du service (codes erreurs parfois non intelligibles pour des personnels non formés aux outils des organismes de sécurité sociale).

---

<sup>16</sup> Ce processus consiste à envoyer au SNGI les informations identifiantes dont dispose l'organisme (NIR, nom, prénom, date et lieu de naissance, etc.) pour en vérifier l'exactitude et la concordance par un retour d'information du système.

### 1.2.3. Engagements de l'État et conditions de faisabilité

L'engagement de l'État portait sur la réalisation des adaptations juridiques nécessaires à la mise en œuvre du SI de suivi des orientations. Il n'a pas été nécessaire de procéder à de telles adaptations mais une instruction aux ARS du 23 septembre 2016 a précisé les modalités de déploiement du SI<sup>17</sup>.

### 1.3. Fiche thématique III : soutenir la recherche et contribuer à la production de connaissances et de données sur les politiques de l'autonomie et leurs publics

Cette fiche se décompose en trois actions et compte un unique indicateur : la part des travaux de recherche soutenus dont les résultats sont accessibles sur le site internet.

**Tableau 4 : part des travaux de recherche soutenus dont les résultats sont accessibles sur le site internet (en %)**

Cible 2016	Réalisation 2016	Cible 2017	Réalisation 2017	Cible 2018	Réalisation 2018	Cible 2019	Réalisation 2019
30	55	40	55	50	68	60	81

Source : CNSA.

Selon la direction scientifique de la CNSA, en 2020, la totalité des projets de recherche soutenus par la CNSA et achevés ont donné lieu à publication de rapports et de fiches de présentation.

#### 1.3.1. Action 1 : concilier soutien à la recherche scientifique et développement de recherches plus directement liées à la conception de l'action publique

**Cet objectif est globalement atteint.** Entre 2016 et 2020, la CNSA a financé chaque année en moyenne 7,1 M€ d'actions innovantes, d'études, de travaux de recherche et d'enquêtes statistiques sur le champ du handicap et de l'autonomie à travers les trois canaux suivants :

- ◆ des financements directs d'actions innovantes par appel à projets (AAP), en moyenne 2,9 M€/an sur la période ;
- ◆ des financements délégués, principalement à l'IRESP, de travaux de recherche, en moyenne 3,2 M€/an sur la période ;
- ◆ le cofinancement d'études et d'enquêtes de la DREES, de l'enquête européenne SHARE (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*) et de cohorte, en moyenne 0,8 M€/an sur la période mais avec des fortes variations annuelles du fait du calendrier des enquêtes.

Cette organisation des financements permet de toucher de multiples acteurs de la recherche et de l'innovation.

Sur le périmètre objet de la fiche (soutien à la recherche et à la production de données), la CNSA aura donc financé en moyenne 4 M€/an de projets de recherche et d'enquêtes.

<sup>17</sup> Instruction N° DGCS/SD3B/CNSA/SGMCAS/DSSIS/2016/322 du 23 septembre 2016 relative au système d'information de suivi des orientations dans le secteur du handicap.

### 1.3.1.1. *Sous-action 1 : poursuivre les actions de soutien à la recherche et à la production de données pour la recherche*

Entre 2016 et 2020, la CNSA a financé pour en moyenne 7,1 M€/an, des actions innovantes, des études, des travaux de recherche et des enquêtes statistiques sur le champ du handicap et de l'autonomie des personnes âgées, à travers trois axes principaux :

- ◆ **1<sup>er</sup> axe : le soutien aux actions innovantes** de porteurs (gestionnaires d'établissements et services, associations, financeurs territoriaux, hôpitaux, MDPH...) qui visent à améliorer la connaissance des situations de handicap et de perte d'autonomie et leurs conséquences, à expérimenter de nouveaux dispositifs et de nouvelles actions ou méthodes permettant d'améliorer l'accompagnement des personnes et qui ne peuvent pas être financés dans le cadre d'appel à projets de recherche ; ces projets sont financés par deux mécanismes :
  - un appel à projets permanent non fléché finançant 15 à 30 projets par an (1,1 M€ en 2020) ;
  - des appels à projets thématiques, fléchés vers des projets qui répondent à une problématique particulière (2,4 M€ en 2020 sur les enseignements de la crise sanitaire) ;
- ◆ **2<sup>ème</sup> axe : le soutien à la recherche**, qui passe par quatre canaux :
  - le financement de travaux de recherche par des appels à projets délégués à l'institut pour la recherche en santé publique (IReSP) (2,6 M€ en 2020) ;
  - le financement de contrats de recherche de gré à gré (0,3 M€ en 2020) ;
  - le co-financement de dispositifs d'enquête et de cohorte : l'enquête PHEDRE sur la prestation de compensation du handicap (750 000 € en 2016), l'enquête « Modes de garde », sur un volet enfants handicapés (300 000 € en 2019) et l'enquête « Autonomie » (2 M€ en 2020) pilotées par la DREES, la vague 8 de l'enquête européenne SHARE - *Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe* (500 000 € en 2018) dont le volet français est piloté par l'Université Paris-Dauphine, la cohorte ELENA d'enfants avec diagnostic de TSA (409 000 € en 2017) pilotée par le centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Montpellier ;
  - le cofinancement du fonctionnement de structures de recherche ou contribuant à la recherche : l'IReSP (62 250 € par an sur la période 2017-2020 ; 150 000 € par an sur la période 2020-2023), l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) pour 300 000 € par an depuis 2015<sup>18</sup>, l'Institut de la longévité, des vieillesse et du vieillissement (50 000 € par an sur la période 2018-2021) ;
- ◆ **3<sup>ème</sup> axe : des travaux d'études et d'évaluation** par une procédure de marchés publics, généralement une fois tous les deux ans (0,3 M€ en 2020).

Les partenariats de la CNSA pour la conduite d'appels à projets de recherche se sont récemment recentrés autour de l'IReSP, dans un objectif de concentration et de rationalisation de ses financements mais aussi d'allègement du travail en gestion (élaboration et suivi des conventions) et de préparation des appels à projets auquel la CNSA participe activement dans le choix des thématiques et la rédaction des textes des appels. La nouvelle convention de financement de fonctionnement passée avec l'IReSP prévoit le financement de deux ETP par la CNSA pour la gestion des procédures de sélection et l'animation de la recherche, la CNSA conservant un pouvoir de décision dans l'attribution des subventions sur la base des classements établis par les jurys scientifiques. Ce choix de gestion simplifie le travail de la CNSA

---

<sup>18</sup> Date à laquelle l'IRDES est passé du statut d'association à celui de GIP dont la CNSA est devenue membre.

mais limite en contrepartie ses échanges avec les équipes soutenues dont les travaux sont suivis par l'IReSP.

### **1.3.1.2. Sous-action 2 : expérimenter des leviers pour développer la recherche orientée vers la décision publique dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie**

Cette sous-action recouvrait des objectifs différents dont les résultats sont variables :

- ◆ l'appel à candidatures pour la mise en place d'une chaire CNSA a été déclaré infructueux en 2016 et n'a pas été renouvelé depuis ;
- ◆ la participation de la CNSA à la gouvernance du GIP IRDES lui permet de faire part de ses priorités dans l'établissement du programme de travail de l'Institut mais la procédure suivie ne garantit pas leur prise en compte<sup>19</sup> à la différence du dispositif antérieur de soutien sur projet.

Il n'y a pas eu d'essais de travaux de synthèses thématiques en sciences humaines et sociales sur le modèle des expertises collectives réalisées dans le champ de la santé et de la santé publique, contrairement à ce qui était prévu par la COG.

### **1.3.2. Action 2 : veiller à une meilleure circulation, diffusion et capitalisation des résultats de travaux d'études et de recherche**

**La déclinaison dans la COG 2016-2020 de cet objectif est imparfaite. Si les sous-actions sont globalement exécutées, l'objectif final ne semble pas totalement atteint.** La COG identifie plusieurs sous-actions liées à la valorisation des travaux d'études et de recherche sur le champ de l'autonomie et du handicap, dont la pertinence est discutable :

- ◆ la présentation des travaux par les équipes qui les ont produits à des acteurs du secteur et la rédaction de fiches de synthèse des travaux, mises sur internet ;
- ◆ le financement des CREA et d'actions conjointes avec l'ANCREAI pour synthétiser les travaux des différents acteurs de la recherche sur le champ du handicap et de l'autonomie ;
- ◆ l'organisation de rencontres scientifiques tous les deux ans.

Ces sous-actions sont globalement remplies. Mais elles sont trop précises et ne s'inscrivent pas dans une stratégie cohérente de valorisation des travaux d'étude et de recherche et d'animation d'une communauté de chercheurs sur les thèmes de l'autonomie et du handicap. Les principales initiatives de la CNSA en la matière sont hors COG. La CNSA participe aux instances de gouvernance de l'ILVV, de l'IRDES et de l'IReSP en tant que membre financeur. Cet axe est également poursuivi par la participation de la CNSA, au sein du conseil scientifique du Programme prioritaire de recherche, où la CNSA a contribué à l'identification de la poursuite de la structuration du champ comme l'un des chantiers prioritaires.

### **1.3.2.1. Sous-action 1 : s'assurer d'une meilleure visibilité et accessibilité des travaux de recherche financés par la CNSA et d'une diffusion large de leurs résultats**

Si la CNSA a réalisé un effort important pour rendre accessibles les résultats des travaux soutenus, les objectifs qualitatifs fixés par la COG n'ont été qu'imparfaitement atteints.

---

<sup>19</sup> Cf. « Audit stratégique de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), IGAS, 2018. <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article733>

## Annexe I

Les travaux financés font l'objet de fiches de synthèse mises en ligne sur le site de la CNSA de même que les rapports finaux rédigés par les équipes de recherche. Ces documents sont relativement peu consultés (cf. annexe VII). Ce dispositif d'information n'a, par ailleurs, pas fait l'objet d'une évaluation interne et externe en vue de son amélioration. Aucun partenariat avec des centres ressources n'a été mis en œuvre pour favoriser la diffusion de ces travaux. Si une réflexion est en cours pour identifier les moyens pour favoriser des échanges entre les acteurs de l'autonomie et les chercheurs, elle n'a pas encore abouti pour des raisons tenant à des moyens humains limités et à des problèmes de coordination du fait d'une disponibilité limitée des autres directions, d'après la direction scientifique.

Les conventions de financement des études et travaux de recherche prévoient systématiquement la présentation des résultats aux acteurs du secteur.

### **1.3.2.2. Sous-action 2 : contribuer à la capitalisation des travaux d'étude conduits par les acteurs locaux sur les besoins des personnes et l'offre médico-sociale**

La CNSA finance les centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des populations en situation de vulnérabilité (CREAI) par l'intermédiaire des agences régionales de santé (ARS), en complément du financement de ces centres par la DGCS sur le programme 157.

Jusqu'en 2017, la DGCS finançait la tête de réseau des CREAI, l'ANCREAI, au côté de la CNSA. Du fait de la diminution des crédits prévus pour le financement des associations nationales au sein du programme 157, la DGCS a cessé son soutien à partir de 2018. La CNSA a donc conclu des conventions bilatérales avec l'ANCREAI en 2018, 2019 et 2020 (120 000 € de subvention en 2020, financés sur section V), concernant la continuité de l'ANCREAI comme tête de réseau, ciblant les thématiques suivantes :

- ◆ la préparation et l'animation de travaux et journées thématiques dédiés ;
- ◆ l'apport d'expertise dans des groupes de travail nationaux, à titre principal, le groupement technique national SERAFIN-PH et le groupe de travail relatif à la mesure de l'activité dans les ESMS ;
- ◆ la poursuite du développement et du déploiement du panorama des données du handicap ;
- ◆ la réalisation d'une étude de capitalisation des RETEX de crise Covid-19.

La direction scientifique entretient, en outre, des relations avec l'ANCREAI :

- ◆ sur un projet, en cours de définition, de promotion de l'embauche de doctorants CIFRE par les employeurs du secteur, notamment associatifs ;
- ◆ ponctuellement, au titre du soutien de deux actions du CREAI Nouvelle Aquitaine *via* les actions innovantes (AAP permanent) : projet d'expérimentation de dispositif d'évaluation d'enfants en danger et en situation de handicap, axé sur la coopération ASE-MDPH, en 2017 (110 000 €), et le projet « Handidonnées Guyane » en 2020 (32 500 €).

### **1.3.2.3. Sous-action 3 : organiser tous les deux ans des rencontres scientifiques**

La CNSA a organisé des rencontres scientifiques en 2016 et 2018 (cf. annexe VII). La crise du COVID a obligé la CNSA à reporter les rencontres, désormais appelées « Rencontres recherche et innovation » prévues en octobre 2020 et à passer à un format virtuel, la date de l'évènement n'ayant pas encore été fixée.

### **1.3.3. Action 3 : renforcer la fonction de production et d'analyse statistique de la caisse**

Cette action comporte deux sous-actions :

- ◆ l'exploitation des données des systèmes de gestion de la CNSA à des fins de diffusions de connaissances ;
- ◆ la contribution à la stratégie d'*open data* de l'État.

Ces deux sous-actions n'ont été que partiellement réalisées, la première ayant surtout consisté à mettre des données à disposition des administrations centrales et la seconde à publier quelques jeux de données ne représentant qu'une part mineure des informations gérées par la caisse.

#### **1.3.3.1. Sous-action 1 : exploiter davantage les données des systèmes de gestion de la CNSA, afin d'éclairer la connaissance des besoins, de l'offre et la problématique de l'équité de traitement**

Le suivi de la COG réalisé par la CNSA ne mentionne que la conclusion en 2019 d'une convention de mise à disposition des administrations centrales des données concernant les seuls établissements et services médico-sociaux, mais ne précise pas l'utilisation qui en a été faite. Or, l'objectif de l'action était d'exploiter les données pour améliorer la connaissance des besoins, de l'offre et de la problématique de l'égalité de traitement, et pas seulement de transmettre les données aux administrations. Sur le champ des données gérées par les MDPH et collectées par la CNSA, la mise en place récente d'un entrepôt alimenté par des données issues du SI harmonisé des MDPH (cf. axe 2) devrait permettre aux administrations et en particulier à la DREES de produire des travaux d'analyse.

Le chargé de mission recherche de la direction scientifique et les statisticiens et chargés de mission des directions métiers participent aux groupes de travail, comités et comités de pilotage des enquêtes statistiques auxquelles la CNSA apporte son financement ainsi qu'à l'animation de la commission du conseil scientifique de la CNSA consacré aux « données pour la recherche », visant à favoriser l'accès et l'analyse par les chercheurs des données issues des SI produits par la CNSA en 2019 et 2020. Le chargé de mission recherche de la direction scientifique participe également au groupe de travail « handicap » mis en place par la DREES depuis fin 2020, ainsi qu'au groupe de travail « données pour l'autonomie » mis en place par le conseil scientifique du Programme prioritaire de recherche « Autonomie » début 2021. Enfin, chaque année, la mission d'analyse statistique (MAS) de la direction de la compensation, organise une réunion CNSA – DREES afin de partager les programmes de travail (productions, études).

Les données collectées sont encore trop limitées pour permettre un pilotage efficace des politiques publiques, particulièrement sur le champ de l'autonomie des personnes âgées ; elles sont d'une qualité inégale (cf. annexe VII).

#### **1.3.3.2. Sous-action 2 : contribuer à la stratégie Open data de l'État**

La CNSA a engagé en 2017 un travail d'inventaire des données susceptibles d'être déposées sur la plateforme nationale *data.gouv.fr*. Ce travail a abouti à la publication des jeux de données suivants :

- ◆ les prix hébergement et tarifs dépendance des EHPAD (en données brutes et retraitées) depuis 2018 ;
- ◆ la liste des subventions allouées au titre des sections IV et V depuis 2019 ;

## Annexe I

- ◆ la liste et les coordonnées des guichets d'accueil de proximité ayant pour mission d'informer les personnes âgées (CLIC et plateformes de soutien aux aidants) depuis 2019 ;
- ◆ la liste et les coordonnées des services d'aide et de soins à domicile depuis 2019 ;
- ◆ la liste et les coordonnées et caractéristiques de l'ensemble des établissements pour les personnes âgées (structures médicalisées, résidences autonomie et autres types d'hébergement) depuis 2019.

Selon la CNSA, la nécessité de produire des documents explicatifs détaillés pour permettre une bonne utilisation des données a freiné le dépôt des données. En outre, la nécessité de retraiter les données brutes reçues notamment des ESMS pour garantir leur qualité exige un délai, ce qui explique la publication de deux jeux de données (brutes et retraitées) pour les tarifs des EHPAD (cf. annexe VII).

**Tableau 5 : répartition des financements de la direction scientifique 2016-2020**

€	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Total innovation</b>	<b>3 448 743</b>	<b>2 464 758</b>	<b>2 531 688</b>	<b>2 747 775</b>	<b>3 532 868</b>
Actions innovantes – AAP permanent	2 185 869	2 088 060	1 204 479	2 747 775	1 090 800
Actions innovantes – AAP thématique	1 262 874	376 698	1 327 209	Non réalisé	2 442 068
<b>Total recherche</b>	<b>2 948 012</b>	<b>3 068 947</b>	<b>3 165 997</b>	<b>3 362 535</b>	<b>3 509 738</b>
Soutien à la recherche – AAP IReSP	1 519 179	1 601 444	1 757 198	2 039 785	2 644 150
Soutien à la recherche – Autres AAP	452 750	917 500	993 549	300 000	-
Contrat de recherche de gré à gré	649 880	184 483	-	607 500	300 338
Soutien GIS ILVV, IRESP et GIP IRDES (fonctionnement)*	326 203	365 250	415 250	415 250	565 250
<b>Marché études et évaluations</b>	-	-	<b>148 520</b>	-	<b>323 730</b>
<b>Dispositifs d'enquête statistique et cohortes**</b>	<b>750 000</b>	<b>409 062</b>	<b>500 000</b>	<b>300 000</b>	<b>2 000 000</b>
« Emplois sportifs qualifiés »(ESQ) soutien au développement des pratiques sportives chez les personnes en situation de handicap : 1 200 000 €/an sur la période 2018-2020	-	-	<b>3 500 250</b>	<b>99 750</b>	-
<b>Total</b>	<b>7 146 755</b>	<b>5 942 767</b>	<b>9 846 455</b>	<b>6 510 060</b>	<b>9 366 336</b>

*Source : CNSA, direction scientifique. La dépense annuelle est reconstituée notamment à partir des résultats de jury et des décisions attributives, dont le calendrier peut différer de celui à date des notifications des engagements juridiques par voies de conventions. Également, le soutien au fonctionnement des GIP et GIS dont la CNSA est membre est annualisé.*

*\* Institut de la longévité, des vieillesse et du vieillissement (fonctionnement) : 50 000 €/an sur la période 2018-2021 ; Institut pour la recherche en santé publique (fonctionnement) : 62 250 €/an sur la période 2017-2020 ; 150 000 €/an sur la période 2020-2023 ; Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (fonctionnement) : 300 000 €/an sur la période 2015-2023 ; Institut des données de santé (devenu INDS en 2017) : 26 203 € en 2016.*

*\*\* Le financement de la cohorte ELENA (2017) et de l'enquête SHARE vague 8 (2018) a été réalisé via « Actions innovantes – AAP permanent » : les crédits concernés sont reclassés dans « Dispositifs d'enquête statistique et cohortes ».*

## 2. Bilan de l'axe 2 : améliorer l'accès aux droits des personnes handicapées, des personnes âgées et de leurs aidants dans le cadre d'une réponse accompagnée

Face à la complexité de l'organisation du système d'aide et de soins aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, l'axe 2 de la COG 2016-2019 visait à améliorer l'accompagnement des personnes dans l'accès à leurs droits, en actionnant quatre leviers :

- ◆ la mise en place d'un SI commun des MDPH pour renforcer la convergence des processus de traitement des demandes des personnes handicapées et améliorer leur efficacité ;
- ◆ dans le même but, le renforcement de l'appui de la CNSA aux MDPH et l'extension de cet appui aux EMS APA, dans le cadre d'un partenariat renouvelé entre la CNSA et les départements ;
- ◆ la création de portails d'information pour améliorer l'information des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de leurs proches sur leurs droits ;
- ◆ en application de la loi ASV, la mise en œuvre de la nouvelle mission d'animation des politiques territoriales de prévention de la perte d'autonomie donnée à la CNSA, et le renforcement de ses missions de soutien aux aidants et d'accès aux aides techniques.

Cinq fiches déclinent ces objectifs en 39 actions ou sous actions. Les données de suivi rassemblées par la CNSA et les échanges de la mission avec les équipes de la Caisse et de ses tutelles permettent d'en faire le bilan d'avancement synthétique figurant dans le tableau ci-dessous, dont le contenu est analysé et précisé dans les développements qui suivent.

**Tableau 6 : bilan synthétique de la réalisation de l'axe 2**

Fiche thématique	Nombre d'actions ou sous actions (*)	Réalisées dans le calendrier fixé	Réalisées avec retard ou partiellement réalisées	Non réalisées ou abandonnées
Fiche thématique I : mettre en œuvre le système d'information commun MDPH	5	1	4	0
Fiche thématique II : soutenir les MDPH et leurs partenaires dans l'amélioration de la qualité de service, le déploiement de la réponse accompagnée et d'une meilleure équité de traitement et l'harmonisation des pratiques en vue d'une meilleure équité de traitement	7	6	1	0
Fiche thématique III : renforcer les partenariats avec les conseils départementaux au service d'une harmonisation des réponses	7	3	3	1
Fiche thématique IV : assurer un meilleur accès des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches à l'information et aux droits	9	4	3	2
Fiche thématique V : soutenir les politiques de prévention de la perte d'autonomie, d'accès aux aides techniques et de soutien aux aidants	12	6	5	0
<b>Ensemble</b>	<b>39</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>3</b>

*Source : mission d'après données CNSA. (\*) : ce nombre est calculé de la façon suivante : si l'action est déclinée en sous-actions, il s'agit du nombre de sous-actions ; si l'action n'est pas déclinée en sous-actions, il s'agit du nombre d'actions.*

L'absence de réalisation de trois sous-actions est imputable :

- ◆ à la CNSA pour l'étude de faisabilité d'une simulation du reste-à-charge à domicile, en EHPA, et en hébergement temporaire ;

- ◆ à l'État pour l'évaluation de la plate-forme téléphonique devant apporter une information aux personnes âgées, complémentaire à celle du site « pour les personnes âgées » fermée dès 2016 faute d'appels ;
- ◆ à l'absence de candidatures pour la labellisation des MDA, rendant sans objet la sous-action prévoyant un suivi de la CNSA.

### 2.1. Fiche thématique I : mettre en œuvre le système d'information commun des MDPH

Prenant acte de l'échec du système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (Sipa-PH) qui devait extraire des informations individuelles anonymisées des systèmes d'information des MDPH pour alimenter un entrepôt de données national, la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015 a donné mission à la CNSA, avec l'appui de l'ASIP-santé (devenue depuis l'ANS), de « *concevoir et de mettre en œuvre un système d'information commun aux maisons départementales des personnes handicapées* » et, à cette fin, de « *définir des normes permettant de garantir l'interopérabilité entre ses systèmes d'information, ceux des départements et ceux des maisons départementales des personnes handicapées* » et de « *labelliser les systèmes d'information conformes à ces normes* ». La même loi a parallèlement imposé aux MDPH d'utiliser « *un système d'information commun, interopérable avec les systèmes d'information des départements, ceux de la Caisse nationale d'allocations familiales et ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans des conditions précisées par décret* ».

**Le choix a été fait en 2016 par la CNSA, et validé par ses tutelles<sup>20</sup>, non de développer un progiciel unique pour l'ensemble des MDPH, interopérable avec les progiciels des départements, mais d'harmoniser les progiciels existants (ou à venir) en leur imposant de respecter des spécifications fonctionnelles et techniques nationales définies pour son compte par l'ASIP-santé.** Cette harmonisation des spécifications était destinée à s'assurer qu'émanant de processus identiques, les données des MDPH soient effectivement comparables et agrégeables au niveau national<sup>21</sup>.

Ce choix a eu une conséquence importante sur la conduite du projet : même en finançant le déploiement des adaptations des SI des MDPH, **la CNSA n'est pas le donneur d'ordres direct aux éditeurs de logiciels** qui restent les fournisseurs des MDPH et des DSI des départements qui paient les redevances d'utilisation des progiciels et appuient les MDPH dans ce domaine. La CNSA et l'ASIP ont néanmoins assisté les MDPH pilotes et engagé avec leur accord un dialogue direct avec ces éditeurs avant la passation des commandes de développement du palier 1<sup>22</sup>.

Cette fiche comportait deux actions, la première concernant la conception du SI harmonisé des MDPH et la seconde son déploiement dans le cadre d'un conventionnement avec les MDPH et avec un appui de l'ASIP-Santé.

---

<sup>20</sup> Cf. notamment la lettre du 21 juillet 2017 de la DGCS sur le bilan 2016 de la COG.

<sup>21</sup> Ces logiciels ne sont toutefois pas interopérables entre eux ni d'ailleurs avec un logiciel national qui ne fait que collecter des données.

<sup>22</sup> Après avoir eu communication de premières estimations divergentes des éditeurs en novembre 2016, la CNSA a fait appel à l'ASIP-santé qui a conduit entre décembre 2016 et mi-février 2017 une série d'échanges avec les éditeurs et les MDPH et CD pilotes pour déterminer le coût des développements en plusieurs étapes : 1/ fourniture d'une proposition par les éditeurs 2/ réalisation de deux échanges contradictoires par éditeur, l'ASIP s'appuyant notamment sur des estimations financières à dire d'expert 3/ fourniture d'une proposition finale par les trois éditeurs 4/ validation des estimations et inscription des financements dans les conventions entre la CNSA et les MDPH pilotes 5/ commande des développements aux éditeurs par celles-ci.

## Annexe I

Elle faisait l'objet de deux indicateurs destinés à mesurer la montée en charge de la contractualisation avec les MDPH et de l'implémentation des spécifications dans leurs systèmes d'information. Ces deux indicateurs étaient qualifiés d'indicateurs de suivi mais comportaient néanmoins des cibles à atteindre.

**Tableau 7 : suivi des indicateurs de la fiche thématique I**

Indicateur	2016		2017		2018		2019	
	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Nombre de MDPH ayant contractualisé avec la CNSA	-	-	30	7	70	40	90	95
Nombre de MDPH dont le SI a intégré les évolutions correspondant au moins à un palier fonctionnel	-	-	6	0	30	5	90	75

Source : CNSA.

**Ces deux indicateurs révèlent un retard de mise en œuvre, mais les cibles ont été atteintes** : en novembre 2020, 96 MDPH avaient mis en production la version de leur progiciel correspondant au palier 1, sans que les informations disponibles permettent de dire si cette mise en production conduisait dans tous les cas à son utilisation en routine et sans difficulté de maîtrise du produit.

### **2.1.1. Action 1 : accompagner la transformation des systèmes d'information des MDPH par une stratégie d'amélioration continue en perspective du SI harmonisé**

Le libellé compliqué de cette action est éclairé par celui des sous-actions qui visent l'élaboration des spécifications du SI harmonisé et le développement de solutions conformes par les éditeurs.

Le découpage du projet en grandes fonctionnalités (« tronc commun » des fonctions métiers des MDPH et autres fonctionnalités dont les échanges avec les partenaires) et « paliers » techniques ne permet pas de trancher simplement sur la réalisation de l'action. Si l'on s'en tient au palier 1 du tronc commun, l'ensemble des spécifications ont été publiées en 2017, ce qui a permis aux éditeurs de développer les solutions correspondantes qui ont été labellisées en 2018. **Cette action peut donc être considérée comme réalisée avec environ une année de retard par rapport au calendrier fixé par la COG.** La mission relève toutefois que l'échéance fixée dans la COG pour le lancement des développements par les éditeurs (2016) était inatteignable puisqu'au moment de la signature de la COG en avril 2016, l'élaboration des spécifications était à peine engagée.

#### **2.1.1.1. Sous-action 1 : concevoir le périmètre fonctionnel du tronc commun et les différents paliers**

Le projet initial comporte la mise en place, en plusieurs étapes (la première étant appelée palier 1, les suivantes prenant le nom de « briques ») **du « tronc commun » regroupant l'ensemble des fonctionnalités correspondant aux processus métier des MDPH.**

**À ce tronc commun s'ajoutent des fonctionnalités d'échanges automatisés avec les partenaires des MDPH :**

- ◆ CAF-MSA, pour les prestations servies par ces organismes ;
- ◆ ministère de l'éducation nationale, pour sa contribution au processus d'évaluation ;
- ◆ Pôle emploi, pour les échanges relatifs à la situation professionnelle des personnes ;
- ◆ Imprimerie nationale, pour l'impression des cartes mobilité inclusion ;

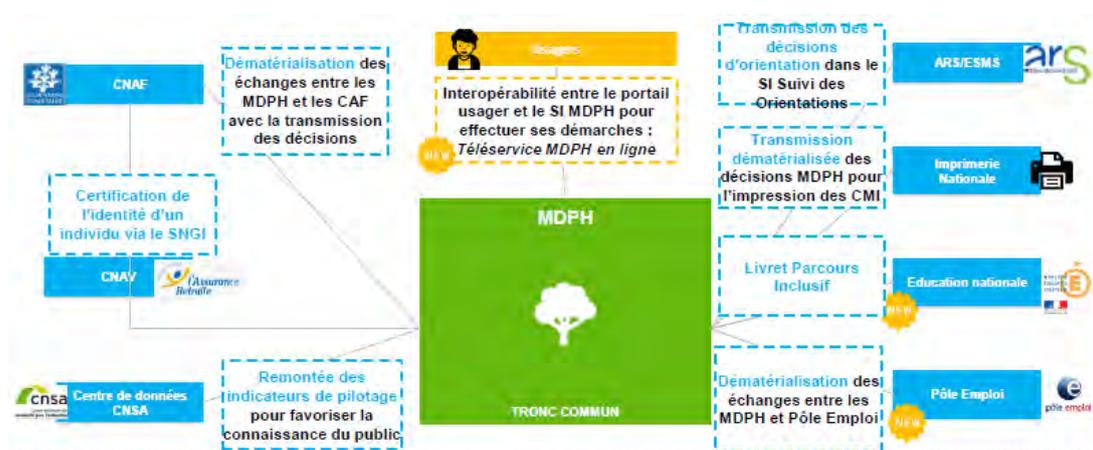
## Annexe I

- ◆ ARS et ESMS, pour le suivi des orientations ;
- ◆ CNSA, pour l'alimentation du centre de données ;
- ◆ CNAM-Health data Hub, pour l'alimentation du SNDS ;
- ◆ CNAV-SNGI (par l'intermédiaire des CAF) pour la certification des NIR (cf. axe 1).

Par ailleurs et **sans que cela soit prévu par la COG**, pour répondre à l'obligation faite aux services publics et en l'absence de réponse à cette obligation par les éditeurs, la CNSA a mis en place un **téléservice de demande en ligne pour les usagers**, logiciel au départ conçu comme provisoire, **non interopérable avec les progiciels des MDPH**<sup>23</sup>. De même a été ajoutée la mise en place du **livret parcours inclusif**, produit destiné à être exploité par le ministère de l'éducation nationale.

Le schéma ci-dessous illustre ainsi le périmètre fonctionnel du projet, aujourd'hui élargi par rapport à son champ initial.

**Figure 2 : composantes du projet SI-MDPH**



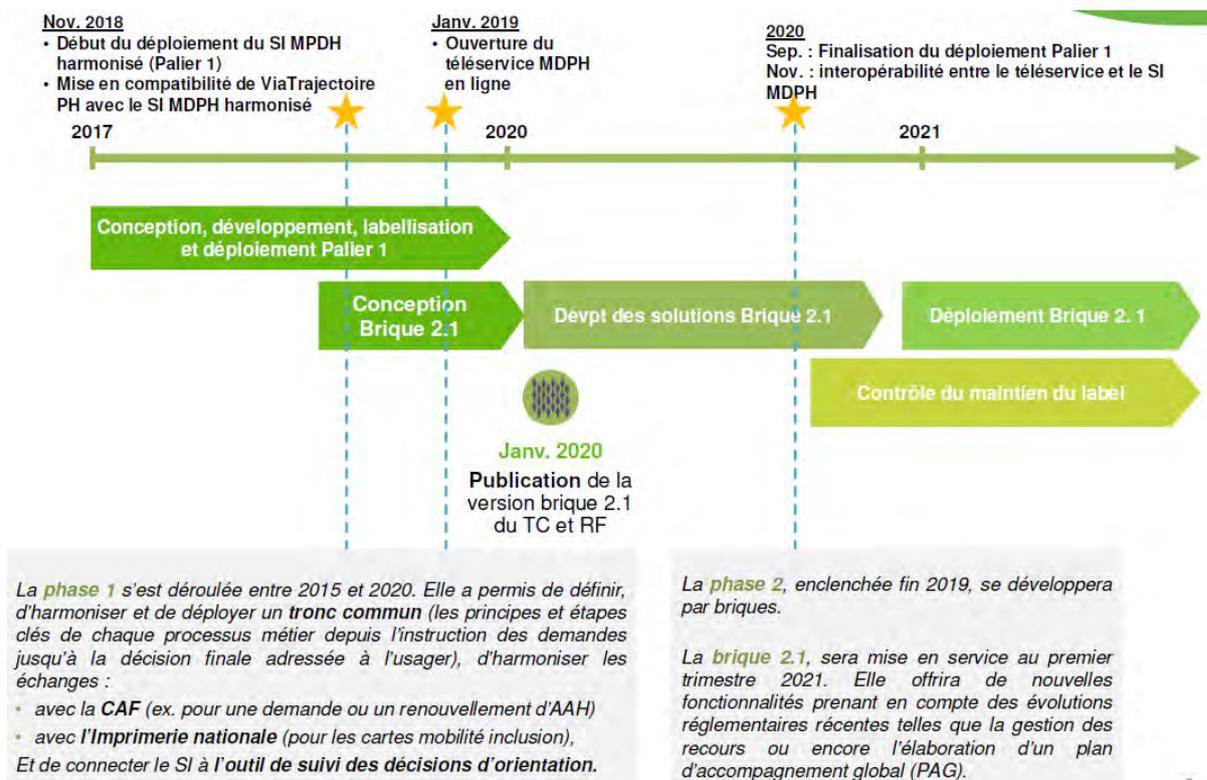
Source : CNSA.

S'agissant du tronc commun, **le projet a été découpé en étapes dont les dénominations ne sont pas homogènes** :

- ◆ la première étape est le palier 1 qui a été mis en production ;
- ◆ les deux autres étapes sont les « briques » 2.1 et 2.2 qui, à la fois, augmentent la couverture fonctionnelle et remédient à des insuffisances du développement du palier 1 (couverture fonctionnelle complémentaires, amélioration du produit fourni en particulier sur le sujet crucial de la saisie des données d'évaluation des besoins et déficiences) ; le calendrier prévisionnel ci-dessous synthétise le phasage du palier 1 et de la « brique » 2.1, le projet devant se poursuivre avec la « brique » 2.2 déjà en phase de développement.

<sup>23</sup> La saisie par l'utilisateur génère un document transmis à la MDPH qui doit saisir à nouveau les données dans son propre progiciel. La « brique » 2.1 doit permettre de rendre le téléservice et le SI-MDPH interopérables.

Figure 3 : phasage initial du projet SI-MDPH après le palier 1

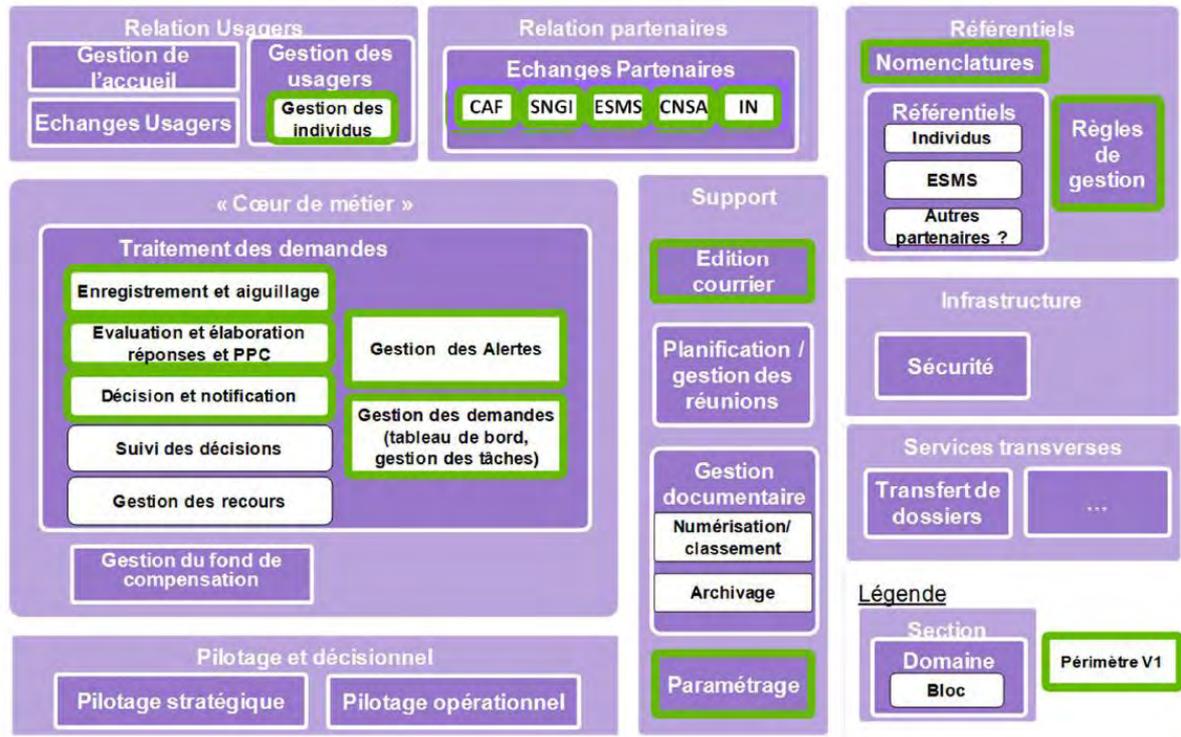


Source : CNSA.

Dans ce phasage, le palier 1 comprend :

- ◆ six processus métier des MDPH : gestion des individus, enregistrement des demandes, évaluation des besoins et construction des réponses, décision des CDAPH et notification, gestion des alertes, gestion des demandes (tableau de bord de pilotage) ;
- ◆ deux processus support : l'édition des courriers et le paramétrage ;
- ◆ les échanges avec les CAF, l'accès au SNGI, les échanges avec les ARS et ESMS (suivi des orientations), avec l'Imprimerie nationale et le centre de données pour la CNSA.

Figure 4 : cartographie fonctionnelle du palier 1



Source : CNSA. Guide de prise en main du référentiel fonctionnel et technique V.1.1, version de mai 2018.

### 2.1.1.2. Sous-action 2 : définir le contenu du premier palier et le faire développer par les éditeurs

La modélisation des processus métier a nécessité un travail de conception réalisé d'abord sous la seule responsabilité de la CNSA, puis en associant quatre MDPH et ensuite une quarantaine d'entre elles au cours d'un séminaire en juin 2016.

Comme le souligne la CNSA, l'informatisation des processus métier a un effet normalisateur conduisant les MDPH à adapter leur organisation et leurs procédures pour s'y conformer. L'association limitée des utilisateurs à l'élaboration du produit et les délais de son déploiement, contraints par une volonté politique forte des commanditaires et de la direction de la caisse de finaliser le déploiement en 2019, ont conduit à généraliser le déploiement sans prendre le temps d'intégrer l'expérience des premiers déploiements des sites pilotes et ont eu au final plusieurs inconvénients :

- ◆ la nécessité de revenir sur les développements de certains processus dans les versions du tronc commun postérieures au palier 1 ; les MDPH critiquent notamment l'ergonomie du module évaluation dont l'utilisation est chronophage ;
- ◆ l'absence de prise en compte de certaines fonctionnalités métier (gestion des contentieux par exemple), ou liées à des politiques nouvelles (RAPT,...) ou tirant partie d'autres évolutions et pouvant générer des économies de temps comme l'interopérabilité avec le téléservice de dépôt des demandes développé entre temps ;
- ◆ une surcharge de travail importante pour les MDPH pour revoir leur organisation interne et leurs procédures, toutes les conséquences ne pouvant pas être anticipées à partir des spécifications fonctionnelles mais dépendant du produit final, ce chantier s'ajoutant à d'autres (RMQS, nouveau formulaire de demande, etc.).

L'ASIP-santé a apporté son concours à la CNSA pour la définition de l'architecture du projet. **Le contenu du palier 1 a fait l'objet d'une publication en janvier 2017 pour le tronc commun** (version 1) **et en avril 2017 pour le référentiel fonctionnel et technique** (une version V1.1 a été publiée en septembre 2017). C'est sur ces bases que les éditeurs ont pu engager les travaux d'adaptation de leurs logiciels.

### **2.1.2. Action 2 : définir et mettre en œuvre le cadre de pilotage et d'intervention**

Cette action, divisée en trois sous-actions, concernait l'ensemble du processus de déploiement du SI harmonisé, incluant la mise en place de l'organisation de projet, le conventionnement avec les MDPH et les conseils départementaux et l'accompagnement du déploiement, qui devait être achevé fin 2019. **Cette action peut être considérée comme réalisée, mais avec une année de retard puisque la quasi-totalité des MDPH aura déployé le SI harmonisé fin 2020 au lieu de fin 2019.**

**Cette réalisation est en outre incomplète** puisque certaines composantes du palier 1 comme l'alimentation de l'entrepôt de données de la CNSA (qualifié aujourd'hui par celle-ci de « projet connexe » bien que figurant dans ce palier 1) ne fonctionnent pas encore : si l'entrepôt est opérationnel, plus d'un tiers des MDPH ne lui avait pas encore adressé de flux de données au 16 décembre 2020).

Le **projet est en outre loin d'être achevé puisque les « briques » 2.1 et 2.2 restent à déployer.** À titre d'exemple, c'est la « brique » 2.1 qui doit assurer l'interopérabilité du SI-MDPH avec le téléservice de demande de prestations et donc éviter aux MDPH d'avoir à ressaisir les données reçues via le téléservice.

#### **2.1.2.1. Sous-action 1 : mettre en place une organisation interne forte associant l'ASIP Santé comme assistant à la maîtrise d'ouvrage**

La CNSA a adapté son organisation interne à la conduite de ce projet complexe en s'appuyant sur des effectifs redéployés conformément au respect du plafond. En effet, la COG ne permettait de recruter des effectifs supplémentaires que temporairement (augmentation de 4 ETP entre 2015 et 2016 suivie d'une diminution de 2 ETP en 2018 et de 4 ETP supplémentaires en 2019). Si les effectifs supplémentaires alloués en 2016 étaient en partie ciblés sur le projet, le caractère temporaire de cette allocation n'était pas du tout en phase avec le calendrier de celui-ci et la CNSA a dû procéder à des redéploiements. Ceux-ci ont bénéficié à la direction métier, pour un volume inférieur toutefois à ce qu'elle avait estimé nécessaire<sup>24</sup>. Aucun moyen supplémentaire n'a été affecté à la DSI.

**La conduite du projet a été répartie entre la direction de la compensation et la direction des systèmes d'information, avec l'identification d'une structure dédiée dans chacune d'entre elles** (mission « programme SI-MDPH » à la direction de la compensation et équipe « domaine SI-MDPH » à la DSI). La mission « programme SI-MDPH » est chargée de la formalisation des besoins métiers et de l'instruction des questions et demandes d'évolutions fonctionnelles des MDPH ainsi que de la supervision des opérations de vérification de conformité (recette fonctionnelle) ; l'équipe « domaine SI-MDPH » traite les commandes aux prestataires et en suit l'exécution, instruit les sujets techniques (architecture, normes) et supervise les tests techniques et la labellisation des solutions. Chaque sujet devait être traité

---

<sup>24</sup> En tenant compte de redéploiement possible sur le pilotage des SI, la CNSA avait estimé son besoin net sur le SI MDPH à +3.5 ETP sur la durée de la COG, compte tenu des autres missions nouvelles et des redéploiements possibles hors SI, elle demandait une augmentation de son plafond d'emploi de + 2 ETP en fin de COG par rapport à l'exécution 2015 mais celle-ci prévoyait une baisse de 2 EPT fin 2019 par rapport à l'exécution 2015.

## Annexe I

par un binôme chef de projet métier/chef de projet SI mais les vacances de postes ont souvent conduit à déroger à ce principe.

En outre, la mission « programme SI-MDPH » bénéficie de l'appui du pôle expertise et appui métier de la direction de la compensation et de la mission d'analyse statistique de la même direction, pour la réalisation du centre de données.

**Le fonctionnement de cette organisation a toutefois connu des vicissitudes, principalement liées à des vacances prolongées de postes :** ainsi en novembre 2020, deux postes sur cinq étaient vacants à la mission « programme SI-MDPH ». Les postes des responsables des missions SI-MDPH de la direction de la compensation et de la DSI ont ainsi été vacants respectivement 22 % et 31 % du temps pendant la période 2016-2020, et quatre postes de chefs de projets sur six dans les deux structures ont connu des périodes de vacance supérieures à 20 %.

La CNSA a financé l'ASIP-santé pour l'appuyer selon deux modalités :

- ◆ un appui à la conception de l'architecture du projet, à l'élaboration des spécifications fonctionnelles et techniques et à labellisation des solutions, au titre des missions propres de l'ASIP ;
- ◆ l'assistance à maîtrise d'ouvrage par des prestataires recrutés et encadrés par l'ASIP ; le volume de ces prestations a été particulièrement important (cf. annexe III).

**Une comitologie a été mise en place pour le pilotage interne et l'association des différents partenaires :**

- ◆ comité de coordination interne mensuel ;
- ◆ comités avec les éditeurs tous les mois ou deux mois ;
- ◆ comités de partenariat mensuels réunissant les MDPH pilotes pour chaque éditeur ;
- ◆ revues de projet toutes les deux semaines mobilisant l'ensemble des intervenants ;
- ◆ groupes de travail expert toutes les semaines ;
- ◆ comité de domaine sur le suivi des orientations ;
- ◆ comités avec chaque partenaire, des échanges MDPH partenaires.

### ***2.1.2.2. Sous-action 2 : mettre en place le dispositif de contractualisation et de financement avec les MDPH et les conseils départementaux***

Le déploiement du SI-MDPH a été conduit en deux phases, une première avec sept MDPH pilotes, utilisant les progiciels de chacun des trois éditeurs nationaux, puis une phase de généralisation, répartie en plusieurs vagues.

Les conventions avec les MDPH pilotes ont été signées en 2017. La signature des conventions avec les autres MDPH a pris davantage de temps en raison de la longueur du processus, traduisant l'absence d'autonomie des MDPH vis-à-vis des départements sur les sujets SI : signature d'une lettre d'engagement suivi d'une convention, les procédures pouvant varier d'un département à l'autre (en règle générale : validation par la commission exécutive de la MDPH et par l'assemblée délibérante du département).

## Annexe I

Il faut souligner que **les MDPH pilotes ont bénéficié d'un co-financement de la CNSA beaucoup plus important que les MDPH des vagues de généralisation**, non seulement pour le financement des développements, ce qui s'explique par le fait que ceux-ci ont ensuite bénéficié indirectement à l'ensemble des MDPH de chaque filière, mais aussi **pour l'accompagnement du déploiement** (paramétrage, reprise de données, formation de référents) : la comparaison entre une MDPH de la phase de généralisation et une MDPH pilote fait apparaître un rapport de 1 à 10 entre les montants alloués pour cet accompagnement<sup>25</sup>.

**Fin 2018, 90 lettres d'engagement avaient été reçues par la CNSA pour le palier 1, 70 conventions avaient été signées en février 2018 et 95 à la fin de l'année 2019.** Pour le téléservice, projet « facultatif » distinct du SI-MDPH, 44 conventions avaient été signées à la même date (65 en décembre 2020). Ces conventions sont conformes à une convention type validée par le contrôleur budgétaire de la CNSA en raison des engagements financiers pris par celle-ci.

**La CNSA a rencontré deux principales difficultés dans le conventionnement et la conduite du déploiement :**

- ◆ **obtenir des départements la priorisation du projet par rapport aux autres chantiers SI de la collectivité au moment du déploiement ;**
- ◆ **obtenir des éditeurs, qui ne sont pas parties à ces conventions, la réalisation des adaptations requises et leur déploiement dans les MDPH dans les délais prévus ; les difficultés les plus importantes ont été rencontrées avec l'éditeur principal qui couvre environ la moitié du parc.**

**En termes financiers, le projet aura représenté fin 2019, un investissement considérable pour la CNSA, de l'ordre de 26 M€, pour le seul palier 1. Pour 2020, l'estimation de la CNSA correspond à un budget supplémentaire de 10 M€.**

Le programme se poursuivra en 2021-2022 avec le déploiement des « briques » 2.1 et 2.2 élargissant le périmètre fonctionnel et apportant des évolutions techniques. Parmi les échanges développés dans ce cadre, il faut signaler le « livret parcours inclusif » copiloté par la CNSA et le ministère de l'éducation nationale, nouveau projet non inclus dans le périmètre initial, qui vise à automatiser les échanges d'information entre les MDPH et le MEN sur le parcours scolaire des enfants handicapés. L'année 2021 devrait également voir la mise en service du centre de données (les outils d'extraction de données ont été développés par les éditeurs et une soixantaine de MDPH ont pu envoyer un premier flux d'information fin 2020) qui nécessitera de s'assurer de la qualité et de l'exhaustivité des données reçues avant de pouvoir abandonner les enquêtes annuelles sur l'activité des MDPH.

**Tableau 8 : décomposition du budget du palier 1 du SI-MDPH (au 11 décembre 2019)**

Palier 1	Budget initial (en k€)	Budget révisé (en k€)
I. Appui pilotage	2 851	2 587
II. Conception	3 700	3 696
III. Mise en œuvre	3 448	3 448
IV. Labellisation et suivi FDR MOE	400	400
V. Déploiement	13 714	13 743
<i>Pilotage déploiement</i>	6 428	6 457
<i>Accompagnement pilote et généralisation</i>	7 286	7 286
<b>TOTAL</b>	<b>24 113</b>	<b>23 874</b>
Suivi des orientations	2 000	2 000
<b>TOTAL global</b>	<b>26 113</b>	<b>25 874</b>

*Source : CNSA.*

<sup>25</sup> 255 k€ pour la Seine maritime et 22 k€ pour les Landes.

### **2.1.2.3. Sous-action 3 : accompagner des MDPH lors de la phase de déploiement et mettre en place le processus de vérification de mise en conformité des solutions des éditeurs par rapport au tronc commun**

**La labellisation des éditeurs a précédé la généralisation du déploiement, la phase pilote de 2017 avec sept MDPH ayant toutefois permis de tester les premières versions des solutions des éditeurs.** L'ASIP a assisté la CNSA dans la labellisation.

Les solutions des trois éditeurs nationaux ont été développées pendant la phase pilote (palier 1) et la labellisation a pu s'engager en 2018. Ces solutions ont été labellisées par l'ASIP et la CNSA en juin avec réserves, celles-ci ayant été levées complètement en septembre 2018, permettant d'engager leur déploiement. Le processus de labellisation s'est toutefois poursuivi avec un quatrième éditeur et pour les solutions développées en régie par les MDPH du Lot-et-Garonne et de la Meurthe-et-Moselle (labellisation avec réserves en décembre 2019, levées en mars 2020).

La labellisation de l'ensemble des solutions, entre juin 2018 et fin 2019, explique en partie le retard du déploiement qui peut être considéré comme achevé, pour le palier 1, à fin 2020. Le choix d'un déploiement en deux phases (pilote et généralisation) et les retards de certains éditeurs expliquent aussi le dépassement des délais.

La CNSA a apporté aux MDPH **un appui au déploiement** selon plusieurs modalités :

- ◆ la production et la mise à disposition de toute la documentation (fiches techniques classées par thématiques) ;
- ◆ la publication de lettres d'information sur l'avancement des différentes composantes du projet et sur l'organisation du pilotage, de retours d'expérience dans les Info-réseaux adressées au MDPH et l'organisation de webconférences ;
- ◆ le financement de l'intervention de prestataires pour l'accompagnement au changement : comme indiqué *supra* l'intensité de cet appui a toutefois été beaucoup plus faible pour les MDPH des phases de généralisation que pour celles de la phase pilote ;
- ◆ un accompagnement renforcé assuré par la direction de programme de la CNSA pour les MDPH les plus en difficultés.

**La CNSA a toutefois constaté des insatisfactions des utilisateurs par rapport aux solutions labellisées, l'amenant à revoir le processus :**

- ◆ la recette des solutions par les MDPH pilotes a été achevée postérieurement à la labellisation des solutions et n'a donc pas permis de tenir compte des observations formulées (d'où par exemple l'absence de prise en compte des remarques sur l'ergonomie médiocre du module évaluation) ;
- ◆ les « chantiers connexes » au tronc commun comme l'alimentation du centre de données, ont été moins bien pris en compte ;
- ◆ des anomalies techniques ont été repérées après labellisation comme les difficultés d'interopérabilité entre l'outil de suivi des orientations et le SI-MDPH : pour un seul éditeur, ce sont 2 200 anomalies techniques qui ont été relevées et ont fait l'objet d'un suivi pour leur correction.

**Le dispositif de labellisation a donc été revu en 2020 pour la « brique » 2.1 afin d'être le support d'une relation avec les éditeurs mieux maîtrisée :**

- ◆ les MDPH pilotes sont chargées des vérifications de conformité avec test de l'ensemble des processus et établissement d'un procès-verbal de vérification d'aptitude au bon fonctionnement qui déclenche le processus de labellisation ;
- ◆ la labellisation assure le contrôle des exigences posées dans le référentiel fonctionnel et ajoute des tests automatisés (par exemple sur le respect de la norme d'interopérabilité) ;

## Annexe I

- ◆ en outre, après mise en service des versions, les anomalies bloquantes signalées sont suivies par la CNSA qui contrôle leur résolution.

La CNSA a en outre mis en place un comité utilisateurs chargé d'identifier des évolutions simples permettant des « gains rapides » sans attendre la livraison des paliers (« patchs » applicatifs). Elle prévoit également de renforcer le support de proximité aux MDPH en mettant en place un réseau de référents issus des DSI des départements pour accompagner le déploiement des nouvelles versions et outils.

Ces évolutions soulignent *a contrario* que si l'accompagnement des MDPH prévu par cette sous-action a été mis en place, il n'a pas été suffisant pour répondre à l'ensemble de leurs besoins.

### 2.1.3. Engagements de l'État et conditions de faisabilité

L'engagement de « tenir un discours mobilisateur vis-à-vis des partenaires » a été tenu pour ce qui concerne les départements et MDPH. Un décret du 7 mai 2017 a précisé les conditions dans lesquelles les MDPH utilisent un système d'information commun, conforme aux normes d'interopérabilité définies par la CNSA avec l'appui de l'ASIP-santé. Il a précisé les finalités du SI des MDPH (mise en place de plans d'accompagnement global et de l'identifiant de santé) et défini les modalités de transmission des informations normalisées des MDPH vers la CNSA. Il a en outre fixé les conditions d'utilisation du NIR des usagers pour la transmission des données individualisées des MDPH.

## 2.2. Fiche thématique II : soutenir les MDPH et leurs partenaires dans l'amélioration de la qualité de service, le déploiement de la réponse accompagnée et l'harmonisation des pratiques en vue d'une meilleure équité de traitement

Cette fiche comportait **quatre actions, la première portant sur l'amélioration de la qualité de service des MDPH, la deuxième sur l'optimisation de leur organisation, la troisième sur la mise en œuvre de la « réponse accompagnée pour tous »,** dispositif visant à améliorer les réponses aux besoins des personnes handicapées à problématiques complexes, **et la quatrième concernant le suivi des fonds de compensation du handicap.**

Elle était assortie de trois indicateurs, les deux premiers étant qualifiés d'indicateurs de suivi, mais comportant néanmoins des cibles à atteindre, et le troisième constituant un indicateur de résultat.

**Tableau 9 : suivi des indicateurs de la fiche thématique II**

Indicateur	Référence (année)	2016		2017		2018		2019	
		Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Part des MDPH ayant procédé à leur autodiagnostic dans les six mois suivants la signature de la convention CD/CNSA (%)	-	-	-	31/3 :70 30/9 :90 31/12 :100	33 49 80		97 (15/02)		-
Taux de renseignement de l'enquête AAH par les MDPH (%)	93 (2014)	93	96	94	96	95	99	96	90
Taux de satisfaction des MDPH sur l'appui/pilotage par la CNSA	-	75	88	80	95	85	93	90	84

*Source : CNSA.*

**Les cibles fixées ont globalement été atteintes, l'année 2019 marquant cependant un léger recul pour les deux derniers indicateurs. Ces indicateurs appellent toutefois les remarques suivantes :**

## Annexe I

- ◆ le respect du délai de 6 mois pour la réalisation de l'autodiagnostic figurant dans le premier indicateur n'est pas pris en compte dans la mesure du résultat de l'indicateur, la CNSA ayant fait l'enquête auprès des MDPH à trois reprises en 2017. Par ailleurs la réponse des MDPH est déclarative ;
- ◆ l'enquête AAH est un questionnaire annuel construit avec la DGCS et adressé aux MDPH pour remplir les indicateurs du projet annuel de performance du programme 157 du budget de l'État : la cible consistait juste à augmenter légèrement le taux de réponse observé en 2014 et n'a pas été atteinte en 2019 ;
- ◆ le taux de satisfaction des MDPH (indicateur de résultat) est issu d'un questionnaire en ligne administré par la CNSA, qui peut être rempli volontairement par tous les professionnels des MDPH, et se calcule sur le nombre de répondants. Il présente deux défauts :
  - sa représentativité n'est pas assurée : ainsi, pour l'année 2020, la CNSA n'a enregistré que 95 réponses, émanant de professionnels 56 MDPH, 16 MDPH représentant la moitié des réponses ;
  - la satisfaction des bénéficiaires de l'appui peut traduire la qualité de l'appui de la CNSA mais aussi son caractère peu exigeant.

### 2.2.1. Action 1 : améliorer la qualité de service des MDPH et simplifier les démarches des personnes handicapées

Cette action visait principalement à déployer le référentiel de missions et de qualité de service des MDPH (RMQS) et l'outil d'autodiagnostic associé et à aider les MDPH à optimiser leur organisation. Elle s'articulait avec la signature de la nouvelle génération de conventions entre la CNSA et les conseils départementaux, qui devaient s'engager à inscrire une trajectoire d'amélioration de la qualité de service des MDPH sur trois ans, dans la convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens (CPOM) devant être signée entre les membres du GIP-MDPH en application de l'article L. 146-4-2 du CASF, dans les six mois suivant la signature de la convention CNSA-CD.

**Elle a été partiellement réalisée :** le déploiement du RMQS a été effectué et les autodiagnostic ont été réalisés par les MDPH mais les « trajectoires d'amélioration » n'ont pas été formalisées dans un document contractuel, les CPOM prévues n'ayant pas été signées malgré l'engagement pris par les conseils départementaux dans les conventions passées avec la CNSA pour la période 2016-2019 et l'atteinte de l'objectif final d'amélioration de la qualité n'est pas garantie.

#### 2.2.1.1. Sous-action 1 : inscrire le référentiel de missions et de qualité de service des MDPH dans les conventions pluriannuelles CNSA/départements et l'articuler avec les CPOM des MDPH déployés en 2016

Cette sous action recouvrait plusieurs objectifs :

- ◆ le déploiement du RMQS, socle commun caractérisant le fonctionnement et la qualité de services des MDPH<sup>26</sup>, a été effectif dès fin 2016 (il est annexé à la génération des conventions CNSA-CD signées en 2016) ;
- ◆ la réalisation par chaque MDPH d'un autodiagnostic qualité sur la base de ce référentiel : toutes les MDH sauf trois l'avaient réalisé en février 2018. La CNSA a réalisé en février

---

<sup>26</sup> Le RMQS identifie sept missions des MDPH et fixe, pour chacune d'entre elles, des attendus et des objectifs de qualité, avec trois niveaux de qualité.

## Annexe I

2019 une synthèse des résultats des autodiagnostic qui a été partagée avec les MDPH et identifie les points positifs et marges d'amélioration ;

- ◆ la définition d'une trajectoire d'amélioration inscrite dans le CPOM liant les membres du GIP-MDPH qui n'a pas été réalisée sous cette forme puisqu'il semble qu'aucune convention n'ait été formellement signée<sup>27</sup>.

Les rapports d'activité des MDPH remontés et synthétisés par la CNSA **signalent néanmoins l'adoption de démarches d'amélioration de la qualité**<sup>28</sup> : 51 indiquaient avoir défini une feuille de route ou une trajectoire d'amélioration de la qualité en 2017, 79 indiquaient l'avoir fait fin 2018 et 84 fin 2019. Cependant, outre le caractère déclaratif de ces données, **le suivi de ces feuilles de routes ou trajectoires est inégal et seules 36 MDPH déclaraient en 2018 suivre leur application de façon dynamique.**

**Au total, on peut observer que la formulation de cette sous action n'a pas conduit la CNSA à aller jusqu'au bout de la logique en s'assurant de la définition et de la mise en œuvre d'une trajectoire d'amélioration de la qualité des MDPH.** Comme pour les conventions départementales, les vacances de postes au sein du pôle « partenariats institutionnels » de la direction de la compensation peuvent contribuer à expliquer ce positionnement.

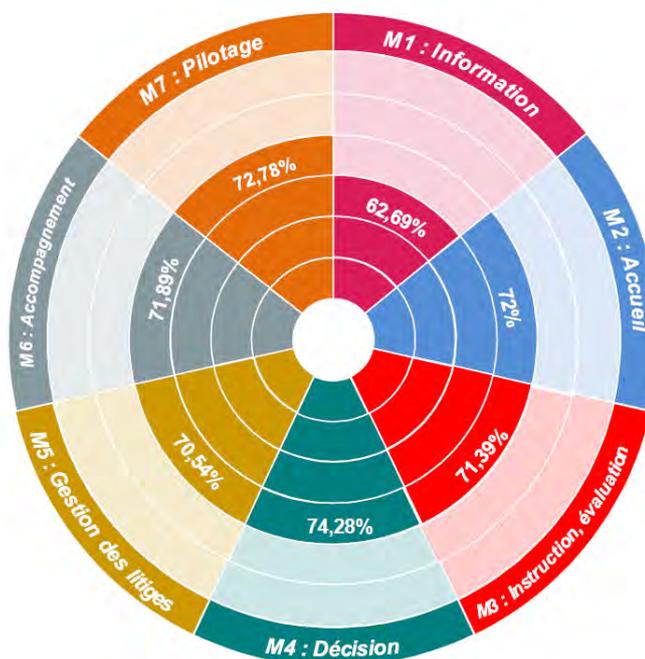
À partir de la mi-2019, la priorité a été donnée à la préparation de la nouvelle génération de conventions CNSA-CD. La signature en février 2020, dans le cadre de la Conférence nationale du handicap, d'un accord de méthode entre l'État et l'Assemblée des départements de France (ADF) prévoyant de renforcer le pilotage des MDPH pour l'atteinte d'objectifs socle, a confirmé cette priorité.

---

<sup>27</sup> L'article L146-4-2 du code de l'action sociale et des familles prévoit qu'une convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens est signée entre les membres du GIP. Introduite en 2011, cette disposition n'a pas été suivie d'effet et l'arrêté ministériel qui devait en fixer le contenu n'a pas été publié.

<sup>28</sup> Cf. notamment le rapport d'activité 2018 des MDPH publié en octobre 2018 dans sa troisième partie « Les MDPH poursuivent leurs efforts d'amélioration continue pour assurer la qualité de service et la satisfaction des usagers ».

Figure 5 : représentation de l'atteinte des niveaux de qualité socle par mission



Niveaux d'atteinte moyen des critères du RMQS sur les attentes de qualité socle

Source : CNSA, 2018 (base : 99 répondants)

Lecture : En 2017, en moyenne, les MDPH ayant répondu à l'autodiagnostic RMQS atteignaient 72% des objectifs de qualité socle relatives à l'accueil des usagers

Source : CNSA.

### 2.2.1.2. Sous-action 2 : accompagner les MDPH dans l'optimisation de leur organisation

Cette sous action a mobilisé de multiples moyens d'action de la CNSA : déploiement du RMQS et de l'autodiagnostic, SI-MDPH (description et harmonisation des processus métiers). La constitution d'un réseau de référents accueil-information et les travaux engagés sur cette fonction en 2018-2019, ainsi que l'organisation d'ateliers d'appui aux organisations dans le cadre des séminaires de directeurs des MDPH (juin 2019 et janvier 2020) ont également contribué aux réflexions des MDPH sur leur organisation.

L'identification d'un « objet de la vie quotidienne » (OVQ) visant à « simplifier l'accès aux droits pour les personnes handicapées » en 2019 et faisant l'objet de deux indicateurs (délais de traitement des demandes ; taux d'attribution de droits sans limitation de durée) et d'un dispositif de suivi exigeant (réunion interministérielles mensuelles) a en outre suscité une mobilisation des MDPH et de la CNSA sur cette action, non inscrite dans la COG.

**Les éléments de bilan disponibles ne permettent toutefois pas de mesurer l'impact réel de cet appui sur l'organisation et la qualité de service des MDPH.**

### 2.2.1.3. *Sous-action 3 : participer aux mesures de simplification*

**Cette sous action, impliquant une simple participation de la CNSA aux travaux de simplification, n'était pas très exigeante.** De fait, la CNSA a contribué à des mesures de simplification de nature très variée : simplification des formulaires de demande, perspectives de simplification et d'allègement du travail des MDPH grâce à l'automatisation de certaines tâches et échanges d'information résultant du déploiement du SI-MDPH, bien que celui-ci soit, au moins dans un premier temps fortement mobilisateur de moyens. Des échanges réguliers ont eu lieu entre la DGCS et la CNSA sur des propositions de mesures de simplification, notamment dans le cadre des travaux du comité interministériel du handicap et, en 2020, de travaux menés par la DITP pour la préparation de la feuille de route MDPH 2022.

La simplification procurée par les nouveaux outils peut être toutefois très relative selon l'usage qui en est fait :

- ◆ le nouveau formulaire de demande représente une simplification s'il est utilisé sur écran en ne dépliant que les pages utiles mais plus lourd que le précédent s'il est utilisé sur papier, ce qui reste très fréquent ;
- ◆ de même, le nouveau certificat médical est plus complet mais pas nécessairement mieux rempli.

### 2.2.2. *Action 2 : soutenir la mise en œuvre de la réponse accompagnée et le processus d'orientation permanent*

**La CNSA a assuré un appui aux MDPH dans le déploiement du dispositif** qui, s'adressant à la fois aux MDPH, aux ARS et aux ESMS pour organiser conjointement les réponses aux personnes à besoins complexes, a nécessité une animation associant le secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS), pilote des ARS, la DGCS et le Secrétariat général du comité interministériel du handicap (SG-CIH). La démarche a été déployée progressivement, la quasi-totalité des départements étant impliqués en 2019. La CNSA a participé à ce pilotage national et a apporté un appui spécifique aux MDPH (chargés de missions, directeurs, coordinateurs d'EPE), renforcé par le financement d'un appui consultant aux territoires. Ce déploiement s'est toutefois effectué sans fonctionnalité correspondante dans le SI-MDPH, notamment du fait du retard de déploiement du système de suivi des orientations et de son articulation complexe avec le SI-MDPH (cf. axe 1), et donc avec un suivi manuel.

La capitalisation des expériences s'est opérée par l'organisation d'une journée nationale en novembre 2019 et la publication d'un rapport de capitalisation en 2020.

**Ce dispositif n'a, toutefois, pas été totalement mis en œuvre et son maintien soulève des interrogations de la part des acteurs, appelés à participer à des projets nouveaux visant des objectifs similaires et pouvant mobiliser les mêmes partenaires, sans que l'articulation entre ces dispositifs ait été clairement précisée :**

- ◆ la démarche « territoires 100 % inclusifs » engagée en 2018 pour améliorer la participation et la coordination de tous les acteurs engagés dans le parcours de vie d'une personne handicapée ;
- ◆ le plan d'action ministériel « ambition transformation 2019-2022 » lancé en 2019 pour sécuriser les parcours des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie par un accompagnement modulaire visant l'inclusion sociale de la personne ;

## Annexe I

- ◆ les « communautés 360 » lancées en 2020 pour trouver des réponses immédiates aux besoins des personnes dans le contexte de la crise sanitaire, avec la mise en place d'une plateforme téléphonique, et appelées à se développer ensuite selon un même principe de coordination des acteurs de terrain pour mieux accompagner les parcours de vie des personnes en situation de handicap, et dont le cahier des charges est encore en cours de définition.

### 2.2.3. Action 3 : animer le réseau des MDPH dans un objectif d'harmonisation des pratiques

Cette action, qui consistait à poursuivre l'appui CNSA aux MDPH pour l'harmonisation des pratiques et qui est partiellement redondante avec celles de la fiche 1 de l'axe 1, peut être considérée comme réalisée.

#### 2.2.3.1. Sous-action 1 : poursuivre et renforcer l'appui aux MDPH

**Cette sous-action décrit le cœur de métier de la direction de la compensation**, l'appui à la fonction évaluation (incarnée par les équipes pluridisciplinaires d'évaluation – EPE) étant toutefois distingué dans la fiche 1 de l'axe I. Cet appui relève des deux pôles de la direction, qui se consacrent chacun à l'animation de réseaux professionnels différents identifiés par des référents dans les MDPH :

- ◆ **le pôle expertise et appui métier (PEAM) est centré sur l'évaluation des besoins des personnes** : il anime les coordonnateurs d'EPA, les correspondants de la compensation technique, les correspondants scolarisation, les référents insertion professionnelle, et depuis 2019, les correspondants juridiques ;
- ◆ **le pôle partenariats institutionnels (PPI) anime le réseau des directeurs et les référents accueil et se consacre à l'appui au fonctionnement et l'optimisation de l'organisation des MDPH.**

Le traitement des problématiques transversales est réparti entre les deux pôles, selon des modalités qui ont évolué au cours de l'exécution de la COG : à titre d'exemple, la réponse accompagnée pour tous a été d'abord suivie par le pôle PI avant d'être confiée au pôle EAM qui a recruté en 2019 une chargée de mission sur l'ensemble des sujets liés à l'orientation et au parcours des personnes.

Comme indiqué à propos de l'animation de la fonction évaluation dans l'axe I, cette animation prend la forme d'un à deux séminaires par an et par réseau, le cas échéant de réunions régionales et de groupes de travail thématiques pour l'élaboration en commun de référentiels, de guides, ou d'autres outils. En outre, pendant la période couverte par la COG, la définition des référentiels fonctionnels des différents paliers du SI-MDPH a été l'occasion de travaux collectifs visant à décrire et harmoniser les pratiques et processus de travail de façon à les modéliser dans l'outil.

**Comme indiqué *supra*, l'indicateur de mesure de la qualité de l'appui de la CNSA (le taux de satisfaction des MDPH), présente des limites méthodologiques et de principe (contradiction potentielle entre satisfaction des professionnels et degré d'exigence de l'animation de la CNSA).** Outre cette enquête, la CNSA utilise deux outils pour mesurer la satisfaction des professionnels des MDPH et de leurs usagers :

- ◆ des questionnaires remplis par les participants en fin de session d'animation ou de formation ou à l'issue d'un groupe de travail ;
- ◆ l'enquête MSU (mesure de la satisfaction des usagers) conduite par le pôle PI qui peut refléter en partie, l'impact de l'appui de la CNSA mais aussi d'autres facteurs qui échappent à la capacité d'intervention de la CNSA (état des effectifs de la MDPH par

## Annexe I

exemple) et qui présente des limites liées à très la forte variabilité des nombres de réponses selon les départements (de quelques unités à près de 3000 réponses en 2019) et les années.

Par ailleurs, si la CNSA dispose des listes des participants à ses sessions d'animation, **elle ne suit pas de façon régulière la participation des professionnels des MDPH selon les départements** et la COG ne prévoyait pas d'indicateur sur ce point<sup>29</sup>. Or, il est possible que les MDPH les plus petites et/ou les plus en difficulté soient aussi celles qui participent le moins aux actions de la CNSA en raison de la charge que cela représente.

### 2.2.3.2. *Sous-action 2 : définir les priorités du programme de travail avec les équipes de MDPH*

**Cette sous action a un contenu très formel, auquel la CNSA répond en consacrant chaque année une séquence d'un séminaire des directeurs à l'identification des priorités de travail de l'année à venir. Mais cela ne dit rien de la mise en œuvre effective de ces priorités par les MDPH.**

Ce constat montre les limites actuelles de l'appui de la CNSA aux MDPH : s'il permet de produire, par un travail collectif avec l'ensemble des réseaux professionnels, les instruments d'une amélioration de la qualité et de l'efficacité du travail des MDPH, il ne suffit pas à garantir l'engagement de celles-ci dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. La difficulté pour la CNSA de connaître, au-delà des éléments déclaratifs fournis par les MDPH dans leur rapport d'activité, la réalité des démarches d'amélioration de la qualité et d'en suivre l'exécution la conduit à réitérer les mêmes processus de travail sans assurance de résultats. La capacité de la CNSA à individualiser des objectifs d'amélioration contractualisés dans le cadre de la nouvelle génération de convention CNSA-CD, comme le prévoit l'accord de méthode relatif au pilotage et au fonctionnement des MDPH passé entre l'État et l'ADF, sera un enjeu majeur de la prochaine COG.

### 2.2.4. *Action 4 : suivre les fonds de compensation du handicap*

De même, la CNSA a réalisé en 2018 (sur les données 2017) et lancé en 2020 l'enquête qu'elle conduit tous les deux ans sur la situation des fonds de compensation du handicap. Les résultats de l'enquête 2017, à laquelle 100 départements ont répondu, ont fait l'objet d'un rapport d'analyse en novembre 2019 communiqué aux départements et à l'administration centrale.

### 2.2.5. *Engagements de l'État et conditions de faisabilité*

La fiche II comportait plusieurs engagements de l'État qui ont été inégalement remplis :

- ◆ l'arrêté fixant le contenu des CPOM des MDPH n'a toujours pas été pris (depuis 2011) ;
- ◆ le projet IMPACT (« innover et moderniser les processus MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires ») visait à réduire les délais de traitement des demandes et à renforcer la qualité de la décision. Les résultats de l'expérimentation ont conduit à modifier formulaire de demande à la MDPH et le certificat médical par deux arrêtés du 5 mai 2017 ;
- ◆ la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » a été généralisée depuis le 1er janvier 2018 dans le cadre de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016.

---

<sup>29</sup> La participation des EMS APA et des CFPPA à l'animation de la CNSA sont en revanche mesurées par un indicateur (cf. *infra* fiches III et V).

## Annexe I

La circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 a précisé les objectifs de la démarche ainsi que les outils et leviers mobilisables par les ARS en lien avec les partenaires institutionnels (département, MDPH, rectorat, CPAM, etc.) ;

- ◆ en matière d'AAH :
  - la DGCS a bien mise en place le pilotage national de l'AAH mentionné dans la COG. En revanche, sur le pilotage local, comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport de novembre 2019 sur l'AAH constatant l'échec des tentatives engagées depuis 2011 pour renforcer le rôle de l'État, « *la mise en place d'un pilotage de l'AAH, par l'intermédiaire des représentants locaux de l'État, apparaît désormais illusoire* » en raison du mode de fonctionnement des MDPH et CDAPH ;
  - conformément à ses engagements, la DGCS a publié en 2017 un guide pratique sur l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) élaboré avec la CNSA sur la base de remontées de terrain et visant notamment à faciliter le traitement des situations complexes.

### 2.3. Fiche thématique III : renforcer les partenariats avec les conseils départementaux au service d'une harmonisation des réponses

**Cette fiche comportait trois actions, la première portant sur la contractualisation avec les conseils départementaux, la deuxième sur le développement de la mission d'animation des équipes médico-sociales chargées de la gestion de l'APA (EMS APA) et la troisième sur la labellisation des maisons départementales de l'autonomie** devant réunir dans une même organisation certaines missions des MDPH et des services départementaux pour les personnes âgées.

Elle était assortie de deux indicateurs destinés à mesurer le déploiement de l'animation des EMS APA par la CNSA, un indicateur de suivi retraçant la participation de celles-ci aux actions d'animation de la CNSA et un indicateur de résultat mesurant leur satisfaction. Les deux indicateurs comportaient des cibles à atteindre.

**Tableau 10 : suivi des indicateurs de la fiche thématique III**

Indicateur	2016		2017		2018		2019	
	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Part des conseils départementaux dont la CNSA voit chaque année au moins un professionnel (2016 et 2017) puis au moins deux professionnels (2018 et 2019) (%)	30	-	50	93	70	87	80	86
Taux de satisfaction des EMS APA accompagnées par la CNSA (%)	-	-	-	-	60	88	80	-

*Source : CNSA.*

Le premier indicateur est établi par la CNSA, par saisie sur un tableur des fiches de présence aux réunions qu'elle organise avec les EMS APA. Les résultats montrent que les cibles ont été atteintes très tôt, avec environ 85 % de départements dont deux professionnels au moins ont participé aux actions proposées.

Le second résultat de la concaténation de questionnaires remplis volontairement par les participants aux groupes de travail organisés par la CNSA, portant sur l'organisation des sessions, la qualité des supports et des interventions et visant à recueillir les suggestions pour identifier des thèmes de travaux ultérieurs. Le taux de satisfaction est calculé sur les réponses recueillies auprès des seuls participants et non sur l'ensemble des EMS APA accompagnées par la CNSA comme le prévoit le libellé de la COG. Le taux de répondants parmi les participants aux différents groupes de travail n'est pas mentionné ni la manière dont est calculé le taux de satisfaction global lorsque plusieurs groupes ont été organisés la même année.

### 2.3.1. Action 1 : rénover le cadre contractuel entre les conseils départementaux et la CNSA pour couvrir toutes les dimensions de la coopération

**L'objectif de déploiement d'une troisième génération de conventions entre la CNSA et les conseils départementaux a été atteint, toutes les conventions ayant été signées à la fin de l'année 2016.** Le cadre contractuel de cette nouvelle génération était d'ailleurs déjà établi à la signature de la COG puisqu'une délibération du Conseil de la CNSA l'avait approuvé sous forme d'une convention-type le 17 novembre 2015.

Ce cadre est conforme aux dispositions de l'article L14-10-7-2 du code de l'action sociale et des familles qui prévoit qu'une « *convention pluriannuelle signée entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et le département fixe leurs engagements réciproques dans le champ de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées* ». **La signature de ces conventions est une condition du versement des concours financiers de la CNSA aux départements.** Comme celui des générations précédentes, ce cadre contractuel énonce une série d'engagements : échanges d'informations, appui de la CNSA pour l'harmonisation des pratiques et l'atteinte des objectifs de politique publique. Pour cette génération de conventions, les objectifs de politique publique incluaient l'ensemble des apports de la loi ASV : animation des EMS APA, mise en place des conférences des financeurs, réponse accompagnée pour tous, suivi des orientations, SI-MDPH, RMQS des MDPH, etc.

Mais comme pour les générations de conventions précédentes, la réalisation de cette action présente **deux faiblesses majeures : l'absence de suivi individualisé de la mise en œuvre des engagements pris et l'absence de levier pour les faire respecter**, notamment sur le plan financier, les concours attribués aux départements étant totalement paramétrés.

#### 2.3.1.1. Sous-action 1 : déployer en 2016 l'ensemble des conventions

Le calendrier du déploiement des conventions départementales était en phase avec celui de la COG, **le Conseil de la CNSA ayant approuvé la convention type de la génération 2016-2019 avant la signature de la COG.** La négociation et la signature des conventions se sont étalées tout au long de l'année 2016, les conseils départementaux délibérant sur leur contenu avant d'autoriser leurs présidents à les signer.

Compte tenu du report de la conclusion de la nouvelle COG, ces conventions, ont dû être prolongées d'un an par avenant en 2019, nécessitant une nouvelle délibération des conseils départementaux. La CNSA a engagé en parallèle début 2020 le travail préparatoire de la nouvelle génération de convention

#### 2.3.1.2. Sous-action 2 : assurer le suivi régulier des conventions

**Le travail sur la nouvelle génération de conventions départementales s'est engagé sans que la CNSA n'ait réalisé un travail de capitalisation sur l'exécution des conventions 2016-2019.**

**Le suivi de la réalisation des conventions apparaît, en effet, très peu formalisé** en tant que tel et se décline, en réalité, en modalités de suivi spécifiques à chaque structure ou au dispositif mentionné dans ces conventions cadre : suivi de l'activité des MDPH, de l'activité des conférences des financeurs, des éventuelles conventions passées au titre de la section IV. Il n'existe pas de document recensant l'ensemble des engagements individuels pris par les départements dans les conventions signées en 2016. **De même les bilans individuels prévus par les conventions 2016-2019 à la fin de la période qu'elles couvraient, qui devaient être établis conjointement par la CNSA et chaque département, n'ont pas été produits et la CNSA n'a pas fait de demande en ce sens aux départements.**

**Selon la CNSA, cette faiblesse du suivi résulte principalement de l'absence de ressource dédiée à cette fonction.** La négociation de conventions nécessitant de conduire plus de 100 entretiens avec les représentants des conseils départementaux suppose en effet une mobilisation exceptionnelle de la direction générale et des directions métiers, bien au-delà du pôle PI de la direction de la compensation, sur une durée proche d'une année. En dehors de cette phase de négociation, le suivi des conventions ne repose ensuite que sur le pôle PI (en pratique le chef de pôle avec un appui administratif), qui ne peut réaliser un suivi individualisé.

**Pour la mission, quel que soit leur intérêt, les discussions menées avec les départements sur le conventionnement 2020 pour rendre les conventions plus exigeantes – comportant à la fois une convention « socle » avec des objectifs communs à l'ensemble des départements et une « feuille de route stratégique et opérationnelle » formalisée en 2021 et comportant des engagements communs à l'ensemble des départements et des modalités de mise en œuvre propres à chaque département, ainsi que des engagements personnalisés - risque de se heurter à la même réalité.** La CNSA dispose de beaucoup de données, en particulier sur la situation des MDPH, mais elle n'aura ni le temps ni les moyens humains pour faire un travail préalable d'analyse et de recoupement des informations et indicateurs propres à chacun des départements et risque de ne pas être en capacité de mener une vraie négociation avec eux sur les objectifs et engagements réciproques de la feuille de route. La signature des feuilles de route représentera néanmoins une charge de travail et un temps de négociation bien supérieurs à ceux de la génération de conventions précédente et sur un champ et des thématiques élargies (qualité des services offerts aux personnes âgées et aux personnes handicapées, accompagnement des parcours, adaptation de l'offre, prévention de la perte d'autonomie, soutien aux aidants, harmonisation des systèmes d'information). **Ce travail ne portera, en outre, ses fruits que si la CNSA est en capacité de suivre la réalisation des feuilles de route sans attendre leur échéance** et que les écarts éventuellement constatés entraînent des mesures correctrices.

### **2.3.2. Action 2 : participer à l'animation des équipes en charge de l'autonomie dans les conseils départementaux pour contribuer à plus d'harmonisation territoriale**

**Cette action a été en partie réalisée.** D'une part, la CNSA a mis en place une animation du réseau des EMS qui a obtenu, sous les réserves mentionnées *supra* sur l'indicateur, l'adhésion de celles-ci. Mais, d'autre part, **cette animation est loin d'atteindre l'intensité de celle assurée pour les MDPH**, notamment du fait de la difficulté pour la CNSA à constituer une équipe complète, et a dû se centrer sur quelques sujets d'intérêt commun.

#### **2.3.2.1. Sous-action 1 : organiser les échanges d'information et de bonnes pratiques des EMS APA afin de contribuer à une bonne appropriation de l'évaluation multidimensionnelle et à une plus grande harmonisation des conditions de mise en œuvre de l'APA**

La CNSA a effectivement inauguré sa nouvelle mission d'animation des EMS APA en engageant en 2016-2017 des travaux centrés sur le référentiel d'évaluation multidimensionnelle (*cf.* axe 1 fiche I action 1).

Le champ a été élargi en 2018 avec quatre groupes de travail thématiques donnant lieu à sept réunions nationales, sur les aides techniques, les proches aidants, la carte mobilité inclusion et le dossier de demande d'APA. Une réunion nationale des médecins territoriaux a en outre été organisée sur l'échange et le partage d'information.

Le thème de l'évaluation a de nouveau été traité depuis 2019 sous l'angle de la reconnaissance mutuelle des évaluations entre les services des départements et les caisses de retraite. Une journée nationale co-animée par la CNAV et la CNSA a ainsi réuni, en 2019, 250 professionnels des départements et organismes de retraite. Ce travail s'est poursuivi avec la construction d'outils communs : dossier commun de demande d'aides, kit sur la reconnaissance mutuelle (convention type, procédures et formation).

### **2.3.2.2. Sous-action 2 : mettre en place des cadres de travail communs avec les équipes départementales en charge des politiques de l'autonomie sur les sujets d'intérêt commun (compensation individuelle, collective, prévention)**

La CNSA a réalisé une enquête auprès des EMS APA en 2016-2017 pour connaître leurs attentes, ainsi qu'une réunion commune avec l'ADF et l'ANDASS et commencé à constituer un réseau (annuaire des professionnels, lettre info-réseaux mensuelle).

**Les ressources dédiées à l'accompagnement des EMS APA sont nettement inférieures à celles consacrées à l'appui aux MPDH.** Elles sont constituées d'une chargée de mission et d'un poste de médecin qui n'a été pourvu qu'à hauteur de 46 % du temps pendant la période 2016-2020 et ont été complétées par un appui consultant (deux personnes). Cela a conduit la CNSA à concentrer son appui sous forme de **groupes de travail sur des sujets d'intérêt commun**, pour co-construire des outils méthodologiques : certificat médical relatif à une demande d'APA à domicile par exemple, travaux communs avec la CNAV depuis 2019 sur le formulaire de demande et la reconnaissance des évaluations. Comme mentionné *supra* à propos des indicateurs, cet appui est apprécié par les professionnels des EMS APA, auparavant isolés, avec peu d'occasions d'échanges entre départements<sup>30</sup>.

Il faut relever que la CNSA **ne dispose pas de leviers pour financer des formations destinées aux professionnels des EMS APA (ni au profit de ceux des MDPH)** : les formations qualifiantes ou professionnalisantes que la CNSA peut soutenir *via* la section IV de son budget sont en effet réservées aux professionnels des services à domicile et des autres ESMS.

### **2.3.3. Action 3 : mettre en place la labellisation des maisons départementales de l'autonomie (MDA)**

**Si le cadre de référence et la procédure de labellisation ont bien été définis, avec quelques mois de retard sur l'échéancier fixé par la COG, le dispositif a été un échec puisqu'une seule MDA a demandé et obtenu sa labellisation**, révélant l'incompréhension entre l'État et les départements sur la conception et le fonctionnement de ces nouvelles structures et, probablement, l'absence d'intérêt à agir pour les départements puisque l'engagement à se placer dans le cadre rigide du référentiel n'était assorti d'aucun avantage déterminant.

#### **2.3.3.1. Sous-action 1 : élaborer le référentiel de labellisation qui sera fixé par un décret et Sous-action 2 : mettre en place une procédure de labellisation**

Conformément à la COG, la CNSA a engagé, avec les conseils départementaux et en liaison avec la DGCS, le travail d'élaboration du cahier des charges et de la procédure de labellisation des maisons départementales de l'autonomie (MDA). Ce travail a abouti à la publication du décret

---

<sup>30</sup> Certains réseaux existaient comme Idéal connaissance (réseaux professionnels organisés par l'ANDASS avec l'appui d'un prestataire) mais ces réseaux étaient davantage des réseaux d'échange entre équipes que des organisations permettant un travail collaboratif sur des thèmes déterminés.

## Annexe I

du 26 décembre 2016<sup>31</sup>. Le cahier des charges définit des critères de labellisation répartis en quatre chapitres (démarche de mise en place de la MDA, fonctionnement de la MDA dans son ensemble, missions d'accueil, d'information, de conseil et d'orientation, missions d'instruction des demandes, d'évaluation des besoins et d'élaboration des plans d'aide) et précise les pièces justificatives à joindre au dossier de demande de labellisation. Celle-ci est examinée par une commission composée de représentants des conseils départementaux, des associations de personnes âgées et de personnes handicapées membres du conseil de la CNSA et d'un représentant du ministre chargé des affaires sociales. Cette commission est placée auprès du directeur de la caisse, qui prend la décision de labellisation, après avis de cette commission. La commission de labellisation a été constituée en 2017 et a arrêté son règlement intérieur.

En parallèle, la CNSA a réalisé une cartographie des organisations départementales existantes, transversales aux deux secteurs (PA-PH), susceptibles de demander la labellisation et offert son appui aux conseils départementaux candidats. Toutefois, **malgré des échanges avec une dizaine de conseils départementaux, un seul, le conseil départemental de la Mayenne, a été au bout de la procédure et obtenu la labellisation de sa MDA en avril 2019.**

Selon la CNSA, cet échec ne résulte pas tant des exigences du cahier des charges co-construit avec les départements- que du caractère très administratif de la démarche de labellisation, avec un dossier particulièrement lourd à constituer **alors que l'obtention du label ne s'accompagnait d'aucun avantage particulier.**

Elle fait, en outre, valoir qu'une procédure nationale reposant sur l'évaluation « à date » d'un certain nombre de critères ne permet pas de soutenir des démarches de rapprochement progressif des équipes et d'amélioration continue de la qualité de service puisqu'il faut, au moment de la demande, avoir déjà atteint les niveaux d'exigence requis, alors que cette démarche progressive pourrait être plus profitable pour les usagers. Un conseil départemental rencontré par la mission, qui a mis en place une MDA non labellisée, évoque ainsi une démarche s'étant déroulée sur quatre années, avec plusieurs étapes, pouvant difficilement être évaluée par les critères fermés du cahier des charges.

### **2.3.3.2. Sous-action 3 : assurer le suivi des MDA labellisées et contribuer à leur évaluation**

Cette sous action est devenue sans objet du fait qu'une seule MDA a été labellisée.

## **2.4. Fiche thématique IV : assurer un meilleur accès des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches à l'information et aux droits**

**Cette fiche comportait deux actions, la première visant le développement du portail d'information pour les personnes âgées ouvert en juin 2015 et la seconde portant sur l'appui aux MDPH dans leur fonction d'information du public.**

Elle était assortie de quatre indicateurs destinés à suivre la montée en charge de l'utilisation du portail pour les personnes âgées et des informations qui y sont diffusées, dont le troisième n'était pas construit à la signature de la COG. Les deux premiers indicateurs, bien que qualifiés d'indicateurs de suivi faisaient l'objet de cibles à atteindre. Le quatrième était un indicateur de résultat.

---

<sup>31</sup> Décret n° 2016-1873 du 26 décembre 2016 fixant le cahier des charges et la procédure de labellisation des maisons départementales de l'autonomie.

Tableau 11 : suivi des indicateurs de la fiche thématique IV

Indicateur	Référence (année)	2016		2017		2018		2019	
		Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Nombre de visites sur le portail pour les personnes âgées et leurs proches (milliers)	520 (2015)	600 à 750	1 700	650 à 850	3 400	850 à 950		850 à 950	5 000
Part des EHPAD dont les tarifs/prix sont mis en ligne sur le portail (%)	-	50	92	60	82	80	90	95	90
Part des services d'aide à domicile dont les tarifs sont remontés à la CNSA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Part des MDPH participant aux travaux sur la fonction accueil (%)		30		50	81	60	94	70	68

Source : CNSA.

Les cibles de fréquentation du portail ont été très rapidement atteintes et largement dépassées témoignant de l'attente du public pour des informations à destination des personnes âgées et de leurs proches. À noter toutefois que l'indicateur correspond au nombre de « visites » et non de visiteurs distincts, techniquement plus complexe à établir.

Les résultats du deuxième indicateur ont rapidement atteint leurs cibles annuelles mais stagnent depuis 2016 autour de 90 %, bien que la transmission de leurs tarifs hébergement et dépendance constitue depuis la loi ASV une obligation légale des EHPAD. L'absence de sanction du non respect de cette obligation peut expliquer ce constat. Par ailleurs la CNSA n'est pas en mesure de s'assurer de la complétude et de l'exactitude des informations transmises par les EHPAD du fait de la multiplicité des tarifs possibles pour un même établissement (l'indicateur comptabilise au numérateur un établissement dès lors qu'il a renseigné au moins un prix ou tarif sur le portail) et malgré le contrôle de cohérence et les retraitements effectués par la CNSA (cf. annexe 7).

L'indicateur sur les tarifs des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) n'a pas été construit ni suivi du fait des difficultés rencontrées dans l'enregistrement des SAAD dans le répertoire FINESS (cf. *infra* sous-action 4 de l'action 1).

Le dernier indicateur a fortement chuté en 2019 après avoir atteint ses cibles en 2017 et 2018.

#### 2.4.1. Action 1 : assurer la montée en puissance du portail d'information "Pour les personnes âgées" et son animation éditoriale dans le respect des fondements de la démarche projet

**La réalisation de cette action n'est pas complète. Si le portail a vu sa fréquentation croître rapidement et les informations générales qu'il diffuse régulièrement mises à jour, les objectifs ambitieux de recensement de l'offre et des prix et restes à charge des établissements et services ne sont qu'en partie atteints.** Les résultats sont corrects pour les EHPAD (sous réserve des observations formulées *supra* à propos du deuxième indicateur) mais moins satisfaisants pour les résidences autonomes et très incomplets pour les SAAD, conduisant à abandonner la sous-action 6 sur la simulation du reste à charge en dehors des EHPAD. De même, la sous-action 7 portant sur l'évaluation de la plateforme téléphonique a été abandonnée faute de fréquentation de celle-ci.

#### **2.4.1.1. Sous-action 1 : piloter les développements futurs du portail, animer la démarche partenariale et assurer la promotion du portail**

**Le portail national d'information et d'orientation pour les personnes âgées et leurs proches (<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>) est entré en service dès juin 2015, la COG lui fixant un objectif de développement et d'actualisation régulière, ainsi que d'information précise des personnes sur l'offre et les tarifs des établissements et services à proximité du domicile de la personne.**

Le site a été construit en s'appuyant sur de nombreux partenaires dont les départements, de façon à pouvoir renvoyer, le cas échéant, le visiteur vers le site de son conseil départemental pouvant offrir des informations et services complémentaires. Un comité éditorial se réunit trois fois par an avec des représentants des départements. Au sein de la CNSA, le pilotage a été confié à la direction de l'information des publics et de la communication (DIPCOM), dont deux ETP (sur 7,8) sont affectés principalement à l'animation éditoriale, la promotion et l'évolution du site ainsi qu'à la campagne de remontée des prix des ESMS. L'assistante du service consacre 25 % de son temps à la mise à jour de l'annuaire. Ce chantier mobilise également la DSI et les directions métiers.

**Le portail a connu plusieurs versions caractérisées par des améliorations techniques et un enrichissement des informations disponibles :**

- ◆ décembre 2016 : deuxième version avec un annuaire des EHPAD incluant leurs prix et tarifs, un comparateur des prix et un simulateur du reste à charge en établissement ; cette version a été complétée en novembre 2017 par un annuaire des résidences autonomie incluant leurs prix et tarifs ;
- ◆ avril 2020 : troisième version du portail, enrichie d'un annuaire des SAAD (sans leurs tarifs) encore en construction et incomplet (*cf. infra*)

**L'objectif du nombre de visites a été dépassé** (5,4 millions de visites estimées en 2020). Le référencement naturel est le vecteur le plus important puisque 80 % du trafic du portail est issu des moteurs de recherche. Sur de nombreux mots clés, les contenus du portail arrivent en première position des résultats de recherche. Le portail a bénéficié également de son référencement sur de nombreux sites et de campagnes média et hors-média.

#### **2.4.1.2. Sous-action 2 : assurer l'actualisation/mise à jour des données de l'annuaire des ESMS et des points d'information locaux**

**Le portail est mis à jour en continu**, par les remontées des usagers (bouton « Signaler une erreur »), et par celles des EHPAD, des résidences autonomie et des ARS (actualisation de FINESS). Pour l'actualisation des informations générales sur les droits des personnes, la CNSA entretient un partenariat avec les administrations compétentes.

#### **2.4.1.3. Sous-action 3 : compléter l'annuaire en l'étendant aux établissements non médicalisés (EHPA, résidences autonomie)**

**Les résidences autonomie ont été intégrées en 2017 dans la version « 2 bis » du portail mais pas les autres établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), catégorie résiduelle** regroupant les établissements non ou peu médicalisés qui ne sont pas devenus des résidences autonomie, dans l'attente d'une redéfinition réglementaire de cette catégorie. Ce travail de redéfinition est en cours entre la DGCS et les ARS (selon la DGCS il y aurait moins de 100 structures concernées).

**2.4.1.4. Sous-action 4 : sous réserve de faisabilité, compléter l'annuaire en l'étendant aux services d'aide à domicile**

Cette sous-action a été engagée fin 2017 et n'a abouti, incomplètement, qu'en avril 2020, soit près de deux après l'échéance fixé par la COG. Ce retard important peut s'expliquer par deux éléments :

- ◆ le délai mis par les conseils départementaux à s'emparer de leur compétences vis-à-vis des anciens services à la personne agréés au titre du code du travail, devenus SAAD en application de la loi ASV mais avec une autorisation de droit<sup>32</sup> ne valant pas habilitation à l'aide sociale et donc ne les soumettant pas à la tarification départementale ;
- ◆ la complexité de l'organisation de mise à jour des SAAD dans le répertoire FINESS qui nécessite un échange d'informations entre le conseil départemental, qui autorise les SAAD, et les ARS, seules habilitées à saisir des modifications dans FINESS. Une convention entre l'ARS et le conseil départemental est nécessaire à cette fin sous l'égide de la DREES (pilote de FINESS). La DREES prévoit de revoir cette procédure mais sans donner d'échéance pour l'aboutissement des travaux.

Selon la CNSA, à la fin de l'année 2019, **on ne comptait que 54 départements pour lesquels les données des SAAD avaient été mises à jour dans FINESS et seulement 37 départements pour lesquelles ces données avaient été validées** suite au contrôle qualité effectué conformément à la convention ARS-CD. La mise en ligne opérée sur le portail depuis avril 2020, est donc incomplète et le visiteur en est avisé par un avertissement.

**2.4.1.5. Sous-action 5 : co-piloter les travaux définissant les modalités de remontée des prix à la CNSA dans la perspective de leur définition réglementaire, rendre ces prix disponibles sur le portail et les intégrer dans le simulateur de reste à charge**

Cette sous-action a été réalisée inégalement selon les champs :

- ◆ **pour les EHPAD, l'intégration des tarifs a été réussie dès fin 2016** avec une montée en charge rapide des données et une mise à jour annuelle, permettant à la CNSA de construire un comparateur de prix et un simulateur de restes à charge, donnant les informations pertinentes au visiteur en fonction de la localisation qu'il a saisie. **Toutefois, depuis cette date, il reste chaque année environ 10 % des EHPAD qui ne fournissent pas ou n'actualisent pas les tarifs ;**
- ◆ **pour les résidences autonomie, les données tarifaires sont en ligne depuis fin 2017, sans comparateur de prix ni de reste à charge, mais avec un taux de remontées nettement plus faible que pour les EHPAD (68 % en 2018) ;**
- ◆ **pour les SAAD, l'incomplétude de l'annuaire ne permet pas d'envisager techniquement une remontée des tarifs dans le portail avant fin 2021 ou 2022.** Par ailleurs, les travaux engagés à partir de 2018 sur un nouveau modèle de tarification, susceptible d'être inclus dans le futur projet de loi autonomie pourraient conduire à différer la réalisation de l'objectif.

**2.4.1.6. Sous-action 6 : étudier la faisabilité d'une simulation du reste à charge à domicile, en EHPA, en hébergement temporaire**

**Le suivi annuel de la COG ne mentionne pas cette sous-action qui a été abandonnée et la CNSA n'a pas produit l'étude de faisabilité demandée.**

---

<sup>32</sup> Cette autorisation de droit est valable 15 ans à compter de la date d'effet du dernier agrément.

## Annexe I

La simulation du reste à charge est en effet plus complexe à domicile (que la personne réside en résidence autonomie ou dans un autre type de logement) qu'en EHPAD puisqu'il faut ajouter au reste à charge lié au logement celui lié à l'intervention éventuelle d'aides à domicile, ce qui implique donc de connaître à la fois le contenu du plan d'aide de la personne et la façon dont il est exécuté (tarif du SAAD par exemple) et solvabilisé. Néanmoins, l'étude demandée consistait précisément à analyser les difficultés de la simulation et aurait pu permettre d'identifier les conditions à remplir pour être en mesure d'y procéder.

### **2.4.1.7. Sous-action 7 : évaluer la plateforme téléphonique**

Cette sous-action a été abandonnée du fait de la très faible sollicitation par le public, en 2016, de la plateforme mise en place en complément du portail pour les personnes âgées par la direction de l'information légale et administrative (DILA). La COG mentionnait d'ailleurs déjà la décision de la DILA de fermer cette plateforme en juin 2016, rendant cette sous-action sans objet.

### **2.4.2. Action 2 : appuyer les MDPH dans leur fonction d'information du public**

**Cette action a été réalisée conformément à la COG avec un effort accru de diffusion de supports d'information accessibles aux personnes en situation de handicap et la mise en place d'une animation spécifique de la fonction accueil-information au sein des MDPH.**

#### **2.4.2.1. Sous-action 1 : repérer et aider à diffuser des supports d'information innovants sur les droits et dispositifs**

La réalisation de cette sous-action a concerné essentiellement **l'élaboration de supports d'information en "Français facile à lire et à comprendre"** (FALC) pour les usagers des MDPH :

- ◆ un kit d'informations pour expliquer le sens des avis et décisions rendus par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a été diffusé aux MDPH en 2017 ;
- ◆ une mise à jour des fiches FALC sur les voies de recours vis-à-vis de ces décisions a été effectuée pour traduire l'impact de la loi de modernisation de la justice du XXI<sup>e</sup> siècle (entrée en application au 1<sup>er</sup> janvier 2019) sur les procédures à suivre ;
- ◆ une trentaine de fiches FALC sur les aides distribuées par les MDPH sont disponibles sur le site de la CNSA ;
- ◆ les nouveaux dispositifs déployés pendant la période de la COG ont fait l'objet de fiches FALC comme l'emploi accompagné ou la réforme des droits à vie.

#### **2.4.2.2. Sous-action 2 : contribuer à la montée en compétence des agents d'accueil et au déploiement d'une offre de service d'accompagnement à l'expression du projet de vie et à la constitution du dossier**

La fonction accueil est l'une des fonctions métier prise en compte dans la V1 du tronc commun du SI-MDPH ainsi que dans le RMQS et l'autodiagnostic.

Parallèlement, la CNSA a constitué et commencé à animer en 2017, un réseau de référents accueil et information qui fait l'objet d'une à deux réunions nationales par an. 94 % des MDPH ont depuis désigné un référent accueil-information.

## Annexe I

La CNSA a en outre produit de nouveaux outils à destination de ce réseau :

- ◆ un guide d'appui aux missions d'accueil et information publié en 2019 ;
- ◆ un *sharepoint* créé en 2019 pour le partage de documents.

**La CNSA n'a toutefois pas cherché à mesurer l'impact de ce travail d'animation sur l'aide apportée aux usagers pour la définition de leur projet de vie et la constitution de leur dossier, objets finaux de la sous-action.** Or, l'enquête de satisfaction des usagers des MDPH réalisée fin 2018 montrait que l'insuffisance de l'accompagnement à l'élaboration du projet de vie était un point d'insatisfaction.

### 2.4.3. Engagements de l'État / conditions de faisabilité

Comme l'État s'y était engagé, le décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 a défini la liste de prestations dites socles liées à l'hébergement (administration générale, hôtellerie, restauration, blanchissage et animation de la vie sociale) que les EHPAD devront obligatoirement proposer à leurs résidents. Ce texte a également défini les modalités de transmission par les établissements à la CNSA des informations sur leurs capacités et tarifs.

La CNSA est bien associée aux évolutions de FINESS mais rien n'a encore été fait pour améliorer la procédure de mise à jour du référentiel pour les ESMS sous compétence départementale (SAAD notamment).

### 2.5. Fiche thématique V : soutenir les politiques de prévention de la perte d'autonomie, d'accès aux aides techniques et de soutien aux aidants

**Cette fiche comportait trois actions traduisant l'élargissement des missions de la CNSA par la loi ASV, la première visant l'appui à la mise en place des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA), la deuxième le renforcement de la structuration de la politique de soutien aux aidants et la troisième la participation à la mise en place d'une stratégie globale d'accès aux aides techniques.**

Elle était assortie de trois indicateurs : le premier (indicateur de suivi) et le troisième (indicateur de résultat) étaient destinés à mesurer la prise en compte de la dimension aidants dans les conventions départementales de la section IV et la diversification, au-delà de la seule formation, des actions de soutien aux aidants figurant dans les conventions section IV passées avec les départements ou les associations ; le deuxième (indicateur de suivi) avait pour objet de mesurer la participation des CFPPA aux actions d'animation proposées par la CNSA.

Les deux indicateurs qualifiés d'indicateurs de suivi comportaient néanmoins des cibles à atteindre.

## Annexe I

**Tableau 12 : suivi des indicateurs de la fiche thématique V**

Indicateur	Référence (année)	2016		2017		2018		2019	
		Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Part des conventions section IV CNSA/conseils départementaux intégrant la dimension aidants (%)	52 (2015)	60	63	70	70	75	75	80	84
Part des territoires départementaux dont au moins un représentant de la conférence des financeurs a participé aux travaux organisés par la CNSA (%)	-	50	93	60	90	70	92	80	93
Part des conventions CNSA/conseils départementaux et CNSA/associations sur les aidants intégrant un panel d'actions plus large que la seule formation (%)	-	20	76	30	77	40	92	45	84(*)

*Source : CNSA. (\*) : Pour l'année 2019, le chiffre donné par la CNSA est erroné puisqu'il correspond à la part des conventions départementales signées en 2019 ayant un axe aidant (premier indicateur).*

Les indicateurs relatifs aux actions de soutien aux aidants ont atteint les cibles fixées. Ils présentent toutefois plusieurs limites :

- ◆ ils ne reflètent pas la situation d'ensemble, notamment pour les conventions départementales puisque, d'une part les départements non signataires de conventions n'entrent pas dans leur calcul et que, d'autre part, le calcul est effectué sur le « flux » de conventions signées dans l'année et non sur le « stock » des conventions actives ;
- ◆ ils sont établis sur les engagements pris dans les conventions et non sur la réalisation effective des actions ;
- ◆ la nature des actions soutenues en dehors de la formation des aidants n'est pas précisée.

L'indicateur relatif à la participation des CFPPA aux actions d'animation de la CNSA est établi par celle-ci sur la base des feuilles d'émargement aux réunions, rencontres nationales ou groupes de travail, qu'elle organise à leur intention. La diminution d'une année sur l'autre du nombre d'évènements organisés peut contribuer à faire baisser l'indicateur (cf. évolution 2018-2019).

### **2.5.1. Action 1 : accompagner la mise en place des conférences des financeurs et assurer leur animation nationale en capitalisant les bonnes pratiques**

**Cette action comportant trois sous-actions a été réalisée** comme le prévoyait la COG avec la mise en place d'une animation par la CNSA d'un nouveau réseau de représentants des CFPPA, la prise en compte de la politique de prévention de la perte d'autonomie dans les conventions passées avec la CNAM, la CNAV et la MSA et la répartition des deux nouveaux concours de la CNSA prévus par la loi ASV ainsi que la remontée et la consolidation des rapport d'activité des conférences.

### **2.5.1.1. Sous-action 1 : accompagner les acteurs locaux**

**La CNSA s'est investie dans sa nouvelle mission d'animation du réseau des conférences des financeurs.** Elle organise chaque année, depuis 2016, une journée nationale rassemblant les représentants des conseils départementaux et des autres partenaires des CFPPA ainsi que des groupes techniques nationaux sur différents thèmes (aides techniques et habitat en 2017 ; aides techniques et aidants, avec la participation des EMS APA ; évaluation des actions et résidences autonomie en 2018 ; pilotage & évaluation des actions et information & communication en 2019). Des webconférences d'information pour présenter des outils (notamment l'outil de pilotage) complètent cette animation.

La CNSA a produit et actualisé un guide à l'intention des conférences des financeurs, pour appuyer la conception, le suivi et l'évaluation des programmes coordonnés de financement des actions de prévention.

Selon la CNSA, **les CFPPA, confrontées à de nombreuses demandes de financement de la part des acteurs locaux sont aujourd'hui en demande d'un appui sur l'évaluation de la pertinence et des impacts des actions de préventions à soutenir.** La Caisse a formalisé une proposition de création d'un « centre de ressources » pour répondre à cette attente, qui serait chargé de collecter et d'analyser la littérature traitant de ce sujet pour en diffuser les enseignements et, le cas échéant, de commander des évaluations complémentaires (cf. annexe VIII).

### **2.5.1.2. Sous-action 2 : s'inscrire dans une gouvernance nationale des politiques de prévention avec l'État, la CNAV, les organismes de retraite complémentaire**

**La CNSA contribue, depuis 2016, au comité de pilotage national des politiques de prévention animé par la DGCS,** même si celui-ci est davantage un lieu d'échanges que de pilotage puisqu'il n'émet pas de recommandations ni même d'orientations à l'égard des CFPPA.

Les conventions 2016-2019 entre la CNSA et la CNAM d'une part, la CNAV et la Mutualité sociale agricole (MSA) d'autre part, prévoient les modalités de la coopération entre ces institutions sur l'animation des CFPPA<sup>33</sup>. Ces conventions nationales permettent à la fois de garantir la contribution des caisses nationales à l'animation assurée par la CNSA et la participation active des caisses locales aux CFPPA.

La convention CNSA-CNAV-MSA prévoit aussi la mise à la disposition des conseils départementaux des données des observatoires régionaux des situations de fragilités construits par la CNAM, la CNAV et la MSA permettant de cibler les actions de préventions sur les publics en ayant le plus besoin.

### **2.5.1.3. Sous-action 3 : répartir le concours "conférence des financeurs" entre les conseils départementaux et assurer l'exploitation des remontées de données prévues par la loi**

**Les deux nouveaux concours « autres actions de préventions » et « forfait résidence autonomie » (RA) instaurés par la loi ASV sont régulièrement répartis par la CNSA entre les départements depuis 2016.** Le paramétrage des deux concours (population âgée de 60 ans et plus pour les actions de prévention ; part du département dans le total des places en résidence autonomie pour le concours RA) est simple **mais suppose d'opérer des**

---

<sup>33</sup> Il n'existe pas en revanche de convention avec l'AGIRC-ARRCO. Cette fédération participe toutefois aux réunions de pilotage national du réseau des CFPPA.

**régularisations si les crédits attribués n'ont pas été utilisés**, les crédits non consommés une année venant en déduction du solde à verser l'année suivante.

La CNSA a par ailleurs mis en place la collecte, avec l'aide d'un prestataire, des rapports d'activité des CFPPA (qui rendent notamment compte des dépenses effectuées au titre des deux concours). Elle en élabore une synthèse annuelle permettant d'identifier les programmes d'actions mis en œuvre par axe (accès aux équipements et aides techniques individuelles, forfaits autonomie, actions de prévention individuelle dans les SAAD et SPASAD, soutien aux aidants, actions collectives de prévention) et les financements qui y sont consacrés.

### **2.5.2. Action 2 : renforcer et structurer la politique de soutien aux aidants**

**Cette action a été en partie réalisée, principalement au travers de la prise en compte du soutien aux aidants dans les conventions section IV et dans les conventions signées avec ses partenaires**, notamment des caisses nationales de sécurité sociale, **ainsi que dans le suivi des actions des CFPPA en faveur des aidants.**

#### **2.5.2.1. Sous-action 1 : renforcer l'accessibilité des dispositifs**

**Comme le prévoyait la COG cette sous-action a été entendue comme le renforcement de l'accès à une information dédiée aux aidants**, qui a été mise en place sous forme d'une rubrique « aider un proche » du portail national pour les personnes âgées totalisant environ 330 000 visites par an.

La CNSA a en outre financé des actions innovantes au profit des aidants (*cf. infra* sous-action 5) dont certaines correspondent à l'objectif de la COG de faire émerger une nouvelle offre d'information et de formation en ligne (*cf.* par exemple la formation en ligne proposée par l'association nationale des aidants : <https://formation.aidants.fr/>)

**La sous-action ne visait pas en revanche la question de l'accessibilité financière aux dispositifs de soutien aux aidants** (par exemple l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire de l'aidé et les plateformes de répit) sujet pourtant sensible.

#### **2.5.2.2. Sous-action 2 : mettre à disposition des acteurs de l'autonomie les outils nécessaires pour évaluer les besoins des aidants**

**La CNSA a intégré des questions sur l'évaluation des besoins des aidants dans le référentiel d'évaluation multidimensionnelle (REMD) destiné aux EMS APA (*cf.* axe I) et dans le nouveau formulaire de demande pour le handicap.**

Elle a diffusé, fin 2017, un guide sur les actions de soutien aux aidants pouvant être éligibles au financement de la section IV de son budget à l'intention des porteurs de projets sur les proches aidants d'une personne âgée. Elle a, en outre, diffusé fin 2018 aux EMS APA un guide sur les proches aidants d'une personne âgée bénéficiaire de l'APA venant compléter le guide d'utilisation du REMD.

L'appui apporté aux MDPH a intégré la dimension de soutien aux aidants avec, en 2018, un atelier pour les référents accueil-information sur le repérage des besoins des aidants et l'accompagnement de l'utilisation du nouveau formulaire.

### **2.5.2.3. Sous-action 3 : conforter les stratégies territoriales d'aide aux aidants**

Cette sous-action n'a pas été complètement réalisée, le compte rendu se résumant au commentaire du résultat de l'indicateur portant sur l'intégration d'un axe « aidants » dans les conventions départementales passées au titre de la section IV, qui ne garantit pas l'existence d'une vraie stratégie départementale, les actions inscrites pouvant être de qualité et d'intensité variable.

L'objectif était difficile à atteindre pour la CNSA au regard de ses leviers d'actions, essentiellement financiers, mais ne lui donnant pas la capacité d'influer de manière déterminante sur les stratégies locales : paramétrage du concours « autres actions de prévention » des CFPPA, conventions départementales section IV laissant davantage de marge pour la CNSA mais avec des moyens humains limités pour conduire de véritables négociations sur le fond des programmes.

Une action plus forte de la CNSA sur l'orientation des stratégies territoriales supposerait de changer de logique de financement, en lui donnant la possibilité de fixer *ex ante* des critères de financement dans une logique proche de l'appel à projet<sup>34</sup> à partir d'un diagnostic territorial des besoins, et de faire le lien avec les programmes des CFFPA comme avec la structuration de l'offre de solutions de répit, pilotée par les ARS et les conseils départementaux.

### **2.5.2.4. Sous-action 4 : diversifier la nature des actions susceptibles d'être soutenues**

Comme pour la précédente sous-action, le compte rendu de la sous-action se résume au commentaire du résultat de l'indicateur. Pour les 11 conventions sur les 12 signées en 2018 incluant d'autres actions que la formation<sup>35</sup>, la CNSA précise la nature de ces autres actions : diagnostic territorial, action de soutien psychologique collective, et / ou ponctuellement individuelle, centralisation de l'information, sensibilisation etc.

### **2.5.2.5. Sous-action 5 : soutenir les actions innovantes et des travaux d'évaluation des actions déployées en matière d'aide aux aidants**

Dans le cadre de son appel à projet thématique lancé en 2015 pour le soutien aux actions innovantes, la CNSA a inscrit une thématique « aidants » et sélectionné neuf projets : trois portaient sur l'amélioration de l'accessibilité et du recours à l'offre de services destinés aux aidants ; six visaient le développement de solutions de formation à distance. Ces projets ont abouti en 2018 et 2019 et la CNSA en a diffusé les résultats.

En 2019, elle a soutenu plusieurs expérimentations sur le relayage (intervention d'un tiers au domicile pour soulager l'aidant) incluant la possibilité de dérogation au code du travail prévue par la loi du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance.

### **2.5.3. Action 3 : Participer à la mise en place d'une stratégie globale d'accès aux aides techniques**

La loi ASV a donné à la CNSA des missions très ambitieuses sur le champ des aides techniques en la chargeant « d'assurer le pilotage des dispositifs qui concourent à l'innovation, l'information et le conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, d'instaurer une évaluation de l'adaptation de ces

---

<sup>34</sup> Les conditions d'attribution des subventions au titre de la section IV sont fixées par décret et la CNSA ne peut refuser une subvention correspondant aux critères d'éligibilité.

<sup>35</sup> Ce qui aboutit au taux de 92 % mentionné comme résultat de l'indicateur en 2018.

aides aux besoins des personnes qui en ont l'usage et de garantir la qualité et l'équité des conditions de leur distribution ». Les résultats mentionnés par la CNSA sont en retrait par rapport à cette ambition reprise par la COG, compte tenu de la grande complexité d'un sujet impliquant de nombreux acteurs et des faibles moyens mobilisés par la Caisse sur ce champ (un ergothérapeute chargé des sujets aides techniques et habitat<sup>36</sup>).

### **2.5.3.1. Sous-action 1 : contribuer, dans un cadre de travail partagé avec la DSS, la DGCS, la DGS, la CNAMTS et la HAS, à la définition d'une politique globale d'accès aux aides techniques**

**La CNSA a engagé plusieurs travaux dans ce cadre :**

- ◆ **élaboration de propositions de travail** adressées à la DGCS, notamment sur la révision de tarification des aides techniques dans le cadre de la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- ◆ **dans le cadre de la convention CNSA-CNAM 2016-2019, transmission par la CNAM de données sur les dépenses d'aides techniques** au titre de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) pour les personnes de 60 ans et plus pour alimenter les travaux des CFPPA ;
- ◆ **réalisation d'enquêtes** : dépenses de fauteuils roulants financées par la PCH, enquête auprès des MDPH sur leurs pratiques d'attribution d'aides techniques au titre de la PCH ;
- ◆ **organisation de groupes de travail transversaux à plusieurs réseaux d'acteurs locaux** : MDPH, EMS APA, CFPPA, centres d'information sur les aides techniques (CICAT).

Ces travaux ont permis de développer des échanges de travail avec les acteurs nationaux et, surtout, de susciter l'intérêt des acteurs locaux (notamment *via* les CFPPA) sur le sujet de l'accès aux aides techniques mais pas d'élaborer la « politique globale et structurée » attendue. C'est justement l'absence de cette politique qui a conduit à confier au Dr. Philippe Denormandie en 2019 une mission sur ce thème à laquelle l'ergothérapeute de la CNSA a fortement contribué.

### **2.5.3.2. Sous-action 2 : promouvoir et soutenir les travaux visant à produire des cadres de référence**

**L'action de la CNSA dans ce domaine a consisté à soutenir des travaux au titre du soutien aux actions innovantes** (section V), notamment dans le cadre d'un appel à projets thématique en 2015 sur les modes innovants de mise à disposition d'aides techniques (qui a abouti à la sélection de dix projets pour un montant total de subventions d'1,036 M€), et sur l'information et la préconisation d'aides techniques. Elle a soutenu ainsi plusieurs projets présentés par les trois Centres d'expertise nationaux sur les aides techniques (CEN-AT)<sup>37</sup> pour un montant de subventions versées de 1,106 M€ entre 2016 et 2020 (pour un montant global de subventions allouées de 2,014 M€).

---

<sup>36</sup> Soit moins que dans la configuration antérieure où la CNSA a compté un chargé de mission aides techniques + un ergothérapeute dans l'équipe d'appui aux MDPH intervenant aussi sur le champ des aides techniques.

<sup>37</sup> Ces centres sont le Centre d'expertise nationale mobilité (CEREMH), le Centre d'expertise national des technologies de l'Information et de la communication pour l'autonomie (CENTICH) et le Centre d'expertise national en stimulation cognitive (CEN STIMCO). Leur mise en place avait été soutenue par la CNSA aux cours des premières années, ces centres devant ensuite trouver leur modèle économique.

## Annexe I

Elle a, de plus, fait réaliser des études par des consultants, pour un montant de 295 k€ pendant la durée de la COG. L'une de ces études porte sur les enseignements de l'appel à projets de 2015.

**Ces travaux, pour intéressants qu'ils soient, n'ont pas encore abouti à la définition des « cadres de référence d'une politique globale et structurée » comme le demandait la sous-action mais en ont éclairé certaines composantes.** Par exemple, l'appel à projets de 2015 et l'étude qui en a tiré les enseignements ont permis de définir les conditions techniques, économiques et juridiques de mise en place de systèmes innovants de mise à disposition d'aides techniques (location, recyclage).

Par ailleurs, le choix de financer sur projets d'actions innovantes certains acteurs comme les CEN-AT ne permet pas d'orienter sur la durée les travaux de ces structures qui doivent trouver leur financement sur des projets soutenus par des commanditaires différents, donc sur des thématiques et des objectifs pouvant varier dans le temps.

### **2.5.3.3. Sous-action 3 : soutenir la mise en place d'actions permettant une amélioration concrète de l'accès aux aides techniques par les personnes handicapées et les personnes âgées**

**Cette sous-action concerne l'appui de la CNSA aux réseaux des MDPH (correspondants compensation technique CCT) aux EMS APA et aux CFPPA sur le thème des aides techniques.** Cet appui est réalisé par l'ergothérapeute du pôle EAM de la direction de la compensation qui y consacre environ 30 % de son temps.

**Pour les MDPH, l'appui au réseau des CCT (200 professionnels) est bien identifié et apprécié.** Il vise à la fois les aides techniques, l'aménagement du logement et l'aménagement du véhicule. Il prend la forme de deux journées nationales par an, d'un temps d'information annuel aux nouveaux CCT, de temps d'information technique avec des intervenants extérieurs (CEN-AT, CICAT), de webinaires, de réponse aux questions et de production d'outils.

**Pour les EMS-APA et les CFPPA, des sessions d'échanges de pratiques et des groupes de travail communs aux deux réseaux ont été mis en place en 2016-2017. Les années suivantes, ces sessions ont été complétées par des réunions thématiques propres à chaque réseau. La dynamique paraît avoir été plus forte avec les correspondants des CFPPA qu'avec ceux des EMS-APA** pour qui le sujet des aides techniques n'est pas central et implique un traitement administratif complexe.

### **2.5.4. Engagements de l'État / conditions de faisabilité**

Le seul engagement portait sur le pilotage des travaux en vue de la définition d'une politique structurée d'accès aux aides techniques. Le rapport Denormandie souligne l'absence de pilotage national avec de nombreux acteurs travaillant en silo : *« cette multiplicité des acteurs et l'absence de travail inter administratif entraînent une vision protéiforme de la thématique, une dilution des responsabilités de chacun et un défaut de coordination des actions »*. C'est seulement à la suite de la remise de ce rapport en novembre 2020, qu'un « comité de pilotage de l'amélioration de l'accès aux aides techniques pour les personnes handicapées ou âgées » a été installé par le ministre des solidarités et de la santé, la ministre déléguée chargée de l'autonomie et la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées le 18 janvier 2021.

### 3. Bilan de l'axe 3 : construire des réponses adaptées et efficaces dans une logique de parcours

Cet axe rassemble les actions conduites par la CNSA pour favoriser la fluidité des parcours. A l'exception de la fiche IV sur la formation et la modernisation des services à domicile, les autres fiches traitent de la connaissance de l'offre et des leviers que la CNSA peut proposer aux ARS et aux MDPH pour dépasser les obstacles aux parcours de vie des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap :

- ◆ accompagnement de l'évolution de l'offre ;
- ◆ soutien aux ARS dans leur mission de programmation et d'accompagnement de l'évolution de l'offre ;
- ◆ éclairer la mise en œuvre de la stratégie nationale sur des problématiques prioritaires ;
- ◆ amélioration du suivi du parcours des personnes âgées en perte d'autonomie notamment par le déploiement des MAIA.

La mise en œuvre de cette dernière fiche a été impactée par la fusion des MAIA au sein des dispositifs d'appui à la coordination.

À peine plus de la moitié (15/29) des actions et sous actions de l'axe 3 ont été réalisées dans le calendrier fixé. Douze actions et sous-actions ont été partiellement réalisées ou avec retard.

La non réalisation d'une sous action et d'une action est attribuable, respectivement :

- ◆ à une évolution législative (généralisation du fonctionnement en dispositif) s'agissant de la sous-action 3 de l'action 1 de la fiche 1 (« accompagner les expérimentations de fonctionnement en dispositif (ITEP) ») ;
- ◆ à la CNSA s'agissant de l'action 3 de la fiche 3 (« contribuer à une meilleure anticipation du vieillissement des personnes handicapées et encourager l'adaptation de l'offre à ce public croissant »), la CNSA ayant priorisé les plans nationaux.

**Tableau 13 : bilan synthétique de la réalisation de l'axe 3**

Fiche	Nombre d'actions ou sous-actions (*)	Réalisées dans le calendrier fixé	Réalisées avec retard ou partiellement réalisées	Non réalisées ou abandonnées
Fiche I : Préparer et accompagner l'évolution de l'offre	7	3	3	1
Fiche II : Soutenir les ARS sur leurs nouveaux territoires dans leur mission de programmation et d'accompagnement de l'évolution de l'offre	5	2	3	-
Fiche III : éclairer la mise en œuvre de la stratégie nationale sur des problématiques prioritaires	5	3	1	1
Fiche IV : participer à l'effort de formation et de modernisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des établissements et services médico-sociaux	9	5	4	-
Fiche V : consolider l'intégration des acteurs pour rendre possible le suivi du parcours des personnes âgées en perte d'autonomie	6	5	1	-
<b>Ensemble</b>	<b>32</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>2</b>

*Source : mission, à partir de données CNSA. (\*) : ce nombre est calculé de la façon suivante : si l'action est déclinée sous-action, il s'agit du nombre de sous-actions ; si l'action n'est pas déclinée en sous-actions, il s'agit du nombre d'actions.*

### 3.1. Fiche thématique I : préparer et accompagner l'évolution de l'offre

Cette fiche comporte trois actions :

- ◆ contribuer à la mise en œuvre des plans nationaux ;
- ◆ contribuer à l'amélioration de l'articulation entre l'offre sanitaire et médico-sociale et à la transformation de l'offre ;
- ◆ accroître la connaissance sur l'offre disponible par territoire et sur les évolutions des modes d'accompagnement.

Si l'action de la CNSA dans la mise en œuvre des plans nationaux est satisfaisante, sur les deux autres sujets, pourtant stratégiques, l'action de la CNSA se révèle assez limitée. Il n'est cependant pas facile d'isoler sa contribution propre à des objectifs dont la réalisation est partagée entre un nombre important d'acteurs, tant au niveau national que régional.

L'indicateur prévu pour cette fiche n'a pas été construit.

#### 3.1.1. Action 1 : contribuer à la mise en œuvre des plans nationaux

**Cette action est réalisée**, même si la troisième sous action (accompagner les expérimentations de fonctionnement en dispositif ITEP (instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques)) a été abandonnée. La CNSA a participé activement à l'ensemble des plans nationaux relevant de son champ d'intervention et présente désormais une vision consolidée du déploiement de ces plans. La mission constate, pour la mise en œuvre du 2<sup>ème</sup> schéma Handicaps rares, le recours à un groupement national. S'agissant de l'élaboration du 3<sup>ème</sup> schéma Handicaps rares, la CNSA a eu recours à un appui significatif de cabinets de consultants, après une phase de cadrage initial peu formalisée, qui n'a pas permis d'interroger le bien-fondé de la poursuite de ce plan dans le même format. Le coût prévisionnel de ce 3<sup>ème</sup> schéma n'est pas disponible, même pour les dépenses concernant la CNSA.

##### 3.1.1.1. Sous-action 1 : garantir la mise en œuvre des plans en cours de déploiement

**Cette sous-action est réalisée.** La CNSA a assuré des bilans des différents plans et a participé à l'élaboration et à la mise en œuvre de tous les plans en faveur des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap :

Plans en faveur des personnes âgées :

- ◆ Plan Solidarité Grand Age ;
- ◆ Plan National Alzheimer ;
- ◆ Plan Maladies Neuro-Dégénératives.

En faveur des personnes en situation de handicap :

- ◆ Plan pluriannuel du handicap (PPH) et schéma handicaps rares (HR) ;
- ◆ Troisième plan autisme ;
- ◆ Stratégie quinquennale de transformation de l'offre médico-sociale.

Depuis le conseil du 1<sup>er</sup> décembre 2020, un nouveau bilan unique rassemble les bilans relatifs à :

- ◆ l'accueil et l'accompagnement des personnes âgées ;
- ◆ l'accueil et l'accompagnement des enfants et adultes en situation de handicap ;
- ◆ les procédures d'appel à projet, appel à candidatures et appels à manifestation d'intérêt ;

## Annexe I

- ◆ le suivi des indicateurs de la transformation de l'offre à destination des personnes handicapées.

Selon la DESMS, cette présentation consolidée a reçu un accueil très favorable lors de sa présentation à l'occasion du conseil du 1<sup>er</sup> décembre 2020.

Le pôle « Programmation » de cette direction produit également des notes de suivi tout au long de l'année à destination de la DGCS et des cabinets. Le bilan des plans est réalisé à partir d'extractions issues des systèmes d'information alimentés par les ARS, complétées par des échanges au cours de l'année avec les référents thématiques désignés au sein des ARS.

La CNSA n'a pas enrichi ces bilans à partir des données de l'enquête « établissements sociaux » de la DREES, étant donné la périodicité du recueil des données de la DREES. En revanche, la CNSA a enrichi ces bilans en intégrant des dimensions complémentaires : suivi des écarts interterritoriaux en matière d'équipement (indicateurs issus du PQE), suivi des appels à projets (qui faisait auparavant l'objet d'un bilan à part), suivi des indicateurs de la transformation de l'offre collectés à l'occasion des dialogues de gestion.

### **3.1.1.2. Sous-action 2 : assurer le pilotage de la mise en œuvre du schéma Handicaps rares**

**Cette sous-action est réalisée.** La CNSA a assuré le suivi du 2<sup>ème</sup> schéma Handicaps rares et la préparation du 3<sup>ème</sup> schéma. Ces travaux ont bénéficié de l'appui de deux cabinets de consultants qui ont assuré une double prestation d'appui à la rédaction du 3<sup>ème</sup> schéma et d'appui méthodologique au suivi et à l'évaluation du schéma et du dispositif intégré.

La mission constate que le renouvellement de ce 3<sup>ème</sup> schéma n'a pas donné lieu à une réflexion sur la notion de « handicap rare » dont la définition ne fait pas consensus au niveau international<sup>38</sup>.

Plusieurs actions sont pilotées par le Groupement national de coopération handicaps rares (GNCHR). Celui-ci a notamment mis en place un système commun d'information du dispositif intégré handicaps rares (SCIDI) avec le concours du prestataire Medialis et de son logiciel Médiatteam. Ce logiciel, rempli par les équipes relais handicaps rares (ERHR) et les centres nationaux de ressources handicaps rares (CNRHR), permet de connaître le nombre de personnes suivies et certaines de leurs caractéristiques (âge, déficiences, lieu de vie, adresseurs). Ce dispositif présente néanmoins la limite de ne donner d'informations que sur les personnes qui s'adressent au DIHR, et non sur l'ensemble des personnes atteintes d'un handicap rare.

La mission n'a pas reçu de précision sur les modalités de financement de ce schéma notamment la création et la maintenance du site [www.handicapsrares.fr](http://www.handicapsrares.fr), le coût de nouveaux recueils spécifiques prévus, ou la maîtrise d'ouvrage du projet de « carnet de parcours numérique de vie/mémoire ».

Le suivi du plan Autisme ne faisait pas l'objet d'une sous action particulière. Dans ce domaine, la CNSA assure le suivi des centres de ressources autisme (CRA) et pilote la convention d'objectifs et de moyens du GCRA; elle a délégué des crédits destinés aux CRA pour améliorer la coordination avec le volet sanitaire. La CNSA a participé aux travaux de la mission de la DITP sur les CRA diligentée à la demande de la délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme<sup>39</sup>. La mission souligne l'intérêt de l'état des lieux réalisé par la DITP, et des propositions associées. Elle suggère de solliciter à nouveau cette direction, ainsi que les

---

<sup>38</sup> Le Forum européen des personnes handicapées a fait émerger le terme de « person with complex dependency needs ».

<sup>39</sup> DITP, Mission d'amélioration des délais d'accès à un diagnostic au sein des Centres Ressources Autisme, Avril 2019.

inspections compétentes, pour continuer à accroître sa connaissance fine des différents acteurs de la prise en charge relevant du cinquième risque (cf. Annexe VII).

### **3.1.1.3. Sous-action 3 : accompagner les expérimentations de fonctionnement en dispositif (ITEP)**

**Cette sous-action a été abandonnée** compte tenu de la généralisation de la possibilité de fonctionnement en dispositif, ouverte, depuis 2013, à titre expérimental dans cinq régions. Cette généralisation, prévue par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (article L.312-7-1 du code de l'action sociale et des familles) a fait l'objet d'un décret d'application du 24 juillet 2017. Un rapport, remis au Parlement fin 2017<sup>40</sup> a mis en évidence que cette évolution était largement engagée et positive pour les usagers (de jeunes garçons âgés en moyenne de 14 ans vivant majoritairement à domicile et scolarisés en milieu ordinaire avant leur orientation vers un dispositif ITEP). Cette organisation permet en effet aux établissements et services, avec la famille, de choisir la modalité d'accueil la plus adaptée aux besoins des enfants accompagnés, de façon évolutive et réactive, en fonction de leurs besoins.

### **3.1.2. Action 2 : contribuer à l'amélioration de l'articulation entre l'offre sanitaire et médico-sociale et à la transformation de l'offre**

**Cette action a été partiellement mise en œuvre.** La CNSA assure la mise en œuvre des opérations de fongibilité entre enveloppes<sup>41</sup>, dans le cadre du calibrage des dotations régionales limitatives des ARS. Le mécanisme de « fongibilité asymétrique » au profit du secteur médico-social est suivi par le SGMAS (cf. 4.1.1.2). Cette situation devra être réinterrogée dans le cadre de la nouvelle COG pour tenir compte du fait que la CNSA est désormais chargée de l'équilibre financier de la branche.

L'objectif d'articulation entre le dispositif MAIA et les parcours pilotes personnes âgées en perte d'autonomie (PAERPA) a été impacté par l'abandon du dispositif MAIA au profit de la convergence des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes (DAC) prévue par la loi du 24 juillet 2019 (cf. 3.5).

### **3.1.3. Action 3 : accroître la connaissance sur l'offre disponible par territoire et sur les évolutions des modes d'accompagnement**

**Cette action est partiellement réalisée.** L'outil SEPIIA permet à la CNSA de réaliser des extractions de données, mais les évolutions nécessaires de cet outil, notamment pour prendre en compte la notion de « file active », ont été différées pour l'instant. Les autres travaux sont suivis de façon plus ponctuelle : s'agissant du répertoire opérationnel des ressources (ROR), la CNSA a rejoint récemment les travaux, pilotés par la DGOS ; s'agissant du SI de suivi des orientations, il a été réalisé dans 90 départements fin 2020, mais avec de nombreuses difficultés techniques et des problèmes de ressources ne le rendant pas pleinement opérationnel (cf. supra axe 1 fiche II). Les ARS estiment que les rencontres régulières avec les MDPH et avec les conseils départementaux, ainsi que les échanges de données n'ont pas été suffisamment favorisés. A l'appui de la sous action « contribuer à la réflexion sur l'évolution de l'offre d'accompagnement des personnes âgées en établissement », la CNSA fait référence à sa contribution au rapport de la « Concertation Grand âge et autonomie » remis par

<sup>40</sup> IGAS – IGEN – IGAENR, Evaluation du fonctionnement en dispositif intégré des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, et des perspectives d'extension (IGAS n°2017-070R).

<sup>41</sup> Instruction N°DGOS/DGCS/DSS/R1/5C/1A/2018/266 du 21 décembre 2018 relative aux opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs de dépenses sanitaires et médico-sociaux.

M. Dominique Libault en mars 2019. L'activité de subvention directe de projets innovants, par le biais d'appels à projet, est importante, mais l'évaluation des projets reste à développer et l'ambition de démultiplication ne semble pas avoir fait l'objet de travaux particuliers.

### ***3.1.3.1. Sous-action 1 : permettre une connaissance fine de l'offre disponible par territoire et la mettre à disposition des acteurs à travers divers leviers***

**Cette sous-action est partiellement réalisée.** La CNSA produit annuellement des données d'équipement par région qui rassemblent des informations produites par la CNSA (SEPPIA), la DREES (Statiss), l'INSEE, l'assurance maladie (SNIIRAM) et la CNAF.

L'outil SEPPIA a été construit pour suivre la consommation des crédits consacrés à la création de places. Le poste de chef de projet SEPPIA au sein de la DESMS a été vacant d'août 2017 à juin 2018, et fait désormais l'objet d'un « binôme ». L'outil a peu évolué en 2019 (uniquement pour répondre à des ajustements techniques sur la gestion des comptes, sur les rapports de synthèse dans le volet « BI » de l'application, et aux demandes urgentes de la délégation interministérielle à l'autisme : suivi des UEM (Unités d'Enseignement en Maternelle) et des UEEA (Unités d'Enseignement en Élémentaire Autisme) par exemple, alors qu'il devra à l'avenir permettre de suivre les nouveaux dispositifs (ex : pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE<sup>42</sup>)) qui sont suivis par « file active » et non par « nombre de places ». Le contexte de la crise sanitaire en 2020 a encore différé ces évolutions auxquelles les ARS devront nécessairement être associées.

La DESMS, en lien avec la DSI de la CNSA, participe aux travaux sur le ROR conduits par l'ANS sous le pilotage de la DGOS ; la CNSA a développé un portail de présentation des EHPAD, mais n'a pas entrepris les travaux pour que ce portail soit alimenté par le ROR, alors que le ROR prévoyait dès le départ l'intégration des données relatives au champ médico-social.

Le déploiement du système de suivi des orientations s'est fait sur le même calendrier que celui du SI-MDPH, entraînant une embolie des ressources sur les territoires et une nécessaire priorisation. Des difficultés techniques de synchronisation entre le SI MDPH et le SI SDO sont signalées (cf. axe 1, fiche 2, action 1).

Les ARS estiment que la CNSA n'a pas suffisamment favorisé les rencontres régulières avec les MDPH et les conseils départementaux, ni le partage de données comme le prévoyait pourtant la COG. La CNSA envisage d'adresser pour information aux ARS les lettres d'informations destinées aux MDPH et aux conseils départementaux, ce qu'elle a fait ponctuellement à ce jour.

### ***3.1.3.2. Sous-action 2 : contribuer à la réflexion sur l'évolution de l'offre d'accompagnement des personnes âgées en établissement***

**Cette sous-action est partiellement réalisée.** La CNSA renvoie sur ce point à sa contribution au rapport Libault, qui a pris différentes formes : la CNSA a ainsi été co-rapporteuse de plusieurs groupes de travail (sur les systèmes d'information, sur l'évolution de l'offre). Elle a par ailleurs alimenté directement certains volets du rapport. Ainsi, le dimensionnement des besoins en rénovation des EHPAD a été proposé par la CNSA à partir de l'exploitation des données du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social et des données

---

<sup>42</sup> On compte une centaine de ces pôles, mis en place à la suite du rapport Piveteau « Zéro sans solution », pour prévenir les ruptures de parcours, à tout âge, en organisant un accompagnement adapté aux besoins des personnes, quel que soit leur handicap, par la mobilisation collective des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux exerçant sur un territoire, aussi bien en établissement qu'en libéral.

du PAI. C'est par ailleurs dans ce cadre qu'ont été examinées les conditions d'une fusion des sections « soins » et « dépendance » des EHPAD.

### **3.1.3.3. Sous-action 3 : soutenir les pratiques innovantes pour faire évoluer l'offre**

**Cette sous-action est réalisée.** La liste des actions innovantes financées est en ligne sur le site CNSA<sup>43</sup>. La mission constate cependant que les AAP voyage d'études ne figurent pas dans cette liste, Cette catégorie d'AAP semble par ailleurs avoir été récemment arrêtée. Les projets d'actions innovantes reçus font l'objet d'une expertise par des chargés de mission de la DESMS, de la DCOMP, et systématiquement d'un chargé de mission de la DS, selon une trame variable. Les critères d'examen des dossiers sont précisés sur le site de la CNSA<sup>44</sup>. S'agissant du volet évaluatif, la mission prend acte de la difficulté de l'exercice compte tenu du nombre élevé de projet soutenus, menés selon des méthodologies très variables. Les conventions prévoient que le porteur s'engage à remettre un rapport final et un compte rendu financier mais ce rapport n'est pas une évaluation. Il n'est pas envisageable de demander à la CNSA de faire une évaluation systématique des projets soutenus. Celle-ci ne pourrait être pertinente que sur l'AAP thématique, qui conduit à sélectionner plusieurs projets portant sur des sujets comparables. Cette orientation est partiellement mise en place par la CNSA qui procède à une évaluation tous les deux ans<sup>45</sup>.

L'ambition de modélisation des projets d'ampleur significative, dans un objectif de démultiplication, ne semble pas avoir été menée à terme.

La CNSA ne participe pas au comité de suivi mis en place pour le choix des innovations organisationnelles pour la transformation du système de santé prévue par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, et n'a pas connaissance des projets examinés dans ce cadre.

### **3.1.4. Engagements de l'État et conditions de faisabilité**

**Il s'agit d'engagements assez généraux dont l'atteinte est difficile à apprécier** (assurer la cohérence et la convergence des différents travaux relatifs aux nomenclatures des établissements, des spécialités, des besoins et des prestations ; impliquer la CNSA dans les chantiers relatifs à l'évolution du droit des autorisations).

## **3.2. Fiche thématique II : soutenir les ARS sur leurs nouveaux territoires dans leur mission de programmation et d'accompagnement de l'évolution de l'offre**

Cette fiche comporte cinq actions, qui ont été réalisées, en totalité ou en partie:

- ◆ appuyer les ARS dans la préparation de leurs futurs schémas régionaux de santé sur la thématique médico-sociale ;
- ◆ assurer un suivi fin de la programmation des ARS en accompagnant l'appropriation de SEPPIA ;
- ◆ assurer un appui renforcé sur les territoires ayant des difficultés spécifiques ;

---

<sup>43</sup> <https://www.cnsa.fr/recherche-et-innovation/liste-des-projets-finances/actions-innovantes-financees>

<sup>44</sup> <https://www.cnsa.fr/recherche-et-innovation/deposer-un-projet/actions-innovantes>

<sup>45</sup> La CNSA a réalisé une évaluation sur les expérimentation d'Ehpad « hors les murs » en 2018. La plus récente porte sur les expérimentations du modèle Buurtzorg (modèle innovant d'organisation des services à domicile).

## Annexe I

- ◆ participer à la mise en place de formations métier des ARS sur la fonction de programmation ;
- ◆ renforcer le suivi des appels à projets, analyser leurs champs d'intervention et veiller à la déclinaison de la programmation et à la capitalisation de bonnes pratiques.

Le soutien des ARS est organisé au sein de la DESMS, pour les politiques qui la concernent en propre mais aussi au service des autres directions de la CNSA. Cette organisation n'est toutefois pas formalisée ni structurée autour d'une ou plusieurs personnes qui seraient spécialement dédiées à cette mission. Chaque année, un dialogue de gestion est organisé avec chaque ARS (au niveau du directeur général ou du directeur général adjoint), qui donne lieu à une synthèse par ARS et à une synthèse globale. Cet exercice permet notamment de commenter les résultats obtenus par chaque ARS en matière de programmation et d'accompagnement de l'évolution de l'offre. Par ailleurs, chaque chargé de mission assure l'animation de son réseau de correspondants thématiques et met en place les groupes de travail nécessaires. Le lien avec les directions de l'autonomie des ARS s'appuie sur l'organisation mise en place par le SGMAS (comités techniques sectoriel « médico-social »). Lors d'un échange organisé par la mission, les directeurs de l'autonomie se sont déclarés globalement satisfaits du soutien apporté par la CNSA, mais sont demandeurs d'une organisation plus structurée, comparable à celle mise en place pour les MDPH. La mission considère qu'une telle évolution mérite d'être examinée, tout en préservant les mécanismes d'animation transversaux assurés par le SGMAS.

Deux indicateurs sont associés à cette fiche II. Le premier est un indicateur de résultat, le second un indicateur de suivi, mais une valeur cible était fixée pour chaque année.

Le premier indicateur, correspondant à l'action 2 concernant l'appropriation par les ARS de l'application SEPIIA, n'a été suivi qu'en 2019. Il semble indiquer une forte amélioration par rapport à la valeur de référence.

Le second indicateur, relatif au taux de satisfaction des ARS quant à l'appui proposé par la CNSA sur les sujets programmation, n'a pas été suivi. La CNSA affiche un taux de satisfaction de référence de 91% en 2015.

**Tableau 14 : suivi des indicateurs de la fiche thématique II**

Indicateur	Référence (année)	2016		2017		2018		2019	
		Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Part des ARS dont les saisies relatives aux installations de places dans SEPIIA témoignent de retards de mise à jour lors de l'extraction du 31 décembre	88 % des 26 ARS au 31 décembre 2015	60 %	/	48 %	/	30 %	/	28 %	11 %
Taux de satisfaction des ARS quant à l'appui proposé par la CNSA sur les sujets programmation	91 % en 2015	92 %	/	93 %	/	94 %	/	95 %	/

*Source : CNSA.*

### 3.2.1. Action 1 : appuyer les ARS dans la préparation de leurs futurs schémas régionaux de santé sur la thématique médico-sociale

**Cette action est partiellement réalisée.** La CNSA a participé aux réunions organisées par le SGMAS pour préparer les nouveaux projets régionaux de santé (PRS). Cet appui est intervenu avec un retard non imputable à la CNSA par rapport au calendrier prévu. La date initialement prévue pour l'élaboration des PRS a en effet été décalée par le législateur, dans l'attente de la finalisation de la stratégie nationale de santé 2018-2022, intervenue par le décret n°2017-1866 du 29 décembre 2017. La CNSA n'a pas réalisé de synthèse des schémas régionaux de santé en mettant en avant la charge de travail que cela représenterait. Elle considère que la synthèse sur le seul secteur médico-social ne serait pas forcément pertinente compte tenu de la logique transversale des PRS. L'exploitation des schémas régionaux de santé prévue par la COG n'a pas été réalisée en tant que telle. Pour autant, les travaux réalisés dans le cadre des dialogues de gestion et la synthèse qui en est faite contribue à fournir une vision de la conduite des politiques de l'autonomie par les ARS, menées en référence à leurs PRS.

La mission rappelle que la Cour des comptes avait recommandé dans son rapport public annuel pour 2018<sup>46</sup> de « préciser le rôle de la CNSA dans la synthèse des volets médico-sociaux des projets régionaux de santé ». Dans leurs réponses, les autorités ministérielles ainsi que la CNSA avaient confirmé que la CNSA serait chargée de cette synthèse<sup>47</sup>. A ce stade, la CNSA réalise chaque année une synthèse des dialogues de gestion et un bilan des plans devenu bilan de l'évolution de l'offre (transversal PA et PH). La mission a par ailleurs eu connaissance d'une synthèse des volets médico-sociaux des PRS réalisée par la DGCS fin 2018.

### 3.2.2. Action 2 : assurer un suivi fin de la programmation des ARS en accompagnant l'appropriation de SEPPIA

**Cette action est réalisée.** La CNSA est tributaire du calendrier et de la qualité de la saisie des informations par les ARS pour réaliser des bilans intermédiaires de l'avancée des plans. Les retards de saisie observés en début de COG, suivis par le biais de l'indicateur ci-dessus, se sont réduits grâce à l'annonce des dates d'extraction nationale dans une annexe de la circulaire budgétaire (annexe spéciale dédiée aux systèmes d'information), et l'envoi de messages de rappel.

La CNSA a réalisé le travail d'accompagnement des ARS, avec des dispositifs spécifiques si besoin (par exemple, la CNSA a récemment mis en place un accompagnement spécifique des ARS de La Réunion et de Mayotte).

### 3.2.3. Action 3 : assurer un appui renforcé sur les territoires ayant des difficultés spécifiques

**Cette action est partiellement réalisée.** Des dialogues de gestion sont organisés annuellement avec chaque ARS. Cet exercice, auquel sont conviées les directions d'administration centrale, est apprécié par les ARS. Il donne lieu à une synthèse, comme prévu par la COG. En revanche, il n'en résulte pas un partage de bonnes pratiques, pourtant prévu par la COG et souhaité par les ARS, même si la synthèse des dialogues de gestion d'une part, et le bilan de l'évolution de l'offre 2019 d'autre part, intègrent la valorisation de pratiques remarquables.

---

<sup>46</sup> Tome 2, page 120.

<sup>47</sup> p. 123 (Ministre chargée des Solidarités et de la Santé) « la CNSA se verra officiellement saisie de cette mission de synthèse » et p. 130 (Présidente et Directrice générale de la CNSA) : « la CNSA a en effet vocation à s'y investir en lien avec le SGMAS et la DGCS ».

L'identification de besoins spécifiques de certaines ARS se réalise dans ce cadre mais pas uniquement et a pu donner lieu à un appui ponctuel (action de formation spécifique) en cas d'important renouvellement d'équipe lié à la réforme territoriale (fusion des régions). En revanche, la mission n'a pas connaissance d'une démarche organisée d'appui renforcé sur les territoires ayant des difficultés spécifiques, en dehors de l'appui apporté aux ARS ultramarines (aide renforcée à la conduite des campagnes tarifaires en Guyane, par exemple).

Ce constat pose, plus largement, celui de l'absence d'offre unifiée et lisible d'appui aux ARS, comparable à celle qui existe pour les MDPH du côté de la direction de la compensation.

### 3.2.4. Action 4 : participer à la mise en place de formations métier des ARS sur la fonction de programmation

**Cette action est réalisée.** Des journées d'accompagnement sont organisées mais sous une forme plus souple que celle prévue par la COG. Les équipes de la CNSA se déplacent en cas de besoin au sein des ARS pour appuyer les équipes. Un appui téléphonique pour former les agents à l'application SEPIIA à distance est également organisé. Les formations transversales qui existaient auparavant ne semblent plus adaptées avec la montée en compétence de la plupart des ARS, qui appelle plutôt des formations bilatérales adaptées aux besoins.

### 3.2.5. Action 5 : renforcer le suivi des appels à projets, analyser leurs champs d'intervention et veiller à la déclinaison de la programmation et à la capitalisation de bonnes pratiques

**Cette action est partiellement réalisée, pour des motifs indépendants de la CNSA.** La part des appels à projets par région a décliné au profit des appels à manifestation d'intérêt, suite au changement de la réglementation. Comme le relève la CNSA<sup>48</sup>, « l'appel à projets constitue le levier principal d'évolution de l'offre médico-sociale depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, qui l'introduit. À partir de 2015, plusieurs textes viennent réduire le périmètre des opérations relevant de ce mode d'autorisation, ce qui positionne désormais l'appel à projets comme levier secondaire. » En effet, si la procédure d'appel à projets constitue un outil pleinement adapté pour développer de manière efficiente et transparente la création d'ESMS, elle n'est pas toujours apparue comme la plus appropriée pour accompagner la restructuration de l'offre de prise en charge et son évolution, en lien avec celle des besoins des personnes.

Les premières mesures de simplification de la procédure d'appel à projets sont issues du décret n° 2014-565 du 30 mai 2014. Par ailleurs la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et son décret d'application introduisent les premiers cas d'exonération de la procédure d'appel à projets.

En 2017, de nouvelles mesures de simplification interviennent dans un cadre expérimental, permettant aux directeurs généraux de quatre ARS de déroger aux règles relatives à la procédure d'appel à projets et élargissant ainsi les cas d'exonération. Ces mesures dérogatoires seront généralisées à toutes les ARS et aux conseils départementaux par le décret n° 2019-854 du 20 août 2019.

L'année 2018 voit émerger une nouvelle procédure contribuant à l'évolution de l'offre médico-sociale : l'appel à manifestation d'intérêt. Il apparaît dans un contexte de transformation de l'offre destinée aux personnes handicapées, déjà engagée sur le terrain et qui tend à s'amplifier. Cette modalité est soutenue par le secrétariat d'État chargé des personnes handicapées, par les comités interministériels du handicap de décembre 2016 et septembre 2017, et par plusieurs

---

<sup>48</sup> CNSA, Décembre 2019, Bilan 2018 des appels à projets, appels à candidatures et appels à manifestation d'intérêt médicosociaux, 50 p. Les indications qui suivent sont issues de ce bilan.

leviers administratifs et juridiques, mais ne fait pas l'objet de dispositions du code de l'action sociale et des familles.

Cette évolution rend plus difficile le suivi de la cohérence entre les programmations saisies dans l'application SEPPIA et le lancement effectif des AAP par les ARS. En effet, *« les agences régionales de santé et les conseils départementaux publiant de moins en moins de calendriers prévisionnels, le suivi se trouve privé de données de programmation, et la possibilité de calculer un taux de réalisation national et par région disparaît (AAP programmés/AAP lancés). »*<sup>49</sup>

### 3.2.6. Engagements de l'État et conditions de faisabilité

La COG prévoyait la définition du cadre général de suivi des projets régionaux de santé prévu à l'article R. 1434-7, par arrêté du ministre chargé de la santé pour permettre la mise en œuvre des actions relatives à la capitalisation sur les futurs schémas régionaux.

Ce cadre de suivi des PRS n'a pas été défini, en l'absence notamment de cadre normalisé de présentation des PRS.

### 3.3. Fiche thématique III : éclairer la mise en œuvre de la stratégie nationale sur des problématiques prioritaires

Cette fiche comportait cinq actions :

- ◆ participer au pilotage national interadministratif de la mise en œuvre de la « réponse accompagnée pour tous » ;
- ◆ contribuer à la connaissance du phénomène des jeunes relevant de l'amendement Creton et à la prévention de ces situations ;
- ◆ contribuer à une meilleure anticipation du vieillissement des personnes handicapées et encourager l'adaptation de l'offre à ce public croissant ;
- ◆ contribuer aux travaux sur la régulation des flux d'orientation de ressortissants français vers la Belgique ;
- ◆ favoriser le développement de coopérations et de modalités d'accompagnement adaptées aux spécificités du handicap psychique.

Les actions 1, 4 et 5 sont assez largement atteintes. La CNSA s'est fortement impliquée sur la mise en œuvre de la « réponse accompagnée pour tous ». Elle apporte son concours au suivi du phénomène des départs de ressortissants français vers la Belgique.

En revanche, en matière de suivi des jeunes relevant de l'amendement Creton (action 2) l'action de la CNSA pendant la période de la COG n'a pas pu être documentée en dehors du fait qu'il s'agit d'un des indicateurs de transformation de l'offre, abordé lors des dialogues de gestion avec les ARS et au cours des journées transformation de l'offre. La CNSA n'a pas conduit de travaux d'anticipation du vieillissement des personnes handicapées comme le prévoyait l'action 3. Plus généralement, une seule personne assure l'expertise du pôle « programmation » de la DESMS dans le domaine des personnes âgées, ce qui constitue une source de fragilité préoccupante. Cette direction semble avoir dû prioriser les sujets d'actualité, qui étaient assez largement relatifs aux situations de handicaps, et n'a pas été en mesure de se situer dans l'attitude d'anticipation prévue par la COG. Le résultat de cette priorisation sur le court-terme est, notamment, que les sujets concernant les personnes âgées sont suivis par le pôle budgétaire de la DESMS, et appréhendés principalement sous ce prisme.

---

<sup>49</sup> *Ibid.*, p. 14.

### **3.3.1. Action 1 : participer au pilotage national interadministratif de la mise en œuvre de la « réponse accompagnée pour tous »**

**Cette action est réalisée.** La CNSA assure un rôle de pilote de l'axe 1 du chantier « réponse accompagnée pour tous » (dispositif d'orientation permanent et accompagnement global) mais sa contribution était attendue sur l'ensemble des axes (cf. axe 2, fiche II, action 2).

### **3.3.2. Action 2 : contribuer à la connaissance du phénomène des jeunes relevant de l'amendement Creton et à la prévention de ces situations**

**Cette action a été partiellement réalisée.** Les productions propres transmises par la CNSA datent de l'année 2014. Les éléments plus récents (2019) transmis à la mission concernent une intervention de la DSS dans le cadre d'un club utilisateurs de HAPI. Toutefois la CNSA assure un suivi et ce sujet est l'un des indicateurs de suivi de la transformation de l'offre. A ce titre, il est abordé lors des dialogues de gestion avec les ARS.

### **3.3.3. Action 3 : contribuer à une meilleure anticipation du vieillissement des personnes handicapées et encourager l'adaptation de l'offre à ce public croissant**

**Cette action n'a pas été réalisée** car la DESMS a priorisé les plans nationaux. Au-delà d'échanges avec les ARS, il n'y a pas eu d'action particulière et personne au sein de la direction n'est suffisamment outillé pour prendre en charge ce sujet.

### **3.3.4. Action 4 : contribuer aux travaux sur la régulation des flux d'orientation de ressortissants français vers la Belgique**

**Cette action est réalisée.** La CNSA a assuré le pilotage de l'enveloppe allouée à la prise en charge des enfants dans le cadre des établissements conventionnés, à l'aide des éléments transmis par la CNAM, en lien très étroit avec les ARS concernées.

La CNSA s'est mise en capacité de fournir une synthèse de l'utilisation des crédits médico-sociaux délégués dans le cadre du Plan de prévention des départs non souhaités vers la Belgique et au dispositif « situations critiques », en s'appuyant sur une extraction de données issues de l'application SEPIIA. Afin d'assurer un meilleur suivi de ces crédits, ceux-ci ont été notifiés dans l'application SEPIIA en juin 2020 de manière rétroactive. Cette opération nécessite un travail d'historicisation des opérations réalisées et des programmations envisagées de la part des ARS, qui nécessitera un certain délai (majoré par le contexte de crise sanitaire).

Dès à présent, un suivi budgétaire est réalisé via le système d'information HAPI, ce qui permet de disposer d'une visibilité sur la tarification effective opérée par ARS, mais pas sur les autorisations en cours d'installation et sur les programmations.

Les travaux de la CNSA associent étroitement les ARS, les MDPH et les conseils départementaux, en particulier les ARS Hauts-de-France, Grand Est, Ile-de-France

Deux sujets ont particulièrement mobilisé les équipes de la CNSA :

- ◆ conventionnement pour stabiliser le nombre d'enfants pris en charge en Belgique; les travaux se poursuivent pour mener une action comparable pour les adultes;
- ◆ crédits délégués aux ARS pour proposer des solutions en France ; en 2021, un bilan devrait être fait sur les réalisations.

### 3.3.5. Action 5 : favoriser le développement de coopérations et de modalités d'accompagnement adaptées aux spécificités du handicap psychique

Cette action est réalisée. L'accent est mis sur l'animation des groupes d'entraide mutuels (GEM), avec la réunion de comités de suivi et des interactions directes. Hors GEM, la DESMS assure le contrôle de la dépense réalisée par les ARS avec les crédits délégués par la CNSA, afin de rendre compte de l'ouverture vers le « milieu ordinaire » pour l'ensemble des publics concernés dans le cadre de la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale handicap psychique.

### 3.3.6. Engagements de l'État et conditions de faisabilité

La DGOS s'est impliquée sur des travaux d'étude conjoints relatifs aux publics ayant recours de façon importante à l'offre sanitaire et à l'offre médico-sociale : participation aux travaux de préparation de la convention d'objectifs et de moyens du GNCRA, travaux relatifs aux plateformes de coordination et d'orientation (PCO) par exemple.

## 3.4. Fiche thématique IV : participer à l'effort de formation et de modernisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des établissements et services médico-sociaux

Cette fiche comportait trois actions, la première visant le soutien à l'efficience et la qualité des services d'aide à domicile, principalement au travers des conventions de financement de la section IV, la deuxième portant sur le développement de la formation des professionnels, par le même canal financier et la troisième visant l'amélioration du pilotage et du suivi de ces conventions.

Elle comportait deux indicateurs, le premier de suivi (mais avec des cibles chiffrées) et le second de résultat.

**Tableau 15 : suivi des indicateurs de la fiche thématique IV**

Indicateur	Référénc ce (année)	2016		2017		2018		2019	
		Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Nombre d'actions de formation réalisées avec un financement de la CNSA	61 568 (2014)	60 000	63 891	61 000	60 464	62 000	60 534	62 000	62 000
Nombre de formations interinstitutionnelles que la CNSA a facilitées ou soutenues	4 (2015)	1/an	-	1/an	-	1/an	-	1/an	-

Source : CNSA.

Le premier indicateur est suivi à l'aide des bilans annuels adressés par les organismes collecteurs des fonds de la formation professionnelle (OPCA puis OPCO) bénéficiant d'une convention de financement de la CNSA au titre de la section IV. Il correspond au nombre des personnes ayant suivi des actions de formation financées par la CNSA dans ce cadre. Ce nombre est assez stable et s'établit autour de 60 000 personnes formées par an.

La fiche indicateur du second précise qu'« une formation interinstitutionnelle est une formation suivie par des professionnels de différents secteurs d'intervention (sanitaire, médico-social, Education nationale...) ou de différents champs (PA, PH). Ces formations portent sur une thématique commune à ces professionnels ». Curieusement, alors que cette fiche mentionne 4 formations interinstitutionnelles financées en 2015, cet indicateur de résultat n'a pas été suivi.

### 3.4.1. Action 1 : soutenir l'efficience et la qualité dans le secteur de l'aide à domicile

Cette action comportait quatre sous-actions dont deux concernant la poursuite des financements alloués, d'une part, aux départements, d'autre part, aux fédérations de l'aide à domicile pour moderniser le secteur. La troisième et la quatrième visaient des objectifs plus ambitieux d'accompagnement de l'expérimentation d'une nouvelle offre intégrée « soins et accompagnement à domicile » et de contribution à la refondation de l'aide à domicile. **Ces quatre sous-actions ont été réalisées**, pour les deux dernières dans les limites qu'elles définissaient (accompagner, contribuer) : si elles ont eu un impact modeste sur l'évolution du secteur, elles ont pu contribuer à préparer les réformes qui devraient trouver place dans la future loi autonomie.

#### 3.4.1.1. Sous-action 1 : soutenir les politiques départementales visant la structuration de l'offre et la modernisation des modalités de sa régulation

La CNSA a poursuivi sa **politique de contractualisation avec les départements au titre de la section IV de son budget qui comporte plusieurs volets : modernisation de l'aide à domicile mais aussi soutien aux aidants (cf. axe 2 fiche V), appui aux bénévoles (lutte contre l'isolement) ou aux accueillants familiaux**. Elle a signé environ 10 à 15 conventions par an (nouvelles ou en renouvellement d'une convention précédente). En 2019, 51 départements bénéficiaient d'une convention section IV en vigueur<sup>50</sup> et ont reçu 8 M€ de subventions de la CNSA à ce titre (pour un montant total d'engagements pluriannuels de 37 M€).

La section IV ne pouvant financer de dépenses pérennes, la CNSA cible son soutien aux départements concernant les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) sur les outils, comme le déploiement de la télégestion entre SAAD et départements, ou sur l'appui à la structuration de l'offre et à la professionnalisation du secteur.

**Cette sous-action a donc été réalisée conformément à la COG** qui ne fixait pas d'objectif quantitatif de conventionnement et le nombre de départements couverts par une convention a très légèrement diminué au cours de la COG (52 départements couverts en 2015).

**La CNSA a eu en outre à gérer un dispositif spécifique** créé par la LFSS pour 2017 pour les SAAD, **non inscrit dans la COG, le fonds d'appui aux bonnes pratiques**, dont le financement est passé par des conventions départementales spécifiques (50 conseils départementaux volontaires) ou par les ARS dans les départements non signataires.

#### 3.4.1.2. Sous-action 2 : encourager la poursuite des dynamiques de mutualisation et de professionnalisation des grands réseaux d'aide à domicile ainsi que le renforcement de leur fonction de pilotage

**Le conventionnement de la CNSA avec les têtes de réseaux de l'aide à domicile au titre de la section IV couvre aujourd'hui la totalité du secteur** (13 fédérations) et a donné lieu au versement de 13 M€ de subventions en 2019 (pour un montant d'engagements pluriannuels de 73 M€).

Les objectifs prioritaires des conventions concernent la mutualisation de fonctions au sein des réseaux, la professionnalisation des interventions et le développement des outils (notamment SI).

---

<sup>50</sup> Ce nombre s'établit à 49 fin 2020.

La CNSA prévoit depuis 2015, dans les conventions avec les têtes de réseaux, une phase d'évaluation réalisée par un prestataire externe, la CNSA participant au cadrage et au suivi de l'évaluation<sup>51</sup>. Cela lui permet d'en tirer les enseignements pour la négociation d'un nouveau programme.

#### **3.4.1.3. Sous-action 3 : accompagner le développement des SPASAD, offre intégrée d'aide et de soins à domicile et la diversification de l'offre de services à domicile**

La loi ASV avait prévu l'expérimentation de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (les SPASAD, qui réunissent un SSIAD et un SAAD) dit « intégrés ». Cette expérimentation, encore en cours, a concerné environ 350 SPASAD.

Comme le prévoyait la COG, la CNSA a contribué à cette expérimentation pilotée par la DGCS en distribuant les crédits spécifiques prévus à cette fin dans l'OGD aux ARS concernées. Elle indique également avoir apporté un soutien financier sur la section IV aux fédérations engagées dans ces expérimentations mais sans être en mesure d'en préciser l'objet et les modalités, ce soutien étant variable selon l'implication des fédérations dans les expérimentations.

#### **3.4.1.4. Sous-action 4 : contribuer au chantier de refondation des services à domicile en favorisant l'échange d'expériences issues des programmes de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile**

**L'objet de cette action a fortement évolué en 2019**, la LFSS prévoyant l'expérimentation d'un nouveau mode de financement des SAAD combinant un tarif horaire des interventions et des financements globalisés complémentaires dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre le département et le SAAD. De ce fait, deux phases sont à distinguer dans la mise en œuvre de l'action :

- ◆ 2016-2017 : travaux sur un guide des bonnes pratiques traduit dans les conventions avec les conseils départementaux financées par le fonds d'appui aux bonnes pratiques ;
- ◆ 2018-2020 : préparation et lancement de l'expérimentation inscrite dans la LFSS 2019 d'un nouveau système de financement des SAAD, dans le cadre d'un co-pilotage DGCS-CNSA.

Les travaux menés pour cette expérimentation encore en cours (elle a démarré sur le terrain en 2020, la procédure prévoyant un appel à candidatures auprès des conseils départementaux lancé par la CNSA, puis de chaque département auprès des SAAD) ont contribué à alimenter la réflexion sur la définition d'un nouveau modèle de financement des SAAD qui devrait être inscrit dans le futur projet de loi autonomie.

#### **3.4.2. Action 2 : déployer une stratégie de soutien à la formation contribuant à l'évolution des pratiques professionnelles et à l'attractivité des métiers du champ de l'autonomie**

**Cette action comportait quatre sous actions** : poursuite du conventionnement avec les OPCA, en phase avec les priorités des politiques de soutien à l'autonomie, contribution à la création de nouveaux outils pédagogiques, intégration des problématiques de formation et de GPEC dans les échanges avec les ARS et développement de formations interinstitutionnelles.

---

<sup>51</sup> L'engagement de la fédération à réaliser une évaluation externe n'est toutefois pas inscrit dans la convention elle-même mais dans le programme d'action qui lui est annexé (volet « pilotage) et de façon indirecte par l'identification d'un financement prévu pour le recours à un prestataire pour l'évaluation finale de la convention.

Elle n'a été que partiellement réalisée, seule la première sous-action pouvant être considérée comme atteignant les objectifs de la COG.

**3.4.2.1. Sous-action 1 : cibler le soutien aux OPCA sur des axes prioritaires de formation en cohérence avec l'EDEC sur les métiers de l'autonomie, les plans de santé publique et les besoins d'évolution des pratiques professionnelles, et renforcer l'animation transversale de ces actions au sein de la Caisse**

Au sein de la CNSA, les conventions avec les OPCA (transformés et regroupés en opérateurs de compétence –OPCO- par la loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel) sont pilotées par la direction de la compensation pour le secteur de l'aide à domicile (Uniformation et OPCO EP) et par la direction des établissements et services médico-sociaux pour le secteur des ESMS (OPCO santé, ANFH et CNFPT).

**La mise en place d'un comité de pilotage pour la section IV réunissant ces deux directions et la direction des ressources** (pour le suivi financier des conventions) **a structuré la coordination interne à la CNSA sur ces sujets** (cf. *infra* action 3). Le regroupement des OPCA dans les OPCO a modifié le paysage conventionnel, l'objectif de la CNSA étant de couvrir l'ensemble du secteur.

En 2018 les conventions actives ont permis de financer selon la CNSA :

- ◆ 8 422 parcours de formation à destination de professionnels des ESMS ;
- ◆ 57 801 formations pour les salariés de l'aide à domicile (2 476 en formation qualifiante et 55 325 en formation professionnalisante).

La part prépondérante des formations professionnalisantes répond à l'objectif de la sous-action de privilégier les formations visant l'amélioration des compétences et pratiques professionnelles et permet de limiter le risque de substitution des crédits de la section IV aux crédits de droit commun de la formation initiale et de la formation professionnelle.

**L'engagement financier de la CNSA est important sur ce champ des formations avec 28 M€ versés aux OPCA en 2018** (pour 57 M€ d'engagement pluriannuels). **Compte tenu de l'enjeu, la CNSA a engagé en 2019 une démarche d'évaluation de sa politique de soutien aux OPCO/A** et au CNFPT, en passant un marché avec un cabinet de conseil, pour identifier les apports et limites de la politique de conventionnement et formuler des propositions pour renforcer la pertinence et le pilotage des conventions.

**3.4.2.2. Sous-action 2 : mettre l'expertise et le réseau de la CNSA (experts, écoles, centres de ressources, têtes de réseau...) au service de la constitution d'outils pédagogiques partagés et régulièrement enrichis, accessibles aux ARS, aux OPCA, aux organismes de formation et aux collectivités**

Cette sous-action a été **très partiellement réalisée** avec peu d'avancées concrètes : soutien au titre de la section V à un projet START (système territorial d'accès à des ressources transdisciplinaires) pour élaborer des contenus de formation sur la déficience intellectuelle et les troubles du neuro-développement.

**3.4.2.3. Sous-action 3 : intégrer la problématique de la formation et de la GPEC dans les échanges avec les ARS au sujet de la programmation de l'offre et de son évolution**

Les sujets de gestion des ressources humaines font l'objet d'une rubrique dans les échanges techniques CNSA-ARS depuis 2018. **Mais les avancées constatées se sont centrées, non pas sur la GPEC, mais sur la problématique de la qualité de vie au travail (QVT) dans les ESMS**, pour laquelle des crédits ont été délégués aux ARS dans l'OGD et qui ont fait parallèlement l'objet d'actions financées par la CNSA dans ses conventions avec les OPCA-OPCO à partir de 2018.

**3.4.2.4. Sous-action 4 : impulser, à travers les différents outils conventionnels de la CNSA, le montage de formations thématiques réunissant des professionnels de différents secteurs, notamment en vue de favoriser une meilleure coopération intersectorielle**

Alors que quatre formations interinstitutionnelles avaient été financées en 2015 selon la fiche-indicateur, **une seule a été financée pendant la période de la COG** sur la scolarisation des enfants handicapés ; elle est destinée aux professionnels des MDPH, de l'Éducation nationale et des ESMS (2016-2018).

**3.4.3. Action 3 : rénover le processus de pilotage et de reporting de la politique de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile et de soutien aux OPCA**

**Cette action a été partiellement réalisée.**

**La CNSA a réalisé des efforts importants pour améliorer la cohérence et la qualité de ses conventions section IV avec les différents acteurs** (départements, fédérations, OPCO) et en renforcer le suivi :

- ◆ installation en 2017 d'une instance de coordination interne (COPIL section IV) réunie tous les quinze jours) ;
- ◆ renforcement des dispositions des conventions relatives au suivi annuel des programmes (avec des transmissions de bilans d'activité et de comptes rendus financiers) et inscription du financement d'une évaluation externe dans les programmes d'actions des conventions avec les fédérations (*cf. supra*) ;
- ◆ déploiement d'un outil informatique (GALIS section IV) pour le suivi des subventions à compter de 2018, qui doit être enrichi ensuite d'un module sur le contenu des actions financées ;
- ◆ publication en 2019 d'un guide présentant les règles et la doctrine d'emploi des crédits de la section IV, destiné à l'ensemble des partenaires ;
- ◆ lancement en 2019 d'une démarche d'évaluation externe des conventions passées avec les OPCO.

Toutefois, **le dispositif de pilotage et de suivi conserve des faiblesses structurelles :**

- ◆ il est très difficile d'assurer la cohérence entre des conventions passées avec un aussi grand nombre d'acteurs, faisant l'objet de négociations distinctes, et pouvant contenir chacune de nombreuses actions. La CNSA ne dispose pas d'outil informatique permettant l'identification des programmes des conventions et leur suivi ;

## Annexe I

- ◆ cette situation génère des risques de double financement (par exemple pour les actions de formation qui peuvent trouver place dans les trois types de conventions) difficiles à maîtriser. Même si la publication de la doctrine d'emploi des crédits en 2019 vise notamment à limiter ce risque, le respect des engagements pris par les acteurs de s'interdire ces doubles financements est difficile à contrôler, notamment parce que les actions des conventions des fédérations et OPCO sont mises en œuvre par les associations membres des fédérations et les structures déconcentrées des OPCO. De même, le respect des règles définissant le périmètre des actions finançables par la section IV<sup>52</sup> est difficile à vérifier. **La faculté pour la CNSA de procéder à des contrôles**, inscrite dans les conventions, lui permettant au besoin de mandater un audit externe, **a été très peu utilisée** avec un seul audit financier de fédération pendant la durée de la COG<sup>53</sup> ;
- ◆ les moyens humains sont limités (une chargée de mission sur la section IV à la direction de la compensation assistée par un mi-temps de gestionnaire administratif<sup>54</sup> et une chargée de mission à la direction des établissements et services) pour gérer un « stock » de près de 80 conventions sections IV actives générant environ 20 à 25 renouvellements par an, conduisant à privilégier la négociation du renouvellement des conventions sur le suivi annuel des conventions en cours.

### 3.4.4. Engagement de l'État et conditions de faisabilité

Quatre engagements étaient prévus dont la réalisation a été inégale :

- ◆ la publication du cahier des charges des expérimentations de SPASAD intégrés à la date de promulgation de la loi ASV : elle est intervenue au JO du 31 décembre 2015 (*Arrêté du 30 décembre 2015 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile prévues à l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement*).
- ◆ la mise en œuvre des actions du plan relatif aux métiers de l'autonomie : ce plan s'est traduit en 2014 par la signature d'un engagement pour l'emploi et le développement des compétences (EDEC) signé par le ministre du travail et la ministre déléguée en charge des personnes âgées et de l'Autonomie, avec cinq branches professionnelles concernées par les métiers de l'autonomie et leurs quatre OPCA. Ce plan a été renouvelé en 2020 sous le pilotage de la DGCS sur la bases des propositions des rapports de M. Dominique Libault (Concertation Grand âge et autonomie) et de Mme Myriam El Khomri (Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge, remis le 29 octobre 2019).
- ◆ la facilitation de la mise en œuvre des partenariats interinstitutionnels pour l'organisation de formations croisées, notamment avec l'appui de la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP) : la réalisation de cet engagement est difficilement traçable. L'absence de développement des formations interinstitutionnelles prévues par la COG laisse penser que les contacts pris ont eu peu d'effets ;
- ◆ l'inscription de l'accompagnement des ARS sur la thématique GPEC au programme de travail de l'ANAP : cet engagement n'a pas été réalisé.

---

<sup>52</sup> Article L 14-10-5 -IV, R 14-10-49 et 50 du CASF.

<sup>53</sup> Cet audit a montré que la fédération avait imputé une part excessive des rémunérations de ses salariés sur les dépenses éligibles au titre de la gestion de la convention, du fait de l'absence de système de suivi des temps. L'agent comptable de la CNSA devrait par ailleurs auditer en 2021 une convention départementale.

<sup>54</sup> Avec le soutien de la chargée de mission aidants pour le volet « aidant » des conventions départementales et les conventions avec les associations d'aidants.

### 3.5. Fiche thématique V : consolider l'intégration des acteurs pour rendre possible le suivi du parcours des personnes âgées en perte d'autonomie

Les actions de cette fiche ont été globalement mises en œuvre, même si la CNSA a dû, en fin de période, réorienter fortement ses travaux suite à la loi du 24 juillet 2019.

En effet, la plupart des actions concernaient le déploiement des MAIA. Or, la loi du 24 juillet 2019 a décidé l'intégration de ce dispositif dans les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes (DAC), dont le pilotage est assuré conjointement par la DGOS et le SGMAS. Cette évolution répondait au constat d'une juxtaposition de dispositifs de coordination d'appui aux soins, mise en évidence par l'IGAS dans un rapport de 2014<sup>55</sup>.

La CNSA a joué un rôle actif dans le déploiement de la méthode MAIA. Le sujet, rattaché à la direction générale pendant la phase d'expérimentation à partir de 2008, a relevé, après la décision de généralisation en 2011, de la direction de la compensation (de 2012 à 2015). A partir de 2015 et au début de la COG, le sujet était réparti entre :

- ◆ une cheffe de projet positionnée à la DCOMP ;
- ◆ une experte (1ETP mis à disposition) et une personne à temps partiel en charge des procédures budgétaires (0,5 ETP) positionnées à la DESMS, compte tenu du lien avec les ARS et du financement versé au fonds d'intervention régional (FIR) de chaque ARS.

L'ASIP a apporté son appui à la CNSA pour l'élaboration d'un cahier des charges national permettant le déploiement d'un outil d'évaluation multidimensionnelle validé scientifiquement (*cf. supra* axe 1, fiche I, action 1).

Cette fiche comportait un indicateur intitulé « Part des pilotes et des gestionnaires de cas formés » : il n'a pas été suivi jusqu'en 2018, année où la cible (80 %) est dépassée (83 %).

**Tableau 16 : suivi des indicateurs de la fiche thématique V**

Indicateur	Référence (année)	2016		2017		2018		2019	
		Cible	réalisé	Cible	réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Part des pilotes et des gestionnaires de cas formés	/	60 %	/	70 %	/	80 %	83 %	95 %	/

*Source : CNSA.*

#### 3.5.1. Action 1 : achever le déploiement des MAIA et assurer l'animation nationale du dispositif en appui aux acteurs locaux

Les trois sous-actions de cette action sont réalisées. Les MAIA avaient été généralisées en 2011 et confortées par le plan Maladies neurodégénératives ainsi que par la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Conformément aux objectifs initiaux, 352 MAIA étaient déployées en 2016, soit dès le début de la COG. Les porteurs de MAIA étaient à la fois des conseils départementaux (35 % des dispositifs MAIA), des acteurs de la coordination tels que les CLIC, les réseaux de santé (33 %), et des établissements de santé (12 %).

La CNSA a assuré un rôle d'animation nationale en lien étroit avec le collectif des « pilotes MAIA ». En particulier, la CNSA a organisé une fois par an une réunion avec tous les acteurs à la suite de la réunion nationale du collectif des pilotes MAIA.

<sup>55</sup> IGAS, Évaluation de la coordination d'appui aux soins, 2014-010R, décembre 2014.

## Annexe I

La formation à la prise de poste et à l'évaluation des pratiques des pilotes, des porteurs de projets et des référents du projet MAIA en ARS avait été confiée à l'EHESP par le biais d'une convention datant 2013. Les dispositions correspondantes ont ensuite été intégrées à une convention globale CNSA-EHESP pilotée par la direction scientifique.

La CNSA a en outre financé et organisé la formation des gestionnaires de cas des MAIA à l'utilisation de l'OEMD.

### 3.5.2. Action 2 : capitaliser l'expérience des MAIA et adapter le dispositif

**Les deux sous-actions de cette action sont réalisées.** La CNSA a publié les résultats de l'évaluation des dispositifs MAIA<sup>56</sup>. Cette évaluation, confiée à une équipe de chercheurs et consultants en lien avec un comité de pilotage présidé par un membre de l'Inspection générale des affaires sociales, devait permettre :

- ◆ de bien comprendre le fonctionnement des dispositifs MAIA ;
- ◆ d'identifier les facteurs favorables et défavorables à l'intégration des services d'aide et de soins et éclairer les effets de la coopération à l'échelle territoriale.

L'évaluation conclut à la nécessité :

- ◆ de renforcer les liens entre ARS et conseils départementaux et de clarifier les cadres d'intervention et la méthode ;
- ◆ de doter les professionnels d'outils permettant l'échange (messageries partagées sécurisées) et l'identification des dysfonctionnements observés au domicile par les gestionnaires de cas.

Le rapport d'évaluation pointe une insuffisante prise en compte des organisations locales du système de santé. L'effacement des MAIA (mais aussi des autres dispositifs préexistants) serait ainsi en partie lié à un attachement excessif à la mise en œuvre d'une méthode au détriment de l'adaptation fine aux dysfonctionnements observés sur le territoire.

Tout en relevant ces limites, la mission considère que les MAIA ont permis de diffuser assez largement la notion de « gestion de cas complexes » et la distinction entre les niveaux « stratégique » et « tactique » (ou opérationnel) qui est reprise dans le nouveau dispositif promu par le Gouvernement.

### 3.5.3. Action 3 : contribuer plus largement à la stratégie nationale en matière de fluidification des parcours et d'intégration des acteurs

**Cette action est partiellement réalisée.** Dès avant la loi du 24 juillet 2019 précitée, la CNSA participait au comité opérationnel des parcours, piloté par le SGMAS, et dont une des dimensions était la convergence des dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes.

Avec la réorientation décidée par les pouvoirs publics, l'action de la CNSA a évolué vers une facilitation de la convergence des MAIA dans ce nouveau cadre.

La personne antérieurement en charge du suivi des MAIA est devenue membre de l'équipe projet « DAC ».

---

<sup>56</sup> <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/integration-des-services-daide-et-de-soins-une-premiere-evaluation-nationale-des-dispositifs-maia>

## Annexe I

La mise en œuvre de la possibilité de redéploiement des crédits MAIA vers les dispositifs d'appui à la coordination des parcours (DAC), ouverte par l'article 69 de la LFSS pour 2018, est suivie par le SGMAS (cf. 4.1.1.2).

La mission considère qu'à l'avenir, si la CNSA devra participer au pilotage national des DAC, il ne lui appartient plus d'apporter un appui direct à ces structures comme elle l'a fait pour les MAIA (cf. annexe VIII). . Ce désengagement, déjà réalisé du côté de la direction de la compensation, sera facilité par le départ prévu de la personne en charge côté DESMS, qui est mise à disposition.

### **3.5.4. Engagements de l'État et conditions de faisabilité**

Comme le prévoyait la COG, la CNSA a été associée à la gouvernance permettant l'articulation des dispositifs d'intégration.

En revanche, l'engagement de faire évoluer le décret relatif au cahier des charges MAIA est devenu caduc depuis la loi du 24 juillet 2019.

#### 4. Bilan de l'axe 4 : garantir une gestion équitable et performante des financements aux établissements et services médico-sociaux en assurant le pilotage de la dépense

Cet axe rassemble les actions conduites par la CNSA pour piloter la dépense. Il s'agit à la fois du pilotage global de l'OGD (Fiche I) mais aussi de la connaissance des coûts et des tarifs (Fiche II) et de la répartition équitable des financements (Fiche III). Chaque fiche s'est révélée hétérogène dans, à la fois, son contenu et son niveau de réalisation.

Un peu moins de la moitié des actions et sous actions a été réalisée dans le calendrier fixé. Le taux d'actions réalisées avec retard ou partiellement est particulièrement élevé pour la fiche 2, consacrée à l'amélioration de la connaissance des coûts.

L'absence de réalisation de quatre sous-actions est attribuable :

- ◆ à l'État s'agissant de la sous action 1 de l'action 3 de la fiche 1 (« poursuivre et approfondir les travaux menés sur l'analyse d'indicateurs de gestion du risque en EHPAD ») en l'absence de définition de la stratégie annoncée ;
- ◆ à la CNSA pour la sous action 4 de l'action 1 de la fiche 2 (étudier la faisabilité d'un élargissement de la remontée des comptes administratifs aux dépenses relevant des conseils départementaux pour les ESMS co-financés et produire des données partagées) ;
- ◆ conjointement à l'État et à la CNSA pour la sous-action 2 de l'action 3 de la fiche 3 (« veiller à l'intégration de l'objectif de réduction des écarts dans les documents de planification ou de programmation des agences »), la tâche de la CNSA ayant été rendue plus difficile par la liberté laissée aux ARS de choisir, dans le cadre du CPOM Etat-ARS, entre un indicateur précisant la part des services dans l'offre médico-sociale et les écarts interdépartementaux ; il en va de même pour la sous-action 3 de l'action 1 de la fiche 3 concernant l'accompagnement du changement et le déploiement du nouveau modèle de tarification dans le cadre du projet SERAFIN-PH.

**Tableau 17 : bilan synthétique de la réalisation de l'axe 4**

Fiche	Nombre d'actions ou sous-actions (*)	Réalisées dans le calendrier fixé	Réalisées avec retard ou partiellement réalisées	Non réalisées ou abandonnées
Fiche I : garantir le pilotage fin de l'OGD et l'efficacité de la dépense médico-sociale	10	7	2	1
Fiche II : améliorer la connaissance sur les différents coûts de revient, les tarifs et le financement des établissements et services	7	1	5	1
Fiche III : contribuer à une répartition de la ressource plus équitable et plus efficiente	9	3	4	2
<b>Ensemble</b>	<b>26</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>4</b>

*Source : mission, à partir de données CNSA. (\*) : ce nombre est calculé de la façon suivante : si l'action est déclinée sous-action, il s'agit du nombre de sous-actions ; si l'action n'est pas déclinée en sous-actions, il s'agit du nombre d'actions.*

##### 4.1. Fiche thématique I : garantir le pilotage fin de l'OGD et l'efficacité de la dépense médico-sociale

Cette fiche comportait trois actions :

- ◆ contribuer à la construction budgétaire et au pilotage national de l'ONDAM ;
- ◆ sécuriser le pilotage budgétaire par un suivi fin de la tarification et de la programmation ;

## Annexe I

- ◆ renouveler la stratégie de gestion du risque et soutenir une politique d'efficacité de la dépense dans le champ médico-social.

Les deux premières actions ont été réalisées. En revanche, la troisième est considérée comme non réalisée ou abandonnée.

Cette fiche comportait trois indicateurs :

**Tableau 18 : suivi des indicateurs de la fiche thématique I**

Indicateur	Référénc ce (année)	2016		2017		2018		2019	
		Cible	réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Nombre de réunions techniques CNSA/CNAMTS en vue du calibrage de la provision CNAMTS pour les établissements en prix de journée	2	2	2	2	2	2	>2	2	3
Comparaison de la prévision CNSA d'exécution de l'OGD et de l'exécution constatée lors de la clôture des comptes (avant prise en compte de l'effet provision)	Exécution comprise entre la borne haute et la borne basse de la prévision CNSA : oui (2014)	Exécution comprise entre la borne haute et la borne basse de la prévision CNSA	11,7	Exécution comprise entre la borne haute et la borne basse de la prévision CNSA	/	Exécution comprise entre la borne haute et la borne basse de la prévision CNSA	-30,6	Exécution comprise entre la borne haute et la borne basse de la prévision CNSA	Sous-consommation : 35,5 M€ (hors mises en réserves)
Rapport entre le montant tarifé dans HAPI au 31 décembre de l'année N au titre de la part forfaitaire "hébergement permanent" en EHPAD et le montant estimé par la CNSA en construction de l'OGD	Valeur 2015 à calculer en février 2016 après la clôture de la campagne 2015	Rapport égal à 1	/	Amélioration de l'indicateur par rapport à l'année précédente.	102,80%	Amélioration de l'indicateur par rapport à l'année précédente.	98,92%	Amélioration de l'indicateur par rapport à l'année précédente.	99,80%

*Source : CNSA.*

Le nombre cible de réunions techniques CNSA/CNAMTS en vue du calibrage de la provision CNAMTS prévu chaque année (2) a été atteint mais on ne peut que constater le caractère très insuffisant d'un tel indicateur.

Les valeurs indiquées pour l'exécution de l'OGD (en valeur absolue) ne correspondent pas aux valeurs attendues (oui/non). En outre, l'indicateur peut être atteint par l'élargissement de la fourchette de prévision de la CNSA. Il est cependant à noter que le taux d'exécution projeté, comme le taux d'exécution constaté de l'OGD, sont proches de 100 %. Ainsi, en 2019, en tenant compte des crédits mis en réserve prudentielle, la sous-exécution de l'OGD a été de 0,7 %, et de 0,16 % en excluant les crédits mis en réserve.

Enfin, les résultats atteints pour le troisième indicateur sont proches de 100%. Toutefois, la qualité de la prévision de la CNSA dépend de la qualité des informations remontées par les ARS (paramètres de calcul de la part forfaitaire du forfait global de soin des EHPAD).

#### 4.1.1. Action 1 : contribuer à la construction budgétaire et au pilotage national de l'ONDAM

**Cette action est considérée comme réalisée, bien que les améliorations restent modestes.** La CNSA a accru sa participation aux travaux inter-administratifs pilotés par la DSS pour fiabiliser la construction de l'ONDAM et de l'OGD (sous-action 1). Pour autant, le rôle de la CNSA reste modeste, les améliorations apportées en termes d'analyse étant limitées à une part minoritaire des montants concernés, et les enjeux en termes de risque de dépassement étant réduits. Les remontées de données relatives aux crédits délégués aux ARS via les systèmes d'information sont satisfaisantes (sous-action 2). L'écart entre la prévision et l'exécution (hors provision) a été de 3% en moyenne, et la qualité de la prévision est jugée satisfaisante par les tutelles (sous-action 3). Le niveau des provisions reste fixé par la CNAM (dont les caisses locales assurent le versement aux ESMS sur ordonnancement des ARS) (sous-action 4).

##### 4.1.1.1. Sous-action 1 : fournir les données permettant de fiabiliser la construction de l'ONDAM et de l'OGD

**La sous action est réalisée.** La CNSA fournit mensuellement une note au groupe statistique ONDAM piloté par la DSS. Celle-ci repose sur les données relatives à la dépense mensuelle du secteur médico-social financée par l'assurance maladie, qui sont adressées à la CNSA par les services de l'Agence comptable de la CNAM sous deux formes :

- ◆ les données en forfait/dotation globale ;
- ◆ les données en prix de journée pour le champ « personnes handicapées ».

L'analyse de la CNSA est prise en compte par la DSS dans le cadre de la note consolidée intitulée « Point de conjoncture ONDAM » qu'elle publie mensuellement. Cette note ne mentionne pas les éléments d'analyse produits par la CNSA car le niveau d'incertitude sur l'OGD (de l'ordre de quelques dizaines de millions d'euros) n'est pas suffisamment considérable pour être mentionné. Par ailleurs, les règles prudentielles applicables à l'OGD participent au respect de l'ONDAM global.

##### 4.1.1.2. Sous-action 2 : perfectionner le suivi des crédits délégués aux ARS

**La sous-action est réalisée.** Les crédits délégués aux ARS sont principalement suivis par la CNSA via deux systèmes d'information :

- ◆ HAPI a été construit avec les ARS pour répondre à leurs besoins de gestion de campagne (ex : édition des arrêtés de tarification) ; toutefois, tout en reconnaissant les avancées réalisées en 2019 pour permettre l'import de fichiers massifs, les ARS considèrent que de nombreuses évolutions restent nécessaires (cf. paragraphe 2.1.2.1.). Dans l'attente de ces améliorations, les ARS utilisent des outils extérieurs au SI HAPI pour réaliser certaines opérations et renseignent HAPI surtout à des fins de reporting ; l'ARS Hauts de France, qui disposait d'un système d'information propre, ne renseigne HAPI qu'a posteriori ;
- ◆ GALIS permet de suivre les crédits d'investissement pour les opérations financées, mais ne décrit pas les besoins de financement.

La COG signale particulièrement deux types de dépenses :

- ◆ l'emploi des crédits redéployés par les ARS à d'autres usages médico-sociaux dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR). Le suivi des redéploiements est assuré par le SGMAS et non par la CNSA. Compte tenu des règles de « fongibilité asymétrique », les

## Annexe I

crédits versés au FIR par la CNSA ne peuvent être redéployés au profit de dépenses « sanitaires » ; ils peuvent en revanche être redéployés au sein de l'enveloppe « médico-sociale », voire être redéployés vers l'enveloppe protégée « prévention ». Une autre possibilité de redéploiement des crédits MAIA vers les dispositifs d'appui à la coordination des parcours (DAC) a été prévue par l'article 69 de la LFSS pour 2018 : elle aboutira à terme à « déflécher » les crédits CNSA destinés aux MAIA. Selon le SGMAS, sur les autres dispositifs gérés par la DGCS et la CNSA (notamment les GEM) les indications très précises figurant dans la circulaire annuelle du FIR à l'initiative de la CNSA limitent en pratique la marge de redéploiement par les ARS.

- ◆ l'intégration des dossiers PAI-ESAT (dossier en stock). La loi a transféré le financement des ESAT dans l'OGD à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, ce qui leur a ouvert le droit aux aides à l'investissement à compter de cette même date. Le versement des aides à l'investissement accordées antérieurement par l'État (programme 157) restant à verser au 1<sup>er</sup> janvier 2017 est géré par l'ASP.

### 4.1.1.3. Sous-action 3 : renforcer la capacité de prévision d'exécution de l'OGD

**La sous action est réalisée.** La CNSA a fait évoluer la méthode d'estimation de la consommation des ressources versées par l'assurance maladie aux structures médico-sociales PH au titre des prix de journée. Les données de versement correspondent désormais à la « date de soin » et non plus à la « date de remboursement » ce qui permet de neutraliser l'impact des variations saisonnières dues aux délais de remboursement. Ces évolutions ont été discutées en groupe de suivi statistique mensuel de l'ONDAM piloté par la DSS.

Il convient toutefois de relativiser l'impact de ce passage à la « date de soin » qui ne concerne que les ESMS en prix de journée, désormais très minoritaires.

L'atteinte de cet objectif devait être illustrée par l'indicateur « Comparaison de la prévision CNSA d'exécution de l'OGD et de l'exécution constatée lors de la clôture des comptes (avant prise en compte de l'effet provision), cf. *supra*.

### 4.1.1.4. Sous-action 4 : améliorer le calibrage des provisions

**La sous action est réalisée,** mais c'est toujours la CNAM qui calcule le montant de la provision, le rôle de la CNSA étant d'éclairer la détermination de ce montant.

L'analyse de la CNSA permet de disposer d'une estimation :

- ◆ de la consommation de la provision constituée pour l'année en cours au titre des versements attendus pour des soins réalisés les années antérieures ;
- ◆ de la provision à constituer l'année suivante pour couvrir les soins de l'année en cours et qui seront remboursés lors de l'exercice suivant en N+1.

Pour affiner ses analyses, la CNSA suit le nombre de structures tarifées en prix de journée pour le champ PH. Le pourcentage des versements correspondant à ces structures est passé de 34 % en 2016 à 13 % en 2019.

Les modalités de détermination de ces pourcentages proviennent du rapprochement entre les bases de données de la CNSA et les bases de données des versements de l'assurance maladie (RBDG), réalisé chaque mois par la DESMS. La DESMS signale qu'elle s'appuiera, dans le cadre de la 3<sup>ème</sup> phase de la campagne budgétaire 2020, sur l'enquête sur les surcoûts menée auprès des ESMS pour demander ceux qui sont en prix de journée.

#### **4.1.2. Action 2 : sécuriser le pilotage budgétaire par un suivi fin de la tarification et de la programmation**

**Cette action est réalisée.** La CNSA a construit un cadre d'échange avec les ARS qui lui permet désormais d'assurer une fonction de pilotage budgétaire, notamment avec la mise en place antérieure à la COG 2016-2019 d'une enquête tarifaire (devenue « enquête budgétaire » en 2020 pour davantage intégrer les enjeux de pilotage des marges de gestion des ARS) auprès des ARS, et grâce à des améliorations de l'application HAPI (sous-action 1). L'harmonisation des pratiques budgétaires des ARS semble avoir progressé, mais reste perfectible, les agences continuant à réaliser une partie des opérations budgétaires en dehors de l'outil (sous-action 2). Le suivi des crédits non reconductibles et des reprises de résultats par la CNSA (sous-action 3) est satisfaisant, et les analyses produites sont pertinentes. La hausse des crédits non reconductibles (CNR) depuis 2017 découle de décisions des autorités ministérielles et ne saurait être imputée à la CNSA. Celle-ci ne dispose pas non plus de leviers pour agir sur le niveau de reprise des résultats des ESMS (sous-action 4), qui devrait en tout état de cause devenir résiduel avec la généralisation des CPOM.

##### **4.1.2.1. Sous-action 1 : assurer un suivi fin de la tarification en poursuivant notamment l'amélioration de HAPI**

**La sous-action est réalisée.** La réalisation d'une enquête tarifaire par ARS correspond à cette action. Un modèle de tableau est adressé tous les ans aux ARS et pré-renseigné à partir des données issues du système d'information HAPI. Il est à noter qu'un lien est fait, en parallèle, avec une extraction du système d'information SEPPIA. Il fait ensuite l'objet d'échanges techniques entre les équipes de tarification des ARS et les référents (référents métier / référents régionaux) du pôle allocation budgétaire pour valider le niveau de crédits disponibles et les événements de gestion à l'origine de sa constitution.

Les travaux d'amélioration de l'application HAPI ont été conduits en associant les ARS. Si ces dernières estiment que le fonctionnement opérationnel de l'application HAPI s'est amélioré, elles restent dans l'attente d'évolutions sur les points suivants :

- ◆ capacité à gérer simultanément un nombre important d'utilisateurs et un import de données massif ;
- ◆ amélioration de la fiabilité juridique des arrêtés générés par l'application ;
- ◆ possibilité de connaître les modalités de calcul et les paramétrages internes pour comprendre les erreurs.

Les sujets d'ergonomie sont identifiés mais ne semblent pas prioritaires au regard des autres limites constatées. Un enjeu est l'accompagnement au changement (formation des ARS pour l'utilisation de la possibilité d'import de fichiers massifs). En termes de calendrier, il serait souhaitable que la communication de la version définitive du format des données intervienne au début de la campagne.

##### **4.1.2.2. Sous-action 2 : harmoniser et rationaliser les pratiques d'allocation de ressources en région**

**La sous-action est en partie réalisée.** La recherche d'harmonisation des pratiques des ARS est l'objet même de l'application HAPI. La plupart des ARS simulent l'allocation des ressources entre ESMS en dehors de l'outil, et saisissent ensuite dans l'application HAPI les montants alloués à chaque ESMS, ce qui leur permet d'éditer automatiquement les arrêtés de tarification et de faire remonter simultanément les informations à la CNSA. Celle-ci se trouve mise en difficulté par le choix de l'ARS Hauts de France de gérer sa campagne entièrement en dehors

de l'application et de ne renseigner que très tardivement HAPI, ce qui ne permet pas d'avoir une vision nationale exhaustive de l'allocation en temps réel. A contrario, les ARS attendent des améliorations fonctionnelles de HAPI avant de renoncer à leurs organisations actuelles.

#### 4.1.2.3. Sous-action 3 : assurer le suivi des crédits non reconductibles

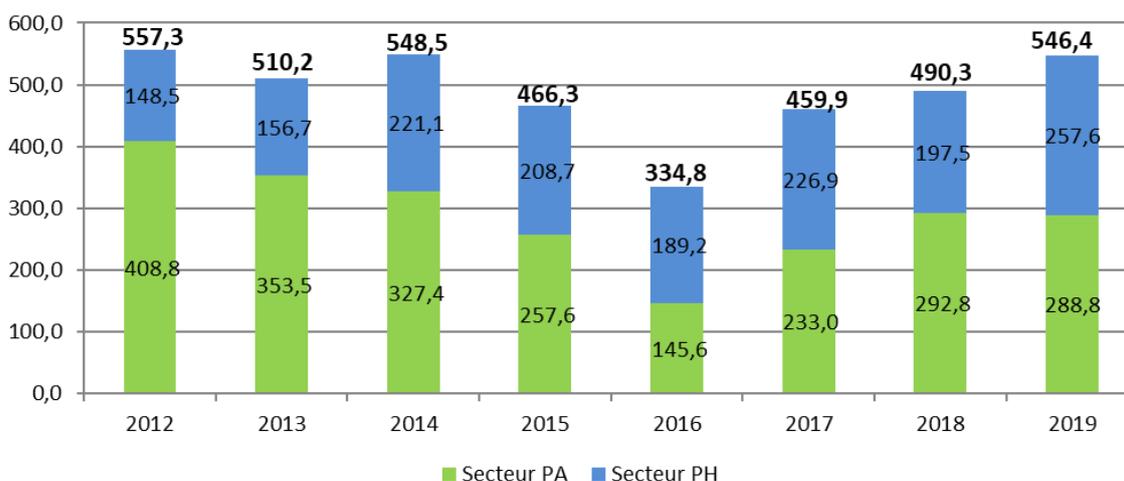
La sous-action est réalisée. Les CNR ont trois sources principales :

- ◆ les « mises en réserve temporaires » de crédits issues des fermetures partielles ou totales de places en attente de redéploiements ;
- ◆ les reprises de résultat des établissements en excédent, cette part devenant résiduelle pour les établissements accueillant des personnes âgées (PA) (solde net de 88,3M en 2017, 80,2M en 2018 et seulement 25,2M en 2019) ;
- ◆ les crédits alloués de façon reconductible pour créer de nouvelles places, dont les délais de mise en œuvre permettent aux ARS d'affecter ponctuellement ces ressources à d'autres objectifs. Seule cette troisième source de CNR est couverte par cette sous-section (la deuxième source est examinée dans le cadre de la sous action 4)

A ces trois sources s'ajoutent les crédits non reconductibles alloués pour les financements complémentaires des EHPAD.

La CNSA a assuré le suivi des crédits non reconductibles, comme prévu par la COG. Après une forte réduction de ces crédits en 2016, suite au rapport de l'IGAS réalisé en novembre 2015<sup>57</sup>, le niveau des CNR est reparti à la hausse (cf. graphique *infra*).

Graphique 1 : évolution des crédits non reconductibles de 2012 à 2019



Source : CNSA, commission des finances, 7 avril 2020.

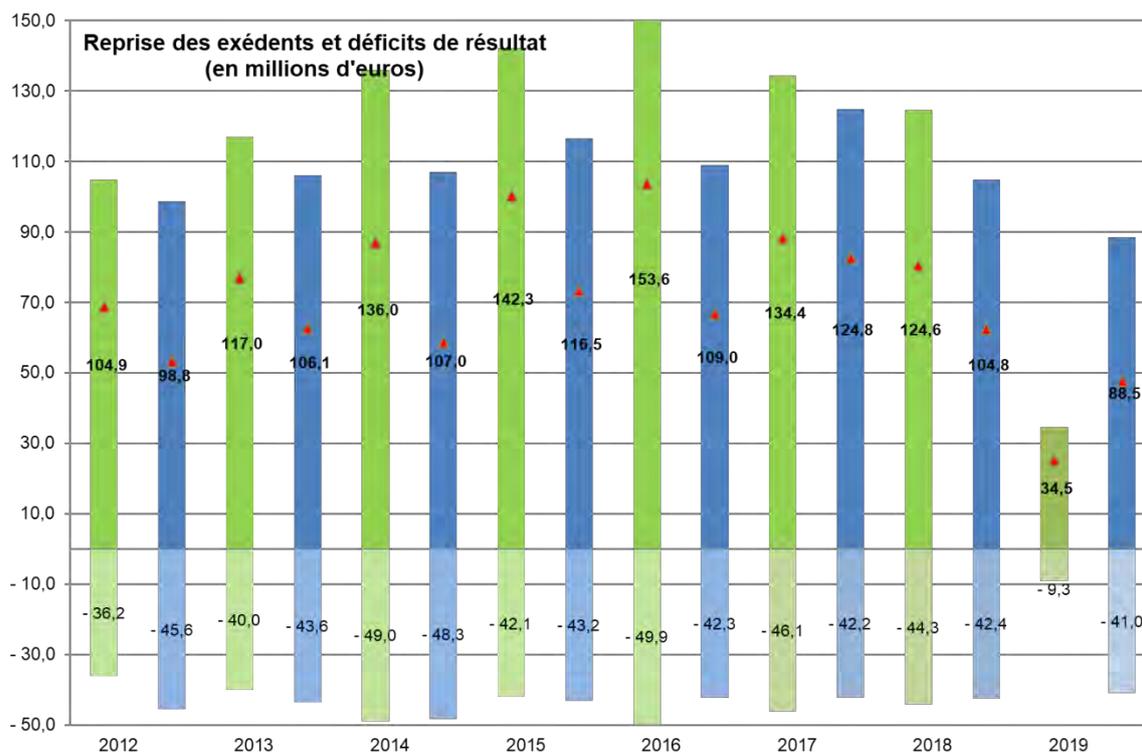
La croissance des CNR entre 2017 et 2019 est principalement liée à des financements complémentaires prévus en accompagnement de la réforme du financement des EHPAD (119,3M en 2019) et aux dotations au titre de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre PH, dont les montants ne sont pas corrélés à la programmation des ARS.

<sup>57</sup> Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépense OGD, IGAS, 2015-077R.

#### 4.1.2.4. Sous-action 4 : suivre et anticiper les reprises de résultats

**La sous-action est réalisée.** La CNSA assure un suivi du niveau des reprises de résultats, dont la diminution était attendue avec la généralisation des CPOM. La diminution s'accroît en 2019 pour le secteur PA; la tendance est moins nette pour le secteur PH.

**Graphique 2 : niveau des reprises de résultat réalisées par les ARS de 2012 à 2019**



Source : CNSA, commission des finances, 7 avril 2020.

La CNSA considère qu'il lui est difficile d'anticiper le niveau de reprise des résultats, qui est à la main des ARS.

#### 4.1.3. Action 3 : renouveler la stratégie de gestion du risque et soutenir une politique d'efficacité de la dépense dans le champ médico-social

**Cette action est partiellement réalisée.** Concernant la sous action 1 consacrée à la gestion du risque en EHPAD, les autorités ministérielles n'ont pas développé la stratégie de gestion du risque annoncée par la COG; elle n'a donc pu être mise en œuvre par la CNSA qui, de son côté, n'a pas produit de réflexion spécifique sur le sujet. Concernant la sous-action 2, la politique d'efficacité de la dépense sur le champ médico-social peut s'appuyer sur le tableau de bord de la performance des ESMS, dont la gestion est progressivement passée de l'ANAP à l'ATIH. Toutefois, si cet usage se révèle important au niveau des ARS et dans une moindre mesure les conseils départementaux, il paraît encore limité au niveau national, que ce soit au sein de la CNSA ou des directions d'administration centrale.

##### 4.1.3.1. Sous-action 1 : poursuivre et approfondir les travaux menés sur l'analyse d'indicateurs de gestion du risque en EHPAD

**Cette sous-action est considérée comme non réalisée ou abandonnée.** La mission a pris connaissance des documents établis dans les années 2012-2015 en matière de gestion du

## Annexe I

risque, exclusivement en EHPAD. La circulaire n° DSS/MCGR/DGCS/CNSA/2013/357 du 15 novembre 2013 relative au déploiement de huit ratios de la grille d'analyse des dépenses de soins en EHPAD est la traduction la plus avancée de cette démarche. Le plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins (PNGDRESS) ne contient pas de mesure concernant le secteur médico-social.

À ce jour, la CNSA ne conduit pas de gestion active du risque, en l'absence de la stratégie annoncée dans la COG.

De son côté, la CNSA n'a pas produit de réflexion spécifique sur le sujet.

### **4.1.3.2. Sous-action 2 : soutenir une démarche d'efficacité et de performance de la dépense dans le secteur médico-social**

**Cette sous action est partiellement réalisée.** La mission n'a pas eu connaissance d'une démarche formalisée mais la CNSA contribue à l'efficacité et à la performance de la dépense dans le secteur médico-social de différentes manières : par la mise à disposition de données de référence permettant aux ARS de nourrir leurs travaux de financement du secteur ; par le calibrage plus fin des dotations régionales limitatives (DRL) des ARS, visant à maîtriser la constitution de CNR et d'éviter une sous-consommation des DRL ; en veillant également, dans la répartition des crédits des mesures nouvelles, à mettre un montant plancher et à tenir compte de la majoration « vie chère » pour les DOM, partant du constat que des montants trop faibles issus d'une répartition mathématique des crédits conduisait à une impossibilité pour les ARS de mettre en place les solutions attendues.

C'est également le cas dans le champ de l'aide à l'investissement, où la CNSA veille à assurer une utilisation complète des crédits mis à la disposition des ARS (processus de redistribution des AE non consommées par les ARS).

### **4.1.4. Engagements de l'État et conditions de faisabilité**

Cette rubrique n'avait pas été renseignée, ce qui explique sans doute pour partie l'absence de mise en œuvre des actions ou sous actions constatée par la mission.

## **4.2. Fiche thématique II : améliorer la connaissance sur les différents coûts de revient, les tarifs et le financement des établissements et services**

Cette fiche comportait trois actions qui sont toutes partiellement atteintes :

- ◆ construire des référentiels de coûts et produire des données d'activité ;
- ◆ améliorer la compréhension de la progression des dépenses PH ;
- ◆ mieux objectiver les besoins d'investissement dans le secteur.

Dans le cadre de l'action 1, la CNSA n'a pas procédé à l'étude de faisabilité prévue sur les conditions d'une remontée et d'une exploitation des données concernant les établissements et services relevant d'une double tarification, des conseils départementaux et de l'assurance maladie. Concernant l'action 3, les bilans annuels du PAI publiés par la CNSA contiennent beaucoup d'informations utiles, qui ne recouvrent cependant qu'une partie des informations prévues par la COG. Au vu des éléments qu'elle a obtenus, la mission considère que l'action 2 est partiellement réalisée mais constate le caractère flou de ce qui était attendu.

Cette fiche comportait un indicateur « Part des ESMS tarifés dans HAPI ayant remonté leur compte administratif », qui ne couvre qu'une partie de l'action 1 :

## Annexe I

**Tableau 19 : suivi des indicateurs de la fiche thématique II**

Indicateur	Référence (année)	2016		2017		2018		2019	
		Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Part des ESMS tarifés dans HAPI (en N) ayant remonté leur compte administratif (N) dans ImportCA (en N+1)	86 % (2015 pour N+1)	90 %	/	95 %	80 %	95 %	88 %	99 %	88 %

*Source : CNSA.*

Cet indicateur a été suivi à partir de 2017 et la cible 2019 n'est pas atteinte (88% contre 99% attendus). En outre, l'indicateur ne correspond pas complètement à l'objectif, puisqu'il ne vise que l'exhaustivité de la remontée d'information et non sa qualité, condition de la réalisation d'analyse pertinente. En particulier, les données figurant dans les annexes non utilisées directement pour la tarification sont de mauvaise qualité.

### 4.2.1. Action 1 : construire des référentiels de coûts et produire des données d'activité

**L'action, assez hétérogène, est partiellement atteinte.** Au titre des acquis, la CNSA assure la maîtrise d'ouvrage des SI dont elle est chargée, le tableau de bord de la performance est opérationnel et utilisé par les ARS et les conseils départementaux, et des données de coûts nationales sont désormais diffusées régulièrement au Conseil de la CNSA, aux ARS et aux fédérations et associations gestionnaires. En revanche, la mission relève l'absence de pilotage stratégique du système de l'information de l'autonomie par le ministère tel que le prévoyait la COG, le défaut d'articulation avec les SI des ARS, l'absence de croisements de données entre le tableau de bord et d'autres données en provenance des SI de la CNSA. Elle constate un usage encore limité du tableau de bord de la performance par les services de la CNSA. La CNSA ne diffuse pas de coûts moyens à la place régionaux, pourtant souhaités par les ARS. Elle n'a pas non plus conduit, en lien avec l'ADF, l'étude de faisabilité prévue sur les conditions d'une remontée et d'une exploitation des données concernant les établissements et services relevant d'une double tarification des conseils départementaux et de l'assurance maladie.

#### 4.2.1.1. Sous-action 1 : contribuer à la mise en place de systèmes d'information urbanisés produisant des données financières et d'activité pour l'ensemble du champ de l'autonomie

**Cette sous action est partiellement réalisée.** Le Ministère n'a pas impulsé et organisé le pilotage stratégique du système d'information de l'autonomie ni impliqué la CNSA dans ce pilotage stratégique.

La coordination entre le schéma directeur des SI des ARS et les objectifs poursuivis par la CNSA en termes de développement de ses SI n'a pas été assurée. En particulier, la CNSA ne participe pas au comité stratégique des SI du secteur santé, piloté par le SG (DNUM).

Le changement de gouvernance intervenu en matière de pilotage des SI mutualisés des ARS - création d'un service à compétence nationale rattaché à la DNUM, réunissant des ressources « métiers » et « SI » positionnées dans une dizaine d'ARS - n'a pas amélioré l'articulation avec les travaux de la CNSA. En particulier, le projet e-Cars « médico-social », qui devrait permettre un suivi national de la contractualisation entre les ARS et les ESMS n'a pas été mentionné spontanément par la CNSA lors des entretiens (cf. annexe IV).

**4.2.1.2. Sous-action 2 : contribuer au déploiement du tableau de bord de la performance et analyser ses données en lien avec l'outil d'importation des comptes de résultat des établissements**

**Cette sous-action est partiellement réalisée.** La conception du tableau de bord médico-social par l'ANAP a débuté en 2008. Après une phase de test, une expérimentation a débuté en 2014. À partir de cette date, la partie technique a été gérée par l'ATIH. A partir de la généralisation du déploiement et la formation de tous les ESMS fin 2017, la gouvernance du projet a évolué. Désormais, le pilotage est assuré par la DGCS, et le suivi des campagnes relève de l'ATIH. Ce recueil annuel de données homogènes sur l'ensemble des ESS financés ou co-financés par l'assurance maladie constitue le principal outil de suivi de la performance des ESMS.

Aux termes de la convention de collaboration signée avec la CNSA le 6 juillet 2020, l'ATIH est chargée de l'ensemble de la gestion de l'application. Il est prévu par la convention que les dernières prestations assurées par l'ANAP soient transférées à l'ATIH en 2021. (Point à évoquer avec l'ANAP)

L'exploitation des données de ce tableau de bord semble encore peu développée au sein de la CNSA et des directions d'administration centrale (DAC). L'utilisation par les ARS est en revanche généralisée, et un partage de pratiques a été mise en place par l'ANAP.

La CNSA a initié le projet SI-Collect afin de pouvoir répondre, à terme, à l'ambition de rationalisation des dispositifs de remontées d'information et d'interopérabilité affichée dans la COG. La conduite de ce projet devra tenir compte des besoins métiers des ARS et, en particulier, des améliorations déjà apportées au SI HAPI (possibilité d'alimentation du SI HAPI par des fichiers massifs) ainsi qu'au projet de SI HAPI « Autre champs » porté par le SGMAS. Concernant ce dernier point, la mission rappelle que l'ambition initiale du projet HAPI couvrait la totalité des financements gérés par les ARS (y compris le médico-social). Une réflexion commune CNSA-SGMAS le plus en amont possible permettrait de retenir un schéma répondant tant aux exigences de reporting de la CNSA qu'aux exigences métiers des ARS.

**4.2.1.3. Sous-action 3 : poursuivre les analyses contribuant à une meilleure connaissance des coûts et de l'activité des ESMS**

Cette sous-action est réalisée, et notamment :

- ◆ le bilan annuel sur le financement des soins en EHPAD ;
- ◆ l'analyse des coûts de revient et tarifs des EHPAD (en lien avec l'ATIH pour le versant « coûts ») ;
- ◆ l'élaboration de coûts moyens à la place nationaux, par type de structures ESMS PH, modalités d'accueil et de tarification.

A ces éléments explicitement prévus par la COG s'ajoute l'analyse de la situation financière des EHPAD produite chaque année par la CNSA<sup>58</sup>.

Les travaux prévus par la COG sont restitués au conseil chaque année et diffusés sur le site internet de la CNSA.

Contrairement à ce que prévoyait la COG, la CNSA n'assure pas la diffusion aux ARS des coûts moyens à la place régionaux à des fins de comparaison ; ce calcul est effectué par certaines ARS en s'appuyant sur les données nationales fournies par la CNSA.

---

<sup>58</sup> Situation des EHPAD en 2016, novembre 2017.

Situation des EHPAD en 2017, mai 2019.

Situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018, mai 2020.

#### **4.2.1.4. Sous-action 4 : étudier la faisabilité d'un élargissement de la remontée des comptes administratifs aux dépenses relevant des conseils départementaux pour les ESMS co-financés et produire des données partagées**

**Cette sous-action n'a pas été réalisée.** La CNSA n'a pas conduit, comme cela était prévu par la COG, l'étude en lien avec l'ADF sur les conditions d'une remontée et d'une exploitation des données concernant les établissements et services relevant d'une double tarification des conseils départementaux et de l'assurance maladie. Elle a cependant mis à la disposition des ESMS tarifés par les conseils départementaux ses plateformes de dépôt (ERRD et CA), et réalise chaque année une session d'information à destination des services en charge du pilotage de l'offre médico-sociale au sein des départements (conférence animée avec l'appui d'un prestataire en raison des contraintes logistiques liées à l'affluence à ces réunions).

#### **4.2.2. Action 2 : améliorer la compréhension de la progression des dépenses PH**

L'action, dont le contenu est peu clair, **est considérée comme partiellement réalisée** au vu des éléments dont la mission a eu connaissance.

##### **4.2.2.1. Sous-action 1 : contribuer à l'analyse de la dépense en ESMS PH en lien avec la réforme tarifaire**

Le bilan annuel de l'activité et des recettes perçues au titre des amendements Creton peut être établi à partir de l'enquête budgétaire ; l'appui métier aux ARS sur le sujet est apporté à la demande. De plus, les ESMS concernés sont invités à déposer leur annexe « activité » chaque année sur les plateformes de la CNSA (Imports), permettant de disposer des éléments de volumétrie et de financement de ces situations<sup>59</sup>.

La substitution de la dotation globale aux prix de journée a été réalisée sans remise en cause de la trajectoire ONDAM, sans que la mission ait eu connaissance d'un dispositif spécifique mis en place par la CNSA à cette fin en dehors du suivi qui en est réalisé.

#### **4.2.3. Action 3 : mieux objectiver les besoins d'investissement dans le secteur**

**Cette action est partiellement réalisée.** Les bilans annuels du PAI publiés par la CNSA contiennent beaucoup d'informations utiles. Ils ont été enrichis pour intégrer notamment des éléments sur les types d'opérations financées par secteur et par type d'opérateur, en 2020 (données 2019). Ils ne recouvrent cependant qu'une partie des informations prévues par la COG. Les travaux de la CNSA donnent une vision consolidée des opérations financées par les ARS mais ne procurent pas une vue d'ensemble des besoins d'investissement. Les ARS n'ont bénéficié ni de l'outillage prévu, ni de la mise à disposition de comparaisons de coût d'investissement à la place. L'absence de ces éléments n'est qu'en partie imputable à la CNSA, un essoufflement de la dynamique des schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) sous l'égide du SGMAS pouvant y avoir contribué.

---

<sup>59</sup> Par exemple, en 2018, seulement 26 M€ de montant refacturé ont été déclarés par ce biais ; en 2019, le montant remonté via les plateformes de la CNSA était de 96 M€, ce qui témoigne d'une nette amélioration du remplissage, même s'il subsiste des écarts significatifs avec les données HAPI.

#### **4.2.3.1. Sous-action 1 : réaliser un bilan quantitatif et qualitatif du plan d'aide à l'investissement**

**Cette sous-action est partiellement réalisée.** La CNSA a réalisé le bilan annuel prévu. Ce bilan inclut l'état des co-financements par d'autres partenaires. Les axes prioritaires d'investissement pour améliorer le patrimoine immobilier des ESMS sont définis dans les circulaires annuelles.

En revanche, la mission a constaté des anomalies dans le recueil des données relatives à l'effet des aides à l'investissement sur les tarifs d'hébergement.

La mission n'a pas eu connaissance d'un outillage concret des ARS dans la mise en œuvre de leur politique d'investissement.

#### **4.2.3.2. Sous-action 2 : accompagner les ARS dans l'analyse des projets, le ciblage de leurs choix de soutien à l'investissement et l'optimisation de leurs dépenses dans ce domaine**

**Cette sous-action est partiellement réalisée.** Les dialogues de gestion avec les ARS sont l'occasion d'identifier des bonnes pratiques, notamment dans le domaine de l'investissement. En revanche, le partage de ces expériences avec les ARS semble faire défaut.

En termes d'élaboration de « référentiels de coût d'investissement à la place », prévue par la COG, l'ANAP renvoie à l'observatoire des coûts immobiliers<sup>60</sup> pour éclairer les décisions des ARS en ce domaine.

La CNSA propose à son conseil les critères de répartition des crédits d'investissement entre ARS.

Enfin, la CNSA n'a pas effectué pendant la durée de la COG, comme cela était prévu, une « première mesure globale des besoins d'investissement du secteur médico-social », même si la CNSA a fourni une approximation fondée sur des ratios comptables de vétusté issus de la remontée des comptes administratifs.

#### **4.2.4. Engagements de l'État et conditions de faisabilité**

La CNSA a été associée au pilotage des SI de l'État ayant des impacts sur la CNSA ou les MDPH. L'arrêté du 10 avril 2019 relatif à la généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-sociale correspond à ce qui était prévu par la COG.

Le pilotage stratégique du système d'information de l'autonomie tel que prévu par la COG devait s'appuyer sur une étude d'urbanisation conduite en 2013 avec Bull, qui visait à une interopérabilité des systèmes d'information pour l'ensemble du parcours des personnes. Les objectifs ont été révisés par la DGCS et la CNSA au profit d'une stratégie par blocs de SI, « sans doute moins ambitieuse mais aussi plus réaliste ». La mission prend note de cette réorientation, qui n'a pas fait l'objet d'un avenant à la COG, et considère que cette situation a été un frein dans la mise en œuvre, par la CNSA, des actions qui lui étaient assignées.

---

<sup>60</sup> <https://www.oscimes.fr/>.

### 4.3. Fiche thématique III : contribuer à une répartition de la ressource plus équitable et plus efficiente

Cette fiche comportait trois actions :

- ◆ copiloter la réforme tarifaire des ESMS du secteur des personnes handicapées ;
- ◆ contribuer à l'élaboration des réformes tarifaires du champ des personnes âgées ;
- ◆ adapter les critères et les modalités d'allocation des ressources pour permettre une répartition plus équitable dans le cadre de la nouvelle géographie des ARS.

Le niveau d'atteinte est variable selon les actions, et difficile à globaliser :

L'action 1 est réalisée. Elle a été conduite dans un véritable « mode projet », qui organise une concertation permanente avec les parties prenantes. La mission s'interroge cependant sur le caractère suffisant de la prise en compte dans le projet SERAFIN-PH de l'orientation donnée depuis 2017 en faveur de la désinstitutionnalisation des prises en charge.

L'action 2 a été réalisée s'agissant de la mise en œuvre de la réforme des EHPAD, mais n'a été exécutée que partiellement concernant la réforme tarifaire des SSIAD, pour des raisons indépendantes de la CNSA.

Concernant l'action 3, partiellement réalisée, la CNSA a contribué aux travaux sur l'amélioration de l'équité territoriale, dans la limite des décisions politiques, compte tenu notamment la non application de nouveaux critères de répartition de l'OGD au « stock ». En revanche, la mission regrette l'absence de suivi formalisé des actions en direction des outre-mer, ce qui ne paraît pas à la hauteur des enjeux spécifiques que représentent ces territoires.

Cette fiche comportait deux indicateurs:

**Tableau 20 : suivi des indicateurs de la fiche thématique III**

Indicateur	Référence (année)	2016		2017		2018		2019	
		Cible	Réalisé	Cible	réalisé	Cible	réalisé	Cible	Réalisé
Réduction des écarts d'équipement inter-départements (ID) et inter-régions (IR) en nombre de places		Cf. commentaire							
Évolution de la dispersion des coûts (minimum-maximum par rapport à la moyenne) des ESMS par catégorie d'ESMS FINESS	Non disponible	Indice calculé sur CA 2014 (voire 2014 et 2015)	2,33	Indice calculé sur CA 2015 : moindre que N-1	2,18	Indice calculé sur CA 2016 : moindre que N-1	/	Indice calculé sur CA 2017 : moindre que N-1	<2,18

Source : CNSA.

L'avantage du premier indicateur est sa disponibilité puisqu'il est repris du Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) « Autonomie » annexé aux PLFSS.

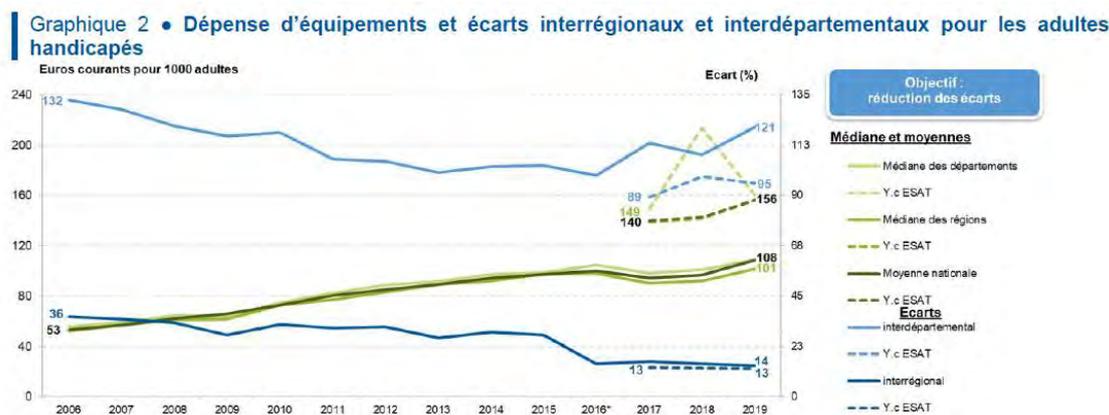
En revanche, le taux d'équipement est un indicateur très fruste, surtout pour le secteur PH, car le nombre de places est rapporté à la population totale. L'indicateur cumule places en établissements et services, ce qui a peu de sens – la part des services dans l'offre étant néanmoins un des indicateurs suivis dans le cadre du pilotage de la transformation de l'offre. Les évolutions (et notamment l'accroissement des écarts sur certains segments de l'offre) sont difficiles à interpréter et ne donnent d'ailleurs pas lieu à analyse.

## Annexe I

Le seul levier d'action sur cet indicateur dont dispose la CNSA est la répartition de places nouvelles, les transformations de structures dépendant des gestionnaires d'ESMS, des ARS et des conseils départementaux.

En outre, le suivi de cet indicateur sous la forme prévue était difficile et les tutelles ont demandé une présentation plus visuelle. Les tableaux figurant dans le REPSS Autonomie<sup>61</sup> se révèlent plus faciles à lire, sinon à interpréter, comme l'illustre l'extrait ci-dessous :

**Graphique 3 : dépense d'équipement et écarts interrégionaux et interdépartementaux pour les adultes handicapés**



Sources : CNSA/Cnam, dépenses de l'assurance maladie concernant les ESMS pour les personnes handicapées, Insee.  
Champ : France métropolitaine.

Source : CNSA/CNAM, dépenses de l'assurance maladie concernant les ESMS pour les personnes handicapées, Insee.

Concernant le second indicateur, les valeurs figurant dans le tableau de suivi COG sont globalisées pour l'ensemble des ESMS, mais des informations plus détaillées figurent dans les rapports d'analyse des comptes administratifs et des états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD)<sup>62</sup>.

En l'état actuel des modalités de tarification des ESMS tant pour les secteurs PA que PH, cet indicateur ne correspond pas à un levier d'action de la CNSA, dans la mesure où le financement est individualisé en fonction des dépenses de l'ESMS. Il ne permet pas de prendre en compte les différences d'activité ou de population accueillie entre différents ESMS.

### 4.3.1. Action 1 : copiloter la réforme tarifaire des ESMS du secteur des personnes handicapées

**L'action est partiellement réalisée.** L'action a été conduite dans un « mode projet » (direction de projet à la DGCS ; chefferie de projet et équipe projet à la CNSA) qui fonctionne, et a permis la concertation avec les parties prenantes comme prévu par la COG.

La réalisation de cette action a pris du retard par rapport au calendrier indiqué dans la COG, qui était toutefois « sous réserve » à partir de la deuxième phase. La troisième sous-action n'a pas été réalisée.

<sup>61</sup> <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2021/PLFSS-2021-ANNEXE%201-Autonomie.pdf>

<sup>62</sup> Analyse des comptes administratifs 2017 et 2018 des ESMS PH.

**La première étape du projet (sous-action 1) est réalisée.** Elle a consisté à élaborer une nomenclature des besoins et des prestations et à mettre en place une étude de coûts, a été réalisée. La CNSA s'est attachée à incrémenter les nomenclatures dans les systèmes d'information nationaux, compte tenu de l'intérêt de partager un langage commun. L'accompagnement qui a été mis en place<sup>63</sup> (et qui se poursuivra en 2021 avec l'élaboration d'un kit pédagogique) pose toutefois la question du périmètre du projet et de l'usage des ressources au-delà de celui-ci.

L'évolution du cadre réglementaire est intervenue par le décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques.

**La deuxième étape du projet (sous-action 2) a été partiellement réalisée et avec retard.** Elle consistait à proposer un modèle de tarification et à simuler son impact. Ceci a été réalisé lors d'une présentation conclusive le 8 décembre 2020, soit avec un retard d'un an par rapport à la borne haute prévue par la COG (2018-2019). Le cadrage des scénarios ayant eu lieu à l'issue du comité stratégique du 14 novembre 2019, ce retard paraît raisonnable. En revanche, le comité stratégique du 8 décembre 2020 ne comporte pas de simulation, et annonce un calendrier prévisionnel<sup>64</sup> particulièrement ambitieux, pour l'année 2022 en particulier, qui laisse craindre un risque de dépassement de la date cible.

Selon la CNSA, trois études nationales de coût (ENC) seraient nécessaires pour sécuriser complètement la mise en œuvre d'un nouveau système tarifaire. Le choix a été fait de se limiter à deux ENC dans le cadre du projet SERAFIN-PH. Les données disponibles sont actuellement limitées à la part financée par l'assurance maladie au titre de la prise en charge par l'ESMS. Les données comparables pour les établissements financés par les conseils départementaux ne sont pas disponibles. Les données concernant les soins ne concernent que ceux assurés par les ESMS. Les données concernant les soins de ville et les soins hospitaliers ne seront disponibles qu'en 2021. Ce enrichissement des données sera permis par l'utilisation du NIR à partir de l'ENC 2019 et par celle de l'outil Résid-ESMS développé par la CNAM.

Selon la CNSA, « *le modèle proposé à ce stade (et encore incomplet) a été conçu comme s'adaptant à l'ensemble des modalités d'accompagnement et vise à fluidifier le passage d'une modalité à l'autre en introduisant un décompte d'activités « global » et non plus uniquement par modalité (hébergement/service) ».*

La mission se félicite de la mise en consultation publique par la Haute autorité de santé<sup>65</sup> du projet de référentiel d'évaluation des ESMS depuis le 11 janvier 2021, qui permettra à terme d'évaluer la qualité des prestations fournies par les ESMS parallèlement à l'implémentation du nouveau système tarifaire.

**La troisième étape du projet (sous action 3) n'a pas été réalisée.** Il s'agissant d'accompagner le changement et de déployer le modèle choisi. Sa mise en œuvre ne pouvait être engagée avant le complet aboutissement de la deuxième étape, en particulier la simulation de l'impact du nouveau modèle de tarification.

---

<sup>63</sup> <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/serafin-ph-le-guide-sur-les-usages-des-nomenclatures-des-besoins-et-des-prestations-est-paru>

<sup>64</sup> 1e semestre 2021 : cadrage de l'expérimentation

2e semestre 2021 : préparation (outils de recueil, formation – réponse CNIL) et exploitation des données de l'ENC 2019

1e semestre 2022: recueil des données

2e semestre 2022 : traitement des données – ajustements du modèle

1e semestre 2023 : simulation tous ESMS / préparation PLFSS 2024

À partir de 2024 : début de la phase 3 du projet (mise en œuvre du nouveau modèle avec accompagnement).

<sup>65</sup> <https://referentielessms.has-sante.fr/>

#### **4.3.2. Action 2 : contribuer à l'élaboration des réformes tarifaires du champ des personnes âgées**

**Cette action a été réalisée** s'agissant de la mise en œuvre de la réforme des EHPAD résultant de la loi ASV. Les travaux concernant la réforme de la tarification des SSIAD se sont poursuivis dans le cadre de la convention signée avec l'ATIH (étude de coût SSIAD et SPASAD). Le pilotage de la réforme est assuré par la DGCS, et les travaux propres de la CNSA ont été suspendus dans l'attente des orientations ministérielles.

##### **4.3.2.1. Sous-action 1 : accompagner les ARS dans la mise en œuvre de la réforme des EHPAD**

**Cette sous-action est réalisée.** L'accompagnement des ARS a été conduit de façon satisfaisante. S'agissant du suivi de la signature des CPOM ARS-ESMS, il est assuré par la DGCS, et non par la CNSA comme semblait le prévoir la COG. Il semblerait plus logique à la mission que ce soit bien la CNSA qui assure ce suivi.

La CNSA a conduit l'analyse des reprises de résultats par les ARS comme prévu.

##### **4.3.2.2. Sous-action 2 : éclairer la réforme de la tarification des SSIAD**

**Cette sous-action a été partiellement réalisée.** Cette action n'a pas fait l'objet d'un suivi, dans l'attente d'orientations ministérielles sur ce sujet piloté par la DGCS.

Pour autant les travaux concernant la tarification des SSIAD conduits par l'ATIH dans le cadre de la convention qui la lie à la CNSA se poursuivent en 2020 (étude de coût SSIAD et SPASAD 2017). La CNSA participe aux travaux (GTIA, contribution à la structuration des travaux, financement et contribution au suivi des travaux de l'ATIH, notamment).

#### **4.3.3. Action 3 : adapter les critères et les modalités d'allocation des ressources pour permettre une répartition plus équitable dans le cadre de la nouvelle géographie des ARS**

**Cette action est partiellement réalisée.** S'agissant des deux premières sous-actions, cette situation résulte d'une décision politique de non application de nouveaux critères de répartition de l'OGD au « stock » et à la structuration retenue pour les CPOM Etat-ARS, qui ne prévoyait pas systématiquement le suivi des disparités. L'absence de suivi formalisé des actions en direction des outre-mer ne paraît pas à la hauteur des enjeux spécifiques que représentent ces territoires. Il est toutefois à noter une intensification des actions en faveur de l'Outre-mer sur la période récente, notamment en matière immobilière.

##### **4.3.3.1. Sous-action 1 : proposer un ajustement des critères de répartition de l'OGD pour aider à réduire dans la durée les disparités entre régions**

**Cette sous-action est réalisée.** En 2017, de nouveaux critères ont été définis et appliqués à l'enveloppe Conférence nationale du handicap (CNH). Une simulation de l'impact de l'application des critères au « stock » a été réalisée, faisant ressortir d'importantes modulations.

La décision d'appliquer ces critères n'ayant pas été prise, les travaux ont ensuite été suspendus.

#### **4.3.3.2. *Sous-action 2 : veiller à l'intégration de l'objectif de réduction des écarts dans les documents de planification ou de programmation des agences***

**Cette sous-action n'est pas réalisée.** Dans le cadre du suivi de cette sous action, la CNSA souligne la difficulté que représente, pour un suivi national, la liberté laissée aux ARS de choisir, dans le cadre du CPOM Etat-ARS, entre un indicateur précisant la part des services dans l'offre médico-sociale et les écarts interdépartementaux.

#### **4.3.3.3. *Sous-action 3 : accompagner les politiques régionales de recomposition de l'offre et de réduction des écarts et en suivre les résultats***

**Cette sous-action est partiellement réalisée.** Le suivi de la COG sur ce point renvoie au suivi de l'indicateur de réduction des écarts interrégionaux et interdépartementaux. Or, le contenu de cette sous-action prévoyait également que la CNSA outille les ARS pour la conduite d'opérations de recomposition de l'offre existante et de redéploiement des moyens, dans le cadre de l'animation du réseau des ARS. Sur ce dernier point, le niveau de réalisation est partiel.

Le travail que la CNSA devait conduire avec la DREES pour enrichir l'indicateur d'écart d'équipement en intégrant des indicateurs sur l'offre financée par les départements n'a pas été réalisé.

#### **4.3.3.4. *Sous-action 4 : fournir un appui renforcé aux ARS sur les territoires en retard d'équipement, en particulier les DOM***

**Cette sous action a été partiellement réalisée,** et n'a pas fait l'objet d'un suivi formalisé, mais une intensification des actions en faveur de ces territoires est observée dans la période récente. Le plan Outre-mer dans le cadre duquel devait se dérouler cette action n'ayant pas été reconduit, la CNSA a participé ponctuellement aux réunions mensuelles des DG des ARS ultramarines organisées par le SGMAS. A cette occasion ont été présentés les travaux spécifiques proposés par la CNSA pour les territoires ultramarins, en particulier concernant le soutien à l'investissement outre-mer et l'adaptation du programme ESMS numérique aux spécificités des territoires ultramarins par l'abaissement des conditions de regroupement des porteurs de projets.

Concernant l'investissement dans les territoires ultra-marins, la CNSA a proposé d'utiliser les marges observées en gestion 2020 pour la pérennisation de projets financés initialement en CNR en Guyane dans le champ PH et pour le financement de l'équivalent d'un 2<sup>ème</sup> SSIAD à Mayotte dans le champ PA. En octobre 2020, la CNSA a présenté un plan de soutien aux ARS ultramarines en matière d'investissement immobilier, marquant un engagement qui se structure en soutien de ces territoires.

Par ailleurs, l'application de majorations « vie chère » pour les territoires ultramarins est devenue systématique.

La CNSA travaille avec le Centre national de ressources en faveur des ARS ultramarines depuis 2020, sur les campagnes tarifaires et l'appui à l'investissement.

#### **4.3.4. Engagements de l'État et conditions de faisabilité**

La CNSA a été associée aux différentes étapes de la conception des nouveaux modèles tarifaires. Le secrétariat général a assuré le suivi des CPOM intégrant notamment la question des écarts d'équipements ; toutefois la liberté laissée aux ARS de choisir entre un indicateur précisant la

## Annexe I

part des services dans l'offre médico-sociale et les écarts interdépartementaux a été un facteur défavorable à l'atteinte de l'un des objectifs fixés à la CNSA (cf. 4.3.2.2. *supra*).

La DGCS a analysé les points de réglementation remontés par la CNSA à l'occasion des échanges avec les ARS sur les recompositions territoriales notamment dans le cadre des dialogues de gestion.

La CNSA a participé aux travaux relatifs à l'évolution des critères de répartition de l'OGD mais ces travaux n'ont pas donné lieu à des évolutions juridiques.

## 5. Bilan de l'axe 5 : améliorer le fonctionnement et l'intervention de la Caisse

L'axe 5 de la COG était composé de quatre fiches déclinant les objectifs d'amélioration de la gestion interne de la CNSA dans le contexte de l'élargissement de ses missions par la loi ASV :

- ◆ conforter son rôle de carrefour des acteurs des politiques de l'autonomie ;
- ◆ moderniser sa gestion pour gagner en efficacité ;
- ◆ assurer une gestion des ressources humaines dynamique ;
- ◆ garantir l'efficacité de sa gestion budgétaire et comptable.

Ces objectifs ont été traduits en 10 actions et 45 sous-actions.

Les données de suivi rassemblées par la CNSA et les échanges de la mission avec les équipes de la caisse et de ses tutelles permettent d'en faire le bilan d'avancement synthétique figurant dans le tableau ci-dessous, dont le contenu sera analysé et précisé dans les développements qui suivent.

**Tableau 21 : bilan synthétique de la réalisation de l'axe 5**

Fiche	Nombre d'actions ou sous-actions (*)	Réalisées dans le calendrier fixé	Réalisées avec retard ou partiellement réalisées	Non réalisées ou abandonnées
Affirmer le rôle de la CNSA comme carrefour des acteurs des politiques de l'autonomie	8	6	1	1
Moderniser les instruments au service des missions de la CNSA	15	6	7	2
Assurer une gestion des ressources humaines dynamique	10	5	3	2
Garantir l'efficacité de la fonction budgétaire et comptable	12	5	5	2
<b>Ensemble</b>	<b>45</b>	<b>23</b>	<b>15</b>	<b>7</b>

*Source : mission d'après données CNSA. (\*) : ce nombre est calculé de la façon suivante : si l'action est déclinée en sous-actions, il s'agit du nombre de sous-actions ; si l'action n'est pas déclinée en sous-actions, il s'agit du nombre d'actions.*

L'absence de réalisation de certaines actions peut être imputée :

- ◆ à la CNSA pour la mise en œuvre d'un programme pluriannuel d'évaluation (qu'elle n'a pas proposé à ses tutelles), l'élaboration d'un plan de classement et l'actualisation du plan de continuité d'activité (du fait de la vacance du poste de responsable des services généraux), l'absence de refonte des procédures d'accueil, la formalisation de la GPEC, et la création du comité d'audit interne ;
- ◆ aux agents comptables de la CNSA qui n'ont pas souhaité mettre en place le contrôle hiérarchisé de la dépense, les retards de la mise en place du contrôle interne et l'existence d'un service facturier pouvant toutefois expliquer leur position.

### 5.1. Fiche thématique I : affirmer le rôle de la CNSA comme carrefour des acteurs des politiques de l'autonomie

Cette fiche comportait trois actions, concernant (1) le rôle du Conseil de la CNSA, comme lieu de débat sur les politiques de l'autonomie, (2) la diffusion d'informations et l'animation des échanges au sein des réseaux du secteur et (3) la participation de la CNSA à la gouvernance par l'État des politiques de l'autonomie.

## Annexe I

Elle était assortie de deux indicateurs de résultat (cf. tableau 22) :

- ◆ le lancement d'appels à projets thématiques pour les seules actions innovantes (hors projet de recherche) au titre de la section V. Conformément à la cible, il y a eu un appel à projets thématique lancé par an en 2016, 2017 et 2018. En 2019 toutefois, aucun appel à projets n'a été lancé. Un nouvel appel a été lancé début mars 2020 sur le thème « Soutenir la transformation de l'aide et de l'accompagnement à domicile : nouvelles formes de participation et inspirations étrangères » mais a été suspendu, la remise des projets étant reportée à 2021 et un nouvel appel à projets sur les enseignements de la crise a été lancé en substitution en mai 2020 ;
- ◆ le nombre de réunions croisées entre acteurs locaux organisées par la CNSA. Le suivi de cet indicateur n'a été fait que pour l'année 2019, les réunions croisées pourtant organisées précédemment (cf. *infra* action 2) n'ayant pas été décomptées.

**Tableau 22 : suivi des indicateurs de la fiche thématique I**

Indicateur	Référence (année)	2016		2017		2018		2019	
		Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Nombre d'appel à projets thématiques lancés (section V)	1 (2015)	1	1	1	1	1	1	1	0
Nombre de réunions croisées (ARS, CD, MDPH) organisées chaque année par la CNSA		1/an	1	2/an	-	2/an	-	2/an	18

*Source : CNSA.*

### 5.1.1. Action 1 : faire vivre le Conseil de la CNSA comme un lieu de débat et de transparence sur les politiques de l'autonomie

**Cette action qui comportait trois sous-actions est en partie réalisée :**

- ◆ les deux premières, concernant l'élargissement du Conseil de la CNSA et les informations données à ses membres ont été mises en œuvre ;
- ◆ en revanche, la troisième, consistant à élaborer et soumettre au Conseil un programme pluriannuel d'évaluation n'a pas été engagée.

#### 5.1.1.1. Sous-action 1 : mettre en œuvre l'élargissement du Conseil prévu par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement

**Cette sous-action a été réalisée.** La loi ASV et un décret du 20 octobre 2016 ont élargi le Conseil de la CNSA aux représentants de trois caisses nationales (CNAM, CNAV, RSI) et prévu l'élection de trois vice-présidents au lieu de deux.

Les directeurs généraux des caisses nationales ont été invités à y participer dès novembre 2016. Le renouvellement des représentants associatifs et des personnalités qualifiées en 2017 a donné l'occasion de mettre en place le nouveau cadre de fonctionnement du Conseil.

#### 5.1.1.2. Sous-action 2 : rendre compte au Conseil des actions menées par les pouvoirs publics et de l'utilisation des fonds collectés au titre de la collectivité dans le champ de l'aide à l'autonomie

**Cette sous-action, qui ne faisait que confirmer le rôle du Conseil comme lieu d'échange sur les politiques de l'autonomie, a été réalisée.** Elle prévoyait que le Conseil serait informé sur les enjeux de ces politiques et que la direction de la CNSA rendrait compte de leur mise en œuvre à l'ensemble des membres du Conseil.

## Annexe I

La présentation des projets de budgets initiaux ou rectificatifs (trois à quatre séances par an) permet notamment d'exposer en détail l'utilisation des financements de la Caisse. Les trois commissions spécialisées du Conseil offrent en outre l'opportunité d'approfondir la présentation des différentes actions mises en œuvre.

Entre 2018 et 2020, quatre conseils exceptionnels et cinq séminaires thématiques du Conseil ont été organisés pour permettre des échanges approfondis et des réflexions prospectives sur les politiques de l'autonomie et la création de la nouvelle branche autonomie.

### **5.1.1.3. Sous-action 3 : rédiger et mettre en œuvre un programme pluriannuel d'évaluation des actions conduites par la CNSA**

**Cette sous-action n'a pas été réalisée** et aucun programme pluriannuel d'évaluation n'a été élaboré, même si des évaluations ont été lancées par la CNSA (évaluation des MAIA par exemple). Au demeurant, le programme proposé aurait dû recevoir l'aval de l'État, responsable des politiques mises en œuvre par la Caisse, avant celui du Conseil de la CNSA.

### **5.1.2. Action 2 : diffuser de l'information et favoriser les échanges entre les acteurs et les réseaux du secteur**

Cette action qui comportait trois sous-actions est en partie réalisée :

- ◆ les deux premières, concernant l'animation des échanges entre réseaux et la diffusion de connaissance ont été mises en œuvre ;
- ◆ la troisième, portant sur la mise à disposition des données produites par la CNSA aux administrations centrales n'a été que partiellement réalisée.

#### **5.1.2.1. Sous-action 1 : développer des cadres de travail réunissant les différents réseaux animés par la CNSA pour favoriser les échanges et coopérations**

Cette sous-action correspond au deuxième indicateur attaché à la fiche. Bien que cet indicateur n'ait été renseigné que pour 2019, **la sous-action a été réalisée**.

La CNSA a en effet contribué à l'organisation d'échanges entre les réseaux qu'elle anime ou co-anime sur les thématiques transversales nécessitant un rapprochement entre services des départements, MDPH et ARS, notamment :

- ◆ pour le déploiement de la « réponse accompagnée pour tous » (cf. axe 2, fiche II, action 2) avec des réunions nationales ou interdépartementales entre ARS et conseils départementaux, poursuivies et amplifiées avec l'ouverture de la thématique de transformation de l'offre d'établissements et services pour personnes en situation de handicap (journées territoriales),
- ◆ pour le déploiement du système de suivi des orientations (cf. axe 1, fiche II, action 1) organisé avec les MDPH autour des ARS et des GRADeS<sup>66</sup>,
- ◆ pour l'animation de la politique d'aide aux aidants et des CFPPA, avec l'organisation de journées nationales et de groupes de travail réunissant les représentants des différents réseaux ;

---

<sup>66</sup> Les Groupements régionaux d'appui au développement de l'e-Santé « GRADeS » sont des structures financées par les ARS pour opérer le déploiement des SI de santé dans les établissements. Ils peuvent prendre diverse formes juridiques (GIP ou GCS notamment). Cf. Instruction n° SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie d'e-santé en région.

## Annexe I

- ◆ sur le thème des MAIA, avec des journées nationales organisées jusqu'en 2018 qui ont associé les pilotes des dispositifs et les référents des ARS et des départements ;
- ◆ sur le thème de l'habitat inclusif, avec deux journées nationales en 2019 qui ont réuni les ARS et les services des départements.

### **5.1.2.2. Sous-action 2 : produire et diffuser de l'information et de la connaissance en direction des partenaires institutionnels, des acteurs locaux (ARS, MDPH, CD), et des professionnels du secteur**

Cette sous-action, peu précise dans son contenu, recoupe largement les actions contenues dans d'autres axes, concernant à la fois la production d'informations et d'outils à destination des professionnels des réseaux animés par la CNSA et les objectifs de valorisation des projets de recherche et des actions innovantes soutenues par la CNSA (cf. axe 1, fiche III, action 2). **Elle peut être considérée comme réalisée.**

### **5.1.2.3. Sous-action 3 : mener une étude sur les modalités d'accès par l'État aux informations et données disponibles dans les SI de la CNSA**

**Cette sous-action a été réalisée avec un important retard sur l'échéancier fixé,** les échanges avec la DGCS et les autres DAC s'étalant sur plusieurs années. Ces échanges ont néanmoins fini par aboutir à la signature d'une convention avec la DREES en avril 2019, couvrant les besoins de l'ensemble des directions du ministère.

### **5.1.3. Action 3 : participer à la gouvernance mise en place par l'État sur les politiques de l'autonomie**

**Cette action peut être considérée comme partiellement réalisée,** ainsi que les deux sous-actions qu'elle comportait.

#### **5.1.3.1. Sous-action 1 : développer les partenariats et complémentarités d'action avec les autres agences et caisses et les administrations centrales**

**Cette sous-action a été réalisée.** La CNSA a signé des conventions avec la CNAM, en 2016, la CNAV et la MSA, en 2017, qui déclinent les objectifs de la COG, requérant une intervention coordonnée avec ces organismes, et qui prennent également en compte les objectifs de leurs propres COG.

La CNSA a passé, par ailleurs, des conventions avec les agences sur lesquelles elle s'appuie :

- ◆ l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH), avec laquelle elle a passé une convention cadre 2017-2019<sup>67</sup>, lui confiant la réalisation d'études de coûts (sur les EHPAD, les SSIAD et les ESMS-PH), la gestion technique et l'exploitation statistique du tableau de bord médico-social, conçu par l'ANAP, et la contribution au chantier de refonte du référentiel PATHOS (cf. axe 1 fiche I) ainsi qu'à la convergence des normes d'échanges informatisés. Cette convention cadre a été complétée par des conventions annuelles fixant le programme des travaux à réaliser et la contribution financière de la CNSA pour l'année considérée ;

---

<sup>67</sup> Faisant suite à une première convention cadre 2013-2015 et à une convention portant sur l'année 2016.

## Annexe I

- ◆ l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), constituée sous forme de GIP dont la CNSA est membre, et à laquelle elle doit verser à ce titre une dotation. Les conventions annuelles fixent uniquement le montant (1 M€ par an pour la période 2016-2020) et les modalités de versement de la dotation, le programme de travail de l'ANAP étant défini chaque année par son conseil d'administration (dont la CNSA est membre) dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de performance pluriannuel auquel la CNSA n'est pas partie. Les travaux de l'ANAP dans le champ médico-social portent principalement sur le déploiement du tableau de bord des ESMS ;
- ◆ l'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP-santé) devenue agence du numérique en santé (ANS) en décembre 2019, constituée sous forme de GIP dont la CNSA est membre, sans que la convention constitutive prévoit un financement obligatoire de l'agence par la Caisse. La CNSA et l'ASIP ont signé une convention cadre à durée indéterminée, le 26 novembre 2014, prévoyant un appui de l'ASIP-santé aux projets menés par la CNSA « liés au développement de systèmes d'information dans les secteurs médico-social et social ». Elle prévoit que chaque projet fait l'objet d'une lettre de mission de la CNSA en définissant les objectifs, le calendrier et les interventions attendues de l'ASIP et d'une note de cadrage de celle-ci précisant les conditions de son intervention et notamment le budget prévisionnel. Elle renvoie à des conventions d'application annuelles fixant des budgets annuels (intégrant les parts du financement des projets confiés à l'ASIP pour l'année considérée) et les modalités de versement de ces financements. Cette convention cadre a été modifiée par un avenant du 30 juillet 2020 substituant l'ANS à l'ASIP et introduisant le principe d'une dotation forfaitaire de la CNSA s'ajoutant au financement par projet. Pour la période 2016-2020, les budgets prévisionnels fixés par les conventions annuelles sont présentés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 23 : budgets prévisionnels des conventions annuelles CNSA-ASIP santé (en k€)**

Projet	2016	2017*	2018	2019	2020
Outil d'évaluation multidimensionnelle des gestionnaires de cas des MAIA (OEMD)	265	210	150	100	75
SI-MDPH et SI-Suivi des orientations	2 119	2 550	4 250	5 000	1 930
Référentiel d'évaluation multidimensionnelle des EMS-APA (REMD)			200	250	175
ESMS Numériques					348
Contribution aux activités "socle" (e-santé, ROR)					1 580
<b>Total</b>	<b>2 384</b>	<b>2 760</b>	<b>4 600</b>	<b>5 350</b>	<b>4 108</b>

*Source : CNSA, traitements missions. \* : budget modifié par l'avenant du 8 décembre 2017.*

La CNSA a, par ailleurs, participé à la gouvernance du GIP Agence nationale de l'évaluation médico-sociale (ANESM), dont elle était membre, jusqu'à la reprise de ses missions par la HAS en avril 2018.

### 5.1.3.2. Sous-action 2 : participer à la gouvernance des systèmes d'information, notamment aux travaux de la DSSIS et de la DGCS (MISI)

**Cette sous-action a été partiellement réalisée** : la CNSA a régulièrement participé à la comitologie mise en place par la délégation stratégique aux systèmes d'information de santé (DSSIS) sur les SI des ARS et sur les SI de l'autonomie. Après la suppression de la DSSIS dont les attributions ont été reprises par la direction du numérique (DNUM) pour le SI des ARS et par la délégation au numérique en santé (DNS) pour les SI des secteurs sanitaire et médico-social, sa participation a été modifiée. La CNSA participe aux travaux avec la DNS sur le programme « ESMS numériques » désormais intégré dans le plan Ségur numérique, mais elle ne participe pas au comité stratégique des SI du secteur santé, piloté par la DNUM (cf. supra, axe 4, fiche II, action 1).

### 5.1.4. Engagements de l'État et conditions de faisabilité

Les engagements de l'État sur cette fiche semblent avoir été globalement remplis même si leur réalisation est difficile à tracer :

- ◆ les représentants de l'État au Conseil ont régulièrement informé celui-ci des projets en cours et apporté des réponses aux questions posées ;
- ◆ la CNSA est régulièrement invitée à participer aux travaux inter-administratifs visant à préparer des réformes et à y contribuer par des analyses appuyées sur sa gestion des dispositifs ;
- ◆ le rôle de l'État pour assurer la cohérence des objectifs fixés et des chantiers menés par la CNSA et les autres agences ou caisses intervenant dans le champ de l'autonomie et de la santé n'est pas déterminant : à titre d'exemple, la COG 2018.-2022 de la CNAM ne cite qu'une fois la CNSA à propos du programme de recherche de l'IRDES. Mais le conventionnement direct entre la CNSA et ces organismes permet de préciser les conditions de leur partenariat.
- ◆ la CNSA est associée à certains travaux inter-administratifs sur l'articulation des politiques menées en faveur de la continuité des parcours des personnes et de l'articulation des champs social, médico-social et sanitaire, par exemple sur la mise en œuvre de la réforme des dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

## 5.2. Fiche thématique II : moderniser les instruments au service des missions de la CNSA

Cette fiche comportait trois actions, visant à améliorer l'efficacité interne de la Caisse, à réduire ses coûts de fonctionnement et à renforcer sa participation à la politique de développement durable.

Elle était assortie de deux indicateurs de résultats (cf. tableau 24) :

- ◆ le montant des frais de fonctionnement par agent, avec un objectif de réduction correspondant à l'action 2 ;
- ◆ la part des marchés de la Caisse incluant des clauses sociales ou environnementales, avec une cible de 80 % en 2019.

Bien que le premier indicateur n'ait pas été régulièrement suivi, **il semble que les deux indicateurs aient atteint leur cible. La pertinence et le suivi de ces indicateurs soulèvent toutefois des interrogations** :

- ◆ l'indicateur des coûts de fonctionnement (hors prestations informatiques et locations immobilières) par agent a posé de nombreuses difficultés liées :

## Annexe I

- au périmètre des dépenses prises en compte, **incluant notamment des dépenses liées au métier** (par exemple les frais de déplacement des agents ou les frais d'édition de documents destinées aux réseaux) ;
- au passage à la GBCP associé au changement d'outil comptable en 2016, qui ont conduit à revoir la référence (passée de 23 928 € à 17 464 € par ETPT pour l'année 2015).

Par ailleurs, le recours à l'intérim ou à une mise à disposition pour remplacer un agent absent majore l'indicateur (augmentation du numérateur et diminution du dénominateur). Une note interne de la CNSA de mai 2019 donne une évolution de + 24,8 % en 2017 et de + 0,9 % en 2018, s'écartant fortement de la cible ;

- ◆ l'indicateur sur les clauses sociales ou environnementales dans les marchés est calculé sur le nombre de marchés donnant lieu à publication dans l'année. Sont pris en compte, au numérateur, les marchés incluant une clause sociale ou environnementale ou un critère de jugement des offres relatif à une démarche sociale ou environnementale mais aucun contenu minimal n'est fixé, ce qui ne garantit pas un impact social ou environnemental significatif du marché. **Cet indicateur n'a pas ailleurs rien à voir avec les objectifs fixés dans les deux sous-actions de l'action 2 :**
  - la sous action 2 « Formaliser une politique d'achat qui se traduira notamment par le recours à une mutualisation des achats en formalisant un partenariat avec le service des achats de l'État » (échéance 2017) ;
  - la sous action 3 « Accroître le recours aux centrales d'achat et aux marchés groupés (2016-2019) ».

**Tableau 24 : suivi des indicateurs de la fiche thématique II**

Indicateur	Référence (année)	2016		2017		2018		2019	
		Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Réduction des frais de fonctionnement courant par agent (%)	23 928 € (2015)	-5	-7,5	-2,1	-	-0,6	-	-0,6	-4,7
Part annuelle des marchés publics de la CNSA publiés avec des clauses sociales ou environnementales (%)	13 (2015)	30	30	45	70	62,5	71	80	80

*Source : CNSA.*

### 5.2.1. Action 1 : poursuivre l'objectif de gagner en efficience interne

**Cette action comportait six sous-actions qui n'ont été que très partiellement réalisées ou avec retard**, notamment du fait de la vacance prolongée du poste de responsable des services généraux. Seule la refonte de l'*intranet* et de l'*extranet* de la CNSA a été menée à bien, avec retard toutefois pour ce-dernier.

#### 5.2.1.1. Sous-action 1 : élaborer un plan de classement et un thésaurus et sous-action 4 : élaborer et mettre en œuvre un plan d'archivage

**Ces deux sous-actions ont connu un retard important** du fait de la vacance prolongée du poste de responsable des services généraux, une première fois d'octobre 2016 à mars 2018, puis de mars à octobre 2020 soit une vacance sur 40 % de la période 2016-2020.

De ce fait, **la première sous-action n'a pas été réalisée** et la seconde a connu un début d'exécution en 2018, avec de premiers échanges avec la mission Archives des ministères sociaux et des échanges internes avec l'agence comptable, mais n'a pas abouti, la nouvelle responsable projetant de le relancer au second semestre 2021.

#### **5.2.1.2. Sous-action 2 : refondre l'intranet de la Caisse**

Cette sous-action a été réalisée fin 2017. L'intranet de la caisse fait toutefois l'objet d'une nouvelle évolution qui a été engagée en 2019 et a abouti en novembre 2020.

#### **5.2.1.3. Sous-action 3 : rénover l'extranet de la Caisse**

Une nouvelle version de l'extranet a été mise en service en janvier 2019, soit avec un peu plus d'un an de retard sur l'échéance fixée par la COG (2017).

#### **5.2.1.4. Sous-action 5 : généraliser l'emploi de l'outil de gestion en mode projet**

Cette sous action n'a pas donné lieu à des évolutions dans l'organisation de la CNSA au-delà d'une formation des agents à cette modalité de gestion en 2017 et d'une inscription dans le projet d'établissement adopté en 2019 de l'objectif « développer le travail en mode projet ».

Mais **on peut s'interroger sur la pertinence de l'objectif fixé "généraliser le mode projet"** alors que la CNSA fonctionne déjà selon cette modalité pour conduire des projets transversaux. En premier lieu, ce mode de travail n'est pas adapté à l'ensemble des activités de la Caisse et notamment pas aux tâches récurrentes. En second lieu, ce mode de travail requiert une organisation précise et une capacité d'affecter aux équipes projets des ressources, en pratique du temps de travail dédié, ce qui n'est pas compatible avec la réalité de la CNSA où les agents participant aux projets ont d'autres tâches (éventuellement d'autres projets) qui viennent en concurrence. **Il aurait été plus pertinent soit de laisser à la CNSA le choix de l'organisation interne la plus adaptée pour atteindre ses objectifs, soit, à l'inverse, d'identifier précisément les projets inscrits dans la COG pour lesquels cette organisation était demandée, les ressources nécessaires et la réalité de leur disponibilité.**

#### **5.2.1.5. Sous-action 6 : actualiser le plan de continuité des activités**

**Cette sous action n'a pas été menée à bien du fait de la vacance prolongée du poste de responsable des services généraux.** Un travail a été toutefois engagé dans cette perspective sur le seul champ des SI en 2017-2018 pour déterminer, pour chaque application gérée par la CNSA, son degré de sensibilité et le niveau de reprise d'activité exigible en cas d'incident.

#### **5.2.2. Action 2 : réduire les coûts de fonctionnement de la Caisse**

**Cette action regroupait des objectifs divers qui ont été inégalement atteints.**

L'objectif de réduction des frais de fonctionnement par agent, dont la pertinence n'est pas démontrée en raison de la difficulté à en sortir les dépenses liées au métier, semble avoir été atteint en fin de période, mais les dépenses de location immobilière ont fortement progressé en 2019. L'inscription de cet objectif dans l'accord d'intéressement a, pour sa part, bien été faite.

Les deux sous-actions portant sur les achats correspondent à des achats de fonctionnement **alors que les achats de la caisse sont pour une part très majoritaire des achats de prestations concourant directement à ses missions.** Les enjeux et risques financiers relèvent prioritairement de la maîtrise du volume de ces prestations et les enjeux et risques opérationnels du suivi de la qualité de leur exécution.

#### **5.2.2.1. Sous-action 1 : diminuer les coûts de fonctionnement courant afin de contribuer à l'effort de maîtrise des dépenses publiques**

Le suivi de la mesure se confond avec celui de l'indicateur qui a soulevé les difficultés évoquées *supra*.

En outre, on peut s'interroger sur la nécessité d'un tel indicateur alors que les dépenses de fonctionnement et les effectifs de la CNSA font déjà l'objet d'un cadrage pluriannuel. S'il devait être repris dans la prochaine COG, il conviendrait de revoir le périmètre des dépenses prises en compte pour en exclure toutes celles liées à l'activité de la Caisse et en particulier à ses fonctions d'appui aux réseaux, ce qui pourra exiger un découpage fin au sein de certains comptes.

#### **5.2.2.2. Sous-action 2 : formaliser une politique d'achat qui se traduira notamment par le recours à une mutualisation des achats en formalisant un partenariat avec le service des achats de l'État**

**Cette sous-action n'a pas été pleinement réalisée.** Dans le suivi de la COG, il est indiqué que la politique d'achat a été formalisée en janvier 2020. Un document « politique d'achat de la CNSA », daté de décembre 2019, a été fourni à la mission. Après des développements généraux sur ce que devrait être une politique d'achat, **le document, qui n'est fondé sur aucune analyse des achats, ni par famille, ni par service gestionnaire, se résume à des conseils et bonnes pratiques sur la passation des marchés, de l'expression du besoin au suivi de l'exécution.** Même si formellement un document a été produit, **on ne peut considérer qu'il répond à l'objectif fixé par la COG.**

La CNSA a signé, en 2016, une convention de groupement avec la direction des achats de l'État (DAE) lui permettant de recourir à des achats groupés dès lors que les marchés existent et correspondent à son besoin. La DAE n'apparaît cependant pas comme une « centrale d'achat », au contraire de l'Union des groupements d'achats publics (UGAP) ou du Réseau des acheteurs hospitaliers (RESAH) dans les données fournies à la mission par la Caisse. En pratique **cette convention n'a été utilisée que pour quelques prestations limitées (électricité, quelques formations ou prestations de coaching ....** La CNSA participe par ailleurs à des réunions organisées par la DAE, ce qui ne peut suffire à constituer le « partenariat » demandé par la sous-action.

#### **5.2.2.3. Sous-action 3 : accroître le recours aux centrales d'achat et aux marchés groupés**

**La CNSA présente un taux de mutualisation de 37 % en 2019 contre 20 % en 2017.** Cette part est calculée en pourcentage du nombre des marchés passés et non de la valeur des achats réalisés. La CNSA fait depuis longtemps appel à des centrales d'achat, principalement l'UGAP et le RESAH (notamment pour le projet ESMS numérique), et à des marchés passés par l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS). Cette sous-action n'était pas pertinente pour la CNSA dont l'essentiel des achats sont des achats métiers pour lesquels le recours à des prestations externes est excessif (cf. Annexe VI).

#### **5.2.2.4. Sous-action 4 : réduire le coût des locations d'espace et des frais de bouche, pour atteindre une baisse conforme au cadrage du fonctionnement courant**

Les dépenses de locations immobilières de la CNSA ont connu une évolution à la hausse au cours de la COG (cf. tableau 25), liées principalement à l'augmentation des surfaces de bureaux loués dans la tour de l'avenue du Maine.

## Annexe I

**Tableau 25 : évolution des dépenses de location immobilières de la CNSA (en €)**

	2016	2017	2018	2019
Location de bureaux	1 227 424,7	1 290 992,5	1 549 146,9	1 850 308,2
Locations d'espaces de stockage	14 736,4	14 929,3	16 054,9	22 322,4
Location de parkings	8 583,1	3 649,7	6 342,4	6 092,6
Locations de salles pour séminaires, réunions, réceptions (hors frais de bouche)	199 115,0	32 026,7	59 036,0	37 454,7
Total	1 449 859,3	1 341 598,4	1 630 580,3	1 909 599,7

*Source* : Données CNSA, traitements mission- Données issues du compte financier. Solde débiteur net du compte 6132 – dépenses imputées sur les sections V (pour certaines dépenses de location de salles, notamment pour les journées scientifiques pour 91 410 € en 2016) et VI.

La CNSA a loué, avec l'accord de ses tutelles, le 17<sup>ème</sup> étage de la tour de l'avenue du Maine à compter de février 2018, pour une surface de 1 064 m<sup>2</sup> (avec locaux d'archives), en abandonnant en contrepartie la location d'un demi-étage au 11<sup>ème</sup> étage (587 m<sup>2</sup> avec locaux d'archives) et d'une salle de réunion de 145 m<sup>2</sup> au rez-de-chaussée, soit une augmentation nette de la surface louée de 332 m<sup>2</sup>. Toutefois, l'obligation de réaliser des travaux de cloisonnement au 17<sup>ème</sup> étage a conduit la CNSA à conserver le 11<sup>ème</sup> étage encore un an et à payer un surloyer de 310 000 € HT, échelonné sur neuf trimestres, ce qui explique les augmentations constatées en 2018 et 2019.

La baisse des dépenses de locations de salles extérieures a été forte en 2017, même en ne tenant pas compte des dépenses liées aux rencontres scientifiques de 2016. L'évolution de ces dépenses entre 2017 et 2019 ne corrobore pas clairement l'argument présenté par la CNSA à ses tutelles selon lequel la location du 17<sup>ème</sup> étage de la tour permettrait de réduire les dépenses de locations extérieures.

La mission n'a pas retracé l'évolution des frais de bouche qui peuvent être imputés sur différentes comptes et différentes sections, en particulier lorsqu'ils sont liés à des événements organisés par la Caisse.

La mission signale par ailleurs, que le suivi de ces dépenses par la comptabilité budgétaire tenue en encaissement / décaissement comme le prévoit la GBCP aboutit à des fluctuations fortes d'une année sur l'autre dues aux dates de règlement des loyers. Il est donc préférable d'utiliser la comptabilité générale tenue en droits constatés pour mesurer l'évolution des frais de fonctionnement.

### **5.2.2.5. Sous-action 5 : veiller à inscrire l'objectif de réduction des frais de fonctionnement dans l'accord d'intéressement des agents de la Caisse**

**Cette action a été réalisée par la signature d'un avenant n°2**, en date du 30 juin 2016, à l'accord d'intéressement du 28 juin 2013, l'objectif de réduction des frais de fonctionnement correspondant à objectif 8 de l'avenant. Les nouveaux avenants signés en 2017 et 2019 (*cf. infra* fiche III, action 1) n'ont pas remis en cause cet objectif.

### **5.2.3. Action 3 : renforcer la politique de développement durable**

**Cette action a été partiellement réalisée**, les objectifs de baisse de consommation d'électricité et de papier ayant été atteints sans que ces progrès résultent d'un plan d'action de développement durable formalisé.

### 5.2.3.1. *Sous-action 1 : élaborer un plan d'action de développement durable relatif à l'impact environnemental de l'action de la CNSA*

Cette sous-action a été réalisée avec retard, en raison de la vacance prolongée du poste de responsable des services généraux. Le plan a été finalisé en juillet 2020, soit 2 ans et demi après l'échéance fixée par la COG (2017). Par ailleurs, la CNSA indique que 80 % des marchés notifiés en 2019 comportaient une clause sociale ou environnementale, avec les limites afférentes à cet indicateur (*cf. supra*).

### 5.2.3.2. *Sous-action 2 : diminuer la consommation d'électricité de 10 % sur la période de la COG, à surface équivalente (kWh/m<sup>2</sup>)*

Le tableau de suivi de la COG annonce une baisse de 46 % de la consommation d'électricité en 2019 par rapport à 2015, pour un objectif de - 10 % à surfaces identiques. La mission n'a pu vérifier ce résultat. Les données comptables de la Caisse indiquent cependant une baisse des dépenses d'électricité de 15 % entre 2016 et 2019, alors que les surfaces louées ont augmentées, rendant crédible l'atteinte de l'objectif. La baisse des dépenses a été obtenue par des évolutions techniques (passage à éclairage LED) et un changement de fournisseur en 2018.

**Tableau 26 : évolution des dépenses de consommation d'électricité de la CNSA (en €)**

	2016	2017	2018	2019
Dépenses d'électricité (solde net du compte 60611)	25 108,09	19 008,14	18 149,32	21 312,26

*Source : Données CNSA (compte financier).*

### 5.2.3.3. *Sous-action 3 : diminuer la consommation de papier par agent de 10 % (en tonne par ETP)*

Le tableau de suivi de la COG annonce une baisse très importante de la consommation de papier de 31 % en 2019 par rapport à 2015, pour un objectif de - 10 %, résultat obtenu notamment par mutualisation des impressions et dématérialisation des documents. La mission n'a pas vérifié ce chiffre.

### 5.2.3.4. *Sous-action 4 : mettre en place un plan de gestion des déchets (tri, recyclage, revalorisation)*

Comme l'élaboration du plan de développement durable, **cette-sous action a été réalisée avec retard**, pour le même motif de vacance prolongée du poste de responsable des services généraux. Un marché spécifique de gestion des déchets a été notifié en 2020, en lien avec le plan développement durable.

## 5.2.4. Engagements de l'État et conditions de faisabilité

L'État s'engageait à apporter l'appui de la mission archives du ministère des affaires sociales à l'élaboration du plan d'archivage de la CNSA. Des premiers échanges ont eu lieu en 2018 mais se sont interrompus avec le départ de la responsable des services généraux de la CNSA. Le second engagement portant sur la mise à la disposition de la CNSA des salles de réunion n'a pas été tenu.

### 5.3. Fiche thématique III : assurer une gestion des ressources humaines dynamique

La COG 2012-2015 fixait un plafond d'emploi à 106,2 ETP en 2015. Ce plafond a, toutefois, été relevé en cours d'exécution de cette COG et porté à 114,2 en 2014 puis 119,2 en 2015, pour tenir compte des nouvelles missions qui allaient être confiées à la CNSA par la loi ASV<sup>68</sup> et la réforme de la tarification des ESMS pour personnes handicapées (projet SERAFIN)<sup>69</sup>. La CNSA estimait, toutefois, nécessaire d'augmenter ses effectifs de 4 ETP supplémentaires en 2016 et 2017 (soit un plafond de 123,2 ETP), cette augmentation pouvant être ramenée à 2 ETP en 2019 (soit un plafond de 121,2 ETP), pour faire face aux nouveaux chantiers à venir, notamment la réforme de la tarification des EHPAD et, surtout, la mise en place du SI commun des MDPH.

**La mission note que le calibrage du plafond d'emploi de la CNSA dans la COG 2016-2019 n'a pas suivi cette proposition en acceptant la hausse temporaire demandée mais en fixant une baisse des effectifs à partir de 2018, pour les ramener *in fine* à 117,2 ETP en 2019, soit à un niveau inférieur à celui atteint en 2015 (cf. Tableau 6), en contradiction avec l'accroissement des missions de la Caisse.** La fiche III faisait référence à l'augmentation du plafond d'emploi réalisée au cours de la COG précédente, notant qu'il répondait à « *un accroissement pérenne de ses missions et à son investissement majeur dans des réformes pluriannuelles* » mais n'apportait pas de justification à la baisse du plafond d'emplois imposée à partir de 2018.

**Tableau 27 : trajectoire du plafond d'ETP prévu par la COG 2016-2019**

2014 (E)	2015 (B)	2016 (B)	2017 (COG)	2018 (COG)	2019 (COG)
114,2	119,2	123,2	123,2	121,2	117,2

*Source : COG 2016-2019. (E) : exécuté ; (B) : budgété ; (COG) : projection COG.*

**La fiche III de l'axe 5 comporte trois actions et dix sous-actions.** L'État s'engage pour sa part à « *favoriser l'implication de l'assurance maladie et de la CNAF dans la poursuite de l'évolution du SI paie* »<sup>70</sup>. Globalement, cinq sous-actions ont été réalisées, trois ne l'ont pas été et deux l'ont été partiellement.

Elle était assortie de deux indicateurs de résultat destinés à garantir le respect de l'obligation d'emploi des personnes handicapées et à réduire les délais de vacances de postes.

**Tableau 28 : suivi des indicateurs de la fiche thématique III**

Indicateur	Référence (année)	2016		2017		2018		2019	
		Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Taux d'emploi de personnes handicapées dans les effectifs de la Caisse (%)	3,7 (2015)	4	8,0	5	3,9	6	4,2	6	4,3
<i>Indicateur rectifié par la mission à partir du tableau source de la CNSA (%)</i>			6,6		3,3		4,7		4,6
Délai moyen de vacance des postes (mois)	5 (2014)	4,8	3,5	4,3	3,5	3,8	3,5	3,5	3,2

*Source : CNSA. Fichier suivi CO indicateurs.*

<sup>68</sup> La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement confiait de nouvelles missions à la CNSA, notamment : la mise en place d'un SI-MDPH, l'animation des conférences des financeurs et des EMS-APA, la politique d'accès aux aides techniques, la politique en faveur des aidants, etc.

<sup>69</sup> Source : note de la Directrice de la CNSA du 26 octobre 2015 au Directeur de cabinet de la Ministre des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes sur l'évolution des emplois de la CNSA pendant la période 2016-2019.

<sup>70</sup> COG 2016-2019, axe V, fiche III, Engagements de l'État/conditions de faisabilité.

## Annexe I

Les résultats de l'indicateur du taux d'emploi des personnes handicapées figurant dans le fichier de suivi des indicateurs sont erronés (en 2016 et 2017 : total des emplois directs et unités déductibles et non taux d'emploi ; en 2018 et 2019 : taux d'emploi direct hors unités déductibles). Les difficultés rencontrées par la CNSA pour atteindre la cible sont évoquées *infra* à propos de l'action 2.

Le second indicateur souffre d'un mode de calcul mesurant l'impact annuel des vacances sur les ETP disponibles, mais pas les délais de vacances réels qui ne sont calculés par la CNSA que sur la fin de la période et non reflétés dans l'indicateur. Le calcul de la durée de vacances était fait, jusqu'à une période récente, en prenant les postes vacants au 1<sup>er</sup> janvier et la durée de la vacance pendant l'année soit une valeur inférieure à la durée effective de vacances, le mode de calcul a évolué et des données de vacances effectives sont maintenant calculées.

Sous cette réserve méthodologique les objectifs sont réalisés. La CNSA a indiqué à la mission que, compte tenu des délais procéduraux, le délai de recrutement est de trois mois, de sorte que réduire en dessous de cette durée le délai de vacance supposerait d'anticiper les départs. (*cf. infra*).

### 5.3.1. Action 1 : conduire une politique de ressources humaines cohérente avec celle de l'UCANSS et de l'État

**Le titre cette action reflète assez mal les développements qui l'explicitent.** Il s'agit de développements classiques sur le contenu d'une politique RH, qui mêlent le respect des normes obligatoires et des actions de gestion. La seule référence à l'UCANSS est le renouvellement de l'accord d'intéressement national pour les agents relevant de la convention collective nationale des agents des organismes de sécurité sociale. La cohérence avec celle de l'État n'est en rien définie, aucune action ou sous action n'y est associée.

**Les difficultés de gestion des ressources humaines (cf. annexe III) ne sont sans doute pas méconnues puisqu'un des deux indicateurs est le délai moyen de vacances des postes mais les sous-actions prévues ne sont pas à la hauteur des enjeux.** La sous-action correspondant à l'indicateur des délais de vacances est, par exemple, la formalisation d'un document exposant la stratégie de la politique des ressources humaines (GPEC) dont on peut douter, qu'à lui seul, il eût suffi à traiter le sujet.

**L'action 1 compte sept sous-actions.**

#### 5.3.1.1. Sous-action 1 : renouveler le diagnostic et le plan d'action sur les risques psychosociaux

**Cette sous-action est réalisée.** Le diagnostic sur les risques psychosociaux (RPS) a été finalisé en janvier 2017, date à laquelle il a été présenté à l'ensemble des personnels (le 13 janvier 2017).

Un plan d'action, comportant quatre axes structurants et identifiant 19 actions et 26 sous-actions, a été approuvé au CHSCT du 13 juillet 2017. Sa mise en œuvre était prévue en trois ans. Ces travaux ont été utilisés pour établir, en 2017, le volet dédié aux RPS au sein du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)<sup>71</sup> et du plan d'actions détaillé pour la prévention des RPS et l'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT).

---

<sup>71</sup> Le DUERP de la CNSA a été élaboré en 2012, avant l'élaboration en 2017 du plan de prévention des RPS. Ce DUERP a été refondu en 2019 avec l'appui d'un prestataire. Une actualisation est prévue en 2021.

## Annexe I

Après avoir envisagé de déployer, tout début 2018, un baromètre permettant de mesurer certaines actions du plan, la CNSA a intégré en 2019 le baromètre social institutionnel de l'UCANSS.

**La mission s'interroge sur l'intérêt de faire figurer dans la COG une obligation réglementaire,** l'article L4121-3 du code du travail prévoyant l'obligation pour l'employeur de tenir à jour un document unique rassemblant les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs (DUERP).

### 5.3.1.2. Sous-action 2 : refondre les procédures d'accueil (livret d'accueil)

**Cette sous-action n'a pas été réalisée. Les procédures d'accueil n'ont pas été refondues et elles ne sont pas formalisées en tant que telles pour définir un parcours d'accueil et d'intégration.** La CNSA ne dispose pas, aujourd'hui, d'un livret d'accueil sous forme physique ; un document a été rédigé en 2017 et les informations qu'il comporte ont été mises en ligne et figurent sur l'intranet récemment refondu.

La CNSA fait valoir qu'elle organise un séminaire d'accueil pour les nouveaux arrivants : trois en 2019, deux en 2020 pour un total de 38 personnes.

### 5.3.1.3. Sous-action 3 : négocier et le cas échéant, signer un nouvel accord d'intéressement pour les agents UCANSS, avec des objectifs compatibles avec ceux fixés par la COG

**Cette sous-action a été réalisée.** Un avenant à l'accord d'intéressement du 28 juin 2013, concernant les agents sous convention collective UCANSS, a été signé le 30 juin 2016. Il comportait dix objectifs dont sept étaient « *en cohérence, voire communs, avec les indicateurs de la COG* ». En 2017, les objectifs ont été revus pour que les dix objectifs de l'intéressement soient des objectifs de la COG. Le 26 juin 2019, a été adopté un avenant « *de transition* » en l'attente de la nouvelle COG. La CNSA note, à raison, la différence entre la durée de l'accord d'intéressement (3 ans) et celle de la COG.<sup>72</sup>

**Tableau 29 : objectifs de l'intéressement**

2015		2016/2017/2018		2019	
4	Remontée et analyse des statistiques issues des MDPH (avenant à l'accord du 23 juin 2014)	1	Moyens mis en œuvre par la CNSA pour créer les conditions du déploiement d'un SI-MDPH	1	Déployer le SI MDPH
			1-1 Contractualisation avec les MDPH		1-1 : Contractualisation avec les MDPH
			1-2 : Conception d'une version		1-2 : Nombre de MDPH ayant remonté des données dans le centre de données SI MDPH
3	Améliorer la connaissance des disparités territoriales sur les prestations gérées par les MDPH				
2	Animer et piloter le réseau MDPH	2	Animer le réseau des MDPH et des conseils départementaux rencontrés	2	Animer les réseaux partenaires (ARS, CD, MDPH)
			2-1: Nombre de départements rencontrés		2-1 : Nombre de départements et MDPH rencontrés

<sup>72</sup> Compte tenu de l'objet de la mission les critères utilisés pour mesurer l'atteinte des objectifs et les résultats obtenus n'ont pas été audités ; ce rapport ne vaut donc pas validation de ce processus

## Annexe I

2015		2016/2017/2018		2019	
			2-2 : Nombre de MDPH rencontrées		2-2 : Part des réunions nationales CNSA-ARS ayant donné lieu à un pratique de partages
1	Mettre en place HAPI et soutenir les ARS pour son utilisation	3	Animation des ARS	3	Favoriser une animation transversale des réseaux
		4	Import CA/Import-EPRD	4	Animer les SI du secteur médico-social
		5	Communication externe et diffusion de la connaissance	5	Favoriser la diffusion des connaissances et l'information du grand public
			5-1 : Communication externe		5-1 : Diffusion de l'information au grand public via le portail pour les personnes âgées
					5-2: Diffusion de l'information via des publications accessibles
					5-3: Diffusion de l'information par les données en open-data
			5-2: Lancer et mettre en œuvre un appel à projet "actions innovantes" par an		5-4: Mettre en œuvre un appel à projet "actions innovantes" par an
		6	Favoriser la transversalité	6	Favoriser la transversalité interne
		7	Favoriser le développement durable	7	Favoriser le développement durable
			7-1: Diminution de la consommation de papier par agent		
			7-2 : Diminution de la consommation d'électricité		
5	Maîtriser les dépenses de fonctionnement courant	8	Maîtrise et diminution des frais de fonctionnement	8	Maîtriser les frais de fonctionnement et développer le contrôle interne
					8-1 : Baisse des frais de fonctionnement
6	Mettre en œuvre le contrôle interne et la certification des comptes				8-2 : Développement du contrôle interne à la CNSA
		9	Faciliter l'emploi des travailleurs reconnus handicapés	9	Favoriser l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés
			9-1 : Part de personnes reconnues handicapées embauchées en CDD ou ou qui ont réalisé un stage au sein de la CNSA		
			9-2: Favoriser le recrutement pérenne de travailleurs handicapés et le recours aux prestations faisant appel à des ESAT		
				10	Formaliser les entretiens annuels d'évaluation réalisés
7	Maîtriser les délais de paiement	10	Maîtriser les délais de paiement	11	Maîtriser les délais de paiement

Source : CNSA.

**5.3.1.4. Sous-action 4 : étudier la possibilité de mise en œuvre d'un accord d'intéressement incluant les fonctionnaires et les agents de droit public et le négocier le cas échéant**

**Cette action a été réalisée mais n'a pas conduit à une décision :** un projet d'accord d'intéressement pour les fonctionnaires a été établi et transmis à la DGCS par note du 30 septembre 2019, sans réponse à la date de la mission. La CNSA a, pendant la mission, saisi à nouveau les directions de tutelle en vue d'une mise en œuvre dès 2022. Un décret et un arrêté seraient nécessaires. La DSS lui a indiqué qu'elle était plutôt favorable à cette mesure, mais que cette disposition serait également à transposer aux caisses du régime général (RG). Néanmoins, son impact budgétaire serait faible puisque le RG compte seulement 44 agents de droit public (hors CNSA, qui en compte 23).

**5.3.1.5. Sous-action 5 : poursuivre l'évolution du SI paie en intégrant des fonctionnalités nouvelles (congés et frais de missions) et en recherchant son interopérabilité avec le logiciel GBCP**

**Cette sous-action a été en partie réalisée.** Le SI paie utilisé par la CNSA est celui des organismes de sécurité sociale, géré par la CNAM, il est aussi utilisé pour les contrats de droit public et les fonctionnaires en détachement au prix de nombreux « forçages » générant des risques et du travail supplémentaire (un système de paie à façon est envisagé pour ces personnels mais n'a pas abouti à ce jour). **La gestion des congés (FIGGO) a été informatisée depuis fin 2015**, avec un progiciel ; une extraction permet d'alimenter le logiciel de paie de ces informations sans ressaisie. **La CNSA ne dispose, par contre, pas aujourd'hui d'un logiciel de gestion des frais de mission** et considère que d'autres outils sont prioritaires. Les travaux d'interfaçage avec le progiciel comptable (Cegid) n'ont pas encore été menés, faute de ressources disponibles (45 écritures par mois). Le seul engagement de l'État pour cette action était « *La DSS favorisera l'implication de l'assurance maladie et de la CNAF<sup>73</sup> pour la réalisation de la sous-action 5 de l'action 1.* » Cet engagement n'a pas été tenu, la DSS n'ayant mené aucune action sur ce point.

En matière de RH, la mission note que les objectifs SI de la COG portent uniquement sur la paie et non sur l'ensemble du SI-RH. Malgré un cadre de gestion complexe, la CNSA est dépourvue de nombre des outils de gestion de base dont elle a besoin et qui sont suppléés par des fichiers Excel (cf. Annexe III).

**5.3.1.6. Sous-action 6 : clarifier les règles de temps de travail et les possibilités de recours au télétravail**

**Cette sous-action a été réalisée.** Les règles de temps de travail ont été clarifiées en 2019 avec la mise en place d'un outil de décompte du temps de travail. Un accord sur le télétravail a été signé le 20 novembre 2011 pour application en 2019, incluant dans sa partie 8 le télétravail. Un avenant relatif au télétravail était, à la date de la mission, en cours de renégociation en vue de passer d'un jour à trois jours maximum hebdomadaire et de mieux accompagner celui-ci.

---

<sup>73</sup> Historiquement la paie de la CNSA était gérée par la CPAM 92, donc elle était identifiée par la branche maladie. Par conséquent, au moment du changement de logiciel (GDP vers GRH), elle est restée dans le giron de l'assurance maladie qui l'a intégrée au même titre que les autres organismes. Le produit était le même mais au moment de la COG il n'avait pas été encore défini qui mettrait à disposition l'outil et qui en ferait le support.

### 5.3.1.7. Sous-action 7 : formaliser une politique de ressources humaines (GPEC) favorisant davantage d'anticipation (des besoins en renouvellement)

Cette sous-action n'a pas été réalisée. La formalisation d'une politique de ressources humaines (GPEC) n'a pas été effectuée<sup>74</sup>. La possibilité même d'aller loin sur ce sujet, pour un organisme de 120 personnes, dont l'encadrement vient massivement de l'extérieur, qui ne dispose pas d'un réseau propre, ce qui exclut largement la possibilité de faire une carrière à la caisse, est discutable ; tout au plus la caisse pourrait mieux s'inscrire dans le réseau UCANSS et, gérer avec les caisses nationales de sécurité sociale, sur une base individuelle, des possibilités de mobilité ou de débouchés pour ses agents (cf. annexe III).

### 5.3.2. Action 2 : faciliter l'intégration des personnes en situation de handicap dans l'effectif de la Caisse

Pour un organisme dont la vocation est de mettre en œuvre la politique du handicap, l'action 2 pose un objectif flou, et les sous-actions qui l'accompagnent ne semblent pas à la hauteur des enjeux.

L'indicateur associé (cf. supra) fixe comme objectif le respect du seuil réglementaire. En terme de méthode, la mission s'interroge sur une méthode qui consiste à associer à un objectif flou, des sous actions qui relèvent d'un micro management qui n'a sans doute pas sa place dans une COG et un indicateur de suivi qui n'est que le respect d'une obligation réglementaire. Une obligation de transparence sur le respect sur seuil (affichage sur la première page du site de la CNSA s'il n'est pas respecté par exemple) serait sans doute aussi efficace.

Au fond, le respect de l'obligation légale correspond à un petit nombre de postes en valeur absolue, sept, en raison de la taille de la CNSA. Des évolutions individuelles peuvent donc impacter le respect ou le non-respect de l'obligation légale.

Pour autant il est regrettable de constater que la CNSA ne respecte plus depuis 2017 l'obligation légale. Elle l'a fait, en 2016, grâce à la présence de trois agents en CDD et au recours à des prestations d'ESAT permettant de déduire près de deux unités. Le départ de ces agents en CDD et la quasi-disparition du recours à des prestations du fait des économies de gestion l'ont conduite à ne plus respecter l'obligation.

Tableau 30 : taux d'emploi de travailleurs handicapés à la CNSA

	01/01/2016	01/01/2017	01/01/2018	01/01/2019
Objectif	7	7	7	7
Nombre effectif	6	3	5	5
Taux emploi direct	4,92 %	2,54 %	4,20 %	4,27 %
Agent non rémunéré invalide	1	1	0	0
Unités déductibles	1,99	0,92	0,54	0,36
<b>Total</b>	<b>7,99</b>	<b>3,92</b>	<b>5,54</b>	<b>5,36</b>
Taux d'emploi global	6,6 %	3,3 %	4,7 %	4,6 %

Source : CNSA. Lecture : si 6 représente 4,92 % alors 7,99 représente  $4,92 \% \times 7,99 / 6 = 6,55$ .

Par ailleurs, comme indiqué supra le tableau de suivi des indicateurs de la COG donne des chiffres erronés.

<sup>74</sup> Ce qui ne veut pas dire qu'aucune action pouvant y contribuer n'a été menée.

### **5.3.2.1. Sous-action 1 : diffuser régulièrement des informations internes et organiser des formations sur les conditions d'accueil et de travail de personnes en situation de handicap**

**Cette sous-action est en partie réalisée.** Une formation interne à destination de tous les managers et ayant pour thème « accueillir un salarié en situation de handicap » a été organisée en décembre 2016 et une nouvelle formation est envisagée. Par ailleurs, la direction des ressources « préconise » que lorsqu'une personne fait mention d'une RQTH sur son CV, elle soit a minima reçue par le recruteur. La caisse peut certainement mieux faire notamment en organisant la formation de ses managers selon une périodicité supérieure à une fois tous les cinq ou six ans et en demandant au recruteur de justifier pourquoi un candidat ayant fait état d'une RQTH n'aurait pas été reçu.

### **5.3.2.2. Sous-action 2 : formaliser un partenariat avec des acteurs impliqués dans le recrutement de travailleurs handicapés**

**Cette sous-action est partiellement réalisée.** La CNSA a indiqué avoir passé une convention et/ou subventionner l'association ARPEJEH (Accompagner la Réalisation des Projets d'Études de Jeunes Élèves et Étudiants Handicapés) et l'IEP de Paris pour recruter des stagiaires. La mission ne la considère pas comme réalisée car elle concerne uniquement un public de jeunes diplômés et donc plus des stages que des emplois. Il serait sans doute possible de travailler avec des acteurs du recrutement pour des postes en cours de carrière.

### **5.3.3. Action 3 : mettre en œuvre la réforme de la formation professionnelle**

Une seule sous-action était prévue : étudier les conditions et le coût du recours à un OPCA.

**Cette sous-action, dont l'ambition était limitée, a été réalisée.** et la CNSA est allée au-delà car elle a adhéré à l'OPCA Uni formation pour les seuls agents sous convention UCANSS puisque pour les agents publics la formation est à la charge de l'employeur.

## **5.4. Fiche thématique IV : garantir l'efficacité de la fonction budgétaire et comptable**

Cette fiche comportait trois actions, portant sur :

- ◆ la mise en œuvre de la réforme de la gestion budgétaire et comptable s'appliquant aux établissements publics administratifs nationaux (GBCP) ;
- ◆ la tenue et l'arrêté des comptes conformément au plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS) ;
- ◆ le renforcement de la politique de maîtrise des risques nécessaire à la certification des comptes.

Elle était assortie de deux indicateurs de résultat visant la réduction des délais de paiement des fournisseurs et des aides à l'investissement des ESMS (cf. Tableau 31).

## Annexe I

**Les cibles de ces deux indicateurs n'ont pas été atteintes et se dégradent brutalement en 2019** après des progrès significatifs en 2017 et 2018. Les difficultés de fonctionnement de la chaîne de la dépense et en particulier du service facturier (*cf. infra*) expliquent cette dégradation. Selon l'agence comptable, l'année 2020 devrait connaître une dégradation au premier semestre mais une amélioration sensible en fin d'année avec 16,5 % de factures comportant un délai de paiement supérieur à 30 jours en octobre 2020 (contre 21,7 % le mois précédent et 26,0 % en juillet). Les délais cibles fixés pour les PAI sont jugés inatteignables par la personne en charge à la DESMS.

**Tableau 31 : suivi des indicateurs de la fiche thématique IV**

Indicateur	Référence (année)	2016		2017		2018		2019	
		Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
Pourcentage de factures fournisseurs avec un délai de paiement supérieur à trente jours (%)	22	20	22	15	4,1	10	4	7,5	21
Délai de paiement des PAI après réception complète du dossier (jours)	30 (2015)	27,5	55	25	50	22,5	35,2	20	52,4

*Source : CNSA.*

### 5.4.1. Action 1 : mettre en œuvre la réforme de la gestion budgétaire et comptable

Cette action visait à la mise en œuvre par la CNSA du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique (GBCP) dont certaines dispositions (notamment celles relatives aux autorisations d'engagement, aux crédits de paiement et aux recettes) s'appliquaient à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, soit antérieurement à la signature de la COG. **Elle comportait cinq sous-actions** portant sur :

- ◆ la mise en place d'un système d'information budgétaire et comptable compatible avec les règles nouvelles et l'interfaçage des applications de gestion de certaines dépenses avec ce nouveau SI ;
- ◆ l'élaboration du document prévisionnel de gestion des emplois et des crédits de personnel (DPGECP) prévu par le décret GBCP ;
- ◆ la mise en place d'un service facturier et la dématérialisation des factures.

**Trois sous actions peuvent être considérées comme réalisées, les deux autres n'étant réalisées qu'en partie ou avec retard.**

#### 5.4.1.1. Sous-action 1 : achever le déploiement du SI compatible avec les règles de la nouvelle gestion budgétaire et comptable qui entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016

Cette sous action a été réalisée avec la mise en place d'une nouvelle application budgétaire et comptable (CEGID) opérationnelle pour la gestion 2016. La bascule dans ce nouveau SI a nécessité des efforts importants de la part des services ordonnateurs et comptables au cours de l'année 2015 pour respecter cette échéance, ce qui était acquis à la signature de la COG.

**5.4.1.2. Sous-action 2 : articuler le SI avec les autres applications métiers existantes et développer des modules nouveaux afin d'informatiser l'ensemble de la chaîne budgétaire et comptable**

**Cette sous-action**, qui implique la création d'une interface informatique entre CEGID et chaque application utilisée par la CNSA pour gérer ses dépenses, en vue d'automatiser les échanges, **est loin d'être achevée**.

La mise en œuvre du premier palier du système de pilotage budgétaire a été réalisée en 2018. Mais d'autres applications soulèvent plus de difficultés :

- ◆ l'outil de gestion des subventions (GALIS), a été déployé initialement pour gérer les plans d'aide à l'investissement dont la gestion a été déconcentrée dans les ARS et l'objectif de la CNSA était son extension à l'ensemble des subventions des sections IV et V. Une étude d'opportunité de la création d'une interface automatique avec CEGID a été lancée en 2018. Ce projet n'a pas été mené à terme, quelques interfaçages étant toutefois envisagés pour limiter les saisies manuelles au sein du pôle budget-finances ;
- ◆ l'outil de gestion des immobilisations et de l'inventaire physique acheté à CEGID (Salvia) n'a jamais pu fonctionner et l'inventaire est géré sur un tableur. La CNSA s'interroge actuellement sur l'opportunité d'acquérir un outil non interfacé avec CEGID, le volume des immobilisations ne nécessitant pas un interfaçage automatique ;
- ◆ l'outil de gestion des frais de déplacement connecté à CEGID n'a pas été mis en œuvre mais ne paraît pas indispensable en raison du faible volume des remboursements individuels des agents, les principales dépenses (transport, hébergement) étant payées via le marché passé avec une agence de voyage.

**La pertinence de l'objectif fixé par la COG n'est donc pas certaine et la mission considère qu'il s'agit d'un pur sujet de gestion interne à traiter entre l'ordonnateur et le comptable sans intervention des tutelles.**

**5.4.1.3. Sous-action 3 : élaborer le DPGECF aux échéances prévues par la GBCP**

**Cette sous-action a été réalisée avec retard** : un DPGECF est produit tous les ans depuis 2017 mais avec retard, son élaboration demandant de nombreux traitements manuels et nécessitant de baser des projections fiables pour l'année en cours sur une exécution vérifiée de l'année précédente.

Une des principales difficultés est de disposer d'une projection fiable de la masse salariale : en l'absence d'outil dédié, il est nécessaire, pour construire le DPGECF, de partir d'extractions de CEGID et de les retravailler sur tableur. Cette difficulté a, jusqu'à présent, été surmontée en raison de la sous-consommation du plafond d'emplois liée aux vacances de postes (cf. annexe III) et d'un niveau d'autorisation de dépenses de personnel faiblement contraignant.

**5.4.1.4. Sous-action 4 : mettre en place un service facturier**

**Cette sous-action a été formellement réalisée dans le délai prescrit mais l'organisation mise en place en 2016 a connu de graves dysfonctionnements à partir de 2019** et n'atteint plus aujourd'hui l'objectif initial de réduction des délais de paiement liée à la simplification des processus de règlement des dépenses.

## Annexe I

Par une « convention de prestation de service » signée le 9 janvier 2014, le directeur de la CNSA avait confié à l'agent comptable « *en attendant la mise en place d'un service facturier qui suppose un système d'information intégré* » la « *préparation et / ou coordination des actes de liquidation et d'ordonnancement* » des factures des fournisseurs et des dépenses de subvention des plans d'aide à l'investissement ainsi que le suivi des délais de paiement de ces dépenses. Ces tâches étaient réalisées par un service de centralisation des factures créé au sein de l'agence comptable et doté de 2 ETP. Le chef du pôle ordonnancement de la direction financière était placé à la tête de ce service, sous l'autorité de l'agent comptable dont il devait devenir le fondé de pouvoir au bout d'un délai de six mois.

La COG demandait à la CNSA de transformer ce service en service facturier sous l'autorité de l'agent comptable. **Sollicitée par la mission, la CNSA n'a pas trouvé trace d'une convention mettant en place ce service facturier (SFACT) en 2015 ou 2016.** Une convention de janvier 2020 (signée seulement par l'agent comptable) crée bien un service facturier. **Il est donc probable que le service facturier ait fonctionné sous l'empire de la convention de 2014 jusqu'à cette date.**

Aux termes de la convention de janvier 2020 l'objectif assigné au SFACT est de gagner en efficacité en supprimant les contrôles redondants effectués auparavant par l'ordonnateur et l'agent comptable. Le fonctionnement du service est le suivant :

- ◆ le SFACT reçoit directement les factures adressées en mode dématérialisé par les fournisseurs de la CNSA à la plateforme Chorus Pro (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020) ;
- ◆ il constitue les dossiers de liquidation pour la plupart des dépenses ainsi que les demandes de paiement, avec les pièces justificatives requises, et effectue le rapprochement entre l'engagement juridique, la certification du service fait et la facture ;
- ◆ il procède au paiement à échéance après avoir exercé les contrôles prévus par le décret GBCP ;
- ◆ il liquide également l'ensemble des dépenses sans ordonnancement préalable et les PAI pour lesquels il n'existe pas de facture ;
- ◆ il assure l'interface entre les services gestionnaires et les fournisseurs pour accélérer le paiement des dépenses ;
- ◆ les services de l'ordonnateur restent entièrement responsable de l'engagement juridique et de la constatation du service fait (saisie dans CEGID) qui vaut ordre de payer donné à l'agent comptable ;
- ◆ certaines liquidations restent de la compétence de l'ordonnateur : remboursements de frais, concours et subventions.

**Le fonctionnement du SFACT s'est dégradé progressivement.** Selon le rapport du cabinet Eretra, des tensions ont existé depuis la création du service entre celui-ci et la direction des ressources, notamment du fait de l'insuffisance de procédures écrites décrivant les étapes de la chaîne de la dépense et les responsabilités de chaque acteur, et d'un alourdissement des tâches confiées au SFACT à partir de 2019.

Outre des problèmes de management, le rapport pointe ainsi des exigences de la part de la nouvelle agent comptable nommée en juin 2019 en matière de pièces justificatives et de tableaux de *reporting*, en particulier pour les paiements sur marchés, qui n'étaient pas imposées auparavant. En outre, de nouvelles tâches ne relevant pas de la mission habituelle d'un service facturier ont été confiées au SFACT en 2020 en matière de contrôle des concours et de liquidation et contrôle des subventions. Parallèlement, des congés maladie de longue durée ont conduit le SFACT à recruter des CDD de courte durée pour pallier les absences, avec une surcharge de travail pour le responsable. La personne recrutée à la suite du décès du responsable s'est trouvée à son tour en arrêt maladie.

## Annexe I

Au final, si la sous-action peut être considérée comme réalisée, **les dysfonctionnements majeurs constatés exigent une remise à plat complète du dispositif** passant par la redéfinition du périmètre du SFACT, sa dotation pérenne en agents formés, un lourd travail de réécriture des procédures afférentes aux différentes dépenses et la formation de l'ensemble des agents de l'ordonnateur appelés à intervenir dans le processus (passation des commandes et certification du service fait)

### 5.4.1.5. Sous-action 5 : dématérialiser les factures

**Cette sous-action a été réalisée.** Un accès de l'outil CEGID au portail Chorus pro mis en place en 2017 (désormais dénommé Portail public de facturation) puis la généralisation de l'obligation pour les fournisseurs de recourir à ce portail depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020 achèvent, en principe, le processus de dématérialisation, même si des factures parviennent encore par d'autres voies dont certaines sous forme papier, en méconnaissance des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Ce processus de dématérialisation s'est étendu aussi aux notifications de marchés par l'utilisation des plateformes dédiées, et un *sharepoint* d'échange d'informations entre la CNSA et le contrôleur budgétaire a été mis en place permettant de dématérialiser complètement le processus de visa. En outre, un système de signature électronique a été déployé depuis trois ans.

### 5.4.2. Action 2 : contribuer à une gestion et à une clôture des comptes dans le cadre du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS)

Cette action visait à appliquer pleinement le PCUOSS dans la comptabilité de la Caisse et à clôturer ses comptes dans un calendrier respectant celui fixé par un arrêté du 24 décembre 2014 pour les organismes de sécurité sociale, en tant qu'organisme concourant à leur financement. **La première sous-action a été réalisée mais les informations données en suivi de la seconde ne permettent pas de vérifier l'atteinte de l'objectif fixé.**

Par ailleurs **la COG ne réglait pas le problème du plan et de la nomenclature applicable à la CNSA**, se bornant à demander l'application du PCUOSS sans exclure pour autant l'application de la nomenclature M9 des établissements publics de l'État, **obligeant l'organisme à appliquer deux nomenclatures selon la nature des dépenses**, du fait de désaccords entre la direction de la sécurité sociale et la direction générale des finances publiques sur ce point. Le passage de la CNSA sous statut de caisse nationale du régime général devrait résoudre cette difficulté, le PCUOSS devenant la référence.

### 5.4.3. Action 3 : poursuivre les efforts engagés sur la maîtrise des risques afin d'assurer la certification des comptes

Cette action visait à renforcer le dispositif de contrôle interne en actualisant et généralisant la cartographie des risques et en mettant en place un plan d'action de contrôle interne et un comité d'audit interne. Elle visait aussi, sur cette base consolidée, à mettre en place un contrôle hiérarchisé de la dépense et à réduire les délais de paiement des factures et subventions, en s'appuyant notamment sur une évolution et une extension du champ de l'outil de gestion des subventions (GALIS). **Seule cette dernière sous-action peut être considérée comme réalisée, les autres n'étant qu'en partie engagées.**

**5.4.3.1. Sous-action 1 : actualiser la cartographie des risques en étendant notamment l'analyse des risques aux directions métier et mettre en œuvre le plan d'actions du contrôle interne et sous-action 2 : créer un comité d'audit interne**

Ces deux sous-actions ont connu un début de réalisation interrompu par manque de ressources. Le renforcement du contrôle interne a, en effet, été tributaire de la présence intermittente d'un responsable de la fonction, rattachée jusqu'en 2020 à la direction des ressources. Le poste a été vacant du 31 janvier 2016 au 2 juin 2017, puis du 15 juin 2018 au 19 août 2019 et du 5 décembre 2019 au 7 décembre 2020, soit une vacance du poste sur 70 % de la période 2016-2020. Les trois responsables qui se sont succédés, certains n'étant présents que quelques mois, n'ont pu avoir une action décisive pour relancer le dispositif de contrôle interne qui avait pourtant été mis en place à partir de 2011 et a permis une certification sans réserve des comptes de la CNSA à partir de l'exercice 2012.

La présence d'un responsable en 2018 a permis d'engager une révision de la cartographie des risques, recentrée dans un premier temps sur le volet budgétaire et financier en vue de l'application du décret GBCP, et de tenir une première réunion d'un comité de contrôle interne et d'audit le 29 janvier 2018. Au cours de cette réunion, ce projet de cartographie, le référentiel du contrôle interne et l'analyse du processus de la dépense avaient été présentés. Mais la réécriture des 83 procédures existantes n'avait pas été lancée et tous les travaux se sont arrêtés à son départ en juin 2018.

La CNSA a toutefois décidé de relancer le dispositif en faisant réaliser un audit de diagnostic par un consultant, dans la perspective du recrutement d'un nouveau responsable (effectif le 7 décembre 2020), cette fois rattaché à la direction générale. Le premier rapport remis en décembre 2020 effectue une analyse de l'état des dispositifs de maîtrise des risques à la CNSA, dont il souligne les faiblesses, et propose un plan de développement du contrôle interne s'échelonnant sur une période de dix-huit mois à deux ans, impliquant la mise en place d'une organisation de pilotage, la révision de la cartographie des risques et des procédures et l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'action et d'un plan de contrôle.

**5.4.3.2. Sous-action 3 : mettre en place un contrôle hiérarchisé de la dépense**

Cette action n'a pas été mise en œuvre, du fait du refus des agents comptables successifs, considérant que les prérequis fixés par les instructions de la DGFIP n'étaient pas remplis<sup>75</sup>, notamment l'existence d'un dispositif de contrôle interne comptable à jour.

Au demeurant, la DGFIP<sup>76</sup> considère qu'il y a une contradiction entre la mise en place d'un service facturier, qui implique un contrôle systématique des dépenses qui passent par ce service, et un contrôle hiérarchisé, qui implique un contrôle sur échantillon. L'extension du champ du SFACT (*cf. supra*) conduit donc à réduire le périmètre potentiel du contrôle hiérarchisé<sup>77</sup>.

**5.4.3.3. Sous-action 4 : réduire progressivement les délais de paiement de la Caisse, pour les factures et les subventions**

Cette sous-action et l'indicateur décrit *supra* retracent le même objectif : celui-ci a été atteint jusqu'en 2018 mais la situation s'est brutalement dégradée en 2019 (taux de factures hors délais passé de 4 à 21%) et ne devrait s'améliorer qu'à la fin de l'année 2020.

---

<sup>75</sup> Cf. instruction BOFIP-GCP-18-0012 du 06/04/2018, section 3.

<sup>76</sup> Entretien du 5 janvier 2021 de la mission avec le bureau 2FCE-2B.

<sup>77</sup> Qui pourrait néanmoins s'appliquer sur certains domaines hors SFACT comme la paie du personnel.

**5.4.3.4. Sous-action 5 : faire évoluer le SI de gestion des subventions et élargir son utilisation à l'ensemble des subventions**

**Cette sous-action a été réalisée**, avec l'extension progressive du périmètre de l'outil de gestion des subventions (application GALIS). Cet outil a été déployé en 2014, pour permettre aux ARS, désormais responsables de l'attribution des subventions d'investissement de la CNSA aux ESMS, de saisir la consommation des enveloppes d'autorisation d'engagements qui leur sont allouées, les caractéristique et l'avancement des opérations d'investissement et de demander les crédits de paiement correspondants.

Le périmètre de l'application a été étendu à la gestion des subventions de la section V pour le soutien aux actions innovantes et de la section IV en 2017 et à la gestion de l'ensemble des subventions de la section V en 2018. Il reste à couvrir les subventions gérées par la direction scientifique qui représentent un montant financier limité mais un nombre de dossiers importants au regard des effectifs de la caisse.

**5.4.4. Engagements de l'État et conditions de faisabilité**

L'exécution des trois engagements figurant dans la COG est difficile à tracer notamment l'appui apporté à la Caisse pour la mise en œuvre de la gestion budgétaire et comptable et l'association à la clôture des comptes (dont le contenu n'est pas très clair). L'appui juridique ponctuel sur le traitement de dossiers complexes ne paraît pas avoir été sollicité.

## 6. Bilan transversal en matière de système d'information

Le SI de la CNSA a accompagné l'évolution de la CNSA, passant d'un SI purement interne à un SI permettant de remonter des données de ses « réseaux » (ARS et MDPH) puis s'adressant au grand public notamment au travers de portails qui peuvent comporter non seulement des informations mais aussi des fonctionnalités nécessitant des traitements (calcul du reste à charge pour le portail personnes âgées, saisie du formulaire de demande pour le portail MDPH).

### 6.1. 28 % des sous actions de la COG sont clairement identifiées comme ayant un contenu relatif au système d'information ce qui marque l'importance du sujet pour la CNSA

Le système d'information est très présent dans la COG car c'est souvent un élément indispensable à la mise en œuvre des actions qu'elle prévoit, de sorte que 30 % des sous actions ont un aspect système d'information clairement identifié.

**Tableau 32 : nombre de sous actions par axe de la COG dont SI**

	Axe	Sous-actions	Dont SI	Pourcentage
1	Mieux éclairer les besoins des personnes âgées et des personnes handicapées pour adapter les réponses individuelles et l'offre collective	20	8	40 %
2	Améliorer l'accès aux droits des personnes handicapées, des personnes âgées et de leurs aidants dans le cadre d'une réponse accompagnée	39	11	28 %
3	Construire des réponses adaptées et efficaces dans une logique de parcours	32	2	6 %
4	Garantir une gestion équitable et performante des financements aux établissements des personnes âgées en perte d'autonomie et services médico-sociaux en assurant le pilotage de la dépense	26	5	19 %
5	Améliorer le fonctionnement et l'intervention de la Caisse	45	19	42 %
<b>Total</b>		<b>162</b>	<b>45</b>	<b>28 %</b>

*Source : Exploitation COG ; quand une action et pas de sous action : compté pour 1 ; quand une sous action détaillée en plusieurs point (étape 1 du projet SERAFIN compté pour 1).*

Cette présentation par axe peut conduire à ce que les actions à mener relevant d'un même projet informatique soient ventilées entre différents axes. Ainsi, pour le projet nouveau le plus important, le SI MDPH, deux sous actions appartiennent à l'axe1 « Mieux éclairer les besoins pour adapter les réponses individuelles et l'offre collective » ; et six à l'axe 2 « Améliorer l'accès aux droits ».

La présentation par sous actions n'est pas forcément adaptée au découpage naturel de l'avancement d'un système d'information regroupant, et pas forcément dans l'ordre temporel de mise en œuvre, des projets des prescriptions d'organisation de la gestion de projet et des objectifs liés à un champ et un phasage du projet.

### 6.2. Faute d'une traduction de la COG et de son annexe dans un schéma directeur ou même sous forme d'une simple planification de projets, leur évaluation transversale n'est pas pertinente

L'évolution du système d'information de la CNSA est décrite en annexe VI qui fait aussi le bilan de l'annexe de la COG consacrée à ce thème.

## Annexe I

Ni la COG ni son annexe, trop littéraire pour constituer un programme suffisamment précis pour être évalué, n'ont été traduites en un schéma directeur des systèmes d'information ni même en une programmation des projets et programmes<sup>78</sup>

Elle n'a pas fait l'objet d'un suivi spécifique dans le cadre du suivi de la COG, cette dimension est totalement évacuée de l'outil de suivi.

Faute d'un schéma directeur, les aspects techniques permettant d'atteindre les objectifs exprimés n'ont jamais été traités. En l'absence d'une programmation, il n'y a jamais eu de réflexion pour savoir si ces objectifs étaient tenables à la fois en termes de moyens pour les mettre en œuvre ni même, simplement, en termes de faisabilité dans les délais.

Cette absence se traduit dans les entretiens avec la DSI au cours desquels il a été fait état d'une difficulté à « *se retrouver* » dans la COG. La DSI a continué à suivre un projet de SDSI jamais formellement validé ni adapté à la COG mais qui lui donnait un axe de travail.

La mission n'a pas jugé pertinent de faire un bilan spécifique des actions et sous actions mentionnant un aspect système d'information, d'une part, car des actions ne le faisant pas pouvait aussi dépendre de l'évolution du SI et, d'autre part, parce que la somme des actions et sous actions de la COG ne constituait pas une base adaptée à l'évaluation de l'action de la CNSA en matière de système d'information.

Le seul point qui peut être réellement évalué est le niveau de réalisation pour le champ des SI internes (cf. tableau *supra*), dans lequel les objectifs sont à plusieurs reprises imprécis.

**Tableau 33 : niveau de réalisation de l'annexe de la COG dans**

Produit	Action	Mise en œuvre
GALIS	Etendre à l'ensemble des subventions	Partiellement réalisé
	Mettre en œuvre une interface avec l'outil budgétaire et comptable pour éviter les doubles saisies	Non réalisé
GBCP	Garantir l'exécution pluriannuelle en AE/CP	Fait
	Module gestion immobilisations	Non fait
	Module gestion des notes de frais	Non fait
	PCUOSS	Fait
Autres	Refonte Intranet	Oui mais comme la portée de cette refonte n'est pas précisée
	Gestion de courriels en masse	Progiciel choisi déploiement en cours
	Outils travail en mode projets Outil de gestion des portefeuilles, planning, jalonnement, reporting, ressources	Existence de tableaux Excel pour la DSI remplissant faiblement le besoin
	Gestion électronique des documents	Pas d'outil
	Outils de pilotage interne (non précisés)	Objectif non appréciable car trop imprécis
	Outils de travail collaboratif Extranet collaboratif facilitant le travail d'animation et d'échanges inhérent aux missions de la CNSA	Extranet existe adéquation à un contenu non défini non évaluable
	Outils de mobilité (catalogue de service, parc bureautique, téléphonie, outils de visioconférence, web-conférence et audioconférence, voire de télétravail).	Mis en œuvre mais pas étonnant que la CNSA ait des téléphones et un parc bureautique imprécis

*Source : mission.*

<sup>78</sup> La taille SI MDPH est telle que le terme de programme paraît plus approprié que celui de projet qui peut aussi correspondre à des projets d'un coût de quelques dizaines de milliers d'euros et dont la durée est incomparable.

## 7. La convention d'objectifs et de gestion 2016-2019 entre la CNSA et l'État n'a servi ni au pilotage de l'activité de la Caisse par l'État, ni au pilotage interne de la Caisse

### 7.1. Les conventions d'objectifs et de gestion constituent l'outil de pilotage des caisses nationales de sécurité sociale du régime général

Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) sont conclues entre l'État et les caisses nationales des principaux régimes de sécurité sociale. **Elles formalisent dans un document contractuel les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre pour moderniser et améliorer la performance du système de protection sociale, aussi bien en termes de maîtrise des dépenses que d'amélioration du service rendu aux usagers.** Une COG couvre généralement une période de quatre ans. Chaque branche ou régime établit sa COG en fonction des axes stratégiques qui lui sont propres, même si les principes généraux restent les mêmes pour tous.

Ces COG sont régies par l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, dont les dispositions ne sont applicables à la CNSA que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, conformément au V de l'article 32 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 (cf. encadré 1).

#### Encadré 1 : dispositions législatives relatives aux conventions d'objectifs et de gestion

I. – Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'État conclut respectivement avec la Caisse nationale de l'assurance maladie, la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Caisse nationale des allocations familiales, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des conventions d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires.

Ces conventions déterminent, pour les branches [du régime général] et pour les organismes de recouvrement, les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont les branches et les organismes disposent pour les atteindre et les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires.

Elles précisent :

1° Les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ;

2° Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;

2° bis Les objectifs d'amélioration de la productivité du réseau et de son organisation territoriale ou, pour la branche [autonomie], les objectifs d'amélioration de la coordination des acteurs participant à la mise en œuvre des politiques en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;

3° Les objectifs de l'action sociale, de prévention, de lutte contre l'exclusion et de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;

4° Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion et, s'il y a lieu, d'action sanitaire et sociale, de prévention et de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;

5° Le cas échéant, et à l'exception de la branche [autonomie], les conditions de constitution ou d'amélioration et d'évolution du réseau des caisses locales.

Ces conventions prévoient, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

Les conventions relatives aux branches [maladie et vieillesse] et la convention relative aux organismes du régime général chargés du recouvrement identifient les objectifs et actions dédiés au service des prestations et au recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants.

Elles déterminent également :

## Annexe I

1° Les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de chaque convention, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale et des modifications importantes de la charge de travail des organismes liées à l'évolution du cadre législatif et réglementaire de leur action ;

2° Le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

[...]

III. – Les conventions d'objectifs et de gestion sont conclues pour une période minimale de quatre ans.

Les conventions et, le cas échéant, les avenants qui les modifient sont transmis aux commissions parlementaires mentionnées à l'article LO. 111 9.

*Source : article L. 227-1 du code de la sécurité sociale.*

Selon les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, l'élaboration et la mise en œuvre d'une COG s'appuient sur les cinq éléments suivants<sup>79</sup> :

- ◆ **un contrat** : une COG constitue une démarche partenariale, entre l'État et la caisse nationale, déclinée entre la caisse nationale et les caisses locales à travers les contrats pluriannuels de gestion ;
- ◆ **une stratégie et des objectifs** : une COG oblige la branche ou le régime à définir une stratégie cohérente à moyen terme et à la rendre publique, à réfléchir sur ses forces, ses faiblesses, les attentes des usagers, l'évolution de ses missions ; des améliorations fortes sur les métiers de la branche sont prévues ;
- ◆ **une programmation de moyens et d'actions** : la stratégie définie est déclinée dans des engagements précis, concrets, mesurables, ayant pour contrepartie une allocation pluriannuelle des budgets ;
- ◆ **des indicateurs**, qui permettent une mesure pluriannuelle des engagements ;
- ◆ **une évaluation annuelle** : élément clef de « bouclage » de la démarche objectifs/résultats, l'évaluation nourrissant la négociation de la convention suivante.

Dans une démarche de modernisation du service public, l'État conclut des COG depuis 1996 avec la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et, depuis 2004, avec la direction des risques professionnels de la CNAM pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP). L'État conclut également des COG avec les organismes suivants :

- ◆ l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) ;
- ◆ la Mutualité sociale agricole (MSA) ;
- ◆ les caisses chargées de la gestion des régimes spéciaux : la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG), la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CRPSNCF), l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM), la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la RATP (CRPRATP), la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC), la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM), la Caisse des dépôts pour le régime de retraites des mines, la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) et la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN) ;
- ◆ le Régime spécial des indépendants (RSI) ;
- ◆ l'École nationale supérieure de sécurité sociale (EN3S) ;
- ◆ l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (IRCANTEC).

<sup>79</sup> Ministère des solidarités et de la santé et ministère de l'action et des comptes publics, Dossier de presse « La nouvelle génération des conventions d'objectifs et de gestion du régime général 2018-2022 », août 2018.

## 7.2. Les conventions d'objectifs et de gestion successives de la CNSA ont accompagné le déploiement des politiques publiques de l'autonomie sans constituer de véritables outils d'orientation stratégique pour la Caisse

### 7.2.1. Trois conventions d'objectifs et de gestion ont été conclues entre l'État et la CNSA depuis la mise en place de la Caisse

L'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles déterminait, pour les COG conclues entre l'État et la CNSA avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021, un cadre assez proche de celui des COG conclues avec les caisses de sécurité sociale mais qui s'en écartait par certains aspects (cf. tableau di-dessous). Cet article dispose que l'autorité compétente de l'État conclut avec la CNSA une convention d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires. Cette convention précise notamment, pour la durée de son exécution :

- ◆ les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent le domaine de compétence de la caisse ;
- ◆ les objectifs prioritaires en matière de compensation des handicaps et de la perte d'autonomie, notamment en termes de création de places et d'équipements nouveaux ;
- ◆ les objectifs fixés aux autorités compétentes de l'État au niveau local pour la répartition entre les régions des crédits correspondant à l'objectif global de dépenses (OGD) fixé annuellement ;
- ◆ les modalités et critères d'évaluation des résultats obtenus au regard des objectifs fixés ;
- ◆ les règles de calcul et l'évolution des charges de gestion de la caisse.

La convention d'objectifs et de gestion est conclue pour une période minimale de quatre ans et elle est signée, pour le compte de la caisse, par le président du conseil et par le directeur.

**Tableau 34 : évolution du périmètre de la COG de la CNSA à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021**

Article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles (jusqu'au 31/12/2020)	Article L. 227-1 du code de la sécurité sociale (à compter du 01/01/2021)
L'autorité compétente de l'État conclut avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie une convention d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires. Elle précise notamment, pour la durée de son exécution :	Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'État conclut respectivement avec la Caisse nationale de l'assurance maladie, la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Caisse nationale des allocations familiales, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des conventions d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires. Ces conventions déterminent, pour les branches mentionnées à l'article L. 200-2 et pour les organismes de recouvrement, les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont les branches et les organismes disposent pour les atteindre et les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires. Elles précisent :
1° Les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent le domaine de compétence de la caisse ;	1° Les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ;
2° Les objectifs prioritaires en matière de compensation des handicaps et de la perte d'autonomie, notamment en termes de création de places et d'équipements nouveaux ;	2° Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ; 2° bis Les objectifs d'amélioration de la productivité du réseau et de son organisation territoriale ou, pour la branche [autonomie], les objectifs d'amélioration de la coordination des acteurs participant à la mise en œuvre des politiques en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;

## Annexe I

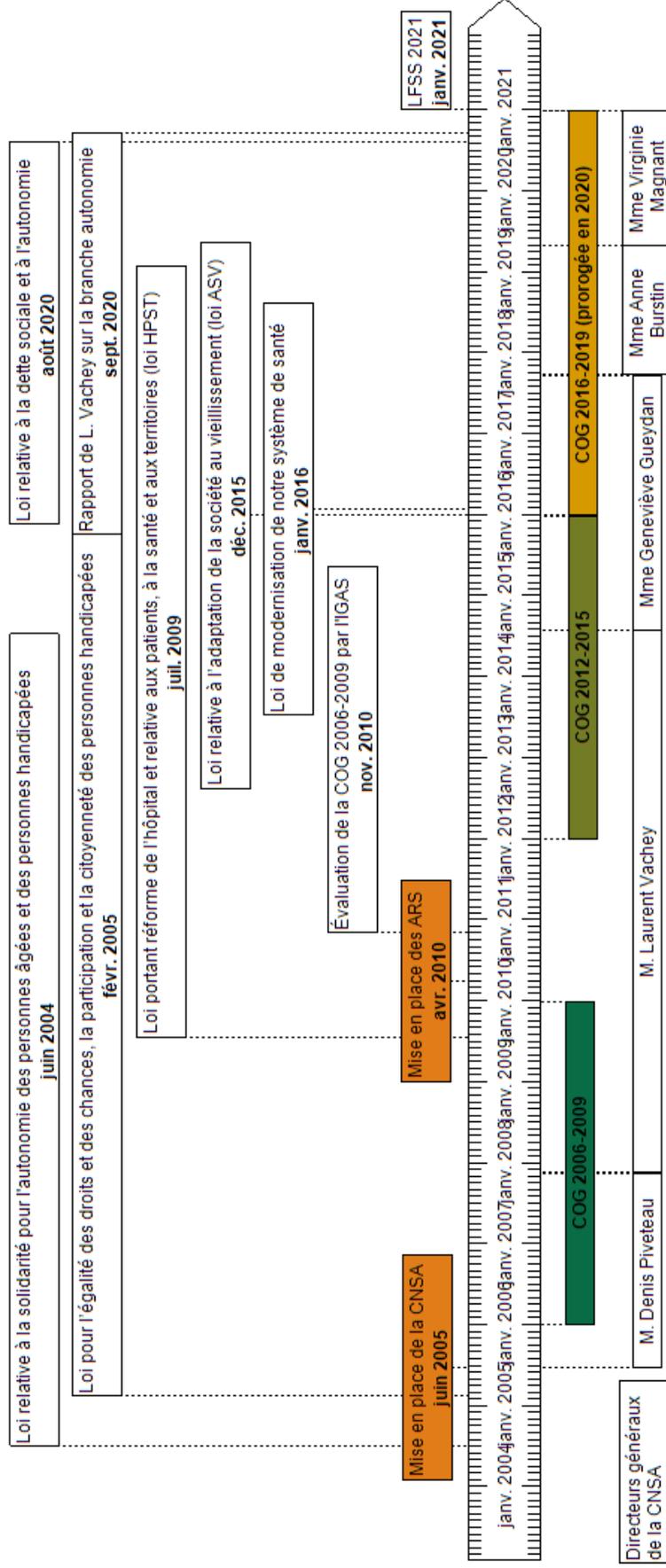
Article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles (jusqu'au 31/12/2020)	Article L. 227-1 du code de la sécurité sociale (à compter du 01/01/2021)
3° Les objectifs fixés aux autorités compétentes de l'État au niveau local pour la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 314-3 ;	3° Les objectifs de l'action sociale, de prévention, de lutte contre l'exclusion et de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;
4° Les modalités et critères d'évaluation des résultats obtenus au regard des objectifs fixés ;	4° Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion et, s'il y a lieu, d'action sanitaire et sociale, de prévention et de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;
5° Les règles de calcul et l'évolution des charges de gestion de la caisse.	5° Le cas échéant, et à l'exception de la branche [autonomie], les conditions de constitution ou d'amélioration et d'évolution du réseau des caisses locales.
-	Ces conventions prévoient, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

*Source* : article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles (version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020) et article L. 227-1 du code de la sécurité sociale (version en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021).

Trois COG quadriennales ont été conclues entre l'État et la CNSA depuis sa mise en place en 2005 en application de la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (cf. figure ci-dessous) :

- ◆ la première COG de la CNSA, signée le 23 janvier 2006, portait sur la période 2006-2009 ;
- ◆ après deux années (2010-2011) durant lesquelles la CNSA n'a pas disposé de COG, la deuxième COG de la CNSA, signée le 24 avril 2012, portait sur la période 2012-2015 ;
- ◆ la troisième COG de la CNSA, signée le 12 avril 2016, porte sur la période 2016-2019 ;
- ◆ la troisième COG de la CNSA a été prolongée d'un an par un avenant signé en janvier 2020 ; celui-ci souligne que « *les orientations de la prochaine COG devront s'inscrire dans un contexte de réformes importantes attendues à partir de 2020 qui seront engagées dans le cadre de la future loi sur le grand âge et l'autonomie et de la conférence nationale du handicap (CNH)* » et indique que « *dans l'attente de ces réformes, il apparaît nécessaire de proroger la convention actuelle d'une année* ».

Figure 6 : chronologie des COG successives de la CNSA



Source : mission.

### 7.2.2. L'évolution de la structure des COG successives de la CNSA reflète la montée en puissance progressive de la Caisse et l'accroissement du nombre de ses missions

**La COG 2006-2009 visait principalement à préciser le rôle et les modalités d'interventions de la CNSA**, dans le prolongement de la loi du 30 juin 2004 et de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Le premier de ces textes a institué une journée de solidarité et conduit à la création de la CNSA. Le second a créé des droits nouveaux pour les personnes handicapées, dont le financement a été confié à la CNSA.

La COG 2006-2009 compte quatre axes stratégiques et neuf « objectifs majeurs », déclinés en 20 « objectifs opérationnels » différents (présentés dans un document de 52 pages). La CNSA s'engage à mettre en place des procédures robustes et performantes pour piloter ses dépenses et coopérer avec ses partenaires (ESMS, départements, MDPH). Les axes stratégiques de la COG mettent l'accent sur le service rendu aux usagers (personnes âgées en perte d'autonomie et personnes handicapées) et la nouvelle caisse se positionne alors en appui des départements dans la mise en œuvre de la politique publique de l'autonomie, dans la continuité du discours prononcé le 8 février 2005 par le Président de la République qui indiquait que la CNSA « apporterait tout l'appui technique nécessaire aux départements ».

**La COG 2012-2015 visait à renforcer le rôle d'animation nationale tenu par la CNSA et à accompagner la réorganisation territoriale de l'État avec la création des agences régionales de santé en 2010**, dans le prolongement de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « loi HPST »).

La COG 2012-2015 compte cinq axes stratégiques et sept « objectifs prioritaires », déclinés en 28 actions (présentés dans un document de 93 pages). La CNSA a pour objectif de structurer ses échanges avec les nouvelles agences régionales de santé (ARS) mises en place le 1<sup>er</sup> avril 2010 et elle s'engage à améliorer la qualité et l'efficacité de ses interventions. La CNSA ne doit plus seulement « diffuser des bonnes pratiques », mais également contribuer à l'harmonisation des pratiques et veiller à l'équité territoriale de ses interventions. Un axe stratégique est consacré à la connaissance des enjeux de moyen terme de la perte d'autonomie, tandis qu'un axe est dédié au pilotage et à l'évaluation de la mise en œuvre de la COG afin de tenir compte des conclusions du rapport d'évaluation de la première COG de la CNSA réalisé par l'Inspection générale des affaires sociales<sup>80</sup>.

**Dix ans après la mise en place de la CNSA, la COG 2016-2019 (prorogée d'un an en 2020) visait principalement à consolider le positionnement de la CNSA sur la base d'un socle de missions élargi**, dans le prolongement de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite « loi ASV ») et de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

La COG 2016-2019 compte cinq axes stratégiques déclinés en 20 fiches thématiques, 61 actions et 162 sous-actions (présentés dans un document de 160 pages). La COG tient en effet compte des nouvelles responsabilités confiées à la CNSA par la loi ASV : animation des conférences de financeurs mises en place au niveau départemental, développement d'un système d'information commun aux MDPH, appui méthodologique aux équipes médico-sociales chargées de l'évaluation des personnes dépendantes, mission d'information du grand public avec la mise en place d'un portail internet d'information et d'orientation pour les personnes âgées et leurs proches, co-pilotage de la réforme de la tarification dans le secteur des personnes en situation de handicap (projet SERAFIN-PH). La COG met l'accent sur les

---

<sup>80</sup> Inspection générale des affaires sociales, La convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la CNSA : évaluation 2006-2009 et préconisations, novembre 2010.

## Annexe I

réponses apportées aux usagers, dans la continuité du dispositif « réponse accompagnée pour tous » introduit par la loi du 28 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

**Tableau 35 : axes stratégiques des COG successives de la CNSA**

Période	Axes stratégiques de la COG
COG 2006-2009	1. Améliorer la performance du dispositif institutionnel de prise en charge du handicap et de la perte d'autonomie.
	2. Élaborer des propositions et diffuser des bonnes pratiques concernant la lutte contre la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées.
	3. Fixer les orientations budgétaires et financières correspondant aux enveloppes relatives à l'objectif global de dépenses destinées aux établissements et services médico-sociaux accueillant ou accompagnant des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées.
	4. Accompagner les départements dans la mise en œuvre de la politique en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.
COG 2012-2015	1. Assurer une gestion performante des financements aux établissements et aux services médico-sociaux, garantissant l'égalité d'accès, la qualité et l'adaptation de l'accompagnement, l'efficacité, le suivi et le contrôle de la dépense.
	2. Développer les outils permettant de mettre en œuvre une politique de compensation de la perte d'autonomie équitable et de qualité.
	3. Participer au développement de la connaissance des enjeux à moyen terme de la perte d'autonomie.
	4. Garantir une politique de l'aide à l'autonomie plus intégrée et efficace, grâce à une gouvernance renouvelée et une optimisation de la gestion interne.
	5. Piloter et évaluer la mise en œuvre de la COG.
COG 2016-2019	1. Mieux éclairer les besoins des personnes âgées et des personnes handicapées pour adapter les réponses individuelles et l'offre collective.
	2. Améliorer l'accès aux droits des personnes handicapées, des personnes âgées et de leurs aidants dans le cadre d'une réponse accompagnée.
	3. Construire des réponses adaptées et efficaces dans une logique de parcours.
	4. Garantir une gestion équitable et performante des financements aux établissements et services médico-sociaux en assurant le pilotage de la dépense.
	5. Améliorer le fonctionnement et l'intervention de la Caisse.

*Source : COG successives de la CNSA.*

### **7.2.3. Les axes stratégiques des conventions d'objectifs et de gestion de la CNSA apparaissent davantage concentrés sur la mise en œuvre des dernières évolutions législatives que sur une vision de long terme de la prise en charge de la perte d'autonomie liée à l'âge ou au handicap**

Les COG successives de la CNSA ont chacune été établies à la suite du vote par le Parlement de lois relatives aux politiques publiques de l'autonomie et du handicap, qui ont constitué autant de temps forts d'un point de vue politique :

- ◆ la COG 2006-2009 a été signée après le vote de la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées et de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- ◆ la COG 2012-2015 a été signée après le vote de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (« loi HPST ») ;
- ◆ la COG 2016-2019 a été signée après le vote de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (« loi ASV ») et de la loi du 27 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Dans le même temps, des missions supplémentaires se sont ajoutées à celles déjà prévues par les COG :

- ◆ dans son rapport d'évaluation de la COG 2006-2009, l'Inspection générale des affaires sociales relève ainsi que « durant la période, les plans se sont multipliés contribuant à la faible lisibilité des orientations que la COG était censée mettre en musique » ; à l'appui de ce constat, les rapporteurs énumèrent les nombreux plans concernant directement le secteur médico-social qui sont intervenus sur la période de la COG : plan « solidarité grand âge », plan « Alzheimer », plan de création de places pour les personnes handicapées, plan « autisme », plan « handicap visuel », plan « handicap rare », plans « cancer 1 » et « cancer 2 » ;
- ◆ le bilan à mi-parcours de la COG 2016-2019 réalisé par la CNSA dans son rapport d'activités 2018 souligne que des travaux parfois significatifs non prévus dans la COG se sont ajoutés aux actions prévues par la COG : la reprise du service « MDPH en ligne », la contribution au pilotage du projet de carte mobilité inclusion (CMI), la mise à disposition des acteurs locaux d'outils de mesure de la satisfaction des usagers et la réalisation d'un baromètre annuel, l'apport au projet de service public d'information en santé (SPIS), la gestion d'un fonds d'appui aux bonnes pratiques dans le champ de l'aide à domicile, une contribution renforcée aux chantiers majeurs de réforme de la tarification des ESMS accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées.

### **7.3. Le dimensionnement de la COG 2016-2019 de la CNSA apparaît disproportionné par comparaison aux COG des caisses nationales de sécurité sociale du régime général**

Pour la première fois en 2017, toutes les COG du régime général (ACOSS, CNAF, CNAM, CNAV) sont arrivées à échéance la même année. Afin de renforcer la cohérence de l'action des trois branches « historiques » de la sécurité sociale (famille, maladie, vieillesse) et de renforcer leur capacité à se moderniser, l'État a fait le choix de porter à cinq ans au lieu de quatre ans la durée des COG de la CNAF, de la CNAM et de la CNAV qui portent sur la même période 2018-2022 :

- ◆ la COG de la CNAF compte trois axes stratégiques déclinés en 16 fiches thématiques ;
- ◆ la COG de la CNAM compte cinq axes stratégiques déclinés en 17 fiches thématiques ;
- ◆ la COG de la CNAV compte trois axes stratégiques déclinés en 12 fiches thématiques.

## Annexe I

**Tableau 36 : axes stratégiques des COG 2018-2022 des caisses nationales de sécurité sociale**

Caisse	Axes stratégiques
CNAF	Agir pour le développement des services aux allocataires
	Garantir la qualité et l'accès aux droits en modernisant le modèle de production du service
	Mobiliser les personnels et leurs compétences, moderniser le système d'information, optimiser le pilotage et l'évaluation, renforcer les coopérations
CNAM	Renforcer l'accessibilité territoriale et financière du système de soins
	Contribuer à la transformation et à l'efficacité du système de santé
	Rendre aux usagers un service maintenu à un haut niveau de qualité
	Accompagner l'innovation numérique en santé
	Réussir l'intégration d'autres régimes en garantissant un fonctionnement efficient de la branche
CNAV	Des engagements renouvelés sur le cœur de métier
	Nouveaux publics, nouveaux services
	Les leviers de la transformation

*Source : COG 2018-2022 de la CNAF, de la CNAV et de la CNAM.*

La comparaison entre la CNSA et les trois caisses de sécurité sociale du régime général (cf. tableau ci-dessous) permet de constater que le dimensionnement de la COG de la CNSA est globalement comparable à celui des COG de la CNAF, de la CNAM et de la CNAV en termes de nombre d'axes stratégiques, de nombre de fiches thématiques et de nombre d'actions.

**Tableau 37 : comparaison du dimensionnement des COG de la CNSA, de la CNAF, de la CNAM et de la CNAV**

Caisse	CNSA	CNAF	CNAM	CNAV
Date de la première COG	2006	1996	1996	1996
Nombre d'axes stratégiques	5	3	5	3
Nombre de fiches thématiques	20	16	17	12
Nombre d'actions/d'engagements	61	52	69	56
« Volume » de la COG (en pages)	160	164	224	100

*Source : mission (données de l'année 2019).*

En revanche, les frais de gestion administrative et les effectifs de la CNSA apparaissent significativement moins importants que ceux des caisses de sécurité sociale, en proportion du montant des dépenses gérées (cf. tableau ci-dessous). Il convient toutefois de rappeler qu'il n'est pas possible de distinguer, au sein des effectifs des caisses, ceux de la caisse nationale et ceux du réseau. Cette situation ne permet pas de comparer les effectifs de la CNSA à celui des autres têtes de réseau.

**Tableau 38 : comparaison de la CNSA avec les caisses de sécurité sociale du régime général**

Caisse	CNSA	CNAF	CNAM	CNAV
Montant total des allocations gérées	26,7 Md€	94,6 Md€	167,7 Md€	129,3 Md€
Gestion administrative	20,8 M€	2,1 Md€	5,7 Md€	1,3 Md€
Nombre d'agents	120	35 770	82 000	12 451
Nombre d'organismes locaux	18 ARS, 104 MDPH, 100 CD	101 CAF	101 CPAM	15 CARSAT

*Source : mission (données de l'année 2019).*

## 7.4. La convention d'objectifs et de gestion de la CNSA n'a permis de responsabiliser ni la Caisse, ni ses tutelles

### 7.4.1. La troisième COG de la CNSA traduit une démultiplication des objectifs fixés à la Caisse

La COG 2016-2019 compte cinq axes stratégiques déclinés en 20 fiches thématiques, 61 actions et 162 sous-actions (cf. tableau ci-dessous). Par comparaison, la COG 2006-2009 comptait 20 objectifs prioritaires et la COG 2012-2015 comptait 28 actions.

**Tableau 39 : structuration de la COG 2016-2019 de la CNSA**

Axes stratégique	Nombre de fiches thématiques	Nombre d'actions	Nombre de sous-actions
Axe n° 1	3	7	20
Axe n° 2	5	14	39
Axe n° 3	5	19	32
Axe n° 4	3	9	26
Axe n° 5	4	12	45
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>61</b>	<b>162</b>

*Source : COG 2016-2019 de la CNSA.*

Cette inflation du nombre d'actions a conduit à identifier 20 fiches thématiques, d'un niveau intermédiaire entre les axes stratégiques et les actions, pour essayer d'améliorer la lisibilité des priorités de la COG (cf. tableau ci-dessous) :

- ◆ l'axe 1 « mieux éclairer les besoins des personnes âgées et des personnes handicapées pour adapter les réponses individuelles et l'offre collective » est décliné en trois fiches thématiques ;
- ◆ l'axe 2 « améliorer l'accès aux droits des personnes handicapées, des personnes âgées et de leurs aidants dans le cadre d'une réponse accompagnée » est décliné en cinq fiches thématiques ;
- ◆ l'axe 3 « construire des réponses adaptées et efficaces dans une logique de parcours » est décliné en cinq fiches thématiques ;
- ◆ l'axe 4 « garantir une gestion équitable et performante des financements aux établissements et services médico-sociaux en assurant le pilotage de la dépense » est décliné en trois fiches thématiques ;
- ◆ l'axe 5 « améliorer le fonctionnement et l'intervention de la Caisse » est décliné en quatre fiches thématiques.

Ce regroupement n'est pas homogène entre les fiches thématiques qui comportent en moyenne entre deux et trois actions, mais qui en comportent parfois jusqu'à cinq (par exemple, la fiche thématique I et la fiche thématique III de l'axe 3) traduisant sans doute une pluralité de rédacteurs de la COG.

De la même façon, le nombre de sous-actions par action est encore plus variable, puisque certaines actions ne comportent qu'une action, et d'autres comportent jusqu'à sept sous-actions (par exemple, l'action 1 de la fiche thématique III de l'axe 5), avec une moyenne un peu inférieure à trois sous-actions par action.

## Annexe I

**Tableau 40 : fiches thématiques de la COG 2016-2019 de la CNSA**

Axe stratégique	Fiche thématique
1. Mieux éclairer les besoins des personnes âgées et des personnes handicapées pour adapter les réponses individuelles et l'offre collective.	Développer des outils d'évaluation individuelle pour améliorer la qualité des plans d'aide et contribuer à l'harmonisation des pratiques
	Assurer une meilleure traçabilité des orientations et des parcours pour orienter les évolutions de l'offre collective
	Soutenir la recherche et contribuer à la production de connaissances et de données sur les politiques de l'autonomie et leurs publics
2. Améliorer l'accès aux droits des personnes handicapées, des personnes âgées et de leurs aidants dans le cadre d'une réponse accompagnée.	Mettre en œuvre le système d'information commun des MDPH
	Soutenir les MDPH et leurs partenaires dans l'amélioration de la qualité de service, le déploiement de la réponse accompagnée et l'harmonisation des pratiques en vue d'une meilleure équité de traitement
	Renforcer les partenariats avec les conseils départementaux au service d'une harmonisation des réponses
	Assurer un meilleur accès des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches à l'information et au droit
	Soutenir les politiques de prévention de la perte d'autonomie, d'accès aux aides techniques et de soutien aux aidants
3. Construire des réponses adaptées et efficaces dans une logique de parcours.	Préparer et accompagner l'évolution de l'offre
	Soutenir les ARS sur leurs nouveaux territoires dans leur mission de programmation et d'accompagnement de l'évolution de l'offre
	Éclairer la mise en œuvre de la stratégie nationale sur des problématiques prioritaires
	Participer à l'effort de formation et de modernisation des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des établissements et services médico-sociaux
	Consolider l'intégration des acteurs pour rendre possible le suivi du parcours des personnes âgées en perte d'autonomie
4. Garantir une gestion équitable et performante des financements aux établissements et services médico-sociaux en assurant le pilotage de la dépense.	Garantir le pilotage fin de l'OGD et l'efficacité de la dépense médico-sociale
	Améliorer la connaissance sur les différents coûts de revient, le tarif et le financement des établissements et services
	Contribuer à une répartition de la ressource plus équitable et plus efficace
5. Améliorer le fonctionnement et l'intervention de la Caisse.	Affirmer le rôle de la CNSA comme carrefour des acteurs des politiques de l'autonomie
	Moderniser les instruments au service des missions de la CNSA
	Assurer une gestion des ressources humaines dynamique
	Garantir l'efficacité de la gestion budgétaire et comptable

*Source : COG 2016-2019 de la CNSA.*

### 7.4.2. Une partie des objectifs fixés à la CNSA ne relève pas de la seule compétence de la Caisse

L'analyse des intitulés des fiches thématiques, des actions et des sous-actions de la COG 2016-2019 de la CNSA (cf. tableau 40) illustre le fait que la CNSA apporte son concours, soutient, accompagne ou intervient en appui d'autres acteurs qui mettent en œuvre la politique publique (ARS, départements, MDPH) :

- ◆ 6 fiches thématiques invitent la CNSA à « soutenir » (quatre occurrences) d'autres acteurs, à « participer » (une occurrence) ou à « contribuer » (une occurrence) à la mise en œuvre de politiques publiques (soit 30 %) ;
- ◆ 23 actions invitent la CNSA à « accompagner » (trois occurrences), à « soutenir » (trois occurrences) ou à « appuyer » (deux occurrences) d'autres acteurs, à « contribuer » (neuf occurrences) ou à « participer » (cinq occurrences) à la mise en œuvre des politiques publiques (soit 38 %) ;



### 7.4.3. Une partie des actions et des sous-actions de la convention d'objectifs et de gestion est déconnectée de l'atteinte effective des objectifs fixés à la CNSA

**D'une part, plusieurs sous-actions sont rédigées de façon très prescriptive**, par exemple :

- ◆ « animer des échanges de pratiques, d'une part entre les professionnels de MDPH et d'autre part entre les équipes médico-sociales APA, afin de favoriser la diffusion de bonnes pratiques, la co-construction d'outils d'aide à l'évaluation et l'harmonisation du traitement des demandes » ;
- ◆ « organiser tous les deux ans des rencontres scientifiques » ;
- ◆ « participer aux travaux inter-administratifs d'articulation entre les démarches d'intégration et de coordination ».

Dans son dernier rapport annuel, le contrôleur budgétaire souligne d'ailleurs que « *la densité de la COG [...] fait courir un risque de micro-gestion de la CNSA par ses tutelles* ».

**D'autre part, la réalisation de l'ensemble des sous-actions d'une action donnée ne reflète pas nécessairement la bonne réalisation de l'action considérée.** Par conséquent, la bonne réalisation des actions et des sous-actions de la COG ne suffit pas à valider l'atteinte des objectifs fixés à la CNSA.

Par exemple, l'action « poursuivre l'objectif de gagner en efficience interne » de l'axe 5 « améliorer le fonctionnement et l'intervention de la Caisse » est déclinée en six sous-actions à caractère ponctuel dont la réalisation ne garantit pas l'atteinte de l'objectif fixé :

- ◆ élaborer un plan de classement et un thésaurus ;
- ◆ refondre l'intranet de la Caisse ;
- ◆ rénover l'extranet de la Caisse ;
- ◆ élaborer et mettre en œuvre un plan d'archivage ;
- ◆ généraliser l'emploi de l'outil de gestion en mode projet ;
- ◆ actualiser le plan de continuité des activités.

### 7.4.4. Les indicateurs de la COG sont majoritairement des indicateurs de suivi qui ne reflètent pas nécessairement l'atteinte des objectifs fixés

La COG 2016-2019 comporte 39 indicateurs<sup>81</sup> pour mesurer l'atteinte des objectifs fixés à la CNSA, répartis selon les deux catégories suivantes :

- ◆ les indicateurs de résultat permettent de mesurer l'atteinte des objectifs fixés ; ils sont dotés d'une valeur chiffrée cible dont l'atteinte engage la CNSA lors des bilans annuels puis du bilan final ;
- ◆ les indicateurs de suivi enrichissent la compréhension des indicateurs de résultat ; l'observation de la valeur ou de l'évolution qui leur est rattachée apporte des informations complémentaires.

Il convient cependant de noter que 17 indicateurs de suivi sur 22, soit 77 %, sont accompagnés de valeurs cibles, ce qui tend à relativiser la distinction entre indicateurs de résultat et indicateurs de suivi introduite par la COG 2016-2019 de la CNSA.

---

<sup>81</sup> Les indicateurs sont numérotés de 1 à 41, mais les indicateurs n° 21 et n° 24 sont vierges.

## Annexe I

La COG 2016-2019 de la CNSA compte seulement 17 indicateurs de résultat (44 %) contre 22 indicateurs de suivi (56 %). La répartition des indicateurs entre les cinq axes de la COG apparaît relativement hétérogène :

- ◆ l'axe n° 1 « mieux éclairer les besoins des personnes âgées et des personnes handicapées pour adapter les réponses individuelles et l'offre collective » compte six indicateurs de suivi (15 % du total des indicateurs) ;
- ◆ l'axe n° 2 « améliorer l'accès aux droits des personnes handicapées, des personnes âgées et de leurs aidants dans le cadre d'une réponse accompagnée » compte dix indicateurs de suivi et quatre indicateurs de résultat, soit quatorze indicateurs (36 % du total des indicateurs) ;
- ◆ l'axe n° 3 « construire des réponses adaptées et efficaces dans une logique de parcours » compte deux indicateurs de suivi et trois indicateurs de résultat, soit cinq indicateurs (13 % du total des indicateurs) ;
- ◆ l'axe n° 4 « garantir une gestion équitable et performante des financements versés aux ESMS en assurant le pilotage de la dépense » compte trois indicateurs de suivi et trois indicateurs de résultat, soit six indicateurs (15 % du total des indicateurs) ;
- ◆ l'axe n° 5 « améliorer le fonctionnement et l'intervention de la Caisse » compte huit indicateurs de résultat (21 % du total des indicateurs).

**Graphique 4 : répartition des indicateurs de la COG 2016-2019 de la CNSA**



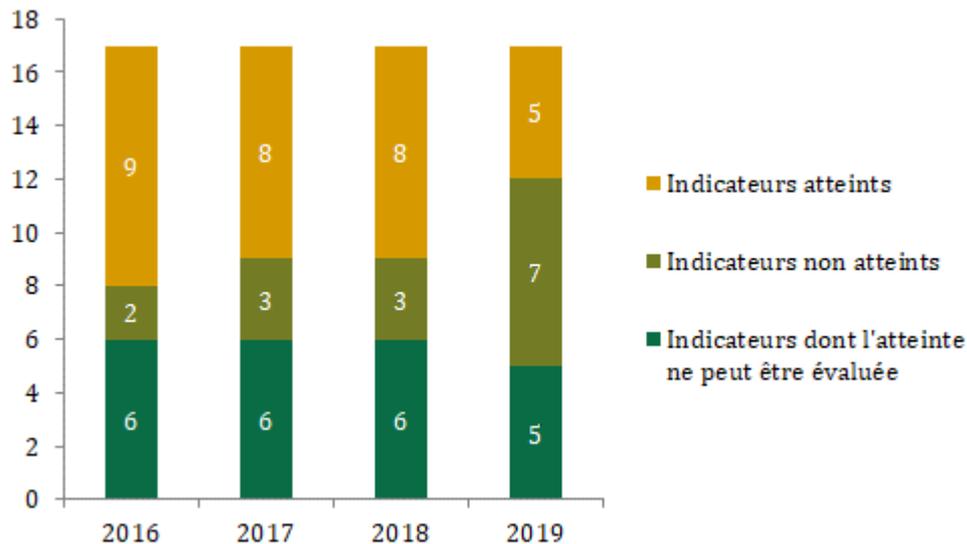
*Source : COG 2016-2019 de la CNSA.*

## Annexe I

L'examen des résultats obtenus pour chacun des indicateurs de résultat conduit à formuler les trois observations suivantes :

- ◆ le nombre d'indicateurs pour lesquels la cible a été atteinte s'est établi à seulement neuf en 2016, huit en 2017 et en 2018 et cinq en 2019 ;
- ◆ le nombre d'indicateurs pour lesquels la cible n'a pas été atteinte s'est établi à deux en 2016, à trois en 2017 et en 2018 et à sept en 2019 ;
- ◆ l'atteinte de six indicateurs (cinq en 2019) n'a pas pu être évaluée sur la période de la COG, soit parce qu'aucune cible n'avait été définie pour l'indicateur, soit parce que le résultat de l'indicateur n'a pas été communiqué par la CNSA.

**Graphique 5 : résultats obtenus par la CNSA pour les indicateurs de résultat**



*Source : tableau de suivi des indicateurs de la CNSA.*

La mission a analysé chacun des indicateurs afin d'en estimer la pertinence selon les critères suivants, en attribuant 1 point si la mission estime que le critère est respecté et 0 sinon :

- ◆ 1<sup>er</sup> critère : évaluation de la cohérence entre les indicateurs et le ou les objectif(s) ou engagement(s) qu'ils visent à restituer ;
- ◆ 2<sup>ème</sup> critère : évaluation du caractère clair, compréhensible et interprétable des indicateurs ;
- ◆ 3<sup>ème</sup> critère : évaluation de la qualité de la définition, de la construction et des règles de calcul des indicateurs étudiés ;
- ◆ 4<sup>ème</sup> critère : existence de leviers d'action véritablement à la main de l'organisme, lui permettant de tendre vers la cible prévue ;
- ◆ 5<sup>ème</sup> critère : qualité de la cible fixée ;
- ◆ 6<sup>ème</sup> critère : absence de risques éventuels d'effets pervers des indicateurs retenus ou, en cas de risque d'effet pervers, vérification que ce risque est compensé par l'existence d'autres indicateurs.

L'analyse réalisée par la mission conduit aux résultats suivants, en attribuant une note sur six points à chaque indicateur :

- ◆ la note moyenne attribuée aux indicateurs de résultat s'établit à seulement 3,4 sur 6, ce qui reflète les limites du dispositif de performance inscrit dans la COG de la CNSA ;
- ◆ la note moyenne attribuée aux indicateurs de suivi s'établit à 3,9 sur 6.

Tableau 41 : évaluation de la pertinence des indicateurs de la COG 2016-2019 de la CNSA

Axe	Indicateurs de résultat (note moyenne)	Indicateurs de suivi (note moyenne)
Axe n° 1	-	4,1/6 (6 indicateurs)
Axe n° 2	3,5/6 (4 indicateurs)	3,8/6 (10 indicateurs)
Axe n° 3	2,5/6 (2 indicateurs)	3,7/6 (3 indicateurs)
Axe n° 4	3,3/6 (3 indicateurs)	4,0/6 (3 indicateurs)
Axe n° 5	3,6/6 (8 indicateurs)	-
<b>COG</b>	<b>3,4/6 (17 indicateurs)</b>	<b>3,9/6 (22 indicateurs)</b>

Source : mission.

Le dispositif de performance mis en place pour le suivi de la COG 2016-2019 de la CNSA souffre ainsi des limites suivantes :

- ◆ les indicateurs de résultat, dont le nombre est limité à 17, ne couvrent que partiellement le champ de la COG qui compte 61 actions et 162 sous-actions ;
- ◆ une partie des indicateurs de résultat choisis pour le suivi de la COG sont insuffisamment documentés et leur mesure ne permet donc pas d'apprécier l'atteinte des résultats fixés à la CNSA ;
- ◆ en 2019, la CNSA a atteint ses objectifs pour seulement cinq indicateurs parmi les douze indicateurs mesurés.

#### 7.4.5. Le cadre de suivi de la COG ne permet pas d'en faire un outil de pilotage interne ni externe

La troisième COG de la CNSA a fait l'objet d'un suivi sous la forme d'un tableau transmis annuellement à la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), qui présente les résultats atteints par la CNSA pour chacune des sous-actions et, le cas échéant, les raisons pour lesquelles l'objectif n'a pas été atteint en temps voulu. Chaque agent de la CNSA concerné par la mise en œuvre d'une sous-action de la COG est amené à compléter ce tableau de suivi.

**Le suivi de la COG réalisé par la CNSA n'a pas semblé susciter d'échanges de nature stratégique avec le conseil de la CNSA :** la présentation du bilan de la COG réalisée chaque année devant le conseil de la CNSA n'a ainsi soulevé aucun débat ni aucune remarque de la part des administrateurs de la Caisse<sup>82</sup>.

**Malgré quelques tentatives, la CNSA n'est pas parvenue à utiliser la COG pour son pilotage interne.** Un séminaire a été organisé le 14 avril 2016 auprès des agents de la CNSA afin que ceux-ci s'approprient la COG, puis un projet d'établissement a été élaboré en 2018 à l'aide d'un prestataire extérieur, mais ces deux initiatives ont été insuffisantes pour structurer les travaux de la CNSA autour des objectifs fixés par la COG. L'absence de cadre stratégique au sein de la CNSA, et plus particulièrement l'absence d'outils de pilotage efficace pour programmer les travaux des différentes directions (cf. annexe III), a ainsi constitué un obstacle à la mise en œuvre de la COG.

L'absence de traduction de la COG dans un schéma directeur du système d'information ou a minima dans une programmation des projets de système d'information a contribué fortement à réduire la capacité de la CNSA à s'appuyer sur la COG pour son pilotage interne.

On peut par ailleurs relever que la COG de la CNSA ne se décline pas avec les réseaux partenaires de la CNSA (agences régionales de santé, départements, MDPH), à la différence des contrats pluriannuels de gestion (CPG) qui déclinent au niveau local les COG des caisses nationales de sécurité sociale.

<sup>82</sup> Cf. point n° 3 du conseil du 20 avril 2017, point n° 10 du conseil du 17 avril 2018 et point n° 11 du conseil du 4 juillet 2019.

## Annexe I

**Au total, la troisième COG de la CNSA a été un outil de *reporting* vis-à-vis des tutelles mais pas un véritable outil de pilotage sur lequel les tutelles, le conseil de la CNSA et le management de la Caisse se seraient appuyés pour orienter l'action de la CNSA depuis 2016.**

Tableau 42 : indicateurs de la COG 2016-2019 de la CNSA

N°	Intitulé de l'indicateur	2016		2017		2018		2019	
		Cible	Résultat	Cible	Résultat	Cible	Résultat	Cible	Résultat
11	Taux de satisfaction des MDPH sur l'appui/pilotage par la CNSA	75 %	88 %	80 %	95 %	85 %	93 %	90 %	84 %
13	Taux de satisfaction des EMS APA accompagnées par la CNSA	-	-	-	-	60 %	88 %	80 %	-
17	Part des MDPH participant aux travaux sur la fonction accueil	30 %	-	50 %	81 %	60 %	94 %	70 %	68 %
20	Part des conventions CNSA/conseils départementaux et CNSA/associations sur les aidants intégrant un panel d'actions plus large que la seule formation	20 %	76 %	30 %	77 %	40 %	92 %	45 %	84 %
23	Taux de satisfaction des ARS quant à l'appui proposé par la CNSA sur les sujets programmation	92 %	-	93 %	-	94 %	-	95 %	-
26	Nombre de formations interinstitutionnelles que la CNSA a facilitées ou soutenues	1/an	1/an	1/an	1/an	1/an	-	1/an	-
29	Comparaison de la prévision CNSA d'exécution de l'OGD et de l'exécution constatée lors de la clôture des comptes (avant prise en compte de l'effet provision)	-	+11,7 M€	-	-	-	-30,6 M€	-	-35,5 M€
30	Rapport entre le montant tarifé dans HAPI au 31 décembre de l'année N au titre de la part forfaitaire « hébergement permanent » en EHPAD et le montant estimé par la CNSA en construction de l'OGD	1	-	-	102,80 %	-	98,92 %	-	99,80 %
31	Part des ESMS tarifés dans HAPI (en N) ayant remonté leur compte administratif (N) dans ImportCA (en N+1)	90 %	-	95 %	80 %	95 %	88 %	99 %	88 %
34	Nombre d'appel à projets thématiques lancés (section V)	1	1	1	1	1	1	1	0
35	Nombre de réunions croisées (ARS, conseils départementaux, MDPH) organisées chaque année par la CNSA	1/an	1/an	2/an	-	2/an	-	2/an	18
36	Réduction des frais de fonctionnement courant par agent	-5 %	-7,5 %	-2,10 %	-	-0,60 %	-	-0,60 %	-4,70 %
37	Part annuelle des marchés publics de la CNSA publiés avec des clauses sociales ou environnementales	30 %	30 %	45 %	70 %	62,5 %	71 %	80 %	80 %
38	Taux d'emploi de personnes handicapées dans les effectifs de la Caisse	4 %	7,99 %	5 %	3,92 %	6 %	4,20 %	6 %	4,27 %
39	Délai moyen de vacance des postes	4,8 mois	3,5 mois	4,3 mois	3,5 mois	3,8 mois	3,5 mois	3,5 mois	3,25 mois
40	Pourcentage de factures fournisseurs avec un délai de paiement supérieur à trente jours	20 %	22 %	15 %	4,1 %	10 %	4 %	7,5 %	21 %
41	Délai de paiement des PAI après réception complète du dossier	27,5 jours	55 jours	25 jours	50 jours	22,5 jours	35,2 jours	20 jours	62,4 jours

Source : tableau de suivi des indicateurs de la CNSA.

Annexe I

Tableau 43 : évaluation de la pertinence des indicateurs de la COG 2016-2019 de la CNSA par la mission

N°	Intitulé de l'indicateur	Catégorie	Critère n° 1 : cohérence indicateur objectif	Critère n° 2 : caractère clair, compréhensible et interprétable	Critère n° 3 : qualité, définition, construction et règles de calcul	Critère n° 4 : leviers d'action à la main de l'organisme	Critère n° 5 : qualité de la cible fixée	Critère n° 6 : absence de risques éventuels d'effets pervers	Note attribuée par la mission
1	Part des EMS APA utilisant le référentiel d'évaluation multidimensionnel	Suivi	1	1	0	0	1	1	4/6
2	Part des gestionnaires de cas des MAIA utilisant l'OEMD dans leur outil métier	Suivi	1	1	0	1	0	1	4/6
3	Part des MDPH codant les déficiences	Suivi	0	1	0	1	?	1	3/6
4	Nombre de régions métropolitaines ayant déployé un SI de suivi des orientations des personnes handicapées, conforme au cadre fonctionnel et au cadre d'urbanisation définis par la CNSA, avec des échanges effectifs entre établissements et MDPH	Suivi	1	1	1	1	0	1	5/6
5	Nombre de MDPH utilisant le service de certification du NIR	Suivi	1	1	1	0	0	1	4/6
6	Part des travaux de recherche soutenus dont les résultats sont accessibles sur le site internet	Suivi	1	1	0	1	1	1	5/6
7	Nombre de MDPH ayant contractualisé avec la CNSA	Suivi	1	1	1	1	1	1	6/6
8	Nombre de MDPH dont le SI a intégré les évolutions correspondant au moins à un palier fonctionnel	Suivi	1	1	1	1	0	1	5/6
9	Part des MDPH ayant procédé à leur autodiagnostic sur la base du référentiel de missions dans les six mois suivants la signature de la convention pluriannuelle conseils départementaux/CNSA	Suivi	1	1	1	1	1	1	6/6
10	Taux de renseignement de l'enquête AAH par les MDPH	Suivi	?	1	1	0	0	?	2/6
11	Taux de satisfaction des MDPH sur l'appui/pilotage par la CNSA	Résultat	1	?	?	1	?	0	2/6

**Annexe I**

N°	Intitulé de l'indicateur	Catégorie	Critère n° 1 : cohérence indicateur objectif	Critère n° 2 : caractère clair, compréhensible et interprétable	Critère n° 3 : qualité, définition, construction et règles de calcul	Critère n° 4 : leviers d'action à la main de l'organisme	Critère n° 5 : qualité de la cible fixée	Critère n° 6 : absence de risques éventuels d'effets pervers	Note attribuée par la mission
12	Part des conseils départementaux dont la CNSA voit chaque année au moins un professionnel (2016 et 2017) puis au moins deux professionnels (2018 et 2019)	Suivi	0	0	0	0	0	0	0/6
13	Taux de satisfaction des EMS APA accompagnées par la CNSA	Résultat	1	1	0	1	1	0	4/6
14	Nombre de visites sur le portail pour les personnes âgées et leurs proches	Suivi	1	1	0	1	?	1	4/6
15	Part des EHPAD dont les tarifs/prix sont mis en ligne sur le portail	Suivi	1	1	?	0	1	1	4/6
16	Part des services d'aide à domicile dont les tarifs sont remontés à la CNSA	Suivi	1	1	?	0	?	?	2/6
17	Part des MDPH participant aux travaux sur la fonction accueil	Résultat	1	1	?	1	?	1	4/6
18	Part des conventions section IV CNSA/conseils départementaux intégrant la dimension aidants	Suivi	1	1	?	1	1	1	5/6
19	Part des territoires départementaux dont au moins un représentant de la conférence des financeurs a participé aux travaux organisés par la CNSA	Suivi	0	1	?	1	1	1	4/6
20	Part des conventions CNSA/conseils départementaux et CNSA/associations sur les aidants intégrant un panel d'actions plus large que la seule formation	Résultat	1	1	?	1	?	1	4/6
22	Part des conventions CNSA/conseils départementaux et CNSA/associations sur les aidants intégrant un panel d'actions plus large que la seule formation	Suivi	1	1	?	?	?	?	2/6
23	Taux de satisfaction des ARS quant à l'appui proposé par la CNSA sur les sujets programmation	Résultat	1	1	0	1	?	0	3/6
25	Nombre d'actions de formation réalisées avec un financement de la CNSA	Suivi	1	1	?	1	1	0	4/6

Annexe I

N°	Intitulé de l'indicateur	Catégorie	Critère n° 1 : cohérence indicateur objectif	Critère n° 2 : caractère clair, compréhensible et interprétable	Critère n° 3 : qualité, définition, construction et règles de calcul	Critère n° 4 : leviers d'action à la main de l'organisme	Critère n° 5 : qualité de la cible fixée	Critère n° 6 : absence de risques éventuels d'effets pervers	Note attribuée par la mission
26	Nombre de formations interinstitutionnelles que la CNSA a facilitées ou soutenues	Résultat	0	0	0	1	?	1	2/6
27	Part des pilotes et des gestionnaires de cas formés	Suivi	?	1	1	1	1	1	5/6
28	Nombre de réunions techniques CNSA/CNAMTS en vue du calibrage de la provision CNAMTS pour les établissements en prix de journée	Suivi	1	1	1	1	1	1	6/6
29	Comparaison de la prévision CNSA d'exécution de l'OGD et de l'exécution constatée lors de la clôture des comptes (avant prise en compte de l'effet provision)	Résultat	1	1	?	1	0	0	3/6
30	Rapport entre le montant tarifé dans HAPI au 31 décembre de l'année N au titre de la part forfaitaire « hébergement permanent » en EHPAD et le montant estimé par la CNSA en construction de l'OGD	Résultat	1	1	?	0	1	1	4/6
31	Part des ESMS tarifés dans HAPI (en N) ayant remonté leur compte administratif (N) dans ImportCA (en N+1)	Résultat	0	1	1	1	0	0	3/6
32	Réduction des écarts d'équipement inter-départements (ID) et inter-régions (IR) en nombre de places (indicateur « programme qualité efficience »)	Suivi	1	1	1	?	?	?	3/6
33	Évolution de la dispersion des coûts (minimum-maximum par rapport à la moyenne) des ESMS par catégorie d'ESMS FINISS	Suivi	1	1	0	0	1	0	3/6
34	Nombre d'appel à projets thématiques lancés (section V)	Résultat	0	1	?	1	?	1	3/6

## Annexe I

N°	Intitulé de l'indicateur	Catégorie	Critère n° 1 : cohérence indicateur objectif	Critère n° 2 : caractère clair, compréhensible et interprétable	Critère n° 3 : qualité, définition, construction et règles de calcul	Critère n° 4 : leviers d'action à la main de l'organisme	Critère n° 5 : qualité de la cible fixée	Critère n° 6 : absence de risques éventuels d'effets pervers	Note attribuée par la mission
35	Nombre de réunions croisées (ARS, conseils départementaux, MDPH) organisées chaque année par la CNSA	Résultat	1	?	?	1	?	0	2/6
36	Réduction des frais de fonctionnement courant par agent	Résultat	0	1	1	1	?	0	3/6
37	Part annuelle des marchés publics de la CNSA publiés avec des clauses sociales ou environnementales	Résultat	1	1	0	1	1	1	5/6
38	Taux d'emploi de personnes handicapées dans les effectifs de la Caisse	Résultat	1	1	1	1	1	?	5/6
39	Délai moyen de vacance des postes	Résultat	1	1	?	1	1	1	5/6
40	Pourcentage de factures fournisseurs avec un délai de paiement supérieur à trente jours	Résultat	1	1	?	1	?	0	3/6
41	Délai de paiement des PAI après réception complète du dossier	Résultat	1	1	?	1	?	0	3/6

Source : mission.

## **8. Propositions de structuration pour la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNSA**

### **8.1. Structurer la nouvelle COG pour fixer un cap stratégique clair à la CNSA, centré sur les principaux enjeux métiers**

La structuration de la COG est un élément déterminant pour l'appropriation de cet outil contractuel qui permet à l'État de fixer les grandes orientations qu'il souhaite donner aux politiques publiques de l'autonomie dont la mise en œuvre relève de la CNSA. Les équipes de la Caisse doivent y retrouver les principaux enjeux métiers tandis que les acteurs et les bénéficiaires des politiques de soutien à l'autonomie attendent des priorités lisibles et concrètes pour les interventions les concernant.

La définition des axes et orientations stratégiques de la future COG suppose donc de croiser les orientations données aux politiques publiques de l'autonomie, les enjeux métiers et les attentes des acteurs, en prenant en compte les catégories d'objectifs définies par les dispositions législatives fixant le contenu des COG des branches du régime général de sécurité sociale.

#### **8.1.1. Pour la première fois, le contenu de la prochaine COG de la CNSA s'inscrira dans le cadre commun à l'ensemble des branches du régime général de sécurité sociale**

La prochaine COG de la CNSA sera établie selon un cadre juridique différent de celui qui s'est appliqué pour les trois COG précédentes, puisque la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a aligné les dispositions relatives au contenu de la COG de la CNSA sur celles applicables aux branches du régime général définies par l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale (CSS), en l'adaptant aux spécificités de la branche autonomie.

D'après ces dispositions, la prochaine COG devra déterminer :

- ◆ les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque et le service des prestations ;
- ◆ les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;
- ◆ les objectifs d'amélioration de la coordination des acteurs participant à la mise en œuvre des politiques en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- ◆ les objectifs de prévention et soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- ◆ les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion et de prévention et de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

Pour autant, les grands objectifs ainsi énoncés ne déterminent pas une structure uniforme des conventions, comme le montrent les axes stratégiques retenus par les COG 2018-2022 des branches du régime général<sup>83</sup>, certains objectifs visés à l'article L. 277-1 du CSS pouvant être déclinés au sein de plusieurs axes et certains axes pouvant comprendre des objectifs se rattachant à plusieurs items de cet article (cf. tableau ci-dessous).

---

<sup>83</sup> Ne figure pas dans le tableau la COG de la branche recouvrement, gérée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) qui ne définit pas d'axes stratégiques mais comprend des fiches thématiques qui sont regroupées par thèmes.

Tableau 44 : axes stratégiques des COG 2018-2022 des branches du régime général de sécurité sociale (hors recouvrement)

Axes stratégique des COG 2018-2022 des branches du régime général répondant aux objectifs				
	Maladie	AT-MP	Famille	Retraite
Objectifs L. 227-1 CSS				
1. Objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la <b>gestion du risque, le service des prestations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Axe 1 : renforcer l'accessibilité territoriale et financière du système de soins</li> <li>Axe 2 : contribuer à la transformation et à l'efficacité du système de santé (volet consacré à la gestion du risque)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Axe 2 : maîtriser les risques pour assurer l'équilibre de la branche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Axe 1 : agir pour le développement des services aux allocataires (mise en œuvre des politiques familiales et de la politique du logement)</li> <li>Axe 2 : garantir la qualité et l'accès aux droits en modernisant le modèle de production du service (maîtrise des risques)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partie 1 : des engagements renouvelés sur le cœur de métier (« personnaliser l'offre de services et renforcer l'accès aux droits »)</li> <li>Partie 3 : les leviers de la transformation (« renforcer la maîtrise du risque financier, prévenir le risque de fraude »)</li> </ul>
2. Objectifs liés à <b>l'amélioration de la qualité du service</b> aux usagers	<ul style="list-style-type: none"> <li>Axe 3 : rendre aux usagers un service maintenu à un haut niveau de qualité</li> <li>Axe 4 : accompagner l'innovation numérique en santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Axe 1 : développer l'accompagnement des différents publics de la branche AT/MP (assurés et entreprises) et renforcer la relation de service</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Axe 2 : garantir la qualité et l'accès aux droits en modernisant le modèle de production du service (relation de service, simplification, dématérialisation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partie 1 : des engagements renouvelés sur le cœur de métier (« renouveler le niveau et la nature des engagements de service »)</li> <li>Partie 2 : nouveaux publics, nouveaux services</li> </ul>
2 bis Objectifs d' <b>amélioration de la productivité du réseau</b> et de son organisation territoriale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Axe 5 : réussir l'intégration d'autres régimes en garantissant un fonctionnement efficient de la branche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Axe 3 : mieux piloter les leviers pour agir et gagner en efficacité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Axe 3 : mobiliser les personnels et leurs compétences, moderniser le système d'information, optimiser le pilotage et l'évaluation, renforcer les coopérations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partie 3 : les leviers de la transformation</li> </ul>
3. Objectifs de <b>l'action sociale, de prévention</b> , de lutte contre l'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> <li>Axe 2 : contribuer à la transformation et à l'efficacité du système de santé (volet consacré à la prévention)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Axe 1 : développer l'accompagnement des différents publics de la branche AT/MP (assurés et entreprises) et renforcer la relation de service (volet consacré à la prévention)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Axe 1 : agir pour le développement des services aux allocataires (services financés par l'action sociale de la branche)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partie 1 : des engagements renouvelés sur le cœur de métier (« déployer avec les partenaires une politique ambitieuse de la perte d'autonomie »)</li> </ul>

## Annexe I

Axes stratégique des COG 2018-2022 des branches du régime général répondant aux objectifs				
	Maladie	AT-MP	Famille	Retraite
<b>Objectifs L. 227-1 CSS</b> 4. Règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion et, s'il y a lieu, d'action sanitaire et sociale, de prévention 5. Le cas échéant, conditions de constitution ou d'amélioration et d'évolution du réseau des caisses locales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Annexe 1 : les ressources et les règles budgétaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Annexe 3 : les règles et la programmation budgétaire du FNPAT</li> <li>▪ Annexe 5 : budget du FNPAT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Annexe 1 : les ressources et les règles budgétaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Annexes</li> </ul>
	-	-	-	-

Source : mission, d'après les COG 2018-2022 de la CNAM, de la CNAV et de la CNAF.

## Annexe I

Le tableau ci-dessus fait apparaître plusieurs points communs entre les différentes branches :

- ◆ toutes les COG consacrent au moins deux axes aux enjeux de pilotage des réseaux, déclinés sous deux angles :
  - l'amélioration de la qualité de service aux usagers, aux professionnels de santé (maladie), et aux entreprises (AT-MP) ;
  - l'efficacité et la productivité, intégrant les questions de gestion des ressources humaines et d'amélioration des systèmes d'information ;
- ◆ la gestion du risque ou la maîtrise des risques, et le service des prestations, sont présents dans les objectifs de l'ensemble des COG. La gestion du risque représente l'ensemble de l'axe 2 de la COG de la branche maladie et de l'axe 2 de la COG de la branche AT-MP. Dans les COG des branches retraite et familles, une ou plusieurs fiches thématiques sont consacrées à la maîtrise des risques dans la mesure où la gestion du risque ne figure pas parmi les missions légales de la CNAF et la CNAV ;
- ◆ toutes les COG contiennent un volet prévention faisant l'objet d'au moins d'une fiche thématique. La CNAV consacre une fiche thématique au déploiement avec les partenaires (dont la CNSA) d'une politique ambitieuse de prévention de la perte d'autonomie.

L'enjeu du pilotage du réseau, central dans ces conventions, appelle un traitement particulier dans le cadre de la cinquième branche, tenant compte de la spécificité des réseaux sur lesquels la CNSA s'appuie, qui limite sa capacité à agir sur la qualité du service rendu aux usagers et davantage encore sur la productivité et l'organisation interne de ces réseaux. L'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale ne tient toutefois qu'en partie compte de cette spécificité : s'il remplace, pour la branche autonomie, l'objectif d'amélioration de la productivité du réseau et de son organisation territoriale par « *l'amélioration de la coordination des acteurs participant à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie* », il ne reformule pas l'objectif commun d'amélioration de la qualité du service aux usagers.

### 8.1.2. La COG devra faire apparaître les principales finalités de l'intervention de la Caisse associées à la création de la branche autonomie

La création de la cinquième branche, même si elle ne s'est pas accompagnée d'une modification substantielle du périmètre d'intervention de la CNSA, accroît les attentes à son égard et devrait impliquer des évolutions futures de ses métiers. La CNSA a organisé des séminaires de réflexion rassemblant l'ensemble de ses agents pour commencer à identifier les enjeux de transformation résultant de la création de la branche autonomie, qui ont fait émerger des perspectives et des objectifs qui seront très utiles pour la préparation de la prochaine COG. S'appuyant sur ces réflexions et sur ses échanges avec les administrations centrales et les équipes de la CNSA, la mission estime que la prochaine COG de la CNSA pourra se concentrer sur les principaux enjeux suivants :

- ◆ le renforcement de la performance de la Caisse dans le pilotage de la dépense, incluant le développement d'une capacité d'anticipation, tant à court terme, sur l'exécution de son budget, qu'en prospective, sur l'analyse tendancielle des dépenses des politiques de soutien à l'autonomie. Cet enjeu porte également sur la mise en place progressive d'une fonction de gestion du risque (cf. annexe V)<sup>84</sup> ;
- ◆ l'amélioration de l'équité territoriale dans les réponses aux besoins des personnes, qui recouvre à la fois les questions de répartition de l'offre d'établissements et services et d'égal accès aux droits individuels sur tout le territoire ;

---

<sup>84</sup> Cette réflexion devra tenir compte des modalités de pilotage global des dépenses d'assurance maladie, et notamment du maintien ou non des dépenses autonomie dans l'ONDAM ou la création d'un objectif spécifique ; la mission a échangé sur ce point avec le HCAAM mais ses travaux n'étaient pas conclus à la date d'achèvement du rapport.

## Annexe I

- ◆ l'amélioration de la qualité des réponses apportées aux besoins des personnes, qui recouvre plusieurs dimensions :
  - la qualité du service rendu aux usagers par les MDPH et par les services départementaux dans l'accueil, l'évaluation des besoins et la construction des réponses ;
  - la qualité de l'accompagnement ou de la prise en charge par les établissements et services médico-sociaux ;
  - la coordination des acteurs intervenant dans la prise en charge des personnes pour assurer la qualité et la continuité de leur parcours, en incluant dans celui-ci l'objectif de maintien de leur autonomie.

Ces enjeux pourraient constituer les axes stratégiques de la COG, en s'assurant que leur déclinaison en actions soit réaliste et atteignable par la CNSA en tenant compte de ses capacités réelles d'intervention.

### **8.1.3. Ces axes stratégiques peuvent être croisés avec deux objectifs transversaux structurants, l'amélioration de la connaissance et le renforcement de l'appui aux réseaux, en veillant à de leur coordination**

Afin de renforcer le caractère structurant de la COG pour l'action de la CNSA, il est proposé en outre de mettre en avant dans la prochaine COG deux objectifs transversaux qui seront déclinés dans chacun des axes stratégiques de la COG.

**Proposition n° 1 : faire de la connaissance des besoins des publics et des conditions de mise en œuvre des politiques publiques de l'autonomie un premier objectif transversal de la COG.**

L'insuffisance de la connaissance des besoins des publics et des réponses qui leurs sont apportées, notamment la connaissance de l'offre de services, des modalités d'attribution des prestations individuelles, de l'effectivité de la qualité des parcours des personnes, constitue aujourd'hui un obstacle majeur à la conception et à la mise en œuvre des politiques publiques destinées aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

À titre d'exemple, progresser vers l'équité territoriale dans l'attribution des droits individuels, pour des prestations aussi complexes que l'APA ou la PCH, qui supposent une évaluation individuelle des besoins, tenant compte de l'environnement matériel et familial de la personne et aboutissent à la construction de plans d'aide ou de compensation adaptées à ces besoins, à l'offre de services locale et aux souhaits de la personne, requiert la collecte et le traitement d'un grand nombre d'informations permettant de retracer ce processus avant d'être en capacité de mettre en évidence d'éventuelles disparités territoriales. De même, les objectifs de transformation de l'offre médico-sociale pour améliorer l'adéquation entre l'offre et les besoins suppose d'avoir une vision précise des besoins sur les territoires, des publics accueillis par les ESMS et de la nature des prestations qu'ils fournissent à leurs usagers.

**Afin de donner un cap clair à la CNSA pour les prochaines années, il est proposé de fixer un objectif transversal portant sur l'amélioration de la connaissance des besoins des publics et des conditions de mise en œuvre des politiques publiques de l'autonomie.**

Mettre en avant la connaissance des besoins des publics et des conditions de mise en œuvre des politiques publiques de l'autonomie permettrait de fédérer l'action de la CNSA et constituerait un marqueur identifiable pour les agents de la CNSA comme pour les différentes parties prenantes des politiques publiques de l'autonomie. Cet objectif de connaissance serait ainsi placé au cœur du projet de création d'une cinquième branche de sécurité sociale dans la mesure où il constitue, dans bien des cas, une étape significative, voire préalable, à la réalisation de l'ensemble des autres objectifs poursuivis par la CNSA : construction d'une offre adaptée, accès aux droits, équité territoriale, information des publics, animation des réseaux.

**Proposition n° 2 : faire du renforcement de l'appui aux réseaux territoriaux mettant en œuvre les politiques publiques de l'autonomie et de la coordination de leurs interventions un deuxième objectif transversal de la COG.**

Comme les caisses nationales du régime général de sécurité sociale, la CNSA ne peut atteindre les objectifs qui lui sont assignés qu'en mobilisant les réseaux territoriaux qui mettent en œuvre les politiques de soutien à l'autonomie. **La pertinence et la qualité de l'appui technique et des outils que la CNSA leur fournit conditionnent l'efficacité et la cohérence de leurs interventions et l'harmonisation des réponses apportées aux besoins des personnes sur tout le territoire** ainsi que la fiabilité et la qualité des informations qu'ils apportent en retour à la caisse, pour lui permettre de jouer son rôle de synthèse et d'adaptation continue des instruments des politiques de l'autonomie aux besoins.

**Le renforcement de l'appui aux réseaux territoriaux partenaires de la CNSA apparaît ainsi indispensable pour parvenir à une meilleure connaissance des politiques publiques de l'autonomie et, réciproquement, une meilleure connaissance des politiques publiques doit permettre à la CNSA de renforcer l'appui à ses réseaux et leur articulation au niveau territorial.**

Par ailleurs, le développement d'une approche transversale des besoins des personnes, illustrée par la prise en compte de leur parcours de vie, montre les limites de l'organisation « en silos » de l'appui aux réseaux mise en place par la CNSA, qui dissocie, d'un côté, l'appui aux ARS piloté par la direction des ESMS et centré sur le pilotage de l'OGD et, d'un autre côté, l'appui aux réseaux départementaux organisé par la direction de la compensation et orienté prioritairement vers les MDPH. La COG 2016-2019, via le déploiement de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », a fourni l'occasion de tentatives d'organisation coordonnée de ces deux dispositifs, qui sont toutefois restées limitées et peu structurées. Dans la perspective d'une meilleure adéquation des réponses aux besoins des personnes, qui ne se résument pas à la distinction entre les besoins des résidents « à domicile » et « en établissement », il est primordial que la CNSA s'attache à favoriser la coordination des interventions des ARS et des réseaux départementaux en en faisant une dimension importante de son dispositif d'appui.

Pour la mission, il est cependant capital de tenir compte des capacités d'intervention réelles de la CNSA vis-à-vis des réseaux qui ne sont qu'en partie comparables à celles des caisses nationales du régime général (cf. annexe IV).

Le croisement des finalités métiers et de ces objectifs transversaux pourrait structurer la nouvelle COG, accompagnée d'un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) (cf. *infra*), selon le schéma suivant.

Tableau 45 : esquisse de structuration de la prochaine COG

Objectif métiers (finalités)	Objectif transversal « amélioration de la connaissance des besoins des publics et de mise en œuvre des politiques publiques de l'autonomie »	Objectif transversal « renforcement et coordination des appuis aux réseaux »
<p><b>Renforcement du pilotage de la dépense :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ suivi annuel et infra annuel</li> <li>▫ capacité d'anticipation et de prospective</li> <li>▫ gestion du risque</li> </ul>	<p>Amélioration de la qualité et de la fréquence des remontées d'information.</p> <p>Développement d'une fonction « études et prospective » en coordination avec les administrations centrales (DREES, DSS-SD6) (cf. annexe VII).</p> <p>Démarche et méthodologie à construire à partir d'une analyse des risques (cf. annexe V).</p>	<p>Fournir aux réseaux des outils correspondant à leurs besoins de gestion et permettant des remontées d'informations automatiques (cf. annexe IV).</p> <p>Idem pour renforcer la fiabilité des données fondant une analyse prospective (ex : qualité et exhaustivité des données de GALAAD pour construire un tendancier d'évolution des besoins des résidents d'EHPAD ; qualité des données départementales pour construire des tendanciers sur les dépenses APA et PCH). Définir la contribution possible des réseaux à la GDR en fonction des objectifs et actions qui seront retenus et outiller les réseaux pour les mettre en œuvre (cf. annexe V).</p>
<p><b>Amélioration de l'équité territoriale :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ répartition de l'offre d'ESMS</li> <li>▫ égal accès aux droits individuel</li> </ul>	<p>Construction d'indicateurs de besoins pour fixer des objectifs de rééquilibrage.</p> <p>Dans le secteur PH, exploitation des données du SI de suivi des orientations (liste d'attente par catégories d'ESMS et par département).</p> <p>Dans le secteur PA, exploiter les projections démographiques sur la population dépendante pour identifier les besoins futurs par département</p> <p>Développement des outils de remontée de données individuelles sur l'évaluation des besoins et la construction des plans d'aide et de compensation : prochainement disponibles pour MDPH, à construire pour l'APA (SI dédié ou exploitation RI-APA DREES)</p> <p>Développement d'une méthodologie et d'une capacité d'analyse territorialisée</p>	<p>Promouvoir la coordination des programmations et des évolutions de l'offre médico-sociale entre ARS et départements (cf. annexe IV).</p> <p>Veiller au déploiement coordonné entre ARS et MDPH du SI de suivi des orientations et à l'utilisation effective des données produites.</p> <p>Renforcement des outils et guides pour l'évaluation et la gestion des prestations et développement des formations pour leur appropriation.</p> <p>Evolution des instruments juridiques de la CNSA (conventions départementales, concours) pour inciter à l'équité (cf. annexe IV)</p>

## Annexe I

<p><b>Amélioration de la qualité des réponses :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ qualité du service rendu aux usagers par les MDPH et services départementaux</li> <li>▫ qualité de l'accompagnement par les ESMS</li> <li>▫ qualité et la continuité des parcours (yc prévention)</li> </ul>	<p>Idem ci-dessus : développement des outils de remontée de données individuelles pour mesurer l'adéquation des réponses aux besoins. Amélioration des outils de mesure de la satisfaction des usagers et construction d'indicateurs de qualité de service</p> <p>Amélioration de la connaissance des publics, de l'activité, des services rendus et des coûts des ESMS : amélioration des outils de remontées d'information, enquêtes, études</p> <p>Amélioration de la connaissance des parcours des personnes (suppose déploiement de RESID-ESMS par la CNAM)</p> <p>Prévention : mettre en place de façon coordonnée avec les autres acteurs un dispositif d'évaluation des actions de prévention de la perte d'autonomie</p>	<p>Idem ci-dessus : renforcement des outils et guides pour l'évaluation et la gestion des prestations et développement des formations pour leur appropriation. Rendre systématiques les démarches qualité dans les MDPH et services départementaux et en suivre la mise en œuvre</p> <p>Promouvoir les objectifs de qualité de prise en charge dans les CPOM et outiller les ARS et les départements (SAAD) à cette fin.</p> <p>Améliorer la coordination des appuis aux ARS et réseaux départementaux pour promouvoir une approche coordonnée des réponses domicile-établissement.</p> <p>Prévention : poursuivre la coordination avec les partenaires nationaux pour l'appui aux CFPPA et, à terme, faire évoluer les instruments juridiques (concours « autres actions de prévention » pour réserver le financement de la CNSA aux actions évaluées favorablement (cf. annexe IV)</p>
---	---	--

Source : mission.

## 8.2. La prochaine COG devra constituer un outil de pilotage maniable pour la Caisse comme pour ses tutelles

### 8.2.1. La prochaine COG de la CNSA devrait être construite selon un format raisonnable

**Proposition n° 3 : construire la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNSA selon un format raisonnable et proportionné aux moyens humains alloués à la Caisse.**

La comparaison de la troisième COG de la CNSA avec les COG conclues entre l'État et les caisses nationales de sécurité sociale montre que le « volume » de la COG de la CNSA, qu'il soit mesuré en nombre d'axes stratégiques, en nombre de fiches thématiques, en nombre d'actions ou encore en nombre de pages, apparaît disproportionné si on le rapporte au montant total d'allocations géré ou au nombre d'agents de la caisse (cf. tableau 46 : ). Le nombre des sous-actions de la COG 2016-2019 est ainsi supérieur à celui des agents de la CNSA.

**Tableau 46 : comparaison de la CNSA avec les caisses de sécurité sociale du régime général**

Caisse	CNSA	CNAF	CNAM	CNAV
Montant total des allocations gérées	26,7 Md€	94,6 Md€	167,7 Md€	129,3 Md€
Nombre d'agents	120	35 770	82 000	12 451
Nombre d'organismes locaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 18 ARS</li> <li>▪ 104 MDPH</li> <li>▪ 100 CD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 101 CAF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 101 CPAM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 15 CARSAT<sup>85</sup></li> </ul>
Date de la première COG	2006	1996	1996	1996
Nombre d'axes stratégiques	5	3	5	3
Nombre de fiches thématiques	20	16	17	12
Nombre d'actions/d'engagements	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 61 actions</li> <li>▪ 162 sous-actions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 52 actions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 69 engagements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 56 engagements</li> </ul>
« Volume » de la COG (en pages)	160	164	224	100

Source : mission (données de l'année 2019).

S'il n'apparaît pas pertinent de fixer des objectifs quantitatifs relatifs au « volume » de la COG de la CNSA, il apparaît néanmoins nécessaire que les rédacteurs de la prochaine COG veillent à ce que celle-ci adopte un format raisonnable, en laissant le soin à la CNSA de décliner de façon opérationnelle les objectifs qui lui sont assignés dans la COG :

- ◆ d'une part, tous les chantiers conduits par la CNSA n'ont pas vocation à figurer dans la COG ; il n'est pas possible de valoriser le portefeuille et les missions de chacune des composantes des tutelles ou de chacun des agents de la CNSA dans la COG ;
- ◆ d'autre part, la COG doit laisser suffisamment de liberté à la CNSA pour la mise en œuvre des politiques publiques, en évitant la tentation du « micro-management » qui conduit l'État à contrôler excessivement les actions mises en œuvre par la Caisse pour atteindre les objectifs qui lui sont fixés.

<sup>85</sup> Avec la particularité que les effectifs de la CNAV incluent les personnels qui assurent la liquidation des pensions pour l'Île-de-France région où il n'existe pas de CARSAT mais une CRAMIF qui assure pour le compte de la branche ATMP le rôle d'une CARSAT.

La mission estime ainsi que la définition de sous-actions au sein de chacune des actions de la COG 2016-2019 a contribué à la dilution de son caractère stratégique, et recommande de limiter l'architecture de la prochaine COG à la définition d'actions, sans décliner celles-ci en sous-actions. La CNSA pourra ensuite préciser la déclinaison opérationnelle des actions inscrites dans la COG dans le cadre de son projet d'établissement et/ou des programmes de travail de ses différentes directions qui permettront à chacun des agents de la caisse de retrouver leur place et leur contribution à l'action de la caisse.

**Proposition n° 4 : retenir dans la COG des actions dont la réalisation dépend de la Caisse, en privilégiant les objectifs de résultats par rapport aux objectifs de moyens et en définissant des indicateurs dont le suivi permettra de mesurer l'atteinte des objectifs fixés.**

L'examen de la réalisation des actions de la troisième COG et de l'évolution des indicateurs associés a permis à la mission de mettre en évidence les imperfections suivantes qui devraient être corrigées dans la prochaine COG :

- ◆ la CNSA apporte son concours, soutient, accompagne ou intervient en appui d'autres acteurs qui mettent en œuvre la politique publique (ARS, départements, MDPH) ; or la réalisation de certaines actions inscrites dans la COG dépend directement de ces acteurs et n'est donc qu'incidemment rattachable à l'appui de la Caisse ;
- ◆ certaines actions recouvrent des objectifs de moyens et non des objectifs de résultats, avec des formulations très prescriptives (par exemple « organiser tous les deux ans des rencontres scientifiques ») ;
- ◆ les indicateurs inscrits dans la COG n'ont pas tous pu être suivis par la CNSA sur la période d'exécution de la COG ; par ailleurs la distinction opérée entre « indicateurs de suivi » et « indicateurs de résultat » paraît artificielle.

Quitte à adopter un format moins détaillé, les rédacteurs de la prochaine COG pourront utilement veiller à ce que les actions attribuées à la Caisse et les indicateurs correspondants permettent de mesurer l'atteinte des objectifs fixés par l'État, en identifiant des actions directement imputables à l'activité de la Caisse.

**Proposition n° 5 : écarter de la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNSA les actions qui relèvent du fonctionnement normal de la Caisse pour se concentrer sur les enjeux métiers.**

Si l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale dispose que les COG des organismes chargés de la gestion du régime général portent notamment sur « *les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion* », il ne prévoit aucunement que la COG comporte des actions qui relèvent du fonctionnement normal de ces organismes.

La COG 2016-2019 et, plus particulièrement, son axe 5 « améliorer le fonctionnement et l'intervention de la Caisse » comportent pourtant de nombreuses actions qui relèvent :

- ◆ soit du respect de la réglementation en vigueur (par exemple « *mettre en œuvre la réforme de la gestion budgétaire et comptable* » ou « *faciliter l'intégration des personnes en situation de handicap dans l'effectif de la Caisse* ») ;
- ◆ soit de l'activité normale de la CNSA (par exemple « *participer à la gouvernance mise en place par l'État sur les politiques de l'autonomie* » ou « *poursuivre l'objectif de gagner en efficience interne* »).

La mission estime que la prochaine COG de la CNSA devrait se concentrer sur les enjeux métiers auxquels celle-ci va être confrontée dans le cadre de sa transformation en organisme gestionnaire de la nouvelle branche autonomie, en écartant les actions qui relèvent du fonctionnement normal de la Caisse.

**Proposition n° 6 : accompagner la prochaine COG d'un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) qui précise a minima les projets à mener, leur articulation avec les SI pilotés par d'autres acteurs (SGMAS pour le SI des ARS notamment), et, pour chaque projet, le budget en ressources internes et externes et le calendrier ainsi que les principaux jalons de réalisation.**

La troisième COG de la CNSA incluait une annexe intitulée « les principaux chantiers à conduire dans le champ des systèmes d'information », déclinée en cinq rubriques (compensation individuelle, compensation collective, information grand public, gouvernance des systèmes d'information, gestion interne). Cette annexe comportait peu d'éléments de calendrier et aucune indication sur les moyens humains et financiers alloués aux différents projets. Des projets informatiques non prévus dans cette annexe ont par la suite été développés par la direction des systèmes d'information (DSI) de la CNSA, comme le livret de parcours inclusif dématérialisé (LPI) développé pour le compte du ministère de l'éducation nationale.

Compte tenu de l'importance que revêtent le développement puis le déploiement des systèmes d'information pour la CNSA et pour ses réseaux partenaires, il paraît indispensable qu'un véritable SDSI soit négocié parallèlement à la prochaine COG de la CNSA afin de déterminer les projets informatiques prioritaires. Ce document devra préciser le calendrier prévisionnel des différents projets, le cas échéant en distinguant différentes « briques » fonctionnelles, ainsi que les moyens humains et financiers qui leur seront alloués sur la durée de la COG. Il pourra également préciser le cadre du recours aux prestataires extérieurs ainsi que les modalités de suivi internes des projets.

La négociation d'un SDSI doit constituer un temps stratégique fort pour la direction générale, pour la DSI de la CNSA et pour les directions métiers, qui sera l'occasion de fixer les priorités de la Caisse en matière de systèmes d'informations sur la base d'une analyse des moyens humains disponibles. Le SDSI doit en outre permettre de mobiliser les agents des directions métiers et de la DSI autour d'une feuille de route validée par la directrice de la CNSA et par ses tutelles. La crédibilité du SDSI sera d'autant plus forte que celui-ci ne sera pas remis en cause en cours d'exécution de la COG, sauf en cas de revoyure formalisée.

### **8.2.2. La trajectoire des frais de gestion qui sera inscrite dans la prochaine COG de la CNSA devra pouvoir être suivie dans le temps**

**Proposition n° 7 : opérer un suivi des cibles annuelles inscrites dans la trajectoire des frais de gestion en comptabilité budgétaire et un suivi de l'évolution des principaux postes de dépenses en comptabilité générale.**

La trajectoire des frais de gestion inscrite dans la COG 2016-2019 de la CNSA était présentée en comptabilité budgétaire, alors que les données sous-jacentes correspondaient à des données de charges exprimées en comptabilité générale, ce qui a rendu impossible en pratique la mesure du respect de la trajectoire fixée dans la COG. En particulier, la trajectoire incluait les dotations aux amortissements qui ne sont pas retracées en comptabilité budgétaire.

La mission appelle l'attention des tutelles de la CNSA, en particulier sa tutelle financière, sur la nécessité de vérifier que la trajectoire des frais de gestion inscrite dans la prochaine COG de la CNSA pourra bien être suivie en exécution, à l'aide des données extraites de l'application de suivi budgétaire et comptable de la CNSA et d'adapter les prévisions et modes de suivi aux possibilités qu'offrent la double comptabilité qu'elle est tenue de suivre. Pour les frais de gestion, on pourrait limiter le suivi en comptabilité budgétaire à un niveau agrégé et s'appuyer pour le détail et le périmètre non couvert par la comptabilité budgétaire sur la comptabilité générale.

Le périmètre des frais de gestion devra ainsi être précisément défini au stade de la négociation de la COG, afin d'éviter des discussions ultérieures sur les critères de rattachement d'une dépense au fonds de gestion administrative. En particulier, les modalités d'imputation des dépenses informatiques devront être précisément définies : la mission recommande d'écarter la piste d'une répartition entre le fonds d'intervention et le fonds de gestion administrative et de rattacher intégralement ces dépenses au fonds de gestion administrative, avec un objectif d'évolution spécifique, comme c'est le cas dans les COG des autres branches du régime général.

Les normes d'évolution qui seront appliquées aux frais de gestion supportés par le fonds de gestion administrative pourront opérer une distinction entre les moyens de fonctionnement généraux de la Caisse et les moyens nécessaires à l'exercice du métier de la CNSA, en particulier sa fonction d'appui au réseau (déploiement de systèmes d'information métiers, organisation de réunions des réseaux, déplacements...). À ce titre, la mission suggère de ne pas reconduire dans la prochaine COG l'indicateur relatif aux frais de fonctionnement par agent dont le calcul souffre de nombreux biais (cf. annexe V).

### **8.2.3. Le suivi de l'exécution de la COG pourra, le cas échéant, conduire à des ajustements en cours d'exécution**

**Proposition n° 8 : dans la mesure du possible, identifier les politiques publiques dont le contenu est susceptible d'évoluer sur la période de la convention d'objectifs et de gestion, et prévoir une clause de revoyure pour tenir compte des évolutions qui auront un impact substantiel sur l'activité de la CNSA.**

Les COG sont conclues entre l'État et les caisses nationales de sécurité sociale pour une période minimale de quatre ans qui peut atteindre cinq ans si on se réfère aux COG 2018-2022 de la CNAF, de la CNAM et de la CNAV. Même s'il est souhaitable que les caisses de sécurité sociale disposent d'une bonne visibilité pour la mise en œuvre des politiques publiques qui leur sont confiées, il peut arriver que les objectifs initialement fixés évoluent en cours d'exécution de la COG, soit parce qu'ils sont abandonnés, soit parce qu'ils sont renforcés. De nouveaux objectifs peuvent également être fixés par l'État.

Contrairement aux caisses nationales de sécurité sociale qui sont plus anciennes, le périmètre de la CNSA a connu des évolutions importantes depuis la création de la Caisse et il devrait continuer à évoluer régulièrement au fil de la structuration de la nouvelle branche autonomie. Cette dynamique doit être prise en compte au stade de la conception de la prochaine COG. Alors que la COG 2016-2019 de la CNSA a largement traduit les nouvelles missions confiées à la CNSA par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement en décembre 2015, il faut éviter que la prochaine COG de la CNSA soit trop fortement marquée par les dispositions du futur projet de loi relatif au grand âge et à l'autonomie.

Si des évolutions en cours d'exécution de la COG apparaissent inévitables, il semble néanmoins nécessaire qu'elles fassent l'objet d'une formalisation suffisante afin que l'exercice de suivi de la réalisation des objectifs et des actions de la COG reste pertinent et ne soit pas vidé de sa substance dès les premières années d'exécution de la COG. En particulier, une clause de revoyure devrait être prévue pour donner des marges de flexibilité aux tutelles et à la Caisse. Les évolutions qui ont un impact substantiel sur l'activité de la CNSA feraient ainsi l'objet d'une discussion avec l'État, au regard, notamment, de l'adéquation entre les missions confiées à la Caisse et les moyens humains dont elle dispose. La mission estime en particulier que si les lois de financement de la sécurité sociale à venir ou une future loi autonomie modifiaient le périmètre de la branche autonomie et la nature et le volume des interventions demandées à la CNSA, cela justifierait, dans cette perspective, de modifier la COG par avenant.

**Proposition n° 9 : améliorer le suivi de l'exécution de la convention d'objectifs et de gestion par les tutelles de la CNSA et par son conseil, en mettant en évidence les actions réalisées et les actions en cours de réalisation et en justifiant l'absence de réalisation de certaines actions.**

La CNSA tient à jour un tableau détaillant le degré d'avancement des différentes actions de la COG qu'elle actualise chaque année afin qu'il soit transmis à ses tutelles. Ce tableau est complété par les équipes de la CNSA en charge des différentes actions et la mission n'en a constaté aucun usage opérationnel, au-delà de sa fonction de *reporting* auprès des tutelles. Les réunions annuelles de bilan de la COG ne constituent un temps fort ni pour le management de la CNSA ni pour ses tutelles et n'ont conduit à aucune décision substantielle. Dans le même temps, les présentations relatives à l'exécution de la COG réalisées dans le cadre du conseil de la CNSA n'ont suscité aucun débat ni aucune réaction de la part des administrateurs de la Caisse.

Sur la base de ces observations, il apparaît indispensable que la prochaine COG de la CNSA fasse l'objet d'un suivi plus attentif de la part des tutelles et de la part du conseil de la Caisse.

Pour atteindre cet objectif, la CNSA et ses tutelles pourront mobiliser les trois leviers suivants :

- ◆ élaborer une COG plus lisible et plus facilement appropriable par les différentes parties prenantes ;
- ◆ fonder leurs travaux sur un suivi plus global, qui permette aux interlocuteurs de la CNSA d'apprécier aussi aisément que possible les accomplissements de la Caisse mais également les difficultés auxquelles elle est confrontée, sans devoir nécessairement rentrer dans le détail de la réalisation de chaque action ;
- ◆ susciter le débat au sein du conseil en mettant en valeur l'impact des actions réalisées dans le cadre de la COG sur les grands objectifs de politique publique poursuivis par la CNSA.

Le suivi de la prochaine COG sera d'autant plus simple que celle-ci constituera un véritable document à la fois lisible et précis sur les orientations stratégiques, qui permettra au conseil de se poser des questions fondamentales sur l'activité et sur l'avenir de la CNSA et un meilleur dialogue entre l'État et la CNSA. La réduction du nombre d'actions inscrites dans la COG pourra y contribuer.

## Annexe I

Synthèse des propositions de l'annexe I
Proposition n° 1 : faire de la connaissance des besoins des publics et des conditions de mise en œuvre des politiques publiques de l'autonomie un premier objectif transversal de la COG.
Proposition n° 2 : faire du renforcement de l'appui aux réseaux territoriaux mettant en œuvre les politiques publiques de l'autonomie et de la coordination de leurs interventions un deuxième objectif transversal de la COG.
Proposition n° 3 : construire la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNSA selon un format raisonnable et proportionné aux moyens humains alloués à la Caisse.
Proposition n° 4 : retenir dans la COG des actions dont la réalisation dépend de la Caisse, en privilégiant les objectifs de résultats par rapport aux objectifs de moyens et en définissant des indicateurs dont le suivi permettra de mesurer l'atteinte des objectifs fixés.
Proposition n° 5 : écarter de la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNSA les actions qui relèvent du fonctionnement normal de la Caisse pour se concentrer sur les enjeux métiers.
Proposition n° 6 : accompagner la prochaine COG d'un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) qui précise a minima les projets à mener, leur articulation avec les SI pilotés par d'autres acteurs (SGMAS pour le SI des ARS notamment), et, pour chaque projet, le budget en ressources internes et externes et le calendrier ainsi que les principaux jalons de réalisation.
Proposition n° 7 : opérer un suivi des cibles annuelles inscrites dans la trajectoire des frais de gestion en comptabilité budgétaire et un suivi de l'évolution des principaux postes de dépenses en comptabilité générale.
Proposition n° 8 : dans la mesure du possible, identifier les politiques publiques dont le contenu est susceptible d'évoluer sur la période de la convention d'objectifs et de gestion, et prévoir une clause de revoyure pour tenir compte des évolutions qui auront un impact substantiel sur l'activité de la CNSA.
Proposition n° 9 : améliorer le suivi de l'exécution de la convention d'objectifs et de gestion par les tutelles de la CNSA et par son conseil, en mettant en évidence les actions réalisées et les actions en cours de réalisation et en justifiant l'absence de réalisation de certaines actions.

*Source : mission.*

## **ANNEXE II**

### **Cartographie des missions et métiers de la CNSA et analyse de l'adéquation des moyens aux missions**



# SOMMAIRE

<b>1. LES NOMBREUSES MISSIONS DE LA CNSA GÉNÈRENT UNE GRANDE DIVERSITÉ D'ACTIVITÉS ET DE MÉTIERS.....</b>	<b>1</b>
1.1. La redéfinition des missions de légalité de la CNSA par la LFSS 2021 n'en a pas fondamentalement réduit le nombre.....	1
1.1.1. <i>Le nombre des missions confiées par la loi à la CNSA n'a cessé de s'accroître entre 2005 et 2020.....</i>	<i>1</i>
1.1.2. <i>La LFSS a regroupé, sans en supprimer, ces missions en catégories « génériques » et en a ajouté de nouvelles.....</i>	<i>5</i>
1.2. La mise en œuvre de ces missions conduit la CNSA à exercer des métiers multiples déclinés sur de nombreuses thématiques et activités.....	8
1.2.1. <i>La répartition des financements nationaux des politiques de soutien à l'autonomie entre les réseaux territoriaux chargés de les mettre en œuvre.....</i>	<i>8</i>
1.2.2. <i>L'appui technique et méthodologique à ces réseaux en vue de garantir l'équité territoriale et l'harmonisation des pratiques.....</i>	<i>9</i>
1.2.3. <i>L'animation et le suivi de nombreux dispositifs de politique publique, selon des modalités variées combinant l'attribution de financements et l'appui.....</i>	<i>10</i>
1.2.4. <i>L'information des publics des politiques de soutien l'autonomie en vue de faciliter l'accès aux droits.....</i>	<i>14</i>
1.2.5. <i>La construction et la gestion des systèmes d'information métiers nécessaires au suivi des financements alloués et de l'activité des réseaux.....</i>	<i>14</i>
1.2.6. <i>Les fonctions liées à la gouvernance, au management et au fonctionnement de l'établissement.....</i>	<i>15</i>
<b>2. L'ANALYSE DE LA VENTILATION DES EFFECTIFS DE LA CNSA RÉVÈLE UN FORT ÉTIREMENT DES RESSOURCES SUR UN GRAND NOMBRE D'ACTIVITÉS ET DE THÉMATIQUES QUI FRAGILISE L'EXERCICE DE CERTAINES MISSIONS.....</b>	<b>17</b>
2.1. Méthode et principes d'analyse de la mission.....	18
2.2. Analyse par grandes fonctions, métiers et activités.....	19
2.2.1. <i>La fonction budgétaire et comptable et la gestion des concours aux départements.....</i>	<i>19</i>
2.2.2. <i>Le financement des établissements et services médico-sociaux et l'appui aux ARS.....</i>	<i>20</i>
2.2.3. <i>L'appui aux MDPH.....</i>	<i>21</i>
2.2.4. <i>Les relations avec les départements et l'appui aux autres réseaux placés sous leur responsabilité.....</i>	<i>22</i>
2.2.5. <i>Le financement et le pilotage national de dispositifs de soutien à l'autonomie.....</i>	<i>23</i>
2.2.6. <i>Le soutien à la recherche et à l'innovation.....</i>	<i>24</i>
2.2.7. <i>Les activités de supports.....</i>	<i>24</i>
2.2.8. <i>L'encadrement des équipes et le pilotage de l'activité.....</i>	<i>25</i>
2.2.9. <i>Récapitulatif : état des lieux des effectifs internes et externes de la CNSA.....</i>	<i>26</i>
2.3. L'étirement des ressources est générateur de fragilités structurelles.....	27
2.3.1. <i>L'exécution de la COG 2016-2019 a mis en évidence les fragilités de la CNSA.....</i>	<i>27</i>
2.3.2. <i>Face à certaines missions en sous-effectif, la CNSA a recours à des solutions alternatives pouvant conduire à une moindre maîtrise et à un problème de capitalisation des connaissances.....</i>	<i>28</i>



## **1. Les nombreuses missions de la CNSA génèrent une grande diversité d'activités et de métiers**

Depuis sa création par la loi du 30 juin 2004<sup>1</sup>, la CNSA a connu une extension régulière de ses missions légales qui l'a amenée à étendre et diversifier le champ de ses activités. La LFSS pour 2021 a redéfini ces missions et rationalisé et simplifié leur présentation, mais sans en restreindre le champ, et en a ajouté trois nouvelles (1.1).

La mise en œuvre de cette diversité de missions se traduit par la nécessité de traiter de nombreux sujets entraînant l'exercice par les 120 agents de l'établissement d'activités et métiers différents en termes de modalités d'intervention, de types de services rendus ou de documents et outils produits et d'interlocuteurs nationaux et locaux (1.2).

### **1.1. La redéfinition des missions de légales de la CNSA par la LFSS 2021 n'en a pas fondamentalement réduit le nombre**

#### **1.1.1. Le nombre des missions confiées par la loi à la CNSA n'a cessé de s'accroître entre 2005 et 2020**

La loi du 30 juin 2004 avait donné à la CNSA une simple mission de caisse : « *Il est institué une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie qui a pour mission, dans la limite des ressources qui lui sont affectées, de contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire* », le reste du texte décrivant en détail ses ressources et ses dépenses. La loi 11 février 2005<sup>2</sup> a élargi ses missions au-delà de ce champ, en les portant au nombre de neuf. Celles-ci ont été modifiées et complétées à de nombreuses reprises, comme le montre le tableau ci-dessous, pour parvenir à seize missions légales à la fin de l'année 2020.

Ce décompte ne donne toutefois pas une vision précise des tâches confiées à la CNSA :

- ◆ toutes les missions ne représentent pas la même mobilisation de ressources pour la CNSA : à titre d'exemple, la mission 2° qui porte sur la gestion de l'objectif global de dépenses médico-sociales (OGD), mission récurrente de la CNSA, représente une charge beaucoup plus lourde que le financement d'aide à l'investissement aux établissements (mission 10°) ;
- ◆ certaines missions ont été partiellement remplies, telle la mission 9° sur la coopération avec les institutions étrangères ou la mission 11° sur l'analyse des différents coûts de revient et tarifs, voire n'ont jamais commencées à être exécutées comme la mission 1°bis sur la gestion du fonds de l'accessibilité universelle, restée dans les missions légales de la CNSA pendant quatre ans ;
- ◆ à l'inverse, les dispositions relatives au budget de la CNSA (article L 14-10-5), également fréquemment modifiées ont pu étendre les missions opérationnelles de la CNSA en lui, confiant la gestion de nouveaux circuits de financement.

La lecture du tableau souligne néanmoins la diversité des objectifs fixés à la CNSA et des champs et thématiques sur lesquels elle est appelée à intervenir.

---

<sup>1</sup> Par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

<sup>2</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

## Annexe II

Tableau 1 : évolution des missions légales de la CNSA entre 2005 et 2020

Texte initial et ajouts	Modifications et suppressions
<p>Loi du 5 février 2005 art. 56 : Art. L. 14-10-1 du CASF -</p> <p>I. - La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a pour missions :</p> <p>« 1° De contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, à domicile et en établissement, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire ;</p>	<p>LOI n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie (article 5) :</p> <p>I. - La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie gère la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et a pour missions :</p> <p><b>Ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées (art 4) :</b></p> <p>« et d'assurer la gestion comptable et financière du fonds pour l'accompagnement de l'accessibilité universelle prévu à l'article L. 111-7-12 du code de la construction et de l'habitation ; ».</p> <p>(Ajout supprimé par l'article 7 de la loi n° 2015-988 du 5 août 2015 ratifiant l'ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées et visant à favoriser l'accès au service civique pour les jeunes en situation de handicap)</p> <p><b>LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (art 70)</b></p> <p>« 1° De contribuer au financement de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, à domicile et en établissement, ainsi qu'au financement du soutien des proches aidants, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire ; »</p>
<p><b>Loi n° 2015-988 du 5 août 2015 ratifiant l'ordonnance n° 2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées et visant à favoriser l'accès au service civique pour les jeunes en situation de handicap (art.7) :</b></p> <p>« 1° bis D'assurer la gestion comptable et financière du Fonds national d'accompagnement de l'accessibilité universelle mentionné à l'article L. 111-7-12 du code de la construction et de l'habitation ; »</p>	<p><b>Abrogé par LOI n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019.</b></p>
<p>« 2° D'assurer la répartition équitable sur le territoire national du montant total de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 du présent code (ajout loi 2015-988), en veillant notamment à une prise en compte de l'ensemble des besoins, pour toutes les catégories de handicaps ;</p>	<p><b>LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (art 70).</b> Au début du 2°, sont ajoutés les mots :</p> <p>« De contribuer à la connaissance de l'offre médico-sociale et à l'analyse des besoins, »</p>

## Annexe II

Texte initial et ajouts	Modifications et suppressions
<p>« 3° D'assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie, ainsi que pour les méthodes et outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation ;</p> <p>« 4° D'assurer un rôle d'expertise et d'appui dans l'élaboration des schémas nationaux mentionnés à l'article L. 312-5 et des programmes interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie mentionnés à l'article L. 312-5-1 ;</p> <p>« 5° De contribuer à l'information et au conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et handicapées, de contribuer à l'évaluation de ces aides et de veiller à la qualité des conditions de leur distribution ;</p> <p>« 6° D'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation ;</p> <p><b>LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (art 70) :</b> « 6° bis D'assurer un rôle d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie mentionnées à l'article L. 149-4 ainsi qu'un rôle d'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ;</p> <p>« 7° De participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données anonymisées, afin de mesurer et d'analyser la perte d'autonomie et les besoins de compensation des personnes âgées et handicapées ;</p> <p>« 8° De participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition et au lancement d'actions de recherche dans le domaine de la prévention et de la compensation de la perte d'autonomie ;</p>	<p><b>LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (art 70).</b> Le 3° est remplacé par :</p> <p>« 3° D'assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux qui évaluent les déficiences et la perte d'autonomie, ainsi que la situation et les besoins des proches aidants ;</p> <p>3° bis D'assurer un rôle d'expertise technique et de proposition pour les méthodes et outils utilisés pour apprécier les besoins individuels de compensation ; »</p> <p><b>LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (art 70).</b> Le 5° est remplacé par :</p> <p>« 5° D'assurer le pilotage des dispositifs qui concourent à l'innovation, l'information et le conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, d'instaurer une évaluation de l'adaptation de ces aides aux besoins des personnes qui en ont l'usage et de garantir la qualité et l'équité des conditions de leur distribution ; »</p> <p><b>LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (art 70).</b> Le 6° est ainsi modifié :</p> <p>« 6° D'assurer un échange d'expériences et d'informations entre les maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3, les services des départements chargés de l'allocation personnalisée d'autonomie et les conférences des financeurs mentionnées à l'article L. 233-1, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation individuelle des besoins, d'élaboration des plans d'aide et de gestion des prestations et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie ;</p> <p>-</p> <p><b>LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (art 70) :</b> Le 7° est complété par les mots : et les conditions dans lesquelles il y est répondu sur les territoires » ;</p> <p>-</p>

## Annexe II

Texte initial et ajouts	Modifications et suppressions
« 9° D'assurer une coopération avec les institutions étrangères ayant le même objet.	-
<p><b>LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (art 69):</b></p> <p>« 10° De contribuer au financement de l'investissement destiné à la mise aux normes techniques et de sécurité, à la modernisation des locaux en fonctionnement ainsi qu'à la création de places nouvelles en établissements et services sociaux et médico-sociaux. » ;</p>	-
<p><b>LOI n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 :</b></p> <p>« 11° De réaliser, dans des conditions fixées par voie réglementaire, une étude relative à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 et relevant de sa compétence, sur la base des données qu'ils lui transmettent ainsi que le prévoit l'article L. 312-9. »</p>	-
<p><b>LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (art 70) : Ajout 12° à 14° :</b></p> <p>« 12° De mettre à la disposition des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles une information relative à leurs droits et aux services qui leur sont destinés, en lien avec les institutions locales compétentes ;</p>	-
<p>« 13° De concevoir et de mettre en œuvre un système d'information commun aux maisons départementales des personnes handicapées, comportant l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. Pour les besoins de la mise en œuvre de ce système d'information, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut définir des normes permettant de garantir l'interopérabilité entre ses systèmes d'information, ceux des départements et ceux des maisons départementales des personnes handicapées et, en lien avec le groupement précité, labelliser les systèmes d'information conformes à ces normes</p>	-
<p>« 14° De définir des normes permettant d'assurer les échanges d'informations liées à la mise en œuvre de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3 du présent code, en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique.</p>	-

Source : mission.

## Annexe II

### 1.1.2. La LFSS a regroupé, sans en supprimer, ces missions en catégories « génériques » et en a ajouté de nouvelles

La LFSS pour 2021<sup>3</sup> a réécrit entièrement l'article L 14-10-1 du CASF énumérant les missions de la CNSA pour en donner une définition plus générique avec deux objectifs principaux :

- ◆ adopter une structuration et une formulation proches de celles retenues pour les caisses nationales du régime général de sécurité sociale ;
- ◆ permettre la modification ultérieure du périmètre des dispositifs de politique publique géré par la branche autonomie sans avoir à modifier systématiquement les missions légales de la CNSA comme c'était le cas jusque-là du fait de la définition parfois très précise de celles-ci.

Ce choix a conduit à adopter une rédaction plus synthétique, avec sept missions (au lieu de seize), qui englobent la quasi-totalité des missions de la CNSA comme le montre le tableau ci-dessous.

**Tableau 2 : comparaison entre les anciennes et les nouvelles missions légales de la CNSA (article L 14-10-1 du CASF)**

Nouvelle rédaction	Ancienne rédaction
La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie gère la branche mentionnée au 5o de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et, à cet effet, a pour rôle :	La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a pour missions :
« 1° de <b>Veiller à l'équilibre financier de cette branche</b> . À ce titre, elle établit les comptes de celle-ci et effectue le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de cette branche. Elle est chargée de la <b>gestion du risque</b> ;	-
« 2° de <b>Piloter et assurer l'animation et la coordination</b> , dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, <b>des acteurs</b> participant à leur mise en œuvre <b>en vue de garantir l'équité, notamment territoriale, la qualité et l'efficience de l'accompagnement des personnes concernées</b> . À ce titre, elle assure la <b>collecte et la valorisation des données relatives aux besoins et à l'offre de services et de prestations. Elle conçoit et met en œuvre des systèmes d'information</b> pouvant comporter l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. <b>Elle met son expertise technique à la disposition des personnes publiques et des professionnels de l'aide à l'autonomie et soutient le développement de la formation dans ce domaine</b> . Elle assure, notamment en vue de garantir la qualité de service et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie, un rôle <b>d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie</b> mentionnées à l'article L. 149-4 du présent code et aux <b>maisons départementales des personnes handicapées</b> mentionnées à l'article L. 146-3 ainsi qu'un rôle d'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ;	2° de contribuer à la <b>connaissance de l'offre médico-sociale et à l'analyse des besoins</b> , d' <b>assurer la répartition équitable</b> sur le territoire national du montant total de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 du présent code, en veillant notamment à une prise en compte de l'ensemble des besoins, pour toutes les catégories de handicaps ; 3° d'assurer un rôle d' <b>expertise technique et de proposition pour les référentiels nationaux qui évaluent les déficiences</b> et la perte d'autonomie, ainsi que la situation et les besoins des proches aidants ; 3° bis d'assurer un rôle d' <b>expertise technique et de proposition pour apprécier les besoins</b> individuels de compensation ; 5° d' <b>assurer le pilotage des dispositifs qui concourent à l'innovation, l'information et le conseil sur les aides techniques</b> qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, d' <b>instaurer une évaluation de l'adaptation de ces aides aux besoins des personnes qui en ont l'usage et de garantir la qualité et l'équité des conditions de leur distribution</b> ; 6° d'assurer un <b>échange d'expériences et d'informations entre les maisons départementales des personnes handicapées mentionnées à l'article L. 146-3, les services des départements</b> chargés de l'allocation personnalisée d'autonomie et les conférences des financeurs mentionnées à l'article L. 233-1, de diffuser les bonnes pratiques d'évaluation

<sup>3</sup> LOI no 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, article 32.

## Annexe II

Nouvelle rédaction	Ancienne rédaction
	<p>individuelle des besoins, d'élaboration des plans d'aide et de gestion des prestations, et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie</p> <p>6° bis <b>d'assurer un rôle d'accompagnement et d'appui aux maisons départementales de l'autonomie</b> mentionnées à l'article L. 149-4 ainsi qu'un rôle d'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ;</p> <p>7° de participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition <b>d'indicateurs et d'outils de recueil de données anonymisées, afin de mesurer et d'analyser la perte d'autonomie et les besoins</b> de compensation des personnes âgées et handicapées, et les conditions dans lesquelles il y est répondu sur les territoires ;</p> <p>11° de réaliser, dans des conditions fixées par voie réglementaire, une étude relative à l'analyse des différents <b>coûts de revient et tarifs des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1</b> et relevant de sa compétence, sur la base des données qu'ils lui transmettent ainsi que le prévoit l'article L. 312-9 ;</p>
	<p>13° De <b>concevoir et de mettre en œuvre un système d'information commun aux maisons départementales des personnes handicapées</b>, comportant l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique. Pour les besoins de la mise en œuvre de ce système d'information, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut définir des normes permettant de garantir l'interopérabilité entre ses systèmes d'information, ceux des départements et ceux des maisons départementales des personnes handicapées et, en lien avec le groupement précité, labelliser les systèmes d'information conformes à ces normes ;</p>
	<p>14° De <b>définir des normes permettant d'assurer les échanges d'informations liées à la mise en œuvre de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins</b> dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3 du présent code (MAIA), en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique (ASIP santé-ANS)</p>
<p>« 3° De <b>contribuer, en assurant une répartition équitable</b> sur le territoire national, au <b>financement et au pilotage</b> d'une politique de <b>prévention de la perte d'autonomie</b> et de <b>lutte contre l'isolement, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des prestations individuelles d'aide à l'autonomie</b> et des dispositifs mis en place aux niveaux national ou local <b>en faveur de l'autonomie et des proches aidants</b> et de <b>contribuer au financement de l'investissement</b> dans le champ du soutien à l'autonomie. Pour l'exercice de ces missions, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut confier la réalisation d'opérations aux organismes des régimes obligatoires de sécurité sociale, dans des conditions faisant l'objet de conventions entre la caisse et ces organismes ;</p>	<p>1° De <b>contribuer au financement de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, à domicile et en établissement, ainsi qu'au financement du soutien des proches aidants</b>, dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire ;</p> <p>4° d'assurer <b>un rôle d'expertise et d'appui dans l'élaboration des schémas nationaux</b> mentionnés à l'article L. 312-5 et des programmes interdépartementaux d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie mentionnés à l'article L. 312-5-1 ;</p>
	<p>10° de contribuer au <b>financement de l'investissement</b> destiné à la mise aux normes techniques et de sécurité, à la modernisation des locaux en fonctionnement ainsi qu'à la création de</p>

## Annexe II

Nouvelle rédaction	Ancienne rédaction
	places nouvelles en <b>établissements et services sociaux et médico-sociaux</b> ;
« 4° De contribuer à <b>l'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants</b> , notamment en créant des services numériques et en favorisant la mise en place de guichets uniques au niveau départemental permettant de faciliter leurs démarches administratives et le suivi personnalisé de leurs parcours ;	12° De <b>mettre à la disposition des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs familles une information relative à leurs droits</b> et aux services qui leur sont destinés, en lien avec les institutions locales compétentes ;
« 5° De <b>contribuer à la recherche et à l'innovation</b> dans le champ du soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;	8° de participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition et au lancement <b>d'actions de recherche</b> dans le domaine de la prévention et de la compensation de la perte d'autonomie ;
« 6° De <b>contribuer à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie</b> , leurs possibles adaptations territoriales et de proposer toute mesure visant à améliorer la couverture du risque, en prenant notamment en considération les inégalités liées au sexe afin d'élaborer des mesures correctives ;	-
« 7° De <b>contribuer à l'attractivité des métiers</b> participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment au travers de ses actions en faveur de la formation et de la professionnalisation des professionnels ;	-
-	9° d' <i>assurer une coopération avec les institutions étrangères ayant le même objet</i> ;

*Source : mission.*

Seules deux missions confiées jusqu'ici paraissent difficilement s'insérer dans cette nouvelle définition :

- ◆ l'ancienne mission 5° concernant le **pilotage des dispositifs qui concourent à l'innovation, l'information et le conseil sur les aides techniques** dont la loi d'adaptation de la société au vieillissement avait donné un contenu très précis et détaillé qui ne se retrouve pas dans la nouvelle rédaction, celle-ci ne mentionnant pas l'expression « aides techniques ». *A minima* cette évolution législative pourrait permettre à la CNSA de limiter son implication sur le sujet ;
- ◆ la mission 9° sur la coopération avec les institutions étrangères ayant le même objet.

En revanche, la nouvelle rédaction confie à la CNSA **des missions nouvelles** :

- ◆ **veiller à l'équilibre financier de la branche et assurer la gestion du risque** (mission 1°) ;
- ◆ **contribuer à la réflexion prospective** sur les politiques de l'autonomie (mission 6°), ce qui va nettement au-delà de son rôle de proposition déjà existant ;
- ◆ **contribuer à l'attractivité des métiers** participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (mission 7°), mission dont l'article 47 de la LFSS pour 2021 a précisé le contenu en prévoyant le versement par la Caisse d'un nouveau concours financier aux départements.

En outre, l'article 34 de la LFSS pour 2021 a donné mission à la CNSA de **contribuer au financement du développement de l'habitat inclusif** en concluant à cette fin des accords avec les départements ouvrant droit au versement par la Caisse d'un concours pour le financement des dépenses départementales d'aide à la vie partagée, mission pouvant se rattacher au 3° du nouvel article L. 14-10-1.

**En même temps, la nouvelle rédaction des missions de la CNSA confirme qu'elle n'est pas l'acteur unique en charge de celles-ci ; dans un cas elle « veille à », dans un autre elle « pilote et anime » des acteurs qui ne lui sont pas subordonnés ; dans cinq cas elle « contribue » (y compris financièrement pour trois de ces cinq missions).**

### **1.2. La mise en œuvre de ces missions conduit la CNSA à exercer des métiers multiples déclinés sur de nombreuses thématiques et activités**

La présentation habituelle des fonctions de la CNSA consiste à dire qu'elle est à la fois une « caisse » chargée de répartir les moyens financiers et d'en suivre l'utilisation et une « agence » d'appui technique et d'expertise. Cette distinction peut apparaître satisfaisante en théorie mais elle n'est pas réellement opérationnelle en pratique. En effet, les deux fonctions sont étroitement imbriquées : à titre d'exemple ses missions de contribuer à la connaissance des besoins des personnes et de l'offre de service et de prestations et d'assurer l'équité de traitement sur le territoire (fonction d'agence) la conduisent à appuyer les acteurs territoriaux chargés de mettre en œuvre les politiques qu'elle finance, en utilisant pour cela les instruments que lui donne sa fonction de caisse, à l'instar des caisses nationales de sécurité sociale vis-à-vis de leur réseau.

La présentation effectuée ici des principales activités de la CNSA ne se réfère pas à cette distinction caisse / agence même si elle la recoupe en partie mais adopte une approche plus fine permettant de mieux illustrer la diversité des métiers qu'elle exerce.

#### **1.2.1. La répartition des financements nationaux des politiques de soutien à l'autonomie entre les réseaux territoriaux chargés de les mettre en œuvre**

La contribution de la CNSA au financement des politiques de soutien à l'autonomie (mission 3°) se réalise *via* de multiples canaux. Ceux représentant les volumes financiers les plus importants passent par deux réseaux territoriaux, les agences régionales de santé (26 Md€ au budget initial 2021) et les départements (3,4 Md€ au budget initial 2021 avec les concours CFPPA), qui distribuent ces financements aux destinataires finaux de ces politiques :

- ◆ la CNSA répartit l'objectif global de dépenses encadrées<sup>4</sup> des ESMS entre les ARS, sous forme de dotations régionales limitatives (DRL). Les ARS allouent ensuite à ces établissements et services la part de leurs ressources assurée par la branche, selon les règles fixées par le code de l'action sociale et des familles (CASF). Elle répartit en outre entre ARS sa contribution au financement du fonds d'investissement régional (FIR), comptabilisée hors OGD, fléchée sur deux types de bénéficiaires n'ayant pas le statut d'ESMS : les groupes d'entraide mutuelles (GEM)<sup>5</sup> et les structures porteuses de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA) ;
- ◆ la CNSA répartit entre les départements cinq concours contribuant au financement de prestations individuelles (APA et PCH), du fonctionnement des MDPH, et, depuis 2016, d'actions de prévention de la perte d'autonomie coordonnées par les conférences des financeurs de la prévention de perte d'autonomie (CFPPA) ou portées par les résidences autonomie. Ce rôle sera élargi dès 2021 au versement d'un concours pour la

---

<sup>4</sup> Correspondant au montant total des dépenses autorisées des ESMS prises en compte pour le calcul des dotations, forfaits et tarifs financés par l'OGD. Il est égal à l'OGD pour le secteur personnes âgées et légèrement supérieur pour le secteur personnes handicapées.

<sup>5</sup> Association de pairs, principalement constituées de personnes en situation de handicap psychique, dont la DGCS assure l'animation.

## Annexe II

revalorisation salariale des aides à domicile et d'un concours pour le développement de l'habitat inclusif.

Dans les deux cas, il s'agit de répartir entre les acteurs territoriaux des politiques de soutien à l'autonomie des enveloppes financières nationales dont le montant est fixé dans le budget de la CNSA et, pour les ESMS, par arrêté interministériel pris en application de la LFSS. En termes de métier, ces répartitions présentent des points communs puisqu'il s'agit pour la CNSA :

- ◆ de calculer la part de l'enveloppe allouée à chaque ARS ou département en fonction de règles et de données de répartition ;
- ◆ de collecter les données et paramètres nécessaires à cette répartition, ce qui nécessite la mise en place de remontées de données ou de systèmes d'information appropriés ;
- ◆ d'assurer la gestion financière et comptable des opérations et de verser les financements correspondants ; concours aux départements d'une part, remboursements aux régimes d'assurance maladie qui assurent les paiements des ESMS au titre de l'OGD sur la base des décisions tarifaires des ARS, prises dans la limite de leur DRL, d'autre part ;
- ◆ de suivre l'utilisation des financements alloués.

Toutefois la complexité des opérations correspondantes est très différente entre les concours aux départements et la gestion de l'OGD :

- ◆ les concours aux départements sont aujourd'hui totalement paramétrés et la collecte de données agrégées<sup>6</sup> détermine leur répartition, avec toutefois la nécessité de gérer un système d'acomptes et de solde amenant des régularisations parfois complexes<sup>7</sup> ;
- ◆ la répartition de l'objectif de dépenses encadrées nécessite de tenir compte de très nombreuses données (évolution des coûts des ESMS, mesures nouvelles fléchées, gestion en AE/CP des places nouvelles nécessitant un suivi fin de leur réalisation, objectifs de rééquilibrage interrégional de l'offre, etc.) requérant un suivi en continu des décisions prises par les ARS, ayant conduit la CNSA à déployer des systèmes d'information dédiés et à mettre en place des dialogues de gestion réguliers (cf. annexe IV). La nécessité de respecter les objectifs de dépenses conduit en outre à réaliser un suivi infra annuel de la consommation des enveloppes et de rapprocher à cette fin les décisions tarifaires des ARS et les versements effectués par les caisses d'assurance maladie ;

La gestion des concours aux départements pourrait toutefois devenir plus complexe à l'avenir s'il était décidé de les moduler en fonction de nouveaux paramètres et/ou de l'atteinte d'objectifs négociés entre la CNSA et le département pour renforcer l'équité territoriales et l'harmonisation des pratiques (cf. annexes IV et V).

### 1.2.2. L'appui technique et méthodologique à ces réseaux en vue de garantir l'équité territoriale et l'harmonisation des pratiques

La loi fait de l'appui aux acteurs mettant en œuvre les politiques de soutien à l'autonomie (mission 2°) le corollaire de la mission de financement de ces politiques, dans l'objectif « *de garantir l'équité, notamment territoriale, la qualité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes concernées* ».

L'appui aux MDPH et aux services départementaux attribuant les prestations individuelles aux personnes âgées et en situation de handicap, constitue ainsi le premier levier pour garantir l'harmonisation des réponses apportées sur le territoire. La CNSA a ainsi accompagné depuis

---

<sup>6</sup> Il s'agit d'états récapitulatifs des dépenses d'APA et de PCH, visés par le comptable du département et, pour les concours finançant le fonctionnement des MDPH, de données sur leur activité, leur budget de fonctionnement et leurs effectifs.

<sup>7</sup> Notamment pour les deux concours introduits par la loi ASC (actions de préventions et forfaits autonomie) pour lesquels les montants versés ne peuvent être supérieurs aux dépenses réelles.

## Annexe II

leur création les équipes des MDPH dans cet objectif, cet appui ayant ensuite été étendu en 2016 aux équipes médico-sociales des départements, chargées de l'évaluation des besoins des personnes âgées et de la construction des plans d'aide APA, ainsi qu'aux CFPPA. L'annexe IV décrit les composantes de ces appuis, celui apporté aux MDPH constituant le modèle le plus structuré et le plus complet associant plusieurs leviers :

- ◆ le financement d'une partie des dépenses de fonctionnement par le versement d'un concours financier dédié et, depuis 2017, de la dotation de fonctionnement antérieurement versée par l'État ;
- ◆ l'appui à l'harmonisation des pratiques par la production de guides et d'outils ;
- ◆ l'animation de plusieurs réseaux de référents dans les MDPH ;
- ◆ la collecte et synthèse de données caractérisant leur activité et leur fonctionnement ;
- ◆ le financement de la conception et du déploiement de SI métier harmonisés ;
- ◆ à partir de 2021, un appui renforcé aux structures en difficulté.

L'appui de la CNSA aux ARS est matérialisé par sa participation au Conseil national de pilotage et par un accompagnement technique, principalement construit autour de la fourniture des systèmes d'information permettant de suivre les programmations et de gérer les campagnes tarifaires (cf. annexe IV).

Dans certains cas exceptionnels, la CNSA a été très au-delà de l'appui aux ARS pour accompagner directement les structures financées. C'est principalement le cas pour les MAIA, déployées d'abord à titre expérimental puis généralisées dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, qui ont bénéficié d'un fort accompagnement de la CNSA : animation des réseaux des pilotes et des gestionnaires de cas et contribution à leur formation, achat d'un outil d'évaluation et financement de son intégration dans les logiciels métiers, etc. (cf. annexe I, partie 1). L'intensité de cet appui direct a toutefois décru fortement depuis 2019 avec l'intégration des MAIA dans les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), la CNSA intervenant désormais dans le cadre du pilotage collégial de ces dispositifs.

### **1.2.3. L'animation et le suivi de nombreux dispositifs de politique publique, selon des modalités variées combinant l'attribution de financements et l'appui**

Au-delà de la fonction récurrente de répartition de financement nationaux aux réseaux chargés de les distribuer à leurs destinataires finaux, la CNSA est amenée à distribuer d'autres financements aux acteurs des politiques de soutien à l'autonomie, principalement sous forme de subventions. Cette fonction d'allocation de ressources financières conduit la CNSA à acquérir une expertise sur les actions et opérations financées et va souvent de pair avec un accompagnement des acteurs visant à favoriser la convergence des objectifs poursuivis par ces acteurs avec ceux des politiques de soutien à l'autonomie. Le « dosage » entre ces deux composantes de l'intervention de la CNSA -financement et accompagnement- est cependant très variable selon le dispositif ou le type d'action soutenue, dépendant notamment du degré d'encadrement réglementaire de l'attribution des financements de la Caisse.

#### **1.2.3.1. Le versement d'aides à l'investissement dans les ESMS**

Devenue une mission légale de la CNSA par la LFSS pour 2008, l'attribution de subventions d'investissement aux organismes gestionnaires des établissements et services médico-sociaux a d'abord été gérée directement par la Caisse, qui gérait l'ensemble du processus avec le concours des ARS pour la collecte des propositions et le suivi des opérations soutenues, puis, depuis 2014, déléguée aux ARS qui assurent la sélection des projets et le conventionnement avec les porteurs.

## Annexe II

Dans ce cadre, la gestion des aides à l'investissement implique pour la CNSA la réalisation des activités suivantes :

- ◆ l'élaboration de la doctrine d'intervention : les textes encadrent peu l'attribution de ces subventions et leurs conditions d'attribution sont définies par une instruction technique du directeur, soumise au Conseil de la CNSA et au CNP des ARS. Cette instruction précise les priorités, les conditions d'éligibilité des opérations, les règles de financement et les modalités de gestion des subventions ;
- ◆ la répartition entre ARS de l'enveloppe nationale annuelle, votée par le Conseil de la CNSA ;
- ◆ la gestion financière et comptable des subventions attribuées par les ARS, sur la durée de vie des projets<sup>8</sup>, incluant la maintenance d'un outil informatique conçu à cette fin par la CNSA (GALIS) ;
- ◆ l'organisation sous forme d'appels à projets d'architecture, de « concours d'idées » visant à stimuler l'innovation dans la conception des projets d'ESMS.

Ce métier est appelé à évoluer pour permettre à la CNSA d'assurer le pilotage des plans d'investissement décidés dans le cadre du Ségur de la santé qui auront plusieurs conséquences :

- ◆ un triplement du volume des aides à l'investissement immobilier dans le secteur personnes âgées, assorti d'une enveloppe dédiée au petit équipement qui requerra une expertise nouvelle dans ce domaine ;
- ◆ le pilotage d'une réflexion sur la conception des EHPAD pour établir des lignes directrices à l'intention des maîtres d'ouvrage ;
- ◆ un volet consacré à l'investissement numérique dans l'ensemble des ESMS qui fera l'objet de modalités de pilotage particulières associant la DNS et l'ANS ;
- ◆ la pluri-annualité de ces plans (cinq ans) qui appellera un recensement des besoins et l'établissement et le suivi rigoureux d'une programmation pluriannuelle dont la CNSA ne dispose pas aujourd'hui<sup>9</sup> ;
- ◆ un appui aux ARS, en prévoyant une articulation des opérateurs techniques pour proposer un appui aux maîtres d'ouvrage, notamment aux EHPAD publics autonomes qui présentent à la fois les besoins de rénovation les plus importants et la plus faible capacité d'ingénierie financière et technique, alors que leurs opérations sont soumises au cadre contraignant du code des marchés publics et de la loi MOP ;
- ◆ une négociation avec les départements qui seront appelés à contribuer au financement du volet immobilier du plan.

La CNSA a bénéficié d'un renforcement de ses équipes pour assurer cette charge nouvelle (cf. annexe VIII).

### ***1.2.3.2. Le soutien à la modernisation de l'aide à domicile et à la formation des salariés de ces services et des ESMS***

La CNSA a repris dès sa création la gestion du Fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD), assurée auparavant par la direction générale de l'action sociale, au sein de la section IV de son budget (intégrée depuis 2021 dans le nouveau fonds d'intervention).

---

<sup>8</sup> La durée de réalisation des opérations d'investissements soutenues étant majoritairement de l'ordre de 3 à 6 ans, la CNSA est amenée à suivre un stock de plus d'un millier d'opérations (150 à 200 opérations / an).

<sup>9</sup> Le financement des plans sur les réserves de la CNSA conduisait à décider annuellement des ressources pouvant leur être consacrées.

## Annexe II

La section IV permet à la CNSA de financer par subventions deux catégories de dépenses par plusieurs canaux :

- ◆ les dépenses de modernisation des services d'aides et d'accompagnement à domicile (SAAD) incluant l'aide à la restructuration (diagnostic, aides à la mutualisation de fonctions), le développement de la numérisation, la mise en place de démarches qualité, de développement de la GPEC et de la prévention des risques professionnels, avec deux circuits de financement :
  - des conventions avec les fédérations du secteur, qui distribuent l'aide de la CNSA aux structures adhérentes, dans une logique de réseaux ;
  - des conventions avec les conseils départementaux, au titre de leur rôle de chef de file de l'aide à domicile, dans une logique territoriale ;
- ◆ les dépenses de qualification et de professionnalisation des salariés du secteur de l'aide à domicile et de ceux des établissements et services médico-sociaux du champ de l'OGD passant par des conventions avec trois réseaux :
  - prioritairement, les opérateurs de compétences (OPCO) des deux secteurs ;
  - secondairement, pour les seuls salariés des SAAD, les fédérations de l'aide à domicile et les conseils départementaux.

Ces subventions sont encadrées par des dispositions réglementaires qui précisent la nature des actions pouvant être financées<sup>10</sup> et les modalités d'attribution. Leur gestion implique pour la CNSA la réalisation des activités suivantes :

- ◆ l'élaboration d'une doctrine d'intervention précisant les conditions d'application des textes réglementaires, pour définir les priorités affectées à chaque type de convention et limiter les risques de double financement, les modalités de co-financement des différents types d'actions et les modalités de suivi. Cette doctrine est publiée pour en permettre la prise en compte par les acteurs dans l'élaboration de leur demande ;
- ◆ l'instruction des demandes de financement adressées par les acteurs, avec la vérification de l'éligibilité des actions ;
- ◆ la négociation avec les acteurs pour ajuster le montant et les conditions du financement alloué et l'élaboration d'une convention pluriannuelle de financement ;
- ◆ le suivi de la réalisation des programmes soutenus et de l'utilisation des enveloppes financières allouées, rendu complexe par les délégations de gestion effectuées par les acteurs nationaux à leurs structures territoriales (association et entreprises adhérents des fédérations, délégations régionales des OPCO) ;
- ◆ la gestion financière et comptable des subventions attribuées, sur la durée de vie des conventions, incluant la maintenance d'un outil informatique conçu à cette fin par la CNSA (GALIS) impliquant très exceptionnellement la réalisation d'audits financiers (un pendant la COG) ;
- ◆ la conduite d'évaluations des actions menées, à l'initiative de la CNSA (pour les OPCO) ou des fédérations, afin de faire évoluer la doctrine d'emploi.

Cette activité représente un « stock » d'environ 70 conventions pluriannuelles actives, hors conventions avec les associations d'aidants (50 avec les départements, 7 avec les OPCO et 13 avec les fédérations), générant un flux de 20 à 25 conventions nouvelles ou renouvellements par an, chaque convention pouvant contenir 10 à 20 actions différentes.

L'intégration de la section IV dans le fonds d'intervention va nécessiter de renforcer la qualité de la gestion financière et de renforcer sa capacité d'anticipation des différents besoins puisque les crédits correspondant ne seront plus sanctuarisés dans une section dédiée, fréquemment sous-consommée, mais constitueront désormais une ligne budgétaire du fonds

---

<sup>10</sup> Articles R 14-10-49 et 50 du CASF.

## Annexe II

d'intervention, dont le montant devra être fixé annuellement par le Conseil. Par ailleurs, l'exigence de contrôle par la CNSA du bon emploi des crédits alloués pourra être accrue, en cohérence avec sa responsabilité de gestionnaire d'une branche de sécurité sociale.

### 1.2.3.3. *Le soutien aux aidants et la lutte contre l'isolement*

La mission de la CNSA de contribuer aux financements des actions de soutien aux aidants s'exerce par les différents canaux déjà présentés :

- ◆ le financement des structures de répit au sein des ESMS, distribué par les ARS dans le cadre de l'OGD et suivi par la direction des ESMS ;
- ◆ le concours aux départements pour le financement des actions de prévention par les CFPPA, qui sont invités à déployer des actions en faveur des aidants, suivi par la direction de la compensation et la direction des ressources ;
- ◆ les conventions de la section IV passées avec les départements et des associations d'aide aux aidants (une dizaine), dans les conditions décrites au paragraphe précédent, suivies par la direction de la compensation.

En outre, depuis 2020, la CNSA rembourse à la branche famille les dépenses d'allocation journalière du proche aidant (AJPA) servies par les CAF et caisses de mutualité sociale agricole.

Cette fonction transversale est identifiée au sein de la direction de la compensation par la désignation d'un chargé de mission affecté à cette thématique. Ce n'est pas le cas en revanche dans la direction DESMS où les structures de répit sont suivies comme les autres composantes des ESMS.

Le soutien aux actions favorisant le maintien du lien social des personnes âgées ou handicapées a d'abord été assuré dans le cadre du soutien aux actions innovantes (cf. *infra* 1.2.3.4.) au travers d'une subvention à un réseau d'associations de bénévoles (MONALISA), puis, depuis la loi ASV, sur la section IV, à la fois par les conventions départementales et par des subventions aux réseaux associatifs. L'arrêt, en 2020, du financement de la principale association nationale tête de réseau a conduit au redéploiement d'un poste en interne à la direction de la compensation (précédemment consacré aux MAIA) pour reprendre la fonction d'animation de cette politique (cf. annexe VIII).

### 1.2.3.4. *Le soutien à la recherche et aux actions innovantes*

La mission de soutien à la recherche et à l'innovation (nouvelle mission 5° qui a ajouté le terme « innovation » à la rédaction précédente) se traduit par le versement de subventions à de nombreux acteurs, selon des modalités variées (cf. annexe VII) :

- ◆ le financement d'appels à projets de recherche thématiques, dont la gestion est externalisée à l'Institut de recherche en santé publique (IReSP). Exceptionnellement, la CNSA peut en outre subventionner directement un projet de recherche ;
- ◆ le financement et la gestion d'appels à projets (« blancs » et thématiques) pour des actions innovantes, pour lesquels la CNSA gère seule le processus de sélection et de conventionnement et assure la gestion financière et comptable des subventions allouées ;
- ◆ le co-financement, par convention avec la DREES ou d'autres acteurs<sup>11</sup>, d'enquêtes ou d'autres instruments de recherche sur le champ des politiques de soutien à l'autonomie ;

---

<sup>11</sup> La CNSA a financé l'enquête SHARE portée par l'Université de Paris-Dauphine. Elle a également financé une cohorte sur les enfants atteints de troubles du spectre de l'autisme (cf. annexe VII).

## Annexe II

- ◆ la contribution au financement d'organismes de recherche dont elle participe à la gouvernance : le GIS IReSP, le GIS « Institut de la longévité et du vieillissement » (ILVV) » et le GIP « Institut de recherche et de documentation en économie de la santé » (IRDES) ;
- ◆ l'animation du Conseil scientifique de la Caisse, composé d'experts de différentes disciplines œuvrant dans les domaines de la perte d'autonomie et du handicap, et de ses commissions ;
- ◆ la valorisation des travaux soutenus par la rédaction et la publication de synthèses (principalement pour les travaux de recherche) ou l'organisation d'événements, les principaux étant les rencontres « Recherche et Innovation » tenues tous les deux ans ;

Par ailleurs, la CNSA finance ponctuellement des évaluations de dispositifs de politique publique, sous forme de marchés d'études.

Ces activités sont pour l'essentiel portées par la direction scientifique, avec l'appui des directions métiers pour l'expertise des demandes de financement au titre des actions innovantes. En revanche, les évaluations peuvent être commandées par la direction scientifique mais aussi par d'autres directions.

### **1.2.4. L'information des publics des politiques de soutien l'autonomie en vue de faciliter l'accès aux droits**

Cette mission, confiée par la loi ASV à la CNSA, s'est d'abord développée sur le champ des personnes âgées comme l'avait demandé la COG 2016-2019, la Caisse ayant déjà engagé les travaux pour la mise en place d'un portail internet dédié. La COG précédente avait en effet demandé à la CNSA de faire réaliser « *une étude de définition d'un portail internet permettant aux personnes âgées en situation de perte d'autonomie et à leurs aidants et familles d'accéder à une information détaillée sur l'offre en établissements et services disponible à proximité de leur domicile et sur les conditions d'accès (services proposés, tarifs, éléments d'appréciation de la qualité de service)* ».

L'ouverture et l'enrichissement de ce portail pour les personnes âgées et leurs proches ont été réalisés dans le cadre de la COG (cf. annexe I, partie 2). Les travaux sur le portail destiné aux personnes handicapées, qui n'étaient pas prévus dans la COG mais ont été inscrits dans la feuille de route des MDPH pour 2022, ont commencé plus tardivement, avec l'appui technique de la CDC. Ce portail a ouvert en mai 2020 et devrait s'enrichir progressivement de nouveaux contenus.

La gestion de ces portails mobilise les ressources de la direction de l'information des publics et de la communication (DIPCOM) qui assure les fonctions de gestion des annuaires (pour la présentation de l'offre d'établissements et services aux personnes âgées), d'animation éditoriale, de contribution à l'évolution fonctionnelle et éditoriale du portail, de promotion du portail ainsi que les relations avec les partenaires. Les directions métiers viennent en appui de la DIPCOM pour contribuer à l'élaboration des contenus ou intervenir sur la préparation des données mises en ligne (tarifs des EHPAD par exemple). La DSI apporte son appui sur le portail personnes âgées pour fournir les prestataires utilisés et gérer leurs prestations.

### **1.2.5. La construction et la gestion des systèmes d'information métiers nécessaires au suivi des financements alloués et de l'activité des réseaux**

Ce n'est qu'avec la loi ASV que la construction de systèmes d'information est devenue une mission légale à part entière de la CNSA, pour la mise en place du SI commun des MDPH, cette évolution étant confirmée par la nouvelle définition des missions de la CNSA (mission 3°).

## Annexe II

La réalisation de SI métiers par la CNSA, visant initialement à faciliter la remontée d'information de la part des réseaux territoriaux mettant en œuvre les politiques de l'autonomie a évolué vers la conception de systèmes de gestion métier pour ces réseaux, permettant à la fois de favoriser l'harmonisation des pratiques et de faciliter les remontées d'information, produites automatiquement par ces systèmes. Cette évolution engagée en 2012 avec la création de l'outil de tarification des ESMS « HAPI » pour les ARS a pris une dimension beaucoup plus ambitieuse avec la réalisation du SI harmonisé des MDPH dans le cadre de la COG 2016-2019, dont les versions à venir visent à achever la couverture des processus métiers et des besoins d'échanges des MDPH avec leurs partenaires (cf. annexe I, partie 2). Cette évolution implique en outre de tenir compte du développement des SI déjà existants dans les réseaux, avec lesquels les outils produits par la CNSA doivent pouvoir s'articuler et échanger des informations.

La fourniture de SI métiers ou l'appui à l'évolution de ces outils concerne, outre les MDPH et les ARS, les services des départements gérant l'APA, avec l'appui à l'informatisation du référentiel d'évaluation multidimensionnelle (REMD) et le développement avec la CNAV d'un téléservice de demande d'aide. Exceptionnellement, la CNSA est intervenue pour d'autres acteurs comme les porteurs de MAIA avec l'acquisition et l'informatisation d'un outil d'évaluation multidimensionnelle spécifique (OEMD *InterRAI Homecare* cf. annexe I, axe 1, fiche I).

L'annexe VI décrit les composantes de ce métier, les domaines couverts et l'organisation et les moyens mis en place pour développer et gérer ces SI qui reposent à la fois sur les directions métiers, qui assurent la maîtrise d'ouvrage des projets, et la DSI, qui fournit aux directions métiers les prestations d'AMOA dont elles ont besoin, assure le pilotage du projet, fait réaliser les développements et déploiements informatiques et supervise leur exploitation.

### **1.2.6. Les fonctions liées à la gouvernance, au management et au fonctionnement de l'établissement**

En tant qu'établissement public autonome, la CNSA assure le fonctionnement de l'organisme ce qui implique la tenue des réunions des instances de gouvernance, le management des équipes et la gestion de fonctions supports.

#### **1.2.6.1. Le fonctionnement du Conseil, instance de représentation des différentes « parties prenantes » des politiques de l'autonomie**

Le Conseil de la CNSA exerce des compétences d'attribution larges, en faisant à la fois une instance de gestion budgétaire (vote du budget, limité depuis 2021 aux fonds d'intervention et de gestion administrative, et approbation des comptes) et une instance de débat et d'orientation des politiques (détermination des orientations de la COG, des conventions entre la CNSA et les départements et entre la CNSA et les autres institutions œuvrant dans son champ de compétences, et des principes de répartition de l'OGD). Il peut en outre, depuis 2021 être saisi par les ministres compétents de toute question relative à la politique de soutien à l'autonomie.

## Annexe II

L'exercice de ces compétences et notamment la compétence budgétaire, nécessite la tenue de trois à quatre<sup>12</sup> réunions par an. Comme les textes<sup>13</sup> le prévoient, le Conseil a constitué trois commissions permanentes (finances, établissements et services, accompagnement individuel) qui se réunissent en amont de chaque conseil. Depuis 2018, il a tenu en outre des séminaires (cinq entre février 2018 et décembre 2020) pour formaliser sa contribution aux débats en cours sur les politiques de l'autonomie (politique du grand âge, création de la cinquième branche).

Les équipes de la CNSA assurent le secrétariat de ces instances et la préparation de leurs travaux : présentation aux commissions permanentes et au Conseil des dossiers soumis à délibération, communications sur la mise en œuvre des politiques de l'autonomie et des orientations fixées par le Conseil, contribution aux échanges en séminaires, support logistique. La CNSA estime que la préparation des instances (Conseil, commissions, séminaires) représente une charge de l'ordre de 0,9 ETP, passée à 1,4 ETP en 2020 en raison de la tenue de trois conseils exceptionnels et de trois séminaires motivés par les réflexions sur la future loi Grand Age et Autonomie et la création de la cinquième branche.

### ***1.2.6.2. Le management des équipes et le pilotage de l'activité***

L'encadrement de la CNSA, incluant la direction générale, les directeurs et leurs adjoints, assurent une double fonction : d'une part, le management de leur équipes et le pilotage de leur activité ; d'autre part, les relations avec les cabinets ministériels, les administrations centrales, et les représentants des réseaux et des acteurs des politiques de l'autonomie. S'il n'est pas le seul à assurer cette fonction de liaison -de nombreux agents de la CNSA sont amenés à avoir des échanges avec les mêmes acteurs- leur rôle de liaison et de coordination représente une part significative de leur activité.

L'annexe III décrit les outils de pilotage de l'activité sur lesquels s'appuie l'exercice de ces fonctions.

### ***1.2.6.3. Les fonctions supports***

L'autonomie de la CNSA la conduit à assurer l'ensemble de ses fonctions supports, relevant de différents métiers :

- ◆ la fonction budgétaire et comptable représente à la fois une fonction métier, chacun des métiers précédemment décrit comportant une composante de gestion financière et comptable, et une fonction support transversale, assurée par le pôle budget-finances de la direction des ressources et l'agence comptable, comportant à la fois la fonction de synthèse budgétaire et de construction des budgets initiaux et rectificatifs soumis au vote du Conseil, la gestion de la chaîne de la dépense et l'établissement des comptes annuels ;

---

<sup>12</sup> Le nombre minimum de réunions est fixé à 3 par an par l'article R 14-10-10 du CASF.

<sup>13</sup> Article R 14-10-11 du CASF.

## Annexe II

- ◆ la gestion des achats et des marchés mobilise d'abord l'ensemble des directions acheteuses pour l'expression des besoins, la contribution à la rédaction des pièces des marchés et à la sélection des fournisseurs et prestataires et le suivi de l'exécution des prestations et la certification du service fait. La cellule juridique marchés conduit les procédures et apporte un conseil aux services acheteurs. Le pôle budget-finances de la direction des ressources et l'agence comptable assurent l'exécution des dépenses relatives aux marchés. L'organisation est un peu différente pour les achats réalisés par la DSI, qui est le plus gros acheteur de prestations de la CNSA et assure l'essentiel de l'activité relative à ses achats et marchés, en faisant moins appel à la cellule juridique que les autres directions (cf. annexe III) ;
- ◆ la gestion des ressources humaines. Les agents relèvent de trois statuts différents : agents de droit privé rattachés aux conventions collectives des organismes du régime général de sécurité sociale (conventions UCANSS), fonctionnaires détachés, contractuels de droit public. Ce métier comporte plusieurs composantes gérées en interne : organisation des recrutements et gestion des contrats, gestion de la paie et des congés, organisation des instances représentatives, traitement des sujets transversaux, comme la gestion des risques ou l'organisation des formations (cf. annexe III) ;
- ◆ la logistique incluant la gestion des baux locatifs et de l'ensemble des contrats afférents à l'utilisation des locaux, l'organisation de très nombreuses réunions avec les partenaires et réseaux qu'impliquent les activités de la CNSA, tenues dans les locaux de la Caisse ou dans des salles louées spécialement, l'accueil et la gestion des accès ;
- ◆ la composante interne des missions de la DSI : support informatique (pilotage de l'infogérance pour les applications propres à la CNSA, des réseaux informatiques et assistance aux utilisateurs) ainsi que l'AMOA et l'acquisition ou le développement des SI internes (SI budgétaire et comptable, paie, etc.) ;
- ◆ la gestion de la communication externe et la fonction éditoriale assurée par la DIPCOM qui doit gérer la publication d'un grand nombre de documents réalisés par les services métier de la CNSA.

## **2. L'analyse de la ventilation des effectifs de la CNSA révèle un fort étirement des ressources sur un grand nombre d'activités et de thématiques qui fragilise l'exercice de certaines missions**

La mission a procédé à la répartition des effectifs de la CNSA entre ses différents métiers, dans le but de mesurer les ressources mobilisées sur les différents domaines d'activité pour proposer une évaluation des moyens humains dédiés à chaque mission.

En l'absence d'outil interne à la CNSA permettant de mesurer la ventilation de l'activité des agents entre leurs différentes tâches, cette analyse comporte une forte part d'approximation, et d'incertitude sur le bon niveau de ressources qui serait nécessaire pour effectuer correctement l'ensemble des activités et métiers, d'autant plus que l'atteinte des objectifs confiés à la CNSA ne dépend pas uniquement des ressources humaines disponibles, mais aussi des compétences juridiques confiés à la CNSA et de la bonne coopération des autres acteurs de l'autonomie.

Elle permet toutefois de mettre en relief une inadéquation entre les moyens et les missions qui s'explique par deux facteurs intriqués :

- ◆ une multiplication des dispositifs et chantiers confiés à la CNSA, sans que celle-ci dispose de l'ensemble des compétences et moyens pour agir seule, et nécessitant donc de mobiliser de nombreux partenaires nationaux ou locaux, ce mode d'intervention étant fortement consommateur de temps et de ressources ;

## Annexe II

- ◆ une sous-dotation en ressources humaines de certains domaines d'activités, qui explique en partie les nombreux retards pris dans l'exécution des actions et sous-actions de la COG 2016-2019 (cf. annexe I).

### 2.1. Méthode et principes d'analyse de la mission

Pour effectuer la ventilation des effectifs par activités et tâches, en l'absence d'outil de suivi de l'activité couvrant l'ensemble des directions, la mission s'est appuyée sur différentes sources d'information :

- ◆ les organigrammes des directions, précisant les fonctions exercées par l'ensemble des agents, éventuellement modifiées suite aux entretiens tenus avec les équipes ;
- ◆ les programmes de travail des directions et pôles, qui dans certains cas permettent de bien identifier les sujets traités par chaque agent ;
- ◆ deux études d'adéquation missions / moyens communiquées par la CNSA, l'une datant de 2013 sur la DESMS et l'autre de novembre 2020 sur la DIPCOM ;
- ◆ les entretiens avec les équipes, la mission ayant auditionné l'ensemble des directeurs, adjoints, chefs de pôles et de missions et de nombreux responsables de projets et chargés de missions ainsi que l'ensemble du personnel de la DSI ;
- ◆ pour l'évaluation de l'adéquation missions / moyens, les notes adressées par la CNSA à ses tutelles sur ce sujet.

La maille d'analyse retenue par la mission est volontairement plus large que celle des études DESMS et DIPCOM, conçues pour répondre aux besoins de pilotage quotidien des directeurs. La mission s'est limitée à la maille correspondant à l'activité d'un agent, sauf lorsque les agents partagent leurs activités entre plusieurs tâches, par exemple entre production d'outils et animation des MDPH (pôle EAM de la direction de la compensation par exemple) ou entre gestion nationale des campagnes tarifaires et appui aux ARS (pôle budgétaire de la DESMS par exemple). Dans ce cas et en l'absence de ventilation effectuées par la CNSA elle-même, elle a procédé à une ventilation conventionnelle, dans le seul but de fournir une estimation des moyens affectés à chaque type de tâches.

Par ailleurs, pour donner une illustration la plus fidèle possible des moyens de la caisse, la mission a tenu compte des emplois hors plafond : mises à disposition (2,7 ETP<sup>14</sup>), CDD au pôle BF de la direction des ressources. Ces emplois sont comptabilisés dans la colonne « ETP internes ». Elle a également mentionné les effectifs estimés des prestataires pour certaines fonctions où leur présence continue en appui de la CNSA (en assistance à maîtrise d'ouvrage ou en externalisation de tâches pérennes liées au métier<sup>15</sup>) a été mentionnée dans la colonne « ETP externes ». La CNSA a estimé ces effectifs à partir de deux sources :

- ◆ les conventions passées avec les partenaires auxquels la CNSA a confié des activités (par exemple, l'ATIH pour les études de coûts ou l'IRéSP pour la gestion des appels à projets de recherche) qui mentionnent les effectifs qu'ils consacrent à ces activités ;

---

<sup>14</sup> 2,2 ETP à DESMS (chargée de mission intégration de service et les deux médecins de l'équipe Pathos, chacun pour 60 % de leur temps) et 0,5 ETP à la direction scientifique (chargé de mission valorisation de la recherche).

<sup>15</sup> La mission n'a pas cherché à estimer les apports externes ponctuels (par exemple pour des études, etc.), de même que les apports externes pour les développements informatiques qui, sont retracés dans l'annexe DSI.

## Annexe II

- ◆ les données déclaratives de la CNSA sur les effectifs de prestataires, fournies à la demande de la mission mais de manière incomplète, étant précisé que la CNSA ne suit pas les effectifs de prestataires ni, pour les prestataires informatiques, leur ventilation entre AMAO et MOE. La mission a réalisé une estimation des effectifs de prestataires informatiques par rapport aux dépenses de prestations constatées (cf. annexe VI) mais ne l'a pas utilisée ici. S'agissant de l'AMOA des projets informatiques, il convient de noter que celle-ci joue souvent un rôle qui dépasse le sens strict de ce mot et recouvre les premières étapes du développement, notamment la phase d'étude préalable à l'établissement de la commande de développements (cf. annexe VI).

Quand cela a été possible, pour certains grands projets SI en cours (SI-MDPH), la mission a essayé d'identifier les ressources internes et externes affectées à ces projets. Elle ne l'a pas fait en revanche pour les projets SI utilisés par la direction ESMS qui sont davantage en phase de maintenance, éventuellement évolutive, que de développement.

Une partie de ces « ETP externes » sont légitimement externalisés dans des structures mieux à même de remplir les missions concernées (ATIH, IRESP, une partie des prestations informatiques...). Pour certains « ETP externes », particulièrement au sein des effectifs d'AMOA, la question de la réinternalisation se pose et est étudiée dans les annexe VI et VIII.

### 2.2. Analyse par grandes fonctions, métiers et activités

La mission a développé son analyse en croisant les missions légales de la CNSA, déclinées en activités opérationnelles, avec l'organisation des directions. Les effectifs analysés sont les ETP au 1<sup>er</sup> octobre 2020. Les changements survenus depuis cette date ne sont pas pris en compte sauf s'ils avaient été signalés à la mission (recrutement d'un contrôleur interne par exemple). En particulier, les deux équipes en cours de recrutement pour le pilotage des plans d'investissement et l'appui renforcé aux MDPH ne sont pas intégrées.

#### 2.2.1. La fonction budgétaire et comptable et la gestion des concours aux départements

Cet ensemble recouvre l'activité de la direction des ressources et de l'agence comptable. Le tableau ci-dessous présente la décomposition de ces tâches, incluant la répartition des concours financiers aux départements.

**Tableau 3 : estimation des moyens et ventilation par activité des effectifs de la fonction budgétaire et comptable**

Activités récurrentes	Détail	Direction / pôle concerné	ETP estimés (internes)
Collecter les recettes propres de la CNSA auprès de l'ACOSS et de la DGFIP	Echanges avec la DSS et Acooss pour les prévisions de recettes, comptabilisation et encaissement	DR/BF	0,5
		AC	0,5
Répartir les concours aux départements	Répartition des concours APA, PCH, MDPH : versement des acomptes et du solde, collecte des données pour calcul des soldes, analyses et projections	DR/BF	0,8
	Répartition des concours actions de prévention et forfaits autonomie : collecte des données de dépenses pour calcul des soldes, analyses et projections	DCOMP/PI	0,2
	Versement des acomptes et du solde,	DR/BF	0,2
Préparer les budgets soumis au Conseil et piloter leur exécution	Construction des BI et BR et répartition des crédits par directions	DR/BF	2 <sup>(1)</sup>
	Suivi des engagements et dépenses	DR/BF	2,8
	Contrôle et paiement des dépenses	AC/SFACT	3

## Annexe II

Activités récurrentes	Détail	Direction / pôle concerné	ETP estimés (internes)
Tenir la comptabilité et soumettre les comptes annuels au Conseil	Tenue de la comptabilité et établissement des comptes annuels	AC	2,0
Pilotage des SI budgétaire et comptable	Administration, maintenance fonctionnelle	DR/BF	0,5
	Maintenance technique	DSI	0,3
<b>Total gestion budgétaire et comptable et concours</b>			<b>12,8</b>

Source : mission. <sup>(1)</sup> : avec CDD chargé de mission budget.

### 2.2.2. Le financement des établissements et services médico-sociaux et l'appui aux ARS

Le tableau ci-dessous présente les moyens consacrés au pilotage des dépenses des ESMS et à l'appui aux ARS. Il intègre la gestion des SI consacrés à ce domaine, qui ont été développés et sont en production, et le pilotage de leur maintenance corrective et évolutive. Ces ressources sont constituées principalement des agents des pôles programmation et allocation budgétaire de la direction DESMS. Les projets de réforme de la tarification des ESMS pour personnes handicapées (SERAFIN-PH) et de refonte du référentiel PATHOS sont présentés dans le tableau suivant.

Les fonctions d'appui de gestion des programmations et tarifications et d'appui aux ARS étant étroitement imbriquées dans les tâches des agents, la ventilation entre ces fonctions pour les agents assurant ces deux fonctions a été opérée de façon conventionnelle (50/50).

**Tableau 4 : estimation des moyens et ventilation par activité des effectifs consacrés au financement des ESMS (y compris investissement) et à l'appui aux ARS**

Activités récurrentes	Détail	Direction / pôle concerné	ETP estimés (internes)	ETP estimés (externes)
Pilotage des programmations de places nouvelles	Répartition et suivi des crédits de places nouvelles	DESMS/P	1,7	-
	Appui aux ARS pour l'élaboration et le suivi de leurs programmations (PRIAC)	DESMS/P	1,5	-
	Elaboration et suivi de schémas nationaux (handicap rares)	DESMS/P	1,0	-
	Contribution à la construction et suivi des plans nationaux (autisme, etc.)	DESMS/P	1,0	-
Pilotage de l'OGD	Participation à la construction et au suivi de l'OGD	DESMS/B	1,25	-
	Construction des DRL et instructions budgétaires et suivi de la consommation	DESMS/B	1,55	-
	Dialogue budgétaire et appui aux ARS pour la tarification	DESMS/B	0,95	-
Pilotage du référentiel PATHOS et du processus d'évaluation des résidents d'EHPAD	Animation des formations des médecins valideurs des ARS	DESMS/ equ. PATHOS	0,3	-
	Collecte et analyse des données d'évaluation	DESMS/ equ. PATHOS	0,1	-
Pilotage des SI du domaine ESMS	Administration, maintenance fonctionnelle et technique, maintenance évolutive des applications SEPPIA (programmation), HAPI HAPI et Import EPRD/ERRD (suivi de la tarification) et GALAAD (suivi des coupes PATHOS)	DESMS/ MOA	3,23	3
		DSI/dom ESMS	2,8	-
Collecte et traitement de données sur l'activité et les coûts des ESMS	Collecte et analyse des données des ESMS (EPRD, ERRD, tarifs Hébergement EHPAD, traitements statistiques et études)	DESMS/B	2,3	3,5 (ATIH études de coûts)

## Annexe II

Activités récurrentes	Détail	Direction / pôle concerné	ETP estimés (internes)	ETP estimés (externes)
Etudes sur les besoins des personnes et l'offre d'ESMS	Conception et pilotage d'études	DESMS/P	1,0	-
Pilotage et suivi des Plans d'aide à l'Investissement (PAI) annuels	Elaboration de l'instruction annuelle	DESMS/B	0,8	-
	délégation des crédits aux ARS et suivi des réalisations	DESMS/B	0,4	-
	Production d'analyses et de synthèses sur les projets soutenus	DESMS/B	0,1	-
	Organisation de concours d'idées sur la conception des ESMS	DESMS/B	0,2	-
<b>Total pilotage des ESMS</b>			<b>20,2</b>	<b>6,5</b>

*Source : mission. Prestataires d'AMOA au 30/07/2020 figurant dans le tableau remis à la mission par l'adjoint au DSI.*

**Tableau 5 : estimation des moyens consacrés à la conduite de projets du domaine ESMS**

Projet	Direction / pôle concerné	ETP estimés (internes)	ETP estimés (externes)
Refonte du référentiel PATHOS	DESMS/équipe PATHOS	0,5	-
Conception du nouveau modèle tarifaire des ESMS PH (projet SERAFIN-PH)	DESMS SERAFIN	4,0	4 ATIH (études de coûts)
Programme ESMS numériques	DESMS	1,0	ANS
<b>Total projets ESMS</b>		<b>5,5</b>	<b>4</b>

*Source : mission.*

### 2.2.3. L'appui aux MDPH

Le tableau ci-dessous présente les moyens consacrés à l'appui aux MDPH et à l'animation des réseaux professionnels estimés par la mission, hors moyens consacrés au déploiement du SI-MDPH traité comme un projet et présenté dans le tableau suivant. Il ne comprend pas non plus la nouvelle mission d'appui aux MDPH en difficulté mis en place postérieurement à la date de référence de la ventilation faite par la mission. Ces ressources sont constituées principalement des agents du pôle expertise et appui métier (EAM), de la mission d'analyse statistique (dont la mission a ventilé 1 ETP sur le projet de centre de données, *cf. infra*) et d'une partie du pôle partenariat institutionnel (PI).

La mission signale en outre que :

- ◆ la ventilation entre l'élaboration d'outils et l'animation des réseaux pour les agents assurant ces deux fonctions a été opérée de façon conventionnelle (50/50) ;
- ◆ pour l'animation du réseau des directeurs, la mission a comptabilisé une part de temps des deux chefs de pôles PI et EAM ;
- ◆ elle n'a pas pu évaluer l'apport en ETP des consultants qui interviennent de façon récurrente sur la collecte des rapports d'activité des MDPH.

## Annexe II

**Tableau 6 : estimation des moyens consacrés à l'appui aux MDPH**

Activités récurrentes	Détail	Direction / pôle concerné	ETP estimés (internes)	ETP estimés (externes)
Appui aux MDPH et animation des réseaux professionnels	Elaboration et diffusion de guides et référentiels sur les pratiques : Evaluation, scolarité, insertion professionnelle, etc.	DCOMP/EAM	3,2	-
	Animation des coordonnateurs d'EPE, référents insertion professionnelle, référents scolarité : séminaires semestriels, groupes de travail sur les pratiques, réponse aux questions techniques et juridiques	DCOMP/EAM	2,5	-
	Animation des référents accueil et qualité de service (RMQS) : séminaires, groupes de travail	DCOMP/PI	0,6	-
	Animation directeurs et appui au pilotage des MDPH : séminaires des directeurs, groupes de travail	DCOMP/PI	0,4	-
		DCOMP/EAM	0,5	-
	Collecte et synthèse des rapports d'activité des MDPH	DCOMP/PI	0,2	<i>Appui consultant</i>
	Collecte et synthèse des données d'activité	DCOMP/MAS	2,0	-
<b>Total appui MDPH (hors SI)</b>			<b>9,4</b>	-

*Source : mission.*

**Tableau 7 : estimation des moyens consacrés à la conduite du projet SI-MDPH et des projets connexes**

Projet	Direction / pôle concerné	ETP estimés (internes)	ETP estimés (externes)
Conception et déploiement du SI harmonisé+ SI Suivi des orientations + Livret parcours inclusif+ service MDPH en ligne	DCOMP/MSI	3,0	19,0
	DSI/Dom MDPH	2,9	-
Conception et déploiement du centre de données	DCOMP/MSI	2,0	1,0
	DCOMP/MAS	1,0	-
	DSI/Dom MDPH	1,0	-
<b>Total projets Si-MDPH</b>		<b>9,9</b>	<b>20,0</b>

*Source : données CNSA (prestataires d'AMOA au 30/07/2020 figurant dans le tableau remis à la mission par l'adjoint au DSI) et traitement mission.*

### 2.2.4. Les relations avec les départements et l'appui aux autres réseaux placés sous leur responsabilité

Cette rubrique recouvre la gestion des relations avec les départements au travers des conventions cadre prévues par l'article L 14-10-7-2 du CASF (hors conventions spécifiques à la section IV qui seront abordées *infra*) et l'appui aux deux autres réseaux départementaux, les EMS APA et les CFPPA et CDCA. La mission a eu connaissance d'une estimation de l'appui externe à l'animation des EMS APA mais n'a pas pu évaluer l'apport en ETP des consultants qui interviennent de façon récurrente sur la collecte des rapports d'activité des CFPPA et CDCA.

## Annexe II

**Tableau 8 : estimation des moyens consacré à l'appui aux autres réseaux des départements**

Activités récurrentes	Détail	Direction / pôle concerné	ETP estimés (internes)	ETP estimés (externes)
Conventions départementales relatives au versement des concours	Concevoir et soumettre au Conseil les conventions types, négocier les conventions avec chaque département, collecter les données de suivi,	DCOMP/PI	1,1	-
Labellisation des MDA, accompagnement et appui des MDA	Traitement des demandes de labellisation Accompagnement et appui	DCOMP/PI	0,2	-
Accompagnement et appui des services APA	Appui aux EMS APA	DCOMP/EAM	2,1	2,0
Accompagnement et appui des CFPPA et CDCA (hors gestion du concours cf. tableau 3)	Appui aux pilotes, coordination des programmations	DCOMP/PI	0,5	1 (AMOA projet SI)
	Collecte et synthèse des données d'activité des CFPPA et CDCA	DCOMP/PI	0,5	Appui consultant
<b>Total appui départements (hors MDPH)</b>			<b>4,4</b>	<b>3</b>

Source : mission. Prestataires d'AMOA au 30/07/2020 figurant dans le tableau remis à la mission par l'adjoint au DSI.

### 2.2.5. Le financement et le pilotage national de dispositifs de soutien à l'autonomie

Cette rubrique estime les moyens consacrés par la CNSA au pilotage du déploiement de différents dispositifs de soutien à l'autonomie.

**Tableau 9 : estimation des moyens consacrés aux autres dispositifs de soutien à l'autonomie**

Activités récurrentes	Détail	Direction / pôle concerné	ETP estimés (internes)
Pilotage du déploiement des mesures de soutien aux aidants	Conventionnement avec les associations d'aidants et les départements (section IV), Suivi des actions de soutien aux aidants financées par les CFPPA	DCOMP/PI	0,9
	Pilotage du financement des structures de répit (AJ, HT, PFR)	DESMS/B	Non estimé
Expertise sur les dispositifs d'accès aux aides techniques	Observation, analyse, synthèse, conduite de partenariats avec les institutions concernées, (hors appui aux MDPH et EMS APA sur le sujet)	DCOMP/EAM	0,7
Lutte contre l'isolement des PA/PH	Soutien financier et animation des actions	DCOMP/PI	0,8
Pilotage des MAIA et participation au pilotage des DAC	Animation et appui des réseaux des pilotes et gestionnaires de cas des MAIA	DESMS / P	0,5
	Répartition entre les ARS des financements des MAIA (FIR)	DESMS/P	0,5
Soutien à la modernisation de l'aide à domicile et à la formation des intervenants à domicile et des salariés des ESMS (section IV)	Conventionnement avec les fédérations, les départements et les OPCO de l'aide à domicile (section IV)	DCOMP/PI	1,8
	Conventionnement avec les OPCO des ESMS	DESMS/P	1,0
Gestion de portails d'information du public	Animation éditoriale, gestion des évolutions du portail pour les personnes.ages.gov.fr et relations avec les partenaires,	DIPCOM	2,0
	Gestion et maintenance fonctionnelle et technique du portail monparcourshandicap.gov.fr.	DIPCOM	0,8
<b>Total dispositifs de soutien à l'autonomie</b>			<b>9,0</b>

Source : mission.

## Annexe II

### 2.2.6. Le soutien à la recherche et à l'innovation

Le soutien à la recherche et à l'innovation est sous la responsabilité de la direction scientifique et recouvre trois activités principales : la conduite d'appel à projets de recherche avec l'appui de l'IRESP, la conduite d'appel à projets d'actions innovantes, avec le concours des directions métiers, et l'animation du conseil scientifique.

**Tableau 10 : estimation des moyens consacrés au soutien à la recherche et à l'innovation**

Activités récurrentes	Détail	Direction / pôle concerné	ETP estimés (internes)	ETP estimés (externes)
Soutien à la recherche	financement et suivi de projets de recherche dans le cadre de l'AAP IRESP ou par financement direct	DS	0,6	1,0 (IReSP)
	Pilotage de marchés d'évaluation	DS	0,2	-
	Actions de valorisation des résultats de la recherche soutenue	DS	0,5	-
	Animation du Conseil scientifique ; organisation des réunions plénières et commissions thématiques	DS	0,5	-
Soutien aux actions innovantes	Pilotage d'AAP d'actions innovantes : rédaction des AAP, sélection des projets, conventionnement et suivi	DS	2,5	-
		DESMS, DCOMP	0,6	-
<b>Total recherche-innovation</b>			<b>4,9</b>	<b>2,0</b>

Source : mission

### 2.2.7. Les activités de supports

Cette rubrique présente les moyens des différentes fonctions support de la CNSA regroupant :

- ◆ les équipes chargées des fonctions transversales devant être assurées par un organisme juridiquement autonome : GRH, achats-marchés, logistique, support informatique (exploitation, réseaux, support informatique), développement et maintenance du système d'information des fonctions supports, communication, activité éditoriale ;
- ◆ les assistants des équipes métiers qui prennent en charge l'organisation matérielle des nombreuses réunions tenues par la CNSA et apportent un soutien à la gestion administrative et financière des dossiers et procédures (préparation des conventions par exemple). Certains assistants ont toutefois été ventilés pour tout ou partie de leur temps sur des fonctions métier (par exemple un assistant de la direction de la compensation compté pour la moitié de son temps dans la gestion de la section IV (cf. *supra* tableau 9).

**Tableau 11 : estimation des moyens des fonctions support**

Activités récurrentes	Détail	Direction / pôle concerné	ETP estimés (internes)	ETP estimés (externes)
Gestion des ressources humaines	Recrutement, paie, gestion des dossiers individuels et transversaux et des instances représentatives	DR/RH	4	-
Support juridique marchés et contrats	Contribution à la rédaction des marchés (partie administratives), conduite des procédures	DR/CM	2	-
Support logistique et technique	Gestion des baux et marchés, pilotage des prestataires techniques (ménage, entretien, travaux, approvisionnements,...)	DR/SG	1,5	-
	Gestion logistique et technique	DR/SG	1,0	-
	Accueil	DR/SG	-	1 (accueil)
Assistance outils informatiques et bureautiques, téléphonie	Assistance utilisateurs, gestion des marchés informatiques, bureautique, infogérance,	DSI	1,5	7 (infogérance support centre d'appels)

## Annexe II

Activités récurrentes	Détail	Direction / pôle concerné	ETP estimés (internes)	ETP estimés (externes)
Pilotage activité SI transverses	Gestion des annuaires, informatisation processus interne), études, SDSI, architecture, sécurité	DSI	2,3	3
	SI décisionnel	DSI	0,8	
	Gestion de l'intranet, extranet	DSI	1,0	-
	Communication institutionnelle et site internet, évènementiel	DIPCOM	1,2	-
Activité éditoriale	Edition et diffusion des documents produits par la CNSA à l'intention des professionnels (guides, dossiers techniques, mémos..) et du public	DIPCOM	1,2	-
Assistance aux équipes métiers	Organisation des réunions, assistance à la passation et au suivi des conventions, suivi administratif et financier des projets	DG	2,0	-
		DCOMP	3,5	-
		DESMS	1,8	-
		DR	1,3	-
		DSI	1,9	-
		DS	1,0	-
		DIPCOM	1,0	-
<b>Total activités supports</b>			<b>29,0</b>	<b>11,0</b>

*Source : mission. Prestataires AMOA et support SI au 30/07/2020 figurant dans le tableau remis à la mission par l'adjoint au DSI avec ajout des 4 ETP du centre d'appels (assistance aux utilisateurs des applications de la CNSA) omis dans ce tableau.*

### 2.2.8. L'encadrement des équipes et le pilotage de l'activité

Les fonctions managériales regroupent la direction générale et les directions (directeurs, directeurs adjoints) ainsi que les chargés de mission attachés aux directions et chefs de pôle, sauf lorsque ceux-ci ont déjà été affectés, en tout ou partie, à des fonctions métiers car chargés en propre de sujets métiers.

**Tableau 12 : Estimation des moyens consacrés à l'encadrement des équipes et au pilotage de l'activité**

Activités récurrentes	Détail	Direction / pôle concerné	ETP estimés (internes)
Direction générale	Pilotage des équipes métiers et support et de l'activité, relations avec le Conseil, les tutelles et partenaires, fonctions transversales (RSSI)	DG	4,0
	Pilotage du contrôle interne	DG/CI	1,0
Directions métiers	Pilotage et appui des équipes métiers	DCOMP	2,7
		DESMS	3,0
		DR	3,0
		DSI	3,0
		DS	0,2
		DIPCOM	1,6
		AC	0,5
<b>Total Pilotage</b>			<b>19,0</b>

*Source : mission*

### 2.2.9. Récapitulatif : état des lieux des effectifs internes et externes de la CNSA

Selon les estimations réalisées par la mission, la CNSA mobilisait 124,2 ETP internes et 46,5 ETP externes<sup>16</sup> en octobre 2020 (cf. tableau 13). Les effectifs externes identifiés par la mission recouvrent principalement des prestations d'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMOA) pour 24 ETP externes, mais également des missions prises en charge par d'autres institutions publiques (ATIH et IRESP) ou encore des fonctions support externalisées (agent d'accueil, support utilisateurs SI, infogérance).

Dans l'annexe VIII, la mission a comparé cet état des lieux des effectifs mobilisés par la CNSA avec les missions qui lui sont confiées, afin d'apprécier l'adéquation entre les missions actuelles de la CNSA et les moyens qui lui sont alloués.

**Tableau 13 : Récapitulatif de la ventilation des effectifs de la CNSA par grandes fonctions**

Fonctions	ETP internes (estimation)	ETP externes (estimation)	Rattachement des ETP externes
Fonction budgétaire et comptable (hors SI)	12,0	-	-
Financement des ESMS et appui aux ARS (hors SI)	14,2	3,5	ATIH
Conduite de projets du domaine ESMS	5,5	4,0	ATIH
Appui aux MDPH (hors SI)	9,4	-	-
Appui aux autres réseaux des départements (hors SI)	4,4	2,0	Appui consultant animation EMS APA
Construction et maintenance des SI métiers	16,7	24,0	-
<i>Dont SI du champ ESMS</i>	<i>6,0</i>	<i>3,0</i>	<i>AMOA SI</i>
<i>Dont conduite du projet SI-MDPH et des projets connexes</i>	<i>9,9</i>	<i>20,0</i>	<i>AMOA SI</i>
<i>Dont SI conférence des financeurs</i>		<i>1,0</i>	<i>AMOA SI</i>
Pilotage du déploiement de dispositifs de soutien à l'autonomie	9,0	-	-
Soutien à la recherche et à l'innovation	4,9	1,0	IRESP
Activités supports	29,0	11,0	Accueil (1 ETP) Infogérance, support utilisateurs (yc centre d'appels) (10 EPT)
Encadrement des équipes et pilotage de l'activité	19,0	-	-
<b>Ensemble</b>	<b>124,2</b>	<b>45,5</b>	-

*Source : mission. Prestataires AMOA et support SI au 30/07/2020 figurant dans le tableau remis à la mission par l'adjoint au DSI avec ajout des 4 ETP du centre d'appels (assistance aux utilisateurs des applications de la CNSA) omis dans ce tableau.*

<sup>16</sup> Sous réserve de la qualité de l'estimation des ETP externes mobilisés sur les SI (cf. annexe VI).

## 2.3. L'étirement des ressources est générateur de fragilités structurelles

### 2.3.1. L'exécution de la COG 2016-2019 a mis en évidence les fragilités de la CNSA

La répartition des effectifs de la CNSA entre un grand nombre de dispositifs de politique publique différents conduit fréquemment à affecter un seul agent sur un sujet. C'est le cas par exemple de la répartition des concours aux départements (0,8 ETP), de la gestion des plans d'aide à l'investissement (1 ETP en dehors du chef de pôle allocation budgétaire de la DESMS), la refonte du référentiel PATHOS (partie du temps des deux médecins mis à disposition à temps partiel), de la négociation et du suivi des conventions départementales cadre (1,1 ETP en incluant 40 % du temps du chef de pôle PI de la direction de la compensation), du pilotage des politiques de prévention et de l'appui aux CFPPA (1 ETP), de la conduite des travaux relatifs aux aidants (0,9 ETP), à la lutte contre l'isolement (0,8 ETP), aux aides techniques (0,7 ETP), aux MAIA et DAC (1 ETP). C'est aussi le cas sur les services généraux avec 1 ETP pour le pilotage des services et le suivi des baux et contrats ou du contrôle interne avec 1 ETP.

La réalisation de certaines actions de la COG a été reportée ou suspendue (cf. annexe I) principalement du fait de l'insuffisance des ressources affectées ou de l'absence du titulaire du poste et des difficultés que la CNSA peut avoir à recruter (cf. annexe III).

Cela est notamment constaté dans les projets métiers suivant :

- ◆ retard de cinq années de la refonte du référentiel PATHOS attendues pour 2017 (axe 1, fiche I, action 1) du fait de la faiblesse des ressources affectées (1,2 ETP de médecins ayant en charge à la fois cette mission, la formation des médecins valideurs des ARS et la maîtrise d'ouvrage de l'application GALAAD) ;
- ◆ absence de suivi des conventions départementales (axe 2, fiche III, action 1) du fait de la faiblesse des ressources affectées (1,1 ETP pour l'élaboration du cadre contractuel, la négociation et le suivi convention) ;
- ◆ non-réalisation de l'étude de faisabilité d'une simulation du reste-à-charge à domicile, en EHPA et en hébergement temporaire (axe 2, fiche IV, action 1) du fait de l'incapacité à dégager des ressources sur ce sujet ;
- ◆ l'absence d'avancées significatives sur la politique des aides techniques et notamment la non réalisation des « cadres de référence » attendus (axe 2, fiche V, action 3) du fait de la faiblesse des ressources affectées (1 ETP partageant son temps entre l'appui aux réseaux sur l'attribution des aides techniques, la coordination avec les partenaires nationaux et le travail thématique) ;
- ◆ l'absence de production d'analyse des besoins et problématiques d'investissements en ESMS (axe 4, fiche II, action 3) du fait de la faiblesse des ressources disponibles (1,5 ETP principalement affectés à l'élaboration de l'instruction annuelle et au lancement et au suivi de la réalisation des plans d'aides à l'investissement annuels) ;
- ◆ retard d'un du déploiement du SI-MDPH, du fait notamment des vacances répétées de postes de chefs de projets, tant à la direction de la compensation qu'à la DSI mais aussi de la complexité de la conduite d'un grand projet pour lequel la CNSA n'était pas « donneur d'ordres » des éditeurs de logiciels développant les solution du SI harmonisé.

## Annexe II

D'autres facteurs ont pu jouer, sans qu'il soit toujours évident de distinguer le poids explicatif de chacun, comme : des fragilités dans la conception et le pilotage des projets (SI-MDPH), l'absence de données et d'outils juridiques (suivi des conventions départementales), des relations complexes avec les réseaux et les acteurs de l'autonomie (aides techniques, investissement dans les ESMS), etc.

Cela est également constaté dans les actions relatives au fonctionnement de la Caisse :

- ◆ retard des projets de plans de classement et d'archivage et de l'actualisation du plan de continuité d'activité (axe 5, fiche II, action 1), absence de formalisation de la politique d'achat (axe 5, fiche II, action 2), retard du projet de plan de développement durable (axe 5, fiche II, action 3) du fait de la vacance prolongée du poste de responsable des services généraux ;
- ◆ dans le domaine des ressources humaines, retards importants sur plusieurs dossiers : livret d'accueil, SI Paie, GPEC ;
- ◆ suspension des travaux de déploiement du contrôle interne du fait de la vacance prolongée du poste de responsable du contrôle interne.

Cet étirement des ressources induit en outre une concentration sur les sujets de gestion représentant une charge de travail élevée et comportant des échéances incontournables au détriment de la capacité à dégager des ressources pour l'analyse et l'anticipation des évolutions par exemple pour travailler sur des modalités de répartition des concours aux départements plus incitatives à l'équité territoriale, sur l'impact des aides à l'investissement aux ESMS ou sur les modalités d'intervention de la CNSA les plus pertinentes, pour soutenir la modernisation de l'aide à domicile, ou la recherche et de l'innovation ou pour des projets structurels en matière de systèmes d'information indispensables aux missions.

### 2.3.2. Face à certaines missions en sous-effectif, la CNSA a recours à des solutions alternatives pouvant conduire à une moindre maîtrise et à un problème de capitalisation des connaissances

Pour respecter son plafond d'emplois dans un contexte d'inflation de ses missions, la CNSA mobilise plusieurs leviers, dont certains peuvent être source de fragilités :

- ◆ piloter finement la consommation, exprimée en ETPT, de son plafond d'emplois en tenant compte des départs, des vacances de poste, et des délais de remplacement, ce qui lui permet de respecter le plafond et donc d'optimiser les ressources humaines disponibles ;
- ◆ à des mises à disposition, choix qui fragilisent la capacité de la CNSA à poursuivre le traitement de certains dossiers comme la refonte de PATHOS. Les perspectives de départ d'ici 2022 de la chargée de mission intégration de services (MAIA, DAC) et du chargé de mission valorisation de la recherche génèrent un doute sur la possibilité pour la CNSA de poursuivre ces activités ;
- ◆ le recours à des prestataires, en particulier pour des fonctions d'assistance à maîtrise d'ouvrage (AMOA) auprès des directions métiers pour le pilotage de projets SI (cf. annexe VI), qui induit un risque opérationnel lié à la difficulté pour les chefs de projets de superviser l'activité d'un volume de prestations et de prestataires trop important, et conduit, pour la mission, à une perte de maîtrise par la Caisse du contenu de son système d'information déjà perceptible, la rendant dépendante de ses prestataires.

Ces constats ont conduit la mission à **tenter d'estimer les besoins de renforcement des effectifs à périmètre de mission et d'activité constant**, avant prise en compte des nouveaux dispositifs qui lui ont été confiés (cf. annexe VIII).

## **ANNEXE III**

**Gouvernance, pilotage, organisation, GRH,  
achats**



# SOMMAIRE

<b>1. ANALYSE DE LA GOUVERNANCE, DE L'ORGANISATION, ET DU PILOTAGE DE LA CNSA.....</b>	<b>1</b>
1.1. La gouvernance de la CNSA diffère de celle des autres caisses nationales de sécurité sociale.....	1
1.2. Les outils de pilotage de la CNSA sont insuffisants, alors que la multiplication des projets transversaux fait émerger de nouveaux enjeux dans l'organisation des directions.....	5
1.2.1. <i>Malgré un tableau de bord de l'activité conséquent, la CNSA ne dispose ni d'outils efficaces de pilotage, ni d'un contrôle interne opérationnel.....</i>	<i>5</i>
1.2.2. <i>La CNSA fait face à des problématiques de plus en plus transversales, son organisation en complique le pilotage.....</i>	<i>11</i>
1.3. Les relations de la CNSA avec ses commanditaires et ses administrations de tutelle nécessitent d'être clarifiées.....	14
1.3.1. <i>Les relations entre la CNSA, ses tutelles et ses commanditaires sont marquées par plusieurs difficultés structurelles.....</i>	<i>14</i>
1.3.2. <i>Le passage de la CNSA au statut d'organisme gestionnaire d'une branche du régime général fait évoluer le rôle de la DSS et doit être l'occasion d'une clarification du rôle de chacune des tutelles.....</i>	<i>15</i>
1.3.3. <i>La CNSA doit pouvoir entretenir des relations structurées avec d'autres directions d'administration centrale pour piloter efficacement l'ensemble de ses missions.....</i>	<i>17</i>
<b>2. ANALYSE DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES (GRH) DE LA CNSA.....</b>	<b>18</b>
2.1. Les actions de la COG relatives à la gestion des RH, qui ont été mises en œuvre, sont en décalage avec les enjeux la CNSA et comportent un aspect de micro-management sur des points parfois secondaires.....	18
2.2. Certains indicateurs relatifs aux ressources humaines, particulièrement le <i>turn-over</i> , révèlent des faiblesses structurelles qu'il est impératif de bien prendre en compte pour la transformation de la CNSA en une véritable caisse nationale de sécurité sociale.....	19
2.2.1. <i>La gestion RH est complexe et effectuée avec peu de moyens.....</i>	<i>19</i>
2.2.2. <i>La gestion des effectifs est encadrée dans un plafond d'emplois fixé au dixième d'ETP qui prévoit une diminution des effectifs à la fin de la COG.....</i>	<i>22</i>
2.2.3. <i>La gestion des ressources humaines est fragilisée par un turnover très important dans l'ensemble de la structure, induisant une ancienneté moyenne faible et un haut taux de vacances.....</i>	<i>26</i>
2.2.4. <i>Le baromètre social fait apparaître la satisfaction de travailler à la CNSA mais une dégradation des indicateurs relatifs à la qualité de vie au travail.....</i>	<i>34</i>
2.2.5. <i>Un haut niveau de risques psycho-sociaux liés à la charge de travail, au fonctionnement et au management de la CNSA.....</i>	<i>36</i>
2.2.6. <i>Le séminaire tenu dans le cadre de la démarche interne de préparation de la cinquième branche apporte des éléments à prendre en compte.....</i>	<i>37</i>

<b>3. ANALYSE DE LA FONCTION ACHAT DE LA CNSA.....</b>	<b>39</b>
3.1. La gestion de la commande publique repose sur des moyens humains limités et un système d'information à la fois insuffisant et sous utilisé .....	39
3.1.1. <i>La CNSA gère la commande publique mais ne dispose pas d'une fonction achat.....</i>	<i>39</i>
3.1.2. <i>Le réseau de référents marchés, présents au sein des différentes directions de la CNSA, a plusieurs rôles, le principal étant la préparation de la programmation des marchés.....</i>	<i>42</i>
3.1.3. <i>Le déficit de compétences des agents de la CNSA en termes de commande publique apparaît comme un facteur de risque pour la Caisse.....</i>	<i>43</i>
3.1.4. <i>Au total, moins de trois agents sont chargés à plein temps de la commande publique ce qui est peu au regard du nombre de marchés passés et gérés.....</i>	<i>43</i>
3.1.5. <i>Cette fonction ne dispose pas d'un système d'information adapté.....</i>	<i>45</i>
3.2. Des achats essentiellement liés au métier et aux systèmes d'information qui y sont associés et non au fonctionnement.....	46
3.2.1. <i>Dans ses conditions d'utilisation actuelles, le système budgétaire et comptable présente des limites fortes si la CNSA veut réaliser un suivi adapté de ses achats.....</i>	<i>46</i>
3.2.2. <i>Les principaux achats sont liés au développement des systèmes d'information.....</i>	<i>47</i>
3.2.3. <i>Les achats de SI sont principalement des achats de prestations externes, pour l'essentiel liées aux projets métier.....</i>	<i>49</i>
3.2.4. <i>Les prestations liées aux systèmes d'information, sont assurées par un petit nombre de fournisseurs.....</i>	<i>50</i>
3.3. La COG passe à côté des enjeux des achats de la CNSA ce qui donne peu d'importance au caractère partiel de sa mise en œuvre.....	51

## 1. Analyse de la gouvernance, de l'organisation, et du pilotage de la CNSA

### 1.1. La gouvernance de la CNSA diffère de celle des autres caisses nationales de sécurité sociale

**La gouvernance de la CNSA repose sur trois instances : le conseil, le directeur, le conseil scientifique** (cf. encadré 1).

**Depuis la création de la CNSA, le conseil a un double rôle :**

- ◆ **un organe de gouvernance**, sans disposer toutefois de toutes les attributions d'un conseil d'administration classique. Il délibère sur le budget, mais cette compétence a toutefois été limitée par la LFSS 2021 aux budgets de gestion et d'intervention, (950,7 M€ sur les 31,7 Mds € de crédits de paiement inscrits au budget 2021, soit 3 % du budget) il détermine par ses délibérations les orientations de la convention d'objectifs et de gestion (COG), les principes selon lesquels doit être réparti le montant total annuel de dépenses de l'objectif global de dépenses encadrées et les objectifs à poursuivre dans le cadre des conventions avec les conseils départementaux<sup>1</sup>. Il approuve par ailleurs les comptes<sup>2</sup>. Ces fonctions sont comparables à celles des conseils des autres caisses de sécurité sociale (cf. encadré 2) ;
- ◆ **un lieu d'échange et de débat** sur tous les aspects de la politique de soutien à l'autonomie. À cette fin, la composition du conseil regroupe 52 membres, représentant l'ensemble des acteurs concernés par les champs d'action de la CNSA, notamment issus des associations œuvrant au niveau national en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées. Cette composition diffère de celle des conseils des autres caisses nationales de sécurité sociale, composés de 30 à 35 membres dont 26 représentants des organisations syndicales d'employés et d'employeurs (cf. encadré 2). Ce rôle a été renforcé par la LFSS 2021, qui prévoit que « *Le conseil peut être saisi par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes handicapées, des personnes âgées et de la santé de toute question relative à la politique de soutien à l'autonomie.* ».

Lors des votes, le nombre total de voix est de 91, dont 41 pour les représentants de l'État, et 50 pour tous les autres représentants. Les délibérations du Conseil sont adoptées à la majorité des suffrages exprimés.

**Le directeur est en charge de l'exécution des décisions du conseil et du bon fonctionnement de la CNSA.** Le directeur représente la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il signe les marchés, conventions et transactions au sens de l'article 2044 du code civil, est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de la caisse et vise le compte financier. Il recrute le personnel et a autorité sur lui (cf. encadré 1).

**Le conseil scientifique a un rôle défini de manière vague. Aux termes de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, « il assiste le conseil et le directeur dans la définition des orientations et la conduite des actions de la caisse ».** Dans les faits, il se réunit une à deux fois par an selon un ordre du jour préparé par la direction scientifique, et reste en marge des décisions stratégiques de la CNSA (cf. annexe VII).

---

<sup>1</sup> Article L. 14-10-3 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>2</sup> Article R. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles.

## Annexe III

### Encadré 1 : article L. 14-10-3 du code de l'action sociale et des familles modifié par la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020

I.-La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est dotée d'un conseil et d'un directeur. Un conseil scientifique assiste le conseil et le directeur dans la définition des orientations et la conduite des actions de la caisse.

II.-Le conseil est composé :

1° De représentants des associations œuvrant au niveau national en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées ;

2° De représentants des conseils départementaux ;

3° De représentants des organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et de représentants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

4° De représentants de l'État ;

5° D'un député et d'un sénateur ;

5° bis De représentants des régimes de base d'assurance maladie et d'assurance vieillesse ;

6° De personnalités et de représentants d'institutions choisis à raison de leur qualification dans les domaines de compétence de la caisse.

Le président du conseil est désigné par le conseil parmi les personnalités qualifiées mentionnées à l'alinéa précédent. Il est nommé par arrêté du ministre chargé de la protection sociale.

Le conseil élit trois vice-présidents choisis respectivement parmi les représentants des conseils départementaux mentionnés au 2°, les représentants des associations de personnes âgées mentionnés au 1° et les représentants des associations de personnes handicapées également mentionnés au même 1.

Le directeur assiste aux séances du conseil avec voix consultative.

Un décret en Conseil d'État précise la composition du conseil, le mode de désignation de ses membres et ses modalités de fonctionnement.

III.-Le conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie détermine, par ses délibérations :

1° Les orientations de la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale ;

2° Les objectifs à poursuivre, notamment dans le cadre des conventions avec les départements mentionnés à l'article L. 14-10-7, pour garantir l'égalité des pratiques d'évaluation individuelle des besoins et améliorer la qualité des services rendus aux personnes handicapées et aux personnes âgées dépendantes ;

3° Les principes selon lesquels doit être réparti le montant total annuel de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 ;

4° Les orientations des rapports de la caisse avec les autres institutions et organismes, nationaux ou étrangers, qui œuvrent dans son champ de compétence.

Le conseil est périodiquement tenu informé par le directeur de la mise en œuvre des orientations qu'il a définies et formule, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement.

**[Paragraphe ajoutée par la LFSS 2021]** Le conseil peut être saisi par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes handicapées, des personnes âgées et de la santé de toute question relative à la politique de soutien à l'autonomie.

Le conseil délibère également, sur proposition du directeur, sur les budgets nationaux de gestion et d'intervention.

IV. Le directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est nommé par décret.

Il est responsable du bon fonctionnement de la caisse, prépare les délibérations du conseil et met en œuvre leur exécution. A ces titres, il prend toutes décisions nécessaires et exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

Il rend compte au conseil de la gestion de la caisse.

Le directeur informe le conseil de la caisse des évolutions susceptibles d'entraîner le non-respect des objectifs déterminés par celui-ci.

## Annexe III

Dans le cadre d'une procédure contradictoire écrite, et pour assurer le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables au versement des dotations aux départements, le directeur peut demander aux départements les explications et les justificatifs nécessaires à l'analyse des données transmises à la caisse en application des articles L. 232-21 et L. 247-5.

Le directeur représente la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il signe les marchés, conventions et transactions au sens de l'article 2044 du code civil, est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de la caisse et vise le compte financier. Il recrute le personnel et a autorité sur lui. Il peut déléguer sa signature.

V. Le conseil scientifique peut être saisi par le conseil ou par le directeur de toute question d'ordre technique ou scientifique qui entre dans le champ de compétence de la caisse, notamment dans le cadre des missions mentionnées aux 3°, 4° et 5° du I de l'article L. 14-10-1.

La composition de ce conseil ainsi que les conditions de la désignation de ses membres et les modalités de son fonctionnement sont fixées par décret en Conseil d'État.

**[Paragraphe supprimée par la LFSS 2021]** [VI. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie transmet, chaque année, au Parlement et au Gouvernement, au plus tard le 15 octobre, un rapport présentant les comptes et le montant des fonds propres prévisionnels de la caisse, accompagnés d'un tableau récapitulatif des flux de disponibilités entrants et sortant, pour l'année en cours et l'année suivante ainsi que l'utilisation des ressources affectées à chacune des sections mentionnées à l'article L. 14-10-5. Ce rapport détaille notamment la répartition des concours versés aux départements en application du même article. Il dresse un diagnostic d'ensemble des conditions de la prise en charge de la perte d'autonomie sur le territoire national et comporte, le cas échéant, toute recommandation que la caisse estime nécessaire. Ce rapport comporte des indicateurs présentés par sexe.]

*Source : légifrance.*

### Encadré 2 : les conseils de la CNAM, la CNAF et la CNAV

*Conseil de la CNAM :*

**1/ Le Conseil de la CNAM se compose de 35 membres :**

- 13 représentants des assurés sociaux, désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national (CGT, CFDT, CGT-FO, CFTC, CFE-CGC) ;
- 13 représentants des employeurs, désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives (Medef, CPME, U2P) ;
- 3 représentants désignés par la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) ;
- 3 représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie, désignées par le ministre chargé de la Sécurité sociale : Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (Fnath), Union nationale des associations familiales (Unaf) et Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (Unaass) ;
- 1 représentant des associations d'étudiants : Fédération des associations générales étudiantes (Fage) ;
- 1 personnalité qualifiée dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie, désignées par le ministre chargé de la Sécurité sociale ;
- 1 représentant du conseil d'administration du CPSTI.

**2/ Le Conseil de la CNAM détermine les orientations concernant :**

- la contribution de l'Assurance Maladie à la mise en œuvre de la politique de santé ainsi qu'à l'organisation du système de soins, y compris les établissements de santé, et au bon usage de la prévention des soins ;
- les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en œuvre ;
- les propositions prévues à l'article L.111-11 relatives à l'évolution des charges et des produits de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie ;
- les orientations de la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L.227-1 ;
- les principes régissant les actions de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes ;
- les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'usager ;
- les axes de la politique de communication à l'égard des assurés sociaux et des professions de santé, dans le respect des guides de bon usage des soins et de bonne pratique établis par la Haute Autorité de santé ;

## Annexe III

- les orientations d'organisation du réseau des organismes régionaux, locaux et de leurs groupements ou unions ;
- les budgets nationaux de gestion et d'intervention.

Conseil de la CNAV :

1/ La CNAV est administrée par un conseil d'administration de 30 membres **comprenant** :

- **13 représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;**
- **13 représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;**
- **4 personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance vieillesse et désignées par l'autorité compétente de l'État, dont au moins un représentant des retraités.**

**Siègent également, avec voix consultative :**

- **1 personne désignée par l'Union nationale des associations familiales ;**
- **1 représentant désigné en son sein par l'assemblée générale du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ;**
- **3 représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.**

**2/ Le conseil de la CNAV arrête les orientations politiques de la branche vieillesse dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion signée avec les pouvoirs publics. Il vote les budgets et contrôle l'activité du directeur général et de l'agent comptable.**

Conseil de la CNAF :

1/ Le Conseil de la CNAF se compose de 35 membres :

- **13 représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;**
- **13 représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :**
- **10 représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;**
- **3 représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou organisations professionnelles des travailleurs indépendants représentatives sur le plan national ;**
- **5 représentants des associations familiales désignés par l'Union nationale des associations familiales ;**
- **4 personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'allocations familiales désignées par l'autorité compétente de l'État.**

**Siègent également, avec voix consultative, trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.**

**2/ Le conseil de la CNAF arrête les orientations politiques de la branche Famille dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion signée avec les pouvoirs publics. Il vote les budgets, fixe les règles d'utilisation du fonds national d'action sociale et contrôle l'activité du directeur général et de l'agent comptable.**

Source : code de la sécurité sociale : article L. 221-3, L. 222-5, L. 223-3 du code de la sécurité sociale, sites internet de la CNAM, CNAF, CNAV.



**Ces documents ne permettent pas d'avoir une vue consolidée de l'activité de la CNSA, des actions programmées avec les moyens affectés et par conséquent d'évaluer *ex ante* la capacité de la caisse à atteindre les objectifs qui lui sont fixés.** Le responsable de l'organisation transverse au sein de la direction générale a indiqué à la mission qu'un document consolidé de pilotage était à l'étude début 2021.

La mission souligne la faiblesse du pilotage des projets de système d'information pour lesquels la direction générale devrait disposer d'une programmation précise organisée par étapes, avec des prévisions de charge internes et externes et les budgets afférents (cf. annexe VI). Le déploiement du pallier 1 du SI-MDPH a nécessité l'implication personnelle du directeur de la CNSA.

**Proposition n° 1 : mettre en place un dispositif de pilotage de l'activité permettant de prévoir, d'organiser, de hiérarchiser et de suivre les actions ou la mise en œuvre de ses missions par la CNSA. Ce dispositif doit permettre à la CNSA d'avoir une vue consolidée de ses activités et doit être décliné au niveau de chaque direction avec un niveau de détail supplémentaire. Ce dispositif doit permettre de mesurer l'adéquation entre les missions et les moyens de la CNSA.**

#### **1.2.1.2. La direction générale dispose d'un tableau de bord pour suivre mensuellement l'activité de la CNSA qui pourrait être amélioré**

**Pour suivre l'activité de la CNSA, la direction générale dispose d'un tableau de bord mensuel qui compte 38 indicateurs d'activité** répartis en quatre catégories (ressources humaines, partenariats, systèmes d'information, fonctionnement interne) (cf. tableau 1) **et 17 indicateurs entrant dans le calcul de l'intéressement des agents** (cf. tableau 2). Bien que le tableau de bord permette de rassembler des informations nombreuses sur l'activité de la CNSA, plusieurs critiques peuvent être émises :

- ◆ **les indicateurs ne sont pas rattachés à des responsables** (directions ou agents) ;
- ◆ certaines catégories d'indicateurs sont transverses à plusieurs directions, voire à l'ensemble de la CNSA (ressources humaines, partenariats, fonctionnement interne) et d'autres sont spécifiques à une direction (systèmes d'information), sans logique évidente ;
- ◆ **certains indicateurs ne correspondent pas à ce niveau de pilotage** comme par exemple « le nombre d'actions de formations » ou « le suivi des frais de déplacement » ; d'autres nécessitent d'être revus dans leur mode d'élaboration comme la partie relative au système d'information (cf. annexe VI) ;
- ◆ **les indicateurs 2 à 5bis de la catégorie « partenariats » ne dépendent pas des équipes de la CNSA**, mais de ses partenaires. Ce sont des indicateurs intéressants à suivre, mais les équipes peuvent difficilement agir sur les résultats ;
- ◆ les indicateurs de suivi des projets de la DSI ne donnent pas suffisamment d'information pour permettre à la direction générale de réellement les *challenger* (cf. annexe 6).

**Le rattachement de certains de ces indicateurs à une logique d'intéressement n'est pas évident**, par exemple l'indicateur « 4 - Part des réunions nationales CNSA-ARS ayant donné lieu à un partage de pratiques horizontal entre ARS (cf. tableau 2). **L'intéressement ne bénéficie par ailleurs qu'aux agents UCANSS (cf. *infra* partie de l'annexe sur la GRH).**

## Annexe III

**Tableau 1 : indicateurs du tableau de bord de la CNSA**

Champ	Indicateurs
Ressources Humaines	1 - Conso prévisionnelle en fin d'année en ETPT
	2 - Nombre de recrutements en cours
	3 - Durée de vacance de postes (en mois)
	4 - Nombre de jours d'arrêt maladie
	5 - Nombre d'actions de formations
	6 - Nombre d'agents ayant eu une formation
Partenariats	1 - Nombre de conventions section IV signées / prévues
	2 - Taux de conso AE Conventionnement section V innovation-recherche
	2 - Taux de conso CP Conventionnement section V innovation-recherche
	3 - Taux de conso AE Section V investissement (DSI)
	3 - Taux de conso CP Section V investissement (DSI)
	4 - Taux de conso CP PAI section V
	5 - Taux de consommation AE des DRL
	5 - Taux de consommation CP des DRL
	5 bis - Taux de consommation AE de l'OGD
	5 bis - Taux de consommation CP de l'OGD
	6 - Serafin PH*
	7 - Réforme tarifaire des EHPAD*
	8 - Conventionnement Dept CNSA*
Systèmes d'information	1 - Projet de refonte HAPI*
	2 - Préparation de la campagne tarifaire N+1*
	3 - Disponibilité des SI d'import (ERRD / EPRD / CA)*
	4 - Tronc commun*
	5 - Echanges pôle emploi*
	6 - Echanges CAF*
	7 - Téléservices MDPH en ligne*
	8 - Centre de données MDPH*
	9 - Suivi des orientations*
Fonctionnement interne	1 - Suivi des frais de déplacement
	2 - Suivi des crédits de personnel de section VI
	3 - Suivi des dépenses d'investissement section VI
	4 - Nombre Bons de commande de plus de 6 mois sans SF
	4 - Montant Bons de commande de plus de 6 mois sans SF
	5 - Nombre Services faits de plus de 6 mois non soldés
	5 - Montant Services faits de plus de 6 mois non soldés
	6 - Nombre Opérations en dépassement de crédit
	7 - Montant Opérations en dépassement de crédit
7 - Délai global de paiement	

Source : CNSA.

\* : les indicateurs qualitatifs présentent l'état d'avancement des projets.

Pour les systèmes d'information, un code avec quatre couleurs représente l'état d'avancement du projet : « La tendance est analysée sur la base du respect ou non des 4 critères de risques suivants : la tenue du budget, la tenue de la planification les RH et le respect du périmètre fonctionnel. La tendance s'exprime selon 4 couleurs : Vert (pas de risque au regard des objectifs / 4 critères de risques) ; jaune (1 risque sur les 4 critères) ; orange (2 des 4 critères présente un risque à traiter) ; rouge (alerte sur au moins 3 critères) ».

Pour les autres catégories qualitatives : « La tendance s'exprime selon 3 couleurs : vert ; orange ; rouge » sans plus de précision.

## Annexe III

**Tableau 2 : indicateurs présents dans le tableau de bord de la CNSA entrant dans le calcul de l'intéressement**

Indicateurs	Champ
1 - Nb de MDPH ayant contractualisé avec la CNSA sur la question des SI	Partenariat
2 - Nombre de MDPH ayant remonté des données dans le centre de données SI MDPH	
3 - Nombre de départements et de MDPH pour lesquels au moins 2 types de professionnels ont été rencontrés	
4 - Part des réunions nationales CNSA-ARS ayant donné lieu à un partage de pratiques horizontal entre ARS	
5 - Nombre de réunions transversales associant ARS et CD/MDPH	
6 - Nb d'ESMS relevant de l'OGD ayant déposé leur CA ou ERRD N sur la plateforme de collecte de la CNSA entre le 1/1 et le 31/12/N+1 Rapporté au nb d'ESMS dans FINESS sur le périmètre financé par l'OGD	
7 - Nombre de connexions au portail Pour les personnes âgées en moyenne mensuelle	
8 - Nb d'appel à projet thématique "actions innovantes" conventionné dans l'année	
9 - Nombre de publications conformes au référentiel d'accessibilité sur cnsa.fr	Fonctionnement interne
10 - Nombre de fichiers en open data	SI
11 - Organisation de temps d'échange inter-directions, ouverts à tous les agents	Fonctionnement interne
12 - Limiter l'empreinte carbone en développant le recours aux réunions à distance	
13 - Baisse des frais de fonctionnement	
14 - Nombre de réunions du comité d'audit et de contrôle interne	
15 - Nombre de jours de stages et de CDD de personnes en situation de handicap	Ressources humaines
16 - Nombre d'EAE formalisés / nb d'EAE à réaliser pour une année	
17 - Réduction du nombre de factures avec un délai supérieur à 30 jours	Fonctionnement interne

Source : CNSA.

**Proposition n° 2 : réorganiser le tableau de bord de la direction générale, en lien avec la mise en place du document de pilotage, pour qu'il permette un suivi infra-annuel opérationnel de l'activité générale de la CNSA.**

### **1.2.1.3. Le contrôle interne de la CNSA est insuffisamment structuré et la fonction d'audit interne n'est pas assurée**

Selon l'Institut français de l'audit et du contrôle interne (IFACI), **le contrôle interne est un processus mis en œuvre par le conseil, le management et les collaborateurs d'une entité, destiné à fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation d'objectifs liés aux opérations, au reporting et à la conformité.** Il ne se confond ni avec le contrôle interne budgétaire, qui a pour objet de maîtriser les risques afférents à la poursuite des objectifs de qualité de la comptabilité budgétaire et de soutenabilité de la programmation et de son exécution, ni avec le contrôle interne comptable, qui a pour objet la maîtrise des risques afférents à la poursuite des objectifs de qualité des comptes, depuis le fait générateur d'une opération jusqu'à son dénouement comptable.

**Le déploiement du contrôle interne au sein de la CNSA n'est pas parvenu à se concrétiser compte tenu de l'occupation très intermittente du poste de responsable du contrôle interne.** Ce poste n'a en effet pas été occupé pendant toute l'année 2016. Il a ensuite été occupé par trois personnes depuis juin 2017 : un premier agent a été présent pendant douze mois, de juin 2017 à juin 2018, puis un deuxième agent a été présent trois mois et demi, d'août 2019 à décembre 2019, avant l'arrivée du responsable actuel en décembre 2020. Au total, le poste de responsable du contrôle interne a été vacant pendant 70 % du temps sur la période 2016-2019.

### Annexe III

Dans le cadre d'une mission d'appui au développement du contrôle interne réalisée en novembre 2020, le cabinet Ymago a réalisé un état des lieux du dispositif de contrôle interne de la CNSA. Il formule ainsi les sept constats suivants :

- ◆ le dispositif de contrôle interne s'est historiquement attaché à la formalisation des procédures ; de très nombreuses procédures ont déjà été rédigées (83 procédures sont ainsi disponibles aujourd'hui), avec un niveau de formalisme à géométrie variable, mais elles sont faiblement diffusées et peu utilisées ;
- ◆ le périmètre d'application du contrôle interne n'est pas uniforme et il est orienté autour des processus transverses ; le contrôle interne s'est initialement développé autour des processus financiers et juridiques, sans concerner les processus non financiers ;
- ◆ la stratégie de maîtrise des risques est inexistante ; le contrôle interne au sein de la CNSA souffre d'un déficit de formalisation et d'opposabilité et l'absence totale de plan d'actions est particulièrement préjudiciable ;
- ◆ le déploiement du contrôle interne a été réalisé par à-coups avec une absence de définition de responsabilité au sein des services, une fonction d'animation du contrôle interne occupée de façon intermittente et un déploiement largement porté par des ressources externes ;
- ◆ la gouvernance du pilotage de la maîtrise des risques est peu effective ; l'obligation réglementaire de présentation de la cartographie des risques et du plan d'action au conseil de la CNSA n'est pas respectée et le conseil, du fait de sa composition et de ses missions, ne constitue pas le cénacle adapté à la définition d'une stratégie de contrôle et à son suivi ;
- ◆ la sécurisation des activités repose largement sur la collégialité et sur des contrôles informels ; de nombreux dispositifs existent mais ne sont pas rendus opposables faute de formalisation ;
- ◆ la politique d'audit de l'utilisation des fonds versés est encore émergente ; elle est aujourd'hui peu formalisée et réduite aux audits réalisés par l'agent comptable à la demande de la direction générale sur le contrôle des bénéficiaires de subventions et de plans d'aide à l'investissement et aux quelques audits réalisés par des prestataires extérieurs.

**La transformation de la CNSA en organisme gestionnaire d'une nouvelle branche de sécurité sociale renforce de fait les exigences qui lui seront appliquées en termes de contrôle interne.** L'article L. 114-1-8 du CSS dispose ainsi que « *le directeur et le directeur comptable et financier d'un organisme de sécurité sociale conçoivent et mettent en place conjointement un plan de contrôle interne dont l'objet est d'assurer la maîtrise des risques de toute nature, notamment financiers, inhérents aux missions confiées à cet organisme* » et qu' « *ils élaborent et mettent en œuvre les plans d'action permettant de remédier aux déficiences constatées et d'améliorer l'efficacité de la gestion des missions de leur organisme* ». L'article D. 114-4-6 précise que le dispositif national de contrôle interne applicable aux organismes du régime général a pour finalité d'apporter une assurance raisonnable quant au respect des objectifs suivants :

- ◆ la conformité aux lois, règlements et conventions ;
- ◆ l'exactitude des montants de cotisations et contributions sociales et des autres prélèvements à recouvrer et des prestations liquidées ;
- ◆ la prévention des indus et le recouvrement des créances ;
- ◆ l'utilisation efficiente des fonds publics et des moyens de toute nature mis en œuvre, dans le respect des autorisations budgétaires annuelles et pluriannuelles ;
- ◆ la protection du patrimoine de l'organisme et des personnes ;
- ◆ la prévention et la détection des fraudes internes et externes ;

### Annexe III

- ◆ l'intégrité, la fiabilité et le caractère exhaustif des informations financières, comptables, budgétaires et de gestion.

**Le contrôle interne n'a pas été déployé dans toutes ses dimensions pendant la COG 2016-2019, de sorte que la Caisse ne dispose pas aujourd'hui d'un dispositif de contrôle interne complet et structuré. Désormais gestionnaire de la branche autonomie, la CNSA n'est pas en mesure de répondre aux exigences législatives appliquées aux organismes du régime général en matière de contrôle interne si celles-ci devaient lui être appliquées (cf. annexe V).**

Les caisses nationales de sécurité sociale du régime général disposent d'un service d'audit interne mais sa mission consiste plus à auditer le réseau que les services de la caisse nationale.

La CNSA ne peut pas, pour sa part, auditer ses réseaux, sauf lorsqu'ils bénéficient de subventions fléchées, par exemple au titre de la « section IV ». Il n'apparaît donc pas pertinent de doter la CNSA de moyens humains pour exercer cette fonction d'audit interne.

Pendant, pour le contrôle des ARS, la CNSA peut faire appel à la mission permanente d'audit des ministères sociaux, rattachée à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), qui intervient aussi dans les établissements publics opérateurs de ces ministères.

Pour ce qui est des diligences concernant les subventions fléchées, la CNSA peut faire appel à des cabinets d'audit.

**Proposition n° 3 : pérenniser la cellule contrôle interne et désigner des référents chargés du contrôle interne au sein de chaque direction et préciser leur rôle. Définir et formaliser les processus « transverses » et les processus « métiers » soumis au contrôle interne.**

Le poste de responsable du contrôle interne a été tenu de façon intermittente par trois agents différents depuis le début de l'année 2017. Auparavant positionné auprès de la direction des ressources il est depuis décembre 2020 rattaché à la direction générale. Plusieurs prestataires externes ont par ailleurs collaboré au développement du contrôle interne de la CNSA, notamment dans le cadre de la certification des comptes.

L'article D. 114-4-6 du CSS prévoit que « *le directeur et l'agent comptable de l'organisme national conçoivent et mettent en place conjointement un dispositif national de contrôle interne dont l'objet est d'assurer la maîtrise des risques de toute nature, notamment financiers, inhérents aux missions confiées à cet organisme* », ce qui signifie, dans l'hypothèse où cette disposition s'appliquerait à la CNSA, que :

- ◆ la direction générale est responsable du contrôle interne au sein de la Caisse. **Il conviendra de positionner le responsable du contrôle interne à l'endroit où il aura le plus de poids et de visibilité pour mener à bien ses missions ;**
- ◆ le responsable du contrôle interne doit voir préciser son périmètre de responsabilité transverse, ses attributions précises et sa capacité à mobiliser les directions dans le cadre de ses travaux ;
- ◆ le responsable du contrôle interne doit s'appuyer sur un réseau de référents identifiés au sein de chaque direction pour mettre en œuvre le contrôle interne.

Le déploiement du contrôle interne nécessite une définition préalable des responsabilités et de la gouvernance associée au dispositif ainsi que des contours du dispositif (domaines et périmètres à couvrir).

**Proposition n° 4: élaborer une cartographie des risques et un plan d'actions et les présenter au conseil de la CNSA.**

L'article 215 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique prévoit que « *dans chaque organisme est mis en place un dispositif de contrôle interne budgétaire et de contrôle interne comptable* ». L'arrêté du 17 décembre 2015 relatif au cadre de référence du contrôle interne budgétaire et comptable prévoit que l'organe délibérant « *doit disposer d'une vision globale des risques majeurs auxquels l'organisme est exposé ainsi que des actions mises en place pour leur couverture* » et qu'à ce titre, au moins une fois par an, il est informé de l'état de déploiement du contrôle interne budgétaire et du contrôle interne comptable de l'organisme et qu'il valide le plan d'action établi sur la base de la cartographie des risques budgétaires et des risques comptables.

Le champ du contrôle interne ne se limite pas aux processus budgétaires et comptables : en effet, selon la définition de l'IFACI, le contrôle interne est un processus mis en œuvre par le conseil, le management et les collaborateurs d'une entité, destiné à fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation d'objectifs liés aux opérations, au reporting et à la conformité. Il convient donc d'élaborer une cartographie des risques et de proposer un plan d'action pour l'ensemble des processus de la CNSA.

Cette démarche ne pourra être que progressive et la mission invite la Caisse et ses tutelles à définir les processus à aborder de manière prioritaire.

Il est indispensable que la CNSA se conforme à ses obligations réglementaires et qu'elle élabore une cartographie des risques et un plan d'action. Malgré les attributions particulières du conseil de la CNSA, qui fait de celui-ci davantage un espace d'échange et de réflexion que de pilotage exécutif de la gestion des risques il est souhaitable qu'elle présente ces documents à son conseil.

**1.2.2. La CNSA fait face à des problématiques de plus en plus transversales, son organisation en complique le pilotage**

**La CNSA est organisée en six directions** (cf. graphique 2) :

- ◆ deux directions métier : la direction de la compensation de la perte d'autonomie (DirComp) et la direction des établissements et services médico-sociaux (DESMS) ;
- ◆ quatre directions transverses : direction de l'information des publics et de la communication, direction des systèmes d'information, direction des ressources et direction scientifique.

**L'organisation des directions métiers repose sur une logique instrumentale :**

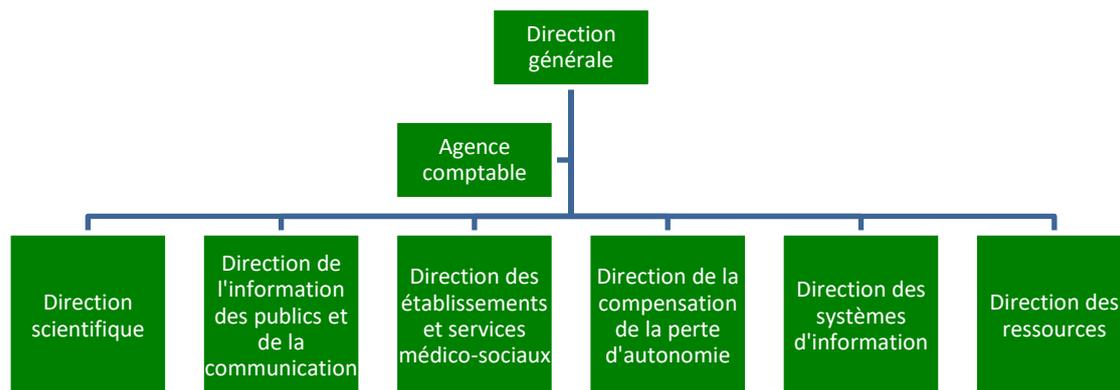
- ◆ la DESMS assure la répartition et le suivi de l'objectif général de dépense (OGD) qui finance les ESMS et, à cette fin, contribue au pilotage des ARS (cf. annexes IV et V) ;
- ◆ la DirComp anime les réseaux dépendant des départements (services des départements gérant l'APA, conférences des financeurs de la perte d'autonomie (CFPPA)).

**Cette organisation ne suit pas une logique de publics.** La politique publique du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes est ainsi gérée par la DirComp alors que la prise en charge en établissement des personnes âgées dépendantes est gérée par la DESMS.

**Cette organisation, adaptée aux premières missions de la CNSA, pose des difficultés croissantes avec la multiplication de projets transverses,** nécessitant par exemple une animation conjointe ARS/MDPH (réponse accompagnée pour tous, transformation de l'offre, communautés 360°, articulation EHPAD-SSIAD-SAAD, réforme des SAAD).

### Annexe III

**Graphique 2 : organigramme de la CNSA au 11 juin 2020**



*Source : CNSA.*

**La direction générale mobilise, pour piloter cette organisation, 27 comités et instances** (cf. tableau 3) dont :

- ◆ quatorze comités de suivi de projets, dont trois dédiés au suivi du SI-MDPH, trois dédiés au suivi de la plateforme Handicap et trois dédiés au programme ESMS numérique ;
- ◆ dix comités internes, dont un comité de direction et six comités de chacune des directions de la CNSA ;
- ◆ trois autres comités, relatifs à des objets transverses, dont la mise en place de la plateforme SERAFIN-PH, le pilotage des comités de financeurs et le comité de répartition des subventions de recherche et d'innovation.

**Tableau 3 : liste des différents comités et instances de pilotage présidés par la Direction Générale**

Niveau	Champ	Comité	Fréquence
Comitologie et pilotage projets niveau DG	SI MDPH	COMCOR (suivi interne)	Mensuel
		CSE (suivi éditeurs)	Mensuel pendant déploiement phase 1, bi- ou tri-mensuel ensuite
		Comité d'orientation stratégique (psdce cab SEPH)	Annuel
	Livret parcours inclusif	Copil (co-présidé MEN-Degesco depuis sept 20)	Mensuel
	Plateforme Handicap	Comité de coordination (+CDC)	Mensuel
		Comité stratégique (Cab PH)	Irrégulier
		Comité des parties prenantes (à compter de 12/20)	Semestriel
	Projet demande unique d'aides à l'autonomie à domicile des personnes âgées	COPIE expérimentation dossier unique	Suivant étapes expé
		Copil téléservice national (+ CNAV)	Mensuel
	Renouvellement des conventions pluriannuelles CNSA-CD 21-24	Comité de suivi (interne)	Mensuel
	Programme ESMS numérique & feuille de route MS	Costrat ESMS numérique	N.D.
		Copil Numérique et MS (pilotage DNS)	Tri- ou quadri-mestriel
		Codir ANS-CNSA	3 x par an. Suivi feuille de route commune
	Outils collaboratifs et CRM	Copil (psdce DGA)	N.D.
	Comité de direction	Hebdomadaire	

### Annexe III

Niveau	Champ	Comité	Fréquence
Comités internes	Comités métiers (suivi programme activités des directions & arbitrages)	Comité direction compensation :	Toutes les deux semaines
		Comité direction ESMS (établissements sociaux et médico-sociaux)	Toutes les deux semaines
		Comité direction de l'information des publics et de la communication	Toutes les deux semaines
		Comité direction des SI	Toutes les deux semaines
		Comité direction scientifique	N.D.
		Comité direction des ressources	N.D.
	Comité des managers	Mensuel	
	Commission des marchés	Selon activité marché	
	COPIL Contrôle interne	À redéfinir cf. recrutement contrôleur interne dec 20	
Autres comités	Comité stratégique Sérafin-PH	N.D.	
	Comité de pilotage de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie	N.D.	
	Comité des subventions (attribution des crédits de soutien aux actions innovantes)	Selon calendrier AAP	

*Source : CNSA, document transmis à la mission par la direction générale.*

A ces comités et instances s'ajoutent des réunions récurrentes, telles que les dialogues de gestion annuels organisés entre la CNSA et chaque ARS représentées par leur direction générale (cf. annexe IV).

**Si la direction générale peut ainsi suivre ou piloter l'activité des différentes directions, l'organisation de l'activité à la CNSA est structurellement confrontée à plusieurs défis :**

- ◆ une grande diversité de missions et de profils d'experts d'horizons divers, particulièrement à la direction de la compensation de la perte d'autonomie et la direction des établissements et services médico-sociaux, qui pose deux enjeux complexes : (i) éviter les effets « silos » et (ii) mettre en place des modes de gouvernance adaptés aux dossiers transversaux ;
- ◆ des relations limitées entre les directions. La direction scientifique apparaît ainsi largement indépendante du reste de l'activité de la CNSA, malgré des synergies potentielles évidentes avec les directions métiers (cf. annexe VII) ;
- ◆ le recours important à des prestataires et le fort *turn-over*, qui fragilise les conduites de projet, et la capitalisation des connaissances et des habitudes de travail ;
- ◆ le constat général d'un manque de temps des cadres pour assurer leur fonction de management dans la mesure où, jusqu'à un niveau d'encadrement élevé, ils ont en charge des dossiers opérationnels qui contraignent leur disponibilité.

**Ces fragilités se retrouvent dans le baromètre social de la CNSA, qui indique que 57 % des agents ne sont pas satisfaits de « l'organisation du travail au sein de [leur] organisme », le taux le plus élevé d'insatisfaction dans la catégorie « travail au quotidien » du baromètre. On retrouve ces ordres de grandeur dans l'étude qui a été conduite auprès des agents lors du séminaire interne sur la création de la cinquième branche : pour 52 % des répondants, le premier besoin pour la création de la cinquième branche est la création de nouveaux outils de pilotage. Ce besoin est loin devant le second qui ne recueille que 19 % des suffrages. Les impacts de l'organisation sur les ressources humaines sont abordés dans l'annexe III.**

**La multiplication des sujets transversaux (cf. annexe II), les fragilités dans le pilotage et les évolutions en cours et à venir liées à la cinquième branche (cf. annexe V et annexe VIII) doivent conduire la direction à réfléchir à l'organisation la plus adaptée de la direction générale et des directions, ainsi qu'aux outils adéquats de pilotage et de conduite du changement.** Plusieurs pistes, non étudiées par la mission, pourraient être explorées : nouvelle répartition des rôles entre la directrice et un ou plusieurs adjoints<sup>4</sup>, évolution de l'organigramme.

### 1.3. Les relations de la CNSA avec ses commanditaires et ses administrations de tutelle nécessitent d'être clarifiées

La mission a examiné les relations de la CNSA avec ses tutelles du point de vue de la CNSA. Elle n'a pas fait d'investigations spécifiques sur les compétences et l'organisation des tutelles, sauf lorsque la meilleure répartition était manifestement évidente (suivi des CPOM État-ARS et réforme tarifaire des ESMS-PH, cf. annexe VIII). La mission n'a pas eu accès aux réflexions menées avec l'appui de la DITP sur les réorganisations possibles au sein des ministères sociaux, ce qui constitue une limite à son périmètre d'investigation.

#### 1.3.1. Les relations entre la CNSA, ses tutelles et ses commanditaires sont marquées par plusieurs difficultés structurelles

**La CNSA est rattachée à plusieurs portefeuilles ministériels.** Lors de la mission, elle l'était ainsi au ministre des solidarités et de la santé, à la ministre déléguée auprès de lui, chargée de l'autonomie, au ministre délégué chargé des comptes publics et à la secrétaire d'État auprès du Premier ministre en charge des personnes handicapées. La multiplication des interlocuteurs complique les échanges, d'autant plus que la CNSA est le principal acteur national des politiques de l'autonomie et des personnes handicapées, les membres du Gouvernement en charge de ces politiques s'appuyant donc largement sur elle pour relayer leurs actions. **Cette situation est propice à une multiplication des commandes significatives hors COG, comme de commandes ponctuelles** qui impactent le travail quotidien des services et des agents. Si ce point est commun à nombre d'agences, la CNSA est, du fait de sa taille réduite, plus en difficulté que d'autres pour y répondre. Les commandes des cabinets ministériels ne sont pas retracées dans un document de suivi par la CNSA.

**La tutelle est partagée entre trois directions,** avec une répartition des rôles qui a récemment évolué (cf. *infra*) : la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) la direction de la sécurité sociale (DSS), la direction du budget (DB). Par ailleurs, la CNSA a des relations avec le SGMAS et avec d'autres DAC, y compris dans d'autres ministères du fait du caractère interministériel des politiques auxquelles elle contribue.

---

<sup>4</sup> À la CNSA, un directeur ou une directrice peut être tout aussi bien se référer à la directrice de la caisse qu'à celle d'une direction de la caisse. Il en va de même de leurs adjoints

### Annexe III

La relation formelle avec les tutelles pour le suivi annuel de l'activité se fait en outre dans le cadre budgétaire annuel, et dans le suivi annuel de la COG. Or celui-ci constitue un cadre stratégique affaibli par la démultiplication des objectifs en 162 actions et sous-actions conduisant à perdre de vue les grandes priorités, par ailleurs insuffisamment hiérarchisées (cf. annexe I).

Actuellement, les directions qui assurent la tutelle de la CNSA ne sont pas en capacité d'avoir une assurance raisonnable que la situation de la CNSA et son fonctionnement interne soient satisfaisants. Cela est accru par **l'absence d'outil de pilotage** de l'activité consolidée de la CNSA permettant un suivi et un *reporting* régulier (cf. *supra*). Les tutelles doivent avoir une connaissance de la Caisse suffisante pour être en mesure d'agir en cas d'évolution défavorable. Une certaine transparence des deux côtés est nécessaire pour que s'établisse un degré suffisant de confiance mutuelle.

L'absence d'une réflexion sur l'adéquation globale des moyens et des missions est une des illustrations marquantes des limites des relations entre les tutelles et la CNSA, le sujet des moyens étant dès lors abordé soit dans une logique d'activité marginale supplémentaire, sans prendre en compte le socle, ou soit dans une logique budgétaire de saturation des plafonds d'ETP.

**Proposition n° 5 : outre le caractère plus stratégique de la nouvelle COG et le renforcement du pilotage de l'activité de la CNSA, l'amélioration du dialogue entre la Caisse et ses tutelles devrait passer par :**

- ◆ **un accès facilité des directions d'administration centrale aux données de gestion de la CNSA pour limiter la multiplication des commandes ;**
- ◆ **un processus formalisé pour les commandes hors COG, qui permette de suivre les commandes à la CNSA et leur impact sur l'adéquation missions/moyens, et la rédaction d'avenants prenant acte des changements majeurs.**

#### **1.3.2. Le passage de la CNSA au statut d'organisme gestionnaire d'une branche du régime général fait évoluer le rôle de la DSS et doit être l'occasion d'une clarification du rôle de chacune des tutelles**

Trois directions ministérielles sont chargées de la tutelle sur la CNSA : la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la direction de la sécurité sociale (DSS) et la direction du budget (DB).

**La DGCS conserve une expertise irremplaçable sur le champ des politiques de l'autonomie, même si des efforts doivent se poursuivre pour clarifier son rôle par rapport à celui de la CNSA.**

**La tutelle principale est aujourd'hui assurée par la DGCS.** La COG 2016-2019 précisait ainsi dans ses orientations stratégiques :

*« Pour poursuivre de façon efficace et cohérente ces objectifs, l'État et la CNSA s'entendent sur des modalités de coopération fluides et efficaces :*

*Il revient à la CNSA de respecter et de mettre en œuvre, selon les délais fixés, les orientations définies dans la présente convention et d'informer la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) – qui assure la tutelle technique de la CNSA et, à cet effet, la coordination des administrations centrales – de toute difficulté rencontrée de nature à retarder ou à compromettre l'exécution de ses missions. »*

## Annexe III

La DGCS a la responsabilité de l'élaboration des textes législatifs et réglementaires, relatifs aux politiques de soutien à l'autonomie qui s'insèrent principalement dans le code de l'action sociale et des familles. Dans l'organisation actuelle, elle coordonne à ce titre les relations avec la DSS en vue de l'élaboration du PLFSS et de sa mise en œuvre. Sa tutelle est technique et budgétaire, notamment sur la vérification des répartitions budgétaires de du montant annuel des dépenses encadrées, la répartition du gel de précaution décidé dans le cadre de la maîtrise de l'ONDAM, et le lien avec les cabinets ministériels sur les arbitrages d'exécution infra-annuels.

Au sein de la DGCS, c'est la sous-direction des affaires financières et de la modernisation qui coordonne l'exercice de la tutelle sur la CNSA. Celle-ci et la sous-direction de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ont toutefois des relations régulières sur la mise en œuvre des politiques concernant ces deux publics.

La répartition des compétences entre la DGCS et la CNSA<sup>5</sup> donne à la première un rôle de conception des politiques et charge la seconde à la fois de contribuer à leur élaboration en fournissant des propositions et de contribuer au pilotage de leur mise en œuvre notamment par l'animation des réseaux territoriaux qui les mettent en œuvre à l'échelon local. Toutefois, ce principe ne suffit pas à définir en pratique un partage des rôles opérationnels entre des acteurs qui doivent collaborer. Si la CNSA est en charge de l'animation territoriale, d'une part, la DGCS est naturellement amenée à conduire des concertations avec les collectivités territoriales pour élaborer les politiques ; d'autre part, elle peut souhaiter, pour conserver un lien avec les réseaux territoriaux, conserver le pilotage direct de dispositifs qui pourrait être gérés par la CNSA. Ainsi malgré le cadre que constitue la convention d'objectifs et de gestion (COG), la DGCS et la CNSA sont amenées à intervenir ensemble sur les champs très larges qu'elles couvrent. Le rapport annuel de la Cour des comptes de 2018 notait à ce titre « des relations complexes » entre la CNSA et la DGCS, la ministre des solidarités et de la santé avait contesté le fait de faire précéder la définition des compétences du mot « en principe » car cette répartition était parfaitement claire. Elle n'avait pas contesté, en revanche, le constat selon lequel « en pratique » les champs d'intervention respectifs sont étroitement imbriqués, ce qui nécessite une concertation soutenue. La mission préconise une clarification pour rendre pleinement effective cette répartition (annexe VIII).

### **Encadré 3 : réponse de la ministre des solidarités et de la santé au chapitre du rapport annuel de la Cour des comptes de 2018 portant sur la CNSA**

#### ***I. Le lien entre la CNSA et ses tutelles***

*S'agissant des relations entre la CNSA et ses tutelles, le rapport indique que « l'interlocuteur privilégié de la CNSA est sa principale direction ministérielle de tutelle, la DGCS. Les relations entre ces deux structures sont complexes. En principe, la DGCS est chargée de l'élaboration des normes règlementaires et la CNSA de l'animation territoriale et de l'appui aux acteurs locaux. En pratique, leurs champs d'intervention respectifs sont étroitement imbriqués, ce qui nécessite une concertation soutenue ».*

Il me semble que les mots « en principe » devraient être retirés de l'avant dernière phrase. En effet, la distinction entre le rôle d'élaboration des normes dévolu à l'État et celui d'animation territoriale qui revient à la CNSA est parfaitement claire.

Cette distinction a d'ailleurs été confortée par la loi relative à l'adaptation de la société (ASV) au vieillissement du 28 décembre 2015, qui a renforcé le rôle de la CNSA en matière d'animation territoriale, notamment dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie.

*Source : rapport annuel 2018 de la Cour des comptes.*

<sup>5</sup> Rapport annuel de la Cour des comptes de 2018 portant sur la CNSA ; décret n° 2010-95 du 25 janvier 2010 relatif à l'administration centrale des ministères chargés des affaires sociales et portant création d'une direction générale de la cohésion sociale.

**La DSS a vocation à jouer un rôle accru dans l'exercice de la tutelle de la CNSA, en lien avec les nouvelles missions confiées à la Caisse, en complémentarité avec la DGCS.**

La DSS intervient essentiellement à deux niveaux : l'élaboration et le suivi de la COG et le pilotage de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de l'OGD. En dehors de ce pilotage financier global, au cours de la COG, elle n'est pas intervenue pour résoudre les problèmes entre la CNSA et les autres caisses nationales, comme par exemple les échanges entre les MDPH et les CAF.

La DSS peut être amenée à intégrer dans ces COG des objectifs interbranches et à promouvoir les meilleures pratiques. La DSS devra veiller à ce que les COG des autres branches intègrent les objectifs correspondant aux missions qu'elles exercent ou exerceront, en fonction de l'évolution de son périmètre, pour le compte de la branche autonomie.

**Avec la création de la cinquième branche, la DSS est amenée à prendre un rôle plus important justifiant un partage formalisé des responsabilités.** Certaines dispositions régissant les caisses nationales du régime général s'appliquent désormais à la CNSA dont celle sur le contenu et la conclusion des COG. Conformément à l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, le contenu des COG de la CNAM, de la CNAV, de la CNAF et de la CNSA sera identique. Leur élaboration est pilotée par la DSS, en association avec la DGCS dans le cas de la CNAF et de la CNSA. En outre, l'intégration de l'ensemble des recettes et dépenses de la CNSA dans le champ des LFSS conduira la DSS à des échanges plus rapprochés avec la CNSA pour élaborer les tableaux et annexes nécessaires.

**Proposition n° 6 : dans le nouveau contexte d'une cinquième branche, le rôle des tutelles doit évoluer. Le rôle accru de la DSS nécessite un partage formalisé des responsabilités et une coordination fluide avec la DGCS, notamment au sujet du pilotage de l'activité de la CNSA, de la construction du budget et de la définition du plafond d'emplois, et des évolutions du périmètre des missions de la CNSA.**

**1.3.3. La CNSA doit pouvoir entretenir des relations structurées avec d'autres directions d'administration centrale pour piloter efficacement l'ensemble de ses missions**

Les missions de la CNSA l'amènent à travailler avec des directions d'administrations centrales nombreuses et qui ne relèvent pas toutes des ministères sociaux ce qui donne à son action un caractère interministériel :

- ◆ la DREES, pour la coordination des travaux et enquêtes statistiques ;
- ◆ la DGOS pour les parcours ;
- ◆ la DGS pour la prévention de la perte d'autonomie ;
- ◆ le SGMAS pour le co-pilotage, l'appui et l'animation des ARS ;
- ◆ la DGEFP et Pole emploi pour l'emploi des personnes handicapées ;
- ◆ la DGESCO pour la scolarisation des enfants handicapés ;
- ◆ la DGCL pour le lien avec les collectivités territoriales ;
- ◆ la DHUP, pour le développement de l'habitat inclusif.

Les rôles de ces directions et de la CNSA dans la mise en œuvre de ces missions doivent être clarifiés dès leur conception, et la CNSA doit pouvoir échanger autant que de besoin avec elles dans la conduite opérationnelle de ses missions.

## 2. Analyse de la gestion des ressources humaines (GRH) de la CNSA

Les analyses suivantes s'appuient sur :

- ◆ des entretiens avec la direction des ressources, la responsable de pôle et son adjoint ;
- ◆ les bilans sociaux des années 2016 à 2019 ;
- ◆ différentes données fournies par la CNSA, notes sur les effectifs, notes relatives à des recrutements, rapport de prestataire sur les conditions de vie et de travail établi suite au suicide d'un agent<sup>6</sup>, baromètre social, document séminaire interne ;
- ◆ le tableau de suivi de la COG.

### 2.1. Les actions de la COG relatives à la gestion des RH, qui ont été mises en œuvre, sont en décalage avec les enjeux la CNSA et comportent un aspect de micro-management sur des points parfois secondaires

La COG 2012-2015 fixait un plafond d'emploi à 106,2 ETP en 2015. Ce plafond a, toutefois, été relevé en cours d'exécution de cette COG et porté à 114,2 en 2014 puis 119,2 en 2015, pour tenir compte des nouvelles missions qui allaient être confiées à la CNSA par la loi ASV<sup>7</sup> et la réforme de la tarification des ESMS pour personnes handicapées (projet SERAFIN)<sup>8</sup>. La CNSA estimait, toutefois, nécessaire d'augmenter ses effectifs de 4 ETP supplémentaires en 2016 et 2017 (soit un plafond de 123,2 ETP), cette augmentation pouvant être ramenée à 2 ETP en 2019 (soit un plafond de 121,2 ETP), pour faire face aux nouveaux chantiers à venir, notamment la réforme de la tarification des EHPAD et, surtout, la mise en place du SI commun des MDPH.

**Le calibrage du plafond d'emploi de la CNSA dans la COG 2016-2019 n'a pas suivi cette proposition en acceptant la hausse temporaire demandée mais en fixant une baisse des effectifs à partir de 2018, pour les ramener *in fine* à 117,2 ETP en 2019, soit à un niveau inférieur à celui atteint en 2015 (cf. Tableau 6), en contradiction avec l'accroissement des missions de la Caisse.** La fiche III faisait référence à l'augmentation du plafond d'emploi réalisée au cours de la COG précédente, notant qu'il répondait à « *un accroissement pérenne de ses missions et à son investissement majeur dans des réformes pluriannuelles* » mais n'apportait pas de justification à la baisse du plafond d'emplois imposée à partir de 2018.

**Tableau 4 : trajectoire du plafond d'ETP prévu par la COG 2016-2019**

2014 (E)	2015 (B)	2016 (B)	2017 (COG)	2018 (COG)	2019 (COG)
114,2	119,2	123,2	123,2	121,2	117,2

*Source : COG 2016-2019. (E) : exécuté ; (B) : budgété ; (COG) : projection COG.*

**La fiche III de l'axe 5 comporte trois actions et dix sous-actions.** L'État s'engage pour sa part à « *favoriser l'implication de l'assurance maladie et de la CNAF dans la poursuite de l'évolution du SI paye* »<sup>9</sup>. Globalement, six sous-actions ont été réalisées, trois ne l'ont pas été et une l'a été partiellement (cf. tableau 5).

<sup>6</sup> Mission d'appui pour la CNSA, diagnostic et préconisations suite à un événement grave – ERETRA, septembre 2020.

<sup>7</sup> La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement confiait de nouvelles missions à la CNSA, notamment : la mise en place d'un SI-MDPH, l'animation des conférences des financeurs et des EMS-APA, la politique d'accès aux aides techniques, la politique en faveur des aidants, etc.

<sup>8</sup> Source : note de la Directrice de la CNSA du 26 octobre 2015 au Directeur de cabinet de la Ministre des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes sur l'évolution des emplois de la CNSA pendant la période 2016-2019.

<sup>9</sup> COG 2016-2019, axe V, fiche III, Engagements de l'État/conditions de faisabilité.

## Annexe III

**Tableau 5 : tableau de synthèse de mise en œuvre des actions et sous action GRH de la COG**

Action / Sous action		Échéance	Réalisé
<b>Conduire une politique de ressources humaines cohérente avec celle de l'UCANSS et de l'État</b>			
1	Renouveler le diagnostic et le plan d'action sur les risques psycho-sociaux	2016	Oui
2	Refondre les procédures d'accueil (livret d'accueil)	2017	Non
3	Négocier et le cas échéant, signer un nouvel accord d'intéressement pour les agents UCANSS, avec des objectifs compatibles avec ceux fixés par la COG	2016	Oui
4	Etudier la possibilité de mise en œuvre d'un accord d'intéressement incluant les fonctionnaires et les agents de droit public et le négocier le cas échéant	2016-17	Oui
5	Poursuivre l'évolution du SI paye en intégrant des fonctionnalités nouvelles (congés et frais de missions) et en recherchant son interopérabilité avec le logiciel GBCP	2018	Non
6	Clarifier les règles de temps de travail et les possibilités de recours au télétravail	2016-17	Oui
7	Formaliser une politique de ressources humaines (GPEC) favorisant davantage d'anticipation (des besoins en renouvellement)	2017	Non
<b>Faciliter l'intégration des personnes en situation de handicap dans l'effectif de la Caisse</b>			
1	Diffuser régulièrement des informations internes et organiser des formations sur les conditions d'accueil et de travail de personnes en situation de handicap	2016	Partiel
2	Formaliser un partenariat avec des acteurs impliqués dans le recrutement de travailleurs handicapés	2016	Oui
<b>Mettre en œuvre la réforme de la formation professionnelle</b>			
1	Etudier les conditions et le coût du recours à un OPCA	2017	Oui

*Source : COG 2016-2019 ; mission.*

L'annexe I présente le détail de l'exécution de ces actions et sous actions. L'annexe I démontre aussi que les actions liées aux RH dans la COG n'étaient pas adaptées aux enjeux RH réels de la CNSA, et que la réalisation de ces actions ne permet pas de résoudre les problèmes que la CNSA rencontre dans ce domaine.

## **2.2. Certains indicateurs relatifs aux ressources humaines, particulièrement le *turn-over*, révèlent des faiblesses structurelles qu'il est impératif de bien prendre en compte pour la transformation de la CNSA en une véritable caisse nationale de sécurité sociale**

### **2.2.1. La gestion RH est complexe et effectuée avec peu de moyens**

#### **2.2.1.1. La diversité des statuts**

Comme dans d'autres opérateurs du secteur, la GRH de la CNSA est rendue plus complexe que celle d'organismes relevant d'une seule convention collective en raison de la coexistence d'agents de statuts différents : agents de droit privé soumis aux conventions collectives des organismes du régime général de sécurité sociale (conventions UCANSS), auxquelles la CNSA a adhéré, contractuels de droit public et fonctionnaires en détachement, provenant des trois fonctions publiques.

### Annexe III

La politique de recrutement a varié selon les directeurs. Le recours assumé à des contrats de droit public à durée limitée<sup>10</sup>, rendant plus aisé le non renouvellement, entre 2012 et 2018, passant de 0 ETP en 2012, à 11 ETP en 2016 et 20 ETP en 2018, a été remis en cause par la suite, retombant à 14 en 2019. En parallèle, on observe une augmentation des CDI UCANSS, soit à la fin des contrats à durée déterminée soit en premier recrutement,

Dans un contexte de plafond d'emplois contraint, et sans doute pour faciliter l'obtention d'emplois, les équipes de direction antérieure avaient utilisé des CDD pour des missions qui étaient considérées comme étant à durée déterminée, comme par exemple le SI-MDPH et équipe Sérafin-PH<sup>11</sup>.

La directrice actuelle a fait évoluer cette doctrine partant du constat que ces missions étaient susceptibles de se poursuivre sur une durée relativement longue et avec la volonté de limiter l'emploi précaire à la CNSA. De ce fait la CNSA vise à recourir à des CDD à la marge, pour des missions effectivement de courte durée ou « *pour plus de souplesse de gestion* ».

**Tableau 6 : répartition des ETPT selon les statuts**

	2015	2016	2017	2018	2019	Variation
Fonctionnaires	21,6	19,6	17,5	16,1	16,0	- 5,6
CDD droit public	16,9	11,4	15,5	20,1	14,0	- 2,9
UCANSS CDI	71,6	79,4	78,8	81,5	81,2	9,7
UCANSS CDD ET DP moins un an	4,5	8,9	8,5	0,0	3,9	- 0,6
<b>Total</b>	<b>114,6</b>	<b>119,3</b>	<b>120,3</b>	<b>117,8</b>	<b>115,1</b>	<b>0,6</b>

Source : bilans sociaux.

Ces différences de statuts conduisent à des différences de traitement dans les barèmes de rémunération, la prise en charge des frais de déplacement (délibération du conseil « *rapprochant* » les frais de repas, mais différence maintenue pour les nuitées) ou l'existence d'un intéressement (cf. *supra*).

#### **2.2.1.2. Une population de cadres très majoritaire et des fonctions de direction principalement occupées par des fonctionnaires en détachement**

Seulement 10 % des effectifs de la CNSA ne relèvent pas d'un statut de cadre.

Les principales fonctions de direction sont occupées par des fonctionnaires. Les agents relevant de la convention collective UCANSS comportent essentiellement des cadres mais aussi tous les agents non cadres.

#### **2.2.1.3. Un pôle RH qui, manquant de moyens et d'outils, sous traite certaines fonctions**

**Le pôle RH comporte une responsable et trois agents pérennes : un adjoint, un gestionnaire RH et un gestionnaire paie et congés.** La quatrième personne figurant sur l'organigramme au 11 juin 2020 avec le titre de chargée de mission RH était un CDD de renfort parti à la date de la mission.

<sup>10</sup> Initialement, ce mode de recrutement avait été introduit avec des CDD de trois ans pour les chefs de projet informatique dans le but à la fois la négocier avec le contrôleur budgétaire une rémunération plus élevée et de tester la compétence de ces agents sur la durée d'un projet moyen.

<sup>11</sup> On ne peut exclure que les tutelles comme la CNSA n'aient pas été dupes de l'irréalisme de cette présentation mais que chacun des partenaires l'ait ignoré pour des raisons d'affichage renvoyant le sujet de la consolidation de ces emplois à une période ultérieure et à leurs successeurs.

### Annexe III

**Le pôle RH a en charge la gestion individuelle des agents, dont la paye (salaires et cotisations sociales) et la gestion des relations collectives.** Elle prépare les éléments pour le suivi de la masse salariale communiqués au pôle budget finances. Le pôle RH n'est pas touché par un *turnover* important comme le reste de la CNSA, mais n'apparaît pas en mesure de mettre en œuvre tout ce qui lui est demandé.

Le pôle estime que les missions récurrentes sont lourdes et ne laissent pas assez de temps pour conduire des projets (plan RPS, déploiement d'outils, négociation d'accords, QVT, diffusion de l'information ...) mais aussi de situations imprévues comme les alertes RPS.

Cela l'amène à sous-traiter :

- ◆ certaines prestations en appui de projet (RPS, SI) ;
- ◆ des besoins spécifiques : avocats pour des besoins d'expertise et d'appui dans des contentieux, recrutements (chasseur de têtes pour des postes très spécifiques avec des difficultés de recrutement ; ex : contrôleur interne) ;
- ◆ les entretiens professionnels, d'un commun accord avec les représentants du personnel qui apprécient un regard extérieur mais ce choix affaiblit le management intermédiaire, cet entretien étant considéré aussi comme une opportunité pour celui-ci de jouer son rôle.

#### **L'incomplétude fonctionnelle du SIRH explique le manque d'outils de la GRH.**

Après une externalisation de la paye auprès de la CPAM 92 qui n'a pas été un succès en termes de service, la CNSA a, en 2013, lorsque la CPAM a changé de système, ré internalisé cette gestion avec un progiciel conçu pour les agents de droit privé qui est aussi utilisé pour les agents de droit public au prix d'un certain nombre de « *forçages* ». L'objectif est de faire assurer la paye des agents de droit privé par ce logiciel et de faire assurer la paye des agents de droit public par la DGFIP, cela ne pourra se faire avant 2022, date à laquelle la DGFIP mettra en œuvre la DSN<sup>12</sup>. Le logiciel n'est pas interfacé avec le logiciel budgétaire et comptable qui est alimenté par la saisie des écritures comptables correspondantes.

En dehors de la paye, le SI-RH consiste en quelques progiciels couvrant des fonctions spécifiques, complétés par une série de tableurs (le chiffre de plus de 60 a été donné dans un entretien à la DSI) ; la période récente est marquée par un effort pour adopter des progiciels simples qui couvrent des fonctionnalités spécifiques, utilisés ou en cours de choix. En dehors des éléments figurant au tableau ci-dessous, la gestion individuelle et collective est effectuée avec des tableurs, ce qui est facteur de perte de temps et d'erreurs, alors que même des PME qui n'ont pas de DRH acquièrent aujourd'hui des progiciels de gestion. En dépit de la demande de la mission, la CNSA n'a pas fourni la liste des tableaux utilisés. L'essentiel du personnel relevant d'une convention collective de droit privé, l'adoption d'un progiciel pourrait raisonnablement être envisagé pour voir s'il est possible d'alléger le travail des agents<sup>13</sup>.

**Tableau 7 : couverture fonctionnelle RH**

Domaine fonctionnel	Produit
Gestion des congés	FIGGO
Paye	GRH (produit OSS)
Suivi du temps de travail	TIMMY en cours de déploiement
Gestion des recrutements	TALENTS'IN
Entretien annuel	Projet non commencé

*Source : bilans sociaux.*

<sup>12</sup> La CNSA avait préparé la bascule au 1<sup>er</sup> janvier 2021 (information des agents de droit public), elle a appris le 17 novembre 2020 qu'elle était reportée d'un an.

<sup>13</sup> Pour les agents de droit privé, un progiciel du marché conviendra. Il restera des suivis complémentaires pour les agents de droit public, la capacité de paramétrer le progiciel pour couvrir ce besoin sera un élément de choix.

## Annexe III

Un accord de 2018 prévoit de mettre en place le suivi du temps de travail. Celui-ci est effectué avec un outil déclaratif (TIMMY), qui permet de suivre les heures effectuées pour vérifier à la fois le respect des heures de travail et le non dépassement de la durée légale du travail.

L'accord de 2018 a défini les agents les agents pouvant être éligibles au forfait. La CNSA a indiqué que « *le forfait ne pouvant être imposé à l'agent, l'organisation de son temps de travail est le fruit d'une concertation avec son manager, ce qui revient effectivement à dire que si le salarié ne veut pas être au forfait, il choisit les horaires variables<sup>14</sup>* ». Pour être plus transparente sur ce sujet, « *la CNSA mentionne bien dans les offres d'emploi que les postes sont éligibles au forfait pour que ce sujet par la suite ne fasse pas débat entre l'agent et son manager* ».

Un besoin nouveau est un « coffre-fort électronique » pour les feuilles de paye dématérialisées. Pour les agents de droit public, la CNSA envisage d'adhérer à l'ENSAP.

### 2.2.2. La gestion des effectifs est encadrée dans un plafond d'emplois fixé au dixième d'ETP qui prévoit une diminution des effectifs à la fin de la COG

La COG ne précisant pas la notion d'effectifs utilisée pour suivre le plafond d'emploi le choix a été fait par la CNSA de manière transparente avec ses tutelles de retenir pour ce faire la notion d'ETPT qui est la seule qui permet de faire le passage avec la masse salariale.

#### Encadré 4 : rappel des notions d'effectifs

Les effectifs peuvent être comptabilisés de trois manières :

- Les effectifs physiques : nombre d'agents ;
- Le nombre d'équivalents temps plein (ETP) : nombre d'agent \* quotité de travail ;
- le nombre d'équivalents temps pleins travaillés (ETPT) : nombre d'agent \* quotité de travail \* période d'activité dans l'année.

*Source : mission.*

#### 2.2.2.1. Le plafond d'emplois n'a pas été construit sur une adéquation des missions et des moyens

**Le plafond d'emplois constaté fin 2015 est supérieur à celui qui était prévu pour la COG antérieure du fait de la création 13 postes en 2014 et 2015 :**

- ♦ 2 en 2014 pour le portail PA ;
- ♦ 6 pour la mise en œuvre de la loi ASV (3 en 2014 et 3 en 2015) ;
- ♦ 5 pour le projet SERAFIN en 2015.

**La trajectoire du plafond d'emplois a été fixée à partir d'une réflexion sur les efforts marginaux de la CNSA au regard de nouvelles compétences plutôt que d'une réflexion globale sur l'adéquation entre ses moyens et ses missions.**

Les demandes de la CNSA ne sont pas fondées sur une analyse des besoins nécessaires à la mise en œuvre de son socle d'activité et des projets nouveaux inclus dans la COG, elles comportent uniquement des demandes correspondant à des actions nouvelles. Les propositions des directions d'administration centrale ne sont pas non plus fondées sur une analyse missions/moyens mais résultent d'une discussion à la marge, essentiellement en réaction à l'application demandée par le ministère des comptes publics de la norme de suppression d'emplois fixée globalement pour les établissements publics.

<sup>14</sup> Pour rappel, la différence entre les deux régimes réside dans le droit à récupération des heures effectuées au-delà de la durée hebdomadaire du travail pour les agents qui ne sont pas au forfait.

### Annexe III

**Les demandes initiales de la CNSA** ont été réduites comme le montre le tableau ci-dessous, qui donne l'objet de chaque demande et le nombre d'ETP demandé. La première demande est formulée en deux fois, 5,5 ETP (hors SI-MDPH), portée à 7,5 ETP en prenant en compte le programme SI-MDPH (notes du 11 septembre et 13 octobre 2015), la seconde demande est réduite à deux postes dans sa dernière version. La note du 26 octobre 2015 indique fortement qu'il faudrait diminuer l'ambition de la COG mais ne dit pas clairement ce qui ne pourra pas être mis en œuvre. En particulier les effets des redéploiements importants sur les actions ne sont pas expliqués.

**Tableau 8 : Demandes de la CNSA en ETP**

Motif de la demande	ETP demandés			Commentaire
	Note du 11/09/2015	Note du 13/10/2015	Note du 26/10/2015	
Gestion nouveaux concours (APA 2 conférence financeurs forfait autonomie)	0,25	0,25	-	-
Gestion du fonds accessibilité	0,25	0,25	-	-
Mise en œuvre accompagnement réforme tarifaires EHPAD	1	1	1	-
Transfert enveloppe ESAT	1	1	-	-
Accompagnement renforcé MDPH	3	3	-	-
Adaptation SI aux réformes urbanisation et sécurisation des fonctionnements	4	4	2	Restreint ARS
Redéploiement hors SI MDPH	- 4	- 5,5	- 5,5	-
Pilotage aides techniques	-	-	1	-
SI MDPH	Non chiffré	8,9	8,9	-
Redéploiement SI MDPH	Non chiffré	- 5,4	- 5,4	-
<b>Total</b>	<b>5,5</b>	<b>7,5</b>	<b>2</b>	<b>-</b>

*Source : CNSA. Notes du 11/9/2015 et du 26/10/2015 qui rappelle le contenu de la note du 13/10/2015 non fournie*

Les positions des tutelles sont reproduites ci-dessous. La DB propose une réduction de deux ETP par an soit huit ETP, correspondant à une politique générale de réduction des effectifs des opérateurs de l'État. Les propositions de la DSS sont une stabilité pendant les deux premières années et une réduction de trois par an pendant les deux dernières années de la COG pour une réduction totale de six ETP. La proposition commune de la DGCS et du SGMAS est une augmentation de deux pour deux ans et une réduction de trois les deux années suivantes pour un solde de moins un.

Aucun des documents fournis à la mission n'aborde les effets de ces propositions sur le fonctionnement général de la CNSA et sur sa capacité à réaliser les missions qui lui sont confiées par la COG. Aucune réflexion n'est par ailleurs conduite sur la façon dont la CNSA pourra réduire ses effectifs en fin de période, rendant ces prévisions peu opérantes.

**Tableau 9 : positions de tutelles**

Tutelles	Solde final	Répartition
DB	- 8	- 2 par an
DSS	- 6	Stabilité 2016-2017 ; - 6 en 2018-2019
SGMAS DGCS	- 1	+ 2 en 2016 2017 ; - 3 2018-2019

*Source : CNSA.*

**Le plafond d'emploi a été ainsi fixé sans examen de l'adéquation missions moyens du socle de missions et des missions nouvelles de la CNSA. La baisse du plafond d'emploi à partir de 2018 ne correspondait pas à l'abandon de certaines missions ni à l'achèvement de certains chantiers, comme le SI-MDPH.**

### 2.2.2.2. Le plafond d'emplois a été respecté tout au long de la COG

L'annexe 3 de la COG trace une trajectoire indicative des emplois avec un plafond fixé en ETP, sans indiquer de date de référence, de 119,2 en 2015, 123,2 en 2016 et en 2017, 121,2 en 2018 et 117,2 en 2019. En pratique, le plafond d'emplois a été suivi en ETPT (cf. tableau 10).

Le plafond d'emplois en ETPT a été respecté, avec un différentiel moyen sur la période 2016-2019 de - 3,1 ETP par rapport au plafond d (cf. tableau 11).

L'écart entre le plafond d'emploi et les ETPT réalisés baisse au cours du temps pour s'établir au 2019 à la différence la plus basse enregistrée depuis 2013 soit 2,06 ETPT et 1,8 % du plafond.

**Tableau 10 : évolution prévue du plafond d'emplois**

	2015	2016	2017	2018	2019
Plafond d'emploi en ETPT	119,2	123,2	123,2	121,2	117,2
base 100	100,0	103,4	103,4	101,7	98,3
variation / 2015	-	4	2	-2	-2
variation année	-	4	-2	-4	0

Source : CNSA.

**Tableau 11 : plafond d'emplois et ETPT réalisés**

ETPT	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Plafond emploi	106,2	114,2	119,2	123,2	123,2	121,2	117,2
ETPT réalisés	101,11	104,17	114,55	119,28	120,27	117,78	115,14
Ecart	- 5,09	- 10,03	- 4,65	- 3,92	- 2,93	- 3,42	- 2,06
Non réalisé	- 4,8 %	- 8,8 %	- 3,9 %	- 3,2 %	- 2,4 %	- 2,8 %	- 1,8 %

Source : bilans sociaux.

À ces effectifs permanents s'ajoutent en nombre limité des mises à disposition et un recours décroissant au travail temporaire.

Les MAD entrants ne figurent pas dans le plafond d'emploi car ce dispositif est neutre pour l'effectif global des administrations publiques. Ces MAD sont remboursées et viennent accroître les frais de fonctionnement pour lesquels la COG fixe un objectif de réduction.

**Tableau 12 : MAD et ETP de travail temporaire**

MAD	2014	2015	2016	2017	2018	2019
MAD Nombre	-	-	4	4	3	4
MAD ETPT	-	-	2,1	2,26	2,1	2,2
ETP travail temporaire	1,9	0,92	0,94	0,68	2,03	0,53

Source : bilans sociaux. Les effectifs de travail temporaire sont donnés en ETP et non en ETPT mais pour ce type d'emploi on a généralement ETP=ETPT.

La masse salariale a augmenté entre 2014 et 2017, avant de redescendre entre 2017 et 2019, en valeur et par ETPT. La masse salariale a augmenté de 9,5 M€ en 2014 à 11,5 M€ en 2017 avant de redescendre à 10,7 M€ en 2019.

**Tableau 13 : évolution de la masse salariale**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Variation
MS	9 454 366	10 368 843	10 620 379	11 482 090	11 006 624	10 743 690	-
Variation	-	9,7 %	2,4 %	8,1 %	- 4,1 %	- 2,4 %	13,6 %
MS par ETPT	90 759	90 518	89 037	95 469	93 451	93 310	-

Source : bilan social.

### Annexe III

#### **2.2.2.3. La diminution des effectifs prévue par la trajectoire du plafond d'emplois entre 2017 et 2019 a donné lieu à des variations faibles en nombre, différentes entre les périodes, qui apparaissent contingentes**

Les bilans sociaux donnent la répartition des ETP au 31 décembre, ce qui ne permet pas d'avoir une vision de la réalité des moyens disponibles pendant l'année. La mission suggère que la CNSA ajoute une information sur les ETPT moyens de l'année qui donnent une vision complémentaire très utile à la bonne compréhension des enjeux RH.

La période 2015-2017 s'analyse en deux temps :

- ◆ entre 2015 et 2017 les effectifs augmentent de 5,7 ETPT (5 % des effectifs de 2015) ;
- ◆ entre 2017 et 2019 ils diminuent de 5,13 ETPT (4,5 % des effectifs de 2015).

Le solde final est de 0,55 ETPT soit + 0,5 % des ETPT de 2015.

**Tableau 14 : évolution des ETPT par direction entre 2015 et 2019**

	2015	2016	2017	2018	2019	var 2015-19	var 2015-17	var 2017-19
DG	4,95	6,61	7,89	8,15	7,02	2,07	2,94	-0,87
AC	5,67	6,13	6	6	5,88	0,21	0,33	-0,12
Direction Scientifique	5,44	5,08	3,38	3,6	4,78	-0,66	-2,06	1,4
Communication	7,48	7,58	7,75	7,5	7,9	0,42	0,27	0,15
DSI	15,92	17,56	19,2	19,26	16,58	0,66	3,28	-2,62
DAGF/DR	19,84	17,65	17,9	18,59	19,25	-0,59	-1,94	1,35
Compensation	26,19	29,83	29,09	26,71	27,49	1,3	2,9	-1,6
DESMS	29,06	28,84	29,02	27,95	26,2	-2,86	-0,04	-2,82
<b>Total</b>	<b>114,55</b>	<b>119,28</b>	<b>120,23</b>	<b>117,76</b>	<b>115,1</b>	<b>0,55</b>	<b>5,68</b>	<b>-5,13</b>

Source CNSA.

Ces évolutions sont donc limitées, tant au global que par directions, mais il faut les mettre en rapport avec (1) la taille restreinte de la CNSA, (2) l'évolution de son périmètre et la multiplication des missions, qui a abouti à une spécialisation forte de chaque agent. Une diminution d'un ETP peut ainsi désorganiser le fonctionnement d'une direction ou dégrader la capacité de la CNSA à conduire une mission. Dans le détail :

- ◆ la DG se renforce de 3 ETPT puis perd 1 ETPT pour se stabiliser à un gain de 2 ETPT<sup>15</sup> ;
- ◆ l'agence comptable est stable ;
- ◆ la direction scientifique perd 2 ETPT pendant la période de renforcement et en récupère 1,5 ETPT pendant celle de diminution ;
- ◆ la communication gagne faiblement pendant les deux périodes pour atteindre + 0,5 ETPT ;
- ◆ la DSI gagne un peu plus de 3 ETPT et en perd un peu plus de 2,5 ETPT pour se stabiliser à un gain de 0,5 ETPT ;
- ◆ la DR perd près de 2 ETPT en première période gagne un peu moins de 1,5 ETPT en seconde pour une diminution un peu supérieure à 0,5 ETPT ;
- ◆ la direction de la compensation gagne près de 3 ETPT en première période et en perd un peu plus de 1,5 ETPT en seconde pour une augmentation totale un peu inférieure à 1,5 ETPT ;
- ◆ la DESMS stable en première période perd près de 3 ETPT pendant la seconde.

<sup>15</sup> Les chiffres sont arrondis à la demi-unité.

### 2.2.2.4. La formation n'appelle pas de remarque spécifique

Le mode de comptabilisation des bénéficiaires de formation a changé en 2018 : avant la CNSA ne retraçait dans son bilan social que le nombre de stagiaires, depuis elle produit le nombre d'agents formés. Ce changement est dû à l'adhésion à l'OPCO Uniformation ; Il conduit à une rupture de séquence dans les bilans sociaux et à diminuer le nombre qui y apparaît puisqu'un agent peut participer à plusieurs actions de formation,

Le tableau ci-dessous qui retrace les données de formation figurant dans les bilans sociaux appelle les commentaires suivants :

- ◆ le budget connaît des variations qui n'appellent pas de commentaire spécifique ;
- ◆ le taux d'exécution est faible en 2015 et 2016 pour retrouver un bon niveau par la suite ;
- ◆ le nombre d'agents formés en 2018 apparaît particulièrement élevé à 111 agents formés sans que ce niveau, confirmé par la CNSA, n'ait été expliqué par elle.

**Tableau 15 : formation**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Budget	157 000	177 500	178 000	189 000	191 000	188 000
Dépenses	151 212	134 509	135 976	176 306	175 574	173 261
Taux exécution	96 %	76 %	76 %	93 %	92 %	92 %
Actions	171	151	127	114	95	83
Heures de stage	2 428	3 082	1 795	2 981	3 196	2 351
Nombre personnes	77	83	85	69	<b>111</b>	89
	<b>Stagiaires</b>				<b>Agents formés</b>	

*Source : bilans sociaux. Le chiffre du bilan social 2016 (92587) était erroné car ne comportant pas le montant de la cotisation à Uni formation il a été corrigé.*

### 2.2.3. La gestion des ressources humaines est fragilisée par un turnover très important dans l'ensemble de la structure, induisant une ancienneté moyenne faible et un haut taux de vacances

#### 2.2.3.1. Le taux de renouvellement annuel des agents s'élève en moyenne à 33,5 % sur la période 2016-2019

Entre 2016 et 2019, 156 personnes sont entrées à la CNSA et 159 personnes en sont sorties, portant le taux de renouvellement annuel moyen<sup>16</sup> à 33,5 %. Hors CDD de moins d'un an, ce taux est de 19,5 % (cf. tableau 16).

Les données de turnover sont calculées dans les bilans sociaux en prenant en compte toutes les entrées et toutes les sorties, y compris pour les CDD de remplacement. Jusqu'en 2018 les changements de statuts au sein de la CNSA sont comptabilisés à la fois en entrée et en sortie<sup>17</sup>. La mission a repris les chiffres non corrigés, pour lesquels elle avait une série portant sur l'ensemble de la période.

<sup>16</sup> Demi-somme du nombre de salariés partis et du nombre de salariés arrivés au cours de l'année divisée par le nombre initial de salariés en début d'année.

<sup>17</sup> Au nombre de 14 sur la période soit 2,3 par an ils ne modifient pas sensiblement le constat

## Annexe III

**Tableau 16 : éléments de turnover**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nombre entrées	23	38	39	46	31	40
Nombre sorties	18	21	44	41	37	37
Taux entrée (%)	-	35,5	31,2	39	25,8	34,5
Taux sortie (%)	-	19,6	36,1	34,7	30	31,9
Taux renouvellement (%)	-	34	36,1	36,9	27,9	33,2
Taux renouvellement hors CDD 1 an et moins (%)	-	-	19,7	19,5	17,1	21,6

*Source : bilans sociaux.*

La comparaison de la CNSA, organisme de petite taille composé essentiellement de cadres, avec d'autres structures comporte des limites. Sous cette réserve des différences sont toutefois notables. Le taux d'entrée dans les trois fonctions publiques, en 2018 est de 8,7 %, et son taux de sortie de 8,1 %<sup>18</sup> (respectivement 8,3 % et 7,4 % pour la fonction publique d'État). Pour le régime général le taux d'entrée pour les recrutements en CDI est de 4,8 % de l'effectif total et le taux de départ hors retraite de 2,25 % de l'effectif<sup>19</sup>.

### 2.2.3.2. L'ancienneté est faible, particulièrement pour les agents de direction

**Les personnes qui sont là depuis moins de quatre ans représentent 54 % du personnel en 2019** (cf. tableau 17).

Les bilans sociaux curieusement donnent une répartition de l'ancienneté par strate mais pas l'ancienneté moyenne ce qui pourrait être aisément corrigé et donnerait une information utile.

**Tableau 17 : effectifs au 31/12 selon l'ancienneté de 2015 à 2019**

	2015	2016	2017	2018	2019
< 1	27	25	32	20	27
1-2	14	15	16	21	13
2-3	16	10	12	15	15
3-4	10	10	8	7	10
4+	58	60	57	56	56
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>120</b>	<b>125</b>	<b>119</b>	<b>121</b>
% moins 4	54 %	50 %	54 %	53 %	54 %

*Source : bilans sociaux.*

La mission a exploité un fichier des présents au 1<sup>er</sup> décembre 2020 fourni par la CNSA, comportant l'ancienneté à la CNSA et l'ancienneté dans le poste.

L'ancienneté moyenne à la CNSA est de 6 ans et l'ancienneté moyenne dans le poste de 4 ans ces indicateurs varient toutefois selon les directions (cf. tableau 18) :

- ◆ l'ancienneté à la CNSA et l'ancienneté dans le poste sont respectivement de 9,5 ans et 7,4 ans à la direction de l'information du public et de la communication (DIPCOM) et de 7,7 ans et 5,3 ans à la direction des ressources (DR) ;
- ◆ l'ancienneté à la CNSA et l'ancienneté dans le poste sont respectivement de 6,1 ans et de 3,7 ans à la direction des systèmes d'information (DSI), de 4,6 ans et de 2,9 ans à la direction scientifique (DS) et de 3,8 ans et 2,0 ans à l'agence comptable (AC).

<sup>18</sup> Rapport annuel fonction publique 2020.

<sup>19</sup> UCANSS rapport annuel emploi et formation 2020. Les retraites représentent 40% des départ dans le régime général avec une retraite par an à la CNSA pendant cette période (-6 au total) défalquer les départs ne modifie pas la comparaison.

### Annexe III

Ces chiffres sont très faibles si on les compare à ceux du régime général. L'ancienneté moyenne à la sécurité sociale, sous l'effet de départs importants à la retraite est passée entre 2014 et 2019, de 19,5 à 17,4 ans (avec un minimum de 14,5 ans pour les UGECAM) ; l'ancienneté dans l'organisme est, elle, passée, sur la même période de 15,5 à 13,9 ans. La faible ancienneté constatée à la CNSA est une conséquence du *turnover*.

**Tableau 18 : anciennetés moyennes à la CNSA et dans le poste par direction**

Direction	CNSA	Poste
AC	3,8	2,0
DIPCOM	9,5	7,4
DCOMP	5,0	4,1
DG	4,3	2,2
DS	4,6	2,9
DR	7,7	5,3
DSI	6,1	3,7
DESMS	5,3	4,2
<b>CNSA</b>	<b>5,9</b>	<b>3,9</b>

Source : CNSA tableau effectifs au 01/12/2020 exploitation mission. CNSA moyenne par agent

De plus cette ancienneté moyenne est la résultante d'une polarisation autour des valeurs extrêmes : au 31/12/2020, 35 % des effectifs sont à la CNSA depuis moins de trois ans, et 27 % depuis plus de six ans (cf. tableau 19).

**Tableau 19 : ancienneté moyenne à la CNSA par tranche d'ancienneté.**

Années	Nombre d'agents	% total des agents	
0-1	21	18 %	43 %
1-2	20	17 %	
2-3	10	8 %	
3-4	11	9 %	18 %
4-5	7	6 %	
5-6	4	3 %	
6-7	5	4 %	39 %
7-10	10	8 %	
>10	32	27 %	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>	

Source : CNSA tableau effectifs au 01/12/2020 exploitation mission.

Dans un scénario où la durée de poste des nouveaux arrivés serait de trois ans en moyenne plus de 40 % de l'effectif de la CNSA est susceptible de la quitter dans les trois années qui viennent pour poursuivre sa carrière ailleurs.

#### **Le turnover touche particulièrement les postes de direction (cf. tableau 20) :**

- ◆ l'ancienneté moyenne des seize directeurs et directeurs adjoints à la CNSA et dans leur poste sont respectivement de 4 ans et 2,9 ans, mais la médiane est bien plus faible, à respectivement 1,1 ans et 1 an, ce qui traduit l'impact sur la moyenne de la situation d'un nombre limité de personnes présentes depuis longtemps, notamment la directrice et la directrice adjointe de la direction de l'information du public et de la communication et le DSI ;
- ◆ pour quatorze des seize personnes concernées, c'est le premier poste à la CNSA. Depuis sa création, aucun directeur de la CNSA n'a effectué plus d'un mandat.

### Annexe III

**Tableau 20 : ancienneté des directeurs et directeurs adjoints à la CNSA et dans leur poste au 1<sup>er</sup> décembre 2020**

Direction	Intitulé de poste	CNSA	Poste
Direction générale	Directrice	1,6	1,6
Direction générale	Directeur adjoint	4,8	0,9
Agence comptable	Agent Comptable	1,5	1,5
Agence comptable	Fondé de pouvoir	1,0	1,0
Communication	Directrice de la communication	14,0	12,4
Communication	Directrice adjointe communication	12,0	12,0
Compensation	Directrice de la Compensation de la perte d'autonomie	0,6	0,6
Compensation	Directeur adjoint de la Direction de la Compensation	7,1	7,1
Direction scientifique	Directrice Scientifique	1,1	1,1
DR	Directrice adjointe des Ressources	0,5	0,5
DR	Directeur adjoint chargé des finances	3,6	0,4
DR	Directrice DR	1,0	1,0
DSI	Directeur DSI	11,5	2,3
DSI	Directeur adjoint DSI	0,9	0,9
ESMS	Directeur de la DESMS	0,6	0,6
ESMS	Directeur adjoint ESMS	1,8	1,8

*Source : CNSA tableau effectifs au 01/12/2020 exploitation mission – les chiffres sont surestimés car on a compté l'agent comptable et le fondé de pouvoir, sur le départ et non leurs remplaçants qui figurent déjà dans la liste des effectifs.*

#### 2.2.3.3. Le turnover provoque d'importantes vacances de postes et des délais de recrutement élevés

Le nombre de mois de vacance dans l'année donne une indication sur le poids qu'elles représentent sur la capacité à mettre en œuvre les missions. Ce nombre de mois représente en équivalent ETP entre 7 et 9 ETP sur la période et 7,4 % des ETP en 2019.

**Tableau 21 : nombre de mois de vacance dans l'année**

	2016	2017	2018	2019
Vacances n-1 pourvue en N	26	33	24,5	33
Partis et remplacés dans l'année N	34	37,5	14,5	36,5
Vacances au 31/12/N	23,5	21	49	35,5
<b>Total mois</b>	<b>83,5</b>	<b>91,5</b>	<b>88</b>	<b>105</b>
<b>En ETP</b>	<b>7,0</b>	<b>7,6</b>	<b>7,3</b>	<b>8,8</b>

*Source : CNSA.*

En 2019 la CNSA a eu l'équivalent de 9 emplois vacants en permanence pourtant il lui manque que 2 ETPT pour atteindre son plafond d'emplois. Cela veut dire qu'elle a eu la capacité d'anticiper des recrutements ou de faire appel à des CDD de renfort pour compenser 7 de ces 9 vacances, ce qui témoigne d'une gestion fine des vacances et des recrutements.

Cette ajustement a permis globalement à la CNSA de compenser en volume une grande partie des vacances, elle ne lui a pas forcément permis de compenser poste par poste et donc d'empêcher que restent vacants des postes dont dépendent la réalisation d'actions prioritaires ou stratégiques.

Par ailleurs l'argument entendu par la mission dans plusieurs entretiens avec les tutelles sur le fait que les demandes de moyens supplémentaires de la CNSA ne pouvaient être retenues car la caisse ne saturait pas son plafond d'emploi ne sont pas valides au niveau d'exécution

### Annexe III

constaté. Une saturation à 100 % du plafond d'emploi surtout calculé en ETPT ne serait possible, en gestion, que si des dépassements temporaires étaient autorisés.

**Tableau 22 : comparaison plafond d'emplois non consommé (ETPT) et vacances (ETP annuel)**

	2016	2017	2018	2019
Vacances (ETP)	7,0	7,6	7,3	8,8
Plafond d'emploi non consommé (ETPT)	-3,92	-2,93	-3,42	-2,06

Source : CNSA.

Les délais de recrutement sont un indicateur de la COG et les données figurant dans le document de suivi de l'exécution sont repris ci-dessous.

**Tableau 23 : indicateurs de durée de vacances dans la COG (mois)**

Valeur de référence (année)	2016		2017		2018		2019	
	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé
5 (2014)	4,8	3,5	4,3	3,5	3,8	3,5	3,5	3,25

Source : CNSA.

La mission a analysé les délais de 43 recrutements pour des dates de fin de « contrat » comprises entre le 02 septembre 2018 et le 31 mai 2020 :

- ◆ pour trois postes (7 %), le recrutement nouveau a lieu avant la fin de contrat du titulaire précédent (directrice des ressources, directrice scientifique, assistante de direction) ;
- ◆ pour trois postes (7 %) le remplacement est immédiat (directrice générale, adjoint à la directrice générale par promotion interne, chef de projet SI MDPH à la direction de la compensation). L'anticipation ou le remplacement immédiat concerne principalement des postes de directions ou liés à la direction générale ;
- ◆ le délai de vacance est en moyenne de 3,9 mois et la médiane est de 3,6 mois ;
- ◆ **dans 8 cas soit 18 % le délai est supérieur à six mois.** Le tableau 24 donne la liste des postes concernés. Dans le contexte d'organisation de la CNSA où très souvent une seule personne est en charge d'un dossier, il permet de détecter des sujets où la vacance de poste peut expliquer un arrêt ou un fort ralentissement de l'action de la CNSA.

**Tableau 24 : délais de vacance de postes**

Direction	Poste	Vacance mois
ESMS	Chargé de mission HAPI	6,10
DR	Responsable des services généraux	6,40
ESMS	Chargé de mission SERAFIN	6,73
DSI	Chef de projets	6,73
DSI	Chef de projets	7,33
ESMS	Chargé de mission SERAFIN	7,40
ESMS	Chargé de mission formation	7,60
Compensation	Médecin PA	7,73
ESMS	Chargé de mission offre médico-sociale- référent pour le suivi de la programmation pluriannuelle des installations et des autorisations	7,93
DR	Responsable du contrôle interne	14,33

Source : fichier fourni par la CNSA.

Les difficultés de recrutement de la CNSA se heurtent à trois obstacles principaux :

- ◆ la difficulté à attirer à Paris des profils compétents sur les sujets handicap et autonomie largement répartis sur le territoire (notamment dans les ARS les MDPH, les EMS et les CD) ;
- ◆ la difficulté à offrir des perspectives de carrière en interne ;

### Annexe III

- ◆ la difficulté à trouver certaines compétences techniques, notamment sur les sujets informatiques, problématique que l'on retrouve largement dans l'administration.

Sauf pour les cadres dirigeants, le contrôleur budgétaire rend un avis préalable sur :

- ◆ les actes relatifs au recrutement, à la rémunération et à l'avancement des personnels dont la rémunération annuelle brute est supérieure ou égale à 40 000 € et la durée d'engagement est supérieure ou égale à douze mois ;
- ◆ les contrats-types de personnel (CDI UCANSS ; détachement de fonctionnaires ; CDD de droit public d'une durée supérieure ou égale à 3 ans).

Ces modalités de contrôle sont propres à la CNSA, chaque caisse de sécurité sociale ayant un régime particulier (cf. encadré 5).

**Cet avis n'est pas contraignant, la direction générale pouvant passer outre.** La CNSA estime toutefois que ces avis ne prennent pas suffisamment en compte l'augmentation des coûts de la vie pour des personnes venant de province et les spécificités du poste pour les compétences rares largement recherchées sur le marché du travail. Le contrôleur budgétaire a indiqué à la mission qu'il ne s'appuyait pas sur un référentiel défini, sauf celui établi pour les métiers numériques en tension, mais sur les usages du CGEFI reposant sur une analyse du salaire antérieur et de la qualification du candidat, la rémunération du prédécesseur, et les rémunérations attribuées pour des postes équivalents. Par rapport au salaire antérieur, selon le contrôleur budgétaire, en principe une augmentation de moins de 6 % ne donne pas lieu à investigation particulière, entre 7 % et 15 % elle doit être justifiée, au-delà elle est considérée comme « inacceptable ».

Cela a d'ailleurs été le cas sur la période récente, **le contrôleur budgétaire a par exemple donné un avis défavorable sur les rémunérations proposées pour trois agents recrutés en 2019 et 2020**, sur le fondement que la CNSA leur proposait des augmentations par rapport aux rémunérations antérieures s'échelonnant entre 11 % et 43 %.

**Dans ces trois cas, la directrice de la CNSA a fait le choix de passer outre l'avis défavorable du contrôleur budgétaire et de procéder aux recrutements envisagés en maintenant les conditions financières proposées.**

La CNSA a fait valoir que ces agents évoluaient sur un marché du travail fortement concurrentiel, et que la plupart des structures concurrentes pouvaient proposer des bénéfices extra-salariaux (aides aux vacances, billetteries, aides financières sous forme de prêts, places en crèche, aides au logement), alors que la CNSA ne disposait que du seul levier de la rémunération pour attirer les meilleurs profils<sup>20</sup>.

Sur l'ensemble des recrutements, l'augmentation moyenne constatée à la CNSA par rapport au salaire précédent était de 11 % en 2018 en, 8,3 % en 2019 et 6,5 % en 2020.

#### **Encadré 5 : compétences du CGEFI relatives au contrôle des rémunérations dans les différentes caisses nationales**

Les modalités et seuils de contrôle du CGEFI dans les différentes caisses nationales peuvent différer notamment au regard de la qualité du contrôle interne et budgétaire :

1/ CNAF : sont soumis à visa les actes relatifs au recrutement, à la rémunération et à l'avancement des agents de l'établissement CNAF, ainsi que les ruptures de contrat. Il n'y a pas de seuil.

2/ CNAV : sont soumis à visa les actes relatifs au recrutement, à la rémunération et à l'avancement des cadres dirigeants et agents de l'établissement CNAV dont la rémunération est supérieure à 100 000 € brut par an ainsi que les ruptures de contrat, qu'il s'agisse de contrats à durée indéterminée ou déterminée, de détachements ou de mises à disposition.

<sup>20</sup> 45% des agents sont satisfaits des avantages sociaux contre 80% dans les organismes du régime général en 2018 avec la réserve de la différence des populations précitée.

## Annexe III

### 3/ CNAM :

- Jusqu'en 2018, étaient soumis au visa préalable du CGEFI les actes relatifs aux recrutements des personnels sous convention collective UCANSS (agents de direction – praticiens conseils – employés et cadres) en CDD et CDI, à partir du niveau 6 pour les employés et cadres, à partir du niveau VA pour les informaticiens et à partir du niveau 7 E pour les personnels soignants éducatifs et médicaux ;
- Un processus d'allègement de visas a été engagé à compter de l'automne 2018, sous la forme d'une expérimentation d'un dispositif d'accords donnés par le contrôleur à des fiches de cadrage de la CNAM définissant des plages de rémunération par profil de recrutement. De la sorte, il n'est en général plus nécessaire de communiquer au CGEFI les projets de contrats de travail des personnels concernés. ;
- Le CGEFI est en train de faire évoluer ce dispositif pour le rendre encore plus simple, ce qui requiert en particulier un renforcement du contrôle interne de la CNAM.

### 4/ ACOSS : le seuil n'est pas fixé directement en fonction de la rémunération mais par catégorie d'emplois des conventions collectives :

- Les actes RH individuels concernant les agents de directions (ADD) en CDI sont soumis à visa (leur niveau de rémunération annuelle commence à 72 k€) tandis que les pour les autres salariés (cadres et employés), il s'agit d'avis préalable ;
- Les CDD sont soumis à information préalable.

### 5/ CNSA :

- Sont soumis à visa les actes relatifs au recrutement, à la rémunération et à l'avancement des cadres dirigeants de la Caisse ;
- Sont soumis à avis préalable : (1) les actes relatifs au recrutement, à la rémunération et à l'avancement des personnels autres que les cadres dirigeants dont la rémunération annuelle brute est supérieure ou égale à 40 000 € et la durée d'engagement est supérieure ou égale à douze mois ; (2) les contrats-types de personnel (CDI UCANSS ; détachement de fonctionnaires ; CDD de droit public d'une durée supérieure ou égale à 3 ans).

*Source : CGEFI.*

Dans une logique de contrôle a priori, la mission estime sain le partage des rôles entre le CGEFI et la CNSA, plaçant chacun devant ses responsabilités, sans, *in fine*, dessaisir la direction de l'établissement de la maîtrise de sa gestion.

Lors des entretiens ont été évoquées plusieurs préoccupations qualitatives s'agissant des compétences nécessaires aux personnes recrutées.

Dans les directions métiers les postes nécessitent plusieurs types de compétence : une connaissance du secteur, une compétence technique sur la matière traitée, (parfois très spécifique sur certains postes comme en matière de la tarification), et pour certains postes des compétences de maîtrise d'ouvrage de système d'information. La mission formule une proposition pour renforcer la connaissance de la réalité des métiers des réseaux par les équipes de la CNSA (cf. annexe IV).

Ces préoccupations ne touchent pas certains métiers comme les statisticiens ou les chefs de projet de la DSI dont le métier est d'encadrer des prestataires et de vérifier des livrables, pour lesquels les besoins de compétence complémentaires sont la connaissance secteur public et des marchés publics.

Le « référentiel métiers et compétences » préexistant et dont la version fournie à la mission datait de 2014 mériterait sans doute d'être actualisé, mais surtout répondre à ce sujet suppose :

- ◆ la mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dont la mission doute que la CNSA puisse aujourd'hui se doter et dont l'actualisation serait pour la CNSA chronophage ;

### Annexe III

- ◆ du temps de prospection et de relations avec les différents réseaux vivier dont la CNSA ne dispose pas aujourd'hui.

#### 2.2.3.4. Les absences pour maladie augmentent de manière rapide et continue

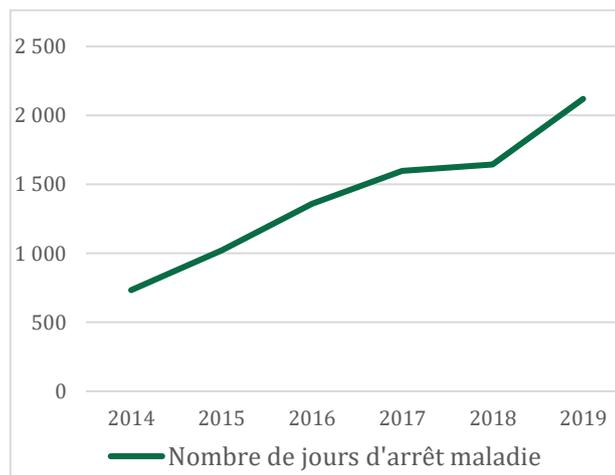
Depuis 2014, les absences pour maladie, s'accroissent de manière rapide et continue dans toutes leurs composantes, jours (multipliés par 2,9), nombre arrêts (multipliés par 1,9) durée des arrêts (+54 %) et nombre d'agents ayant posé au moins un arrêt de travail (+63 %) (cf. tableau 25 et graphique 3).

Tableau 25 : absence maladie

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	V %	V2
Jours absence maladie	733	1 022	1 360	1 599	1 644	2 120	189 %	2,9
Nb arrêts	67	90	109	107	102	126	88 %	1,9
Durée moyenne	10,9	11,4	12,5	14,9	16,1	16,8	54 %	1,5
Nb agents ayant posé au moins un arrêt de travail	41	54	60	53	65	67	63 %	1,6
Ratio absence maladie	3,32 %	4,19 %	5,38 %	6,02 %	6,46 %	8,85 %	-	2,7

Source : bilans sociaux. V % variation en pourcentage V2 facteur multiplicatif par rapport à l'année de référence lecture le nombre de jours d'absences maladie a varié de +189 % ce qui veut dire qu'il a été multiplié par 2,9.

Graphique 3 : nombre de jours d'absence maladie



Source : bilans sociaux.

#### 2.2.3.5. Le turnover et les vacances de poste ont particulièrement pesé sur certains domaines, notamment sur l'équipe du SI-MDPH

La mission a fait un focus sur l'équipe SI MDPH sur la base de données fournie par la CNSA. Le tableau 26 donne pour chaque poste de la direction, le pourcentage de temps de vacance du poste sur la période 2016-2020 soit cinq ans et le nombre de personnes qui l'ont occupé.

Le poste stratégique de directeur du programme, après le départ de son titulaire le 11 juillet 2018 est resté vacant jusqu'au 08 septembre 2019 soit une période de 14 mois. Pendant une partie de cette période la caisse a « compensé » pendant 5,5 mois par un agent interne assurant « l'intérim », puis pendant sept mois par un prestataire externe (situation non recommandable dans laquelle un prestataire externe conduit un projet stratégique dont la mise en œuvre fait appel à un grand nombre de prestataires externes).

### Annexe III

**Tableau 26 : taux de vacance des postes de directeurs de programme et de chefs de projet à la DCOMP et à la DSI sur la période 2016-2020**

Poste	Direction	% vacance	NB
Directeur programme SI-MDPH	DCOMP	22 %	3
Chef de projets SI métiers	DCOMP	12 %	2
Chef de projets SI métiers	DCOMP	18 %	3
Chef de projets SI métiers	DCOMP	14 %	2
Chargé de mission SI	DCOMP	45 %	3
Directeur de projets SI MDPH	DSI	31 %	2
Chef de projets SI	DSI	0 %	1
Chef de projets SI	DSI	22 %	1
Chef de projets SI	DSI	13 %	3
Chef de projets SI	DSI	27 %	2

*Source : données CNSA, analyses mission.*

#### **2.2.4. Le baromètre social fait apparaître la satisfaction de travailler à la CNSA mais une dégradation des indicateurs relatifs à la qualité de vie au travail**

La mission a disposé des résultats des baromètres sociaux de 2019 et 2020. Elle en a exploité les synthèses.

Le baromètre est amélioré d'une année sur l'autre. En 2020 la comparaison avec le régime général est abandonnée : elle n'avait pas grand sens au regard des différences entre organismes (taille très inférieure et population essentiellement de cadres pour la CNSA). La présentation est faite sous forme de trois « rubriques ».

- ◆ deux ne changent pas d'une année sur l'autre la synthèse des résultats et les chiffres clés ;
- ◆ la troisième qui s'appelait « ce qu'en pense la direction » est devenue « ce qui attire mon attention » sans que le locuteur soit précisé. Le document comporte huit items. Dont une partie seulement a été retracée ici.

La participation est bonne (74 agents en 2020 contre 69 agents en 2019, respectivement 63 % et 58 %). Toutefois les constats exprimés par la suite en pourcentage reposent sur une population « redressée », dont la taille n'est pas donnée, peut être représentative. De ce fait les résultats en pourcentage peuvent reposer sur un nombre moindre de réponses.

Les agents sont satisfaits de leur travail, ils le trouvent utile (86 %) motivant (66 %), sa nature et son contenu les satisfont (75 %).

### Annexe III

Concernant les conditions de travail et l'organisation :

- ◆ la satisfaction est bonne pour l'équilibre vie privée/vie professionnelle (73 %) ;
- ◆ elle est nettement moindre pour l'organisation (40 %) et connaît une évolution significative, en 2020 28 % des agents, contre 48 % en 2019, estiment être prévenus suffisamment à l'avance pour s'organiser.

L'ambiance au travail est jugée bonne mais certains résultats se dégradent :

- ◆ 36 % déclarent avoir une charge de travail trop importante contre 24 % en 2019, 87 % avoir une charge de travail importante contre 74 % ;
- ◆ 41 % affirment avoir un niveau de stress trop important (contre 37 %) le motif principal de ce niveau de stress est la charge de travail excessive pour 69 % d'entre eux (stable).

À cet égard le commentaire des chiffres dans la rubrique « ce qui attire mon attention » selon lequel « *les agents valorisent davantage les actions mises en œuvre pour adapter* » la charge de travail n'est pas fondé :

- ◆ ces actions n'ont été remarquées que par 24 % des agents (22 % en 2019) ;
- ◆ les 52 % d'entre eux qui les jugent efficaces ne représentent que 12 % des agents.

La perception du manager direct est bonne : les pourcentages d'appréciation favorable varient entre 59 % et 79 % selon les items. Celle de la direction l'est moins : 53 % de satisfaits pour son attention aux conditions de travail, 40 % pour sa prise en compte de l'avis des salariés, et 35 % pour la capacité à expliquer ses décisions.

55 % des salariés sont contents de leur rémunération en 2020 (contre 60 % en 2019). Toutefois seulement 24 % jugent que les règles qui les régissent sont connues, 19 % qu'elles sont claires et 13 % qu'elles sont efficaces. Sur ce point la mission fait remarquer que compte tenu de la composition de la population de la CNSA et du *turnover* il est probable que les résultats soient biaisés, dans la mesure où, vu le *turnover*, les salariés vraiment mécontents de leur rémunération sont sans doute partis.

La mission estime que les parties « chiffres clés » et « ce qui retient mon attention » de la synthèse des baromètres ne retiennent pas suffisamment les points de difficulté qu'ils mettent en évidence.

**Tableau Synthèse de la synthèse des baromètres**

	2019	2020
Forces	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fierté d'appartenance et sens du service public</li> <li>▪ Utilité de la mission</li> <li>▪ Nature et contenu du travail motivants</li> <li>▪ Ambiance de travail</li> <li>▪ Equilibre vie professionnelle-vie privée</li> <li>▪ Rémunération</li> <li>▪ Formation</li> <li>▪ Qualité du management</li> <li>▪ Impact des entretiens annuels d'évaluation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conditions matérielles de travail</li> <li>▪ Sentiment d'utilité de la part des collaborateurs</li> <li>▪ Fierté d'appartenance</li> <li>▪ Confiance perçue de la part des managers</li> <li>▪ Partage d'information par le responsable direct</li> <li>▪ Des formations adaptées aux besoins professionnels</li> <li>▪ Des changements dans l'organisme perçus comme utiles</li> </ul>
Axes de progrès	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organisation de la charge de travail</li> <li>▪ Transversalité et décloisonnement</li> <li>▪ Procédures et outils</li> <li>▪ Entretien annuel d'évaluation : pas d'agent sans EAE réalisé et formalisé</li> <li>▪ Communication</li> <li>▪ Accompagnement de la mobilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une charge de travail jugée trop importante avec des actions à renforcer pour adapter la charge de travail</li> <li>▪ Un niveau de stress au travail jugé trop important</li> <li>▪ Des règles de rémunération perçues comme insuffisamment justes ou équitables</li> </ul>

*Source : Extrait des synthèses des baromètres.*

### 2.2.5. Un haut niveau de risques psycho-sociaux liés à la charge de travail, au fonctionnement et au management de la CNSA

La CNSA a été marquée par le suicide d'un agent, hors de son lieu de travail, . À la suite de cet évènement, un rapport concernant l'analyse des risques psycho sociaux à la CNSA a été fait par le cabinet ERETRA<sup>21</sup>, dont la mission a eu communication. Sans avoir fait de cet aspect un point approfondi d'investigation, la mission, à l'issue des entretiens avec l'ensemble des pôles de la CNSA, estime que les conclusions de ce rapport sont crédibles.

La mission estime indispensable que la direction de la CNSA et les tutelles prennent en compte les constats et recommandations de ce rapport lors de l'élaboration de la COG. En effet il apparait que l'écart entre les missions et les moyens de la CNSA, ainsi que ses modalités actuelles d'organisation et de management, ont un impact sur les risques psychosociaux.

Les constats peuvent être résumés comme suit :

- ◆ **la CNSA est confrontée à des demandes nombreuses de la part des cabinets**, souvent lourdes et modifiant le contenu même des politiques à conduire, et qui ne s'accompagnent jamais d'une discussion globale sur les moyens de la CNSA pour répondre à l'ensemble de ces demandes dans le champ et le délai demandé (cf. *supra*) ;
- ◆ **son personnel est en général satisfait de travailler à la CNSA**, en raison du sens de sa mission, souvent mentionnée par les agents, et les relations individuelles apparaissent bonnes, avec les quelques réserves habituelles ;
- ◆ **la charge de travail est quasi unanimement considérée comme trop lourde**. Les critiques se concentrent sur l'écart entre ce qui est demandé et ce qui peut être effectivement réalisé, plus que sur la manière dont ce surplus de travail est géré au sein des pôles :
  - les cabinets ministériels demandeurs sont multiples et s'appuient essentiellement sur la CNSA pour mettre en œuvre leur action ce qui conduit à l'importance des demandes ;
  - la direction de la CNSA accepte généralement toutes les commandes (aucun exemple de refus n'a pu être cité à la mission), alors même que celles-ci peuvent ne pas être compatibles avec les moyens disponibles ; la contrainte du plafond d'emplois est entièrement intériorisée ; les demandes ne font pas l'objet d'un suivi et d'un chiffrage ;
  - les entretiens montrent la perception par les agents, de l'absence d'un rôle souhaité de « *filtre* » et « *étalement dans le temps* » des demandes ;
- ◆ **l'ajustement se fait par plusieurs moyens** :
  - le bouleversement des travaux avec les pertes de temps auxquelles conduisent l'interruption des tâches en cours ;
  - le décalage de projets éventuellement plus structurants pour l'avenir ou permettant d'améliorer la production quantitativement ou qualitativement ;
  - le recours à des prestataires au prix d'une difficulté à les piloter faute de temps ou d'une perte ou non acquisition de compétences métiers ;
- ◆ le *turnover* est une caractéristique qui pèse lourdement sur la CNSA. Plusieurs points notables à ce sujet :
  - la charge de travail lourde et parfois mal répartie, aboutissant à « *l'étirement des lignes* » pèse sur les agents : un agent par mission sans remplaçant pendant les périodes d'absence, si ce n'est par le responsable hiérarchique ;

---

<sup>21</sup> Mission d'appui pour la CNSA, diagnostic et préconisations suite à un évènement grave – ERETRA, septembre 2020

### Annexe III

- les directeurs effectuent un seul mandat et leur départ peut s'accompagner d'un renouvellement de l'équipe de direction (cinq remplacements sur sept postes pour l'actuelle directrice), qui nécessite une période d'adaptation des nouveaux directeurs ;
- l'absence de possibilité de carrière au sein de la caisse, compte tenu de sa taille, de son mode de recrutement des postes de direction et en l'absence d'un réseau, pousse les agents à chercher leur avenir ailleurs. Cela pèse particulièrement sur les agents UCANSS, la CNSA n'étant qu'imparfaitement intégrée dans l'organisation de la mobilité au sein de la sécurité sociale, mais aussi en raison de la spécificité de son métier par rapport au réseau sécurité sociale ;

Des difficultés de recrutement contribuent à la durée des vacances de postes et amplifient les effets du *turnover* :

- la difficulté à recruter sur certains postes qui requièrent des compétences rares, comme le traitement de données, la gestion des SI et certaines compétences métiers comme la tarification ;
- de nombreux recrutements de « juniors » pour lesquels la CNSA est une « école de formation » qui partent rapidement dans le secteur médico-social mais aussi dans des cabinets de *consulting*.

L'organisation et le management de la caisse sont impactés par l'ensemble de ces phénomènes :

- ◆ l'absence de procédures est d'autant plus ressentie que le *turnover*, fréquemment sans période de tuilage, et avec une hiérarchie très chargée entraîne des déperditions de savoirs et de compétences et que les nouveaux agents ne peuvent généralement pas s'appuyer sur des modes de travail formalisés ;
- ◆ les relations interpersonnelles sont jugées bonnes mais des tensions peuvent apparaître dans les relations de travail. Lorsque les tensions se transforment en conflits ceux-ci sont souvent résolus par le départ plus ou moins rapide des personnes concernées ; pour des agents rencontrés il y a là une faiblesse car les conflits ne sont pas liés aux personnes mais aux conditions dans lesquelles ils exercent leur fonction ;
- ◆ les managers apparaissent confrontés à une charge de travail due aux sujets qu'ils traitent eux-mêmes, soit de manière pérenne soit pour remplacer des agents absents, au détriment de leur rôle de *management* d'équipe.

#### 2.2.6. Le séminaire tenu dans le cadre de la démarche interne de préparation de la cinquième branche apporte des éléments à prendre en compte

Le taux de réponse au questionnaire envoyé à cette occasion est, en moyenne, de 64 % des agents (77 participants). Cette moyenne résulte d'une participation nulle de l'agence comptable, d'une participation intermédiaire de la DSI 46 % et de la DR 43 %, tandis que la participation du reste des directions, en moyenne de 83 %, s'étage entre 73 % (DCOMP) et 90 % (DIPCOM).

Les agents font clairement état de leur opinion des missions les plus impactées (58 répondants) trois d'entre elles se détachent :

- ◆ participer au financement équitable de l'aide à l'autonomie et veiller à l'équilibre financier (83 %) ;
- ◆ piloter et assurer l'animation et la coordination des réseaux et acteurs en charge de l'autonomie (71 %) ;
- ◆ garantir la qualité de service et veiller à l'équité de traitement (59 %).

### Annexe III

Ils considèrent essentiellement que la nature de l'impact est un renforcement plus qu'une transformation : en moyenne 49 % des répondants estiment que l'impact est se renforcer, 29 % se transformer, 18 % rester la même, 6 % se réduire, 3 % ne sait pas.

**Tableau 27 : Réponses sur l'impact de la 5<sup>ème</sup> branche sur les missions**

Mission	% agents pensant mission impactée	% répondants impact		
		Se transformer	Se renforcer	Rester la même
Participer au financement équitable de l'aide à l'autonomie et veiller à l'équilibre financier	83	28	57	10
Piloter et assurer l'animation et la coordination des réseaux et acteurs en charge de l'autonomie	71	32	50	15
Garantir la qualité de service et veiller à l'équité de traitement	59	20	58	18
Contribuer à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie	36	22	47	22
Contribuer à l'attractivité des métiers de l'autonomie	19	17	45	20
Contribuer à l'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs aidants	15	10	65	17
Contribuer à la recherche et à l'innovation	12	33	22	27
Moyenne		23	49	18

*Source : données extraites du compte rendu du séminaire.*

La mission « *contribuer à la recherche et à l'innovation* » est la seule à faire l'objet d'une estimation très partagée : 33 % pour la transformer, 27 % pour qu'elle reste la même, 22 % pour qu'elle se renforce et 15 % ne sait pas.

Il existe un consensus sur une évolution du métier de la CNSA (87 %) et cette évolution est considérée comme forte par 40 % et modérée par 47 % des répondants (60).

Toutefois les réponses sont très variables selon les directions :

- ◆ les directions « non métier » anticipent que les fonctions évolueront fortement : 60 % pour la DSI et 57 % pour la DR ;
- ◆ les agents de la DCOMP estiment que leurs fonctions évolueront (47 % fortement 53 % modérément) ;
- ◆ les agents de la DSEMS ne sont que 27 % à penser que leurs fonctions évolueront fortement, 33 % modérément et 40 % faiblement.

L'appréciation des nouveaux besoins (fondée sur un nombre de répondants plus faible 33) donne par ordre décroissant de vote : des outils de pilotage renforcés (52 % des répondants à cette question), loin devant une restructuration interne autour de nouvelles directions (19 %) et un renforcement en ressources humaines (12 %). Au regard de ses autres investigations et des réponses à la question suivante, la mission estime que cette réponse ne veut pas dire que les agents pensent que la mise en place de la 5<sup>ème</sup> branche puisse se faire sans effectifs supplémentaires mais elle note l'importance donnée au renforcement du pilotage de la caisse, les outils étant un moyen.

L'analyse des conditions de réussite et des freins à la transformation mérite d'être reproduite *in extenso* d'autant plus que c'est la seule question libre où le pourcentage de participation est égal au pourcentage de participation global.

Graphique 4 : diapositive relative aux conditions de réussite et frein à la transformation de la CNSA

 <b>CONDITIONS DE RÉUSSITE</b>	 <b>FREINS POTENTIELS À LA TRANSFORMATION</b>
<p><b>1 Mobiliser l'ensemble du collectif CNSA dans une démarche participative</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Co-construire la 5<sup>ème</sup> branche avec les agents de la CNSA</li> <li>Donner du sens à cette transformation pour tous</li> <li>Communiquer régulièrement sur l'avancement des travaux</li> </ul> <p><b>2 Être ambitieux pour la CNSA et donner les moyens à cette ambition de prendre vie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Porter une ambition forte et renforcer le positionnement de la CNSA, s'inspirer des autres caisses</li> <li>Planifier la création de la 5<sup>ème</sup> branche dans une feuille de route pluriannuelle partagée à tous</li> <li>Renforcer les ressources humaines au regard des besoins</li> </ul> <p><b>3 Transformer l'organisation du travail en interne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Capitaliser sur nos acquis tout en étant capables de s'adapter aux évolutions non connues à l'avance</li> <li>Accompagner les agents dans leurs futures nouvelles missions (communication, formation, etc.)</li> <li>Travailler en transversalité, faire équipe</li> <li>Co-construire encore plus avec les réseaux et développer de nouveaux modes de faire avec et pour les personnes</li> </ul>	<p><b>1 Le risque d'un manque de clarté et de concret dans l'ambition de la 5<sup>ème</sup> branche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Absence d'une vision politique claire et partagée sur l'ambition de la 5<sup>ème</sup> branche</li> <li>Absence d'adhésion des partenaires institutionnels</li> <li>Un positionnement de la CNSA qui ne lui donnerait pas suffisamment de marges de manœuvre dans ses missions</li> </ul> <p><b>2 Le risque de ne pas disposer des moyens suffisants pour atteindre l'ambition</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des moyens RH actuellement insuffisants</li> <li>Crainte d'une perte d'expertise métier pour absorber des missions semblables à celles des autres branches</li> <li>Une absence de traduction concrète de la 5<sup>ème</sup> branche en actions, qui conduirait à en faire une « coquille vide »</li> </ul> <p><b>3 Une absence de transformation de l'organisation pour accompagner la réforme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nécessité d'éviter une transformation qui ne serait pas co-construite avec les agents, où chacun trouve sa place</li> <li>Le risque d'un fonctionnement trop vertical qui ne permettrait pas la prise d'initiative</li> <li>Des changements trop rapides pour les parties prenantes qui affecteraient les relations avec les réseaux</li> </ul>
<p><b>Verbatim</b> « Entreprendre une démarche d'accompagnement au changement intégrant le personnel de la CNSA, comme c'est fait. »</p> <p>« Ne rien s'interdire, ne jamais oublier de regarder notre action au regard du réel bénéfice attendu pour les personnes »</p>	<p>« Eviter de calquer notre organisation sur les autres caisses de la sécurité sociale et perdre ce qui fait notre identité (expertise métier, collaboration avec les parties prenantes, ...) »</p> <p>« Intérioriser un manque d'ambition au sein de la CNSA et trouver des excuses exoagènes (c'est la faute de XXX) »</p>

\*Extrait des données réalisé le 14/12/2020 à 10h

Source : données extraites du compte rendu du séminaire.

### 3. Analyse de la fonction achat de la CNSA

La mission n'avait pas pour objet d'auditer la réalité des procédures décrites, ni de vérifier la régularité des marchés et contrats, y compris dans le cas de recours aux centrales d'achat ou de l'intervention d'autres organismes publics. L'examen de l'organisation de la fonction achat montre qu'elle place la CNSA en situation de risque.

#### 3.1. La gestion de la commande publique repose sur des moyens humains limités et un système d'information à la fois insuffisant et sous utilisé

L'achat public a évolué pour dépasser la gestion de la commande publique (programmation, passation et suivi de l'exécution des marchés) afin de mettre en œuvre une véritable fonction achat, prenant plus en compte la connaissance du marché fournisseurs, les dimensions économiques de l'achat et le suivi de la satisfaction des utilisateurs. Cela suppose de faire intervenir des acheteurs dont les compétences et fonctions sont différentes de celles des utilisateurs de l'achat et des gestionnaires de marchés.

##### 3.1.1. La CNSA gère la commande publique mais ne dispose pas d'une fonction achat

La CNSA a défini les procédures de gestion de la commande publique ; elle ne met pas en œuvre la seule étape qui relèverait d'une fonction achat, n'est pas organisée et n'a pas les agents pour assurer cette fonction.

## Annexe III

### ***3.1.1.1. Les procédures définies sont à une exception près les procédures classiques de la gestion de la commande publique***

La CNSA a fourni à la mission un document décrivant les procédures ; celui-ci présente des incohérences entre le corps du document et l'annexe, y compris pour la définition des acteurs devant participer à chaque étape. La mission a donc demandé à la CNSA de lever les incohérences, ce qui a permis de produire le

### Annexe III

tableau 42 en fin d'annexe comme représentant les procédures théoriquement applicables.

Ces procédures reflètent une organisation classique pour gérer la commande publique répartissant les travaux entre les directions et une cellule « marchés publics et appui juridique<sup>22</sup> » de la direction des ressources :

- ◆ les directions prescriptrices définissent les besoins, préparent les cahiers des clauses techniques particulières (CCTP), même si la DR indique fournir, si nécessaire « *l'accompagnement à la définition du besoin de la direction métier* » ;
- ◆ elles analysent les offres et préparent les rapports d'analyse tandis que la cellule « marchés publics et appui juridique » de la direction des ressources intervient pour rédiger les autres pièces nécessaires, fournir un appui juridique aux directions et mener les étapes purement administratives de production des actes juridiques de passation des marchés » ;
- ◆ sur ce point la direction des ressources a indiqué lors de l'entretien que sa cellule « marchés » intervient « *souvent* » au-delà de la rédaction des pièces du marché, est « *présente au stade du choix des prestataires* » et « *contribue à la rédaction du rapport d'analyse des offres* ». S'agissant de l'analyse des offres, cette affirmation n'est pas conforme à la note d'organisation qui fait référence à l'agent en charge du projet, et dans laquelle le caractère pluriel de l'analyse des offres n'est pas prévu. La cellule « *participe* » à l'analyse des offres, dans la mesure où elle relit le rapport d'analyse des offres ; en revanche, elle ne participe pas aux réunions dans lesquelles les offres sont examinées et notées selon les critères d'analyse. Le premier jet de l'analyse est réalisé au sein des directions métier. La CNSA explique qu'il apparaît « *bénéfique que la comparaison des offres soit homogène et globale* ». La mission, l'invite à soumettre ce processus à une analyse des risques car ce choix conduit à faire reposer sur une seule personne l'analyse ce qui, en soi, constitue un risque au regard de la possibilité d'un avantage injustifié, risque qui, de façon générale, n'est qu'imparfaitement couvert par une relecture du document, et plus particulièrement encore quand le sujet est très technique.

Ces appréciations générales connaissent sans doute des variations selon les directions et les marchés. La cellule n'intervient pas au-delà de son rôle spécifique pour les marchés de la DSI et de la DIPCOM. Pour la DSI cela s'explique par plusieurs raisons : la technicité des marchés, la présence au sein de la DSI d'un agent en charge de ce sujet, ancien et compétent, facilitant l'action propre de la cellule et les modalités d'achat de la DSI qui fait appel très largement aux marchés passés par des centrales d'achat nécessitent une moindre intervention de la cellule. Des interventions plus importantes ne sont pas à exclure dans des cas particuliers, c'est notamment le cas des marchés passés pour le compte de la direction générale qui par définition ne peut y consacrer qu'un temps limité.

Par contre l'étape de *sourcing* et de *marketing* achat n'est que très exceptionnellement mise en œuvre. Il n'a pas été répondu à la demande de la mission de fournir des documents retraçant la mise en œuvre de cette étape pour les marchés passés en 2020. Deux cas précis ont été cités à la mission, tous les deux confiés à un prestataire externe, où n'apparaît pas la cellule et qui n'illustrent donc pas l'intervention « *dans certains cas* » de celle-ci. Cette absence n'est pas étonnante car c'est la seule étape qui est normalement confiée à des « acheteurs » qui n'existent pas en tant que tel à la CNSA. L'existence d'un poste intitulé « juriste-acheteur-marché public » ne suffit pas à montrer qu'il est répondu à ce besoin.

---

<sup>22</sup> Pour des raisons de simplicité cette appellation sera réduite à cellule marchés dans le reste du développement.

**3.1.1.2. La mission estime que la direction des ressources surestime ce que la cellule est effectivement en mesure de faire**

La mission a compris de ses entretiens que la cellule « marchés publics et appui juridique » accomplit essentiellement les tâches administratives constitutives des actes juridiques de la passation des marchés et est, pour le reste, positionnée en conseil juridique ; dans ce cadre, son rôle essentiel est de répondre aux (nombreuses) questions juridiques des directions métier, par exemple sur les offres anormalement basses. Elle est également sollicitée, plus ponctuellement, pour examiner des questions juridiques qui n'ont pas trait aux marchés publics.

La direction des ressources a tenu à insister sur la participation de la cellule à la définition des besoins des directions, à l'analyse des offres et finalement à un rôle d'acheteur. Pour autant la mission estime que la direction des ressources se leurre sur la réalité du travail que peut effectivement effectuer une cellule de deux personnes en théorie, et en réalité réduite à sa seule responsable pendant 45 % du temps ces quatre dernières années (cf. infra). En particulier, faute d'avoir pu disposer d'un exemple documenté, la mission ne peut donner crédit, à l'affirmation de la direction des ressources selon laquelle la cellule conseillerait les directions sur « *les démarches d'achat en fournissant une « rédaction qui tient compte du domaine d'achat, de la concurrence, des économies à réaliser, du gain d'achat* ».

Le contrôle interne au regard du risque d'avantage injustifié ne repose pas sur des processus permettant de maîtriser le risque tout au long de la chaîne, mais s'exerce principalement à la fin de la procédure par l'examen du rapport d'analyse des offres<sup>23</sup> ; la mise en place de la commission d'appel d'offres, présidée par la directrice, en fin de procédure, pour les procédures dépassant le seuil de 1M€, n'est pas de nature à modifier cette appréciation.

**3.1.1.3. Des améliorations peuvent être envisagées mais le passage à une réelle fonction achat ne peut se faire dans l'organisation et avec les moyens actuels**

La procédure prévoit que la direction signe à deux reprises des actes qui viennent en aval de sa décision d'attribution d'un marché : documents d'information des candidats non retenus et signature de l'acte électronique d'engagement. Pour la mission, l'examen des possibilités de délégation de ces actes serait une action bienvenue.

À la demande récente du contrôleur budgétaire, une commission des marchés présidée par la directrice se réunit pour les marchés d'un montant supérieur à 1 M€ HT ou pour ceux qui revêtent une importance stratégique. Cela a, par exemple, été le cas pour la première fois en septembre 2019, pour examiner le marché de tierce maintenance applicative. Elle s'est réunie six fois en 2020. La mission considère que réunir, en fin de procédure, un grand nombre de personnes pendant un temps court, sans qu'elles revoient de manière précise l'analyse des offres, dilue les responsabilités et n'est pas de nature à garantir la pertinence et la régularité juridique du choix.

Les accords-cadres qui ne sont pas passés par la CNSA n'ont pas vocation à être examinés par cette commission et la mission n'a pas eu de réponse claire pour savoir comment est ou serait justifié le choix de l'accord cadre d'une centrale d'achat quand il en existe un couvrant le même objet dans une autre.

---

<sup>23</sup> Dans la discussion la CNSA a fait valoir l'existence de « points de contrôle » dans la procédure ceux-ci visent surtout de valider le budget et de vérifier la conformité formelle de la procédure.

### Annexe III

Plus particulièrement, alors que la CNSA participe à l'élaboration, pour le projet ESMS numérique, d'un appel d'offres dont le support sera le RESAH, le même raisonnement conduira à ne pas le soumettre à la commission car « *ce projet est à destination des ESMS et non de la CNSA qui le pilote. Les subventions qui seront versées dans ce cadre n'ont pas à être validées en commission des marchés* ». La mission attire l'attention de la CNSA et des tutelles sur ce sujet car on risque de voir se reproduire le fonctionnement connu pour le marché des progiciels à destination des conseils départementaux qui, à la connaissance de la mission, repose, lui aussi, sur un marché cadre couvrant toutes les solutions du marché et dans lequel la concurrence ne joue pas. En particulier il sera indispensable que les spécifications comportent une fonctionnalité très solide de transférabilité des dossiers pour permettre un changement aisé de fournisseur.

Les risques liés à cette organisation sont connus, notamment ceux liés à une analyse des offres faite par un nombre de personnes trop limité, mais c'est la seule compatible avec la taille actuelle de la cellule et, sans doute, le temps et les compétences disponibles dans les directions prescriptrices. Une autre organisation supposerait de doter la fonction achat d'acheteurs responsables de familles de produits et donc des créations de poste.

#### **3.1.2. Le réseau de référents marchés, présents au sein des différentes directions de la CNSA, a plusieurs rôles, le principal étant la préparation de la programmation des marchés**

Il existe dans chaque direction et pour la direction générale un référent marché. Ce réseau a été mis en place en octobre 2018, date de la première réunion. Il a été indiqué à la mission que le dispositif fonctionne bien : les référents intéressés participent aux réunions, ils posent des questions et ont la volonté d'être exacts dans les analyses et respectueux des règles. Deux faiblesses sont notées : le manque de temps qui « étire » les procédures. Les inégalités de compétence selon les directions, la DSI étant considérée comme la plus « aguerrie ».

La programmation des marchés est effectuée selon les modalités suivantes :

- ◆ un programme annuel prévoit, d'une part, la reconduction des marchés précédents et, d'autre part, les marchés à venir. Il est établi de façon articulée avec la procédure budgétaire (les dialogues de gestion budgétaires listent les marchés à passer et à exécuter pendant l'année) ;
- ◆ une réunion des référents a lieu tous les trois mois : y sont examinés les marchés à reconduire dans les 3-4 mois à venir, les marchés en cours et les besoins identifiés ; elle est aussi un moment d'échange sur les sujets d'actualité des marchés publics, les difficultés rencontrées et les points positifs. Les comptes rendus fournis montrent qu'elle a pour rôle principal, mais non unique, la programmation des marchés et un échange sur leur exécution. Elle prépare le groupe de travail « marchés ».

Le groupe de travail (GT) « marchés » regroupe tous les directeurs afin de planifier les futurs achats. Les besoins y sont précisés et, éventuellement, les opérations sont priorisées. Un point d'information sur l'actualité des marchés publics est aussi réalisé.

### 3.1.3. Le déficit de compétences des agents de la CNSA en termes de commande publique apparaît comme un facteur de risque pour la Caisse

Selon la direction des ressources, la maîtrise de la commande publique par les directions « *reste à consolider* », dans une moindre mesure pour la DSI (cf. *supra*) ; la performance est considérée comme bonne pour la passation, car il y a peu de contentieux<sup>24</sup> et les délais de passation sont satisfaisants<sup>25</sup>

S'agissant, des difficultés d'exécution, la direction a tenu à préciser qu'elles ne découlaient pas du manque de vérification de la correspondance des prestations et de la commande : les services faits témoignent de ce contrôle de conformité ; l'adéquation du coût avec ce qui est réalisé n'est pas non plus, pour elle, sujet à critique. Elle a, en revanche, évoqué les difficultés des directions dans le suivi d'exécution s'agissant du délai de saisie des services faits, de la capacité à échanger avec les fournisseurs sur les problèmes de factures et l'éventuelle alerte de la cellule marché en cas d'évolution du besoin en cours de marché (avenant de prolongation ou d'autre nature par exemple).

La mission a une estimation plus pessimiste de la situation de la caisse, et au regard des entretiens qu'elle a menés, elle note le risque que présente le déficit de compétence des agents en matière de commande publique et ce en dépit des formations proposées par la cellule « marchés ». C'est le cas, pour deux types de postes :

- ◆ les chefs de projet de la DSI qui doivent combiner leurs compétences techniques et souvent une ou deux compétences nouvelles, celle du métier, d'une part, celle de la commande publique, d'autre part ;
- ◆ leurs homologues dans les directions qui doivent ajouter à leur compétence technique des compétences en maîtrise d'ouvrage de système d'information et en marchés publics.

### 3.1.4. Au total, moins de trois agents sont chargés à plein temps de la commande publique ce qui est peu au regard du nombre de marchés passés et gérés.

La responsable de la cellule a été recrutée le 2/2/2017. Elle devait être en binôme mais l'agent concerné n'a plus occupé son poste à partir du 3/2/2017<sup>26</sup>. La remplaçante de ce dernier est arrivée le 12/9/2018 et a quitté la CNSA le 30/10/2019. Ce poste a, de nouveau, été pourvu le 6/1/2020. Au total sur une période de quatre ans, la responsable de la cellule a été seule pendant 61 % du temps.

Au sein des directions, seule la DSI a une cellule administrative et de contrôle de gestion représentant 1,5 ETP, qui consacre une partie de son temps pour moins d'un ETP à la commande publique ; ces personnes sont présentes depuis longtemps et stables à leur poste.

La charge de travail est considérée comme « *difficile à mesurer* » (au-delà du nombre d'avenants et du nombre de marchés). Alors que la passation et le suivi des marchés nécessitent de nombreuses tâches administratives, la cellule ne dispose pas de temps agent pour soulager, même partiellement, les juristes de la cellule qui sont utilisés en deçà de leur niveau de compétence pour des tâches de gestion administrative et faire avancer matériellement les procédures. Le temps passé en réunion, très variable (chargé certaines semaines, plus léger d'autres semaines), est estimé à 20 % pour un agent et entre 40-80 % pour l'autre.

---

<sup>24</sup> Il n'a pas été répondu à la demande de la mission de fournir la liste des référés précontractuels.

<sup>25</sup> Compte tenu de son objet de la mission n'a pas cherché à valider cette opinion auprès des directions métiers.

<sup>26</sup> La CNSA a indiqué que « la personne a été en arrêt maladie à compter du 3/2/2017 n'est ensuite plus revenue et a quitté officiellement la CNSA le 9/9/2020.

### Annexe III

#### Une charge élevée au regard des moyens humains en dépit du recours massif à des achats mutualisés.

La mission a disposé de deux fichiers recensant les marchés, l'un de la cellule de la DR, l'autre de la DSI. Les deux sources ne sont pas concordantes mais permettent quelques constats.

La cellule « marchés publics et appui juridique » dispose d'un fichier comportant la liste des marchés actifs de la CNSA à partir de 2016. Elle fait apparaître que la CNSA passe en propre, en moyenne, environ 26 marchés par an, ce qui est élevé pour une cellule qui n'a comporté qu'une personne pendant près de la moitié la période sous revue.

**Tableau 28 : nombre de marchés actifs sur la période 2016-2020 par pouvoir adjudicataire**

	Date marchés actifs en 2016 passés avant				Marché passés pendant la période par date passation					Total	Marchés passés
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		Moyenne 16-19
CNSA	2	30	26	25	32	12	29	32	23	211	26,3
SIG	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1,0
UCANSS	-	-	-	-	1	-	1	2	1	5	1,3
UGAP	-	-	1	-	1	-	-	1	-	3	1,0
(vide)	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1,0
Total	2	30	27	25	34	12	32	35	24	221	28,3

Source : Exploitation mission données CNSA.

**Tableau 29 : nombre de marchés actifs sur la période 2016-2020 par direction prescriptrice**

	Date marchés actifs en 2016 passés avant				Marché passés pendant la période par date passation					Total	Moyenne 16-19
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020		Moyenne 16-19
DCOMP	-	-	3	2	2	2	7	1	1	18	3,0
DG	-	-	-	3	-	-	1	1	1	6	1,0
DIPCOM	-	-	5	-	10	4	8	9	5	41	7,8
DR	1	25	10	13	3	2	12	10	10	86	6,8
DS	-	-	1	1	1	-	1	-	1	5	1,0
DSI	1	3	5	5	17	4	2	11	5	51	8,5
ESMS	-	2	3	1	1	-	1	3	1	12	1,7
Total	2	30	27	25	34	12	32	35	24	221	28,3

Source : Exploitation mission données CNSA.

La DSI a fourni une liste des marchés qu'elle gère. Cette liste permet de faire la part, en nombre, pour ces marchés qui couvrent la période 2010-2020, des centrales d'achat et des marchés propres au sein des marchés gérés par la DSI.

### Annexe III

**Tableau 30 : répartition des marchés entre marchés gérées par la CNSA et marchés des centrales d'achat**

	2010-2020	%	2016-2019	%
Total	283	-	110	-
UGAP	159	56 %	62	56 %
RESAH	12	4 %	5	5 %
Marchés CNSA	112	40 %	43	39 %

*Source : Exploitation mission données CNSA.*

#### 3.1.5. Cette fonction ne dispose pas d'un système d'information adapté

Un logiciel d'aide à la passation des marchés a été acquis mais n'a jamais été utilisé (Atexo), car considéré comme inadapté : son utilisation aurait nécessité une adaptation manuelle de très nombreuses clauses à chaque génération de marché et une maintenance importante ; l'outil était trop peu adaptable pour être utile<sup>27</sup>. CNSA utilise des modèles Word.

La CNSA n'est pas outillée par un système d'information achat spécifique, les suivis sont effectués par des tableurs, par chacun des acteurs, la mission n'a pas fait le recensement exhaustif des tableaux de suivi des marchés qui selon l'organisation décrite doivent être au moins de six (un pour la cellule « marché » et un pour chaque référent de direction). Il n'est pas utilisé de logiciel de passation des marchés.

La cellule « marchés » pourrait disposer des éléments que peut fournir le système budgétaire et comptable cf. *infra*). Pour autant, la CNSA n'a fourni aucun document reflétant son utilisation pour le pilotage des achats et son utilisation pour ce faire n'a été mentionnée dans aucun entretien.

Les tableaux de suivi fournis par la cellule « marchés » et par la DSI sont appropriés à leurs finalités et comportent un grand nombre d'éléments opérationnels.

Les bilans envoyés à la DAE ne conduisent pas à remédier au constat d'une absence de cartographie des achats. En témoignent les cartographies des dépenses figurant dans les bilans qui lui ont été envoyés pour 2018 et 2019 ; elles sont très incomplètes et ne retracent qu'une partie mineure des achats. La CNSA explique ces lacunes par la demande même de la DAE qui exclut « les MAPA et certains marchés mutualisés<sup>28</sup> ».

**Tableau 31 : cartographie des achats, envoyée à la DAE**

	2018	2019
Nombre de marchés	23	35
Dont dépenses nulles	9	29
Montant de dépenses déclaré (K€)	921	200 K€

*Source : Exploitation mission données CNSA.*

La mission a obtenu de la CNSA les tableaux listés ci-dessous, qui fournissent des données à la fois sur les engagements, les dépenses et sur le nombre de marchés, avec des informations complémentaires (famille de dépenses, titulaire, ...) et les a exploités pour ses analyses

<sup>27</sup> La mission n'a pas audité pourquoi un produit aussi inadapté a pu être acquis dans son expérience l'utilisation de ce type d'outil dépend d'une appréciation coût/avantage entre les défauts et les inconvénients très liée aux personnes qui les utilisent

<sup>28</sup> La catégorie de marchés mutualisés concernés n'a pas été précisée

**Tableau 32 : données fournies à la mission**

<b>Origine</b>	<b>Source</b>	<b>Contenu</b>	<b>Période</b>	<b>Fiabilité</b>
DR	Extraction CEGID	Dépenses exhaustives	2016-2019	Pour les zones paiement
	Extraction CEGID	Dépenses par famille	2017-2019	Risque non saisie famille
Cellule marchés	Fichier XL	Liste marchés passés CNSA	Marchés actifs période 2016-2019	Dénombrement et titulaires
	Fichier XI	Liste marchés en cours hors marchés mutualisé	A la date fourniture	idem
	Fichier XL	Tableau suivi exécution	Marchés 2016-2020	Semble incomplet
DSI	-	Tableau de suivi administratif et financier	Marchés 2010-2020	-

*Source : Mission.*

Globalement la CNSA pourrait sans doute mieux utiliser son système d'information budgétaire et comptable pour analyser ces achats mais l'utilisation qu'en a fait la mission pour ses propres travaux montre que cela nécessiterait de :

- ◆ modifier certains paramétrages et sans doute saisies pour pouvoir avoir une cartographie par famille et par service utilisateur ;
- ◆ s'assurer que les données produites sont celles utiles et nécessaires à la gestion des achats pour suivre les différentes étapes de l'engagement au paiement ; et répondre à ses fournisseurs.

### **3.2. Des achats essentiellement liés au métier et aux systèmes d'information qui y sont associés et non au fonctionnement**

Comme on le verra infra (partie 3), la COG a fixé des objectifs à la CNSA en matière d'achat comme s'il s'agissait d'achats de fonctionnement dont la baisse est une fin en soi, or cela ne correspond en rien à la nature des achats qui sont des achats métiers qui conditionnent la performance de la caisse.

#### **3.2.1. Dans ses conditions d'utilisation actuelles, le système budgétaire et comptable présente des limites fortes si la CNSA veut réaliser un suivi adapté de ses achats**

Le suivi fait par la cellule marché est visiblement incomplet quant au suivi budgétaire. La mission le constate sans en faire une critique. En effet produire un tableau Excel spécifique supposerait qu'il soit alimenté par l'outil budgétaire et comptable et non qu'il le double au prix d'une double saisie. Elle n'a donc pas utilisé cette source mais deux extractions de données issues de l'application CEGID, fournies par la direction des ressources.

Pour la direction des ressources « *tout achat est engagé puis payé via l'outil CEGID qui le retrace exhaustivement, tiers par tiers, direction par direction, par compte comptable (en CP), par numéro de marché ou contrat, commande par commande, permettant non seulement de disposer d'une exhaustivité des achats mais aussi d'une capacité à les trier pour analyse* ». La mission constate que cette vision optimiste ne correspond pas à la réalité car la capacité technique à laquelle il est fait référence n'est que théorique ;

L'utilisation faite de l'outil CEGID conduit à des limites comme par exemple l'impossibilité de distinguer au sein des « contrats » les conventions de l'appel à des centrales d'achat ; ou de fournir des données par famille d'achat cohérentes avec les données de dépenses (cf. *infra*).

La CNSA n'a fourni aucune trace de l'utilisation de cette « capacité d'analyse ».

### Annexe III

Au regard du temps que la mission a consacré à ses propres travaux, la mission n'accepte pas l'argument du manque de personnel pour expliquer l'absence de ces données de base et encourage fortement la direction générale à faire mettre en œuvre de manière routinière ces extractions et exploitations qui peuvent être automatisées. « La première extraction utilisée donne pour la période 2016-2019 l'ensemble des dépenses de la caisse avec les différentes informations figurant dans le logiciel.

- ◆ Cette extraction, si elle fournit des dépenses exhaustives en CP, ne permet pas d'identifier la totalité des achats de la CNSA pour deux raisons :
  - les appels à des centrales d'achat, sont classés non dans les marchés mais avec les conventions dans les « contrats » de sorte qu'on ne peut de manière automatique obtenir les dépenses correspondantes ;
  - pour ces contrats, le prestataire réel n'est pas connu ce qui ne permet pas de faire une analyse par fournisseur ;
- ◆ Identifier au sein des contrats les marchés cadre a été possible pour la DSI car elle est, par exception, référencée comme service utilisateur ces opérations.

Cette extraction peut aussi être utilisée pour identifier les dépenses par gestionnaire (ainsi que les fournisseurs associés), sous la réserve du renseignement effectif du gestionnaire. La seconde est une extraction par « famille d'achat » qui ne couvre que la période 2017-2019. Elle ne comprend pas l'ensemble des achats de la CNSA comme le montre la comparaison effectuée pour les deux sources pour les dépenses gérées par la DSI (champ dans lequel les données sont les plus complètes) ; l'écart est dû pour l'essentiel aux dépenses ASIP qui figurent dans les crédits gérés mais pas dans l'extraction par famille d'achat.

**Tableau 33 : SI/DSI données figurant dans les deux sources (M€) période commune 2017-2019**

	Extraction « réalisé »	Extraction « famille achat »
Réalisé	38,3	29,4
Dont conventions	18,3	ND-
Dont marchés	18,6	ND-
Dont ASIP Santé	10,1	ND

*Source : Exploitation mission données CNSA. Réalisé = somme des demandes de paiement et des engagements juridiques non soldés.*

#### 3.2.2. Les principaux achats sont liés au développement des systèmes d'information

La mission s'est appuyée sur une extraction fournie par la direction des ressources en décembre 2020, pour les années 2017 à 2020, les chiffres de cette dernière année n'étant pas complets en raison de la date d'extraction, en particuliers les baux n'y figurant pas ce que la CNSA a expliqué par la suite par un « bug d'extraction ». Les données globales sont fournies pour 2017-2019 qui retracent trois des quatre années de la COG. Certaines analyses au champ restreint à certaines familles fourniront aussi les données 2020 ; il devra être noté que ces données ne sont pas exhaustives, l'extraction ayant été faite en décembre 2020, ce qui conduit à sous-estimer les dépenses de prestataires effectuées en 2020.

Elle a complété ces chiffres des données à la convention avec l'ASIP Santé pour chiffrer globalement les dépenses de SI.

La direction des ressources avait indiqué lors d'un premier entretien pouvoir fournir une liste de marchés pour des missions proches de l'action de la CNSA ; elle ne l'a pas fait considérant in fine que « cette liste serait pour partie dépendante du choix de considérer que le marché pourrait ou non être légitimement réintégré dans les effectifs de la CNSA ».

## Annexe III

### 3.2.2.1. Les achats sont majoritairement liés au système d'information (SI)

Pour les années 2017-2019, les dépenses liées au SI représentent 57 % des achats figurant dans l'extraction par famille d'achats, les baux 18 %, la communication et les études 10 %.

**Tableau 34 : analyse par familles regroupées (€ TTC)**

	2017	2018	2019	2020	Total 17-19	Total 17-20	% 17-19
Famille SI	8 237 114	7 532 319	13 619 282	14 391 261	29 388 715	43 779 976	57 %
Baux	865 513	7 112 532	1 271 888	NC	9 249 933		18 %
Communication	659 970	1 245 010	1 154 719	860 256	3 059 699	3 919 955	6 %
Etudes	502 430	598 575	778 036	512 697	1 879 040	2 391 737	4 %
Autres	2 817 705	2 885 374	2 673 706	2 094 854	8 376 785	10 471 639	16 %
<b>Total extraction</b>	<b>13 082 732</b>	<b>19 373 809</b>	<b>19 497 631</b>	<b>17 859 067</b>	<b>51 954 173</b>	<b>69 813 240</b>	<b>100 %</b>

*Source : Exploitation mission données CNSA. La CNSA a estimé que ce suivi n'était pas adapté pour les baux. Il lui appartient alors de corriger ou de supprimer cette famille de produit dans la nomenclature qu'elle a elle-même défini ; cette remarque n'a pas d'impact sur cette partie qui ne commente en rien ce poste. Par ailleurs, les chiffres fournis par la suite n'ont pas été ajoutés car ne provenant pas de l'extraction fournie.*

Toutefois ces données ne comportent pas les dépenses faites au titre de la convention avec l'ASIP<sup>29</sup> qui augmentent sensiblement des dépenses liées au système d'information.

**Tableau Total des dépenses SI (famille d'achat SI+ASIP) €TTC**

	2017	2018	2019	2020	Total 17-19	Total 17-20
Famille achat SI	8 237 114	7 532 319	13 619 282	14 391 261	29 388 715	43 779 976
ASIP	1 838 087	1 685 380	4 015 713	4 355 008	11 894 188	10 056 101
<b>Total dépenses SI</b>	<b>10 075 201</b>	<b>9 217 699</b>	<b>17 634 995</b>	<b>18 746 269</b>	<b>41 282 903</b>	<b>53 836 077</b>

### 3.2.2.2. Les autres postes sont peu significatifs

68 % des **dépenses d'étude** sont destinées à la direction de la compensation et représentent en moyenne l'équivalent de 6,3 ETP sur la période 2017-2020, sur la base d'un coût annuel chargé par ETP de de 95 000 € (moyenne observée à la CNSA).

**Tableau 35 : détail de la famille regroupée études directions**

	2017	2018	2019	2020	Total 17-19	Total 17-20
Etudes directions	502 430	598 575	778 036	512 697	1 879 040	2 391 737
Etudes Compensation	463 866	436 809	511 532	208 431	1 412 207	1 620 638
Etudes DS	8 900	155 946	69 663	114 188	234 509	348 696
Etudes ESMS	29 664	5 820	193 001	47 406	228 485	275 891
Etudes DSI	-	-	-	78 892	-	78 892
Etudes RH	-	-	3 840	63 780	3 840	67 620
% DCOMP	92 %	73 %	66 %	41 %	75 %	68 %
	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>Moy.17-19</b>	<b>Moy.17-20</b>
Equivalent ETP CNSA	5,3	6,3	8,2	5,4	6,6	6,3

*Source : Exploitation mission données CNSA.*

**Les dépenses de communication** représentent 6 % des achats totaux et diminuent sans doute conjoncturellement suite à l'importante augmentation constatée en 2018 et confirmée en 2019.

<sup>29</sup> Les conventions ne sont pas rattachées à une famille d'achat.

## Annexe III

**Tableau 36 : détail de la famille regroupée communication**

	2017	2018	2019	2020	Total 17-19	Total 17-20	%
Communication	659 970	1 245 010	1 154 719	860 256	3 059 699	3 919 955	6 %
Achat et gestion d'espaces publicitaires	12 120	588 175	579 019	524 832	1 179 314	1 704 146	2 %
Elaboration, conception éditoriale et graphique	407 643	320 991	271 760	282 556	1 000 394	1 282 949	2 %
Organisation de colloques et événements	227 801	293 594	249 359	16 163	770 754	786 916	1 %

*Source : Exploitation mission données CNSA. % du total des dépenses par famille.*

### 3.2.3. Les achats de SI sont principalement des achats de prestations externes, pour l'essentiel liées aux projets métier

Au sein des dépenses liées au SI, on peut distinguer :

- ◆ des dépenses non directement liées aux projets de SI et purement techniques (systèmes, logiciels généraux, matériels...);
- ◆ des dépenses liées à la mise en œuvre des projets qui figurent dans les données sous trois catégories : assistance à la maîtrise d'ouvrage (AMOA), assistance à la maîtrise d'œuvre (AMOE)<sup>30</sup> et tierce maintenance applicative (TMA),

**Tableau 37 : répartition des dépenses SI (€ TTC)**

	2017	2018	2019	2020	Total 17-19	Total 17-20	%
AMOA	3 183 373	1 883 139	5 079 576	5 515 042	10 146 088	15 661 130	29 %
AMOE	385 412	618 714	1 709 406	2 426 656	2 713 532	5 140 188	10 %
TMA	1 052 148	1 209 220	1 485 192	1 039 346	3 746 560	4 785 905	9 %
ASIP	1 838 087	1 685 380	4 015 713	4 355 008	11 894 188	10 056 101	19 %
SS total projets	6 459 020	5 396 453	12 289 887	13 336 052	28 500 368	35 643 324	66 %
INF	3 616 182	3 821 255	5 345 108	5 410 217	12 782 535	18 192 752	34 %
<b>Total SI</b>	<b>10 075 201</b>	<b>9 217 699</b>	<b>17 634 995</b>	<b>18 746 269</b>	<b>41 282 903</b>	<b>53 836 077</b>	<b>100 %</b>

*Source : Exploitation mission données CNSA. % du total des dépenses SI 2017-2020*

- ◆ **Les dépenses liées aux projets représentent 66 % des dépenses totales** et correspondent entièrement à des prestations de service.
- ◆ Le recours à des centrales d'achat ou à l'ASIP représente le mode quasi exclusif d'accès aux prestations d'AMOA.

**Tableau 38 : Part de l'UGAP et du RESAH dans les dépenses d'AMOA hors ASIP**

	2017	2018	2019	2020	Total 17-19	Total 17-20
AMOA (UGAP)	3 155 893	1 883 139	4 700 523	4 472 478	9 739 555	14 212 033
AMOA (RESAH)	0	0	349 384	1 042 564	349 384	1 391 948
AMOA	27 480	0	29 670	0	57 150	57 150

*Source : Exploitation mission données CNSA.*

- ◆ **Au sein des dépenses non liées au projet l'infogérance représente une part significative 48 % de la catégorie et 25 % des dépenses informatiques**

<sup>30</sup> La part de l'assistance technique est très minoritaire.

## Annexe III

**Tableau 39 : principaux postes des dépenses informatiques et télécoms**

	2017	2018	2019	2020	Total 17-19	Total 17-20
Total INF	3 616 182	3 821 255	5 345 108	5 410 217	12 782 535	18 192 752
Infogérance SI	2 511 731	1 780 324	2 451 144	2 022 770	6 743 199	8 765 969
Services de FAI	433 699	821 235	1 215 963	772 850	2 470 898	3 243 748
Licences (UGAP)	174 929	978 312	930 239	2 190 297	2 083 481	4 273 778

*Source : Exploitation mission données CNSA. % du total des dépenses SI.*

Au total 91 % des achats de SI de la caisse sont des prestations de service plus complexes à piloter que des achats de fonctionnement.

### **Ces dépenses représentent un volume élevé d'équivalents ETP CNSA**

On se reportera à l'annexe VI pour le chiffrage des ETP de prestataires correspondant à ces dépenses. Est évalué ici l'équivalent en nombre d'ETP CNSA des dépenses associées à la conduite des projets.

Depuis 2018, l'équivalent en ETP CNSA des dépenses de prestataires liés la conduite des projets de SI dépasse la masse salariale de l'ensemble de la CNSA.

Ces données permettent de montrer le poids croissant du recours aux prestataires extérieurs pour la conduite de projets informatiques, qui représentent un montant substantiel qu'on peut comparer aux dépenses de personnel de la CNSA. Elles sont présentées à titre illustratif, par comparaison au coût moyen chargé d'un ETP de la CNSA, mais elles ne constituent ni une évaluation du nombre de prestataires extérieurs mobilisés par la CNSA, ni une estimation du nombre d'agents à recruter pour réaliser un travail équivalent à celui réalisé par les prestataires extérieurs de la CNSA.

**Tableau 40 : financement prestations SI liées à des projets ETP CNSA**

	2016	2017	2018	2019
AMOA	33,5	19,8	53,5	58,1
AMOE	4,1	6,5	18,0	25,5
TMA	11,1	12,7	15,6	10,9
Sous total projets hors ASIP	48,7	39,1	87,1	94,6
ASIP	19,3	17,7	42,3	45,8
Sous total projets	68,0	56,8	129,4	140,4

*Source : Exploitation mission données CNSA le chiffre des ETP 17-19 est celui de la moyenne annuelle le chiffrage fait sur le coût chargé d'un ETP de la CNSA en 2020 sous-estime le volume des années antérieures.*

### **3.2.4. Les prestations liées aux systèmes d'information, sont assurées par un petit nombre de fournisseurs**

Un fournisseur est une entité juridique qui fournit des prestations à la CNSA, que celles-ci le soient dans le cadre d'une procédure de marché public, de l'utilisation d'un accord cadre ou d'un marché d'une centrale d'achat, ou dans le cadre d'une convention comme l'ASIP. Les données de la CNSA ne permettent pas de connaître les fournisseurs car ceux qui sont utilisés par le canal d'une centrale d'achat n'apparaissent pas.

UGAP et ASIP Santé représentent 50 % de la dépense cumulée attribuée à la DSI. Trois fournisseurs identifiés, qui interviennent aussi dans le cadre de marchés UGAP représentent 29 % de la dépense, si l'on ajoute six autres fournisseurs identifiés le pourcentage de 95 % de la dépense est atteint.

## Annexe III

**Tableau 41 : principaux fournisseurs informatiques de la DSI**

	2016	2017	2018	2019	Total	%	% C
Total dépenses DSI	7 800 762	11 107 607	12 030 495	15 203 048	46 141 913	-	-
ASIP SANTE	1 838 087	1 685 380	4 015 713	4 355 008	11 894 188	26 %	26 %
UGAP	1 637 366	3 586 741	1 515 166	4 357 114	11 096 387	24 %	50 %
CGI	1 379 446	1 411 404	1 441 698	1 579 563	5 812 111	13 %	62 %
ACCENTURE	23 148	957 555	2 113 696	1 397 036	4 491 435	10 %	72 %
ATOS INTEGRATION	377 518	473 984	769 190	1 401 266	3 021 958	7 %	79 %
NORSYS SAS	1 202 498	1 137 487	474 551	-	2 814 536	6 %	85 %
CONSORT France	248 390	645 697	533 165	388 747	1 815 999	4 %	89 %
CAPGEMINI	47 258	442 458	361 341	480 754	1 331 811	3 %	92 %
WORLDLINE	-	-	152 801	762 201	915 002	2 %	94 %
ERNST YOUNG	197 490	228 450	93 540	118 740	638 220	1 %	95 %

*Source : Exploitation mission données CNSA. % et % cumulé.*

### 3.3. La COG passe à côté des enjeux des achats de la CNSA ce qui donne peu d'importance au caractère partiel de sa mise en œuvre

La COG mentionne les achats dans le cadre de l'axe 5 II « Moderniser les instruments au service des missions de la CNSA » dans deux sous actions de l'action 2 « Réduire les coûts de fonctionnement de la Caisse », la sous action 2 « Formaliser une politique d'achat qui se traduira notamment par le recours à une mutualisation des achats en formalisant un partenariat avec le service des achats de l'État » (échéance 2017) et la sous action 3 « Accroître le recours aux centrales d'achat et aux marchés groupés (2016-2019) ».

Ces objectifs ne sont pas adaptés à un organisme dont les achats sont principalement des achats métiers déjà très fortement « mutualisés » ce qui conduit à d'autres risques à la fois financiers et de maîtrise des prestations.

Par ailleurs le recours à l'ASIP ou à des centrales d'achat évite à la CNSA de passer elle-même des marchés<sup>31</sup> mais l'expose au risque d'utiliser des marchés dont les prestations générales correspondent mal à ses besoins propres, et ne garantit pas que le titulaire ait la compétence la plus adaptée pour intervenir dans son propre de la CNSA, l'AMOA est en effet un appui à la direction métier qui suppose aussi de comprendre ce dernier.

Enfin la mission souhaite signaler un risque majeur en termes de coût financier de l'utilisation des marchés cadres de prestations de service. Le risque d'un coût élevé est fort si le service de la CNSA qui achète la prestation n'est pas en mesure de quantifier lui-même les unités d'œuvre à utiliser et laisse au titulaire du marché le soin d'établir cette quantification. La mission attire l'attention sur ce point de la direction de la CNSA et lui recommande de s'assurer que ce n'est pas la pratique de ses services.

Le détail de la mise en œuvre est donné en annexe I.

<sup>31</sup> Sans toutefois l'exonérer de la gestion administrative hors passation pure passage marchés subséquents et gestion de ceux-ci par exemple (cf. *supra* rôle de la cellule « marchés »).

### Annexe III

**Tableau 42 : procédure achat reconstituée par la DR en levant les contradictions avec la note de procédures**

Étapes achat	Responsable	Livrables
Sourcing et marketing achat	« Acheteur »	« Leviers d'optimisation des achats »
Formalisation de la demande	Direction prescriptrice	Fiche projet remplie, CCTP rédigé ou en cours de finalisation (Cf. trame CCTP), bordereau des prix.
Définition du besoin : réunion d'initialisation	Direction prescriptrice cellule marché Agence comptable	CR réunion comprenant un planning
Contrôle du disponible budgétaire	Direction prescriptrice	Mail de validation
Préparation du DCE	Cellule marchés	RC - CCAP - AE - DPGF ou BPU-annexes et AAPC
Validation du DCE	Direction des ressources (directeur adjoint en charge des finances)	DCE définitif
Information préalable du contrôleur budgétaire (pour les MAPA) entre 50 K€ et seuil des procédures formalisées : par mail. Information préalable si supérieur à 1 M€ (Via SharePoint)	Cellule marchés direction des ressources	Note au contrôleur budgétaire Validation contrôleur budgétaire
Envoi à la publicité	Cellule marché	AAPC : Annonce dans un journal d'annonces légales, au BOAMP et/ou JOUE
Ouverture des plis	Direction prescriptrice Cellule marché	Tableau d'ouverture des plis rempli par la cellule marchés et cosigné par l'agent porteur du projet
Analyse des candidatures *	Direction prescriptrice et Cellule marché	Rapport d'analyse des candidatures renseigné
Analyse des offres et de la candidature	Direction prescriptrice en lien avec la cellule marchés	Rapport d'analyse des offres et de la candidature (le plus souvent fait par cellule marché pour la candidature)
Validation de rapport d'analyse des offres	Cellule marchés puis le directeur adjoint chargé des finances	Rapport validé
Négociations *	Direction prescriptrice appui de la cellule marchés, si besoin ou si points juridiques à évoquer	Un rapport d'analyse des offres complété après négociations
Validation du rapport d'analyse des candidatures et des offres par la direction des ressources	Cellule marchés puis le directeur adjoint chargé des finances	Rapport analyse des offres validé
Commission des marchés *		PV commission Décision attribution
Signature de la décision d'attribution	Directeur ou directeur adjoint	Signature (via SharePoint) et signature des courriers des candidats évincés
Avis du contrôleur budgétaire *	Contrôleur budgétaire	Avis soutenabilité financière
Information des candidats évincés	Cellule marchés	Courier de rejet avec motif classement signé direction (via la plateforme)
Signature électronique de l'acte d'engagement	Directeur ou directeur adjoint	Signature
Notification de la procédure (plateforme)	Cellule marchés	
Rédaction du rapport de présentation pour UE *	Cellule marchés	
Avis d'attribution * (via la plateforme)	Cellule marchés	
Publication des données essentielles (via la plateforme)	Cellule marchés	

*Source : mission.*

### Annexe III

<b>Propositions de l'annexe III</b>
<p><b>Proposition n° 1 :</b> mettre en place un dispositif de pilotage de l'activité permettant de prévoir, d'organiser, de hiérarchiser et de suivre les actions ou la mise en œuvre de ses missions par la CNSA. Ce dispositif doit permettre à la CNSA d'avoir une vue consolidée de ses activités et doit être décliné au niveau de chaque direction avec un niveau de détail supplémentaire. Ce dispositif doit permettre de mesurer l'adéquation entre les missions et les moyens de la CNSA.</p>
<p><b>Proposition n° 2 :</b> réorganiser le tableau de bord de la direction générale, en lien avec la mise en place du document de pilotage, pour qu'il permette un suivi infra-annuel opérationnel de l'activité générale de la CNSA.</p>
<p><b>Proposition n° 3 :</b> pérenniser la cellule contrôle interne et désigner des référents chargés du contrôle interne au sein de chaque direction et préciser leur rôle. Définir et formaliser les processus « transverses » et les processus « métiers » soumis au contrôle interne.</p>
<p><b>Proposition n° 4 :</b> élaborer une cartographie des risques et un plan d'actions et les présenter au conseil de la CNSA.</p>
<p><b>Proposition n° 5 :</b> outre le caractère plus stratégique de la nouvelle COG et le renforcement du pilotage de l'activité de la CNSA, l'amélioration du dialogue entre la Caisse et ses tutelles devrait passer par :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ un accès facilité des directions d'administration centrale aux données de gestion de la CNSA pour limiter la multiplication des commandes ;</li><li>▪</li><li>▪ un processus formalisé pour les commandes hors COG, qui permette de suivre les commandes à la CNSA et leur impact sur l'adéquation missions/moyens, et la rédaction d'avenants prenant acte des changements majeurs.</li><li>▪</li></ul>
<p><b>Proposition n° 6 :</b> dans le nouveau contexte d'une cinquième branche, le rôle des tutelles doit évoluer. Le rôle accru de la DSS nécessite un partage formalisé des responsabilités et une coordination fluide avec la DGCS, notamment au sujet du pilotage de l'activité de la CNSA, de la construction du budget et de la définition du plafond d'emplois, et des évolutions du périmètre des missions de la CNSA.</p>

*Source : mission.*

## **ANNEXE IV**

### **Les relations de la CNSA avec les réseaux territoriaux et ses partenaires nationaux**



# SOMMAIRE

<b>1. L'APPUI DE LA CNSA AUX RÉSEAUX TERRITORIAUX CHARGÉS DE LA MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES PUBLIQUES DE L'AUTONOMIE REPOSE SUR DES INSTRUMENTS MULTIPLES MAIS INSUFFISANTS POUR PERMETTRE L'EXERCICE D'UN VÉRITABLE PILOTAGE.....</b>	<b>1</b>
1.1. La CNSA est aujourd'hui en position d'appui à des réseaux autonomes, à la différence des caisses nationales du régime général de sécurité sociale qui disposent d'un réseau soumis à leur pilotage .....	1
1.1.1. <i>Le pilotage des caisses locales, fonction essentielle des caisses nationales du régime général de sécurité sociale, s'appuie sur des leviers multiples.....</i>	<i>1</i>
1.1.2. <i>La CNSA ne dispose que d'une partie de ces leviers pour assurer un appui à des réseaux territoriaux, dont l'autonomie est, pour les réseaux dépendant des départements, beaucoup plus forte que celle des réseaux des autres caisses.....</i>	<i>2</i>
1.1.3. <i>L'autonomie des réseaux sur lesquels la CNSA continuera de s'appuyer limite sa capacité de pilotage et nécessite de concevoir des réponses originales.....</i>	<i>4</i>
1.2. La CNSA participe au pilotage des ARS et apporte un appui aux équipes en charge du secteur médico-social .....	5
1.2.1. <i>La CNSA participe au co-pilotage des ARS, avec des marges de progrès identifiées.....</i>	<i>5</i>
1.2.2. <i>Propositions.....</i>	<i>15</i>
1.3. L'appui de la CNSA aux réseaux départementaux a été progressivement renforcé et élargi ; son évolution vers une forme de pilotage requiert un renforcement des instruments juridiques et des moyens d'action de la Caisse.....	18
1.3.1. <i>Les conventions pluriannuelles entre la CNSA et les conseils départementaux cadrent les conditions de l'appui de la CNSA à leurs actions de soutien à l'autonomie mais leur exécution n'est pas suivie .....</i>	<i>18</i>
1.3.2. <i>Cœur de métier de la direction de la compensation, l'appui aux MDPH mobilise des ressources financières croissantes et s'appuie sur plusieurs canaux.....</i>	<i>19</i>
1.3.3. <i>Mis en place à partir de 2016, l'appui aux équipes médicosociales des conseils départementaux (EMS APA) n'atteint pas l'intensité de l'appui aux MDPH mais s'est renforcé récemment grâce au partenariat avec la CNAV.....</i>	<i>23</i>
1.3.4. <i>L'appui aux conférences des financeurs de la perte d'autonomie (CFPPA) se limite à la distribution des concours financiers, à la participation à la coordination nationale des financeurs et à l'analyse des rapports d'activité.....</i>	<i>23</i>
1.3.5. <i>Le passage de l'appui à des modalités de pilotage adaptées à l'autonomie des collectivités territoriales suppose de développer la capacité de la CNSA à prendre en compte les caractéristiques de chaque département .....</i>	<i>24</i>
1.4. Favoriser la transversalité des réseaux.....	35
1.4.1. <i>Les constats.....</i>	<i>35</i>
1.4.2. <i>Propositions.....</i>	<i>36</i>

<b>2. LES RELATIONS DE LA CNSA AVEC LES PARTENAIRES NATIONAUX – CONSTATS ET PROPOSITIONS .....</b>	<b>36</b>
2.1. Le partenariat entre la CNSA et les caisses nationales de sécurité sociale est appelé à se renforcer dans le cadre de la branche autonomie .....	36
2.1.1. Avec la CNAV, le partenariat s'est développé pour la mise en place des conférences des financeurs et s'est amplifié depuis 2019 pour développer la coordination CARSAT / Départements.....	36
2.1.2. Avec la CNAM, le partenariat s'est amélioré sur le pilotage de l'OGD .....	37
2.1.3. Avec la CNAF, les difficultés sur les échanges entre CAF et MDPH ont perturbé le partenariat.....	38
2.2. La CNSA pourrait s'appuyer davantage sur les agences nationales avec lesquelles elle a déjà construit des partenariats utiles .....	39
2.2.1. La collaboration avec l'ANS, fortement développée durant la COG 2016-2019 se poursuit selon des modalités nouvelles.....	39
2.2.2. La collaboration avec l'ANAP mérite d'être redéfinie .....	40
2.2.3. La collaboration avec l'ATIH est satisfaisante et peut se poursuivre dans les mêmes conditions.....	40

## 1. L'appui de la CNSA aux réseaux territoriaux chargés de la mise en œuvre des politiques publiques de l'autonomie repose sur des instruments multiples mais insuffisants pour permettre l'exercice d'un véritable pilotage

### 1.1. La CNSA est aujourd'hui en position d'appui à des réseaux autonomes, à la différence des caisses nationales du régime général de sécurité sociale qui disposent d'un réseau soumis à leur pilotage

La responsabilité nouvelle donnée à la CNSA de gérer une branche de sécurité sociale conduit à comparer ses modalités d'animation des réseaux territoriaux mettant en œuvre les politiques de soutien à l'autonomie à celles des caisses nationales du régime général de sécurité sociale vis-à-vis de leurs réseaux de caisses locales. Si, dans les deux cas, les réseaux territoriaux possèdent une autonomie juridique, les caisses nationales disposent de puissants instruments de pilotage pour assurer la convergence de l'action de leurs réseaux vers les objectifs de la branche, dont la CNSA n'est que très partiellement dotée.

#### 1.1.1. Le pilotage des caisses locales, fonction essentielle des caisses nationales du régime général de sécurité sociale, s'appuie sur des leviers multiples

Les caisses nationales du régime général de sécurité sociale s'appuient sur un réseau de caisses locales qui attribuent les prestations de la branche<sup>1</sup> (prestations légales et d'action sociale) aux assurés et allocataires et mettent en œuvre la déclinaison locale des actions et programmes nationaux (gestion du risque pour la branche maladie par ex exemple).

Bien que les caisses locales disposent d'une autonomie juridique caractérisée par la personnalité morale et par des instances de gouvernance propres, **les caisses nationales disposent d'une large gamme d'instruments de pilotage** dans l'objectif de garantir une application identique des régimes de prestations, de maîtriser les risques, d'assurer la qualité du service rendu aux usagers et de promouvoir la performance ainsi qu'une gestion efficiente des moyens :

- ◆ la conclusion de contrats pluriannuels de gestion (CPG) déclinant les objectifs et la trajectoire des crédits de fonctionnement et des effectifs inscrits dans leurs conventions d'objectifs et de gestion ;
- ◆ la fixation d'objectifs de performance et de qualité de service, inscrits dans les CPG ou dans d'autres documents (plans de développement dans les CAF). Ces objectifs peuvent être suivis de façon très fine (infra-annuelle) comme dans la branche famille où la CNAF a développé une gamme d'outils de pilotage de la production<sup>2</sup> ;
- ◆ la fixation des budgets de fonctionnement des caisses locales, intégrés dans le fonds national de gestion administrative géré par la caisse nationale, et de leurs effectifs autorisés, pouvant comporter une modulation selon différents indicateurs de charge et de performance (CNAF). Cette allocation de ressources inclut en outre la répartition des efforts de productivité et baisses d'effectifs demandés par la COG ;

---

<sup>1</sup> Elles peuvent aussi distribuer des prestations pour le compte d'autres financeurs comme c'est le cas pour les CAF qui servent des prestations pour le compte de l'Etat (AAH, aides au logement) et des départements (RSA).

<sup>2</sup> Voir par exemple : « Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2013-2017 de la CNAF », IGAS-IGF, octobre 2017.

## Annexe IV

- ◆ l'organisation de dispositifs d'appui et de mutualisation notamment pour les caisses en difficulté ;
- ◆ la mise à disposition des caisses locales des systèmes d'information métiers et de gestion, leurs équipes SI pouvant de surcroît être rattachées à la caisse nationale ;
- ◆ la nomination des directeurs et directeurs comptables et financiers, après avis d'un comité des carrières sur les candidatures et concertation avec le président du conseil d'administration de l'organisme concerné (qui peut d'opposer à la nomination avec une majorité des deux tiers).

L'exercice de cette fonction de pilotage du réseau est assuré par une direction dédiée au sein des caisses nationales, qui coordonne en outre l'intervention des directions métiers en appui des caisses locales : direction déléguée aux opérations à la CNAM, direction du réseau à la CNAF, direction de la performance et des moyens à la CNAV, direction de la gestion du réseau et des moyens à l'ACOSS.

### **1.1.2. La CNSA ne dispose que d'une partie de ces leviers pour assurer un appui à des réseaux territoriaux, dont l'autonomie est, pour les réseaux dépendant des départements, beaucoup plus forte que celle des réseaux des autres caisses**

Les politiques financées par la CNSA sont mises en œuvre par quatre réseaux territoriaux :

- ◆ les agences régionales de santé (ARS), établissements publics de l'État, qui assurent la régulation des établissements et services médico-sociaux financés ou cofinancés sur l'OGD ;
- ◆ trois réseaux départementaux placés sous le pilotage ou co-pilotage des conseils départementaux :
  - les MDPH, GIP associant notamment l'État, les départements et les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales, « dont le département assure la tutelle administrative et financière »<sup>3</sup> ;
  - les équipes médico-sociales des conseils départementaux qui assurent l'évaluation des besoins des personnes âgées et la construction des plans d'aide au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (EMS-APA) ;
  - les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) qui coordonnent, sous la présidence du président du conseil départemental, les actions de prévention, de soutien aux aidants des personnes âgées et de soutien à l'habitat inclusif pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Le tableau ci-dessous présente, pour chacun de ces réseaux, les leviers de pilotage dont dispose la CNSA par rapport à ceux dont disposent les caisses nationales du régime général de sécurité sociale vis-à-vis de leurs propres réseaux.

---

<sup>3</sup> Article L 146-4 du CASF.

## Annexe IV

**Tableau 1 : Comparaison des leviers de pilotage des réseaux relayant l'action de la CNSA et de ceux des caisses nationales de sécurité sociale**

Leviers de pilotage des caisses nationales	ARS	MDPH	EMS-APA	CFPPA
Contractualisation pluriannuelle sur des objectifs communs	Oui, dans le cadre du CPOM conclu entre le CNP et les ARS.	Pas de contractualisation avec la MDPH mais la convention CNSA-CD (art. L14-10-7-2) contient des objectifs concernant la MDPH	Possible, dans le cadre de la convention CNSA-CD (art. L14-10-7-2)	Possible, dans le cadre de la convention CNSA-CD (art. L14-10-7-2)
Appui à l'exercice des métiers	Oui : réunion de club métiers, groupes de travail thématique, réunion des directeurs de l'autonomie.	Oui : fourniture d'outils et guides, conseil réglementaires, animation des réseaux de référents métier	Oui : fourniture d'outils et guides, appui conseil, animation du réseau de coordonnateurs EMS-APA	En partie
Pilotage de la production par les délais et la qualité	Suivi de l'activité, remontée d'information	Suivi de l'activité, remontées d'information ; appui à l'organisation de la production	Non	Suivi de l'activité, remontée d'information
Dispositifs d'appui et de mutualisation	Non	En 2021 : dispositif d'appui renforcé	Non	Non
Allocation des budgets de fonctionnement et ETP	Non (pilotage assuré par le SGMAS)	Financement d'une partie du fonctionnement, mais paramétré	Non	Non
Mise à disposition des SI métiers	Oui (HAPI, SEPPIA, GALAAD, ...)	Oui (SI-MDPH)	SI-APA en projet	Non
Nomination des directeurs	Non	Non	Non	Sans objet

*Source : mission.*

Cette comparaison montre que pour les ARS et pour les MDPH, la CNSA dispose d'une partie des instruments de pilotage des caisses nationales, mais que ses instruments n'ont pas la même portée sur l'activité des réseaux :

- ◆ pour les ARS, le pilotage est partagé au sein du conseil national de pilotage (CNP) (cf. *infra*) ; l'action de la CNSA concerne le champ de la régulation du secteur médico-social : elle n'intervient pas sur les moyens de fonctionnement des ARS et n'a pas la capacité de leur imposer l'utilisation des SI métiers qu'elle leur fournit ;

## Annexe IV

- ◆ pour les MDPH, la CNSA dispose d'instruments de nature comparable à ceux des caisses nationale sans leur valeur contraignante : la CNSA suit l'activité des MDPH plus qu'elle ne la pilote ; elle finance une partie de leur fonctionnement mais sans avoir la main sur les montants alloués (concours paramétré et dotation<sup>4</sup> répartie sur des bases historiques). Enfin, elle ne nomme pas les directeurs et, dans la pratique, les MDPH, qui dépendent des départements pour leurs moyens de fonctionnement, sont souvent pilotées comme une direction des services du département<sup>5</sup>.

### 1.1.3. L'autonomie des réseaux sur lesquels la CNSA continuera de s'appuyer limite sa capacité de pilotage et nécessite de concevoir des réponses originales

Les responsabilités données à la CNSA dans la gestion de la nouvelle branche autonomie, notamment de veiller à son équilibre financier, nécessiteront d'accroître la fréquence et la précision des remontées d'information provenant des réseaux territoriaux pour lui donner une capacité de prévision et d'anticipation (cf. annexe V). Par ailleurs, les objectifs assignés à la CNSA dans la redéfinition de ses missions de « *piloter et assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l'équité, notamment territoriale, la qualité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes concernées* » (mission 2° du nouvel article L. 14-10-1 du CASF) impliquent un renforcement de ses capacités de pilotage.

Toutefois, si la loi pose ainsi des objectifs clairs, elle ne crée pas d'instrument juridique nouveau au profit de la CNSA pour assurer cette fonction de pilotage, en particulier à l'égard des départements, dont l'autonomie d'organisation et de gestion est protégée par le principe constitutionnel de libre administration des collectivités territoriales.

Par ailleurs, les prestations individuelles financées par les départements n'ont pas été intégrées au périmètre de la nouvelle branche autonomie. La complexité juridique et technique<sup>6</sup> d'une telle inclusion de dépenses supportées par les départements dans le champ des LFSS a en effet conduit à écarter cette perspective, qui aurait pourtant eu l'avantage de mettre en lumière une part plus importante des financements publics de la politique de l'autonomie. Cette situation crée une incertitude sur la possibilité pour la CNSA à aller au-delà d'un simple appui pour garantir l'équité territoriale dans l'application de la législation relative à ces prestations.

Les développements qui suivent décrivent en détail les modalités d'animation de ces réseaux mises en œuvre par la CNSA et les évolutions qu'impliquent les nouvelles responsabilités de la CNSA dans la gestion de la branche autonomie, pour mettre en place un mode de pilotage adapté à ce contexte institutionnel particulier.

---

<sup>4</sup> Il s'agit de l'ancienne dotation de fonctionnement de l'État, reprise depuis 2017 par la CNSA mais répartie par la DGCS par reconduction des montants antérieurs.

<sup>5</sup> Selon le rapport d'activité 2018 des MDPH publié par la CNSA, un peu plus de la moitié des directeurs de MDPH (54 % sur un échantillon de 100 MDPH) sont directeurs au sein du conseil départemental, principalement directeurs de l'autonomie.

<sup>6</sup> Outre la difficulté à déterminer le bon niveau des objectifs de dépenses, leur portée n'aurait pu être que purement indicative du fait du principe de libre administration des collectivités territoriales et de l'impossibilité juridique d'opposer un objectif « collectif » à un conseil départemental et à l'impossibilité pratique de décliner cet objectif en 100 objectifs départementaux.

## 1.2. La CNSA participe au pilotage des ARS et apporte un appui aux équipes en charge du secteur médico-social

### 1.2.1. La CNSA participe au co-pilotage des ARS, avec des marges de progrès identifiées

#### 1.2.1.1. La CNSA contribue au pilotage des ARS par sa participation au conseil national de pilotage et a développé des relations directes avec elles

Les ARS reçoivent leurs instructions du conseil national de pilotage (CNP), dans lequel siègent toutes les administrations centrales concernées, les deux principales caisses d'assurance maladie (CNAMTS, CCMSA) et la CNSA, représentée par sa direction générale. Si cette instance assure la cohérence des instructions et permet à chaque membre du CNP de prendre connaissance de celles produites par les autres directions et caisses, elle n'entrave pas la capacité de chaque membre du CNP à définir le contenu de ses propres directives, tout en organisant la coordination des commandes et donc la charge en résultant pour les agences. La CNSA participe également au « pré-COPER » qui assure la préparation des CNP.

Par ailleurs, le CNP valide les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés avec chaque ARS<sup>7</sup>. La dernière génération de CPOM porte une ambition de transversalité pour dépasser le caractère « cloisonné » du dialogue stratégique et permettre de réaliser chaque année un état d'avancement.

Le champ médico-social est concerné par 8 des 9 objectifs prioritaires (cf. encadré 1). Cette nouvelle structuration évite l'effet de « juxtaposition » des secteurs qui avait été reproché à la précédente version des CPOM Etat-ARS, qui regroupait l'ensemble des sujets « médico-sociaux » en un seul bloc, souvent moins discuté pendant les dialogues stratégiques.

Cette structure devrait permettre aux autorités de tutelle de la CNSA de mieux aligner leurs demandes pour la future COG de la CNSA et pour les CPOM Etat-ARS, répondant ainsi à une recommandation du rapport de M. Laurent Vachey<sup>8</sup> sur la mise en place de la branche autonomie.

#### Encadré 1 : prise en compte du secteur médico-social dans les CPOM Etat-ARS 2019-2023

##### **I. Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie**

Objectif 1 : Agir sur les principaux déterminants des maladies chroniques, des incapacités et de la perte d'autonomie

- 1.c - Taux de vaccination antigrippale des résidents et des professionnels en EHPAD
  - o 1.c.1 - Taux de vaccination antigrippale des résidents des EHPAD
  - o 1.c.2 - Taux de vaccination antigrippale des professionnels en EHPAD
- 1.d - Nombre de partenariats ARS-CD-CPAM sur la PMI

##### **II. Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé**

Objectif 2 : Améliorer la structuration territoriale des soins de proximité en développant les partenariats

<sup>7</sup> Article L 1433-2 du code de la santé publique : « Ce contrat définit les objectifs et priorités d'action de l'agence régionale de santé pour la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et des plans ou programmes nationaux de santé, déclinés dans le projet régional de santé prévu à l'article L. 1434-1. Il comporte un volet consacré à la maîtrise des dépenses de santé, qui fixe des objectifs chiffrés d'économies. Il est conclu pour une durée de cinq ans et est révisable chaque année. Il fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation permettant de mesurer l'atteinte de ces objectifs. »

<sup>8</sup> « Aligner les objectifs stratégiques et les indicateurs du programme de qualité et d'efficacité « autonomie » de la COG de la CNSA et de la partie médico-sociale du CPOM des ARS », Tableau 2, page 57.

## Annexe IV

Objectif 3 : Réduire les inégalités sociales de santé des populations vulnérables

- 3.a - Taux d'installation des dispositifs favorisant l'accès aux soins des personnes en situation de précarité (ACT, LHSS, LAM)
- 3.b - Part des PASS donnant accès à des soins odontologiques, sur place ou par adressage
- 3.c - Taux d'ESMS PH adulte ayant prévu une action de dépistage du cancer 1/ du col de l'utérus, 2/ colorectal 3/ du sein dans leur CPOM
- 3.d - Pourcentage de la population couverte par un projet territorial de santé mentale

### III. Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé

Objectif 4 : Améliorer la fluidité et la pertinence des prises en charge

- 4.c - Taux d'EHPAD ayant accès à la téléconsultation
- 4.d - Nombre d'adultes maintenus en ESMS pour enfants au titre de l'amendement Creton
- 4.e - Taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés
- 4.f - Part de l'offre médico-sociale des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire
- 4.h. - Nombre de résidents accueillis avec une durée maximale de séjour de 3 mois et taux d'occupation des places d'hébergement temporaire en EHPAD
  - o 4.h.1 - Nombre moyen de résident accueillis sur des places d'hébergement temporaire avec une durée maximale de séjour de 3 mois
  - o 4.h.2 - Taux d'occupation des places d'hébergement temporaire en EHPAD

Objectif 5 : Améliorer la sécurité sanitaire

- 5.d - Pourcentage d'ES et d'ESMS n'ayant pas déclaré d'EIGS<sup>9</sup> sur l'année
  - o 5.d.2 - Pourcentage d'ESMS n'ayant pas déclaré d'EIGS sur l'année

Objectif 6. Promouvoir les démarches de qualité de vie au travail et répondre aux attentes des professionnels de santé

- 6.a - Nombre d'ES et d'ESMS participant à un cluster régional QVT<sup>10</sup>

### IV. Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers

Objectif 7 : Accroître l'efficacité du système de santé

- 7.b - Gains achats Phare et taux d'ESMS ayant recours aux achats mutualisés (groupements ou centrales d'achats)
  - o 7.b.2 - Taux d'ESMS ayant recours aux achats mutualisés (groupements ou centrales d'achats)
- 7.c - Taux d'ESMS ayant engagé une action de coopération (GHT<sup>11</sup>, GCMS<sup>12</sup>)

Objectif 8 : Accroître la participation des usagers au système de santé

- 8.c - Taux de désignation de représentants des usagers dans les CDU<sup>13</sup> et équivalent dans les conseils de la vie sociale des ESMS

8.d - Taux de refus de soins ressenti par les personnes vivant avec un handicap (handifaction)

*Source : CPOM Etat-ARS 2019-2023.*

<sup>9</sup> EIGS : Evénement indésirable grave associé aux soins.

<sup>10</sup> QVT : qualité de vie au travail.

<sup>11</sup> GHT : groupement hospitalier de territoire.

<sup>12</sup> GCMS : groupement de coopération médicosociale.

<sup>13</sup> CDU : commission des usagers.

**1.2.1.2. La CNSA participe activement aux instances d'animation, stratégiques et techniques, mises en place par le SGMAS et a développé ses propres dispositifs d'animation**

**1.2.1.2.1. Les instances mises en place par le SGMAS permettent des échanges aux niveaux stratégiques et opérationnels**

Le séminaire des DG d'ARS se réunit mensuellement (hors période Covid). Il a examiné un nombre croissant de sujets consacrés au champ médico-social pendant la COG 2016-2019 ; la participation de la direction générale de la CNSA est systématique, aux côtés de la direction de la DGCS.

La CNSA participe également, le plus souvent au niveau des directeurs de la DESMS et de la DCOMP, en lien avec la DGCS, à la définition de l'ordre du jour des comités techniques sectoriels (CTS) médico-social, réunissant l'ensemble des directions de l'autonomie des ARS. Il se réunit fréquemment de façon conjointe avec le CTS « offre de soins » pour permettre une vision transversale des sujets.

**1.2.1.2.2. La CNSA anime des dialogues de gestion avec les ARS en amont des dialogues stratégiques**

Les dialogues de gestion sont organisés chaque année par la CNSA avec chaque ARS, en lien avec la DGCS et avec le SGMAS. Ces dialogues, au niveau des directions générales, permettent d'apprécier la mise en œuvre des politiques médico-sociales en région.

Ils se tiennent en début d'année, en amont des dialogues stratégiques pilotés par le SGMAS sur l'ensemble du champ de compétence des ARS, en présence de tous les membres du CNP (cf. infra, point 1.4.1.1.) et du directeur général (ou du directeur général adjoint) de l'ARS.

En amont du dialogue de gestion de chaque ARS, les documents suivants sont réunis :

- ◆ un guide d'entretien, sous la forme de questions ouvertes complétées par l'ARS (cf. encadré *infra*), afin d'éclairer les chantiers stratégiques sur l'évolution de l'offre et d'identifier les initiatives innovantes en région ;
- ◆ une fiche « chiffres clés » ;
- ◆ une fiche régionale « équipement / population » ;
- ◆ une enquête tarifaire fiabilisée.

Chaque dialogue de gestion donne lieu à une synthèse, et une synthèse globale des dialogues de gestion est réalisée.

Malgré l'utilité reconnue de ces dialogues de gestion, et la qualité des échanges qui s'y déroulent, les directeurs de l'autonomie des ARS avaient signalé une certaine lourdeur du guide d'entretien, et la difficulté de faire part des initiatives régionales dans le cadre des questions « ouvertes ». Ils regrettaient également que la synthèse globale des dialogues de gestion ne soit pas accessible, ce qui aurait contribué au partage d'expériences.

La DESMS a fait part à la mission d'une évolution des dialogues de gestion dès 2021, en réponse à ces observations : guide d'entretien allégé au profit de questions ouvertes sur une liste de thématiques, plus grande personnalisation de l'ordre du jour. La mission n'a pas eu connaissance du nouveau format finalement retenu.

En outre, un accès direct de chaque ARS aux réponses des autres ARS est prévu, ainsi que la publication de la synthèse nationale, comportant des chiffres clés et une comparaison des ARS entre elles et dans le temps.

**Encadré 2 : grille d'entretien des dialogues de gestion**

Élaborée par la DGCS et la CNSA, la grille d'entretien comporte les quinze rubriques suivantes, chacune comportant un nombre variable de questions ouvertes :

- partie introductive ;
- organisation territoriale au service de la fluidité des parcours ;
- informations et échanges sur la mise en œuvre de la réforme SERAFIN-PH ;
- transformation de l'offre pour les personnes handicapées ;
- stratégie nationale pour l'autisme au sein des TND ;
- schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares : point régional ;
- diversification de l'offre pour les personnes âgées ;
- diversification de l'offre pour les personnes âgées et les personnes handicapées ;
- autres sujets transversaux aux personnes âgées et aux personnes handicapées ;
- plan Héritage de l'Etat JOP 2024 ;
- accompagnement à l'évolution des pratiques professionnelles et qualité de vie au travail ;
- accroître l'efficacité des ESMS ;
- amélioration continue de la qualité et de la sécurité des prises en charge ;
- développement du numérique dans le secteur médico-social ;
- autres sujets que l'ARS souhaite aborder<sup>14</sup>.

*Source : CNSA.*

**1.2.1.3. La relation de la CNSA avec les ARS doit encore s'adapter à l'évolution de leurs besoins**

À leur création, en 2010, les ARS avaient un fort besoin d'appui, notamment hors du champ sanitaire, et en particulier pour le médico-social.

La COG 2016-2019 s'est inscrite dans un contexte de fusion des régions administratives qui a fortement impacté les ARS, dont le nombre est passé de 26 à 17 : cette évolution a dessiné un nouveau paysage :

- ◆ des ARS de taille moyenne ou réduite (ARS du Grand Ouest (CVL, PDL, Bretagne et Normandie), et Corse) qui expriment un besoin d'appui toujours important ;
- ◆ des ARS de taille beaucoup plus importante, qui ont moins besoin d'appui national;
- ◆ des ARS ultramarines fragiles, qui nécessitent un accompagnement spécifique (le SGMAS a mis en place en 2019 un dispositif de soutien spécifique avec un centre national de ressources positionné au sein de l'ARS Nouvelle Aquitaine, piloté par le pôle Santé du SGMAS).

La relation de la CNSA avec chaque ARS s'organise autour des « dialogues de gestion » annuels (cf. point précédent).

---

<sup>14</sup> Cette dernière rubrique peut être l'occasion pour l'ARS d'exprimer un besoin d'accompagnement non satisfait, cf. l'extrait suivant du dialogue de gestion 2019 de l'ARS Pays de la Loire, sur l'emploi accompagné : « *Nous renouvelons notre demande d'un renforcement du pilotage national (cf. différentes sollicitations via l'Agefiph, la DIRECCTE et la DGCS dans le cadre du suivi du déploiement) et de l'animation, permettant notamment les partages d'expériences (pour une vision intégrée et partagée de la politique de l'emploi des personnes en situation de handicap). La transformation de l'offre à partir notamment des ESAT ou des CRP nécessite en particulier d'être sécurisée* ».

## Annexe IV

En revanche, la DESMS n'a pas mis en place d'offre structurée pour gérer sa relation avec les ARS. Chaque chargé de mission assure, pour une partie de son temps, une animation plus ou moins construite d'un réseau de « référents thématiques » dans les ARS. Le système « historique » de référents DESMS pour chaque ARS est tombé en désuétude, n'étant plus adapté à la diversité des situations des ARS.

La CNSA n'a pas formalisé d'approche spécifique pour les ARS ultramarines, en dépit des enjeux qui caractérisent ces territoires en termes d'offre, de besoins et de compétences disponibles (cf. annexe I).

Au-delà des organisations en place, les réseaux regrettent que les équipes des directions « métiers » de la CNSA soient moins au fait que par le passé des réalités métiers des réseaux, notamment parce que les personnels de la DESMS et de la DCOMP ont eu moins fréquemment une expérience métier dans les réseaux. La mission a constaté (cf. annexe III partie GRH) que cette situation semble être en train de se corriger côté DCOMP.

Les directeurs de l'Autonomie des ARS rencontrés par la mission ont indiqué trouver l'appui de la CNSA insuffisant et sont demandeurs d'un appui similaire à celui mis en place par la CNSA pour les MDPH.

En l'absence de partage d'expériences organisé au niveau national, les ARS du « Grand Ouest » ont construit un cadre de partage d'expériences entre elles, principalement sur le champ des personnes en situation de handicap. Cette initiative témoigne d'un besoin qui n'est actuellement couvert ni par la CNSA, ni par le SGMAS.

### **Encadré 3 : le partage de bonnes pratiques entre les ARS du « grand Ouest » (Pays-de-la-Loire, Centre-Val de Loire, Bretagne, Normandie)**

Organisation partage de bonnes pratiques entre les ARS du « grand Ouest » (Pays-de-la-Loire, Centre-Val de Loire, Bretagne, Normandie)

#### **Organisation des travaux**

Les directeurs généraux de ces quatre ARS ont mis en place un cadre conventionnel qui organise des actions de mutualisation, en particulier pour les fonctions support, autour de trois intérêts convergents : faire entendre la voix des « petites » régions, éviter les risques d'inertie parce que les ressources allouées sont plus réduites et anticiper les effets des contraintes RH de plus en plus fortes pour la gestion des agences.

Une impulsion a été également donnée en faveur du partage de bonnes pratiques. Dans le champ médico-social, cette initiative n'a pour l'instant fonctionné que sur le secteur du handicap. Il repose sur la participation des quatre responsables de ce secteur pour chacune des ARS, accompagnés des référents thématiques concernés en fonction de l'ordre du jour. La préparation des ordres du jour est assurée par l'ARS Normandie. Les échanges reposent sur un Share Point avec des accès individuels, mis en place en 2019. L'usage a ralenti en 2020 du fait du renouvellement des équipes. Une actualisation des accès est en cours.

Cet espace d'échange répond aujourd'hui à un besoin de partage technique entre pairs non couvert par l'animation nationale. Si le niveau national (SGMAS, DGCS, CNSA) semble chercher principalement à recueillir des avis auprès des Agences sur des projets de texte ou à « capter » les bonnes pratiques, il ne favorise toutefois pas assez les échanges de bonnes pratiques, outils et réflexions, sauf dans le cadre du club métier « allocation des ressources », qui est toutefois centré sur les aspects financiers.

Le partage porte sur les pratiques innovantes que chaque ARS souhaite partager, ou au contraire sur des difficultés rencontrées.

#### **Exemples de thématiques**

Mesure de l'activité / Tableau de bord performance : les quatre ARS ont fait remonter à la DGCS une position consolidée sur les aménagements souhaités. Cette saisine a été portée par la DGCS au Comité stratégique ANAP, et est en cours d'instruction.

CPOM ARS-ESMS : les ARS partagent leurs « trames » de CPOM ARS-ESMS, leurs pratiques de diagnostic préalable, ainsi que leurs « bibliothèques d'objectifs ».

Autisme : des temps d'échanges ont été initiés début 2021, pour partager les approches, stratégies d'actions en régions, notamment les outils, et les logiques d'animation dans les territoires. Ainsi, les ARS Grand-Ouest ont-elles partagé leurs visions d'une évolution souhaitable du projet de cahier des charges de la délégation interministérielle à l'autisme sur des unités adultes TSA avec troubles sévères du comportement.

*Source : échanges mission-ARS Pays de la Loire.*

### **1.2.1.4. La CNSA a équipé les ARS de SI « métiers », même si une partie des outils reste en dehors de son champ d'intervention**

#### **1.2.1.4.1. Les SI gérés par la CNSA et utilisés par les ARS**

Les SI concernés sont les suivants :

- ◆ programmation : SEPPIA ;
- ◆ tarification : HAPI ;
- ◆ suivi de l'investissement immobilier : GALIS ;
- ◆ remontées des budgets et comptes des ESMS : Import ERRD / EPRD / CA ;
- ◆ suivi des évaluations de la dépendance et des besoins de soins dans les EHPAD : GALAAD.

Ces SI sont décrits en annexe V (tableau 9, paragraphe 2.2.1.3.).

L'existence de ces SI est un point fort pour la capacité de pilotage des ARS par la CNSA, mais la DESMS et la DSI ne parviennent pas à mener de front la totalité des développements qui seraient nécessaires pour la prise en compte des besoins métiers des ARS, notamment ceux liés à l'évolution de l'offre.

Le fait que les SI ne répondent pas (ou seulement en partie) aux besoins métiers des ARS conduit à une utilisation variable, principalement à des fins de remontée d'informations à destination de la CNSA, les ARS étant amenées, individuellement ou collectivement, à se doter de solutions palliatives pour outiller leurs processus métiers.

Le projet SI-Collecte désigne un SI qui vise à repenser l'urbanisation des SI « *pour limiter la prolifération de SI spécifiques et créer une capacité agile d'intégrer les nouveaux besoins de collecte identifiés au fur et à mesure* »<sup>15</sup>.

La CNSA a indiqué à la mission que SI Collecte avait une triple ambition :

- ◆ se doter d'un outil technique permettant d'ajouter plus aisément de nouvelles collectes de données non définies à ce jour, en ayant un support (base de données) unique pour les référentiels et les données communes à tous les flux de données et en identifiant pour chaque besoin les flux de données spécifiques ;
- ◆ utiliser cet outil pour unifier les applications existantes :
  - d'une part unifier les remontées existantes afin de regrouper les données communes en un flux unique accompagné de flux spécifiques à chacune des remontées propres aux applications existantes ; cela faciliterait leur maintenance par rapport à la situation actuelle où la même modification doit être prise en compte dans chacune des applications existantes ;
  - d'autre part, développer des fonctionnalités génériques (envoi de mail, éditions de documents) pouvant être réutilisés pour développer des fonctionnalités à l'usage des ARS ;

<sup>15</sup> Support de présentation, Club métier, 15 octobre 2020.

## Annexe IV

- ◆ inclure une couche décisionnelle qui permettra d'exploiter aisément les données de l'ensemble du champ couvert et non application par application.

Cette ambition générale se traduit aujourd'hui dans l'objectif de remplacer les SI métiers existants dans le champ de la DESMS (ceux de la DCOMP sont hors champ), en commençant par HAPI.

Ce développement sera réalisé en prévoyant des modules couvrant des fonctionnalités réutilisables pour d'autres projets : génération de mail, signature électronique, génération automatique de modèles de documents comme des arrêtés ou des courriers.

Ce projet est en gestation depuis 2017 et il était prévu initialement un développement « en mode agile ». **La mission alerte sur un certain nombre de fragilités :**

- ◆ la mission constate que la CNSA n'a pas associé les ARS au niveau des directeurs de l'autonomie, et qu'elle en a seulement informé les utilisateurs directs du SI-HAPI lors du club métiers du 15 octobre 2020. L'argumentation présentée par la CNSA, à savoir que les SI actuels ont été construits avec les ARS et intègrent donc leurs besoins, doit être tempérée par les besoins non satisfaits identifiés par les ARS, certains SI étant considérés comme de simples outils de *reporting* et non comme des outils métiers (par exemple SEPPIA). Cette absence d'association des acteurs concernés par le SI n'est pas du tout dans l'esprit du développement « en mode agile » et pourrait aboutir à un résultat éloigné des besoins des ARS ;
- ◆ si la CNSA a l'ambition de fournir aux ARS les SI de gestion dont sont issues les données qu'elle leur demande de remonter au niveau national, il faut éviter que, comme cela a été le cas dans la phase d'élaboration initiale du SI-MDPH, ce projet se concentre sur les besoins d'information de la CNSA au détriment des fonctionnalités destinées aux ARS pour leurs missions propres ;
- ◆ la DSI de la CNSA doit déjà gérer un nombre importants de projets informatiques. Par ailleurs, la CNSA a eu des difficultés, par le passé, à mener à bien certains grands projets informatiques, à l'instar du SI-MDPH. Une réflexion détaillée *a priori* sur les objectifs, le bilan coût/avantage, la conception, le mode de développement, le pilotage et les moyens alloués à ce type de projet est donc indispensable.

Par ailleurs, dans le cadre des travaux initiés par le SGMAS concernant un SI de pilotage de l'ensemble des financements gérés par les ARS, l'hypothèse d'une intégration des financements du champ autonomie ne semble pas avoir été envisagée. Cette unification était pourtant déjà l'objet initial de HAPI au début des années 2010 (cf. Encadré 6 infra) avant que la CNSA ne développe un SI séparé ; une telle hypothèse permettrait d'emblée l'intégration des besoins métiers des ARS, la CNSA ayant simplement à exprimer ses besoins de reporting.

La mission considère pour sa part que la seule façon de faire remonter des ARS, de façon régulière, des données homogènes consiste à leur fournir des outils répondant à leurs besoins de gestion (gestion de la programmation des places nouvelles, tarification des ESMS), faciles d'utilisation, et qui remontent automatiquement les données produites par ces outils, comme c'était l'ambition initiale affichée lors de la création d'HAPI en 2012. Réciproquement, il sera nécessaire que toutes les ARS utilisent effectivement les systèmes d'information mis à leur disposition par la CNSA dès lors que leurs besoins fonctionnels seront satisfaits par ces SI.

1.2.1.4.2. *es SI mutualisés des ARS*

**La gouvernance des SI mutualisés des ARS a évolué.**

Dès la création des ARS, une part de leurs crédits budgétaires a été « mutualisée » pour développer des SI métiers. Concrètement, une ARS assurait, pour le compte de toutes les ARS ou une partie d'entre elles, la construction et la maintenance d'un SI. Une autre ARS dégageait des ressources « métiers » pour piloter les évolutions du SI. Les SI-ARS qui concernent le champ médico-social sont SI E-cars médico-social et Diamant. Le SI HAPI « autres champs » ne concerne pas le champ médico-social mais est fortement lié au projet (cf. encadré 6).

La fonction de pilotage des ressources dédiées aux SI métiers disséminées entre les ARS était assurée jusqu'en 2019 par la DSSIS, délégation placée auprès du SGMAS, la direction de projet étant confiée aux chargés de mission du pôle Santé-ARS auprès du SGMAS. Après la suppression de cette délégation, ces fonctions ont été transférées à un SCN placé auprès de la DNUM rattachée au SGMAS.

La CNSA participe aux COPIL de certains SI. En revanche, elle n'est pas associée au comité stratégique SI-Santé réuni annuellement par la DNUM, qui priorise les développements pour l'année suivante, à la différence de la mission de la gouvernance des SI (MISI) de la DGCS qui est associée à cet exercice.

Tout récemment, la CNSA a présenté le SI-Collecte à la DNUM, et cette dernière a annoncé la mise en place d'une gouvernance permettant une information régulière sur les évolutions conduites ou prévues par la CNSA.

**SI E-Cars médico-social**

Le SI E-cars, piloté par le SGMAS (cf. encadré 4) doit permettre un meilleur suivi de la signature des CPOM ARS-ESMS et une connaissance de leur contenu. Il est en cours de déploiement dans les ARS : le déploiement est réalisé en totalité en Bretagne, Normandie, et partiellement en Nouvelle Aquitaine et en Ile-de-France.

Au-delà de la participation au groupe de travail et au comité de pilotage, il serait utile que la CNSA propose, le plus précocement possible, le « socle » minimal d'objectifs et d'indicateurs à recueillir dans tous les CPOM, pour que les ARS n'aient pas à saisir d'information supplémentaire par voie d'enquête par rapport aux informations qui seront saisies dans le SI « métier ». À ce titre, la mission propose de transférer à la CNSA le pilotage opérationnel du déploiement des CPOM, aujourd'hui assuré par la DGCS, afin de renforcer les synergies entre les différentes fonctions de la CNSA (cf. annexe VIII).

La mission estime nécessaire de prévoir d'emblée :

- ◆ un lien avec les indicateurs « médico-social » du CPOM Etat-ARS *via* une interface avec le SI 6 PO également piloté par le SGMAS ;
- ◆ un lien avec le référentiel d'évaluation des ESMS mis en consultation par la Haute autorité de santé ;
- ◆ un suivi de la transformation de l'offre issu du suivi des CPOM, idéalement à une fréquence annuelle.

### Encadré 4 : le SI E-cars médico-social

Le SI e-cars « médico-social » vise la dématérialisation et le suivi des contrats sur le périmètre ESMS. Le SI est finalisé depuis fin 2019. La solution est identique pour E-cars sanitaire, mais il y a deux chefs de projets ; le chef de projet e-cars médico-social est positionné au sein du service à compétence nationale chargé des SI des ARS, auprès de la DNUM (SGMAS). Un Club utilisateurs réunit régulièrement les ARS. La CNSA fait partie du groupe de travail et du comité de pilotage. Le SI permet de gérer les données portées par les CPOM (70-100 indicateurs par CPOM) et les bibliothèques d'objectifs par région ou département. ARS et CD ont accès au même périmètre fonctionnel. Les organismes gestionnaires ont accès à un portail extranet. Des référents nationaux ont la possibilité de faire des requêtes au niveau national. Les conseils départementaux ont accès gratuitement au SI, à la différence des ARS, qui financent dès lors qu'elles décident de participer au projet.

SI E-cars est synchronisé quotidiennement avec Finess, et est interfacé avec le tableau de bord de la performance médico-sociale, et le SI AtlaSanté pour la représentation cartographique.

Le SI est déployé en totalité en Bretagne, Normandie, et partiellement en Nouvelle Aquitaine et en Ile-de-France. D'autres ARS ont prévu de rejoindre le projet (Bourgogne Franche Comté, Pays de la Loire).

Il faut au minimum six mois pour le déploiement dans une région, à partir de la décision. Le chef de projet considère que les ressources du projet permettent de déployer sans difficulté l'ensemble des régions. Le « goulot d'étranglement » se situe du côté des ARS, car il faut dédier 1/3 ETP pendant 4 mois dans l'ARS et instruire les questions liées à la variabilité des pratiques au sein de l'ARS. La présentation du SI et la formation des équipes des conseils départementaux sont assurées par l'équipe projet nationale.

La saisie (par l'équipe projet nationale) des arrêtés ARS permet la création des CPOM « programmés ». Les CPOM en cours d'instruction sont suivis, ainsi que les CPOM déjà signés. Il est possible de distinguer les CPOM par base juridique. Même les CPOM à compétence exclusive CD peuvent être saisis.

*Source : mission suite à un entretien avec le chef de projet SI-ECars médico-social.*

### SI Diamant

Le SI Diamant était à l'origine, en 2009, un outil décisionnel d'étude de la performance du champ sanitaire, financé dans le cadre d'un groupement de commandes des agences régionales de l'hospitalisation (auxquelles les agences régionales de santé se sont substituées en application de la loi du 21 juillet 2009). En 2012, une **convention de maîtrise d'ouvrage** est signée entre le SGMAS et l'ARS Ile-de-France, pour mettre en place ce système décisionnel pour les 26 ARS, d'abord sur le champ sanitaire.

Les exigences fonctionnelles de ce SI sont de quatre ordres :

- ◆ analyser des données consolidées et pouvoir les croiser entre elles<sup>16</sup> ;
- ◆ avoir un système répondant instantanément à la demande<sup>17</sup> ;
- ◆ disposer d'un outil d'interrogation intégré à la bureautique ;
- ◆ permettre à l'utilisateur de construire des applications branchées sur le système.

Il est utilisé très régulièrement par la plupart des ARS et par les acteurs nationaux, avec une fréquentation croissante jusqu'en 2018 (180 000 connexions) puis une diminution en 2019 (150 000) et 2020 (96 000), sans doute du fait de la crise Covid pour cette dernière année.

La décision a été prise en 2016 de développer un « cube » médico-social comportant :

- ◆ plus de 350 données d'activité et de capacité ;
- ◆ 6 cadres réglementaires ;
- ◆ 37 indicateurs ;
- ◆ 2 axes d'analyse.

<sup>16</sup> Le SI DIAMANT est basé sur la solution Microsoft BI (Business Intelligence) ;

<sup>17</sup> Grâce à une technologie de pré-calcul au travers de cubes OLAP.

### Encadré 5 : enjeux et calendrier de l'ajout d'un cube médico-social dans le SI Diamant

La décision d'intégrer un « cube médico-social » dans le projet Diamant a été prise dans le cadre du schéma directeur 2015-2018 des SI mutualisés des ARS, validé lors du Conseil National de Pilotage en janvier 2016 :

« En cible, deux nouveaux flux d'information doivent compléter l'offre DIAMANT (directement ou via la plateforme ImportCA de la CNSA) la récupération des données relatives aux tableaux de bord des établissements médico-sociaux (tableau de bord ANAP, nommé « tableau de bord Performance ») et la récupération des comptes administratifs des ESMS (via ImportCA). »

La première version d'un cube médico-Social devait couvrir les périmètres relatifs à l'activité, la capacité, les ressources humaines, la finance et la qualité des soins dès 2018 et ainsi à terme disposer d'une vision à 360° des établissements médico-Sociaux sur le territoire. Le calendrier a été repoussé et, en mars 2018, la disponibilité du cube médico-social était prévue en mars 2019. Le dernier calendrier prévisionnel fait état d'une mise en production entre fin avril et fin mai 2021. Le respect de cette date dépend de la disponibilité des personnes chargées de la recette dans les ARS, qui sont actuellement fortement mobilisées par la crise COVID.

Les besoins exprimés par les ARS étaient les suivants :

- en charge de la validation des EPRD et donc des effectifs des ESMS, les ARS doivent pouvoir vérifier l'adéquation des effectifs des ESMS par rapport à leur production. La DADS, la DSN ainsi que les EPRD et/ou CF doivent à ce titre permettre d'effectuer les calibrages nécessaires et dans certains cas déduire des sur ou sous dotations en personnel et anticiper les difficultés au travail ;
- Diamant doit pouvoir calculer le ratio du nombre de professionnels pour une personne âgée en établissement et pouvoir accessoirement le projeter sur 5 ans en prenant en compte l'augmentation de la taille des classes d'âges les plus élevées et leur niveau de dépendance ;
- au travers des conventions collectives présentes dans les DADS et DSN, le projet doit aussi permettre de mesurer la répartition de l'emploi au sein des référentiels d'activité et des compétences des ESMS.

Les ARS souhaitent avoir des indicateurs pour alimenter leurs dialogues CPOM, EPRD et autorisations,

- les ARS souhaitent pour chaque établissement avoir un éclairage sur la qualité et la sécurité des soins ;
- les ARS doivent pouvoir suivre l'impact et les conséquences de la réforme tarifaire (convergence des tarifs dépendance autour d'une moyenne départementale). A ce titre, les études d'impact seront de toute nature : financier (CF, EPRD), capacitaires (enquête DREES), humains (DADS, DSN), qualité des soins (HAS, ex-ANESM) ;
- les ARS devront pouvoir réaliser les études d'impacts financiers à diverses échelles ; nationale, régionale, départementale, établissement par établissement, par catégorie d'établissements, par paniers d'établissements de taille et de nature comparable.

Le principal enjeu pour les ARS est de disposer d'un outil souple, efficace et complet en support du dialogue avec les ESMS, à l'instar de ce Diamant propose sur le sanitaire.

*Source : ARSIF, Note d'orientation stratégique du projet Médico-Social du SI décisionnel DIAMANT (Décisionnel Inter-ARS pour la Maîtrise et l'ANTicipation), mars 2018 et échange de mails pour l'actualisation du calendrier.*

### SI HAPI

Le SI HAPI, développé sur le champ médico-social par la CNSA s'articule avec le SI HAPI « autres champs » porté par le SGMAS pour l'allocation de ressources sous forme de dotations ou de forfait à d'autres structures (cf. encadré). Bien qu'utilisant initialement la même technologie, les deux applications connaissent des évolutions parallèles selon leur propre rythme qui en font, pour les ARS, deux outils d'allocation de ressources distincts. Leur rapprochement, voire leur fusion (avec des modules distincts) pourrait être envisagée, comme c'était déjà l'ambition en 2012, pour simplifier la tâche des ARS.

### Encadré 6 : les systèmes d'information HAPI médico-social (MS) et HAPI autres champs (AC)

Le projet SI Allocation de ressources a débuté en 2010 sous l'égide du SGMAS et de la CNSA avec pour objectif d'outiller le métier d'allocation de ressources des ARS sur l'ensemble de ses champs d'intervention (sanitaire, médico-social, santé publique et ambulatoire).

Une première étape a conduit à l'élaboration de l'application HAPI (Harmonisation et Partage d'Information) « Médico-social », porté et financé par la CNSA, qui, depuis mars 2012, outille le processus d'allocation de ressources sur le champ médico-social. HAPI MS permet d'établir la tarification des ESMS compris dans le périmètre de l'objectif général des dépenses (OGD) sous pilotage de la CNSA.

La seconde étape a permis la mise à disposition d'une première version de l'outil HAPI « autres champs » (AC) sur les champs sanitaire (pour la part de l'activité des établissements de santé financée par forfaits : MIGAC, dotations annuelles de financement de la psychiatrie et des soins de suite et réadaptation), médico-social hors OGD, ambulatoire et santé publique pour la campagne 2013.

HAPI AC a été mis en production en 2014, il a évolué depuis son déploiement tant sur l'aspect réglementaire (réforme GBCP, mises à jour régulières sur le champ sanitaire) que sur l'aspect fonctionnel (améliorations des fonctionnalités existantes).

Un nouveau SI, Ma démarche santé (MDS)<sup>18</sup>, intervenant en amont de HAPI AC, est apparu dans l'écosystème en 2019 au sein de deux ARS et tend à être déployé dans les autres régions volontaires. L'outil comptable (SIBC) utilisé par les ARS depuis de nombreuses années va être abandonné au profit d'une nouvelle solution d'ici 2022.

Un infocentre de l'allocation de ressources est actuellement en cours de recette et sera mis en production au 4<sup>ème</sup> trimestre 2020. La CNSA est associée à la gouvernance de ce projet même si les dépenses médico-sociales restent en dehors du périmètre.

*Source : SGMAS.*

La mission note que cette multiplicité de projets (ECars médico-social, Diamant, SI HAPI ...) pose la question de la capacité de la CNSA à participer à la gouvernance des SI de son champ ou de champs connexes qui ne sont pas menés par elle, fonction à laquelle ne sont dédiés aucun moyen.

### 1.2.2. Propositions

#### 1.2.2.1. Organiser l'offre d'appui aux ARS

La CNSA doit mieux structurer et formaliser l'offre d'appui aux ARS, sans oublier les besoins spécifiques des territoires ultramarins. La DESMS pourra s'inspirer de l'organisation mise en place côté DCOMP pour les MDPH. En l'absence de projet existant, la mission préconise l'identification d'un point d'entrée des demandes des ARS en dehors des échanges récurrents et d'un lieu de remontée des besoins d'appui, en vue de la construction de l'offre de service répondant à ces besoins.

**Proposition n°1 : structurer et formaliser l'offre d'appui aux ARS en identifiant clairement un responsable du recueil des besoins d'accompagnement.**

La CNSA, en lien avec le SGMAS et les ARS, doit pouvoir identifier au sein du réseau des ARS des compétences et des expertises rares, capables de co-construire les outils de déclinaison des politiques nationales. De même, en s'inspirant de l'organisation existante pour les MDPH et des travaux des ARS du Grand Ouest dans le champ PH, elle doit pouvoir organiser le partage

<sup>18</sup> MDS vise à outiller le processus d'instruction et de suivi des dossiers depuis leur origine (appel à projet par exemple) jusqu'à l'arbitrage budgétaire qui en résulte. MDS se positionne ainsi en amont de HAPI « Autres champs » avec lequel il est d'ores et déjà interfacé. Deux ARS (Grand Est et BFC) utilisent MDS à ce jour. L'enjeu 2021 est l'accélération du déploiement en ARS de la version 1 de l'application qui porte essentiellement sur la gestion FIR. Selon le SGMAS, à moyen terme, Ma Démarche Santé, outil de conception récente, pourrait être la brique centrale d'un futur SI d'allocation de ressources unifié.

de pratiques entre les professionnels des agences. Cela nécessitera un renforcement en effectifs dont le chiffrage est apparu prématuré en l'absence de visibilité sur les responsabilités respectives de la CNSA et du SGMAS, et du niveau d'ambition fixé.

Cette préconisation implique l'accord du SGMAS pour mobiliser les ARS.

**Proposition n° 2 : mobiliser l'expertise et organiser le partage de bonnes pratiques des ARS, en lien avec le SGMAS.**

#### ***1.2.2.2. Mettre en cohérence les outils de pilotage des ARS***

Le rapport de M. Laurent Vachey regrettait que « parmi les indicateurs relatifs au champ médico-social du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les ARS, dans sa version adoptée en 2019, aucun ne se recoupe avec ceux de la COG de la CNSA »<sup>19</sup>. Il convient de signaler que cette analyse reposait sur la comparaison entre la COG 2016-2019 et les CPOM 2019-2023, ce décalage temporel pouvant expliquer pour une part l'écart constaté.

Conformément à sa recommandation<sup>20</sup> la mission propose un alignement entre les deux instruments, la future COG CNSA pouvant reprendre des indicateurs des CPOM Etat-ARS et, inversement, des avenants aux CPOM Etat-ARS pouvant prendre en compte certains objectifs et indicateurs de la future COG CNSA.

**Proposition n° 3 : mettre en cohérence la partie de la future COG État-CNSA concernant la régulation du secteur médico-social avec les CPOM État-ARS sur les objectifs comme sur les indicateurs.**

Cette préconisation implique que le CNP accepte d'ajuster les CPOM État-ARS.

Il n'est pas facile pour les ARS de comprendre la répartition des rôles entre les directions d'administration centrale (DGCS, mais aussi DSS et SGMAS) et la CNSA. L'effort de clarification fait l'objet de propositions dans l'annexe VIII.

Au niveau des outils de pilotage, cette clarification pourrait passer par une distinction, dans le « timbre » des instructions passant en CNP, entre celles qui relèvent de la définition des politiques (sous timbre des DAC) et celles qui relèvent de la mise en œuvre opérationnelle de ces politiques (sous timbre CNSA) ; lorsque ces deux dimensions sont présentes, il faudrait alors prévoir un double timbre (DAC/CNSA).

Cette visibilité accrue bénéficierait aussi aux autres acteurs, notamment les ESMS, qui reçoivent (pour information) certaines instructions passées en CNP.

**Proposition n° 4 : rendre lisible par les ARS et les acteurs de terrain la répartition des rôles entre les directions d'administration centrale et la CNSA**

Cette préconisation implique l'accord du CNP.

#### ***1.2.2.3. Renforcer l'accompagnement des ARS***

Au regard de la complexité des politiques publiques de l'autonomie mises en œuvre par les ARS, il est important que les agents de la DESMS puissent, autant que de besoin, connaître les métiers de leurs interlocuteurs dans les directions de l'autonomie des ARS, afin d'être en mesure de répondre au mieux à leurs attentes.

---

<sup>19</sup> La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement », Septembre 2020, p. 46.

<sup>20</sup> « Aligner les objectifs stratégiques et les indicateurs du programme de qualité et d'efficacité », ibid., p. 57. « Autonomie », de la COG de la CNSA, et de la partie médico-sociale du CPOM des ARS.

**Proposition n° 5 : Favoriser la connaissance par les personnels de la DESMS des réalités « métiers » des ARS.**

Les travaux récents de la DITP sur les centres de ressources autisme, de l'IGAS sur les CAMSP et CMPP et de l'IGAS et de l'IGF sur les ESAT ont mis en évidence la connaissance insuffisante des réalités du fonctionnement de l'offre médico-sociale par le niveau national comme par les ARS. Cela nuit à l'efficacité et à la pertinence de la régulation par la programmation de « places nouvelles<sup>21</sup> » et par la tarification.

Il est donc souhaitable que la CNSA<sup>22</sup> réalise ou commande des travaux de même nature sur d'autres segments de l'offre pour, à la fois, améliorer leur régulation nationale et aider les ARS à anticiper les évolutions en cours et mieux les piloter. Certaines ARS réalisent des études pour leur région, mais une approche nationale sur la durée de la COG, mobilisant les inspections et la DITP ou des prestataires d'études permettrait de donner de la visibilité à toutes les ARS, et favoriserait l'harmonisation de leurs pratiques.

**Proposition n° 6 : réaliser ou faire réaliser des études pour approfondir la connaissance sur certains segments de l'offre médico-sociale.**

Cette préconisation pourrait bénéficier du concours de la DITP, des inspections ou d'un appui des tutelles.

Dans la perspective du renouvellement des projets régionaux de santé (PRS), prévu en 2022, la CNSA pourrait être force de proposition pour la structuration des volets médico-sociaux **dès 2021** compte tenu de l'importante concertation menée régionalement par les ARS en s'inspirant par exemple du guide méthodologique élaboré en 2011 pour les PRS1, en lien avec le SGMAS. Cet accompagnement sera de nature à faciliter le suivi de la mise en œuvre de la transformation de l'offre.

**Proposition n° 7 : apporter un accompagnement méthodologique aux ARS pour la préparation des nouveaux PRS.**

Cette préconisation implique un accord du SGMAS.

La mission a identifié deux sujets sur lesquels les ARS sont en attente d'un accompagnement renforcé de la CNSA :

- ◆ la mise en œuvre du plan d'investissement immobilier annoncé dans le cadre du Ségur Santé : les ARS auront besoin d'un appui pour parvenir à dépenser les sommes prévues dans les délais requis et dans le respect des exigences européennes ;
- ◆ le déploiement des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) pour les personnes relevant de la branche autonomie, et des dispositifs 360°, dans le cadre de la doctrine formalisée par les directions d'administration centrale compétentes.

**Proposition n° 8 : apporter un accompagnement spécifique sur le plan d'investissement issu du plan « Ségur » et le déploiement des dispositifs d'appui à la coordination.**

***1.2.2.4. Améliorer les systèmes d'information destinés aux ARS***

**Proposition n° 9 : faire évoluer les applications de la CNSA mises à disposition des agences régionales de santé, en particulier HAPI et SEPIIA, afin de prendre en compte les besoins métiers des utilisateurs de ces applications et de faciliter ainsi un reporting fiable de leurs décisions financières.**

---

<sup>21</sup> Il est difficile de prévoir un nombre de places correspondant aux besoins et d'en assurer une répartition équitable si l'on ignore la nature précise de l'activité qui y est réalisée.

<sup>22</sup> Cette commande pourrait également émaner des directions d'administration centrale, mais dans le cadre d'une vision d'ensemble des besoins d'information.

Il convient de favoriser une approche coordonnée des évolutions des SI dans le champ de l'autonomie, grâce à une association plus étroite de la CNSA au pilotage des SI mutualisés des ARS dans le champ médico-social et, réciproquement, par une plus grande association des DAC, des ARS et des parties prenantes aux projets SI de la CNSA.

**Proposition n° 10 : organiser des échanges réguliers avec le SGMAS (pôle Santé ARS et DNUM) afin d'assurer une bonne articulation des projets de SI de pilotage dans le champ de l'OGD, avec le projet SI Collect et le SI Diamant.**

Cette préconisation implique l'accord du SGMAS.

### **1.3. L'appui de la CNSA aux réseaux départementaux a été progressivement renforcé et élargi ; son évolution vers une forme de pilotage requiert un renforcement des instruments juridiques et des moyens d'action de la Caisse**

#### **1.3.1. Les conventions pluriannuelles entre la CNSA et les conseils départementaux cadrent les conditions de l'appui de la CNSA à leurs actions de soutien à l'autonomie mais leur exécution n'est pas suivie**

La loi<sup>23</sup> prévoit que la CNSA signe avec chaque département une convention pluriannuelle fixant leurs engagements réciproques, portant « *en particulier* » sur des objectifs de qualité, sur le versement du concours pour le fonctionnement des MDPH « *tenant compte d'objectifs de qualité de service et du bilan de réalisation des objectifs antérieurs* », sur les modalités de répartition des crédits entre les différentes catégories d'actions de prévention relevant du concours alloués au titre des conférences des financeurs et sur les modalités de versement des concours APA, PCH et CFPPA.

Cette convention constitue une convention cadre, définissant des objectifs communs et pouvant renvoyer à des conventions particulières, par exemple à des conventions « section IV » pour le financement de la modernisation de l'aide à domicile, le soutien aux aidants ou la formations des accueillants familiaux. Elle permet de formaliser les engagements réciproques du département et de la CNSA portant sur les échanges d'informations, l'harmonisation des pratiques et l'atteinte des objectifs de politique publique. Pour la génération de conventions 2016-2019, les objectifs de politique publique incluaient l'ensemble des apports de la loi ASV : animation des EMS APA, mise en place des conférences des financeurs, réponse accompagnée pour tous, suivi des orientations, SI-MDPH, RMQS des MDPH, etc.

Chaque génération de conventions, signées en parallèle de la COG de la CNSA et pour la même durée, constitue ainsi un moyen d'en décliner les principaux objectifs pour les départements, de la même façon que les contrats pluriannuels de gestion conclus entre les caisses locales et leur caisse nationale déclinent les objectifs de la COG la concernant. Les conventions sont négociées après validation par le conseil de la CNSA d'une convention type précisant les sujets et les engagements qui doivent y figurer

---

<sup>23</sup> Article L14-10-7-2 du CASF.

## Annexe IV

L'analyse de la génération de conventions 2016-2019, qui faisait l'objet d'une action de la COG (cf. annexe I, axe 2, fiche III, action 1), montre que cet outil contractuel n'est pas suivi dans la durée. Si les conventions 2016-2019 ont bien été signées, certains engagements pris n'ont pas été tenus, sans conséquences pour les départements. Il en est ainsi de l'engagement de conclure pour chaque MDPH une convention pluriannuelle (CPOM) entre les membres du GIP-MDPH, comportant une trajectoire d'amélioration de la qualité établie sur la base de l'autodiagnostic construit par la CNSA, même si cette responsabilité est partagée avec l'État qui n'a jamais publié l'arrêté définissant le contenu de ces CPOM. De plus, les bilans qui devaient être établis conjointement entre la CNSA et chaque département à l'issue des conventions ne l'ont pas été.

La CNSA met en avant le manque de ressources dédiées à l'élaboration et au suivi des conventions (1,1 ETP estimés par la mission cf. annexe II) pour expliquer ce défaut de suivi. En outre, la CNSA ne dispose d'aucun moyen pour faire respecter les engagements pris par les départements. En particulier, sur le plan financier, les concours qu'elle leur attribue sont répartis selon des formules paramétrées sans lien avec les actions réalisées<sup>24</sup>.

En pratique, la signature de ces conventions représente une occasion d'exprimer, tous les quatre ans, des ambitions communes, **mais ces documents ne constituent pas un outil de pilotage conjoint de la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans les départements.**

### 1.3.2. Cœur de métier de la direction de la compensation, l'appui aux MDPH mobilise des ressources financières croissantes et s'appuie sur plusieurs canaux

#### 1.3.2.1. La contribution au financement du fonctionnement des MDPH

La CNSA finance depuis sa création un concours financier pour l'installation et le fonctionnement des MDPH dont le montant a été augmenté à plusieurs reprises pour atteindre 77 M€ en 2020, et va l'être à nouveau de 15 M€ supplémentaires en 2021 pour financer la mise en œuvre de la feuille de route MDPH 2022. Ce concours est calculé, selon une formule paramétrée, comme la somme :

- ◆ d'une part forfaitaire fixée par le conseil de la CNSA à 260 000 €, pour les départements dont la population âgée de 20 à 59 ans est supérieure à 30 000 habitants, et à 43 000 € pour les autres départements ;
- ◆ d'une part dépendant de la population âgée de 20 à 59 ans (pondération : 120%) et du potentiel fiscal (pondération : - 20%) ;

La CNSA verse en outre depuis 2017 une dotation correspondant à la contribution antérieurement apportée par l'Etat, dont la répartition est fixée par la DGCS, sur des bases historiques.

Au total, en 2018<sup>25</sup>, les financements alloués par la CNSA ont représenté, pour 97 MDPH ayant fourni leurs données, 68 % des ressources financières totales (141,5 M€ sur 208,7 M€). Ce pourcentage tombe à 45 % des ressources totales (317,2 M€)<sup>26</sup> incluant les apports en nature des membres du GIP, principalement les départements.

---

<sup>24</sup> Les seuls paramètres traduisant l'action des départements sont les dépenses d'APA (pour le concours APA) et les nombres de bénéficiaires de l'AEEH, de l'AAH, de la PCH et de l'ACTP.

<sup>25</sup> Source : CNSA, rapport d'activité 2018 des MDPH, octobre 2020.

<sup>26</sup> 54 % en ajoutant les apports en nature de l'État.

### **1.3.2.2. L'appui à l'harmonisation des pratiques et l'animation des réseaux professionnels**

L'appui aux MDPH est organisé au sein de la direction de la compensation et mobilise les deux pôles métier, qui se consacrent chacun à l'animation de réseaux professionnels différents, correspondant à des référents spécifiques dans les MDPH :

- ◆ **le pôle expertise et appui métier (PEAM) est centré sur l'évaluation des besoins des personnes** : il anime les coordonnateurs d'équipes pluridisciplinaires d'évaluation (EPE), les correspondants de la compensation technique, les correspondants scolarisation, les référents insertion professionnelle, et depuis 2019, les correspondants juridiques ;
- ◆ **le pôle partenariats institutionnels (PPI) anime le réseau des directeurs et les référents accueil et se consacre à l'appui au fonctionnement et l'optimisation de l'organisation des MDPH.**

Cet appui prend deux formes principales :

- ◆ l'organisation d'un à deux séminaires de travail par an et par réseau, complétés le cas échéant de réunions régionales et de groupes de travail thématiques ;
- ◆ l'élaboration en commun avec les réseaux professionnels de référentiels, de guides, ou d'autres outils.

C'est notamment dans le domaine de **l'évaluation des besoins** que le pôle PEAM a élaboré une série de guides d'évaluation en coproduction avec les professionnels des MDPH (EPE). Ces guides traitent de problématiques spécifiques, par prestation ou par type de troubles. Des entrées matricielles croisent les deux approches : troubles du spectre autistique (2016), épilepsies (2016), handicap psychique (2017), VIH (2017), PCH aides techniques et PCH aides humaines (2017), vadémécum sur la rentrée scolaire (2018), anomalies chromosomiques (2018), PCH et déficience auditive (2018, référentiel de l'orientation professionnelle (2019). Ces outils constituent une palette d'aides à l'évaluation, ils offrent différents niveaux d'information, et sont plus ou moins précis selon les publics cibles (les dossiers techniques sont très denses, les cahiers pédagogiques plus synthétiques pour faciliter l'appropriation des dossiers techniques). Au total, la CNSA publie de trois à six documents par an soit une trentaine de guides qui doivent régulièrement être actualisés. La CNSA utilise ses échanges réguliers avec les professionnels pour mener des enquêtes sur l'utilisation des guides et les présenter pour en faciliter l'appropriation.

Le pôle PI (en charge de la négociation et du suivi des conventions départementales) a notamment la charge du déploiement des démarches qualité au sein des MDPH avec la diffusion du référentiel des missions et de la qualité de service (RMQS<sup>27</sup>) des MDPH et de l'autodiagnostic durant la COG 2016-2019.

Le traitement des problématiques transversales est réparti entre les deux pôles, selon des modalités qui ont évolué au cours de l'exécution de la COG : à titre d'exemple, la réponse accompagnée pour tous a été d'abord suivie par le pôle PI avant d'être confiée au pôle EAM.

Le pôle PEAM assure en outre une réponse aux questions posées par les MDPH sur l'interprétation des textes ; il utilise le canal de l'extranet pour diffuser l'information à l'ensemble du réseau. Cette fonction d'assistance juridique représente selon la CNSA une charge croissante.

---

<sup>27</sup> Le RMQS identifie sept missions des MDPH et fixe, pour chacune d'entre elles, des attendus et des objectifs de qualité, avec trois niveaux de qualité.

## Annexe IV

Par ailleurs, en application des arbitrages rendus pour la mise en œuvre de la feuille de route MDPH 2022, la CNSA va se doter d'une **équipe d'appui renforcé** (6 personnes) aux MDPH en difficulté rattachée à la direction de la compensation au sein d'un nouveau pôle « qualité de service », dont le recrutement est en cours, la « **mission d'appui opérationnelle** » (MAOp).

Cette mission a pour objectif d'apporter un appui à la transformation des organisations dans 20 MDPH en deux ans selon les modalités de travail suivantes : une immersion de l'équipe dans la MDPH, pour aboutir à un diagnostic partagé des difficultés, suivi de l'élaboration d'un plan d'action qui sera contractualisé entre la CNSA, le département et la MDPH et fera l'objet d'un suivi régulier. La CNSA pourra notamment disposer dans ce cadre d'un fonds de 10 M€ en 2021 et autant en 2022 (hors concours MDPH) pour financer par exemple des recrutements temporaires pour le traitement du stock de dossiers en instance.

Les MDPH bénéficiaires de cet appui renforcé seront sélectionnées par croisement de plusieurs indicateurs (délais moyens de traitement, stock de dossiers en instance, pondération par le caractère durable des difficultés), confrontés à des données sur les moyens disponibles (nombre de dossiers / EPT et ratio ETP accueil-instruction / ETP évaluation) et sur des difficultés d'organisation. La MAOp va intervenir prochainement dans cinq MDPH qui ont donné leur accord.

### 1.3.2.3. La collecte et la synthèse de données des MDPH

Le pôle PI et la mission d'analyse statistique (MAS) de la direction de la compensation assurent les remontées d'informations en provenance des MDPH avec l'organisation suivante :

La MAS pilote trois enquêtes annuelles auprès des MDPH :

- ◆ l'enquête « des échanges annuels » sur l'activité des MDPH : nombres de demandes et de décisions, caractéristiques du public selon les déficiences et les personnes concernées, activité d'accueil, activité d'évaluation, nombre de projets de vie élaborés, conventions avec des partenaires ;
- ◆ l'enquête sur la prestation de compensation du handicap (PCH) qui retrace les demandes déposées, les décisions prises, les recours gracieux et contentieux, le nombre d'interventions du fonds de compensation, dont celles concernant la PCH, et le détail des différents éléments accordés par public, les montants totaux accordés, en distinguant la part de l'aide humaine et sa répartition par statut d'aidant.
- ◆ l'enquête sur l'allocation aux adultes handicapés (AAH) pour le compte de la DGCS, qui retrace les demandes déposées, les décisions prises, ainsi que les reconnaissances de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) accordées et les orientations professionnelles (ORP) prononcées.

Le pôle PI collecte, avec l'aide d'un prestataire et de façon peu automatisée et chronophage (consolidation de feuilles Excel sous un format standardisé, y compris pour des développements littéraires, comportant un nombre très important de données), les rapports d'activité des MDPH et les données budgétaires qui contiennent des informations sur les ressources (par financeur) ainsi que sur les dépenses et sur les effectifs. Le pôle PI réalise une synthèse nationale de ces données, croisées avec les données d'activité des échanges annuels synthétisées par la MAS, et avec les données de satisfaction des usagers (cf. annexe VII).

La MAS produit à l'aide de ces données des restitutions et tableaux de bord, par exemple pour contribuer à l'alimentation du baromètre de MDPH mis en place dans le cadre de la feuille de route MDPH 2022.

La mise en place du centre de données alimenté par le SI MDPH (*cf. infra*) devrait permettre à la fois de s'assurer de la qualité de ces données et **d'enrichir considérablement les informations disponibles par des données individuelles pseudonymisées** extraites du SI-MDPH qui permettront de retracer en détail l'activité des MDPH et, pour chaque personne accompagnée, l'ensemble des demandes et décisions la concernant et les résultats des évaluations effectuées (jusqu'à 180 données possibles par individu). 61 MDPH avaient envoyé un flux à la date du 16 décembre 2020 et l'exploitation en routine des données doit commencer en 2021. La question de la capacité de la CNSA à analyser les données ainsi disponibles sera cruciale pour améliorer sa connaissance du réseau des MDPH et des prestations et dispositifs qu'elles mettent en œuvre.

### 1.3.2.4. La conception et le déploiement d'un SI métier

L'annexe I (axe 2, fiche I) et l'annexe VI présentent en détail la conception et le déploiement du système d'information harmonisé des MDPH (SI-MDPH) dans le cadre de la COG 2016-2019. Le déploiement de ce SI a pris du retard par rapport aux échéances prévues et est loin d'être achevé, avec des versions nouvelles venant compléter le périmètre fonctionnel et apporter des améliorations techniques et, surtout, des systèmes d'échanges avec les partenaires qui ne sont pas encore complètement déployés ni pleinement opérationnels (échanges CAF, échanges SNGI, suivi des orientations, Pôle emploi), voire en construction (livret parcours inclusif pour les échanges entre MDPH et établissements scolaires).

Néanmoins, malgré ces retards et les difficultés restant à régler (décrites en détail dans l'annexe I), **le déploiement de ce SI représente une avancée considérable pour l'harmonisation des pratiques** et des processus de travail au sein des MDPH par la définition d'un référentiel fonctionnel commun des processus métier. **Il permet aussi à la CNSA de renforcer sa position de tête du réseau des MDPH**, capable de parler en son nom avec les éditeurs de logiciels comme avec les têtes de réseaux nationales des partenaires des MDPH, pour moderniser leurs outils de travail, ce que les départements, tutelles administratives et financières des MDPH, n'ont pas été en mesure de faire.

Au total, **c'est vis-à-vis des MDPH que la CNSA dispose de la gamme d'instruments d'animation et d'appui la plus large**, récemment enrichie avec le SI-MDPH et la mise en place de la MAOp, et la plus comparable à celle des caisses nationales de sécurité sociale. Pour passer de l'appui au pilotage, il lui manque deux éléments principaux :

- ◆ la possibilité de tirer les conséquences de la non-exécution d'actions prévues par les conventions sur le montant du concours et de la dotation versés aux MDPH, ou d'utiliser le concours financier comme un levier incitatif à la convergence des pratiques et des performances, la LFSS 2021 marquant une inflexion en ces sens (*cf. infra* 1.3.5.2) ;
- ◆ la possibilité d'intervenir dans la nomination des directeurs à laquelle elle pourrait être associée, par exemple en participant à la phase ultime du processus de recrutement ouvert mis en place par les conseils départementaux.

### 1.3.3. Mis en place à partir de 2016, l'appui aux équipes médicosociales des conseils départementaux (EMS APA) n'atteint pas l'intensité de l'appui aux MDPH mais s'est renforcé récemment grâce au partenariat avec la CNAV

Conformément à l'objectif fixé par la COG en application de la loi ASV (cf. annexe I, axe 2, fiche III, action 2), la CNSA a mis en place, au sein du pôle EAM de la direction de la compensation, une équipe d'appui aux équipes médico-sociales chargées, dans les départements, de l'évaluation des besoins et de la construction des plans d'aides APA (EMS-APA). Mais cette équipe est de taille modeste : une chargée de mission et un poste de médecin (qui n'a été pourvu qu'à hauteur de 46 % du temps pendant la période 2016-2020), avec un appui consultant (deux personnes).

L'appui de la CNSA s'est d'abord centré en 2016-2017 sur l'élaboration et l'informatisation du référentiel d'évaluation multidimensionnelle (REMD, cf. annexe I, axe 1, fiche I action 1) puis s'est élargi, après une enquête auprès des EMS APA pour connaître leurs attentes, avec la constitution de groupes de travail thématiques (aides techniques, proches aidants, carte mobilité inclusion, dossier de demande d'APA).

A partir de 2019, la CNSA et la CNAV se sont associées pour proposer des groupes de travail sur des sujets d'intérêt commun : formulaire de demande commun à l'APA et à l'action sociale vieillesse, élaboration d'un protocole pour la reconnaissance mutuelle des évaluations entre les services des départements et les caisses de retraite. Une journée nationale co-animée par la CNAV et la CNSA a ainsi réuni, en 2019, 250 professionnels des départements et organismes de retraite. Ce travail s'est poursuivi avec la construction d'outils communs : dossier commun de demande d'aides, kit sur la reconnaissance mutuelle (convention type, procédures et formation). La CNAV a en outre développé un téléservice de demande d'aide commun CARSAT-CD dont la première version sera déployée mi-2021 dans les départements qui le souhaiteront.

Si ces travaux et initiatives sont appréciés par les professionnels concernés, **ils ne peuvent suffire à garantir l'harmonisation des pratiques**. La CNSA apporte un appui technique et méthodologique et facilite les échanges entre professionnels des départements mais **ne dispose d'aucune remontée d'information lui permettant d'apprécier des disparités de pratiques**. Le projet de SI-APA (cf. *infra* 1.5.5.2.2), s'il est lancé, ne permettra pas de couvrir ce besoin avant 2025. Cette situation est différente de celle des MDPH pour lesquelles les remontées de données individuelles commençant à alimenter depuis fin 2020 le centre de données de la CNSA devraient lui donner la possibilité de procéder à des comparaisons fines de l'activité, et des modalités de constructions des réponses aux besoins des personnes handicapées.

### 1.3.4. L'appui aux conférences des financeurs de la perte d'autonomie (CFPPA) se limite à la distribution des concours financiers, à la participation à la coordination nationale des financeurs et à l'analyse des rapports d'activité

La création des conférences des financeurs de la perte d'autonomie (CFPPA) par la loi ASV visait prioritairement à mettre en place une coordination territoriale des actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, jusque-là mise en œuvre par de multiples institutions de façon dispersée. La mission donnée par la loi ASV à la CNSA se limite à « *assurer un échange d'expériences et d'informations [...] entre les conférences des financeurs* » et à financer deux nouveaux concours financiers aux départements pour contribuer à la politique de prévention (concours « *actions de prévention* » et « *résidences autonomie* »). Si la loi définit les axes principaux des programmes coordonnés établis par les conférences (accès aux équipements et aides techniques individuelles, forfaits autonomie, actions de prévention individuelle dans les SAAD et SPASAD, soutien aux aidants, actions collectives de prévention) et précise les catégories d'actions éligibles aux concours de la CNSA, elle ne prévoit pas la définition d'orientation nationales sur le contenu de ces programmes.

## Annexe IV

Le rôle de la CNSA est donc principalement un rôle d'animation et de coordination qu'elle remplit par quatre voies :

- ◆ la signature de conventions avec la CNAM d'une part, la CNAV et la Mutualité sociale agricole (MSA) d'autre part, pour fixer les modalités de la coopération entre ces institutions sur l'animation des CFPPA<sup>28</sup>. Ces conventions nationales permettent à la fois de garantir la contribution des caisses nationales à l'animation assurée par la CNSA et la participation active des caisses locales aux CFPPA. La convention CNSA-CNAV-MSA prévoit aussi la mise à la disposition des conseils départementaux des données des observatoires régionaux des situations de fragilités construits par la CNAM, la CNAV et la MSA, visant à cibler les actions de préventions sur les publics en ayant le plus besoin ;
- ◆ l'animation du réseau des conférences des financeurs par l'organisation de journées nationale rassemblant les représentants des conseils départementaux et des autres partenaires des CFPPA ainsi que de groupes techniques nationaux sur différents thèmes (aides techniques et habitat en 2017 ; aides techniques et aidants, avec la participation des EMS APA ; évaluation des actions et résidences autonomie en 2018 ; pilotage et évaluation des actions et information et communication en 2019). La CNSA a en outre produit et actualisé avec la DGCS un guide à l'intention des conférences des financeurs, pour appuyer la conception, le suivi et l'évaluation des programmes coordonnés de financement des actions de prévention ;
- ◆ le versement des deux concours « autres actions de préventions » et « forfait résidence autonomie ». Leur paramétrage (population âgée de 60 ans et plus pour les actions de prévention ; part du département dans le total des places en résidence autonomie pour le concours RA) est simple mais suppose d'opérer des régularisations si les crédits attribués n'ont pas été utilisés, les crédits non consommés une année venant en déduction du solde à verser l'année suivante.
- ◆ la collecte, avec l'aide d'un prestataire, des rapports d'activité des CFPPA (qui rendent notamment compte des dépenses effectuées au titre des deux concours). La CNSA en élabore une synthèse nationale annuelle permettant d'identifier les programmes d'actions mis en œuvre par axe et les financements qui y sont consacrés.

### **1.3.5. Le passage de l'appui à des modalités de pilotage adaptées à l'autonomie des collectivités territoriales suppose de développer la capacité de la CNSA à prendre en compte les caractéristiques de chaque département**

#### **1.3.5.1. La négociation avec chaque conseil départemental en 2021 de « feuilles de route stratégiques et opérationnelles » personnalisées marque une évolution prudente**

La CNSA s'est engagée dès 2019 dans l'élaboration d'une nouvelle génération de conventions départementales 2021-2024 dont la convention type a été validée par le Conseil en juillet 2020. Ce nouveau cadre contractuel est conçu comme un dispositif à deux niveaux :

---

<sup>28</sup> Il n'existe pas en revanche de convention avec l'AGIRC-ARRCO. Cette fédération participe toutefois aux réunions de pilotage national du réseau des CFPPA. Par ailleurs, la CNSA n'est pas signataire de la convention pluriannuelle signée en mai 2017 entre l'État et les régimes de retraite (CNAV, CNRACL, MSA) fixant les principes et les objectifs d'une politique coordonnée d'action sociale en vue de la préservation de l'autonomie des personnes âgées (en application de l'article L 115-9 du code de la sécurité sociale).

## Annexe IV

- ◆ une **convention dite « socle »** comportant notamment des objectifs relatifs à la mise en œuvre et au suivi des engagements contenus dans « l'accord de méthode » signée le 11 février 2020 entre la secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées et le président de l'Assemblée des départements de France (ADF) pour le pilotage des MDPH et renvoyant à une « feuille de route stratégique et opérationnelle » la définition d'objectifs sur les autres versants des politiques de soutien à l'autonomie. Les conventions socle ont toutes été signées à la fin de l'année 2020 ;
- ◆ une « **feuille de route stratégique et opérationnelle** » comportant à la fois un socle d'engagements communs à l'ensemble des départements traduisant « *une ambition commune de contribuer à garantir à chacun, quel que soit son lieu de vie, l'accès aux droits et à une réponse adaptée à ses besoins comme le prévoit les textes*<sup>29</sup> » et des objectifs spécifiques à chaque département (par exemple des actions innovantes) pour lesquels il pourra mobiliser l'appui financier ou technique de la CNSA. Ces feuilles de route doivent être signées au cours de l'année 2021.

**Ce calendrier est d'ores et déjà en avance par rapport à celui de la COG, ce qui ne peut permettre de garantir un alignement de ces deux dispositifs contractuels.** En revanche, les conventions socle intègrent les objectifs de l'accord de méthode entre l'État et l'ADF, qui ont été également repris et développés par la feuille de route MDPH et 2022.

Cette feuille de route devra comporter des objectifs et engagements portant sur :

- ◆ l'amélioration de la qualité et de la relation avec les usagers : qualité de l'accueil en MDPH, expression et participation des usages, démarches de qualité de service, services numériques ;
- ◆ l'accompagnement du parcours de la personne et l'adaptation de l'offre : construction de réponses fondées sur une évaluation multidimensionnelle de la situation de la personne ; traitement des situations complexes, structuration et pilotage de l'offre des services d'aide à domicile, connaissance partagée des besoins des personnes ;
- ◆ la prévention de la perte d'autonomie et le soutien aux proches aidants : coordination des actions de prévention, politique territoriale de soutien aux proches aidants, lutte contre l'isolement des personnes, dispositifs d'information pour l'accès aux aides techniques ;
- ◆ l'harmonisation des systèmes d'information notamment : SI-MDPH, pilotage local et national par les données, participation aux travaux d'harmonisation de données informatisées sur l'APA, protection des données personnelles.

Des ateliers de travail réunissant des représentants de la CNSA et des conseils départementaux et MDPH sont chargés d'établir une « feuille de route type » comportant des **engagements socle que l'ensemble des départements devront reprendre**. Le terme de ces travaux est fixé à la mi-mars 2021.

Sur cette base commune **chaque département sera invité à donner les éléments du contexte et enjeux locaux, à indiquer comment il compte atteindre les engagements socle en priorisant les efforts à réaliser**, à les compléter par des actions spécifiques qu'il souhaite valoriser, et à préciser ses besoins d'appui de la part de la CNSA.

**La feuille de route stratégique et opérationnelle devra en particulier intégrer la déclinaison locale de la feuille de route des MDPH pour 2022**, définie en octobre 2020 en application de l'accord de méthode, dont les objectifs ont été repris par la convention socle.

---

<sup>29</sup> Texte de la convention type.

Pour la CNSA, **ce dispositif constitue une première évolution vers un dispositif de pilotage** dont la cible finale serait la négociation d'engagements personnalisés sur la base d'un diagnostic territorialisé étayé, mettant en évidence les points forts et points faibles de l'action de chaque département, assorti d'un dispositif de suivi précis, pouvant aboutir à des mesures correctrices, voire à des conséquences financières en cas de non atteinte des engagements. Elle estime que ce dispositif cible n'est pas encore accessible aujourd'hui, par manque de leviers juridiques et financiers. S'agissant de la position des départements, ils seraient, selon la CNSA et l'ADF que la mission a rencontrée, opposés à un dispositif qui ne tiendrait pas compte des réalités et des contraintes de chaque territoire. Pour aller dans ce sens et surmonter cette opposition, il faudrait que la CNSA acquière la capacité à réaliser des diagnostics territorialisés et à effectuer un suivi régulier de chaque convention.

La mission considère en effet que, comme l'a montré l'analyse des conventions 2016-2019, **la CNSA n'a pas aujourd'hui la capacité de dresser un diagnostic précis et complet de la situation de chaque département, de négocier sur cette base des engagements visant à le faire converger vers des objectifs communs et de suivre régulièrement la réalisation de ces engagements.** Elle dispose de beaucoup de données, en particulier sur la situation des MDPH, et produit des synthèses nationales, mais cela est un travail différent de l'analyse territoriale qui exige un travail de recouplement des données et indicateurs propres à chaque département, pour le confronter ensuite à celui réalisé par le conseil départemental et négocier avec celui-ci les objectifs et engagements réciproques. De plus, l'analyse, à des fins de parangonnage et de mise en évidence des différences de pratiques entre MDPH de la masse de données individuelles pseudonymisées qui commencent à affluer dans le centre de données des MDPH, nécessitera des effectifs supplémentaires de statisticiens avec des compétences spécialisées (de type *data scientist*). En l'état actuel de ses ressources, la mission analyse statistique de la direction de la compensation n'a pas la capacité de mener de tels travaux.

Pour ces raisons, **la mission doute que les feuilles de route stratégiques et opérationnelles permettront d'aboutir à une vraie personnalisation des objectifs reposant sur des engagements opérationnels précis.** En effet, la formulation des engagements socle en cours de discussion dans les ateliers de travail sur la base de supports que la mission a pu consulter, est en elle-même peu exigeante puisqu'elle ne fixe pas de cible précise<sup>30</sup>, les modalités de mise en œuvre de ces engagements et les cibles à atteindre devant être proposées par chaque département (sous forme d'une liste de projets concrets). Or le nombre important des engagements devant être ainsi déclinés (environ 45 pour les deux premiers des quatre axes retenus) laisse supposer que, pour tenir l'objectif de la signature des feuilles de route en 2021, la CNSA soit amenée à valider les propositions des CD sans pouvoir véritablement les négocier.

Même pour les MDPH, **les principales avancées qui pourront résulter de cette nouvelle génération de conventions devraient concerner surtout les engagements socle** mettant en œuvre les objectifs de l'accord de méthode et de la feuille de route MDPH 2022 plutôt que des engagements personnalisés : la CNSA n'aura vraisemblablement ni le temps ni les moyens pour exploiter les données collectées dans le centre de données dans des délais compatibles avec la négociation des feuilles de route stratégiques et opérationnelles. Cela pourrait néanmoins être le cas pour les MDPH en difficulté qui bénéficieront de l'appui de la MAOp dès le début de l'année 2021, pour lesquelles le plan d'action établi à l'issue du diagnostic partagé pourra être intégré à la feuille de route stratégique et opérationnelle, mais cela ne concernera qu'entre cinq et dix MDPH.

---

<sup>30</sup> Par exemple, l'engagement « Assurer une maîtrise des délais de traitement (« garantie délai ») des demandes » n'est pas assorti de cibles de délais à atteindre.

## Annexe IV

Pour les autres champs d'intervention des départements (gestion de l'APA, prévention, etc.), la CNSA dispose d'encore moins d'information et de leviers d'action, **la mission considère que la nouvelle génération de conventions ne pourra pas marquer une évolution sensible par rapport à la génération précédente.** Toutefois, la COG pourrait, sous réserve d'arbitrage en ce sens, fixer comme objectifs la construction d'outils visant à permettre de mieux connaître la réalité des situations locales et à passer progressivement à une démarche de pilotage (*cf. infra* 1.3.5.2.2.) soit :

- ◆ le lancement d'un système d'information sur la gestion de l'APA ;
- ◆ la mise en place de dispositifs visant à mieux connaître les publics bénéficiant des actions de prévention et à évaluer l'impact de ces actions.

### **1.3.5.2. L'évolution vers un rôle de pilotage suppose de donner à la CNSA des leviers d'actions supplémentaires**

Le passage de l'appui-animation au pilotage des politiques de soutien à l'autonomie mises en œuvre sous la responsabilité des départements suppose, comme on l'a vu, de renforcer la capacité de la CNSA à poser des diagnostics territorialisés précis, avant de négocier des engagements personnalisés et d'en suivre l'application. Mais ce renforcement (dont le niveau est estimé dans l'annexe VIII) n'a de sens que si la CNSA, d'une part, a le moyen de valoriser les engagements tenus par les départements, d'agir lorsque les engagements ne sont pas tenus et, d'autre part, dispose des informations permettant de construire ces diagnostics territorialisés et d'assurer le suivi des actions prévues.

#### **1.3.5.2.1. Les leviers juridiques et financiers**

La LFSS 2021 a renforcé le rôle de la CNSA dans le champ des politiques de l'autonomie la chargeant de « *piloter et assurer l'animation et la coordination, dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, des acteurs participant à leur mise en œuvre en vue de garantir l'équité, notamment territoriale, la qualité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes concernées* » (2° de l'article L. 14-10-1 du CASF). Elle précise que la CNSA « *assure, notamment en vue de garantir la qualité de service et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap et d'aide à l'autonomie* » un rôle « *d'accompagnement et d'appui* » aux maisons départementales de l'autonomie (MDA) et aux MDPH ainsi qu'un « *rôle d'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées* ». Toutefois, outre que cette dernière disposition ne vise pas les services chargés de l'instruction de l'APA en dehors des MDA, elle ne donne pas à la CNSA d'autre moyen pour atteindre l'objectif d'équité de traitement, que « *l'accompagnement et l'appui* ».

Ces dispositions ne suffisent pas à donner un rôle effectif de pilotage de compétences exercées par des collectivités territoriales en raison du principe constitutionnel de libre administration. C'est en particulier le cas pour la gestion de l'APA exercée au sein des services des départements, selon une organisation qu'ils définissent librement, à la différence des MDPH, GIP associant l'État et les départements, dont le fonctionnement est encadré par la loi et le règlement.

## Annexe IV

Par ailleurs, l'APA et la PCH, prestations financées par le département, n'ayant pas été intégrées au périmètre de la branche autonomie, la CNSA pourrait, sous réserve des évolutions juridiques mentionnées *infra* moduler le montant de ses concours mais elle ne dispose d'aucune compétence pour réguler les dépenses réalisées par les conseils départementaux. Par ailleurs, les montants globaux des concours sont limités par la loi à une fraction des recettes affectées à la CNSA (nouvel article L 14-10-5-1 du CASF) indépendamment des dépenses effectives des départements. La dynamique des dépenses a d'ailleurs conduit à des baisses des taux de concours de la CNSA qui atteignaient 37 % en 2019 pour l'APA<sup>31</sup> et 30 % pour la PCH. La loi donne à la CNSA la possibilité de demander aux départements de justifier les informations qu'ils communiquent pour la répartition des soldes des concours, mais uniquement dans le but d'effectuer une juste répartition entre ces collectivités.

La réforme des concours financiers de la CNSA aux départements, qui nécessite des mesures législatives, pourrait constituer l'occasion de donner à celle-ci des leviers incitatifs pour favoriser l'harmonisation des pratiques des départements et renforcer l'équité de traitements des personnes sur le territoire. Elle soulève plusieurs questions.

### **La prise en compte des effets de redistribution entre départements**

Comme toute réforme d'un mécanisme de péréquation, la réforme des concours financiers versés aux départements est susceptible de générer, à enveloppe constante, des transferts de ressources entre départements. L'acceptabilité d'une telle réforme dépendra du nombre de perdants et du volume de leurs pertes.

En outre, les évolutions prévues du nombre de personnes âgées dépendantes et leur orientation prioritaire vers un accompagnement à domicile, ainsi que la dynamique propre de la PCH (+5 % de bénéficiaires par an entre 2015 et 2018) pourraient conduire à une réflexion sur l'évolution de l'enveloppe nationale, perspective évoquée par la direction de la sécurité sociale dans un document de travail communiqué à la mission<sup>32</sup>.

### **La répartition et la modulation des concours**

Sans que la mission ait eu le temps d'étudier ce point en détail, la direction de la sécurité sociale indique<sup>33</sup> que l'évolution des dépenses des départements et la montée en maturité des prestations financées par les concours depuis leur création (2001 pour l'APA et 2005 pour la PCH) pourraient justifier une évolution des paramètres et de leur pondération afin de mieux couvrir les dépenses réelles :

- ◆ pour l'APA : suppression du concours APA2 censé couvrir intégralement les dépenses supplémentaires induites par la loi ASV et revalorisation de la pondération du critère des dépenses réelles d'APA qui n'est que la moitié de celle du critère de la population de plus de 75 ans ;
- ◆ pour la PCH : prise en compte du critère de la dépense de PCH plutôt que celui du nombre de bénéficiaires et baisse de la pondération du critère de la population adulte de moins de 60 ans.

Toutefois, cela ne rendra pas les deux concours plus incitatifs à l'équité, à la qualité de service et à l'efficacité de l'accompagnement proposé aux personnes. Pour cela, la mission estime que deux voies sont possibles :

- ◆ attribuer une fraction du concours sur la base d'indicateurs représentatifs de tout ou partie de ces objectifs ;

---

<sup>31</sup> Malgré la création du concours APA II par la loi ASV qui a fait progresser le taux du concours APA de 32 à 40% entre 2015 et 2018.

<sup>32</sup> Document de travail intitulé « La réforme de la participation de la CNSA au financement de l'APA », 28 janvier 2021.

<sup>33</sup> Ibidem.

## Annexe IV

- ◆ réserver une fraction du concours pour financer des engagements contractualisés visant les mêmes objectifs, dont l'attribution serait conditionnée à l'atteinte de ces engagements constatée contradictoirement par la CNSA et le département.

Toutefois la définition d'un mécanisme de modulation « automatique » est un exercice complexe :

- ◆ tous les objectifs ne se prêtent pas à la définition d'indicateurs : l'équité territoriale dans l'attribution de prestations complexes comme l'APA et la PCH pour lesquelles le montant et la composition des plans d'aide ou de compensation dépendent à la fois de l'évaluation des besoins individuels, de l'environnement de la personne et de ses choix individuels<sup>34</sup> est ainsi difficile à caractériser par un indicateur. La qualité de service peut en revanche être plus facilement appréhendée par des indicateurs classiques, comme les délais de traitement des demandes qui demeurent cependant réducteurs et dont on sait qu'ils peuvent être optimisés au-détriment d'autres aspects de la qualité<sup>35</sup>, ce qui conduit généralement à adopter un nombre plus important et diversifié d'indicateurs ;
- ◆ les indicateurs utilisés doivent être disponibles dans un système d'information et contrôlables ;
- ◆ plus le nombre d'indicateurs retenus est important, plus le mécanisme de modulation est complexe et moins il est lisible et compréhensible (en pratique cela nécessite de déterminer la part de modulation affectée à chacun d'entre eux et donc d'en fixer la pondération).

Un mécanisme contractualisé entre la CNSA et le département paraît en revanche plus simple à mettre en œuvre puisque les deux parties négocieraient *ex-ante* le montant du financement alloué en fonction des engagements pris et les conditions permettant de juger de la réalisation de ces engagements. Cette solution permettrait en outre de mieux adapter les objectifs fixés à chaque département en fonction du diagnostic initial et de valoriser davantage les progrès réalisés. Toutefois, un tel mécanisme supposerait d'encadrer la marge de manœuvre financière de la CNSA pour assurer une équité de traitement entre départements.

En conclusion de ce point, la mission estime que :

- ◆ la modulation du concours APA n'apparaît pas envisageable dans le cadre de la prochaine COG en raison de l'absence de données disponibles pour comparer les performances des départements dans l'attribution de la prestation ;
- ◆ la modulation du concours PCH pourrait être en revanche envisagée sous réserve de la disponibilité effective de données fines et fiables sur la gestion de la prestation par les MDPH *via* le centre de données. étant remarqué que La période de la COG peut permettre la définition d'un tel mécanisme de modulation dont la mise en œuvre ne sera sans doute envisageable qu'à son issue ;
- ◆ il paraît plus facile de travailler sur la modulation du concours pour le fonctionnement des MDPH, qui concerne l'ensemble de leur activité et dont la LFSS pour 2021 a modifié les conditions de répartition en instaurant une part forfaitaire<sup>36</sup> et en ajoutant aux critères de répartition actuels un critère représentatif de l'activité.

**Proposition n° 11 : pendant la prochaine COG, négocier le principe d'une modulation des concours APA et PCH prenant en compte des indicateurs de performance (équité, qualité, efficience) dans le cadre d'une négociation globale avec les conseils départementaux. Commencer par le concours PCH pour lequel les données disponibles permettent d'élaborer un tel mécanisme pour la fin de la COG.**

---

<sup>34</sup> Par exemple, pour l'APA, le choix de ne pas utiliser la totalité du plan d'aide notifié pour limiter le reste à charge.

<sup>35</sup> Par exemple en traitant en priorité les dossiers faciles pour diminuer le délai moyen.

<sup>36</sup> Tenant notamment compte de la subvention versée par la CNSA (ancienne subvention de l'État).

**Proposition n° 12 : pour la prochaine COG, faire porter en priorité la modulation sur le concours pour le fonctionnement des MDPH, en fonction de l'atteinte d'objectifs personnalisés négociés à partir d'un diagnostic partagé.**

#### **Le financement de formations professionnalisantes des équipes APA et MDPH**

Un autre levier juridique apparaît particulièrement utile pour renforcer l'appui à l'harmonisation des pratiques. Aujourd'hui, les règles de gestion de la « section IV »<sup>37</sup> permettent de financer des actions de formation, d'adaptation à l'emploi, de mise à jour des connaissances ou de qualification des personnels des SAAD et des intervenants des particuliers employeurs, les dépenses de préformation, de préparation à la vie professionnelle, de formation et de qualification des personnels des ESMS, les actions de formation des accueillants familiaux, des proches aidants et des bénévoles contribuant au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées, mais ne permettent pas de financer des actions de formations au bénéfice des salariés des MDPH et des EMS-APA.

Or la formation représente un levier d'harmonisation des pratiques permettant par exemple de favoriser l'appropriation par les professionnels des guides et outils produits par la CNSA. La CNSA a négocié avec le CNFPT une convention pour orienter les formations proposées par le centre vers les besoins des salariés des MDPH et des EMS-APA mais, sans accompagnement financier, cette convention n'a produit que peu d'effets eu égard à l'étendue des besoins à couvrir par le CNFPT.

Compte tenu du faible nombre de salariés concernés (5 500 ETP en MDPH à comparer à près de 400 000 salariés dans les seuls EHPAD), l'ouverture des crédits de formation au bénéfice des personnels des MDPH et EMS APA représente un enjeu financier vraisemblablement modeste et gérable sans augmentation du volume global de ces crédits, d'autant plus qu'il s'agira de financer des actions de courte durée, centrées sur l'appropriation des outils. Les nouvelles rédactions des missions de la CNSA (« Elle met son expertise technique à la disposition des personnes publiques et des professionnels de l'aide à l'autonomie et soutient le développement de la formation dans ce domaine <sup>38</sup> ») et de l'objet de son fonds d'intervention (« Le financement des autres dépenses d'intervention en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées dépendantes et des proches aidants entrant dans le champ des missions de la CNSA ») permettent de modifier le cadre réglementaire du financement des formations en ce sens.

**Proposition n° 13 : ouvrir à la CNSA la possibilité de financer des formations au bénéfice des personnels des MDPH et des EMS-APA, à enveloppe constante.**

#### *1.3.5.2.2. Le développement des outils de connaissance des besoins et des pratiques*

##### **La création d'un SI-APA**

Pour permettre d'évoluer de l'accompagnement vers le pilotage des structures départementales distribuant des prestations individuelles, dans un objectif de renforcement de l'équité territoriale, la CNSA a besoin d'identifier de façon précise des différences de pratiques entre départements. Cela signifie, que, pour chaque prestation ou dispositif géré, elle doit disposer de données représentatives des pratiques d'évaluation des besoins, de construction des plans d'aide et de compensation et d'accompagnement des personnes dans la mise en œuvre de ces plans, pour l'ensemble des situations individuelles rencontrées.

---

<sup>37</sup> Article R 14-10-49 du CASF.

<sup>38</sup> Article L 14-10-1 2° du CASF.

## Annexe IV

Pour les MDPH, ce besoin a été couvert par la construction du SI harmonisé et du centre de données qui doit recevoir à terme les données individuelles pseudonymisées retraçant l'exhaustivité des demandes déposées par les personnes et des réponses qui leur sont apportées.

La CNSA ne dispose pas du même type d'information pour observer l'activité des EMS APA. Elle a construit avec elles un référentiel d'évaluation multidimensionnel (REMD) et leur a donné les outils pour permettre son implémentation dans leurs logiciels métier (cf. annexe I, axe 1, fiche I), mais les résultats de ces évaluations ne remontent pas vers la Caisse, même sous forme d'échantillons. Hormis les montants totaux annuels de dépenses d'APA que les départements lui fournissent pour le calcul des soldes du concours APA, les seules données dont dispose la CNSA sont celles recueillies par la DREES :

- ◆ l'enquête annuelle Aide sociale qui collecte des données agrégées auprès des départements sur les prestations d'aide sociale aux personnes âgées et aux personnes handicapées, dont l'APA, ainsi que de leurs principales caractéristiques (nombre de bénéficiaires, caractéristiques sociodémographiques de ces derniers, dépenses de prestations, etc.) ;
- ◆ des remontées de données administratives réalisées à un rythme quadriennal incluant des données individuelles sur les bénéficiaires ou demandeurs de l'APA à domicile. Les données recueillies en 2017 portent ainsi sur les caractéristiques des bénéficiaires, leur niveau de dépendance et son évolution, leurs ressources, les montants de leurs plans d'aide et le contenu de ces plans. Ces données, dont l'exploitation nécessite un délai certain, sont riches<sup>39</sup> mais répondent plus à l'objectif d'une analyse nationale qu'à une comparaison entre départements, en raison de taux de réponses variables entre les collectivités. En effet les différences que font apparaître ces données nécessitent de faire la part d'autres facteurs explicatifs pour évaluer l'action des départements<sup>40</sup>.

Tirant les conséquences de ce manque d'informations, la CNSA propose de mettre en chantier un système d'information consacré à la gestion de l'APA, développé sous sa responsabilité et mis à disposition des départements, il permettrait des remontées d'information, y compris des données individuelles pseudonymisées. Cette proposition s'appuie sur deux études réalisées par l'ANS pour le compte de la CNSA :

- ◆ un diagnostic des systèmes d'information utilisés par les services des départements, analysant les fonctionnalités couvertes, les performances et limites de ces outils et les attentes des départements ;
- ◆ une étude de faisabilité d'un SI unique, écartant les hypothèses d'un SI harmonisé (comme pour le SI-MDPH) et de la reprise d'une des solutions éditeurs existantes, et proposant un macro chiffrage et un macro-planning selon deux scénarios de réalisation, par la CNAV et par la CNSA.

**Selon les données présentées à la mission, le coût de ce projet, serait compris entre 57 M€ et 81 M€ selon les scénarios examinés (chiffrages provisoires). L'inscription de ce projet dans la prochaine COG de la CNSA nécessitera un arbitrage entre le coût financier et humain substantiel de ce projet et son intérêt en termes de remontée automatisée de données. À terme, le SI-APA permettrait en effet de renforcer l'équité territoriale dans l'attribution des prestations, dès lors que la CNSA sera en mesure de moduler les concours qu'elle verse aux départements.**

---

<sup>39</sup> Voir par exemple : ER N°1152 « Profils, niveaux de ressources et plans d'aide des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile en 2017 », DREES, juin 2020.

<sup>40</sup> Les déterminants des dépenses sociales des départements ☐ Enseignements d'une analyse descriptive et économétrique ☐ Sandy Fréret, Denis Maguain ☐ Dans Informations sociales 2010/6 (n° 162) ou Dossiers DREES juillet 2019 les disparités d'APA à domicile entre les départements.

Si, comme l'expérience du SI MDPH conduit à le penser, il est nécessaire d'harmoniser, au travers d'un système d'information unique (et comme l'ont fait par le passé les caisses de sécurité sociale) les pratiques des services départementaux, la construction de cet outil représente un préalable technique nécessaire. Elle permettra aussi d'envisager une modulation du concours APA sur des critères de performance (cf. *supra*) en offrant la possibilité de construire des indicateurs pour caractériser la gestion des départements. L'expérience du SI MDPH conduit la mission à déconseiller très fortement la solution de l'harmonisation des progiciels fournis par les éditeurs actuels, qui complexifie un programme déjà complexe et en accroît les difficultés et le coût de mise en œuvre. Cette décision pourrait par ailleurs, constituer un signal à l'égard de l'oligopole constitué par les éditeurs des progiciels sociaux des départements ayant une influence sur la structuration de cette offre.

Si au contraire, la réalité institutionnelle des relations avec les départements ne permet pas d'envisager une telle perspective, la réalisation de ce SI ne constitue pas une priorité. On peut envisager un projet plus modeste de collecte d'informations qui pourra améliorer marginalement la connaissance mais par définition ne permettra pas d'harmoniser les pratiques.

Par ailleurs en cas de réalisation du SI, une disposition législative sera nécessaire pour rendre obligatoire son utilisation par les départements, au regard des objectifs de connaissance des besoins et des réponses et du cofinancement de la prestation par la branche autonomie. En effet, s'il ne fait pas de doute que de nombreux départements seront prêts à l'utiliser sur une base volontaire, le choix de ce SI unique n'a de sens que si tous les départements l'utilisent, ce qui n'est pas acquis sans obligation légale.

S'agissant du choix de la maîtrise d'ouvrage et de la maîtrise d'œuvre de ce programme la question du choix entre la CNAV et la CNSA se pose.

Dans un premier scénario tant la maîtrise d'ouvrage que la maîtrise d'œuvre sont assurées par la CNSA, cela répond à sa mission et contribue à renforcer son rôle d'animation du réseau des départements, domaine dans lequel elle est particulièrement mal armée, mais nécessite un renforcement très significatif de ses moyens et de son fonctionnement dans un contexte où elle a beaucoup de projets à mener.

Dans un second scénario la CNSA délègue à la CNAV ces deux missions, ce qui la conduit à participer au pilotage du projet mais fait remplir par la CNAV qui dispose d'une capacité de maître d'ouvrage et de maîtrise d'œuvre plus établie que la CNSA le travail allant jusqu'à l'exploitation du produit final. Ce choix pourrait se justifier compte tenu de la gestion de prestations d'action sociale au bénéfice des personnes âgées non bénéficiaires de l'APA et serait renforcé dans l'hypothèse, émise par la CNAV, d'un transfert du paiement de l'APA aux CARSAT, qui nécessiterait également une disposition législative<sup>41</sup>.

**Les études présentées à la mission, en raison notamment la grande différence de coût entre les scénarios nécessitent d'être complétées, et ne permettent pas à la date de rédaction du rapport de donner tous les éléments d'un choix qui, dans les deux cas, nécessite d'importants moyens supplémentaires.**

Par ailleurs, il conviendra de trancher sur le périmètre de ce SI qui pourrait englober des données relatives à l'offre et à la tarification des services à domicile (SAAD), qui « consomment » environ 70 % de la dépense d'APA. L'extension du système d'information à ce secteur serait également utile pour l'exercice de la nouvelle mission donnée à la CNSA de renforcer l'attractivité du secteur de l'aide à domicile. Cependant, elle serait de nature à rendre le projet plus complexe, les services de tarification des départements étant le plus souvent distincts des services de gestion de l'APA.

---

<sup>41</sup> Qui devrait notamment régler la question d'éventuels transferts de personnels entre les services des départements et les CARSAT.

Enfin, en cas d'arbitrage favorable sur le projet, et quel que soit le schéma retenu, il est important que la CNSA puisse participer activement à la conception, au pilotage et au déploiement progressif du SI, en tirant les leçons des derniers projets SI dont elle a eu la charge.

**Proposition n° 14 : dans le cadre de la négociation de la COG, rendre un arbitrage sur le lancement de travaux de construction du SI APA sur son organisation et sur le périmètre à couvrir. Les études préalables devront analyser les différents scénarios possibles (SI-APA développé par la CNAV ou par la CNSA ; études DREES améliorées), bien intégrer les leçons tirées du développement SI-MDPH, et travailler en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés, notamment les utilisateurs finaux des SI.**

### **Le développement d'outils pour orienter les politiques de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées**

La CNSA a notifié 180 M€ de concours financiers aux CFPPA en 2018 (40 M€ pour le forfait autonomie et 140 M€ pour les autres actions de préventions) dont 75% ont été engagés (135 M€). Ces concours ont un effet levier puisque, pour l'ensemble des actions ayant reçu un financement en 2018, les membres des CFPPA ont ajouté 96 M€ aux 119 M€ financés par la CNSA<sup>42</sup>. Le dispositif de collecte des rapports d'activités des CFPPA mis en place par la CNSA donne une vision détaillée des types d'actions financées par ces quelque 200 à 250 M€ de dépenses principalement publiques mais présente deux limites majeures :

- ◆ il ne permet pas de savoir si les personnes ayant bénéficié de ces actions sont celles en ayant le plus besoin du fait de leur fragilité ;
- ◆ il ne permet pas de mesurer l'impact des actions et donc d'identifier les actions les plus efficaces pour prévenir la perte d'autonomie.

Dans ces conditions, le passage d'une animation des CFPPA à un véritable pilotage en vue de rendre la politique de prévention plus efficace nécessiterait le développement préalable d'outils visant à mieux cibler les interventions sur les publics les plus fragiles et à prioriser les actions dont l'efficacité est attestée.

Concernant le premier objectif, il existe des grilles de repérage de la fragilité des personnes âgées utilisées notamment dans les CARSAT (outil Fragire) et la CNAV a mis à disposition des CFPPA ses observatoires régionaux des situations de fragilité. Une évolution pourrait consister à systématiser l'usage de ces outils par les CFPPA et à en rendre compte dans les rapports d'activité.

Concernant le second objectif, la stratégie ministérielle « vieillir en bonne santé » publiée le 16 janvier 2020 prévoit la création d'un centre de ressources, conçu selon le modèle des *what works centres* britanniques qui aurait comme mission d'analyser la littérature disponible sur l'évaluation des actions de prévention, de soutenir ou le cas échéant de commander des études d'évaluation et de diffuser aux CFPPA une information synthétique et structurée pour étayer leur choix de financement. La CNSA a bâti dans ce cadre une proposition de création de ce centre de ressources en son sein nécessitant le recrutement de 4 ETP appuyés par des ressources externes (consultants ou post-doctorants pour réaliser des synthèses de littérature).

---

<sup>42</sup> Ce montant concerne les actions ayant été réalisées au 31/12/2018 qui ont pu commencer en 2017. Il est différent du montant des concours engagés en 2018 qui concerne des actions dont la réalisation pourra intervenir en 2019.

## Annexe IV

Pour la mission, ce projet est cohérent avec la préoccupation de mieux utiliser l'argent public consacré au financement d'actions de prévention. Mais il ne paraît souhaitable de s'engager dans la création d'une telle structure qu'à la condition que les résultats produits soient pleinement intégrés dans les choix de programmation des CFPPA ce qui pourrait induire à terme de ne retenir dans les dépenses éligibles aux concours de la CNSA que les actions ayant fait l'objet d'une évaluation favorable ou bien d'exclure des dépenses éligibles celles ayant fait l'objet d'une évaluation défavorable.

Par ailleurs, la CNSA n'est pas le seul organisme susceptible de porter le centre de ressources qui pourrait être confié à Santé publique France ou à la CNAV, directement intéressée par l'évaluation des actions de prévention qu'elle contribue à financer, et ce qui serait logique au regard de son public, particulièrement les personnes âgées autonomes, cible prioritaire de la prévention contre la perte d'autonomie. La mission s'interroge en outre sur la pertinence d'élargir encore le périmètre de la CNSA au regard de sa fragilité actuelle (cf. annexe VIII).

Quel que soit l'organisme retenu, on peut envisager de commencer par désigner un préfigurateur, chargé notamment de s'assurer de la disponibilité d'études permettant de documenter l'évaluation des actions de prévention.

### *1.3.5.2.3. Les leviers organisationnels : la création de Maisons départementales de l'autonomie (MDA)*

Comme le montre l'annexe I (axe 2, fiche III, action 3), la labellisation de Maisons départementales de l'autonomie (MDA) par la CNSA a été un échec, une seule MDA ayant demandé et obtenu la labellisation. La CNSA est toutefois favorable à la proposition du rapport de M. Laurent Vachey sur la création de MDA sous statut d'établissement public départemental regroupant les fonctions d'accueil et d'information, d'évaluation des besoins, d'instruction des droits et d'accompagnement et d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées assurées par les services des départements et les MDPH. Pour la CNSA, outre la lisibilité pour les usagers, cette évolution des organisations territoriales lui permettrait de renforcer sa fonction de tête de réseau de structures bien identifiées, regroupant l'ensemble des moyens des départements consacrés aux prestations de soutien à l'autonome (la régulation de l'offre de services restant toutefois au sein des services départementaux) et d'étendre au secteur personnes âgées la gamme des outils de pilotage qu'elle a construits pour les MDPH.

Il n'appartient pas à la mission de se prononcer sur cette proposition qui devrait faire l'objet d'un nouvel examen dans le cadre de la mission confiée à M. Dominique Libault sur l'identification d'un point d'entrée clairement identifié pour les personnes en perte d'autonomie. Elle relève toutefois que cette réforme nécessiterait des dispositions législatives pour s'imposer aux départements et soulève des inquiétudes de la part des associations représentatives de personnes handicapées attachées aux MDPH.

### *1.3.5.2.4. Revoir l'organisation et les moyens de la direction de la compensation*

Comme indiqué *supra*, la disponibilité à partir de 2021 de données individuelles issues du SI-MDPH dans l'entrepôt de la CNSA devrait permettre de développer des analyses fines, par département, des pratiques des MDPH et des caractéristiques de l'attribution des prestations en fonction des profils de bénéficiaires ainsi que des comparaisons entre départements. Toutefois, le développement de cette capacité d'analyse des données nécessitera de renforcer la mission d'analyse statistique, que cette mission reste au sein de la direction de la compensation ou soit intégrée à une direction statistique de la CNSA (cf. annexe VII).

## Annexe IV

Si le choix est fait de personnaliser les conventions départementales en négociant des engagements propres à chaque département sur la base d'un diagnostic partagé et d'en assurer un suivi régulier (*cf. supra*), il sera en outre nécessaire de renforcer le pôle partenariat institutionnel. Sur la base d'une moyenne de 5 jours x agents par département et par an, ce renforcement peut être estimé à 2,5 ETP.

Pour la mission, ce renforcement devrait s'accompagner d'évolutions dans l'organisation de l'appui aux départements, passant par une clarification de la répartition des rôles entre PPI /PEAM, un rééquilibrage de l'appui aux EMS APA, un recensement des besoins d'appui pouvant bénéficier de l'immersion de la MAOp dans les MDPH en difficulté et un effort de renforcement du caractère opérationnel de l'appui apporté, par exemple en accompagnant la diffusion de chaque guide ou référentiel nouveau d'une proposition de formation à l'utilisation.

### 1.4. Favoriser la transversalité des réseaux

La mission n'a pas étudié en détail, mais elle a observé à plusieurs reprises, les limites de la coordination entre les réseaux.

Il est évident qu'une bonne circulation de l'information et une coordination entre ces réseaux est indispensable, notamment pour la fluidité des parcours des personnes âgées et des personnes handicapées entre domicile et ESMS.

À ce sujet, la mission s'appuie sur le rapport de M. Laurent Vachey qui aborde ces problématiques et établit plusieurs recommandations (*cf. encadré ci-dessous*).

#### Encadré 7 : propositions du rapport Vachey

- Créer un contrat départemental pour l'autonomie, entre l'ARS et les départements (avec l'association des communes) ;
- supprimer les doubles tarifications ARS/départements ;
- ouvrir la possibilité de délégations de compétence en matière d'autorisation et de tarification des ARS vers les départements volontaires ;
- généraliser les maisons départementales de l'autonomie sous un statut d'EPL préservant la présidence du président du CD ;
- favoriser une bonne articulation des parcours.

*Source : rapport Vachey.*

#### 1.4.1. Les constats

Dans ses conventions avec les conseils départementaux, la CNSA prévoit des échanges d'informations sur le pilotage de l'offre médico-sociale, visant à établir une vision consolidée de cette offre, qu'elle relève de la responsabilité du département ou de l'ARS. Par ailleurs, les règles d'élaboration des schémas d'organisation de l'offre relevant de chaque autorité prévoient que leurs schémas respectifs sont établis « au regard » l'un de l'autre.

Comme le souligne le rapport Vachey, ces mécanismes de coordination sont peu efficaces et la CNSA ne peut prétendre à avoir une vision précise des besoins et des évolutions nécessaires dans chaque territoire. Une contractualisation directe entre ARS et département, sur des objectifs opérationnels communs d'organisation et d'évolution de l'offre, telle que préconisée par le rapport présenterait plus de garantie de succès, la CNSA apportant son expertise pour l'élaboration des outils méthodologiques nécessaires.

Par ailleurs, CNSA ne s'est pas construite autour d'une approche des parcours, mais autour des réseaux, pilotés de façons distinctes (*cf. annexe III*).

Les MDPH et les ARS regrettent de ne pas disposer des mêmes informations et du même niveau d'appui de la part de la CNSA. L'objectif de favoriser le travail en commun ARS-MDPH prévu par la COG a été peu suivi d'effet.

#### 1.4.2. Propositions

Les deux propositions suivantes sont largement reprises du rapport de M. Laurent Vachey, semblent pertinentes à la mission :

**Proposition n° 15** : favoriser une coordination entre CD et ARS pour encourager le développement d'une approche globale des parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, et promouvoir les démarches inclusives. Cette coordination pourrait prendre la forme d'une contractualisation entre les différents partenaires, comme le propose le rapport de M. Laurent Vachey.

**Proposition n° 16** : favoriser le travail en commun ARS-MDPH. Préciser le rôle des ARS dans le cadre de la comitologie des MDPH. Multiplier les informations communes.

## 2. Les relations de la CNSA avec les partenaires nationaux – constats et propositions

### 2.1. Le partenariat entre la CNSA et les caisses nationales de sécurité sociale est appelé à se renforcer dans le cadre de la branche autonomie

#### 2.1.1. Avec la CNAV, le partenariat s'est développé pour la mise en place des conférences des financeurs et s'est amplifié depuis 2019 pour développer la coordination CARSAT / Départements

La CNSA a signé avec la CNAV et la Mutualité sociale agricole (MSA), une convention 2016-2019 définissant quatre axes de coopération comportant et douze fiches actions :

- ◆ axe 1 : appui aux réseaux : coordonner les interventions pour l'animation des conférences des financeurs et le repérage des personnes âgées en situation de fragilité, favoriser l'usage d'outils commun entre les caisses de retraites et les EMS-APA des départements sur l'évaluation des besoins des personnes et la reconnaissance mutuelle des évaluations ;
- ◆ axe 2 : accès aux droits et à l'information : renforcer la coordination en matière d'information et d'orientation des personnes âgées et de leurs proches et en particulier pour les personnes les plus fragiles, coordonner les interventions pour améliorer l'accès aux aides techniques ;
- ◆ axe 3 : connaissance des publics, soutien à l'innovation et prospective : coordonner les interventions de soutien aux aidants et de soutien à l'innovation et à la recherche ;
- ◆ axe 4 : soutien de la vie à domicile et parcours résidentiel des personnes âgées : coordonner les interventions sur l'aide à l'adaptation de leurs logements, le soutien aux résidences autonomie (action complétée par une convention CNAV-CNSA-ACOSS sur la distribution par la CNAV des aides à l'investissement de la CNSA) et le soutien à la modernisation des services d'aide à domicile.

De l'avis des deux parties, cette coopération a été positive. Elle s'est renforcée à partir de 2019 par l'organisation de travaux entre les CARSAT et les EMS-APA sur des sujets d'intérêt commun (cf. supra 1.3.3).

## Annexe IV

La poursuite de ce partenariat apparaît souhaitable et pourrait avoir pour objectifs :

- ◆ de développer l'utilisation des outils de la CNAV dans le ciblage des actions de prévention vers les publics fragiles ;
- ◆ d'intégrer les deux portails « [www.pour-les-personnes-agees.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.fr) » géré par la CNSA et « [www.pourbienvieillir.fr](http://www.pourbienvieillir.fr) » géré par l'inter-régimes avec Santé Publique France, portant sur la prévention du vieillissement et destiné aux usagers et professionnels du secteur. dans un portail unique à double entrée (« droits » et « prévention ») pour améliorer leur visibilité ;
- ◆ le cas échéant de confier à la CNAV, qui indique disposer de capacités d'ingénierie d'évaluation des actions de prévention, le portage du centre de ressources ;
- ◆ poursuivre les travaux sur la reconnaissance mutuelle des évaluations entre CARSAT et services des départements et le déploiement du téléservice de demandes d'aide à l'autonomie.

En outre, si l'arbitrage était rendu en ce sens, la CNAV pourrait se voir confier la réalisation d'un SI-APA (*cf. supra* 1.3.5.2.2.).

### 2.1.2. Avec la CNAM, le partenariat s'est amélioré sur le pilotage de l'OGD

La convention 2016-2019 entre la CNSA et la CNAM a prévu de nombreux thèmes de coopération entre ces deux institutions, structurés en quatre axes et 15 fiches actions :

- ◆ axe 1 : Prévention et parcours de vie : coordination des dispositifs MAIA et PRADO ; association des CPAM à la mise en œuvre de la réponse accompagnée pour tous ; association de la CNAM aux travaux SERAFIN sur la réforme de la tarification des ESMS-PH (avec développement de l'outil RESID-ESMS pour connaître les consommations de soins de ville des résidents en ESMS) ; coopération pour la prévention de la iatrogénie médicamenteuse en ESMS ; coopération sur une expérimentation de la prévention de la désinsertion professionnelle dans cinq départements ; participation des CPAM aux conférences des financeurs ;
- ◆ axe 2 : Partage des données, recherches, études : alimentation du SNDS par les données du SI-MDPH ; coordination des programmes d'études et de recherche ; contribution de la CNAM aux travaux de la CNSA sur les critères de répartition de l'OGD PH ; transmission annuelle par la CNAM à la CNSA des données de consommation de soins de ville des résidents d'EHPAD (programme « gestion du risque » en EHPAD) ; partage de données sur les aides techniques ;
- ◆ axe 3 : Sécuriser la construction et le suivi de l'OGD : échanges de données (comparaisons des données de tarification et de versement) ; coordination des instructions aux réseaux ; travaux communs pour le calcul des provisions ;
- ◆ axe 4 : Coopération dans le champ de la communication auprès du public.

Les deux parties estiment que la collaboration a été réelle et constructive avec une participation active aux groupes de travail et réflexions animés par les deux organismes et la transmission par la CNAM de données relatives aux dépenses d'aides techniques, de soins de ville et d'hospitalisation.

La poursuite de cette collaboration pourrait s'organiser autour des mêmes thèmes avec une attention portée :

- ◆ aux systèmes d'information avec le déploiement de l'outil RESID ESMS par la CNAM qui permet de disposer de données individuelles sur les résidents en ESMS (ce système existant déjà pour les résidents d'EHPAD) et notamment sur leurs consommations de soins de ville, des données agrégées par établissement étant utiles à la CNSA, notamment dans la perspective de réformes tarifaires (SERAFIN PH, EHPAD) ;

## Annexe IV

- ◆ à l'élaboration d'une politique de gestion du risque (GDR) dans la branche autonomie (cf. annexe V) qui pourrait justifier des actions communes avec la branche maladie impliquant une coopération de son réseau ;
- ◆ à la mise en œuvre d'actions de lutte contre la sinistralité dans les ESMS (établissements et services d'aide à domicile) dans le cadre du plan pour l'attractivité des métiers qui nécessiteront une coopération entre la Direction des risques professionnels de la CNAM et la CNSA, pour le financement ou cofinancement d'actions.

### 2.1.3. Avec la CNAF, les difficultés sur les échanges entre CAF et MDPH ont perturbé le partenariat

La coopération avec la CNAF s'est principalement organisée autour du déploiement du SI-MDPH qui implique la mise en place d'échanges automatisés entre MDPH et CAF sur les prestations servies par ces dernières (AEEH, AAH). Une convention entre la CNSA, la CNAV et la CNAF a en outre été signée pour permettre aux MDPH d'avoir accès au système national de gestion des identifiants (SNGI) de la CNAV, permettant de certifier l'identité des bénéficiaires de prestations, par l'intermédiaire de la CNAF jouant le rôle de concentrateur des flux.

Cette coopération a été difficile et laborieuse puisque les échanges automatisés CAF-MDPH étaient prévus dans la première version du système d'information commencée en 2008 mais n'ont pas été mis en place. Le programme SI-MDPH a intégré ce projet mais les difficultés ont persisté du fait de spécificités locales dans les données échangées entre CAF et MDPH (manque de certaines données dans les flux de demandes adressés par certaines MDPH) et dans les paramétrages des solutions des MDPH qui ont compliqué le pilotage national des échanges. Un audit réalisé conjointement par la CNAF et la CNSA en 2019 a abouti à une évolution en deux étapes (2<sup>ème</sup> trimestre 2021 et fin d'année 2021) des flux émis par le SI-MDPH pour les enrichir des informations nécessaires aux CAF pour le traitement des demandes de prestations.

Cette coopération sur le SI MDPH devra se poursuivre dans le cadre de la nouvelle COG.

Par ailleurs, la CNAF verse désormais deux prestations, l'allocation journalière de proche aidant (AJPA) depuis octobre 2020 et l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), depuis janvier 2021, pour le compte de la branche autonomie. Cette situation se traduit par la mise en place d'échanges financiers réguliers entre les comptes des deux caisses nationales à l'ACOSS, sur la base des informations centralisées par la CNAF sur les montants de prestations versées, la CNAF continuant d'adresser à l'ACOSS les prévisions de besoins de financement correspondantes.

## 2.2. La CNSA pourrait s'appuyer davantage sur les agences nationales avec lesquelles elle a déjà construit des partenariats utiles

### 2.2.1. La collaboration avec l'ANS, fortement développée durant la COG 2016-2019 se poursuit selon des modalités nouvelles

#### L'ASIP a accompagné la CNSA sur plusieurs projets SI importants, notamment le SI MDPH pour l'élaboration des spécifications et l'assistance à maîtrise d'ouvrage

L'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP-santé) devenue Agence du numérique en santé (ANS) en décembre 2019, est constituée sous forme de GIP dont la CNSA est membre, sans que la convention constitutive prévoit un financement obligatoire de l'agence par la Caisse. La CNSA et l'ASIP ont signé une convention cadre à durée indéterminée du 26 novembre 2014 prévoyant un appui de l'ASIP-santé aux projets menés par la CNSA « *liés au développement de systèmes d'information dans les secteurs médico-social et social* ». Elle prévoit que chaque projet fait l'objet d'une lettre de mission de la CNSA en définissant les objectifs, le calendrier et les interventions attendues de l'ASIP et d'une note de cadrage de celle-ci précisant les conditions de son intervention et notamment le budget prévisionnel. Elle renvoie à des conventions d'application annuelles fixant des budgets annuels (intégrant les parts du financement des projets confiés à l'ASIP pour l'année considérée) et les modalités de versement de ces financements.

Pour la période 2016-2020, les budgets prévisionnels fixés par les conventions annuelles sont présentés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 3 : budgets prévisionnels des conventions annuelles CNSA-ASIP santé (K€)**

projet	2016	2017*	2018	2019	2020
Outil d'évaluation multidimensionnelle des gestionnaires de cas des MAIA (OEMD)	265	210	150	100	75
SI-MDPH et SI-Suivi des orientations	2 119	2 550	4 250	5 000	1 930
Référentiel d'évaluation multidimensionnelle des EMS-APA (REMD)			200	250	175
ESMS Numériques					348
Contribution aux activités "socle" (e-santé, ROR)					1 580
Total	2 384	2 760	4 600	5 350	4 108

*Source : CNSA, traitements missions. \* : budget modifié par l'avenant du 8 décembre 2017.*

Ces prestations ont été pour l'essentiel des prestations d'AMOA effectuées par l'ASIP et ses prestataires.

Ce partenariat va se poursuivre selon des modalités nouvelles. Au plan budgétaire, la convention cadre a en effet été modifiée par un avenant du 30 juillet 2020 substituant l'ANS à l'ASIP et introduisant le principe d'une dotation forfaitaire de la CNSA s'ajoutant au financement par projet. Cette dotation finance désormais les activités « socle » de l'ANS portant sur le déploiement des référentiels et des outils de la e-santé, notamment dans le cadre du Ségur numérique sur le champ médico-social. Au plan des prestations l'ANS se recentre sur ses missions propres notamment d'interopérabilité et la CNSA la sollicitera moins pour la conduite de ses projets -notamment la poursuite du SI-MDPH- en recourant davantage à ses propres prestataires d'assistance à maîtrise d'ouvrage au lieu de prestataires payés et supervisés par l'ASIP dans le cadre des conventions précédentes.

La CNSA s'est néanmoins appuyée fortement sur l'ANS pour établir le diagnostic et réaliser l'étude de faisabilité du SI-APA (cf. *supra*).

### 2.2.2. La collaboration avec l'ANAP mérite d'être redéfinie

L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), est constituée sous forme de GIP dont la CNSA est membre, et à laquelle elle doit verser à ce titre une dotation. Les conventions annuelles fixent uniquement le montant (1 M€ par an pour la période 2016-2020) et les modalités de versement de la dotation, le programme de travail de l'ANAP étant défini chaque année par son conseil d'administration (dont la CNSA est membre) dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de performance pluriannuel auquel la CNSA n'est pas partie. Les travaux de l'ANAP dans le champ médico-social ont porté principalement sur le déploiement du tableau de bord des ESMS dont la gestion est désormais assurée par l'ATIH.

La mission considère que ce mode de relation n'est pas satisfaisant, la CNSA n'ayant pas la main sur les travaux réalisés par l'ANAP alors qu'elle la finance. Elle préconise de le faire évoluer selon le modèle des relations contractuelles avec l'ANS et l'ATIH qui permettent une négociation sur les priorités d'action et les financements alloués.

Cela serait d'autant plus nécessaire que les domaines de coopération possibles sont nombreux l'ANAP ayant développé une offre de services sur l'accompagnement aux bonnes pratiques organisationnelles et à la conduite du changement à destination des établissements de santé et médico sociaux et des réseaux professionnels qu'elle souhaite étendre aux ARS, au risque de doubler avec l'appui de la CNSA aux APS. Elle pourrait ainsi venir en appui sur la performance des organisations médico-sociales, le déploiement des CPOM entre ARS, conseils départementaux et ESMS, la structuration des réseaux territoriaux (communautés 360°, DAC).

En outre, l'ANAP devrait participer au conseil scientifique du Ségur immobilier et pourrait être mobilisée par la CNSA dans le cadre du « laboratoire de l'offre de demain ».

**Proposition n°17 : Revoir les modalités de financement de l'ANAP par la CNSA en les fondant sur un dispositif contractuel déterminant les objectifs à atteindre et les projets à conduire, comme c'est le cas pour l'ANS et l'ATIH.**

### 2.2.3. La collaboration avec l'ATIH est satisfaisante et peut se poursuivre dans les mêmes conditions

La CNSA a passé une convention cadre 2017-2019<sup>43</sup> avec l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour lui confier la réalisation d'études de coûts (sur les EHPAD, les SSIAD, projet pilotée par la DGCS, et les ESMS-PH dans le cadre du projet SERAFIN), la gestion technique et l'exploitation statistique du tableau de bord médico-social, conçu par l'ANAP, et lui demander de contribuer au chantier de refonte du référentiel PATHOS (cf. axe 1 fiche I) ainsi qu'à la convergence des normes d'échanges informatisés. Cette convention cadre a été complétée par des conventions annuelles fixant le programme des travaux à réaliser et la contribution financière de la CNSA pour l'année considérée.

Cette coopération est jugée satisfaisante par les deux parties. Elle devrait s'intensifier notamment sur le projet SERAFIN qui devrait aboutir dans le calendrier de la future COG et s'étendre au secteur personnes âgées si une nouvelle réforme du financement des EHPAD était lancée (fusion des sections soins et dépendance préconisée par le rapport issu de la concertation Grand âge et autonomie).

---

<sup>43</sup> Faisant suite à une première convention cadre 2013-2015 et à une convention portant sur l'année 2016.

## Annexe IV

<b>Proposition de l'annexe IV</b>
Proposition n°1 : structurer et formaliser l'offre d'appui aux ARS en identifiant clairement un responsable du recueil des besoins d'accompagnement.
Proposition n° 2 : mobiliser l'expertise et organiser le partage de bonnes pratiques des ARS, en lien avec le SGMAS.
Proposition n° 3 : mettre en cohérence la partie de la future COG État-CNSA concernant la régulation du secteur médico-social avec les CPOM État-ARS sur les objectifs comme sur les indicateurs.
Proposition n° 4 : rendre lisible par les ARS et les acteurs de terrain la répartition des rôles entre les directions d'administration centrale et la CNSA
Proposition n° 5 : favoriser la connaissance par les personnels de la DESMS des réalités « métiers » des ARS.
Proposition n° 6 : réaliser ou faire réaliser des études pour approfondir la connaissance sur certains segments de l'offre médico-sociale.
Proposition n° 7 : apporter un accompagnement méthodologique aux ARS pour la préparation des nouveaux PRS.
Proposition n° 8 : apporter un accompagnement spécifique sur le plan d'investissement issu du plan « Ségur » et le déploiement des dispositifs d'appui à la coordination.
Proposition n° 9 : faire évoluer les applications de la CNSA mises à disposition des agences régionales de santé, en particulier HAPI et SEPIIA, afin de prendre en compte les besoins métiers des utilisateurs de ces applications et de faciliter ainsi un reporting fiable de leurs décisions financières.
Proposition n° 10 : organiser des échanges réguliers avec le SGMAS (pôle Santé ARS et DNUM) afin d'assurer une bonne articulation des projets de SI de pilotage dans le champ de l'OGD, avec le projet SI Collect et le SI Diamant.
Proposition n° 11 : pendant la prochaine COG, négocier le principe d'une modulation des concours APA et PCH prenant en compte des indicateurs de performance (équité, qualité, efficience) dans le cadre d'une négociation globale avec les conseils départementaux. Commencer par le concours PCH pour lequel les données disponibles permettent d'élaborer un tel mécanisme pour la fin de la COG.
Proposition n° 12 : pour la prochaine COG, faire porter en priorité la modulation sur le concours pour le fonctionnement des MDPH, en fonction de l'atteinte d'objectifs personnalisés négociés à partir d'un diagnostic partagé.
Proposition n° 13 : ouvrir à la CNSA la possibilité de financer des formations au bénéfice des personnels des MDPH et des EMS-APA, à enveloppe constante.
Proposition n° 14 : dans le cadre de la négociation de la COG, rendre un arbitrage sur le lancement de travaux de construction du SI APA sur son organisation et sur le périmètre à couvrir. Les études préalables devront analyser les différents scénarios possibles (SI-APA développé par la CNAV ou par la CNSA ; études DREES améliorées), bien intégrer les leçons tirées du développement SI-MDPH, et travailler en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés, notamment les utilisateurs finaux des SI.
Proposition n° 15 : favoriser une coordination entre CD et ARS pour encourager le développement d'une approche globale des parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, et promouvoir les démarches inclusives. Cette coordination pourrait prendre la forme d'une contractualisation entre les différents partenaires, comme le propose le rapport de M. Laurent Vachey.
Proposition n° 16 : favoriser le travail en commun ARS-MDPH. Préciser le rôle des ARS dans le cadre de la comitologie des MDPH. Multiplier les informations communes.
Proposition n°17 : Revoir les modalités de financement de l'ANAP par la CNSA en les fondant sur un dispositif contractuel déterminant les objectifs à atteindre et les projets à conduire, comme c'est le cas pour l'ANS et l'ATIH.



## **ANNEXE V**

### **Pilotage budgétaire et comptable et gestion du risque autonomie**



# SOMMAIRE

<b>1. LA CNSA EST FINANCÉE PAR DES RESSOURCES AFFECTÉES SUR LESQUELLES ELLE NE DISPOSE D'AUCUN LEVIER D'ACTION .....</b>	<b>1</b>
1.1. Un des premiers objectifs de la création de la CNSA était de sanctuariser les ressources consacrées aux politiques publiques de l'autonomie .....	1
1.2. Les ressources affectées à la CNSA ont évolué au cours du temps.....	2
1.3. La CNSA est chargée de veiller à l'équilibre de la nouvelle branche autonomie ..	4
<b>2. LA CNSA DISPOSE D'UNE CAPACITÉ DE PILOTAGE LIMITÉE SUR LES DÉPENSES QU'ELLE FINANCE.....</b>	<b>6</b>
2.1. Sur la période couverte par la troisième convention d'objectifs et de gestion, le budget de la CNSA se décomposait en sept sections distinctes .....	6
2.2. La CNSA répartit les dépenses de l'objectif global de dépenses et les concours, et ne gère directement qu'une partie réduite des dépenses de la branche .....	9
2.2.1. <i>L'objectif global de dépenses constitue une enveloppe fermée que la CNSA répartit entre les différentes agences régionales de santé, sans disposer d'une visibilité suffisante sur la consommation des crédits en cours d'année .....</i>	<i>9</i>
2.2.2. <i>La CNSA ne dispose que d'une faible marge d'appréciation sur les concours qu'elle verse aux départements, dont elle assure la répartition selon des modalités fixées par voie législative et réglementaire.....</i>	<i>19</i>
2.2.3. <i>Les sections IV, V et VII recouvrent des dépenses d'intervention de nature très variée, qui devraient faire l'objet d'un contrôle renforcé.....</i>	<i>25</i>
2.2.4. <i>Les frais de gestion de la Caisse ont fait l'objet d'un cadrage peu contraignant dans la COG 2016-2019 .....</i>	<i>30</i>
2.3. La structure du budget de la CNSA a été simplifiée dans le cadre de sa transformation en organisme gestionnaire de la branche autonomie.....	31
2.3.1. <i>La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a ouvert la voie à une simplification de la présentation du budget de la CNSA .....</i>	<i>31</i>
2.3.2. <i>La gestion de la trésorerie de la CNSA est désormais confiée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), ce qui implique la mise en place d'un dispositif de suivi des décaissements au sein de la Caisse.....</i>	<i>35</i>
2.3.3. <i>De nouvelles missions ont été confiées à la CNSA à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, avec un niveau d'ambition qui reste à clarifier .....</i>	<i>38</i>
2.4. La fonction financière et comptable de la CNSA est peu structurée .....	40
2.4.1. <i>La fonction financière et comptable de la CNSA est répartie entre différentes directions .....</i>	<i>40</i>
2.4.2. <i>La direction des ressources peine à assurer la synthèse budgétaire .....</i>	<i>40</i>
2.4.3. <i>Les avis défavorables du contrôleur budgétaire concernent principalement des sujets de personnel.....</i>	<i>41</i>

<b>3. LA GESTION COMPTABLE DE LA CNSA MANQUE DE MATURITÉ, ALORS QUE LA CAISSE VA DEVOIR RÉPONDRE À DES EXIGENCES RENFORCÉES EN TANT QUE GESTIONNAIRE DE BRANCHE .....</b>	<b>43</b>
3.1. Le déploiement du service facturier a connu des vicissitudes et a fortement fragilisé l'agence comptable de la CNSA .....	43
3.1.1. Conformément aux orientations fixées par la COG 2016-2019, la CNSA a mis en place un service facturier qui s'est substitué au service de centralisation des factures créé en 2014.....	43
3.1.2. Le déploiement du service facturier a eu lieu au sein d'un service confronté à des difficultés importantes depuis 2019, qui ont culminé avec le suicide d'un agent en mars 2020.....	44
3.1.3. La CNSA n'a pas pris la mesure des prérequis organisationnels indispensables pour le bon fonctionnement d'un service facturier.....	45
3.2. À l'instar des caisses nationales de sécurité sociale, la CNSA doit assurer la traduction de ses comptes dans plusieurs comptabilités différentes .....	48
3.3. En tant qu'organisme gestionnaire d'une branche de la sécurité sociale, la CNSA devra désormais faire certifier ses comptes par la Cour des comptes .....	48
<b>4. PLUSIEURS PRÉREQUIS DOIVENT ÊTRE SATISFAITS POUR PERMETTRE À LA CNSA DE PRENDRE EN CHARGE LA GESTION DU RISQUE « AUTONOMIE », DONT LES OBJECTIFS ET LE PÉRIMÈTRE N'ONT PAS ÉTÉ DÉFINIS PAR LES TUTELLES DE LA CAISSE .....</b>	<b>49</b>
4.1. Le concept de gestion du risque, issu de l'assurance maladie, est protéiforme..	49
4.1.1. Dans un rapport réalisé en 2010, l'Inspection générale des affaires sociales a souligné les ambiguïtés qui entourent le concept de gestion du risque, qui peut avoir des acceptions plus ou moins étendues.....	49
4.1.2. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur le volet relatif à la gestion du risque de la COG 2014-2017 de la CNAM met en évidence des succès et des perspectives de progrès.....	51
4.1.3. La notion de gestion du risque autonomie ne peut se limiter à une simple transposition de la notion de gestion du risque maladie.....	55
4.2. Le périmètre et les objectifs de la gestion du risque autonomie pourraient prendre des formes très différentes.....	56
4.2.1. Le périmètre de la gestion du risque autonomie doit être centré sur les principaux enjeux financiers .....	56
4.2.2. Les objectifs envisageables pour la mise en œuvre de la gestion du risque autonomie sont nombreux et dépendent de la définition envisagée .....	58
4.3. Les prérequis liés à la disponibilité des données, au choix des réseaux chargés du déploiement et aux leviers d'actions ne sont que partiellement satisfaits .....	61
4.3.1. Les données nécessaires à la gestion du risque autonomie ne sont que partiellement disponibles, faute de systèmes d'information adaptés .....	61
4.3.2. Le déploiement d'une gestion du risque autonomie pourrait s'appuyer sur différents réseaux territoriaux : ARS, départements, voire caisses locales d'autres réseaux de sécurité sociale.....	65
4.3.3. Les leviers d'action sont nombreux et dépendent fortement des objectifs qui seront assignés à la gestion du risque autonomie.....	66

<b>5. PROPOSITIONS.....</b>	<b>68</b>
5.1. Améliorer la capacité de la CNSA à veiller à l'équilibre de la branche et au suivi des dépenses .....	68
5.2. Rationaliser la fonction budgétaire et comptable au sein de la CNSA.....	69
5.3. Accompagner la transformation de la CNSA en organisme gestionnaire d'une nouvelle branche de sécurité sociale .....	70
5.4. Remettre à plat les modalités de fonctionnement du service facturier .....	72
5.5. Le contenu de la prochaine COG de la CNSA devra tenir compte de l'état d'avancement des réflexions des tutelles sur les objectifs de la gestion du risque autonomie .....	73
5.5.1. <i>Il convient de tirer les leçons de l'échec de la première tentative de gestion du risque dans le secteur des EHPAD .....</i>	<i>73</i>
5.5.2. <i>Le déploiement de la gestion du risque autonomie doit se faire en plusieurs étapes, sur la base d'un diagnostic précis de la part de la CNSA et d'un positionnement clair de la part de ses tutelles.....</i>	<i>75</i>



## 1. La CNSA est financée par des ressources affectées sur lesquelles elle ne dispose d'aucun levier d'action

### 1.1. Un des premiers objectifs de la création de la CNSA était de sanctuariser les ressources consacrées aux politiques publiques de l'autonomie

À la suite de la canicule de l'été 2003, la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a ouvert la voie à une « prise en charge globale de la dépendance » (cf. encadré 1) :

- ♦ une journée de solidarité a été instituée en vue d'assurer le financement des actions en faveur de l'autonomie des personnes âgées ou handicapées, sous la forme d'une journée supplémentaire de travail non rémunéré pour les salariés et d'une nouvelle contribution due par les employeurs privés et publics (article 2 de la loi) ;
- ♦ la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été instituée avec pour mission, dans la limite des ressources qui lui sont affectées, de contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans le respect de l'égalité de traitement des personnes concernées sur l'ensemble du territoire (article 8 de la loi).

#### Encadré 1 : exposé des motifs du projet de loi relatif à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées

« Le drame de la canicule estivale a montré que notre pays n'avait pas suffisamment pris en compte les conséquences humaines du vieillissement de notre société et en particulier l'isolement et la fragilité de beaucoup de personnes âgées. Plus largement il a révélé le retard pris par notre pays dans la prise en charge des personnes dépendantes.

Une amélioration de cette prise en charge doit être engagée tant en ce qui concerne les personnes âgées que les personnes handicapées.

Cette réforme sociale repose sur la prise en charge globale de la dépendance. **Elle se traduit par la création d'une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et par un financement spécifique affecté à cette prise en charge.** Ce financement repose sur une solidarité active, sous forme d'une journée de travail supplémentaire et, en contrepartie, d'une contribution des employeurs. Cette solidarité est élargie aux revenus du patrimoine et des placements.

Ce financement supplémentaire permet ainsi, d'une part, de financer les actions consacrées aux personnes âgées et aux personnes handicapées, et, d'autre part, de pérenniser le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). »

*Source : projet de loi relatif à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.*

**La création de la CNSA a, notamment, répondu à la volonté de sanctuariser les ressources consacrées aux politiques de l'autonomie et du handicap, en les affectant à une caisse de financement dédiée.** Dans un discours prononcé le 8 février 2005, le Président de la République soulignait ainsi que le choix d'instituer une journée nationale de solidarité allait « permettre de consacrer deux milliards d'euros de plus chaque année au handicap et à la dépendance » et soulignait que ce choix garantirait « que chaque euro sera affecté à la nouvelle Caisse et consacré au handicap et à la dépendance ». Pour cette raison, le budget de la CNSA a été dès l'origine construit selon des sections budgétaires non fongibles, afin de garantir l'usage des ressources de la CNSA, deux d'entre elles (section I et section V) étant même décomposées en sous-sections afin de distinguer les crédits dédiés aux personnes âgées et les crédits dédiés aux personnes handicapées.

## 1.2. Les ressources affectées à la CNSA ont évolué au cours du temps

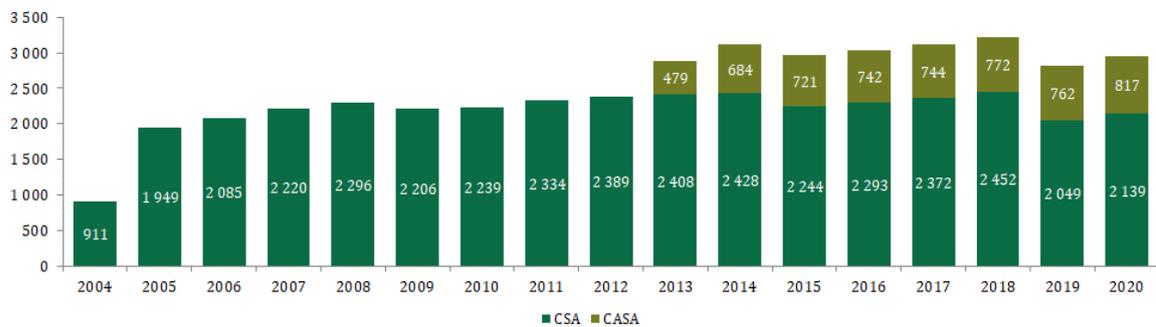
Depuis sa création, la CNSA a ainsi bénéficié de l'affectation d'un bouquet de recettes dont la composition a évolué au cours du temps (cf. tableau 3 et graphique 2). Les ressources de la CNSA sont fixées par l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles (CASF) qui a été modifié à huit reprises depuis le 12 février 2005.

À compter du 1<sup>er</sup> juillet 2004, l'intégralité du rendement de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), dite « journée de solidarité », a été affecté à la CNSA. Cette contribution désormais prévue par l'article L. 137-40 du code de la sécurité sociale (CSS) représente 0,3 % de la masse salariale des employeurs publics et privés. Jusqu'en 2018, à cette contribution appelée « CSA activité » s'ajoutait deux contributions additionnelles aux prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les revenus de placement prévues par les articles L. 245-14 et L. 245-15 du CSS, usuellement dénommées « CSA patrimoine ». Ces deux contributions additionnelles ont été supprimées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019 et remplacées par l'affectation d'une fraction du produit de la contribution sociale généralisée (CSG).

À compter du 1<sup>er</sup> avril 2013, la CNSA a également bénéficié de l'affectation de l'intégralité du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA). Cette contribution additionnelle désormais prévue par l'article L. 137-41 du CSS représente 0,3 % du montant des revenus de remplacement (retraites, pensions d'invalidité, allocations de préretraite).

**Au total, la CSA (y compris la « CSA patrimoine » jusqu'en 2018) a rapporté 37 Md€ depuis 2004 et la CASA a rapporté 5,7 Md€ depuis 2013 (cf. graphique 1). Ces recettes ont été intégralement affectées à la CNSA.**

Graphique 1 : rendement de la CSA et de la CASA depuis 2004 (en M€)



Source : CNSA.

Dès sa création, la CNSA a bénéficié de l'affectation d'une fraction du produit de la CSG. Cette fraction s'est établie à 0,10 % du produit de la CSG jusqu'en 2015, avant d'être supprimée en 2016 pour être remplacée par l'affectation d'une part du prélèvement social sur les revenus du capital car, selon l'évaluation préalable de la disposition correspondante, la CSG constitue une « imposition conçue dès l'origine comme consubstantiellement liée à un financement solidaire des prestations de sécurité sociale au sens strict, champ par rapport auquel les politiques publiques conduites par la [CNSA] apparaissent légèrement distinctes ». En 2019, le Gouvernement a entrepris de rationaliser les recettes fiscales de la sécurité sociale, en restituant à l'État l'ensemble des recettes qui ne sont ni des cotisations sociales ou de la CSG, ni des recettes visant à se substituer à des cotisations, ni des taxes comportementales ou constitutives de leviers directs sur les politiques de sécurité sociale. La suppression du prélèvement social sur les revenus du capital en 2019 a ainsi conduit à affecter à nouveau une fraction du produit de la CSG à la CNSA, selon un taux fixé à 0,23 % à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019.

## Annexe V

**Jusqu'en 2020, la CNSA a bénéficié de la contribution versée par les régimes d'assurance maladie dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social qui fait l'objet d'un vote annuel du Parlement lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale.**

Afin que la CNSA dispose d'un financement propre dans le cadre de la mise en place de la nouvelle branche autonomie, lui permettant de couvrir l'ensemble des dépenses de son périmètre, la contribution versée par les régimes d'assurance maladie a été remplacée par l'affectation d'une fraction supplémentaire de CSG : la fraction du produit de la CSG affectée à la CNSA a ainsi été relevée à 1,93 % à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 dans le cadre de la mise en place de la nouvelle branche autonomie (cf. tableau 1). Des frais d'assiette et de recouvrement sont prélevés par l'État selon un taux fixé à 0,5 % du montant des recettes affectées.

**Tableau 1 : tableau simplifié de l'affectation de la CSG en 2021**

Origine	CNAF	CNAM	CADES	Unédic	FSV	CNSA	Total
Revenus d'activité	0,95 %	4,25 %	0,60 %	1,47 %	-	1,93 %	<b>9,20 %</b>
Pensions de retraite et d'invalidité – taux normal	0,95 %	1,88 %	0,60 %	-	2,94 %	1,93 %	<b>8,30 %</b>
Pensions de retraite et d'invalidité – taux médian	0,95 %	0,18 %	0,60 %	-	2,94 %	1,93 %	<b>6,60 %</b>
Pensions de retraite et d'invalidité – taux réduit	-	1,27 %	0,60 %	-	-	1,93 %	<b>3,80 %</b>
Allocations chômage et indemnités journalières – taux normal	0,95 %	2,72 %	0,60 %	-	-	1,93 %	<b>6,20 %</b>
Allocations chômage et indemnités journalières – taux réduit	-	1,27 %	0,60 %	-	-	1,93 %	<b>3,80 %</b>
Revenus du capital	-	-	0,60 %	-	6,67 %	1,93 %	<b>9,20 %</b>
Gains des jeux	0,68 %	5,30 %	0,22 %	-	-	-	<b>6,20 %</b>

*Source : article L. 131-8 du CSS.*

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, les recettes de CSG constituent une part prépondérante des ressources de la CNSA : elles représentent ainsi 88 % des produits attendus par la CNSA selon le budget initial 2021 (cf. tableau 2).

**Tableau 2 : budget initial 2021 de la CNSA**

Produits	Charges
Contribution sociale généralisée (CSG)	28 114,0
Contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)	1 988,0
Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA)	803,5
Dotations assurance maladie	400,0
Reprises de provisions	503,4
<b>Total produits</b>	<b>31 808,9</b>
<b>Résultat net</b>	<b>- 403,8</b>

*Source : budget initial 2021 de la CNSA.*

La CSG est prélevée principalement sur les revenus d'activité, les revenus de remplacement et les revenus du capital : en 2019, la CSG sur les revenus d'activité constituait ainsi 71 % du rendement total de la CSG, tandis que la CSG sur les revenus de remplacement et la CSG sur les revenus du capital en représentaient respectivement 18 % et 11 %.

L'assiette de la CSG la rend très fortement dépendante à l'évolution de la masse salariale qui est elle-même liée à l'évolution de la conjoncture économique. La commission des comptes de la sécurité sociale estimait ainsi en septembre 2020 que les recettes de CSG chuteraient de 6 % en 2020, avec la très forte baisse d'activité, avant un fort rebond en 2021, pour atteindre un niveau supérieur de 1,7 % à celui de 2019.

### 1.3. La CNSA est chargée de veiller à l'équilibre de la nouvelle branche autonomie

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, l'article L. 14-10-1 du CASF dispose que la CNSA gère la branche autonomie et qu'elle a pour rôle « *de veiller à l'équilibre financier de cette branche* ». Les caisses nationales de sécurité sociale du régime général sont chargées d'une mission semblable pour la gestion des quatre premières branches du régime général :

- ◆ la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) est chargée de veiller à l'équilibre financier de la branche « maladie, maternité, invalidité et décès » et de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » (article L. 221-1 du CSS) ;
- ◆ la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) est chargée de veiller à l'équilibre financier de la branche « vieillesse et veuvage » (article L. 222-1 du CSS) ;
- ◆ la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) est chargée de veiller à l'équilibre financier de la branche famille (article L. 223-1 du CSS).

**Comme c'est déjà le cas aujourd'hui, la CNSA devra être tenue régulièrement informée par la direction de la sécurité sociale des prévisions de recettes réalisées.** C'est, en effet, la direction de la sécurité sociale qui assure les prévisions des recettes affectées à la sécurité sociale, en lien avec les autres directions compétentes (direction générale des finances publiques, direction générale des douanes et droits indirects, direction générale du Trésor, direction du budget). Ces prévisions sont régulièrement actualisées en cours d'année, en fonction des informations disponibles relatives aux encaissements et de l'actualisation des principales hypothèses macroéconomiques, notamment l'évolution de la masse salariale. La CNSA ne maîtrise ni le rendement de la CSG qui est fortement dépendant de la conjoncture économique, ni le rendement des contributions de solidarité pour l'autonomie : il apparaît cependant important qu'elle soit tenue régulièrement informée des actualisations prises en compte par la direction de la sécurité sociale afin d'en tirer les conséquences sur les prévisions de recettes qu'elle intègre dans ses prévisions internes et dans ses budgets rectificatifs.

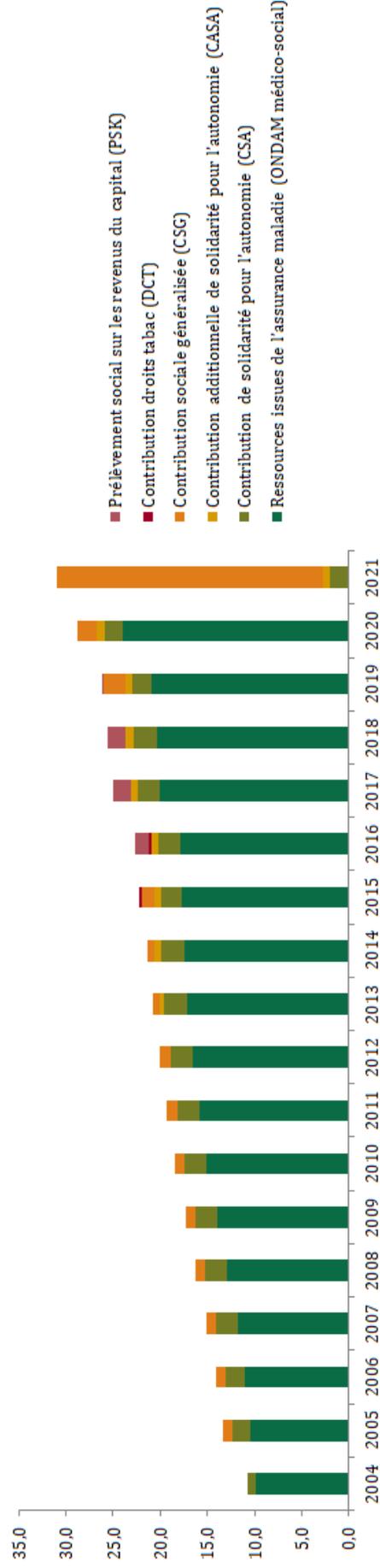
**Dans l'hypothèse où les prévisions de recettes seraient revues à la baisse en cours de gestion, la CNSA pourra être amenée à proposer à ses tutelles des mesures d'économie afin d'assurer l'équilibre financier de la branche autonomie.** Même si les dépenses de la branche autonomie, notamment les crédits de l'objectif global de dépenses, se caractérisent par une rigidité importante, les tutelles de la CNSA devront reconnaître à la Caisse la capacité de proposer des mesures d'économies destinées à rétablir l'équilibre financier de la branche, conformément au rôle qui lui a été confié par la loi.

Tableau 3 : ressources de la CNSA depuis sa création (en Md€)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2021	
<b>Recettes</b>																			
Ressources issues de l'assurance maladie (ONDAM médico-social)	9,8	10,4	11,0	11,8	12,9	14,0	15,1	15,8	16,5	17,1	17,5	17,7	17,9	20,0	20,4	20,9	24,0	-	
Contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)	0,9	1,9	2,1	2,2	2,3	2,2	2,2	2,3	2,4	2,4	2,4	2,2	2,3	2,4	2,5	2,0	1,9	2,0	
Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	
Contribution sociale généralisée (CSG)	-	0,9	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	0,8	0,7	1,3	-	-	-	2,3	2,0	28,1	
Prélèvement social sur les revenus du capital (PSK)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,4	1,8	1,9	-	-	-	
Contribution droits tabac (DCT)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	0,2	-	-	-	-	-	
<b>Total</b>	<b>10,7</b>	<b>13,3</b>	<b>14,1</b>	<b>15,1</b>	<b>16,3</b>	<b>17,3</b>	<b>18,5</b>	<b>19,3</b>	<b>20,1</b>	<b>20,8</b>	<b>21,3</b>	<b>22,2</b>	<b>22,6</b>	<b>24,9</b>	<b>25,6</b>	<b>26,1</b>	<b>28,7</b>	<b>30,9</b>	

Source : CNSA. \*données du budget rectificatif 2020.

Graphique 2 : évolution des ressources de la CNSA depuis sa création (en Md€)



Source : mission, d'après les données transmises par la CNSA.

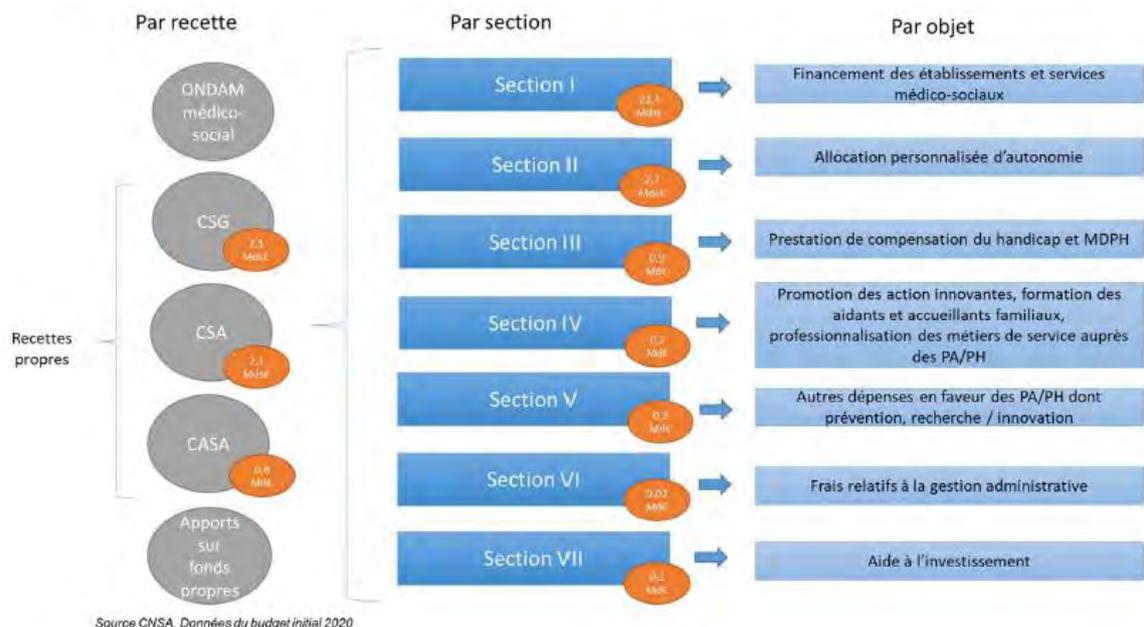
## 2. La CNSA dispose d'une capacité de pilotage limitée sur les dépenses qu'elle finance

### 2.1. Sur la période couverte par la troisième convention d'objectifs et de gestion, le budget de la CNSA se décomposait en sept sections distinctes

Avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021, le budget de la CNSA se décomposait en sept sections (cf. figure 1) :

- ◆ la section I consacrée au financement des établissements et services médico-sociaux (ESMS), avec une sous-section dédiée aux ESMS qui accueillent principalement des personnes handicapées et une sous-section dédiée aux ESMS qui accueillent principalement des personnes âgées ;
- ◆ la section II consacrée à la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;
- ◆ la section III consacrée à la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- ◆ la section IV consacrée à la promotion des actions innovantes, à la formation des aidants familiaux, à la formation des accueillants familiaux et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- ◆ la section V consacrée au financement des autres dépenses en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes, avec une sous-section dédiée aux actions en faveur des personnes âgées, une sous-section dédiée aux actions en faveur des personnes handicapées et une sous-section créée en 2019 et dédiée à l'habitat inclusif ;
- ◆ la section VI consacrée aux frais de gestion de la caisse ;
- ◆ la section VII consacrée à l'aide à l'investissement, créée en 2016 et dotée de 100 M€ par an conformément aux dispositions de l'article 68 de la loi n° 2015-776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

**Figure 1 : décomposition du budget de la CNSA en sept sections (avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021)**



Source : PLFSS 2021.

## Annexe V

### Les sept sections du budget de la CNSA ne recouvrent pas des enjeux financiers d'un montant équivalent (cf. tableau 4, graphique 3 et graphique 4) :

- ◆ les dépenses de la section I, gérées par la DESMS, représentent environ 85 % de l'ensemble des dépenses de la CNSA ; elles sont principalement déterminées par l'objectif de dépenses (OGD) qui fait l'objet d'un arrêté interministériel pris en application du vote annuel par le Parlement de l'ONDAM médico-social lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale ;
- ◆ les dépenses de la section II et de la section III, gérées par la DCOMP, représentent entre 12 % et 13 % de l'ensemble des dépenses de la CNSA ; elles sont principalement constituées par les concours versés aux départements au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- ◆ les dépenses des autres sections (sections IV à VII, cf. graphique 4) représentent seulement 2 % de l'ensemble des dépenses de la CNSA ; hormis les concours « autres actions de prévention » et « forfait autonomie » retracés sur la section V, ces dépenses sont directement gérées par la CNSA ; parmi celles-ci, les frais de gestion de la CNSA (18,2 M€ en 2019) font l'objet d'une trajectoire indicative inscrite dans la convention d'objectifs et de gestion de la Caisse.

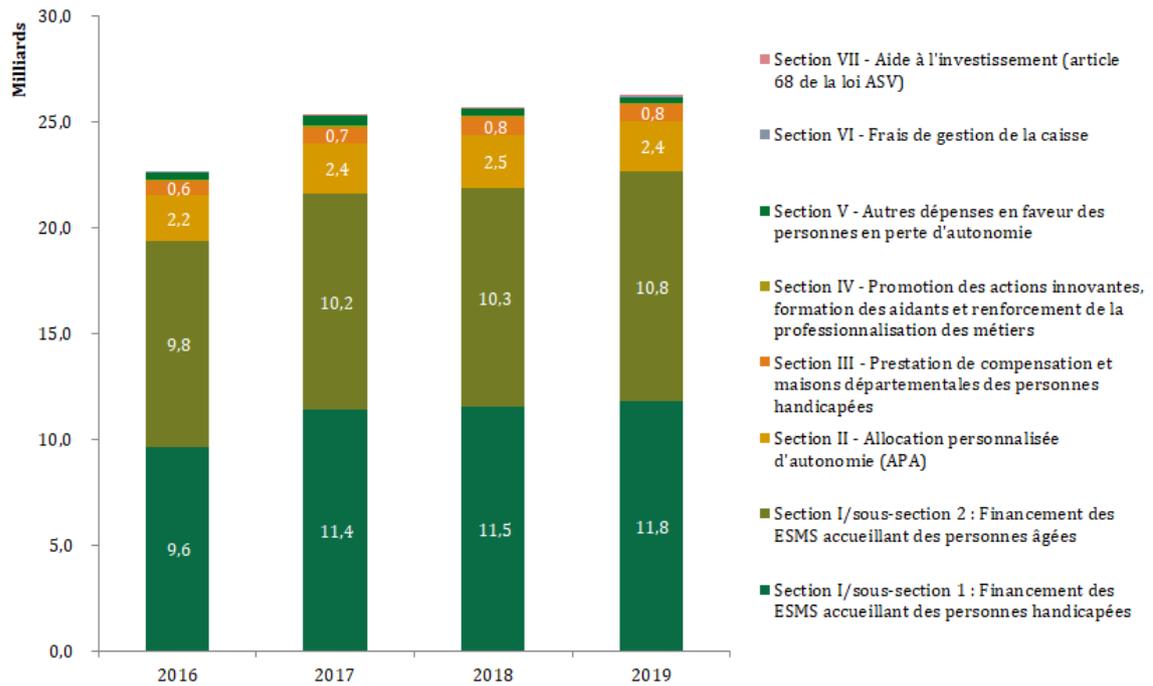
**Tableau 4 : évolution des dépenses de la CNSA sur la période 2016-2019 (CP exécutés, en M€)**

Section/sous-section	2016	2017	2018	2019
Section I : Financement des ESMS	19 368,0	21 592,1	21 847,2	22 610,1
<i>Sous-section 1 : ESMS accueillant des personnes handicapées</i>	9 601,6	11 397,5	11 542,8	11 801,0
<i>Sous-section 2 : ESMS accueillant des personnes âgées</i>	9 766,4	10 194,5	10 304,3	10 809,1
Section II : Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	2 156,2	2 387,4	2 529,3	2 403,9
Section III : Prestation de compensation et MDPH	637,8	726,5	810,3	779,0
Section IV : Promotion des actions innovantes, formation des aidants familiaux et accueillants familiaux et renforcement de la professionnalisation des métiers de service exercés auprès des personnes âgées et des personnes handicapées	66,1	97,0	89,1	103,3
Section V : Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	356,3	456,1	328,3	256,6
<i>Sous-section 1 : Actions en faveur des personnes âgées</i>	289,8	381,0	282,9	206,4
<i>Sous-section 2 : Actions en faveur des personnes handicapées</i>	66,5	75,1	45,4	35,1
<i>Sous-section 3 : Habitat inclusif</i>	-	-	-	15,1
Section VI : Frais de gestion de la caisse	17,2	19,6	19,7	18,2
Section VII : Aide à l'investissement	0,0	28,5	52,5	118,0
<b>Total</b>	<b>22 601,7</b>	<b>25 307,3</b>	<b>25 676,3</b>	<b>26 289,1</b>

*Source : mission, d'après les données d'exécution budgétaire transmises par la CNSA.*

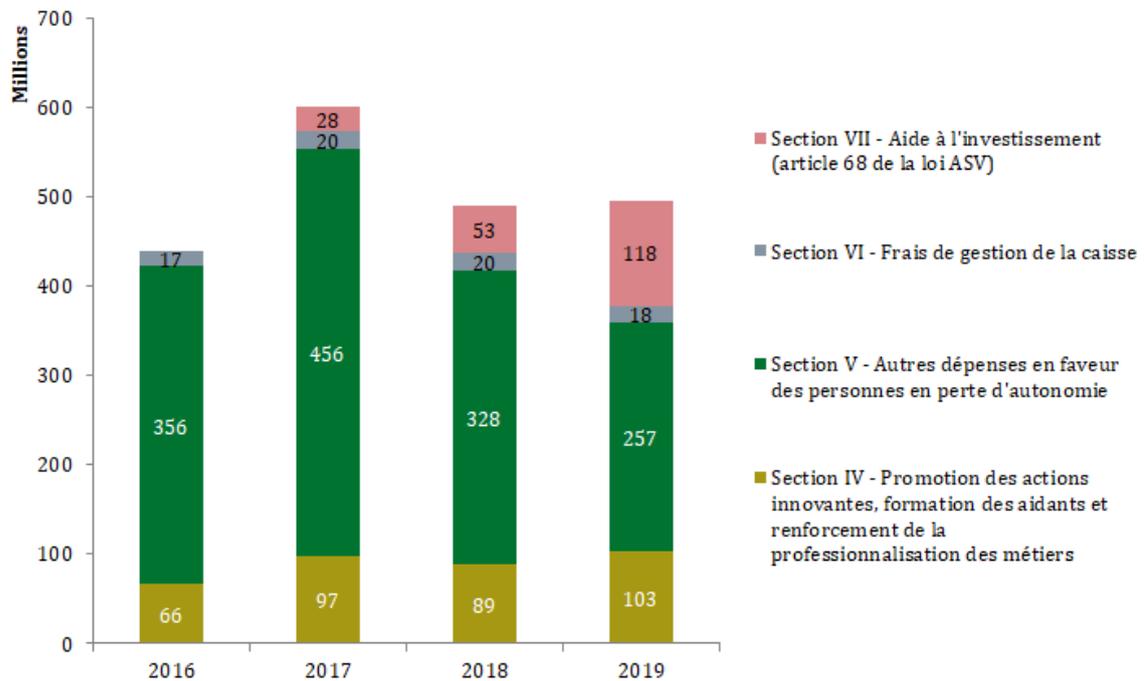
## Annexe V

**Graphique 3 : évolution des dépenses de la CNSA sur la période 2016-2019 (exécution en CP)**



*Source : mission, d'après les données d'exécution budgétaire transmises par la CNSA.*

**Graphique 4 : évolution des dépenses de la CNSA sur la période 2016-2019, sur le périmètre des dépenses directement gérées par la CNSA (sections IV à VII, exécution en CP)**



*Source : mission, d'après les données d'exécution budgétaire transmises par la CNSA.*

## **2.2. La CNSA répartit les dépenses de l'objectif global de dépenses et les concours, et ne gère directement qu'une partie réduite des dépenses de la branche**

### **2.2.1. L'objectif global de dépenses constitue une enveloppe fermée que la CNSA répartit entre les différentes agences régionales de santé, sans disposer d'une visibilité suffisante sur la consommation des crédits en cours d'année**

#### **2.2.1.1. L'objectif global de dépenses est principalement déterminé par l'ONDAM médico-social dont le montant est voté chaque année par le Parlement**

Chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base. Cet objectif voté par le Parlement se décline en sous-objectifs qui font également l'objet d'un vote, parmi lesquels figurent un sous-objectif portant sur les dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées (ESMS PA) et un sous-objectif portant sur les dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées (ESMS PH). Ces deux sous-objectifs constituent l'ONDAM médico-social qui est un sous-ensemble de l'ONDAM. Sous le contrôle du Parlement, le Gouvernement peut proposer un ajustement de l'ONDAM et de ses sous-objectifs en fin d'année, afin de tenir compte des évolutions intervenues en cours d'année (cf. encadré 2).

#### **Encadré 2 : fixation de l'ONDAM et de ses sous-objectifs par la loi**

« Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale [...] fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs. La définition des composantes des sous-objectifs est d'initiative gouvernementale. Les commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale sont consultées sur la liste des sous-objectifs et la définition des composantes de ces sous-objectifs. Le nombre de sous-objectifs ne peut être inférieur à trois.

Dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la loi de financement de la sécurité sociale [...] rectifie [...] l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que leurs sous-objectifs ayant été approuvés dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale. »

*Source : article L0111-3 du CSS.*

L'article L. 314-3 du CASF prévoit que le financement de l'ensemble des établissements et services médico-sociaux qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, des affaires sociales et du budget. Cet objectif global de dépenses (OGD) est financé, d'une part, par l'ONDAM médico-social inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale et, d'autre part, par des ressources propres mobilisées par la CNSA, pour un montant compris entre 1,4 Md€ et 1,6 Md€ sur la période 2016-2019 (cf. graphique 5, tableau 5 et tableau 6).

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, l'ONDAM médico-social voté par le Parlement intègre ces ressources propres de l'année et il se substitue à la contribution des régimes d'assurance maladie à l'OGD. L'OGD reste néanmoins fixé par un arrêté interministériel annuel sur la base de l'ONDAM médico-social voté par le Parlement, auquel il pourrait éventuellement être ajouté une contribution des réserves de la CNSA (même si leur gestion est désormais centralisée à l'ACOSS).

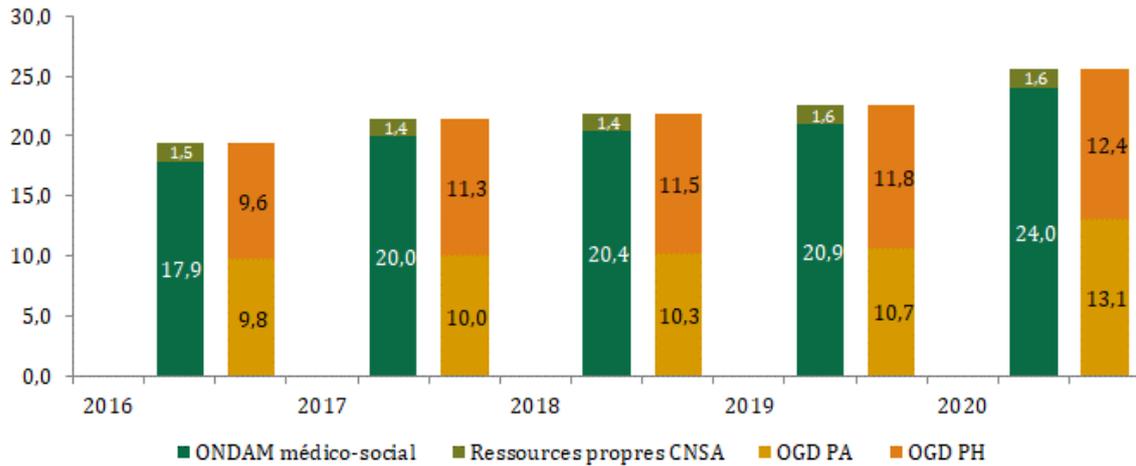
Pour garantir le respect de l'ONDAM voté chaque année par le Parlement, l'article 8 de la loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 dispose qu'un montant au moins égal à 0,3 % de l'ONDAM est mis en

## Annexe V

réserve au début de chaque exercice. Afin de compenser les dérapages budgétaires constatés sur les autres sous-objectifs de l'ONDAM, l'ONDAM médico-social a ainsi été revu à la baisse en 2016, en 2017 et en 2018 (cf. tableau 6).

La CNSA participe au groupe de suivi statistique de l'ONDAM animé par la direction de la sécurité sociale, qui réunit les représentants de la CNAM et de la CNSA. À ce titre, elle produit chaque mois une fiche relative à la conjoncture des ESMS (cf. annexe I).

**Graphique 5 : évolution de l'OGD et de son financement sur la période 2016-2020 (en Md€)**



Source : lois de financement de la sécurité sociale, arrêtés interministériels.

**Tableau 5 : ONDAM, ONDAM médico-social et OGD (en Md€)**

Objectifs	2016	2017	2018	2019	2020
Dépenses de soins de ville	84,6	86,8	89,5	91,4	93,8
Dépenses relatives aux établissements de santé	77,9	79,0	80,5	82,6	90,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées (a)	8,8	9,0	9,2	9,6	12,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées (b)	9,2	10,9	11,1	11,4	12,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,1	3,3	3,3	3,5	3,9
Autres prises en charge	1,6	1,6	1,7	2,0	7,2
<b>Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale</b>	<b>185,2</b>	<b>190,7</b>	<b>195,4</b>	<b>200,4</b>	<b>218,9</b>
Dont ONDAM médico-social (c)=(a)+(b)	17,9	19,9	20,4	20,9	24,0
Ressources propres de la CNSA (d)=(e)-(c)	1,5	1,5	1,4	1,6	1,6
<b>Objectif global de dépenses (OGD) fixé par arrêté interministériel (e)=(f)+(g)</b>	<b>19,4</b>	<b>21,4</b>	<b>21,8</b>	<b>22,5</b>	<b>25,5</b>
Dont établissements et services pour personnes âgées (f)	9,8	10,0	10,3	10,7	13,1
Dont établissements et services pour personnes handicapées (g)	9,6	11,3	11,5	11,8	12,4

Source : lois de financement de la sécurité sociale, arrêtés interministériels.

## Annexe V

**Tableau 6 : évolutions de l'ONDAM médico-social et de l'OGD constatées sur la période 2016-2019 (en M€)**

Année	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM médico-social)			Objectif global de dépenses (OGD) de la CNSA			
	ESMS PA	ESMS PH	Total	ESMS PA	ESMS PH	Total	
2016	Initial	8 866,3	9 316,8	18 183,1	9 850,4	9 678,5	19 528,9
	Rectifié	<b>8 750,1</b>	<b>9 150,0</b>	<b>17 900,1</b>	<b>9 757,3</b>	<b>9 600,6</b>	<b>19 357,9</b>
	Écart	-116,2	-166,8	-283,0	-93,1	-77,9	-171,0
2017	Initial	9 050,4	11 020,1	20 070,5	10 104,1	11 407,8	21 511,9
	Rectifié	8 953,7	10 941,9	19 895,6	10 027,4	11 349,6	21 377,0
	Rectifié	<b>9 049,7</b>	<b>10 949,9</b>	<b>19 999,6</b>	<b>10 027,4</b>	<b>11 349,6</b>	<b>21 377,0</b>
	Écart	-0,7	-70,2	-70,9	-76,7	-58,2	-134,9
2018	Initial	9 315,6	11 201,4	20 517,1	10 344,0	11 604,8	21 948,9
	Rectifié	<b>9 250,0</b>	<b>11 150,0</b>	<b>20 400,0</b>	<b>10 269,6</b>	<b>11 529,2</b>	<b>21 798,9</b>
	Écart	-65,6	-51,4	-117,1	-74,4	-75,6	-150,0
2019	Initial	9 468,28	11 356,39	20 824,67	10 654,14	11 838,34	22 492,48
	Rectifié	<b>9 578,28</b>	<b>11 356,76</b>	<b>20 935,04</b>	<b>10 654,14</b>	<b>11 838,71</b>	<b>22 492,85</b>
	Écart	+110,00	+0,37	+110,37	0,00	+0,37	+0,37
2020	Initial	10 935,43	11 931,56	22 867,00	12 228,01	12 396,26	24 624,28
	Rectifié	11 487,63	12 012,30	23 499,93	12 703,11	12 399,10	25 102,21
	Rectifié	<b>11 957,63</b>	<b>12 012,30</b>	<b>23 969,93</b>	<b>13 145,11</b>	<b>12 399,10</b>	<b>25 544,21</b>
	Écart	+1 022,2	+80,74	+1 102,93	+917,1	+2,84	+919,93

Source : arrêtés interministériels.

### 2.2.1.2. La CNSA répartit les crédits de l'objectif global de dépenses entre les différentes agences régionales de santé par référence à une base historique

Jusqu'au 31 décembre 2020, l'article L. 10-4-1 du CASF disposait explicitement que la CNSA avait pour mission « d'assurer la répartition équitable sur le territoire national du montant total de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 ». Selon l'article L. 314-3 du CASF, la CNSA répartit en dotations régionales limitatives « le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations mentionnées au premier alinéa », aussi appelé « objectif de dépenses encadrées » (ODE). L'ODE est composé de l'OGD (qui représente 99,8 % de l'ODE), auquel s'ajoute une dotation de 37 M€ correspondant, pour le secteur « personnes handicapées », aux prix de journée payés par les départements au titre des jeunes adultes handicapés relevant de l'amendement Creton, qui permet le maintien dans un établissement pour enfants handicapés de jeunes adultes ayant atteint l'âge limite pour lequel leur établissement est autorisé, en attente d'une place en structure pour adultes (cf. tableau 7).

**Tableau 7 : objectif global de dépenses (OGD) et objectif de dépenses encadrées (ODE)**

	2016	2017	2018	2019	2020
OGD	19 357,9	21 377	21 798,9	22 492,85	24 624,28
ODE hors OGD	37,0	37	37,0	37,00	37,00
<b>ODE</b>	<b>19 394,9</b>	<b>21 414</b>	<b>21 835,9</b>	<b>22 529,85</b>	<b>24 661,28</b>
OGD/ODE	99,8 %	99,8 %	99,8 %	99,8 %	99,8 %

Source : arrêtés interministériels.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, la CNSA a pour rôle « de contribuer, en assurant une répartition équitable sur le territoire national, au financement et au pilotage d'une politique de prévention de la perte d'autonomie et de lutte contre l'isolement, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des prestations individuelles d'aide à l'autonomie et des dispositifs mis en place aux niveaux national ou local en faveur de l'autonomie et des proches aidants et de contribuer au financement de l'investissement dans le champ du soutien à l'autonomie ».

## Annexe V

Chaque année, une fois le montant de l'ONDAM médico-social voté par le Parlement et le montant de l'OGD arrêté par les autorités ministérielles de la CNSA, celle-ci initie une campagne budgétaire afin d'assurer la répartition des crédits de l'OGD entre les différentes ARS. Une instruction préparée par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), par la direction de la sécurité sociale (DSS) et par la CNSA permet de préciser les orientations pour l'exercice budgétaire en cours dans les établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées. Cette instruction présente, d'une part, les priorités d'action dans le champ médico-social et, d'autre part, la détermination et les modalités de gestion des enveloppes déléguées aux ARS.

**Le calcul des dotations régionales limitatives (DRL) déléguées aux ARS est réalisé selon les quatre étapes suivantes :**

- ◆ l'établissement de la base régionale avant prise en compte des mesures nouvelles ;
- ◆ l'actualisation de la base reconductible des DRL selon des paramètres généraux fixés au niveau national, afin de tenir compte de l'évolution des coûts salariaux et des prix (par exemple, en 2020, +1,1 % pour le champ « personnes âgées » et +0,9 % pour le champ « personnes handicapées »), en intégrant le cas échéant des mesures d'économies ;
- ◆ la prise en compte des mesures nouvelles selon des modalités de répartition spécifiques à chaque mesure nouvelle (cf. encadré 3 pour la liste des 17 mesures nouvelles retenues pour la campagne 2020) ;
- ◆ le financement non reconductible des dispositifs spécifiques ou expérimentaux (six dispositifs ont été retenus en 2020 : crédits exceptionnels COVID, prime exceptionnelle COVID, renforcement dans la mise en œuvre de la stratégie nationale autisme, mise à disposition des personnels syndicaux, gratifications de stage, qualité de vie au travail).

**L'article L. 14-10-3 du CASF dispose que le conseil de la CNSA détermine, par ses délibérations, les principes selon lesquels doit être réparti le montant annuel de l'OGD. En pratique, le conseil délibère uniquement sur les critères de répartition de places nouvelles et il ne se prononce ni sur la base historique qui est reconduite chaque année, ni sur les autres mesures nouvelles.** Cette compétence du conseil de la CNSA doit par ailleurs s'articuler avec celle du conseil national de pilotage des ARS (CNP) qui « *veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé* » (article L. 1433-1 du code de la santé publique).

### **Encadré 3 : mesures nouvelles prises en compte dans le cadre de la campagne budgétaire de l'exercice 2020**

Les mesures nouvelles retenues pour la campagne 2020 sont les suivantes :

- les crédits de paiement dédiés aux installations de places nouvelles ;
- la convergence tarifaire des EHPAD sur le volet « soins » ;
- la prime « grand âge » ;
- la neutralisation de la convergence négative « soins et dépendance » ;
- le passage au tarif global ;
- les infirmières de nuit (IDE) en EHPAD ;
- le développement de l'accueil temporaire sur le champ « personnes âgées » ;
- les solutions à la main des ARS pour accompagner au plus près des besoins en sortie de crise ;
- la coopération entre les professionnels de l'éducation nationale et du secteur médico-social dans les établissements scolaires ;
- le projet 360 COVID ;
- la résolution des situations critiques ;

## Annexe V

- les dispositifs d'intervention médico-sociale adaptés aux problématiques croisées de protection de l'enfance et de handicap ;
- les partenariats avec les communautés 360 ;
- la prévention des départs non souhaités vers la Belgique ;
- la stratégie nationale pour l'autisme ;
- le développement de l'accueil temporaire sur le champ « personnes âgées » ;
- l'accompagnement de la restructuration des ESMS formant l'établissement public national Antoine Koenigswarter (EPNAK).

*Source : instruction DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2020/87 du 5 juin 2020.*

Les DRL sont ensuite notifiées aux ARS et les crédits correspondants leur sont délégués (cf. tableau 8). Le cas échéant, les DRL peuvent être modifiées en cours d'année, comme cela a été le cas en 2020 pour tenir compte de l'impact de la crise sanitaire du Covid-19 sur les ESMS.

**Tableau 8 : dotations régionales limitatives (juin 2020) - en M€**

Région	DRL PA	DRL PH	Total
Auvergne-Rhône-Alpes	1 534,4	1 308,1	2 842,6
Bourgogne-France-Comté	669,5	558,6	1 228,1
Bretagne	769,3	567,1	1 336,4
Centre-Val-de-Loire	579,6	497,8	1 077,4
Corse	45,3	56,9	102,2
Grand Est	1 029,7	1 122,4	2 152,1
Hauts-de-France	1 002,9	1 268,5	2 271,4
Île-de-France	1 424,9	2 009,4	3 434,3
Normandie	673,0	681,1	1 354,1
Nouvelle-Aquitaine	1 347,8	1 124,2	2 472,0
Occitanie	1 182,9	1 202,1	2 385,0
Pays-de-la-Loire	794,9	647,6	1 442,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	901,5	846,1	1 747,5
<b>France métropolitaine</b>	<b>11 955,7</b>	<b>11 890,0</b>	<b>23 845,7</b>
Guadeloupe	39,8	90,9	130,6
Martinique	46,7	77,9	124,6
Guyane	9,1	56,9	66,0
La Réunion	44,0	174,9	218,9
Mayotte	1,4	15,2	16,6
Saint-Pierre-et-Miquelon	0,0	1,0	1,0
<b>Total</b>	<b>12 096,8</b>	<b>12 306,6</b>	<b>24 403,4</b>

*Source : CNSA.*

**Le processus de répartition de l'OGD entre ARS apparaît relativement lourd, les montants correspondant aux mesures nouvelles représentant moins de 5 % des DRL occasionnant la charge la plus importante.**

La campagne budgétaire mobilise fortement le pôle « allocation budgétaire » de la direction des ESMS de la CNSA. Une instruction volumineuse est élaborée puis transmise aux ARS qui doivent mettre en œuvre une procédure de calcul complexe. **Les modalités de répartition sont essentiellement construites par rapport à une base historique, sommant les financements alloués à l'ensemble des ESMS d'une région, dont la pertinence par rapport à un objectif d'équité territoriale est variable selon le secteur :**

- ◆ pour les EHPAD, le financement est désormais alloué, pour la part la plus importante, par une équation tarifaire proportionnant le forfait au nombre de résidents et à leur niveau de dépendance et à leurs besoins de soins ;
- ◆ pour les SSIAD, le financement est alloué selon une base historique ; un projet de réforme visant notamment à prendre en compte les besoins de soins des personnes prises en charge est toutefois en préparation ;

## Annexe V

- ◆ pour les ESMS pour personnes handicapées, le financement est également alloué sur une base historique, dans l'attente de la réforme SERAFIN, qui vise à prendre en compte les besoins des personnes et la nature des prestations qui leur sont offertes.

**Dans ce processus de financement sur une base historique, seuls les crédits de places nouvelles sont répartis entre régions en fonction d'un objectif d'équité territoriale**, selon des indicateurs toutefois relativement frustes. En l'absence d'indicateurs mesurant les besoins des personnes handicapées dans chaque territoire, ceux-ci sont ainsi appréhendés par des critères populationnels :

- ◆ la répartition des places dédiées aux enfants est effectuée par référence à la population de moins de 20 ans ;
- ◆ la répartition des places dédiées aux adultes est effectuée par référence à la population de 20 ans à 59 ans.

La comparaison entre les DRL arrêtées en juin 2020 au titre des personnes âgées et les données statistiques publiées par l'Insee (population de plus de 75 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2020) ou par la Drees (nombre de bénéficiaires de l'APA au mois de décembre 2019) permet de constater que ces trois séries de données sont fortement corrélées : les dotations régionales présentent ainsi un coefficient de corrélation égal à 97,3 % avec les données démographiques de l'Insee et à 95,2 % avec le nombre de bénéficiaires de l'APA donné par la Drees (cf. tableau 9). **Les modalités de calcul complexes mises en œuvre par les services de la CNSA et par les ARS aboutissent ainsi à un résultat proche de celui qui serait atteint en se référant à des données démographiques simples.** L'application d'un critère aussi simple conduirait toutefois à un effet de redistribution important entre les différentes régions (au profit des régions Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Occitanie) qui ne semble pas envisageable dans le cadre de répartition actuel.

**Tableau 9 : corrélation entre les dotations régionales limitatives (DRL) sur le champ « personnes âgées » et la population de plus de 75 ans**

Région	DRL PA (en M€)	Pourcentage	Population de plus de 75 ans au 01/01/2020	Pourcentage	Nombre de bénéficiaires de l'APA (décembre 2019)	Pourcentage
Auvergne-Rhône-Alpes	1 534,4	12,8 %	771 358	12,4 %	208 754	15,7 %
Bourgogne-France-Comté	669,5	5,6 %	309 064	5,0 %	67 994	5,1 %
Bretagne	769,3	6,4 %	354 208	5,7 %	74 895	5,6 %
Centre-Val-de-Loire	579,6	4,8 %	277 383	4,4 %	53 584	4,0 %
Corse	45,3	0,4 %	40 113	0,6 %	10 366	0,8 %
Grand Est	1 029,7	8,6 %	520 915	8,4 %	105 892	7,9 %
Hauts-de-France	1 002,9	8,4 %	478 189	7,7 %	122 490	9,2 %
Île-de-France	1 424,9	11,9 %	851 365	13,7 %	139 469	10,5 %
Normandie	673,0	5,6 %	332 958	5,3 %	70 477	5,3 %
Nouvelle-Aquitaine	1 347,8	11,3 %	692 766	11,1 %	145 716	10,9 %
Occitanie	1 182,9	9,9 %	647 136	10,4 %	154 543	11,6 %
Pays-de-la-Loire	794,9	6,6 %	376 297	6,0 %	68 321	5,1 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	901,5	7,5 %	582 564	9,3 %	109 864	8,2 %
<b>France métropolitaine</b>	<b>11 955,7</b>	<b>100,0 %</b>	<b>6 234 316</b>	<b>100,0 %</b>	<b>1 332 365</b>	<b>100,0 %</b>

Source : CNSA, Insee, Drees.

**Au total, les modalités de répartition actuelles de l'OGD souffrent des trois limites suivantes au regard des objectifs de politique publique poursuivis par la CNSA :**

- ◆ tout d'abord, la connaissance de l'offre et des besoins des publics est hétérogène selon les types d'établissements ; la CNSA dispose d'un certain nombre de données sur les publics accueillis par les EHPAD, mais elle ne dispose pas de données fiables relatives à la qualité du service que ceux-ci fournissent ; dans l'attente de la mise en œuvre de la réforme SERAFIN, son niveau de connaissance est beaucoup plus faible s'agissant des établissements qui accueillent des personnes handicapées, pour lesquels les publics accueillis et les prestations fournies sont mal connus ;
- ◆ ensuite, la CNSA ne dispose pas d'indicateurs robustes qui lui permettraient de définir des critères d'équité territoriale et de les mesurer ; la mise en place de tels indicateurs est pourtant indispensable pour parvenir à mettre en place des critères de répartition entre régions plus équitables ;
- ◆ enfin, la complexité des modalités de répartition actuelles apparaît disproportionnée au regard de l'absence d'outils permettant d'évaluer la pertinence et l'efficacité des politiques publiques déployées par la CNSA ; l'essentiel des efforts déployés par la CNSA porte sur les mesures nouvelles qui représentent une part marginale de l'OGD, et le conseil se prononce seulement sur la répartition des places nouvelles alors qu'il devrait pouvoir délibérer sur la répartition de l'intégralité des crédits de l'OGD.

### ***2.2.1.3. Le suivi de la programmation et l'allocation des ressources s'appuie sur six systèmes d'information différents***

**Dans le domaine de la répartition de l'objectif global de dépenses (OGD) entre les ESMS, les systèmes d'information de la CNSA ont pour objectif de faciliter le pilotage national et régional par les ARS (cf. tableau 10) :**

- ◆ l'application HAPI permet d'allouer les ressources aux établissements ;
- ◆ l'application SEPPIA permet de suivre la programmation de l'offre de places en ESMS ;
- ◆ l'application GALAAD permet de collecter les résultats des évaluations du niveau de perte d'autonomie et des besoins de soins des personnes âgées en EHPAD et en unités de soins de longue durée (USLD) ;
- ◆ les applications ImportCA, ImportEPRD et ImportERRD permettent d'améliorer le dialogue entre les ARS et les ESMS, notamment par la transmission dématérialisée des documents comptables et budgétaires.

**Au total, la CNSA s'appuie sur six systèmes d'information différents pour assurer le suivi de l'OGD.** Pour pouvoir être correctement utilisées, ces nombreuses applications doivent être renseignées selon un calendrier défini à l'avance (cf. graphique 6), qui permet à la CNSA de disposer d'une vision consolidée sur le périmètre de l'ensemble des ARS, voire sur le périmètre de l'ensemble des ESMS financés par les organismes de sécurité sociale.

Afin de rationaliser le nombre des applications existantes et d'anticiper le besoin de collecter de nouvelles données en tant que gestionnaire d'une nouvelle branche de sécurité sociale, la CNSA développe une nouvelle application « SI collecte » qui permettra la collecte de nouvelles données aux ESMS et aux ARS sans devoir créer un nouveau système d'information dédié (cf. annexe VI).

## Annexe V

**L'application HAPI avait pour ambition de proposer l'ensemble des fonctionnalités qui permettraient d'assurer un suivi en temps réel de l'avancée de la campagne budgétaire (cf. annexe IV).** Elle permet en effet d'automatiser la production de décisions tarifaires, tout en assurant une transmission simultanée des données. Certaines ARS préfèrent toutefois continuer à utiliser leurs outils internes et n'utilisent l'application HAPI qu'à des fins de *reporting* vis-à-vis de la CNSA, en toute fin d'année. **Cette situation, qui reflète autant l'impossibilité pour la CNSA d'imposer l'utilisation de cet outil au réseau des ARS que les limites de l'application HAPI, ne permet pas à la CNSA d'assurer un suivi en temps réel de la consommation des crédits de l'OGD.**

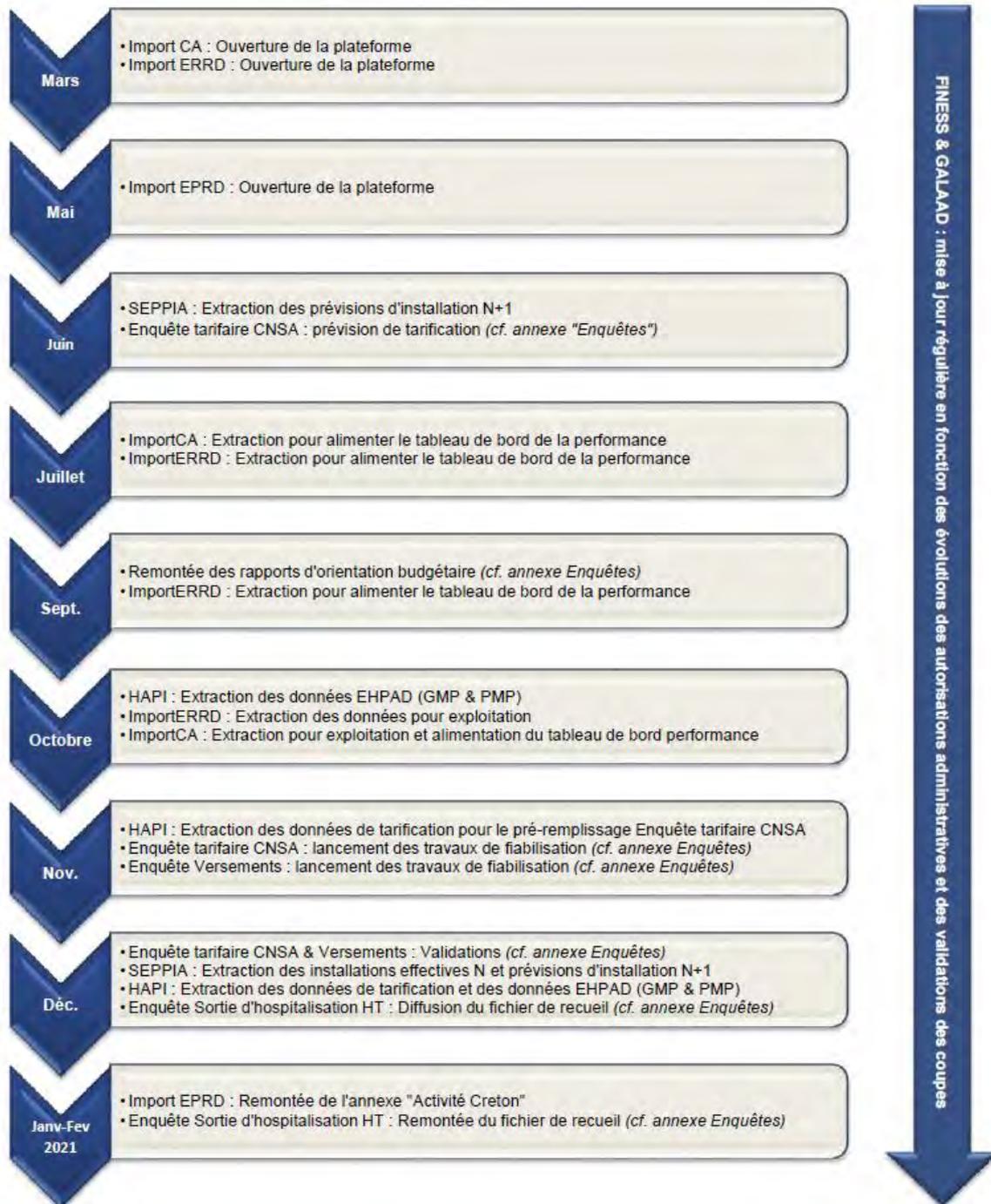
Tableau 10 : systèmes d'information de la CNSA utilisés pour le suivi de la programmation et pour l'allocation des ressources

Nom du système d'information	Objectifs	Fournisseur de données
HAPI – Harmonisation et partage d'information	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Harmoniser les pratiques et d'automatiser la production des décisions tarifaires.</li> <li>▪ Optimiser la gestion des dotations régionales.</li> <li>▪ Faciliter le pilotage régional/national.</li> <li>▪ Assurer le partage et la traçabilité de l'information.</li> <li>▪ Réaliser un suivi en temps réel de l'avancée de la campagne.</li> </ul>	ARS
SEPPA – Suivi de l'exécution et de la programmation pluriannuelle des installations et autorisations	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suivre la réalisation des plans nationaux.</li> <li>▪ Avoir une visibilité sur les prévisions d'autorisation et d'installation des ARS.</li> <li>▪ Calibrer le niveau des crédits de paiement nécessaires aux installations prévues en N+1.</li> <li>▪ Formaliser des données de programmation.</li> </ul>	ARS
ImportERRD – Remontée des états réalisés des recettes et des dépenses	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Structurer la transmission des données de nature à permettre à l'ARS, et au conseil départemental ou à la métropole le cas échéant, d'étudier les ERRD et de constituer une base de données permettant des analyses pluriannuelles.</li> </ul>	ESMS
ImportEPRD – Remontée des états des prévisions des recettes et des dépenses	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Structurer la transmission des données de nature à permettre à l'ARS, et au conseil départemental ou à la métropole le cas échéant, de valider les EPRD dans les délais impartis et de constituer une base de données permettant des analyses pluriannuelles.</li> <li>▪ Collecter les informations relatives à l'activité « Creton » et au montant facturé aux conseils départementaux au titre de l'accueil de jeunes adultes handicapés bénéficiaires de l'article L. 242-4 du CASF (dits « amendements Creton »), qu'ils relèvent d'un EPRD ou d'un budget primitif.</li> </ul>	ESMS
ImportCA – Remontée des comptes administratifs et des budgets exécutoires	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Structurer la constitution de bases de données de nature à permettre à l'ARS et à la CNSA de travailler sur les coûts de fonctionnements des ESMS.</li> <li>▪ Permettre le calcul d'indicateurs de comparaison servant d'aide à la décision (coûts, activité, masse salariale, structure budgétaire, résultats repris...).</li> <li>▪ Constituer une base de données permettant des analyses pluriannuelles.</li> </ul>	ESMS
GALAAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recenser les évaluations AGGIR/PATHOS transmises par les médecins des EHPAD et des ESLD et leur validation par les EMS APA des départements et les médecins des ARS.</li> <li>▪ Partager, de manière sécurisée entre ARS et conseils départementaux, les données personnelles des résidents.</li> <li>▪ Décrire les caractéristiques des personnes accueillies en EHPAD et de déterminer des groupes homogènes de résidents.</li> </ul>	EHPAD

Source : instruction DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2020/87 du 5 juin 2020.

## Annexe V

**Graphique 6 : calendrier récapitulatif des principales échéances 2020**

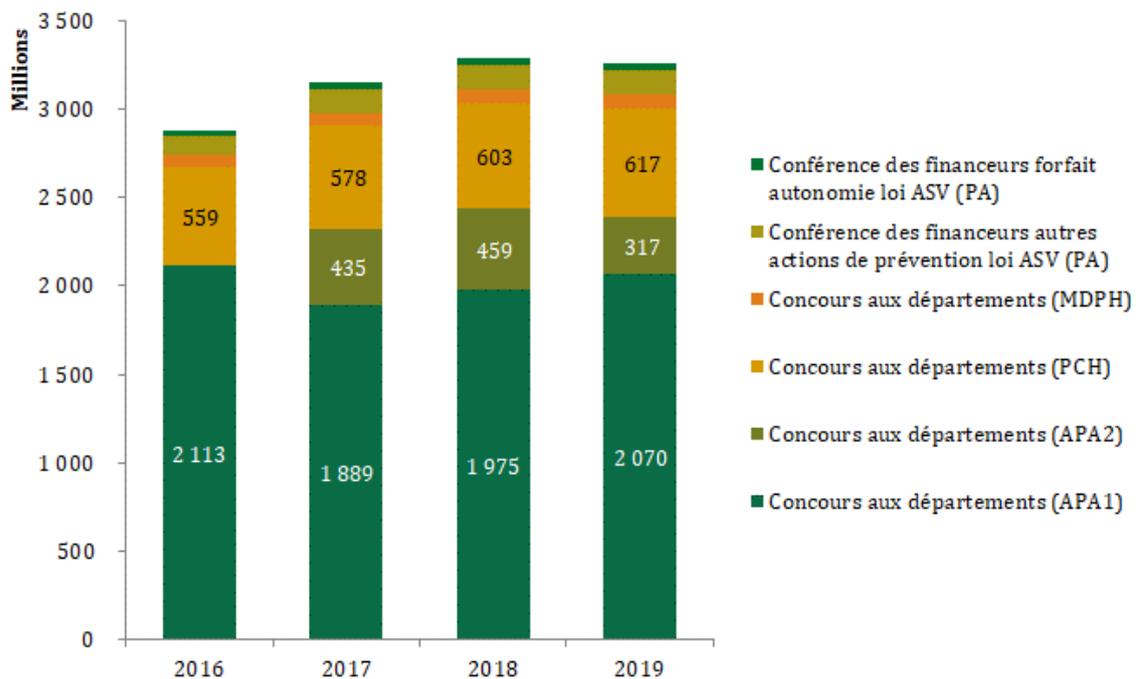


*Source : instruction DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2020/87 du 5 juin 2020.*

### 2.2.2. La CNSA ne dispose que d'une faible marge d'appréciation sur les concours qu'elle verse aux départements, dont elle assure la répartition selon des modalités fixées par voie législative et réglementaire

La CNSA verse aux conseils départementaux une partie de ses ressources pour contribuer à financer l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes âgées et la prestation de compensation du handicap (PCH) pour les personnes handicapées. Elle soutient également les actions de prévention de la perte d'autonomie mises en œuvre par les conférences des financeurs et les résidences autonomie. L'ensemble de ces concours aux départements a représenté un montant de 3,3 Md€ en 2018 et en 2019, dont 2,4 Md€ au titre des deux parts du concours versé aux départements au titre du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (cf. graphique 7).

**Graphique 7 : concours versés aux départements par la CNSA sur la période 2016-2019 (exécution en CP)**



Source : mission, d'après les données d'exécution budgétaire transmises par la CNSA.

#### 2.2.2.1. L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap sont financées par les conseils départementaux qui bénéficient d'un concours de la part de la CNSA

L'article L. 232-1 du CASF dispose que « toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins » et précise que « cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière ».

## Annexe V

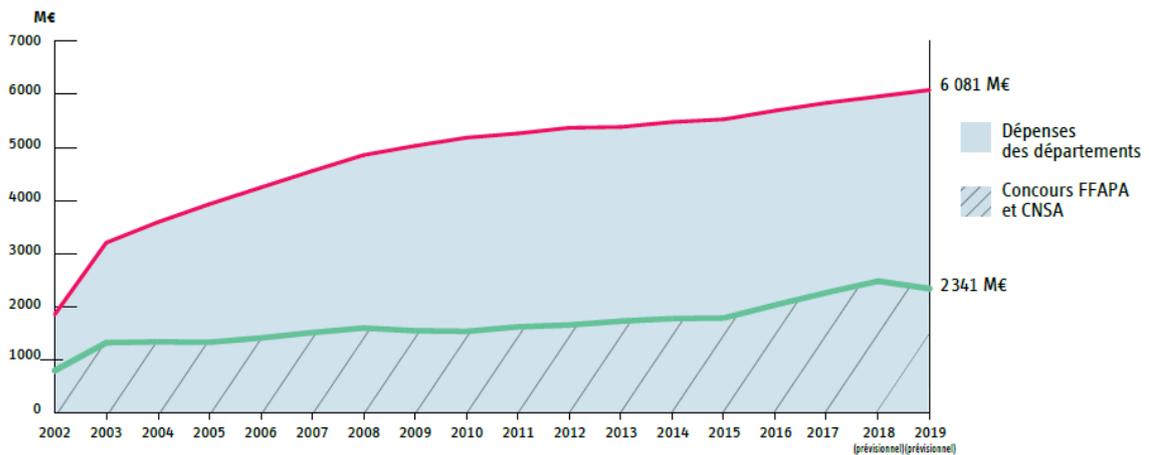
L'article L. 245-1 du CASF dispose que « toute personne handicapée, dont l'âge est inférieur à une limite fixée par décret et dont le handicap répond à des critères définis par décret prenant notamment en compte la nature et l'importance des besoins de compensation au regard de son projet de vie, a droit à une prestation de compensation qui a le caractère d'une prestation en nature qui peut être versée, selon le choix du bénéficiaire, en nature ou en espèces ».

**L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH) sont financées par les conseils départementaux et ne font donc pas partie en tant que telles du périmètre de la nouvelle branche autonomie.**

La CNSA verse des concours financiers aux départements, destinés à couvrir une partie du coût de l'APA et de la PCH qu'ils financent :

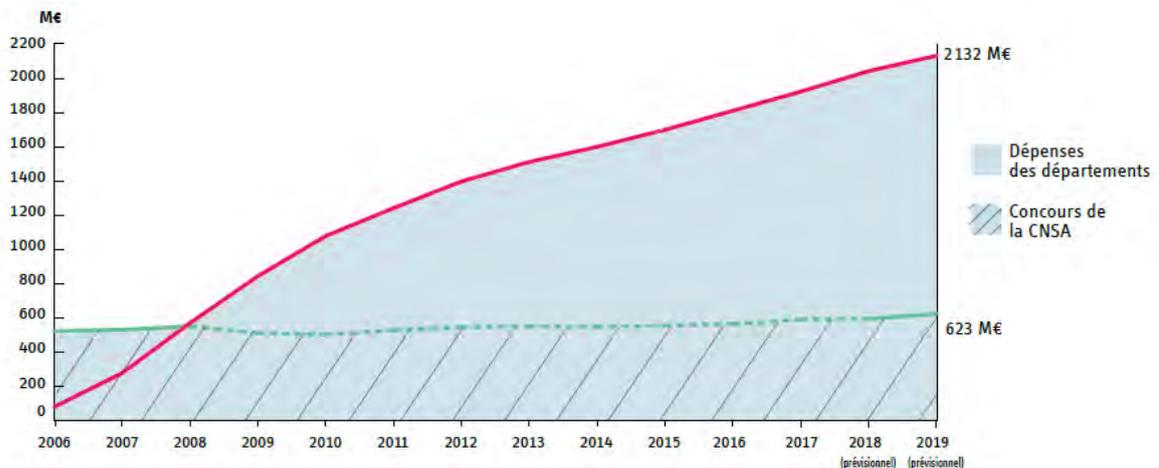
- ◆ les concours financiers versés aux départements au titre du financement de l'APA (APA1 et APA2) ont représenté 40 % du coût total de cette prestation en 2019, contre 31 % en 2012 (cf. graphique 8) ;
- ◆ les concours financiers versés aux départements au titre du financement de la PCH ont représenté 29 % du coût total de cette prestation en 2019, contre 39 % en 2012 (cf. graphique 9).

**Graphique 8 : évolution des dépenses d'APA et des concours CNSA versés aux départements depuis 2002**



Source : CNSA 2019.

**Graphique 9 : évolution des dépenses de PCH et du concours CNSA versé aux départements depuis 2006**



Source : CNSA 2019.

**2.2.2.2. Les modalités de répartition des concours versés aux départements au titre du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap s'imposent à la CNSA qui peut seulement procéder à des contrôles sur les données transmises**

Le concours versé par la CNSA au titre du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) se décompose en deux parts :

- ◆ le montant de la première part du concours (APA1) est réparti annuellement entre les départements en fonction des quatre critères suivants :
  - le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans ;
  - le montant des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie ;
  - le potentiel fiscal, qui permet de comparer la richesse fiscale potentielle des collectivités les unes par rapport aux autres ;
  - le nombre de foyers bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) ;
- ◆ le montant de la seconde part du concours (APA2) est réparti annuellement entre les départements en appliquant la part théorique de chaque département dans la charge nouvelle induite par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (revalorisation des plafonds de l'APA à domicile pour les personnes les moins autonomes, diminution de la participation financière des bénéficiaires de l'APA à domicile dont le plan d'aides est important, droit au répit des aidants, revalorisation des salaires des professionnels de la branche aide à domicile).

**La CNSA se trouve en situation de compétence liée vis-à-vis des textes législatifs et réglementaires qui indiquent de façon détaillée le calcul qui permet de répartir entre les départements les deux parts du concours versé au titre du financement de l'APA (cf. encadré 4).**

**Encadré 4 : modalités de répartition des deux parts du concours APA**

**Le montant de la première part du concours est réparti entre les départements en tenant compte :**

- du nombre de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans, pour 50 % ;
- de la dépense d'allocation personnalisée d'autonomie, pour 20 % ;
- du potentiel fiscal, pour 25 % ;
- du nombre de foyers bénéficiaires du revenu de solidarité active, pour 5 %.

La répartition est calculée selon la formule suivante :

$$F_d = \left[ \frac{PA_d}{\sum PA_d} \times 50\% + \frac{D_d}{\sum D_d} \times 20\% - \frac{PF_d}{\sum PF_d} \times 25\% + \frac{RSA_d}{\sum RSA_d} \times 5\% \right] \times 2$$

- $F_d$  représente la fraction attribuée à un département.
- $PA_d$  représente le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus du département tel qu'il figure dans les statistiques démographiques annuelles départementales produites par l'Insee disponibles au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée.
- $D_d$  représente les dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie réalisées par le département au titre de l'année pour laquelle la répartition est effectuée. Sont seules prises en compte les dépenses consacrées à l'allocation personnalisée d'autonomie prévue à l'article L. 232-1, à l'exclusion de tout complément apporté à cette allocation par le département.
- $PF_d$  représente, pour ce département, le potentiel fiscal de l'année précédant l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée, tel que défini à l'article L. 3334-6 du code général des collectivités territoriales, et majoré ou minoré dans les conditions prévues à l'article L. 14-10-7-1.
- $RSA_d$  représente le nombre de foyers bénéficiaires du revenu de solidarité active, à l'exception de ceux ouvrant droit à la majoration prévue à l'article L. 262-9, résidant dans ce département au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée.

## Annexe V

Le montant attribué à un département est égal à la fraction attribuée à ce département en application du calcul ci-dessus, rapportée à la somme des fractions et multipliée par le montant total des concours.

**Le montant de la seconde part du concours attribué à chaque département est calculé selon la formule suivante :**

$$F_d = A \times DN_d$$

- $F_d$  représente le montant attribué à chaque département.
- $A$  représente la différence entre le montant de la dépense d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile réalisée par l'ensemble des départements pour l'année au titre de laquelle le concours est attribué et le montant de cette même dépense au titre de l'année 2015, augmentée de 25,65 M € (au titre de la prise en compte de l'avenant n° 19/2014 à la convention collective de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile du 27 novembre 2014 étendu par arrêté ministériel du 11 mars 2015).
- $DN_d$  représente la part de chaque département dans la charge nouvelle induite par les dispositions réglementaires consécutives à la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, établie en prenant en compte les paramètres suivants :

1° Les données individuelles relatives aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie de 2011 collectées auprès des conseils départementaux portant sur leur sexe, leur âge, le fait de vivre en couple, leurs revenus, leur degré d'autonomie, le montant de leur plan d'aide, la date depuis laquelle ils bénéficient de l'allocation.

2° Les données sur les dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie à domicile relatives à l'année 2013.

3° Les résultats, produits par l'Insee, du recensement de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

4° Les résultats de l'enquête annuelle sur les bénéficiaires et les dépenses d'aide sociale départementale réalisée par le ministère chargé des affaires sociales en 2011.

5° Les « indicateurs sociaux départementaux » relatifs à l'année 2011, rendus publics par l'Insee.

*Source : articles R. 14-10-38 et R. 14-10-38-1 du CASF.*

Le concours versé par la CNSA au titre du financement de la prestation de compensation du handicap (PCH) est réparti annuellement entre les départements selon les quatre critères suivants :

- ◆ le nombre de personnes âgées de 20 ans à 59 ans ;
- ◆ les nombres cumulés de personnes bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), de personnes bénéficiaires de l'allocation pour adultes handicapés et de personnes bénéficiaires d'une pension d'invalidité ;
- ◆ le nombre de bénéficiaires de la PCH augmenté du nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ;
- ◆ le potentiel fiscal, qui permet de comparer la richesse fiscale potentielle des collectivités les unes par rapport aux autres.

**La CNSA se trouve en situation de compétence liée vis-à-vis des textes législatifs et réglementaires qui indiquent de façon détaillée le calcul qui permet de répartir entre les départements le concours versé au titre du financement de la PCH (cf. encadré 5).**

**Encadré 5 : modalités de répartition du concours PCH**

La répartition par département est opérée selon la formule suivante :

$$F_d = \frac{PAA_d}{\sum PAA_d} \times 60\% + \frac{PAES_d + PAAH_d + PPI_d}{\sum PAES_d + PAAH_d + PPI_d} \times 30\% + \frac{PC_d}{\sum PC_d} \times 30\% - \frac{PF_d}{\sum PF_d} \times 20\%$$

- Fd représente la fraction attribuée à un département.
- PAA<sub>d</sub> représente le nombre de personnes adultes du département dont l'âge est inférieur à 59 ans tel qu'il figure dans les statistiques démographiques annuelles départementales produites par l'Insee disponibles au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée.
- PAES<sub>d</sub> représente le nombre de personnes bénéficiaires, dans le département, de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, disponible au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée ;
- PAAH<sub>d</sub> le nombre de personnes bénéficiaires, dans le département, de l'allocation pour adultes handicapés, disponible au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée.
- PPI<sub>d</sub> le nombre de personnes bénéficiaires, dans le département, de la pension d'invalidité, disponible au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée.
- PC<sub>d</sub> représente le nombre de personnes bénéficiaires, dans le département, de la PCH.
- PF<sub>d</sub> représente, pour ce département, le potentiel fiscal de l'année au titre de laquelle la répartition est effectuée, tel que défini à l'article L. 3334-6 du code général des collectivités territoriales, et majoré ou minoré dans les conditions prévues à l'article L. 14-10-7-1.

Le montant du concours attribué à un département est égal à la fraction attribuée à ce département en application de la formule définie ci-dessus, par rapport au montant total du concours afférent à la PCH.

*Source : article R. 14-10-32 du CASF.*

**2.2.2.3. Une évolution des critères de répartition entre départements des concours versés par la CNSA au titre du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie pourrait permettre d'améliorer leur répartition au regard de l'objectif d'équité territoriale, voire d'en faire un outil incitatif vis-à-vis des départements**

**Les tutelles de la CNSA relèvent que les modalités actuelles de répartition des concours versés aux départements au titre du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) soulèvent les trois difficultés suivantes :**

- ◆ l'évolution de l'enveloppe nationale de concours est déconnectée de l'évolution des besoins et tributaire de la conjoncture économique, avec un risque de décrochage entre l'évolution tendancielle des recettes de la CNSA (contribution sociale généralisée – CSG, contribution de solidarité pour l'autonomie – CSA, contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie – CASA) et une évolution des dépenses d'APA plus dynamique ;
- ◆ les règles actuelles de répartition entre les départements sont imparfaites ; d'une part, la coexistence de l'APA1 et de l'APA2 induit une complexité inutile et, d'autre part, la référence au nombre de personnes âgées de plus de 75 ans dans la formule de calcul ne reflète qu'imparfaitement le nombre des personnes âgées en perte d'autonomie ; par ailleurs, la pondération des dépenses d'APA dans la formule de calcul est faible ;
- ◆ les règles actuelles ne permettent pas d'inciter financièrement les départements à l'atteinte des objectifs des conventions signées avec la CNSA.

**Une évolution des critères de répartition entre départements des concours permettrait de simplifier et de rendre plus lisible et prévisible cette modalité de financement auprès des départements et de renforcer les leviers de pilotage de la CNSA vis-à-vis des conseils départementaux (cf. annexe IV).** Les perspectives suivantes sont évoquées par la direction de la sécurité sociale dans un document de travail communiqué à la mission<sup>1</sup> :

- ◆ l'évolution des critères de répartition pourrait tout d'abord s'appuyer sur la fusion de l'APA1 et de l'APA2, dans un objectif de simplification ;
- ◆ les critères existants pourraient ensuite être révisés afin de mieux mesurer le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie ;
- ◆ la pondération des critères devrait être revue, en particulier pour mieux prendre en compte la dépense d'APA ;
- ◆ une modulation d'une partie du concours en fonction d'indicateurs de performance pourrait enfin être introduite afin d'inciter financièrement les départements à contribuer aux orientations définies nationalement par la CNSA et déclinées territorialement dans les conventions départementales (cf. annexe IV).

Comme toute réforme d'un mécanisme de péréquation, une telle évolution est toutefois susceptible de générer, à enveloppe constante, des transferts de ressources entre départements. L'acceptabilité d'une telle réforme dépendra du nombre de perdants et du volume de leurs pertes.

#### ***2.2.2.4. La CNSA verse également aux départements un concours et une dotation au titre du financement des maisons départementales pour les personnes handicapées***

Les trois principaux financeurs des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont les conseils départementaux, l'État (principalement par la mise à disposition de personnel) et la CNSA.

Chaque année, la CNSA verse aux départements deux contributions financières :

- ◆ un concours au titre du fonctionnement des MDPH (« concours MDPH »), qui représentera un montant total de 91,8 M€ en 2021 ; le mécanisme de répartition de ce concours entre les départements repose sur deux critères variables – le nombre de personnes âgées de 20 ans à 59 ans (pour 120 % dans le calcul de la dotation du département) et le potentiel fiscal (-20%) - et sur une part forfaitaire ;
- ◆ une subvention pour financer les postes vacants suite au départ de personnel mis à disposition par l'État, ainsi que leurs dépenses de fonctionnement (« dotation MDPH »), qui représentera au moins 76,9 M€ en 2021.

**La coexistence de ces deux contributions financières présente un intérêt limité et la CNSA examine des scénarios de fusions du concours MDPH et de la dotation MDPH, afin de simplifier les modalités de soutien financier de la CNSA vis-à-vis des MDPH.** Les modalités de calcul du concours MDPH ont d'ailleurs évolué à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, puisque celui-ci comporte désormais pour chaque département une part forfaitaire fixée en tenant compte de la dotation MDPH et une part résultant d'une enveloppe répartie en fonction des critères déjà énumérés par la loi et d'un critère représentatif de l'activité de la MDPH.

---

<sup>1</sup> Document de travail intitulé « La réforme de la participation de la CNSA au financement de l'APA », 28 janvier 2021.

### 2.2.3. Les sections IV, V et VII recouvrent des dépenses d'intervention de nature très variée, qui devraient faire l'objet d'un contrôle renforcé

#### 2.2.3.1. Les dépenses de la section IV nécessitent le suivi de nombreuses conventions

La section IV du budget de la CNSA permet le financement des actions suivantes (cf. tableau 11) :

- ◆ modernisation et professionnalisation des services d'aide à domicile ;
- ◆ accompagnement et formation des proches aidants ;
- ◆ formation des accueillants familiaux ;
- ◆ formation et soutien des bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- ◆ formation et qualification des personnels des établissements et services médico-sociaux.

**Pour financer ces actions, la CNSA privilégie le développement de programmes globaux portés par les conseils départementaux, les fédérations nationales des services d'aides à domicile, les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA)<sup>2</sup> devenus depuis 2019 opérateurs de compétence (OPCO) et les associations ayant une expertise dans le soutien des proches aidants. En 2019, la CNSA assurait le suivi de 80 conventions pluriannuelles, générant 20 à 25 renouvellements par an :**

- ◆ 51 conventions départementales ;
- ◆ 14 conventions avec les fédérations de l'aide à domicile ;
- ◆ 8 conventions avec les OPCA/OPCO ;
- ◆ 7 conventions avec les associations nationales expertes dans le soutien aux proches aidants.

**Le suivi de l'ensemble de ces conventions est assuré par la direction de la compensation et par la direction des ressources de la CNSA, sous le contrôle de l'agent comptable. La direction des ressources souligne la complexité du suivi à mettre en œuvre compte tenu, d'une part, de la multiplicité des interlocuteurs et, d'autre part, de la nécessité de recueillir de nombreuses pièces justificatives pour attester du service fait.**

**Ce processus d'exécution de la dépense apparaît d'autant moins sécurisé qu'il n'est pas soumis à un dispositif de contrôle interne opérationnel** (cf. annexe III). Le rapport 2019 du contrôleur budgétaire relevait ainsi que « *la CNSA n'organise pas d'audit des organismes bénéficiaires de subventions qui répondrait pourtant à un objectif de maîtrise des risques* », précisait que « *[l]es versements<sup>3</sup> ne sont [...] pas conditionnés par la transmission de comptes financiers et de bilans intermédiaires, dont l'envoi intervient ultérieurement* » et ajoutait que « *cette procédure simplifiée justifierait un contrôle a posteriori et l'organisation d'audits qui pourraient être ciblés au vu de l'importance du montant des subventions versées ou des difficultés éventuellement rencontrées dans la récupération de ces informations* ».

---

<sup>2</sup> Un organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) est une structure associative à gestion paritaire qui collecte les contributions financières des entreprises qui relèvent de son champ d'application dans le cadre du financement de la formation professionnelle continue des salariés des entreprises de droit privé.

<sup>3</sup> Il s'agit des acomptes versés aux organismes bénéficiaires des subventions.

## Annexe V

Pour y répondre, la CNSA a décidé en 2020 d'étendre les missions de l'agent comptable pour lui permettre de réaliser des audits. Cette fonction est dévolue à l'agent comptable dans le cadre de la convention de services financiers signée le 18 février 2020 avec la directrice de la CNSA, qui prévoit que « dans le cadre de la sécurisation de la chaîne financière liée aux dépenses de subvention, l'agent comptable établira annuellement une analyse des risques liées aux subventions octroyées sur les sections IV et V et les plans d'aide à l'investissement » et que « cette analyse sera suivie d'un plan annuel d'audit et de la réalisation, par le comptable public, des audits financiers sous l'autorité de la directrice ».

La section IV a également pris en charge, dans le cadre de dispositions législatives spécifiques, le financement de mesures exceptionnelles :

- ◆ l'article 34 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 dispose que « à titre exceptionnel pour l'année 2017, la CNSA finance, dans la limite de 50 M€, un fonds d'appui à la définition de la stratégie territoriale dans le champ de l'aide à domicile, de soutien aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile [...], dans des conditions définies par arrêté conjoint des ministres chargés des affaires sociales et du budget » ;
- ◆ l'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 dispose que « pour l'année 2019, la CNSA contribue à la réforme du financement des services qui apportent au domicile des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie dans la limite de 50 M€ prélevés sur ses ressources et dans des conditions définies par voie réglementaire » ; l'article 5 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 a ensuite prévu que le Gouvernement doit remettre au Parlement un rapport dressant le bilan de cette expérimentation en 2021.

**Tableau 11 : dépenses de la section IV sur la période 2016-2019**

Dépenses	2016		2017		2018		2019	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation	54,7	35,7	36,5	71,9	79,3	53,0	10,7	48,8
Emplois d'avenir	8,6	2,7	2,8	1,3	-	-	-	-
Fonds SAAD 2015-2016	-	24,9	-	-	-	-	-	-
Crédits de reports	-	-	-	-	3,0	1,2	2,0	1,7
Fonds d'appui aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration	-	-	50,0	16,7	-	30,5	-	-
Financement des SAAD	-	-	-	-	-	-	50,0	50,0
Aide aux aidants (loi), bénévoles et accueillants familiaux – loi ASV	2,9	2,9	3,9	4,0	6,1	2,5	8,2	2,6
Charges techniques ACOSS et frais de collecte ACOSS	2,2	1,9	2,8	3,1	1,9	1,9	0,3	0,3
<b>Total</b>	<b>68,3</b>	<b>68,1</b>	<b>96,0</b>	<b>97,0</b>	<b>90,3</b>	<b>89,1</b>	<b>71,1</b>	<b>103,3</b>

*Source : rapports annuels de la CNSA.*

**2.2.3.2. Les dépenses de la section V sont largement prédéterminées, à l'exception de l'enveloppe consacrée aux dépenses d'animation et de prévention et aux études que la CNSA gère librement**

La section V du budget de la CNSA permet le financement des dépenses suivantes (cf. tableau 12) :

- ◆ les plans d'aide à l'investissement (PAI), notamment les PAI dits historiques qui recouvrent les plans d'investissement lancés et gérés directement par la CNSA (jusqu'en 2014) et ceux dont la gestion a été déconcentrée aux agences régionales de santé (depuis 2014) ; dans le premier cas, la CNSA verse les fonds directement aux organismes porteurs du projet en fonction de l'avancement des travaux et, dans le second cas, la CNSA délègue chaque année aux ARS une tranche de financement selon un rythme prédéfini sur quatre ans (5 % la première année, 15 % la deuxième année, 30 % la troisième année et 50 % la quatrième année) ; les PAI lancés à compter de 2016 sont retracés au sein de la section VII ;
- ◆ les deux concours versés aux départements au titre des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie prévues par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ; au sein de chaque département, la conférence des financeurs est une instance de coordination institutionnelle qui a pour mission de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations existantes ; à cette effet, elle établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire départemental et elle recense les initiatives locales ;
- ◆ des dépenses d'animation et de prévention et des études ; la CNSA intervient de plusieurs manières pour soutenir et valoriser la recherche, les études et les actions innovantes (subvention directe d'actions innovantes, subvention directe thématique, appels à projets de recherche, financement d'infrastructures de recherche) ; pour ses propres besoins de connaissances et d'expertise, elle fait réaliser des travaux d'études et de recherche dans le cadre de marchés d'études ou de contrats de recherche ; elle organise également des rencontres scientifiques tous les deux ans (cf. annexe VII) ;
- ◆ jusqu'en 2018, la CNSA a contribué au financement de l'Agence nationale de l'habitat pour un montant annuel de 20 M€ ; en 2019, une nouvelle sous-section dédiée à l'habitat inclusif a été créée et dotée d'un montant de 15 M€ ;
- ◆ en 2017, la CNSA a financé sur ses ressources propres un fonds d'appui aux politiques d'insertion au bénéfice des départements créé par l'article 89 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 ; dans son rapport sur le budget de l'État en 2017, la Cour des comptes a considéré que le financement de ce dispositif par la CNSA constituait une mesure de contournement de la charte de budgétisation dans la mesure où ce fonds d'État n'a pas été doté par des ressources du budget général mais par des ressources propres de la CNSA.

**L'utilisation des crédits de la section V est largement prédéterminée s'agissant des concours (dont les modalités de répartition sont fixées par la loi), des PAI (pour lesquels les paiements correspondent à des engagements pris avant 2014), ou encore des dispositifs exceptionnels introduits par la loi comme le fonds d'appui aux politiques d'insertion. En revanche, la CNSA gère librement les crédits dédiés à l'animation, à la prévention et aux études.**

## Annexe V

**Tableau 12 : dépenses de la section V sur la période 2016-2019**

Dépenses	2016		2017		2018		2019	
	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Dépenses d'animation, prévention et études	18,2	17,6	23,7	22,1	20,7	19,4	30,6	25,5
Conférence des financeurs forfait autonomie loi ASV (PA)	25,0	25,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0	40,0
Conférence des financeurs autres actions de prévention loi ASV (PA)	107,1	105,5	140,1	141,5	140,0	140,3	140,0	140,0
Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PAI 2008-2015 »	1,7	127,1	0,4	160,5	2,5	91,9	-	22,5
ANAH	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	-	-
Habitat inclusif	-	-	1,0	1,0	1,0	1,0	15,0	15,0
Fonds de soutien aux départements en difficulté	-	50,0	-	-	-	-	-	-
Fonds d'appui insertion RSA	-	-	50,0	50,0	-	-	-	-
Autres dépenses	10,7	11,3	23,3	21,0	20,2	15,7	12,8	13,6
<b>Total</b>	<b>182,7</b>	<b>356,5</b>	<b>298,5</b>	<b>456,1</b>	<b>244,4</b>	<b>328,3</b>	<b>238,4</b>	<b>256,6</b>

*Source : rapports annuels de la CNSA.*

### 2.2.3.3. Les plans d'aide à l'investissement financés par la section VII bénéficient à des projets choisis par les agences régionales de santé

La section VII du budget de la CNSA a été créée par l'article 68 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement qui prévoyait un plan d'aide à l'investissement (PAI) pluriannuel d'un montant de 100 M€ par an (70 M€ au titre du PAI pour les personnes âgées et 30 M€ au titre du PAI pour les personnes handicapées) sur la période 2016-2018, soit un total de 300 M€. Contrairement aux autres sections du budget de la CNSA qui bénéficiaient de l'affectation d'une fraction des ressources affectées à la CNSA, la section VII a été financée sur les ressources propres de la CNSA (excédent reportés).

Ce plan d'aide à l'investissement a ensuite connu les évolutions suivantes (cf. tableau 13) :

- ◆ il a été décidé une augmentation du PAI pour les personnes âgées de 10 M€ en 2016 et en 2017 ;
- ◆ conformément au relevé de conclusions de la conférence nationale du handicap (CNH) du 19 mai 2016, le lancement d'un PAI de 60 M€ a été programmé sur trois ans ;
- ◆ en 2019, le lancement d'un nouveau PAI de 100 M€ a été décidé, au-delà des prévisions de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, augmenté de 10 M€ pour les établissements et services pour les personnes handicapées, au titre de la transformation de l'offre ; en 2019, le PAI s'est donc réparti entre 100 M€ pour le champ des personnes âgées et 30 M€ pour le champ des personnes handicapées.

**Au total, la CNSA a financé sur ses excédents 600 M€ de plans d'aide à l'investissement sur la période 2016-2020.**

**Tableau 13 : programmation des aides à l'investissement sur la période 2016-2020 (AE, en M€)**

Montant des PAI	2016	2017	2018	2019	2020
Socle – loi ASV	100	100	100	0	0
PA – complément	10	10	0	0	0
PH – CNH	0	20	20	20	0
Poursuite	0	0	0	100	110
Transformation de l'offre	0	0	0	10	0
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>130</b>	<b>120</b>	<b>130</b>	<b>110</b>

*Source : budget exécuté 2019.*

## Annexe V

Chaque année, la CNSA prépare une instruction technique nationale soumise à son conseil et validée par le conseil national de pilotage dans lequel elle siège, ainsi que ses tutelles. Cette instruction précise aux agences régionales de santé (ARS) le cadre de mise en œuvre administratif et financier du plan d'aide à l'investissement au bénéfice des établissements et services médico-sociaux relevant du périmètre de compétence de la CNSA.

Les ARS sont chargées de sélectionner les opérations soutenues et d'attribuer les subventions en appréciant :

- ◆ la pertinence des projets et de leur place dans le maillage local, dans l'intérêt des résidents, des familles et de l'aménagement du territoire ; une attention particulière est portée à la localisation des bâtiments dans les secteurs les plus centraux, au détriment de constructions ou de reconstructions éloignées des transports et des services ;
- ◆ les critères d'efficacité des projets, sur la base d'une analyse préalable de la soutenabilité financière du projet et de l'objectif de maîtrise de la dépense publique ;
- ◆ les choix programmatiques en termes de développement durable et d'énergies renouvelables.

Les opérations bénéficiant d'une subvention au titre des PAI sont recensées dans l'application GALIS. Cette saisie obligatoire permet de suivre au niveau régional et au niveau national la consommation des crédits ainsi que la politique d'aide à l'investissement des ARS et de permettre un suivi comptable et financier des opérations.

L'élaboration des conventions, qui engagent juridiquement et financièrement l'ARS auprès de l'ESMS, permet le versement des subventions. Ces conventions sont établies sur la base des conventions-type mises à disposition sur le site de la CNSA. Elles précisent notamment les modalités de versement de l'aide au regard du calendrier prévisionnel des travaux ainsi que les clauses résolutoires en cas de non-respect des engagements. En cas d'absence de démarrage des travaux dans un délai de trois ans à compter de la date de notification de l'aide au porteur de projet, l'instruction nationale prévoit que l'aide à l'investissement accordée devient caduque.

**Chaque année, la CNSA répartit les crédits alloués aux PAI entre les ARS qui s'appuient sur la connaissance de leur territoire pour identifier les projets bénéficiaires, en tenant compte des orientations nationales fixées par la CNSA.** De même que pour les dépenses réalisées sur les sections IV et V, les dépenses relatives aux PAI font l'objet d'un contrôle insuffisant de la part des ARS et de la part de la CNSA. Pour répondre à cette lacune, la CNSA a décidé en 2020 d'étendre les missions de l'agent comptable pour lui permettre de réaliser des audits (des audits de PAI de trois EHPAD étaient initialement prévus en 2020). Cette fonction est dévolue à l'agent comptable dans le cadre de la convention de services financiers signée le 18 février 2020 avec la directrice de la CNSA (cf. supra).

### 2.2.4. Les frais de gestion de la Caisse ont fait l'objet d'un cadrage peu contraignant dans la COG 2016-2019

La COG 2016-2019 de la CNSA a fixé une trajectoire indicative des frais de gestion de la CNSA qui sont retracés sur la section VI de son budget (cf. tableau 14). La trajectoire globale des moyens de la Caisse s'établissait en augmentation de 7,2 % sur la période (20,8 M€ en 2019 contre 19,4 M€ en 2015), tandis que les dépenses de fonctionnement courant s'établissaient en diminution de 8 % sur la durée de la COG (2,8 M€ en 2019 contre 3,1 M€ en 2015). La COG précise ainsi que « la CNSA poursuivra cet effort [de maîtrise des dépenses de fonctionnement courant] en maîtrisant mieux les consommations courantes, les coûts liés à l'organisation de réunions et en exploitant le plus possible les opportunités de mutualisation des achats ». Les évolutions prévues sur les prestations, sur les études et sur l'investissement devaient pour leur part permettre à la CNSA de répondre aux objectifs fixés par l'État, en particulier en matière de développement de nouveaux systèmes d'information.

**Tableau 14 : trajectoire indicative des frais de gestion 2016-2019 inscrite dans la COG de la CNSA (CP, en k€)**

Postes de dépenses	Budget 2015	Budget primitif 2016	Projection 2017	Projection 2018	Projection 2019	Évolution 2015-2019
Personnel	10 821	11 373	11 564	11 568	11 375	+5,1 %
Fonctionnement	6 187	6 146	6 169	6 233	6 284	+1,6 %
<i>dont fonctionnement courant</i>	3 052	2 900	2 839	2 822	2 805	-8,1 %
<i>dont prestations et études informatiques</i>	1 359	1 410	1 460	1 510	1 547	+13,8 %
<i>dont immobilier</i>	1 775	1 837	1 870	1 901	1 932	+8,8 %
Investissement	2 080	2 625	2 650	2 495	2 600	+25,0 %
Dotations aux amortissements	270	500	505	475	495	+83,3 %
<b>Montant total section VI</b>	<b>19 358</b>	<b>20 644</b>	<b>20 888</b>	<b>20 771</b>	<b>20 754</b>	<b>+7,2 %</b>

Source : COG 2016-2019 de la CNSA.

La trajectoire des frais de gestion inscrite dans la COG 2016-2019 de la CNSA est présentée en comptabilité budgétaire alors que les données sous-jacentes correspondent à des données de charges exprimées en comptabilité générale, ce qui rend impossible en pratique la mesure du respect de la trajectoire fixée dans la COG. En particulier, elle inclut les dotations aux amortissements qui ne sont pas retracées en comptabilité budgétaire.

**Sur le plan comptable, il apparaît nécessaire de compléter le suivi réglementaire des frais de gestion en comptabilité budgétaire par un suivi en comptabilité générale :**

- ◆ la comptabilité budgétaire est réglementairement obligatoire pour effectuer le suivi annuel de la trajectoire des frais de gestion en autorisations d'engagement (AE) et en crédits de paiement (CP) ; toutefois le report du paiement de certaines factures d'une année sur l'autre peut altérer la qualité du suivi et donc fausser les comparaisons réalisées sur certains postes de dépenses (par exemple les dépenses immobilières ou les frais de déplacements comme l'a constaté la mission) ;
- ◆ la comptabilité générale apparaît en revanche plus appropriée pour évaluer l'évolution des dépenses car le suivi des charges à payer comptabilisées en comptabilité générale permet de mesurer l'ampleur des reports de paiement des factures d'une période sur l'autre, de manière fiable avec une imputation des charges et produits à la bonne période.

## Annexe V

Malgré ces réserves méthodologiques, les données d'exécution en CP, transmises par la CNSA (cf. tableau 15 et tableau 16) traduisent le respect global des orientations fixées dans la COG, avec 18,2 M€ de frais de gestion en 2019 contre une projection fixée à 20,3 M€ dans la COG (hors dotations aux amortissements).

**Ce résultat doit toutefois être relativisé** car le point de départ de la trajectoire des frais de gestion, fixé à 19,4 M€ en 2015, au moment de la préparation de la COG, s'est révélé nettement supérieur à l'exécution réelle de cet exercice qui s'est finalement établie à 18,4 M€ en 2015. Cela a permis à la Caisse d'atteindre les cibles annuelles en valeur fixées par la COG en dépit d'une augmentation sur la période 2016-2019 nettement supérieure à la trajectoire fixée. Les frais de gestion de la CNSA ont ainsi augmenté de 4,9 % entre 2016 et 2019 (cf. tableau 15), pour une prévision d'évolution fixée à 0,5% dans la COG sur cette période. Cette situation traduit des limites dans l'élaboration de la COG et a eu pour conséquence de limiter le caractère contraignant des cibles inscrites dans la COG au titre des frais de fonctionnement de la Caisse.

**Tableau 15 : trajectoire budgétaire 2016-2019 exécutée (CP, en k€)**

Postes de dépenses	2016	2017	2018	2019	Évolution 2016-2019
Personnel	10 604	10 861	11 057	10 699	+0,9 %
Fonctionnement	5 443	6 221	6 234	6 101	+12,1 %
<i>dont fonctionnement courant</i>	2 597	2 528	2 584	2 129	-18,0 %
<i>dont prestations et études informatiques</i>	1 279	1 406	1 582	1 177	-8,0 %
<i>dont immobilier</i>	1 567	2 287	2 067	2 794	+78,3 %
Investissement	1 266	2 511	2 361	1 362	+7,6 %
<b>Montant total section VI</b>	<b>17 313</b>	<b>19 593</b>	<b>19 652</b>	<b>18 162</b>	<b>+4,9 %</b>

Source : CNSA.

**Tableau 16 : exécution des frais de gestion de la CNSA en 2019 (en k€)**

Postes de dépenses	Projection 2019 (en CP)	Exécution 2019 (en CP)	Écart
Personnel	11 375	10 699	-676
Fonctionnement	6 284	6 101	-183
<i>dont fonctionnement courant</i>	2 805	2 129	-676
<i>dont prestations et études informatiques</i>	1 547	1 177	-370
<i>dont immobilier</i>	1 932	2 794	+862
Investissement	2 600	1 362	-1 238
Dotations aux amortissements	495	-	-495
<b>Montant total section VI</b>	<b>20 754</b>	<b>18 162</b>	<b>-2 592</b>
Montant total section VI (hors dotations aux amortissements)	20 259	18 162	-2 097

Source : CNSA.

L'avenant prorogeant la COG 2016-2019 a fixé à 22,1 M€ le montant total des frais de gestion de la CNSA en 2020, dont 11,5 M€ au titre des dépenses de personnel, 7,9 M€ au titre des dépenses de fonctionnement et 2,6 M€ au titre des dépenses d'investissement. Cet avenant prend acte du dépassement constaté sur les dépenses relatives à l'immobilier en prévoyant 872 k€ en 2020 au titre de charges immobilières exceptionnelles.

### 2.3. La structure du budget de la CNSA a été simplifiée dans le cadre de sa transformation en organisme gestionnaire de la branche autonomie

#### 2.3.1. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a ouvert la voie à une simplification de la présentation du budget de la CNSA

Si la présentation du budget de la CNSA en sept sections distinctes offrait une grande précision, elle demeurait néanmoins trop complexe et rigide :

## Annexe V

- ◆ chaque évolution relative à la structure du budget de la CNSA, aux recettes, aux dépenses et aux modalités d'affectation devait faire l'objet d'une modification législative, ce qui contribuait à réduire les pouvoirs du conseil et du directeur général de la CNSA sur le volet budgétaire ;
- ◆ l'affectation des recettes aux sections faisait obstacle aux possibilités de réallocations entre sections ;
- ◆ le principe d'encadrement de l'affectation des recettes ne permettait pas de sanctuariser des financements car il reposait sur des fourchettes larges ou sur des seuils faibles d'affectation de recettes aux sections.

Par comparaison, la structure du budget des caisses nationales du régime général est plus simple et lisible car leurs ressources sont définies dans la partie législative du CSS, sans fléchage sur des dépenses, tandis que les budgets gérés par chaque caisse sont listés dans la partie réglementaire du CSS relative au régime financier du régime général.

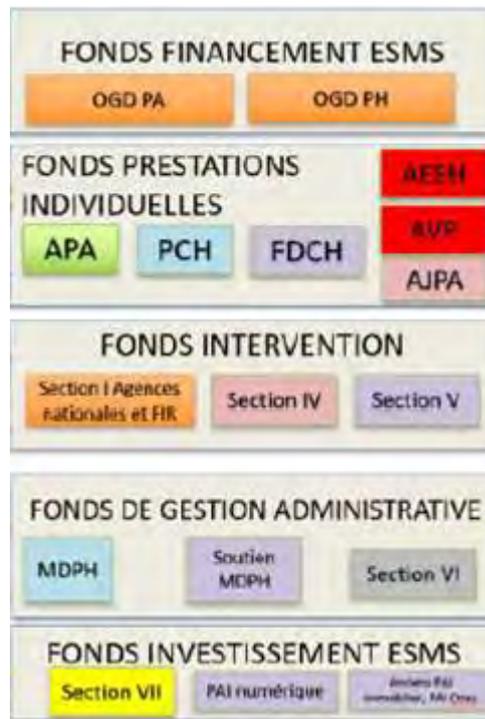
La loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 a ainsi modifié les dispositions de l'article L. 14-10-5 du CASF qui prévoit que le budget de la CNSA assure les dépenses suivantes, réparties entre cinq enveloppes (cf. figure 2) :

- ◆ un fonds dédié au financement des établissements et services médico-sociaux (ESMS) ;
- ◆ un fonds dédié au financement des concours versés aux départements ;
- ◆ un fonds dédié au financement des aides à l'investissement au bénéfice des ESMS et de l'habitat inclusif ;
- ◆ un fonds dédié au financement de la gestion administrative (dépenses de gestion) ;
- ◆ un fonds dédié au financement des autres dépenses d'intervention en faveur des personnes handicapées, des personnes âgées dépendantes et des proches aidants entrant dans le champ des missions de la CNSA (dépenses d'intervention).

**La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 ne crée pas, à proprement parler, de nouvelle maquette budgétaire.** Par parallélisme avec les caisses nationales de sécurité sociale, le budget de la CNSA n'a pas vocation à être encadré par voie législative ou réglementaire. Il appartient donc à la CNSA de construire une nouvelle maquette budgétaire, en définissant le contenu précis des cinq enveloppes définies par la loi.

## Annexe V

Figure 2 : décomposition du budget de la CNSA en cinq fonds (depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021)



Source : PLFSS 2021.

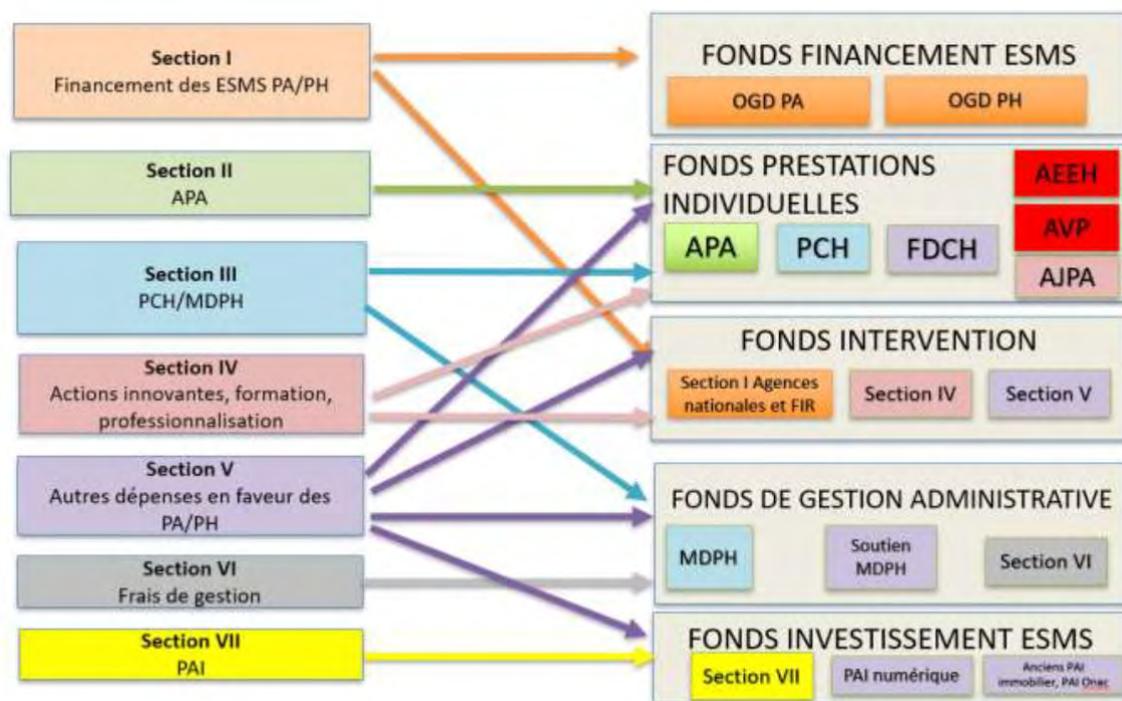
**Selon la CNSA, la nouvelle maquette budgétaire doit permettre d'atteindre les trois objectifs suivants :**

- ◆ améliorer la lisibilité des financements alloués par la branche aux politiques d'autonomie en favorisant l'identification des objets financés en lien avec les objectifs stratégiques fixés à la CNSA ;
- ◆ renforcer les prérogatives du conseil de la CNSA dans un cadre financier pluriannuel déterminé par la COG autorisant, dans une certaine mesure et sous certaines conditions, une fongibilité entre enveloppes et sous-enveloppes ;
- ◆ simplifier la construction et le suivi du budget de la CNSA en intégrant dans l'outil de gestion budgétaire interne les paramètres permettant d'automatiser la production de données budgétaires.

Afin d'assurer la transition entre la présentation du budget à sept sections et la nouvelle maquette budgétaire de la CNSA qui doit encore faire l'objet de travaux entre la CNSA et ses tutelles, le budget 2021 de la CNSA a été présenté selon une double présentation :

- ◆ d'une part, sous la forme d'une répartition des charges et des sections dans le cadre des sept sections existantes jusqu'en 2020 ;
- ◆ d'autre part, grâce à un tableau de passage (cf. graphique 10), sous la forme des cinq enveloppes introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, étant entendu que le périmètre exact des enveloppes sera revu en cours d'année 2021 sur la base des travaux relatifs à la maquette budgétaire qui devront tenir compte des priorités fixées dans la prochaine COG de la CNSA.

**Graphique 10 : tableau de passage entre l'ancienne et la nouvelle maquette budgétaire de la CNSA**



*Source : budget 2021 de la CNSA.*

**La mission estime qu'une attention particulière devra être apportée au suivi des dépenses du fonds d'intervention doté de 0,6 Md€ en 2021.** Ce nouveau fonds est désormais le réceptacle de dépenses qui étaient auparavant suivies au sein de la section I (hors OGD), de la section IV et de la section V :

- ◆ le concours « conférence des financeurs pour la prévention de la perte d'autonomie » (190 M€) ;
- ◆ le financement des dépenses de fonctionnement des groupes d'entraide mutuelle (GEM) et du dispositif MAIA dans le cadre du fonds d'intervention régional (141 M€) ;
- ◆ le soutien des agences nationales (ANAP et ATIH) dans le cadre des projets menés pour le compte de la branche (10 M€) ;
- ◆ le financement des dépenses de formation, professionnalisation et d'animation du secteur qui intègrent des mesures nouvelles contribuant au virage domiciliaire des politiques d'autonomie, incluant principalement la poursuite des dépenses dans le cadre de conventions auparavant associées aux sections IV et V (102 M€) ;
- ◆ le financement du forfait habitat inclusif pour un montant de 25 M€ ;
- ◆ un soutien de 150 M€ à la revalorisation salariale des personnels des services d'aide à domicile (SAAD) et de 17 M€ pour la poursuite du soutien à la préfiguration du nouveau modèle de financement des SAAD. ;
- ◆ un fonds d'appui aux démarches territoriales du vieillissement actif financé par une enveloppe de 10 M€.

### **2.3.2. La gestion de la trésorerie de la CNSA est désormais confiée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), ce qui implique la mise en place d'un dispositif de suivi des décaissements au sein de la Caisse**

**Le nouveau statut de la CNSA, qui devient l'organisme gestionnaire de la nouvelle branche autonomie, a conduit à revoir la gestion de la trésorerie sur le champ de l'autonomie.**

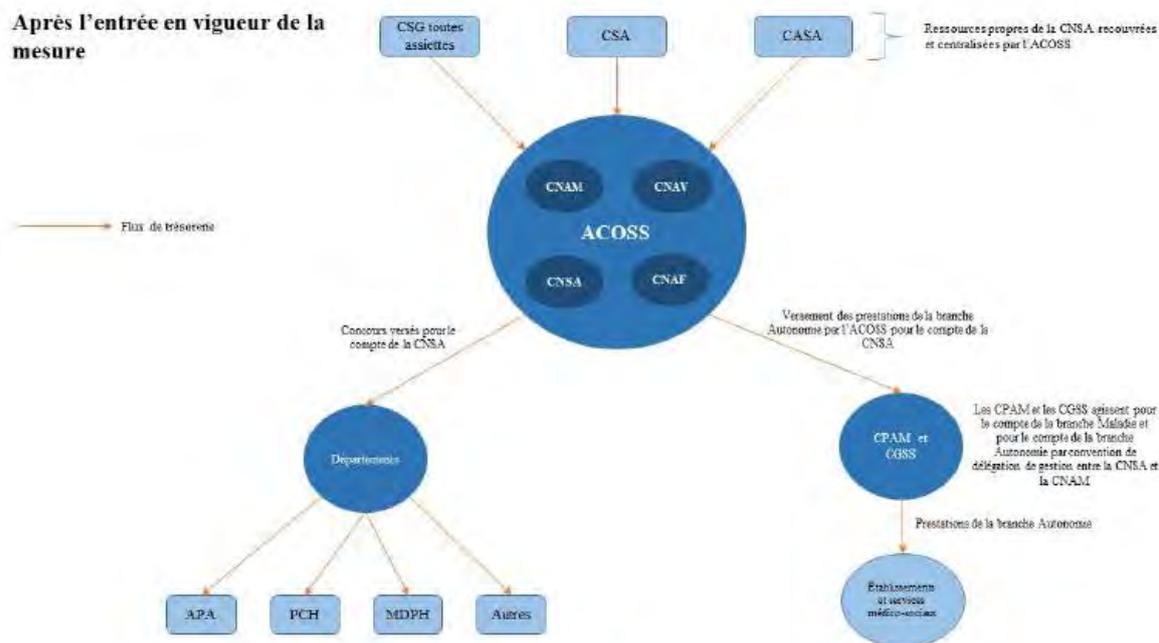
Avant le 1<sup>er</sup> janvier 2021, la CNSA gérait sa trésorerie distinctement du dispositif de gestion des branches de sécurité sociale assuré par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Les organismes du régime général, notamment la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et la CNSA entretiennent toutefois des relations financières sous forme de flux de trésorerie croisés :

- ◆ l'ACOSS recouvre, centralise et reverse à la CNSA la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) et une partie de la contribution sociale généralisée (CSG) ;
- ◆ en sens inverse, la CNSA verse à la CNAM les sommes correspondant à la prise en charge de prestations dans les établissements et services médico-sociaux par la CNSA.

La CNSA, ainsi que les départements, déposant leurs fonds au Trésor, leurs relations financières sont actuellement neutres en trésorerie pour le Trésor et donnent lieu uniquement à des écritures comptables dans les registres de la direction générale des finances publiques. La création de la branche autonomie a conduit à modifier les relations entre cette nouvelle branche et la branche maladie, désormais toutes deux au sein du régime général de la sécurité sociale : **la mission de gestion de la trésorerie de la nouvelle branche autonomie gérée par la CNSA est désormais confiée à l'ACOSS qui gère déjà de façon centralisée la trésorerie des quatre autres branches du régime général :**

- ◆ l'intégration de la trésorerie de la CNSA à l'ACOSS permet de réduire les flux financiers croisés entre les différentes branches du régime général, particulièrement entre la CNAM et la CNSA (cf. graphique 11) ; les flux de trésorerie correspondant au remboursement des dépenses de la CNSA à la CNAM dans les ESMS et à la dotation des régimes d'assurance maladie seront supprimés et les crédits de l'objectif global de dépenses sont désormais versés par les trois régimes d'assurance maladie disposant de caisses pivot aux établissements et services médico-sociaux financés par forfaits ou dotation et par l'ensemble des régimes d'assurance-maladie qui remboursent directement les prix de journée facturés ; la CNSA va devoir rembourser ces régimes d'assurance maladie, y compris ceux qui ne disposent pas de compte à l'ACOSS ;
- ◆ cette solution permet de sécuriser et d'optimiser le financement de la nouvelle branche autonomie qui relève désormais du dispositif de recours aux ressources non permanentes aujourd'hui mis en œuvre par l'ACOSS ; l'intégration de la trésorerie de la CNSA dans celle gérée par l'ACOSS lui permettra de bénéficier des conditions d'emprunt particulièrement favorables de l'ACOSS ; ces financements permettront de couvrir des besoins ponctuels de trésorerie mais également de financer de façon temporaire des déficits en cas de déséquilibre financier de la branche.

**Graphique 11 : flux de trésorerie après l'entrée en vigueur de centralisation de la trésorerie de la CNSA à l'ACOSS**



Source : PLFSS 2021.

**Comme pour les autres branches, un suivi régulier de la trésorerie de la CNSA devra être réalisé par la Caisse, qui pourra procéder à des demandes de tirage auprès de l'ACOSS dans les mêmes conditions que les autres organismes (cf. encadré 6).** Dans un premier temps, l'ACOSS a prévu d'abonder chaque semaine (tous les lundis) le compte de la CNSA, ce qui implique que celle-ci soit en mesure de réaliser une prévision hebdomadaire suffisamment précise. La direction des ressources de la CNSA doit ainsi assurer un suivi de trésorerie régulier et sensibiliser l'ensemble des directions de la CNSA sur la nécessité d'anticiper la date des paiements les plus substantiels.

Selon la CNSA, les paiements dont la date est la moins prévisible sont ceux qui sont réalisés dans le cadre de conventions car ils dépendent de l'avancement des projets. Les conventions actuelles prévoient d'ores et déjà un délai de paiement de 30 jours, ce qui offre une certaine souplesse au regard de la fréquence hebdomadaire des versements de l'ACOSS. À l'avenir, la CNSA pourrait être amenée à adapter les clauses de paiement qui figurent dans ses conventions afin de ménager un délai suffisant pour obtenir les fonds nécessaires de la part de l'ACOSS.

**La précision des prévisions demandées à la CNSA peut toutefois être relativisée au regard des masses financières gérées par les autres branches du régime général et au regard de la marge d'erreur prise en compte par l'ACOSS.** L'Inspection générale des affaires sociales relevait ainsi en 2017<sup>4</sup> que l'ACOSS se donnait une marge d'erreur de 50 M€ pour ses prévisions à « J :17h », de 200 M€ pour ses prévisions à « J+1 », de 300 M€ pour ses prévisions à « J+2 », de 500 M€ pour ses prévisions à « M+1 », de 700 M€ pour ses prévisions à « M+2 », de 1 000 M€ pour ses prévisions à « M+3 ».

<sup>4</sup> Inspection générale des affaires sociales, rapport n° 2017-099R sur la gestion de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, janvier 2018 (public).

**Encadré 6 : suivi de trésorerie réalisé par l'ACOSS en cours d'année**

**L'ACOSS présente tous les mois à ses administrateurs un suivi mensuel de ses prévisions.**

En janvier, lors du premier conseil d'administration de l'année, l'ACOSS présente à son conseil d'administration deux documents de prévision :

- le premier, appelé « P00 » ou « prévision normée », présente une prévision de trésorerie sur l'année en cours (encaissements, décaissements, variation du solde), établie sur la base des hypothèses macro-économiques de la loi de financement de la sécurité sociale votée ;
- le second, appelé « P01 », présente les prévisions dites « techniques » de l'année en cours établies par la direction de la statistique, des études et de la prévision (DISEP) sur la base des hypothèses macro-économiques réactualisées par l'ACOSS ; les résultats de ces prévisions sont ventilés mois par mois et présentés sur un horizon de deux trimestres.

Les données de la prévision « P01 » sont ensuite actualisées par la DISEP dans une « note mensuelle d'analyse et de prévision », notée P01 à P12, qui est présentée chaque mois en commission financière et statistique.

Les résultats de la prévision technique étant donnés sur six mois glissants, ce n'est qu'avec la « P07 » que la note mensuelle donne une nouvelle estimation du solde de fin d'année, en cohérence avec le calendrier de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS).

**Sur cette base, l'ACOSS met à jour quotidiennement un tableau de bord de son profil de trésorerie du mois**

En s'appuyant sur la prévision de solde du mois à venir, qui lui est transmise chaque mois par la DISEP, le service « optimisation et synthèse des flux » (OSF) du département « trésorerie au siège et relations avec les partenaires » (TSRP) va actualiser tous les jours le profil journalier du solde ACOSS pour le mois en cours.

Pour établir ce profil, elle produit des estimations pour environ 150 agrégats de flux en encaissements et en tirages. Pour répartir chaque flux à l'intérieur du mois, le service OSF applique trois types de règles :

- la réglementation : application des dates prévues par les textes en vigueur (exemples : en recettes, les encaissements URSSAF sont versés sur le compte ACOSS les 5 et les 15 du mois ; en tirages, les pensions versées par la CNAV sont tirées le 9 du mois) ;
- les dispositions des conventions passées avec les organismes partenaires de l'ACOSS, lorsque celles-ci définissent un calendrier pour leurs versements ou leurs tirages sur le compte ACOSS (les versements par l'État du produit de la taxe sur les salaires sont effectués les mardis et vendredis, celui du produit des prélèvements sociaux sur le patrimoine est positionné le 25 septembre), ou les conclusions de réunions de planification tenues entre l'ACOSS et son partenaire (ainsi la date du versement de la prime de Noël est-elle fixée par une réunion entre l'ACOSS, la CNAF et la DSS, en fonction du profil de trésorerie de l'ACOSS) ;
- l'historique des flux passés, qui permet d'affiner la prévision en fonction des données constatées des années précédentes.

Toutes ces prévisions sont ajustées en tenant compte du calendrier de l'année en cours (jours fériés, week-ends, etc.).

**Tous les jours à 17h, l'ACOSS arrête ses prévisions de solde à J+1**

Le service OCS intègre au jour le jour les informations transmises par les URSSAF, les caisses prestataires et les différents partenaires de l'ACOSS sur leurs encaissements et décaissements des trois prochains jours, selon des procédures et des horaires bien définis :

- les URSSAF doivent transmettre leurs prévisions d'encaissement pour J+1 avant 16h00, en utilisant l'application interne SOFT ;
- les caisses prestataires doivent transmettre leurs demandes de tirage pour J+1 avant 13h30, et leurs prévisions de tirages pour J+2 et J+3 avant 16h00, en utilisant l'application interne SYTI ; ces prévisions de tirage correspondent à des demandes de paiement réels ; il n'y a donc pas de risque d'écart entre la somme prévue en J-1 et le décaissement constaté en J ;

- les autres partenaires de l'ACOSS (État, autres organismes sociaux « clients » de l'ACOSS) doivent transmettre leurs annonces avant 16h, par courrier électronique ; aucun outil spécifique n'est utilisé, ni pour les annonces ou prévision, ni pour la constitution des fichiers de paiement ; l'outillage de ce processus essentiel par le déploiement d'un portail commun déclaration et de suivi est l'un des chantiers du projet informatique « système national de trésorerie » (SNT).

À l'issue de ce processus est arrêtée à 17h00 chaque jour ouvré la prévision de solde pour J+1, qui sert de base :

- au tableau de bord quotidien de la trésorerie qui est adressé journalièrement aux ministères de tutelle de l'ACOSS ;
- aux prévisions adressées à la Caisse des dépôts et consignations (CDC), qui font l'objet d'un suivi journalier, assorti de pénalités en cas d'écart trop important entre le montant prévu en J-1 et le montant constaté en J, à 15h30 ;
- aux décisions du service « trésorerie centrale financements et placements » (TCFP), qui est en charge de la gestion du compte ACOSS et du financement des besoins en trésorerie de l'Agence.

*Source : Inspection générale des affaires sociales, rapport n° 2017-099R sur la gestion de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, janvier 2018 (public).*

### **2.3.3. De nouvelles missions ont été confiées à la CNSA à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, avec un niveau d'ambition qui reste à clarifier**

#### **2.3.3.1. La CNSA finance l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021**

Dans le prolongement du rapport de M. Laurent Vachey sur le périmètre, la gouvernance et le financement de la branche autonomie (cf. encadré 7), la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a prévu que l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), prestation jusqu'alors financée par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) pour un coût estimé à 1,21 Md€ (hors frais de gestion), intègre le périmètre de la CNSA à compter de 2021.

En pratique, la CNAF et la MSA continueront de verser l'AEEH aux allocataires, mais son financement sera désormais pris en charge par la CNSA. Une convention va être conclue en 2021 entre la CNSA et la CNAF et entre la CNSA et la MSA afin de définir les modalités de remboursement par la CNSA à la CNAF et à la MSA des prestations versées par les caisses d'allocation familiales (CAF) dont le financement est assuré par la branche autonomie, ainsi que les frais de gestion correspondants. Cette convention concerne l'AEEH mais également l'allocation journalière du proche aidant (AJPA). Ce nouveau dispositif financier ne devrait pas représenter une charge de gestion très lourde pour les services de la CNSA : la CNAF et la MSA transmettront un décompte mensuel à la CNSA et à l'ACOSS qui sera suivi d'un ordre de paiement de la CNSA à l'ACOSS pour assurer le remboursement de la CNAF et de la MSA.

#### **Encadré 7 : transfert de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)**

Le budget de l'AEEH est de 1 Md€ en 2019, pour 316 000 familles bénéficiaires.

Le CSS n'est pas explicite sur la finalité de l'AEEH (L. 541-1 : « Toute personne qui assume la charge d'un enfant handicapé a droit à une allocation d'éducation spéciale, si l'incapacité permanente de l'enfant est au moins égale à un taux déterminé »), mais on en comprend que l'AEEH a pour vocation la compensation des frais et pertes de rémunération des parents du fait du handicap de leur enfant. À la différence de la PCH (prestation en nature), l'AEEH est une prestation en espèces. Du fait de cette différence, et parce que certains volets de la PCH (aide humaine, aménagement du logement et du véhicule...) permettent une meilleure compensation pour certaines situations, un droit d'option a été ouvert en 2008. 6,3 % des bénéficiaires de la PCH, soit environ 21 000, ont moins de 20 ans.

## Annexe V

Cette superposition des deux prestations AEEH/PCH enfants est un facteur de complexité majeur pour les familles, et de charge de travail pour les équipes des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), décrits et dénoncés dans deux rapports récents (« Plus simple la vie » en 2018, et le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'AEEH et la PCH pour la Conférence nationale du handicap 2020 (CNH 2020).

Il était proposé dans le rapport « Plus simple la vie » de maintenir l'allocation d'éducation de base dans le champ Familles, au motif qu'elle ne vise pas la compensation explicite de charges liées à la compensation du handicap, contrairement aux compléments. L'hypothèse du rapport de l'IGAS était de redéfinir le champ même des compléments pour distinguer ce qui relève plus précisément de l'aide à l'autonomie et une « allocation de présence parentale », mais n'est pas accessible dans les délais de création de la branche autonomie.

L'AEEH, même pour l'allocation de base, vise par nature à compenser les conséquences du handicap de l'enfant, sinon les familles concernées ne seraient éligibles qu'aux allocations familiales de droit commun. Et le statu quo du droit d'option n'est pas tenable. **Il est donc proposé de transférer l'intégralité de l'AEEH à la branche autonomie, soit 1 Md€.**

Le circuit d'ouverture des droits (MDPH) et de versement (CAF) n'est pas affecté par ce redécoupage. En termes de gestion du risque et d'amélioration du service rendu, il induit une obligation pour la branche autonomie d'abord de réviser la PCH pour qu'elle prenne mieux en compte les besoins spécifiques des enfants, ensuite de fusionner en une seule les deux prestations pour la rendre plus compréhensible pour les familles, et plus simple à instruire pour les MDPH. C'est un chantier indispensable, qui aurait dû dès 2008 accompagner l'ouverture de la PCH aux enfants.

*Source : rapport de M. Laurent Vachey sur le périmètre, la gouvernance et le financement de la branche autonomie, septembre 2020.*

### 2.3.3.2. Deux nouveaux dispositifs financiers ont été confiés à la CNSA en 2021

Au-delà des dispositions de l'article 32 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 directement liées à la création de la nouvelle branche autonomie, **deux nouveaux dispositifs financiers ont été confiés à la CNSA à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 :**

- ◆ l'article 34 prévoit la création d'un nouveau concours de la CNSA pour le financement des dépenses départementales d'aides à la vie partagée, dans la continuité du rapport sur l'habitat inclusif intitulé « Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous » remis en juin 2020 par M. Denis Piveteau et M. Jacques Wolfrom ;
- ◆ l'article 47 prévoit qu'afin de contribuer à l'attractivité, à la dignité et à l'amélioration des salaires des métiers des professionnels des services d'accompagnement et d'aide à domicile la CNSA verse une aide d'un montant de 200 M€ par an (150 M€ en 2021) aux départements finançant un dispositif de soutien à ces professionnels.

Les contours de ces deux dispositifs, introduits par amendement du Gouvernement en cours de débat parlementaire, devront être précisés dans le courant de l'année 2021. Ils illustrent la démultiplication des dispositifs confiés à la CNSA au fil des années, très marquée sur la période couverte par la COG 2016-2019 : les tutelles de la CNSA devront préciser si la contribution de la CNSA se limite à la prise en charge financière de ces nouveaux dispositifs ou bien si elle est également chargée d'appuyer le déploiement des politiques publiques concernées auprès des départements, ce qui est d'ores et déjà le cas pour l'habitat inclusif (cf. annexe VIII).

## 2.4. La fonction financière et comptable de la CNSA est peu structurée

### 2.4.1. La fonction financière et comptable de la CNSA est répartie entre différentes directions

Les différentes dépenses retracées au sein du budget de la CNSA ne sont pas suivies de façon centralisée au sein de la CNSA :

- ◆ le suivi de l'objectif global de dépenses (OGD) relève de la compétence exclusive de la direction des établissements et services médico-sociaux (DESMS) ;
- ◆ la répartition des concours APA et PCH versés aux départements relève de la compétence de la direction des ressources, tandis que la réflexion sur les réformes envisageables est partagée avec la direction de la compensation (DCOMP) qui suit en outre particulièrement le concours MDPH, le concours « autres actions de prévention » et le concours « forfait autonomie » ;
- ◆ les conventions « section IV » sont suivies et gérées par la direction de la compensation ;
- ◆ les dépenses d'animation et de prévention et des études sont suivies et gérées par la direction scientifique ;
- ◆ les plans d'aide à l'investissement sont suivis et gérés par la DESMS ;
- ◆ les frais de gestion de la Caisse sont suivis et gérés par la direction des ressources.

**Les caisses nationales du régime général disposent toutes d'une direction comptable et financière<sup>5</sup>**, conformément aux dispositions de l'article L. 122-1 du CSS qui dispose que « *tout organisme de sécurité sociale est tenu d'avoir [...] un directeur comptable et financier* ». La situation est différente au sein de la CNSA où la fonction comptable est assurée par une agence comptable séparée de la direction des ressources et de son pôle budget et finances. Sur ce point, il semble indispensable de clarifier le statut de la CNSA au regard des dispositions législatives applicables aux caisses nationales de sécurité sociale du régime général, ce qui permettra d'examiner l'opportunité de la mise en place d'une direction comptable et financière.

**La fonction budgétaire et financière de la CNSA est aujourd'hui répartie au sein de ses différentes directions** qui gèrent chacune les crédits qui la concernent. La direction des ressources gère ainsi seulement une partie des crédits inscrits au sein du budget de la CNSA.

### 2.4.2. La direction des ressources peine à assurer la synthèse budgétaire

**Chaque direction dispose en théorie d'un référent budgétaire<sup>6</sup>** chargé d'assurer la synthèse budgétaire au sein de la direction, pour le compte de la direction des ressources qui prépare les budgets présentés au conseil de la CNSA. Selon la direction des ressources, la qualité des informations transmises par les directions est variable et dépend à la fois de l'expérience et des compétences budgétaires des référents et du temps consacré aux sujets budgétaires par les différentes directions. Au-delà du traitement de sujets ponctuels, les directions de la CNSA et leurs référents budgétaires sont sollicités régulièrement dans le cadre d'exercices de synthèse budgétaire transversaux, particulièrement pour la préparation du budget initial ou d'un budget rectificatif.

---

<sup>5</sup> La Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) dispose d'une direction déléguée aux finances et à la comptabilité, tandis que la Caisse nationale aux affaires familiales (CNAF) et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) disposent d'une direction comptable et financière.

<sup>6</sup> Chaque direction de la CNSA dispose en théorie d'un référent budgétaire, d'un référent « marchés publics » et d'un référent « contrôle interne ». Ces fonctions sont souvent exercées par la même personne.

**La gestion budgétaire de la CNSA est marquée par un nombre importants de budgets rectificatifs présentés au conseil en cours d'année (cf. tableau 17).** Trois budgets rectificatifs viennent habituellement modifier le budget initial de la Caisse (un quatrième budget rectificatif a été nécessaire en 2020 pour tenir compte de l'impact de la crise sanitaire du Covid-19) :

- ◆ un premier budget rectificatif intervient au mois d'avril pour prendre en compte les reports des crédits non consommés lors de l'exercice précédent ;
- ◆ un deuxième budget rectificatif intervient au mois de juillet pour prendre en compte les actualisations disponibles, notamment sur les prévisions de recettes et sur le montant de l'objectif national d'assurance maladie (ONDAM) et l'objectif global de dépenses (OGD) ;
- ◆ un troisième budget rectificatif intervient au mois de novembre pour prendre en compte les dernières prévisions disponibles relatives à l'« atterrissage » budgétaire de fin d'année.

**Tableau 17 : nombre de budgets rectificatifs sur la période 2016-2019**

Année	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre de budgets rectificatifs	3	3	3	2	4

*Source : mission.*

### **2.4.3. Les avis défavorables du contrôleur budgétaire concernent principalement des sujets de personnel**

**La CNSA est assujettie au contrôle budgétaire** prévu par les articles 220 et 228 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique : le contrôleur budgétaire procède à l'analyse des risques financiers directs et indirects et à l'évaluation de la performance de l'organisme, au regard de l'ensemble des missions qui lui sont confiées et des objectifs qui lui sont assignés ou auquel il contribue. Il évalue également la performance compte tenu des moyens alloués à l'organisme et des résultats obtenus.

En application de l'arrêté du 27 octobre 2015 relatif aux modalités d'exercice du contrôle budgétaire sur la CNSA :

- ◆ sont soumis au visa du contrôleur budgétaire les actes relatifs au recrutement, à la rémunération et à l'avancement des cadres dirigeants de la Caisse ;
- ◆ sont soumis à l'avis préalable du contrôleur budgétaire :
  - les actes relatifs au recrutement, à la rémunération et à l'avancement des personnels autres que les cadres dirigeants dont la rémunération annuelle brute est supérieure ou égale à 40 000 € et la durée d'engagement est supérieure ou égale à douze mois ;
  - les contrats-types de personnel (contrats à durée indéterminée de l'UCANSS, détachement de fonctionnaires, contrats à durée déterminée de droit public d'une durée supérieure ou égale à trois ans).

Selon les informations transmises par le contrôleur budgétaire, les modalités du contrôle budgétaire et les seuils applicables peuvent varier au sein des caisses nationales de sécurité sociale, notamment au regard de la qualité du contrôle interne et budgétaire :

- ◆ à la CNAF, sont soumis à visa les actes relatifs au recrutement, à la rémunération et à l'avancement des agents de l'établissement, ainsi que les ruptures de contrat ; il n'y a pas de seuil ;

## Annexe V

- ◆ à la CNAV, sont soumis à visa les actes relatifs au recrutement, à la rémunération et à l'avancement des cadres dirigeants et des agents de l'établissement dont la rémunération est supérieure à 100 000 € brut par an ainsi que les ruptures de contrat, qu'il s'agisse de contrats à durée indéterminée ou déterminée, de détachements ou de mises à disposition ;
- ◆ à la CNAM, jusqu'en 2018, étaient soumis au visa préalable les actes relatifs aux recrutements des personnels sous convention collective UCANSS (agents de direction, praticiens conseils, employés et cadres) en contrats à durée indéterminée ou déterminée, à partir du niveau 6 pour les employés et cadres, à partir du niveau VA pour les informaticiens et à partir du niveau 7E pour les personnels soignants éducatifs et médicaux ; un processus d'allègement de visas a été engagé à compter de l'automne 2018, sous la forme d'une expérimentation d'un dispositif d'accords donnés par le contrôleur à des fiches de cadrage de la CNAM définissant des plages de rémunération par profil de recrutement ;
- ◆ à l'ACOSS, le seuil n'est pas fixé directement en fonction de la rémunération mais par catégorie d'emplois des conventions collectives ; les actes individuels concernant les agents de directions en contrats à durée indéterminée sont soumis à visa (leur niveau de rémunération annuelle commence à 72 k€) tandis que pour les autres salariés (cadres et employés), il s'agit d'avis préalable ; les contrats à durée déterminée sont soumis à information préalable.

Selon le rapport annuel du contrôleur budgétaire, celui-ci a émis 164 avis et visas en 2019 (contre 127 en 2018) :

- ◆ 74 conventions pour le déploiement du système d'information harmonisé dans les MDPH (section V) ;
- ◆ 43 dossiers concernant le personnel ;
- ◆ 34 conventions de la section IV ;
- ◆ 5 dossiers concernant la section VI ;
- ◆ 8 marchés publics.

Parmi l'ensemble de ces dossiers soumis au contrôleur budgétaire, le nombre de refus de visas et d'avis défavorables s'est élevé à huit en 2019, exclusivement sur des sujets de personnel : *« six recrutements offrant aux intéressés des gains salariaux très élevés par rapport à leur emploi précédent, une promotion accompagnée également d'une augmentation salariale non justifiée et une rupture conventionnelle proposée à une salariée démissionnaire sans qu'il apparaisse que l'employeur ait intérêt à ce départ »* (cf. annexe III).

**S'agissant du contrôle des rémunérations, le contrôle général économique et financier a pour habitude de demander un dossier argumenté pour les augmentations comprises entre 5 % et 10 % par rapport à la rémunération précédente et de donner un avis défavorable aux augmentations supérieures à 10 %. Si elle le souhaite, la directrice générale dispose de la faculté de passer outre l'avis défavorable du contrôleur budgétaire et de procéder aux recrutements envisagés en maintenant les conditions financières proposées.**

### **3. La gestion comptable de la CNSA manque de maturité, alors que la caisse va devoir répondre à des exigences renforcées en tant que gestionnaire de branche**

#### **3.1. Le déploiement du service facturier a connu des vicissitudes et a fortement fragilisé l'agence comptable de la CNSA**

##### **3.1.1. Conformément aux orientations fixées par la COG 2016-2019, la CNSA a mis en place un service facturier qui s'est substitué au service de centralisation des factures créé en 2014**

En application de la convention de prestation de service signée le 9 janvier 2014 entre le directeur de la CNSA et l'agent comptable, l'ordonnateur a confié les tâches suivantes à l'agent comptable :

- ◆ la préparation et/ou la coordination des actes de liquidation et d'ordonnancement en vue de respecter le délai légal de paiement pour les dépenses liées aux factures des fournisseurs ;
- ◆ la préparation et/ou la coordination des actes de liquidation et d'ordonnancement pour les dépenses de subventions relatives au plan d'aide à la modernisation (PAM) et au plan d'aide à l'investissement (PAI).

Les autres dépenses étaient explicitement exclues du champ de la convention, notamment les subventions autres que PAM et PAI, les fonds de concours versés aux départements et les versements effectués auprès des organismes de sécurité sociale et des régimes spéciaux.

La convention prévoyait la création d'un service de centralisation des factures (SCF) et la mise à disposition de l'agent comptable de cinq ETP :

- ◆ un ETP fondé de pouvoir ;
- ◆ deux ETP au sein du service comptable ;
- ◆ deux ETP au sein du SCF.

Dans la continuité du SCF créé en 2014, la COG 2016-2019 de la CNSA prévoyait la mise en place d'un service facturier conformément à l'article 41 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique (cf. encadré 8). Un service facturier, placé sous l'autorité de l'agent comptable, a pour fonction de centraliser et de mettre en paiement toutes les factures émises par les fournisseurs de l'organisme.

#### **Encadré 8 : mise en place d'un service facturier**

Lorsqu'il est mis en place, un service facturier placé sous l'autorité d'un comptable public est chargé de recevoir et d'enregistrer les factures et titres établissant les droits acquis aux créanciers.

Dans ce cas, le montant de la dépense est arrêté par le comptable au vu des factures et titres mentionnés à l'alinéa précédent et de la certification du service fait. Cette certification constitue l'ordre de payer défini aux articles 11 et 29 à 32.

Un service placé sous l'autorité du comptable public peut être chargé de liquider les dépenses de personnel d'une administration publique mentionnée au 2° ou 3° de l'article 1<sup>er</sup> dont il est assignataire.

Les services mentionnés au premier alinéa et au troisième alinéa sont mis en place par convention signée par le comptable public et l'ordonnateur, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé du budget.

*Source : article 41 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.*

## Annexe V

**La CNSA a effectivement fait évoluer le service de centralisation des factures mis en place en janvier 2014 pour le transformer en service facturier placé sous l'autorité de l'agent comptable.** Les modalités de fonctionnement du service facturier et le rôle de chacun des intervenants, ordonnateur et agent comptable, au sein du système d'organisation retenu ont été définies par une convention signée le 28 janvier 2020 entre la directrice de la CNSA et l'agent comptable (cf. annexe I : bilan de l'action 1 de la fiche thématique IV de l'axe 5).

Les objectifs fixés au service facturier sont les suivants :

- ◆ optimiser et fiabiliser le circuit de la dépense ;
- ◆ maîtriser et réduire les délais de paiement ;
- ◆ participer à une meilleure visibilité, pour les fournisseurs, du suivi de leurs factures et de leur règlement, par l'instauration d'une cellule unique de traitement ;
- ◆ limiter les intérêts moratoires.

Pour atteindre ces objectifs, le service facturier a pour rôle :

- ◆ de constituer les dossiers de liquidation pour la plupart des dépenses (réalisation des demandes de paiement avec insertion des pièces justificatives), d'effectuer le rapprochement entre l'engagement juridique, la certification du service fait et la facture et de procéder au paiement à l'échéance après avoir exercé les contrôles qui incombent à l'agent comptable ;
- ◆ de liquider l'ensemble des dépenses sans ordonnancement préalable et les PAI pour lesquels il n'existe pas de facture ; les liquidations restent toutefois de la compétence de la direction des ressources pour les remboursements de frais, les concours et les subventions ;
- ◆ d'assurer la mise à jour du fichier des tiers afin de fluidifier la chaîne de traitement des dépenses et d'accélérer les mises en paiement ;
- ◆ à titre dérogatoire, de contrôler les titres de recettes émis par l'ordonnateur et de s'assurer de leur correcte comptabilisation ; cette dérogation mérité d'être soulignée dans la mesure où le service facturier tel que défini par l'article 41 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique (cf. encadré 8) porte uniquement sur les dépenses.

Le calendrier opérationnel du déploiement du service facturier n'a pas pu être précisé à la mission : un projet de convention de service facturier a été élaboré et signé par l'agent comptable en janvier 2020 mais ne semble pas avoir été signé par la directrice de la CNSA.

### **3.1.2. Le déploiement du service facturier a eu lieu au sein d'un service confronté à des difficultés importantes depuis 2019, qui ont culminé avec le suicide d'un agent en mars 2020**

Quatre agents comptables se sont succédé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 (cf. tableau 18).

**Tableau 18 : agents comptables successifs de la CNSA**

Date de l'arrêté de nomination	Agent comptable	Durée d'exercice
26/11/2011	M <sup>me</sup> Régine Latrille	2 ans et 10 mois
18/09/2014	M. Jean-Marc Tochon	9 mois
16/06/2015	M. Jean-Luc Tanneau	3 ans et 11 mois
17/05/2019	M <sup>me</sup> Florence Bougnaud-Vedel (par interim)	Moins d'un mois
07/06/2019	M <sup>me</sup> Sandra Bardet-Thebaut	1 an et 6 mois
03/12/2020	M. Laurent Mathis	-

*Source : arrêtés de nomination publiés au Journal officiel.*

## Annexe V

Selon les bilans sociaux de la CNSA, les effectifs de l'agence comptable ont été globalement stables en 2017 et en 2018, avec 6 ETP présents. En 2019, l'agence comptable a connu un renouvellement important avec le remplacement de trois agents qui a occasionné deux vacances de postes et 3,5 mois sans remplacement. À la fin de l'année 2020, l'agence comptable était confrontée à une situation très dégradée, avec deux agents en arrêt maladie et la perspective du départ de l'agent comptable et de son fondé de pouvoir, ainsi que la démission d'un agent recruté en 2019 en contrat à durée déterminée. Un nouvel agent comptable et un nouveau fondé de pouvoir ont été nommés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Le rapport réalisé en septembre 2020 par le cabinet Eretra, intitulé « diagnostic et préconisations suite à un événement grave », relève ainsi les tensions qui affectaient le bon fonctionnement de l'agence comptable avant le déploiement du service facturier et le suicide intervenu en mars 2020 :

- ◆ des tensions entre des acteurs de la direction des ressources et l'agence comptable : « ces tensions existaient entre des acteurs de la direction des ressources, d'une part, et l'agent comptable et le fondé de pouvoir, d'autre part » ; le compte-rendu du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) du 10 octobre 2019 atteste de l'antériorité de ces relations dégradées : « En réponse à l'interpellation des représentants du personnel sur le départ de l'agent comptable, un membre de la direction des ressources signale que l'attitude de ce dernier était devenue tellement critique pour les équipes, que la direction des ressources a failli lancer une alerte RPS. Les relations entre l'agence comptable et la direction des ressources étaient devenues plus que problématiques. Des échanges de mail très désagréables ont notamment été publiés. La direction générale en a tiré toutes les conséquences. La décision de le démettre de ses fonctions a donc été prise sur la base d'éléments sérieux. Même si les conséquences de ce départ sont mal vécues par les équipes, il fallait sans doute que la personne parte pour la préservation des relations de travail » ;
- ◆ des tensions entre les agents de l'agence comptable : « le service était coupé en deux clans : d'une part l'agent comptable, le fondé de pouvoir et un comptable, de l'autre un comptable et un gestionnaire de dépenses ».

On peut également relever qu'aucun agent de l'agence comptable n'a participé au séminaire organisé le 11 janvier 2021 par la direction générale de la CNSA afin de préparer la transformation de la Caisse en gestionnaire de branche.

### 3.1.3. La CNSA n'a pas pris la mesure des prérequis organisationnels indispensables pour le bon fonctionnement d'un service facturier

Les constats sur le fonctionnement du service facturier réalisés par le cabinet Eretra, corroborés par les entretiens conduits par la mission, montrent que le fonctionnement du service facturier est marqué par un manque de procédures écrites qui permettrait de préciser ce qui est précisément attendu du responsable du service facturier ainsi que le partage des tâches entre le service facturier et les directions métiers (cf. encadré 9).

#### Encadré 9 : un manque de procédures écrites au sein de la CNSA

[...]

Cette absence de règles semble apparaître à d'autres niveaux du processus. En effet, le processus de demande de mise en paiement réalisé par les directions comprend de nombreux contrôles.

« La direction métier fait un contrôle, puis elle passe à la direction des ressources où un autre expert fait un second contrôle, et après, ça part à l'agence comptable où le SFACT contrôle une troisième fois »

Or, il arrive régulièrement que le « service fait » ne soit pas fait ou pas cohérent avec la facture. Ce constat pose la question de ce qui a été défini : quelles informations, quels éléments est-il prévu de vérifier lors de ces différents contrôles ?

## Annexe V

*« C'est sûr on gagnerait à traduire la procédure, le mode de fonctionnement de la triangulation : agent comptable, direction des ressources et la direction qui fait la commande »*

**Cette absence apparente, en amont, de cadrage des vérifications, des rapprochements des informations se répercute sur la charge de travail du service de centralisation des factures, puisque les agents doivent relancer les directions, mettre en attente les demandes de mises en paiement, ce qui génère un travail de suivi et alimente un retard dans le traitement des factures.**

Ensuite, le travail de préparation du SFACT est contrôlé par l'agent comptable ou le fondé de pouvoir et là aussi des refus ont lieu, du fait, entres autres, de l'application « personnalisée » des règles :

*« Normalement il y a peu de chance qu'il y ait un rejet après tous ces contrôles. Mais ça arrive car chacun apprécie la règle »*

Ces changements d'appréciation sont qualifiés d' « usant » par des agents de diverses directions car ils peuvent alourdir le travail. Et surtout, ces agents ayant connu plusieurs agents comptables, ils savent que le curseur peut être placé à des endroits différents.

*« Y a un cadre mais dans le cadre y a de l'espace. Dans la justice, c'est pareil, face à une même affaire, deux juges ne donneront pas forcément la même peine. (...) on est dans le cadre mais en fonction de la personne en face, ce n'est pas bon et cela crée des tensions »*

Ainsi, des agents de plusieurs directions évoquent des cas où leurs dossiers ont été remis en question, alors qu'il n'existait pas de problème de fond, mais une information, qui n'était pas demandée au départ, manquait.

En outre, l'agent comptable actuel demande un certain nombre de documents supplémentaires, en tout cas, « qui n'ont jamais été demandé jusqu'à maintenant ». Et certains documents semblent sortir du cadre pour les agents car, pour eux, ces documents « portent sur le bien-fondé » de la dépense, ce qui ne relève pas des prérogatives de l'agence comptable.

**Cette pratique est possible car il n'existe pas de référentiel propre à l'établissement. Chacun est donc contraint d'élaborer, sans cadre institutionnel, sa propre pratique professionnelle.**

[...]

*Source : rapport réalisé en septembre 2020 par le cabinet Eretra, intitulé « diagnostic et préconisations suite à un événement grave ».*

**Le guide méthodologique des procédures d'exécution de la dépense en mode service facturier diffusé en septembre 2016 par la direction générale des finances publiques indique pourtant clairement que le service facturier doit être établi dans le cadre d'un projet d'établissement et ne peut pas relever de la seule initiative de l'agent comptable et que l'adhésion de la gouvernance de l'établissement au projet est indispensable à sa réussite.**

La mise en place d'un service facturier constitue un changement important d'organisation qui nécessite une sensibilisation préalable des services achats, gestionnaires/ordonnateurs et comptables, qui doivent conserver la maîtrise et la responsabilité des opérations, ainsi que l'accès aux informations relatives au paiement de factures.

Avant la mise en place d'un service facturier, la conduite du changement doit être préparée et accompagnée (cf. encadré 10) :

- ◆ la base tiers doit préférentiellement être gérée par l'ordonnateur et non par le service facturier comme c'est le cas pour la CNSA selon la convention signée le 28 janvier 2020 ;
- ◆ l'organisation de la CNSA vis-à-vis du service facturier n'a fait l'objet d'aucune clarification et le dispositif de contrôle interne apparaît inexistant ;
- ◆ les procédures de dépenses ne font l'objet d'aucune formalisation ; en particulier, le partage des tâches entre l'agent comptable, le service facturier, la direction des ressources et les directions métiers n'a pas été formalisé.

**Ces bonnes pratiques n'ont pas été appliquées lors de la mise en place du service facturier au sein de la CNSA et ont conduit à des dysfonctionnements majeurs qui exigent désormais une remise à plat complète du dispositif.**

**Encadré 10 : la préparation de la conduite du changement préalable à la mise en place d'un service facturier**

▪ **La fiabilisation préalable de la base tiers et l'information des tiers**

Il est préconisé que la base tiers soit gérée, non pas directement par le service facturier, mais en amont par l'ordonnateur, et ainsi respecter une séparation fonctionnelle entre l'ordonnateur et l'agent comptable. Cette solution offre de meilleures garanties.

Les fournisseurs doivent être informés de la modification du circuit de réception des factures et de la nouvelle adresse de facturation. Une campagne de communication spécifique initiée par l'ordonnateur est nécessaire.

Au démarrage, il est conseillé d'éviter de retourner au fournisseur toute facture non envoyée au service facturier. En effet, cette procédure se révèle très lourde en termes de fonctionnement. Une lettre « type » rappelant l'adresse du service facturier peut être adressée dans ce cas au fournisseur directement par le service facturier, soit par courrier, soit par voie électronique.

▪ **Le dispositif d'accompagnement en interne**

En interne, le changement de fonctionnement lié à la mise en place d'un service facturier implique un changement important d'organisation. Cette évolution nécessite donc une sensibilisation préalable de tous les acteurs concernés, ainsi que la mise en œuvre de plans de formation et de communication, afin que chaque service puisse intégrer les nouvelles méthodes de travail.

L'adhésion des personnels est un facteur essentiel à la réussite d'un service facturier. La conduite du changement est un élément majeur pour réussir le passage d'un système de gestion classique des dépenses à un service facturier.

Divers moyens peuvent être envisagés pour sensibiliser les différents acteurs : la mise en place de groupes de travail, l'organisation de conférences, l'édition de brochures, la réalisation de formations en vue d'accompagner les personnels au changement.

Enfin, la mise en place d'un dispositif de contrôle interne, répondant aux trois leviers de documentation, traçabilité et organisation, est obligatoire.

Par ailleurs, le circuit de la dépense en mode facturier doit être documenté. Ainsi, l'élaboration d'un guide de procédure et sa diffusion à l'ensemble des acteurs concernés sont de nature à permettre l'appréhension des nouvelles procédures par l'ensemble des acteurs.

Le guide doit définir précisément les différentes opérations ainsi que leur enchaînement et les acteurs concernés. Ainsi, en cas d'anomalie, les circuits de retraitement doivent être définis et formalisés.

Les contrôles à réaliser par les agents du service facturier au moment de la saisie de la dépense pourront également faire l'objet d'une formalisation, tout comme ceux à réaliser au moment de la saisie de l'engagement juridique.

Enfin, afin d'assurer la traçabilité des opérations et leur régularité, l'attribution des habilitations informatiques, en cohérence avec les délégations, doit faire l'objet d'une attention particulière.

▪ **Une réflexion organisationnelle à mener en amont**

La mise en place d'un service facturier engendre des modifications importantes dans les méthodes de travail. Ce changement doit être anticipé, non seulement dans le cadre de la conduite du changement concernant les personnels, mais aussi en termes de définition au plus près du fonctionnement de l'établissement.

En effet, cette mise à plat permettra de paramétrer précisément le système d'information et impactera le fonctionnement du service facturier au démarrage.

Il est primordial, en amont, de définir une cartographie des tâches, ou plus précisément une matrice des transactions dont découlera la définition du rôle de chacun des intervenants et donc les habilitations (à un agent correspond un profil).

Il convient également de définir les profils incompatibles (ex : tâche relevant de l'agent comptable et tâche relevant de l'ordonnateur). Un système d'habilitation permet de déterminer la cohérence entre les délégations de l'ordonnateur et celles de l'agent comptable.

Ces informations exhaustives doivent obligatoirement être retracées dans un document (équivalent d'une feuille de route) partagé avec l'ensemble des acteurs de la chaîne de travail.

Ce document est amené à évoluer au fur et à mesure des améliorations apportées au service facturier.

En fonction de l'activité de l'établissement et de la nature de ses dépenses, il peut être envisagé de procéder à la mise en place du service facturier en plusieurs étapes, en se limitant dans un premier temps à une nature de dépense particulière (dépenses de fonctionnement ou achats de marchandises par exemple).

*Source : guide méthodologique des procédures d'exécution de la dépense en mode service facturier, direction générale des finances publiques, septembre 2016.*

### **3.2. À l'instar des caisses nationales de sécurité sociale, la CNSA doit assurer la traduction de ses comptes dans plusieurs comptabilités différentes**

**En tant qu'organisme gestionnaire d'une nouvelle branche de sécurité sociale, la CNSA présente ses comptes en comptabilité générale, selon le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale, et en comptabilité budgétaire.**

Au sein des comptes des différentes branches du régime général, il est d'usage de faire une distinction entre les gestions techniques et les gestions budgétaires<sup>7</sup> :

- ◆ les gestions techniques sont les gestions de prestations légales, auxquelles on peut associer la gestion du recouvrement ; ces gestions font l'objet de prévisions de dépenses et de recettes, notamment par les caisses nationales ; cependant l'approche prévisionnelle dans ces gestions est différente de la conception plus classique du budget, acte d'autorisation, que l'on trouve dans les gestions budgétaires ;
- ◆ les gestions budgétaires sont, dans chaque branche concernée, la gestion administrative, la gestion de l'action sociale, la gestion de la prévention, la gestion du contrôle médical, la gestion des établissements et services ; ces gestions doivent respecter un budget limitatif dont les modalités d'établissement et les différentes enveloppes financières sont fixées par les conventions d'objectifs et de gestion.

### **3.3. En tant qu'organisme gestionnaire d'une branche de la sécurité sociale, la CNSA devra désormais faire certifier ses comptes par la Cour des comptes**

**Les comptes de la CNSA sont certifiés depuis 2012 par des commissaires aux comptes, mais ils seront désormais certifiés par la Cour des comptes**, en application des dispositions de l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières, qui dispose que la Cour établit chaque année un rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, qu'elle remet au Parlement et au Gouvernement au titre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement dans le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale (article LO 111-3 du CSS).

**Afin que la CNSA puisse répondre aux demandes qui lui seront adressées par la Cour des comptes en matière de certification, il conviendrait que ses tutelles (notamment la direction de la sécurité sociale) précisent quelles informations devront être fournies à la CNSA par ses partenaires afin de justifier l'utilisation des crédits qu'elle leur verse, celles-ci pouvant être différentes de celles des commissaires aux comptes actuels :**

- ◆ l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est versée par les caisses d'allocation familiales (CAF) et par le réseau de sécurité sociale agricole ;
- ◆ les crédits de l'objectif global de dépenses sont versés par les trois régimes d'assurance maladie disposant de caisses pivot aux établissements et services médico-sociaux financés par forfaits ou dotation et par l'ensemble des régimes d'assurance-maladie qui remboursent directement les prix de journée facturés ;
- ◆ les départements transmettent les montants annuels qu'ils dépensent au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Les premiers comptes de la CNSA certifiés par la Cour des comptes seront les comptes 2021 qui seront certifiés au premier semestre 2022.

---

<sup>7</sup> Manuel de comptabilité et de gestion des organismes de sécurité sociale, École nationale supérieure de sécurité sociale.

#### **4. Plusieurs prérequis doivent être satisfaits pour permettre à la CNSA de prendre en charge la gestion du risque « autonomie », dont les objectifs et le périmètre n'ont pas été définis par les tutelles de la Caisse**

Conformément aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, la CNSA a pour rôle « *de veiller à l'équilibre de la branche [autonomie]* » et « *elle est chargée de la gestion du risque* » (cf. 1° de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles).

La COG 2016-2019 prévoyait déjà une action consacrée à la gestion du risque, dont la mission considère qu'elle n'a pas été réalisée (cf. annexe I).

Le seul « modèle » de gestion du risque est celui développé par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) pour la gestion de la branche maladie. La gestion du risque ne figure pas parmi les missions légales attribuées à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF).

La mission s'est appuyée sur deux rapports de l'Inspection générale des affaires sociales concernant ce sujet et sur des entretiens avec les tutelles (2.1), pour présenter les objectifs et le périmètre envisageables (2.2), signaler les prérequis à satisfaire (2.3) et proposer, en tirant les leçons de l'échec de la première tentative de gestion du risque dans la COG 2016-2019 de la CNSA, de confier à la CNSA dans la future COG un rôle de proposition pour la construction d'une politique de gestion du risque (2.4).

##### **4.1. Le concept de gestion du risque, issu de l'assurance maladie, est protéiforme**

###### **4.1.1. Dans un rapport réalisé en 2010, l'Inspection générale des affaires sociales a souligné les ambiguïtés qui entourent le concept de gestion du risque, qui peut avoir des acceptions plus ou moins étendues**

En décembre 2010, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a remis au ministre de la santé et des sports un rapport sur la gestion du risque, dans lequel elle s'attache à préciser le concept de gestion du risque. Cette mission intervenait dans le contexte de la mise en œuvre des dispositions de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST), qui prévoyait l'élaboration sous l'égide des agences régionales de santé (ARS) d'un programme régional de gestion du risque pluriannuel, révisable chaque année. L'IGAS devait vérifier le caractère opérationnel de la méthode qui avait été définie pour la préparation de ces programmes régionaux.

Dans le vocabulaire de l'assurance, le risque est le risque assurable, c'est-à-dire l'événement imprévisible dont l'assureur doit couvrir les conséquences pour le compte de l'assuré, et sa gestion désigne toutes les techniques qui permettent à l'assureur de réduire le coût de cette couverture : techniques actuarielles, détermination des niveaux de primes, promotion de la prévention, sélection des clients.

Appliqué à l'assurance maladie obligatoire, le risque correspond aux dépenses remboursées par l'assureur public, et sa gestion désigne les actions mises en œuvre pour maîtriser leur évolution et améliorer leur efficacité : contrôle de l'exactitude de la prise en charge, lutte contre les fraudes et les gaspillages, promotion des techniques et des organisations présentant le meilleur rapport coût/qualité.

## Annexe V

Ces deux notions ne se recouvrent que partiellement :

- ◆ d'une part, un assureur public n'a ni le droit de sélectionner ses clients, ni la maîtrise de ses principaux paramètres de tarification, qui dépendent pour l'essentiel de dispositions législatives et réglementaires ;
- ◆ d'autre part, pour des raisons de santé publique ou d'amélioration de la qualité, un assureur public peut être amené à promouvoir des dispositifs ou des modes de prise en charge plus coûteux.

La notion de gestion du risque est apparue pour la première fois au sein de l'assurance maladie en 1990 (cf. encadré 11), avant de devenir une priorité de l'action de la CNAM en 2004 :

- ◆ la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a créé l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) dont l'activité est centrée sur la gestion du risque ; elle a également prévu la création de missions régionales de santé devant coordonner l'action des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et des URCAM en matière de gestion du risque, ainsi que la création de la Haute Autorité de santé (HAS) pour donner une légitimité à la politique de maîtrise médicalisée des dépenses ;
- ◆ en 2009, la loi HPST a créé le contrat pluriannuel de gestion du risque entre l'État et l'UNCAM, qui vise à encadrer les actions de gestion du risque des régimes d'assurance maladie (le programme de gestion du risque des régimes d'assurance maladie devant s'inscrire dans ce cadre), remplacé en 2016 par le plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins (PNGDRESS).

### Encadré 11 : genèse de la notion de gestion du risque au sein de l'assurance maladie

Entendu de cette manière, le terme a été utilisé pour la première fois au sein de l'assurance maladie en 1990 dans une circulaire commune du directeur et du médecin conseil national de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur les orientations du service médical (au travers de sa mission « *d'expertise en santé publique* » qui « *a pour objectif la rationalisation de la production et de la consommation des soins et donc l'orientation de la gestion des risques au niveau local, régional et national* »). Cette logique médico-administrative a été reprise par l'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 qui a fait entrer l'expression dans le code de la sécurité sociale pour désigner « *les actions à mener de façon coordonnée par les services administratifs [des caisses primaires d'assurance maladie] et l'échelon local de contrôle médical* » (article L. 211-2-1 du code de la sécurité sociale).

La notion a également connu un développement dans le domaine du contrôle interne, où elle désigne l'activité de cartographie des risques auxquels une entreprise doit faire face (par exemple, pour une entreprise cotée et selon le référentiel de l'Autorité des marchés financiers, les risques financiers, les risques juridiques, les risques industriels et environnementaux, les autres risques) et les politiques qu'elle met en œuvre pour en limiter l'impact.

On retrouve des traces de cette approche dans l'ordonnance précitée de 1996, lorsqu'elle dispose que les conventions d'objectifs et de gestion, créées par ce texte, ont vocation pour toutes les branches à « *préciser les objectifs liés à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque* » (article L. 227-1 du code de la sécurité sociale). Cette disposition était complétée pour la branche maladie de la précision suivante : « *pour la branche maladie, la convention d'objectifs et de gestion comporte un plan de contrôle des prestations servies* ».

**L'approche de l'ordonnance de 1996 limitait donc la gestion des risques à une approche de contrôle médico-administratif des dépenses de l'assurance maladie, dans une logique générale de développement du contrôle interne au sein des différentes branches de la sécurité sociale.**

Cette vision a connu un premier élargissement au sein de l'assurance maladie avec la circulaire inter-régimes n° 5/99 du 24 mars 1999 sur la coordination de la gestion du risque par les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), qui définissait ainsi les trois dimensions de la gestion du risque :

- optimiser la réponse du système de soins aux besoins de santé ;
- inciter la population à recourir de manière pertinente à la prévention et aux soins ;
- amener les professionnels à respecter les critères d'utilité et de qualité des soins ainsi que de modérations des coûts, dans le cadre financier voté par le Parlement.

*Source : IGAS, « Mission sur la gestion du risque », décembre 2010 (rapport public).*

Le rapport réalisé par l'IGAS en 2010 souligne qu'avant d'être une activité, la gestion du risque est d'abord un « état d'esprit » dont l'objectif est une amélioration de l'efficacité des actions conduites déclinée selon la méthode suivante :

- ◆ tout d'abord, il s'agit de réaliser une analyse des dépenses afin d'identifier les postes d'inefficacité et une analyse des comportements des acteurs qui génèrent ces dépenses ;
- ◆ ensuite, il s'agit de rechercher une validation scientifique des bonnes pratiques ou des référentiels de comportement permettant de corriger les inefficiences détectées ;
- ◆ enfin, il s'agit de développer des outils et des programmes pour corriger ces inefficiences.

La gestion du risque n'est pas un concept univoque immédiatement transposable à la branche autonomie. Au sein de l'assurance maladie, la démarche de gestion du risque s'est mise en place très progressivement à partir de 1990, avec l'objectif de maîtriser les dépenses de la branche maladie. À l'origine, le développement de la gestion du risque s'inscrivait dans une logique générale de développement du contrôle interne au sein des différentes branches de la sécurité sociale.

### **4.1.2. Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur le volet relatif à la gestion du risque de la COG 2014-2017 de la CNAM<sup>8</sup> met en évidence des succès et des perspectives de progrès**

Le rapport réalisé par l'IGAS en 2017 reprend la définition de la gestion du risque proposée par un précédent rapport réalisé par l'IGAS<sup>9</sup>, à savoir « l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût ». Il souligne cependant l'imprécision de cette définition.

Comme le précise le rapport, la gestion du risque maladie s'est construite « dans un contexte de fortes inefficiences du système de soins et de croissance exponentielle des dépenses d'assurance maladie supérieure à celle des recettes ». La gestion du risque maladie vise à réduire ces inefficiences et à contribuer à ramener le tendancier d'évolution de dépenses à un niveau proche de celui des recettes, afin d'assurer l'équilibre de la branche maladie.

Selon ce même rapport, les actions de maîtrise médicalisée des dépenses, qui constituent une composante importante de la politique de la gestion du risque, représentaient en 2017 1,32 Md€ des 4,05 Md€ des mesures d'économies prévues présentées dans l'annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale consacré à l'ONDAM et aux dépenses de santé, dans laquelle les mesures de gestion du risque sont déclinées par segment de l'offre de soins car elles nécessitent la mobilisation de leviers distincts (cf. tableau 19) :

- ◆ efficacité de la dépense hospitalière : optimisation des dépenses des établissements (80 M€) ;
- ◆ virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement : développement de la chirurgie ambulatoire (160 M€) et réduction des inadéquations hospitalières (250 M€) ;
- ◆ produits de santé et promotion des génériques : une partie des économies attendues sur les génériques et les bio-similaires (130 M€) ;
- ◆ pertinence et bon usage des soins : maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments et dispositifs médicaux (380 M€) et maîtrise médicalisée hors médicament (320 M€).

---

<sup>8</sup> IGAS, Convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la CNAMTS – Gestion du risque, septembre 2017.

<sup>9</sup> IGAS, Mission sur la gestion du risque, IGAS, décembre 2010.

## Annexe V

**Tableau 19 : tableau récapitulatif des mesures d'économies relatives à l'ONDAM 2017**

Axe	Mesure	Rendement (en M€)	Gestion du risque
Efficacité de la dépense hospitalière	Optimisation des dépenses des établissements	80	0
	Optimisation des achats	505	N
	Liste en sus	260	N
	<b>Sous-total</b>	<b>845</b>	-
Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement	Développement de la chirurgie ambulatoire	160	0
	Réduction des inadéquations hospitalières	250	0
	Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'OGD	230	N
	<b>Sous-total</b>	<b>640</b>	-
Produits de santé et promotion des génériques	Baisse de prix des médicaments	500	N
	Promotion et développement des génériques	340	En partie
	Tarifs des dispositifs médicaux	90	N
	Bio-similaires	30	En partie
	Contribution du Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique	220	N
	Remises	250	N
	<b>Sous-total</b>	<b>1 430</b>	-
Pertinence et bon usage des soins	Baisse des tarifs des professionnels libéraux	165	N
	Maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments et dispositifs médicaux	380	0
	Maîtrise médicalisée hors médicament	320	0
	Réforme des cotisations des professionnels de santé	270	N
	<b>Sous-total</b>	<b>1 135</b>	-
<b>Total</b>	-	<b>4 050</b>	-

*Source : Mission, d'après l'annexe 7 « ONDAM et dépenses de santé » du PLFSS 2017 et rapport IGAS 2017, p.23.*

La mission notait un « plafonnement » de l'efficacité de la gestion du risque, autour de 500 M€ par an, alors que le niveau d'économies attendu avait fortement progressé depuis 2013 (de 550 M€ à 600 M€ en 2014, puis 700 M€ à partir de 2015). Elle critiquait aussi « l'opacité entourant l'établissement des tendanciels »<sup>10</sup>. Le partage des rôles apparaît peu clair entre l'État et la CNAM s'agissant de la définition de la gestion du risque, et entre les ARS et le réseau de l'assurance maladie s'agissant du déploiement.

**Au plan national**, trois documents auraient vocation à encadrer orientations de la gestion du risque :

- ◆ la stratégie nationale de santé (SNS) : le rapport réalisé par l'IGAS constate que la SNS définie fin 2017 n'a pas abordé le sujet ;
- ◆ le plan ONDAM ou plan triennal ONDAM (2015-2017) visait une évolution structurelle du système de santé sur trois ans ; amélioration de la qualité des soins et maîtrise des dépenses de santé devaient générer 10 Md€ d'économies sur la période considérée ;

<sup>10</sup> IGAS 2017, p.47.

## Annexe V

- ◆ le programme national de gestion du risque et de l'efficacité du système de santé (PNGDRESS), défini par un comité national qui approuve les propositions élaborées principalement par la CNAM. Il précise les programmes de gestion du risque et le ou les responsables de chaque programme.

Le rapport réalisé par l'IGAS note qu'aucun de ces documents n'était disponible au moment de l'élaboration de la COG 2014-2017 de la CNAM alors que celle-ci aurait dû en « découler ».

**Sur le plan local**, le projet régional de santé est l'outil unifié de la politique régionale de santé, pour une durée de cinq ans ; un cadre d'orientation stratégique, établi pour une durée de dix ans, l'accompagne. Le programme régional de gestion du risque et de l'efficacité du système de santé (PRGDRESS) décline chaque action du PNGDRESS. Par ailleurs, le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) fixe le cadre des actions régionales pour l'amélioration de la pertinence des soins. La CNAM d'une part, le comité national de pilotage (CNP) d'autre part, pilotent leurs réseaux avec des outils distincts (CPG<sup>11</sup> et CPOM ARS), et ces échelons territoriaux signent entre eux des conventions de collaboration. L'IGAS conclut sur ce point à un excès de documents programmatiques et relève que l'action de la CNAM sur son réseau est « trop directive », « sans avoir les moyens adéquats ».

**La CNAM a développé de nombreux outils pour conduire la politique de gestion du risque<sup>12</sup> (cf. tableau 20).**

**Tableau 20 : les outils de la gestion du risque développés par la CNAM à l'issue de la COG 2014-2017**

Catégorie	Outils
Accords préalables DAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ À une prise en charge de prestation ou produit</li> <li>▪ De soin au-delà d'un seuil</li> </ul>
Mise sous accord préalable précédée d'une mise sous objectif	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MSAP sur des prescripteurs</li> <li>▪ MSAP sur établissements santé</li> </ul>
Accompagnement/sensibilisation des professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Courriers</li> <li>▪ DAM</li> <li>▪ Échanges confraternels</li> <li>▪ Collaboration avec les sociétés savantes</li> </ul>
Accompagnement/sensibilisation des assurés (prévention/parcours)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orientation</li> <li>▪ Facilitation</li> <li>▪ Soutien</li> </ul>
Information sur la prévention et bon usage du système	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Écrit / Internet@ / Applis / Communication grand public</li> </ul>
Contractualisation avec les offreurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accord avec une profession ou un secteur</li> <li>▪ Contrat individuel avec offreur</li> </ul>
Incitations financières	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tarifs/forfaits pour l'évolution des pratiques</li> <li>▪ Forfaits limitant les prises en charge</li> </ul>
Organisation de l'offre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PRADO pour accompagner le virage ambulatoire</li> <li>▪ Régulation démographique</li> </ul>

<sup>11</sup> Contrats pluriannuels de gestion.

<sup>12</sup> IGAS, Rapport 2017, p. 13.

## Annexe V

Catégorie	Outils
Outils d'aide à la décision	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Téléservices avec référentiel intégré au logiciel métier</li> <li>▪ Liste préférentielle de médicaments</li> <li>▪ Recommandations intégrées aux outils/SI</li> </ul>

*Source : Rapport IGAS 2017, p.13.*

Ces différents outils sont adaptés au type de dépenses visé. Ainsi, la mise sous accord préalable vise à encadrer la réalisation de certains actes médicaux coûteux et dont les indications de réalisation sont encadrées par un consensus scientifiquement établi. Pour faciliter la prescription des médicaments adaptés, la gestion du risque mobilisera en revanche les thésauros intégrés aux systèmes d'information des professionnels.

### **Des moyens importants sont consacrés à la gestion du risque maladie.**

En 2017, l'assurance maladie consacrait près de 570 M€ par an à la gestion du risque, dont 460 M€ au titre du coût salarial des 6 750 ETP consacrés à cette activité, soit 11,5 % des effectifs de la branche. Sur ces 6 750 ETP :

- ◆ 230 ETP exerçaient au siège, représentant 10 % des 2 136 ETP de la CNAM ;
- ◆ 2 500 ETP exerçaient dans les CPAM (délégués de l'assurance maladie et conseillers informatiques service, dédiés à l'accompagnement des offreurs de soins ; conseillers de l'assurance maladie et infirmière conseil en santé, dédiés à l'accompagnement des assurés ; agents chargés de la maîtrise médicalisée) ;
- ◆ 4 100 ETP dans les directions régionales du service médical (DRSM) et les échelons locaux du service médical (ELSM), essentiellement des praticiens conseils et des personnels administratifs, à des fins de relations avec les professions de santé, ou dans le cadre du pôle contrôle des prestations (surtout pour les indemnités journalières).

La COG 2018-2022 entre l'État et la CNAM consacre son axe 2 « Contribuer à la transformation et à l'efficacité du système de santé » à la gestion du risque maladie en y incluant trois volets :

- ◆ la politique de prévention, « axe stratégique de la gestion du risque », en cohérence avec la stratégie nationale de santé, avec la réduction des facteurs et comportements à risque (consommation de tabac et d'alcool par exemple). Dans ce cadre, « l'assurance maladie déploiera ses programmes de prévention sur l'ensemble du territoire en cohérence avec le plan national de santé publique et les projets régionaux de santé ». Ces programmes comprendront des actions pour les publics les plus exposés et le dépistage organisé des cancers. Un volet prévention sera inscrit dans les programmes régionaux de gestion du risque ;
- ◆ le renforcement de la qualité et de la pertinence des soins en ville comme à l'hôpital, « *axe prioritaire d'intervention* », avec l'objectif de déployer des actions « *selon des modalités sur de secteurs nouveaux* ». Dans cet objectif, la CNAM entend « *développer une connaissance plus précise du système de santé et de ses évolutions* » en s'appuyant notamment sur des travaux de recherche et en exploitant davantage les données du SNDS ;
- ◆ le renforcement de l'efficacité de la politique de contrôle et de lutte contre la fraude.

**La CNAM a développé une véritable stratégie de gestion du risque, dont la principale finalité est la maîtrise de l'équilibre financier de la branche maladie tout en améliorant la qualité des soins.**

**La gestion du risque maladie apparaît aujourd'hui comme une notion très englobante, qui a été élargie au fil des années depuis la première apparition de cette notion en 1990. Cette démarche amène la CNAM à proposer des mesures d'économies à ses tutelles, mais la conduit également à mettre en œuvre des politiques de prévention (pour éviter la matérialisation du risque maladie), à optimiser les parcours des patients (pour optimiser les dépenses de santé) et à rationaliser sa gestion (pour lutter contre la fraude).**

**Cela est possible grâce à une fine connaissance des politiques publiques, des moyens humains et financiers mobilisés très importants, et l'appui de son réseau territorial.**

#### **4.1.3. La notion de gestion du risque autonomie ne peut se limiter à une simple transposition de la notion de gestion du risque maladie**

##### **4.1.3.1. La gestion du risque autonomie peut être définie de plusieurs façons différentes**

La transposition de la définition applicable dans le champ de l'assurance maladie conduirait à donner de la gestion du risque autonomie la définition suivante « l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité *du secteur médico-social et social*, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût ».

L'objectif d'efficacité, combinant efficacité au moindre coût et maintien ou augmentation de la qualité, suppose de préciser les points suivants :

- ◆ considère-t-on le seul coût supporté par la branche, ou également le coût complet ? (c'est à dire en incluant les dépenses de soins, celle des conseils départementaux voire la participation des usagers) ;
- ◆ comment la qualité dans le champ médico-social (en intégrant les travaux conduits par la HAS en ce domaine) est appréciée.

Lors d'un atelier consacré à cette notion<sup>13</sup> dans le cadre de la démarche participative relative à la transformation de la CNSA en gestionnaire de branche, une autre définition a été proposée par un membre du conseil de la CNSA : « le juste accompagnement au juste coût ».

**Ni la direction de la sécurité sociale, ni la direction générale de la cohésion sociale n'ont été en mesure de donner à la mission une définition de la gestion du risque autonomie, ni de lui indiquer comment elles entendaient en définir le contenu et les objectifs.**

##### **4.1.3.2. Le contexte de la gestion du risque et la nature des dépenses de la branche autonomie sont très différents de ceux de la gestion du risque maladie**

Les dépenses liées à l'autonomie sont très dynamiques et vont le rester du fait notamment de l'accroissement de la population des personnes âgées en perte d'autonomie (cf. préambule du rapport).

Le contexte de la gestion du risque autonomie se caractérise par ailleurs par une insuffisance des données disponibles, avec des différences selon les dépenses, qui laisse une grande incertitude sur le niveau d'équité territoriale, qu'il faudra confirmer et détailler **s'agissant des ESMS**, en distinguant au moins deux cas de figure :

- ◆ des territoires vraisemblablement sous-dotés avec une problématique de rattrapage ;
- ◆ des territoires potentiellement sur-dotés : cela introduit une dimension de réallocation.

---

<sup>13</sup> Première restitution des ateliers du séminaire DITP.

## Annexe V

Les outils seront différents selon le cas de figure dans lequel on se trouve.

En outre, l'offre existante ne correspond pas peut-être pas aux souhaits des bénéficiaires actuels et futurs, dont la préférence pour un maintien au domicile va croissant, que ce soit dans le champ de la dépendance (projet d' « EHPAD hors les murs ») ou dans celui du handicap (limiter l'hébergement, scolarisation en milieu ordinaire...).

La gestion du risque maladie s'inscrit principalement dans le cadre de la maîtrise de l'ONDAM, qui constitue un objectif et non une enveloppe limitative, finançant les remboursements des soins aux assurés. Il y a ainsi un enjeu central de pilotage infra-annuel des dépenses pour éviter les dérapages.

À l'inverse, le risque autonomie s'inscrit dans un cadre très largement différent :

- ◆ enveloppes budgétaires fermées, dont la CNSA assure la répartition entre les ARS (crédits de l'OGD) et entre les départements (concours) sans risque de dépassement par rapport aux enveloppes inscrites dans son budget ;
- ◆ financement sous forme de subventions et d'allocations.

Pour la CNSA, l'enjeu est ainsi de maîtriser le montant des enveloppes gérées, non pas en infra annuel mais sur le moyen terme, au regard notamment du vieillissement de la population, et de s'assurer de l'efficacité des dépenses qu'elle finance.

### 4.2. Le périmètre et les objectifs de la gestion du risque autonomie pourraient prendre des formes très différentes

#### 4.2.1. Le périmètre de la gestion du risque autonomie doit être centré sur les principaux enjeux financiers

Les crédits de l'OGD et les concours financiers versés aux départements au titre de l'APA et de la PCH représentent 95 % des dépenses de la Caisse.

**Tableau 21 : structure des dépenses de la branche autonomie et part du financement de la branche dans les dépenses couvertes**

Dépenses	2019 (en Md€)	Part dans les dépenses de la CNSA	Part du financement CNSA dans les dépenses
OGD PA	11,7	43,8 %	100 % de la section soins et 33 % des dépenses totales des EHPAD 100 % des dépenses des SSIAD
OGD PH	10,6	39,7 %	Part variable selon la catégorie d'ESMS
Concours APA	2,7	10,1 %	38 % des dépenses d'APA en 2019. Évolution contrainte par celle des recettes
Concours PCH	0,8	3,0 %	29 % des dépenses de PCH en 2019 Évolution contrainte par celle des recettes
Crédits prévention	0,2	0,7 %	55 % du montant des actions éligibles financées en 2018
Concours et Dotations MDPH	0,1	0,4 %	68 % des dépenses de fonctionnement des MDPH en 2018 hors apports en nature (45 % avec)
Aides à l'investissement	0,3	1,1 %	En moyenne, 12 % des opérations financées en 2018.
Subv. GEM MAIA	0,1	0,4 %	100 % des dépenses éligibles
Subv. Form. Prof. E&R	0,1	0,4 %	Taux de subvention variable
Autres dép.	0,2	0,7 %	
<b>Total dépenses</b>	<b>26,7</b>	<b>100,0 %</b>	

Source : CNSA, Rapport annuel 2019, p. 69.

#### 4.2.1.1. *L'OGD PA-PH a naturellement vocation à intégrer le périmètre de la gestion du risque*

L'OGD PA-PH représente 82,5% des dépenses de la CNSA.

**L'OGD PA** est une enveloppe annuelle limitative, mais ces dépenses connaissent un tendancier lié au vieillissement de population et à l'entrée en dépendance. A partir de 2021, le forfait global de soins des EHPAD sera principalement calculé en fonction du GMPS<sup>14</sup>, du nombre de places et de la valeur nationale du point. Toutefois, l'ajustement de l'OGD PA à l'évolution du GMPS ne sera pas automatique, et dépendra de la capacité de la CNSA à anticiper cette évolution. Or la CNSA dispose via son application GALAAD de l'ensemble des évaluations des résidents de l'ensemble des EHPAD mais ne construit pas encore de tendancier à partir de ces données.

La prise en compte de la dépendance est assurée par les évaluations réalisées par les EMS APA des conseils départementaux sur la base de la grille AGGIR et la prise en compte des besoins de soins par des « coupes PATHOS », réalisées à une fréquence variable par les médecins coordonnateurs en EHPAD et validées par les ARS. Cette situation fait peser une incertitude sur le niveau de financement futur.

Le coût de la prise en charge en EHPAD est actuellement partagé entre la branche autonomie et les conseils départementaux qui financent la section « dépendance ». L'utilisateur supporte le coût de l'hébergement soit environ 50 % de la dépense (la part supportée par l'utilisateur peut être supportée en tout ou partie, sous condition de ressources, par l'aide sociale à l'hébergement des conseils départementaux, avec mise en jeu de l'obligation alimentaire et du recours sur succession). La possibilité d'une fusion des sections « soins » et « dépendance » a été évoquée dans les rapports réalisés par M. Dominique Libault<sup>15</sup> et par M. Laurent Vachey<sup>16</sup> : ces dépenses seraient dans cette perspective financées intégralement par la branche autonomie.

L'évolution des dépenses de la branche autonomie pour les EHPAD dépend de multiples facteurs et, en premier lieu, de la stratégie de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Le choix privilégié du maintien à domicile peut ainsi avoir deux effets en sens inverse :

- ◆ d'une part, l'absence d'autorisation de création de places nouvelles freine l'augmentation des dépenses d'EHPAD ;
- ◆ d'autre part, l'arrivée en EHPAD de personnes de plus en plus dépendantes et avec des besoins croissants de soins, pousse les dépenses à la hausse depuis la mise en place du nouveau mode de financement, fondé sur ces indicateurs, en 2017.

Ces dépenses se caractérisent en outre par une porosité avec d'autres dépenses publiques :

- ◆ les dépenses de soins de ville qui, selon l'option tarifaire de l'établissement, sont ou non incluses dans son budget (dépenses de médecins généralistes, d'auxiliaires médicaux (hors infirmiers) et de médicaments) ;
- ◆ les dépenses des conseils départementaux au titre de l'APA qui sont poussées à la hausse par l'évolution démographique, et le choix prioritaire du maintien à domicile.

**L'OGD PH** est une enveloppe annuelle limitative. Les ESMS PH regroupent une grande diversité de statuts et de financement.

---

<sup>14</sup> GMPS : GIR (groupe iso-ressource) moyen pondéré soins déterminé à partir des évaluations des résidents avec les référentiels AGGIR et PATHOS. Des financements complémentaires, fixés par l'ARS et inscrits dans le CPOM peuvent s'ajouter à la partie paramétrée du forfait global de soins.

<sup>15</sup> Dominique Libault, « Grand âge : le temps d'agir », Mars 2019.

<sup>16</sup> Laurent Vachey, « La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement », septembre 2020.

## Annexe V

Le système de tarification est en complète révision : lors du comité stratégique du 8 décembre 2020, il était prévu que le projet SERAFIN-PH (cf. annexe I) aboutisse fin 2024.

Selon le rapport de M. Philippe Denormandie<sup>17</sup>, le virage domiciliaire souhaité par les pouvoirs publics se heurte aux limites du mode de financement actuel qui ne permet pas d'identifier la consommation de soins (et donc les difficultés d'accès aux soins) des personnes en situation de handicap accueillies par un ESMS, information qui n'est disponible ni dans le SNDS, ni au niveau des ESMS ni dans les travaux SERAFIN-PH. Dans ce contexte, l'encadrement des budgets des ESMS pèse sur les dépenses de soins qui y sont incluses et génère des retards de prise en charge, au risque d'engendrer des surcoûts pour l'assurance maladie. Il accentue également la pression sur les services hospitaliers et ne favorise pas les réseaux ni les organisations de soins de proximité. Une expérimentation nationale d'un nouveau modèle de financement et d'organisation des soins et de la prévention en faveur des personnes en situation de handicap va prochainement débuter dans 80 ESMS-PH volontaires, dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

### ***4.2.1.2. L'APA et la PCH ne sont pas incluses dans le périmètre de la branche autonomie mais leur intégration dans le champ de la gestion du risque pourrait être envisagée à terme, sous réserve des évolutions législatives nécessaires***

Les concours APA et PCH constituent le second bloc (13,1 %) des dépenses de la CNSA.

La CNSA verse aux conseils départementaux un montant qui évolue en fonction des recettes et non des dépenses. Les concours versés aux conseils départementaux ne dépendent donc pas de la dynamique de ces dépenses, qui ne sont pas incluses dans la branche.

**Toutefois, l'intégration des dépenses d'APA et de PCH dans le champ de la gestion du risque autonomie pourrait être envisagée à terme, mais cela pourrait nécessiter des évolutions législatives.**

### ***4.2.2. Les objectifs envisageables pour la mise en œuvre de la gestion du risque autonomie sont nombreux et dépendent de la définition envisagée***

#### ***4.2.2.1. La mise en œuvre d'une démarche de gestion du risque doit s'appuyer sur la structuration d'une démarche de contrôle interne***

Selon le rapport réalisé par l'IGAS en 2010, la gestion du risque était initialement limitée « à une approche de contrôle médico-administratif des dépenses [...], dans une logique générale de développement du contrôle interne au sein des différentes branches de la sécurité sociale » (cf. encadré 11). La mise en œuvre d'une démarche de gestion du risque doit ainsi s'appuyer sur la structuration d'une véritable démarche de contrôle interne au sein de la CNSA qui la conduirait, d'une part, à définir et formaliser les processus « transverses » et les processus « métiers » et, d'autre part, à élaborer une cartographie des risques et un plan d'actions qui seraient présentées au conseil de la CNSA.

L'enjeu du contrôle interne à la CNSA n'est toutefois pas comparable à celui du contrôle interne dans les autres branches : dans celles-ci, le contrôle interne s'applique à tous les organismes de la branche, caisses locales comprises ; à la CNSA, il ne concerne que la caisse nationale.

---

<sup>17</sup> Philippe Denormandie, Stéphanie Talbot, « Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par un établissement ou service médico-social », Octobre 2019.

#### 4.2.2.2. La prévention du risque

La gestion du risque pourrait viser à prévenir la survenue du risque autonomie, dans ses deux composantes :

- ◆ pour la dépendance : les actions sont conduites par différents acteurs réunis dans les CFPPA (conseils départementaux, ARS, CARSAT, mutuelles, ...). Au titre de cet objectif, la gestion du risque pourrait correspondre à la mise en place d'un pilotage de la CNSA pour orienter les financements des CFPPA vers les seules actions validées par le futur « centre de ressources » (cf. annexes VII et VIII). Il conviendrait, dans cette perspective, de prévoir, au niveau législatif, la possibilité pour la CNSA de moduler les concours attribués aux départements, en fonction du respect de cette exigence (cf. annexe IV) ;
- ◆ pour les situations de handicap : les actions envisageables sont conduites notamment par les ARS. Il s'agit plutôt d'une prévention secondaire ou tertiaire (éviter l'aggravation), par exemple en développant des programmes de dépistage dans les ESMS PH mais aussi dans les lieux de vie pour une prise en charge plus précoce des pathologies<sup>18</sup>. Ce type d'action permettrait, outre l'amélioration de la prise en charge globale des personnes, de limiter les dépenses induites sur l'ONDAM de ville ou hospitalier.

#### 4.2.2.3. L'adéquation de l'offre au niveau individuel (le « juste accompagnement »)

Un des objectifs de la gestion du risque pourrait être d'assurer que chaque personne reçoit la prestation ou la prise en charge qui correspond à sa situation. Pour des prestations complexes comme l'APA et la PCH, dont le montant dépend de l'évaluation des besoins de la personne, appréciés au regard de son environnement matériel et humain, de ses choix propres et de l'offre de service locale, cette appréciation est très difficile à porter, nécessitant de recueillir, d'exploiter et de croiser de nombreuses données. Pour les personnes handicapées, l'exploitation des informations individuelles collectées par le centre de données de la CNSA alimentée par le SI-MDPH, pourrait permettre, à terme, de mettre en évidence des écarts entre départements pour des situations comparables et d'engager des actions correctrices. Pour les personnes âgées en revanche, les seules données individuelles disponibles sont celle qui sont remontées tous les quatre ans par la DREES (cf. annexe IV), moins riches, fournies de façon incomplète par certains départements et qui n'ont encore jamais été exploitées à des fins de comparaisons interdépartementales. Outre le prérequis de la disponibilité de ces données, **l'atteinte de cet objectif supposerait aussi de définir le « juste niveau » des prestations en fonction de situations individuelles type.**

Pour les ESMS, l'adéquation suppose d'avoir déterminé des critères d'admission, ce qui n'est pas le cas actuellement, en particulier pour les EHPAD<sup>19</sup>.

#### 4.2.2.4. L'adéquation de l'offre territoriale aux besoins

Il s'agit d'assurer que l'offre présente sur un territoire répond globalement aux besoins de la population de ce territoire (il s'agit *a priori* du territoire départemental).

---

<sup>18</sup> Les femmes en situation de handicap vivant en institution ont-elles un meilleur accès au dépistage des cancers féminins ? Penneau A., Pichetti S. (Irdes), Questions d'économie de la santé n° 256 - Mars 2021.

<sup>19</sup> L'ATIH a établi, dans le cadre de l'ENC EHPAD, 6 profils type de résidents, qui pourraient outiller une telle réflexion.

Parmi les indices manifestes d'une inadéquation, on peut citer : le maintien d'adultes dans des établissements pour enfants handicapés (amendements Creton), les départs non souhaités en Belgique, les listes et délais d'attente, ...

#### **4.2.2.5. L'efficacité (le « juste coût »)**

L'efficacité est appréciée au sein d'une catégorie. Une fois assurée l'adéquation entre les besoins de la personne et son type de prise en charge, la notion d'efficacité s'apprécie en référence à un coût « moyen ». Pour les EHPAD, le nouveau système de financement proportionne les ressources de l'établissement en fonction du profil des résidents, de manière uniforme sur le territoire. En revanche, pour les établissements pour personnes handicapées, le financement déterminé sur une base principalement historique ne garantit pas l'efficacité ni l'équité du financement : les travaux SERAFIN ont précisément pour objet de construire un nouveau mode de financement reposant sur des référentiels de besoins et de prestations nationaux et sur des études de coûts visant à déterminer le « juste financement » en fonction des publics accueillis et des services rendus.

#### **4.2.2.6. L'adéquation des financements aux besoins**

La CNSA répartit des financements décidés dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale. Elle participe à la construction de ces enveloppes dans le cadre de la préparation des PLFSS, notamment dans le cadre du groupe statistique ONDAM.

Les risques en cas de mauvaise anticipation de l'évolution des besoins liés la dépendance seraient :

- ◆ à court terme : la baisse de la valeur du point pour respecter l'enveloppe initiale (et la dégradation du service rendu aux résidents) ;
- ◆ à moyen terme : l'ajustement non anticipé de l'OGD PA pour suivre l'évolution effective de la dépendance.

Les risques en cas de mauvaise anticipation de l'évolution des besoins liés la perte d'autonomie liée au handicap seraient :

- ◆ à court terme : l'insuffisance de l'offre (d'où les « amendements Creton », délais d'attente et départs en Belgique) ;
- ◆ à moyen terme : l'aggravation de l'état des personnes (en termes d'autonomie et sanitaire) conduisant à l'ajustement non anticipé de l'OGD PH et probablement à des dépenses supplémentaires d'assurance maladie.

Dans la partie suivante, consacrée aux systèmes d'information correspondants à chaque type d'action, figure un tableau récapitulatif des différents types d'actions de gestion du risque envisagés par la mission, en précisant la population visée et le lieu de vie.

Il a paru utile de mentionner les lignes correspondant aux concours financiers aux conseils départementaux, même si elles sont pour l'instant exclues du périmètre de la gestion du risque.

**4.3. Les prérequis liés à la disponibilité des données, au choix des réseaux chargés du déploiement et aux leviers d'actions ne sont que partiellement satisfaits**

**4.3.1. Les données nécessaires à la gestion du risque autonomie ne sont que partiellement disponibles, faute de systèmes d'information adaptés**

La mission a établi une liste des systèmes d'information qui pourraient, domaine par domaine, outiller une action de gestion du risque.

Tableau 22 : systèmes d'information identifiés ou à prévoir ou travaux à conduire pour les différents types d'action de gestion du risque

Action	Population	Lieu	Libellé	Systèmes d'information/études	Données disponibles et exploitables à court terme
Prévention	PA	Domicile	Les actions de prévention de la perte d'autonomie sont-elles efficaces ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation de l'efficacité et de l'impact des différents types d'actions de prévention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non (en attente de la structuration du centre de données CFPPA)</li> </ul>
	PA	ESMS	Des actions de prévention de la perte d'autonomie sont-elles systématiquement conduites en EHPAD (autres EHPA) ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>6PO permet la remontée des taux de dépistage au niveau national (CPOM État-ARS)</li> <li>Évolution à prévoir du SI E-Cars médico-social (CPOM ESMS-ARS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oui pour les indicateurs existants</li> </ul>
	PH	Domicile	Des actions de dépistage des pathologies sont-elles systématiquement conduites en direction des PH vivant à domicile ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étude inexistante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non</li> </ul>
	PH	ESMS	Des actions de dépistage des pathologies sont-elles systématiquement conduites en direction des PH hébergées en ESMS ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>6PO permet la remontée des taux de dépistage au niveau national (CPOM État-ARS)</li> <li>Évolution à prévoir du SI E-Cars médico-social (CPOM ESMS-ARS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oui pour les indicateurs existants</li> </ul>
	PA	Domicile	L'APA est-elle attribuée aux personnes qui en ont besoin et le plan d'aides est-il correctement dimensionné	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enquêtes DREES (RI-APA) à exploiter</li> <li>SI-APA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oui pour les enquêtes DREES</li> <li>Non pour le SI-APA</li> </ul>
	PA	ESMS	Les personnes en EHPAD ont-elles besoin de ce type de prise en charge ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>SI GALAAD : évaluations AGGIR et coupes PATHOS</li> <li>Autre SI à construire (ou évolution de GALAAD ?)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les données sont disponibles mais le référentiel est à construire (travaux en cours sur la différenciation EHPD-USLD)</li> </ul>
Adéquation individuelle	PH	Domicile	La PCH est-elle attribuée aux personnes qui en ont besoin?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enquêtes DREES (RI-PCH) à exploiter</li> <li>Informations du centre de données à exploiter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les données DREES sont disponibles</li> </ul>

Annexe V

Action	Population	Lieu	Libellé	Systèmes d'information/études	Données disponibles et exploitables à court terme
					<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Début exploitation des données du centre en routine prévue en 2021</li> </ul>
	PH	ESMS	Les personnes en ESMS-PH ont-elles besoin de cette prise en charge ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SI à construire à partir des données produites dans le cadre du projet SERAFIN-PH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les données du projet SERAFIN-PH sont disponibles</li> <li>▪ Élargissement du recueil des variables prévu en 2022</li> </ul>
	PA	Domicile	Le niveau des dépenses de l'APA du département correspondent elles aux besoins de la population ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SI APA ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Non</li> </ul>
	PA	ESMS	Le taux d'équipement en EHPAD du département correspond-il aux besoins ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limites des indicateurs des REPSS</li> <li>▪ Études de définition d'indicateurs de besoins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui pour les indicateurs</li> <li>▪ Non</li> </ul>
Adéquation territoriale	PH	Domicile	Le niveau des dépenses de PCH du département correspondent-elles aux besoins de la population ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enquêtes DREES (RI-PCH) à exploiter</li> <li>▪ Informations du centre de données à exploiter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les données DREES sont disponibles</li> <li>▪ Début exploitation des données du centre en routine prévue en 2021</li> </ul>
	PH	ESMS	Le taux d'équipement du département en ESMS PH correspond-il aux besoins ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limites des indicateurs des REPSS</li> <li>▪ Études de définition d'indicateurs de besoins</li> <li>▪ Exploitation du SI de suivi des orientations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui (REPSS)</li> <li>▪ Non (études)</li> <li>▪ SI suivi des orientations : fin de déploiement prévue en 2021 mais évolutions à réaliser (disponibilité prévue fin 2022)</li> </ul>
Efficiences économique	PA	Domicile	Le taux de (non) recours APA sont-ils comparables à ceux des autres départements ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Étude méthodologique pour déterminer un indicateur de non recours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Non</li> </ul>
	PA	ESMS	Les coûts d'un ESMS sont-ils comparables à ceux des ESMS ayant la même activité ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ENC EHPAD, tableau de bord de la performance médico-social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oui pour ENC EHPAD et Tableau de bord</li> </ul>

Annexe V

Action	Population	Lieu	Libellé	Systèmes d'information/études	Données disponibles et exploitables à court terme
Adéquation des financements aux besoins	PH	Domicile	Le taux de (non) recours PCH et le taux de fraude sont-ils comparables à ceux des autres départements ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étude méthodologique pour déterminer un indicateur de non recours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non</li> </ul>
	PH	ESMS	Les coûts d'un ESMS sont-ils comparables à ceux des ESMS ayant la même activité?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réforme SERAFIN-PH, tableau de bord de la performance médico-social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oui pour Tableau de bord</li> <li>Partiellement pour SERAFIN-PH (projet d'élargissement du recueil de variables en 2022)</li> </ul>
	PA	Domicile	L'évolution du concours APA de la CNSA est-elle suffisante pour couvrir l'augmentation de la dépendance?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Construction de tendanciel en collaboration avec la DREES</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non</li> </ul>
	PA	ESMS	Le niveau de l'OGD PA est-il suffisant pour couvrir l'augmentation de la dépendance des résidents?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exploitation de GALAAD pour construire un tendanciel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oui données des évaluations AGGIR et Pathos de l'ensemble des résidents d'EHPAD disponibles</li> </ul>
	PH	Domicile	L'évolution du concours PCH de la CNSA est-elle suffisante pour couvrir l'évolution prévisible des besoins des bénéficiaires ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Handifaction indique le taux de refus de soins ressenti par les PH</li> <li>Études pour suivre les besoins d'accompagnement et leur couverture (grille des besoins/ des prestations) et construire des tendanciel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oui (Handifaction)</li> <li>Non (études)</li> </ul>
	PH	ESMS	Le niveau de l'OGD PH est-il suffisant pour couvrir les besoins de prise en charge des bénéficiaires?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Handifaction indique le taux de refus de soins ressenti par les PH</li> <li>À prévoir dans le SI accompagnant le nouveau modèle tarifaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oui (Handifaction)</li> <li>Non (SI à construire)</li> </ul>

Source : mission.

Il ressort de ce tableau qu'une partie des données nécessaires est disponible, principalement dans les ESMS. Des données sont recueillies en dehors des systèmes d'information métiers, par exemple pour le taux de dépistage dans les ESMS, remonté par les ARS via l'application 6PO une fois par an pour les dialogues stratégiques avec les membres du CNP. Une montée en puissance de la gestion du risque nécessitera un recueil directement au sein des systèmes d'information métiers.

**Le déploiement de systèmes d'information performants, permettant des remontées de données de qualité, ainsi que la structuration d'une fonction d'analyse et de prospective efficace, sont indispensables à la mise en place d'une gestion du risque au sein de la nouvelle branche autonomie (cf. annexes VI et VII).**

Pour cela, il serait indispensable que la CNSA renforce la connaissance de ces dépenses, en lien avec les départements, par exemple en examinant la mise en œuvre d'un système d'information dédié (SI-APA) (cf. annexes VI et VII).

#### **4.3.2. Le déploiement d'une gestion du risque autonomie pourrait s'appuyer sur différents réseaux territoriaux : ARS, départements, voire caisses locales d'autres réseaux de sécurité sociale**

##### **4.3.2.1. Les ARS et les réseaux départementaux ne disposent pas à ce jour de l'ensemble des leviers d'action nécessaires pour déployer des fonctions de gestion du risque**

La CNSA devra piloter le déploiement de la gestion du risque par les réseaux qui en seront chargés, et leur apporter les outils et les systèmes d'information nécessaires.

Il est probable que le cadre législatif et réglementaire doive évoluer pour doter ces réseaux des leviers juridiques nécessaires à la conduite des actions de gestion du risque correspondant aux objectifs fixés.

Les ARS disposent d'équipes qui pilotent le secteur des ESMS. Toutefois, leur activité est une activité de régulation (autorisation, tarification) et de contractualisation stratégique (CPOM) et **cette relation n'inclut pour l'instant aucune dimension de gestion du risque**. La fonction qui se rapproche le plus est dans doute la négociation des CPOM<sup>20</sup>. La possibilité d'utiliser le système d'information e-Cars<sup>21</sup> pour conduire des actions de gestion du risque mérite d'être examinée.

S'agissant des réseaux placés sous l'autorité des conseils départementaux, l'exercice d'une fonction de gestion du risque pour le compte de la CNSA soulève des difficultés de fond :

- ◆ les prestations qu'ils financent ne sont pas en tant que telles incluses dans la branche autonomie qui n'intègre que le montant des concours que leur verse la CNSA ;
- ◆ il ne paraît pas réaliste de leur demander de mettre en place des actions qui pourraient les conduire à mettre en cause leurs propres pratiques, même s'ils sont demandeurs de comparaisons entre eux.

---

<sup>20</sup> Le pourcentage de l'OGD faisant l'objet d'un CPOM était de 58% fin 2019. Le suivi de la montée en charge des CPOM est réalisé en masse financière et non en nombre d'établissements ou d'organismes gestionnaires.

<sup>21</sup> Le SI E-cars médicosocial vise à dématérialiser les CPOM ARS-ESMS ; il est en cours de déploiement dans les ARS et les CD (cf. Annexe 4).

Pour les réseaux départementaux, la mise en œuvre de la gestion du risque devra probablement combiner plusieurs approches : analyse des données individuelles par la CNSA à des fins de comparaisons interdépartementales, participation à des travaux de définition de référentiels sur « le juste accompagnement » et mise en œuvre volontaire, renforcement des prérogatives de contrôle des indus et fraudes des bénéficiaires, mise en place d'une fonction d'audit-contrôle pilotée par le niveau national, prévue par la mesure 38 de la feuille de route MDPH 2022 sur le champ des personnes handicapées.

### **4.3.2.2. La mobilisation du réseau de l'assurance maladie doit être examinée**

La direction du budget suggère que la CNSA « confie la prestation de gestion du risque aux autres caisses dotées de réseaux ». La mission considère que cette piste est intéressante et qu'elle doit être explorée, au moins sur une partie des actions menées qui concerneraient aussi les autres branches, afin de déterminer si elle se révèle plus économe en moyens que le développement des réseaux actuels de la CNSA.

**La mobilisation du réseau de l'assurance maladie paraît particulièrement indiquée, du fait de l'expertise acquise par celui-ci dans le domaine de la gestion du risque maladie.** Elle permettrait en particulier d'assurer la cohérence entre la gestion du risque autonomie et la gestion du risque maladie et d'éviter ainsi que des décisions prises dans le cadre d'une branche interfèrent défavorablement sur les dépenses de l'autre, compte tenu de la forte porosité des dépenses entre les deux branches dans le champ des ESMS. Ainsi, le réseau local de l'assurance maladie pourrait-il être chargé du suivi des consommations de soins en ESMS via résid'ESMS.

L'expérience du réseau de l'assurance maladie pourrait lui permettre d'assurer le contrôle de l'adéquation de la prise en charge en EHPAD des résidents présents un jour donné, sous réserve qu'un texte réglementaire détermine les critères pour l'admission en EHPAD.

Si la loi prévoit la faculté pour la CNSA de mobiliser les réseaux des autres branches, les modalités de cette mobilisation devront faire l'objet de discussions avec les caisses nationales compétentes. Il est notamment probable que des moyens supplémentaires soient demandés pour réaliser ces missions nouvelles.

### **4.3.3. Les leviers d'action sont nombreux et dépendent fortement des objectifs qui seront assignés à la gestion du risque autonomie**

En fonction du périmètre de la gestion du risque autonomie qui sera arrêté et des objectifs qui seront définis, plusieurs leviers d'action pourront être mis en œuvre. Certaines actions sont d'ores et déjà possibles, tandis que d'autres nécessiteront une évolution législative ou réglementaire ou des évolutions organisationnelles.

**Les actions de prévention et de communication suivantes peuvent être envisagées :**

- ◆ le développement des programmes systématiques de dépistage dans les ESMS PH, dont certains indicateurs figurent dans les objectifs des CPOM État-ARS 2019-2023 (cf. annexe IV) ;
- ◆ les actions de communication pour informer les personnes sur leurs droits afin de réduire le non recours ;
- ◆ la restriction du périmètre des actions de prévention co-financées par la CNSA à celles qui auront fait l'objet d'une évaluation favorable (cf. annexes IV et VIII) ;
- ◆ la mise en place du centre de ressources sur l'évaluation des politiques de prévention permettrait d'outiller la réflexion sur l'efficacité des actions de prévention (cf. annexe VIII paragraphe 3.2.1.).

**L'évaluation du tendancier des dépenses nécessite de renforcer les outils existants :**

- ◆ la validation des coupes Pathos par les médecins des ARS pâtit de la faiblesse des ressources médicales en ARS qui limite la fréquence de ces validations, alors que cette actualisation détermine le tendancier des dépenses EHPAD ; le développement d'une action de gestion du risque en ce domaine (pour renforcer la sincérité de la construction de l'OGD) supposera un renforcement de ces ressources en ARS ;
- ◆ Handifaction constitue la meilleure approximation de l'évolution de la situation en termes de refus d'accès aux soins des personnes vivant en situation de handicap ; la reprise de ses résultats dans les CPOM État-ARS depuis 2019 devrait s'accompagner, en lien avec Handidactique, d'une réflexion sur le financement de cet outil et de ses évolutions.

**L'amélioration de la qualité des soins apportés aux usagers pourrait s'appuyer sur les mesures suivantes :**

- ◆ mettre en place une mission nationale d'audit placée auprès de la DGCS<sup>22</sup> ;
- ◆ permettre à la CNSA de développer le SI-APA, système d'information unifié de la prestation en vue de favoriser l'équité de traitement, de simplifier les démarches et de disposer d'informations populationnelles sur les bénéficiaires de l'APA et leurs proches aidants, afin d'adapter l'offre aux besoins (cf. annexe VIII, point 3.1.2) ;
- ◆ harmoniser les pratiques des équipes EMS-APA qui évaluent le GIR ;
- ◆ définir les critères d'admission dans les EHPAD ou de « conditions techniques de fonctionnement » par catégories d'ESMS.

Enfin, les conseils départementaux pourraient être dotés de prérogatives comparables à celles dont disposent les organismes de sécurité sociale pour le **contrôle des fraudes relatives aux prestations « monétaires »**<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> Le principe d'une mission nationale d'audit a été inscrite dans la FDR MDPH 2022 suite au rapport IGAS de décembre 2019, « Scénarios de création d'une mission nationale de contrôle et d'audit des MDPH » ; cette mission sera positionnée à la DGCS ce qui nécessitera une évolution législative ; dans un premier temps la préfiguration de cette fonction de contrôle devrait être assurée par l'IGAS dès 2021, sans modification des dispositions en vigueur.

<sup>23</sup> Pour sa part, la CNSA assure un contrôle des déclarations des CD sur leurs dépenses mais il s'agit pour l'instant d'un « contrôle de l'erreur manifeste » lorsque les dépenses d'un CD connaissent des fluctuations anormales.

## 5. Propositions

### 5.1. Améliorer la capacité de la CNSA à veiller à l'équilibre de la branche et au suivi des dépenses

**Proposition n° 1 :** reconnaître à la CNSA la capacité de proposer des mesures d'économies ou d'efficience, notamment dans l'hypothèse où les prévisions de recettes affectées à la branche autonomie seraient revues à la baisse en cours de gestion.

En tant que gestionnaire de la nouvelle branche autonomie, la CNSA a désormais pour rôle de veiller à l'équilibre de cette branche (article L. 14-10-1 du CASF).

D'une part, comme c'est déjà le cas aujourd'hui, elle devra être tenue régulièrement informée des prévisions de recettes réalisées par la direction de la sécurité sociale en lien avec les autres directions compétentes (direction générale des finances publiques, direction générale des douanes et droits indirects, direction générale du Trésor, direction du budget), afin d'en tirer les conséquences sur les prévisions de recettes qu'elle intègre dans ses prévisions internes et dans ses budgets rectificatifs.

D'autre part, même si les dépenses de la branche autonomie, notamment les crédits de l'objectif global de dépenses, se caractérisent par une rigidité importante, les tutelles de la CNSA devront reconnaître à la Caisse la capacité de proposer des mesures d'économies destinées à rétablir l'équilibre financier de la branche, conformément au rôle qui lui a été confié par la loi.

**Proposition n° 2 :** dans la prochaine COG, demander à la CNSA de proposer à ses tutelles des outils permettant une répartition plus équitable et plus simple des crédits de l'objectif global de dépense entre les différentes agences régionales de santé, en s'appuyant sur des indicateurs permettant d'appréhender les besoins et l'offre disponible au sein de chaque territoire.

La COG 2016-2019 de la CNSA fixait déjà pour objectif à la CNSA de « proposer un ajustement des critères de répartition de l'OGD pour aider à réduire dans la durée les disparités entre régions », en veillant à l'articulation étroite entre les travaux sur les indicateurs susceptibles de refléter les besoins d'un territoire et les réformes tarifaires engagées dans le champ des EHPAD et dans celui du handicap. Les tutelles n'ont pas souhaité donner suite aux travaux réalisés par la CNSA en 2017, en raison des importants effets de redistribution induits par les évolutions proposées.

Quatre ans plus tard, les modalités de répartition de l'OGD souffrent des mêmes limites :

- ◆ la connaissance de l'offre et des besoins des publics est hétérogène selon les types d'établissements et la CNSA ne dispose pas d'indicateurs robustes qui lui permettraient de définir des critères d'équité territoriale et de les mesurer ;
- ◆ la complexité des modalités de répartition actuelles apparaît disproportionnée au regard de l'absence d'outils d'évaluation, avec une focalisation sur la répartition des mesures nouvelles au détriment de l'examen de la base historique qui est reconduite chaque année.

La mission estime que la CNSA peut être force de proposition pour proposer des outils de répartition plus équitables et plus simples entre les ARS. L'amélioration des systèmes d'information dont elle dispose doit permettre de mieux appréhender les besoins et l'offre de chaque territoire en construisant des indicateurs permettant de mesurer la situation de chaque territoire au regard de l'objectif d'équité territoriale (cf. proposition n° 3 et annexe IV).

## Annexe V

Les effets de redistribution induits par les réformes en cours, notamment la réforme SERAFIN, et par les évolutions qui seront proposées par la CNSA devront être soigneusement évalués, et la CNSA pourra proposer une trajectoire de convergence pluriannuelle afin d'éviter de déstabiliser les régions ou les établissements pour lesquels une diminution des financements serait envisagée.

**Proposition n° 3 : faire évoluer les applications de la CNSA mises à disposition des agences régionales de santé, en particulier HAPI et SEPPIA, afin de prendre en compte les besoins métiers des utilisateurs de ces applications et de faciliter ainsi un reporting fiable de leurs décisions financières.**

L'application HAPI dispose de l'ensemble des fonctionnalités qui permettraient d'assurer un suivi en temps réel de l'avancée de la campagne budgétaire. Elle permet en effet d'automatiser la production de décisions tarifaires, tout en assurant une transmission simultanée des données.

Certaines ARS préfèrent toutefois continuer à utiliser leurs outils internes et n'utilisent l'application HAPI qu'à des fins de *reporting* vis-à-vis de la CNSA, en toute fin d'année. Les ARS soulignent le manque d'ergonomie de l'application HAPI et indiquent qu'elles préfèrent utiliser leurs outils internes qui sont plus fiables et plus simples à utiliser. Il apparaît indispensable que la CNSA modernise l'application HAPI afin que celle-ci puisse devenir l'unique outil de tarification utilisé par les ARS. Les trois principales évolutions attendues sont les suivantes :

- ◆ la création d'un module de simulation permettant aux ARS de tester différentes hypothèses de répartition entre ESMS et éviter l'utilisation d'outils externes, facteur de retard dans la saisie des informations dans HAPI ;
- ◆ la mise en place d'une fonction d'import de données sans limitation en termes de nombre de données ou de nombre d'utilisateurs connectés simultanément ;
- ◆ la fiabilité des arrêtés générés par l'application au regard des règles en vigueur ;
- ◆ l'amélioration de l'ergonomie de l'application qui requiert actuellement un grand nombre de « clics » de la part des utilisateurs.

Les utilisateurs rencontrés par la mission soulignent également la nécessité que le paramétrage de l'application reste stable tout au long de la campagne. La faculté d'avoir accès aux modalités de calcul et aux paramétrages internes constitue un dernier sujet de préoccupation qui pourrait être résolu par la mise à disposition d'un guide de l'application.

L'adhésion des ARS à l'application HAPI constitue une condition *sine qua non* pour que la CNSA puisse assurer un suivi en temps réel de la consommation des crédits de l'OGD.

Sur ce point, le projet « SI Collecte » ne doit pas se limiter à la remontée de données que fournit aujourd'hui l'application HAPI et il devra également inclure les fonctionnalités dont les ARS ont besoin (cf. annexes IV et VI).

### 5.2. Rationaliser la fonction budgétaire et comptable au sein de la CNSA

**Proposition n° 4 : opérer un suivi des cibles annuelles inscrites dans la trajectoire des frais de gestion en comptabilité budgétaire et un suivi de l'évolution des principaux postes de dépenses en comptabilité générale.**

La trajectoire des frais de gestion inscrite dans la COG 2016-2019 de la CNSA était présentée en comptabilité budgétaire, alors que les données sous-jacentes correspondaient à des données de charges exprimées en comptabilité générale, ce qui a rendu impossible en pratique la mesure du respect de la trajectoire fixée dans la COG. En particulier, la trajectoire incluait les dotations aux amortissements qui ne sont pas retracées en comptabilité budgétaire.

## Annexe V

La mission appelle l'attention des tutelles de la CNSA, en particulier sa tutelle financière, sur la nécessité de vérifier que la trajectoire des frais de gestion inscrite dans la prochaine COG de la CNSA pourra bien être suivie en exécution à l'aide des données extraites de l'application de suivi budgétaire et comptable de la CNSA et d'adapter les prévisions et modes de suivi aux possibilités qu'offrent la double comptabilité qu'elle est tenue de suivre. Pour les frais de gestion, on pourrait limiter le suivi en comptabilité budgétaire à un niveau agrégé et s'appuyer pour le détail et le périmètre non couvert par la comptabilité budgétaire sur la comptabilité générale.

**Proposition n° 5 : définir précisément le périmètre des frais de gestion et appliquer des normes d'évolution différentes aux moyens de fonctionnement généraux de la CNSA et aux moyens nécessaires à l'exercice de son métier.**

Le périmètre des frais de gestion devra ainsi être précisément défini au stade de la négociation de la COG, afin d'éviter des discussions ultérieures sur les critères de rattachement d'une dépense au fonds de gestion administrative. En particulier, les modalités d'imputation des dépenses informatiques devront être précisément définies : la mission recommande d'écarter la piste d'une répartition entre le fonds d'intervention et le fonds de gestion administrative et de rattacher intégralement ces dépenses au fonds de gestion administrative, avec un objectif d'évolution spécifique, comme c'est le cas dans les COG des autres branches du régime général.

Les normes d'évolution qui seront appliquées aux frais de gestion supportés par le fonds de gestion administrative pourront opérer une distinction entre les moyens de fonctionnement généraux de la Caisse et les moyens nécessaires à l'exercice du métier de la CNSA, en particulier sa fonction d'appui au réseau (déploiement de systèmes d'information métiers, organisation de réunions des réseaux, déplacements...). À ce titre, la mission suggère de ne pas reconduire dans la prochaine COG l'indicateur relatif aux frais de fonctionnement par agent dont le calcul souffre de nombreux biais.

### 5.3. Accompagner la transformation de la CNSA en organisme gestionnaire d'une nouvelle branche de sécurité sociale

**Proposition n° 6 : en matière d'organisation comptable et financière, clarifier le statut de la CNSA au regard des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux caisses nationales de sécurité sociale du régime général.**

Conformément aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, la nouvelle branche autonomie est une branche du régime général (cf. article L. 200-2 du CSS) et la gestion de cette nouvelle branche a été confiée à la CNSA (cf. article L. 14-10-1 du CASF). En revanche, elle ne figure pas au sein du titre 2 « organismes nationaux » du livre 2 « organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses » du CSS contrairement à la CNAF, la CNAV, la CNAM ou l'ACOSS.

Cette situation pose question au regard de l'application de certaines dispositions du CSS, notamment l'article L. 114-1-8 du CSS relatif au contrôle interne ou l'article L. 122-1 du CSS relatif au directeur comptable et financier.

L'ordonnance prévue au III de l'article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 pourrait constituer l'occasion de préciser les règles qui s'appliquent aux caisses nationales de sécurité sociale du régime général qui doivent également s'appliquer à la CNSA.

**Proposition n° 7 : clarifier les attendus de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) en termes de prévisions de décaissements, en précisant la marge d'erreur tolérée ; adapter les processus internes de la Caisse afin d'anticiper les décaissements les plus importants.**

La mission de gestion de la trésorerie de la nouvelle branche autonomie gérée par la CNSA est désormais confiée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) qui gère déjà de façon centralisée la trésorerie des quatre autres branches du régime général. Comme pour les autres branches, un suivi régulier de la trésorerie de la CNSA devra être réalisé par la Caisse, qui pourra procéder à des demandes de tirage auprès de l'ACOSS.

Dans un premier temps, l'ACOSS a prévu d'abonder chaque semaine (tous les lundis) le compte de la CNSA, ce qui implique que celle-ci soit en mesure de réaliser une prévision hebdomadaire suffisamment précise. La direction des ressources de la CNSA doit ainsi assurer un suivi de trésorerie régulier et sensibiliser l'ensemble des directions de la CNSA sur la nécessité d'anticiper la date des paiements les plus substantiels.

La direction des ressources de la CNSA s'est engagée sur un suivi hebdomadaire d'une grande précision, mais la mission estime que la précision demandée pourrait être relativisée au regard des masses financières gérées par les autres branches du régime général et au regard de la marge d'erreur prise en compte par l'ACOSS.

La CNSA doit également adapter ses processus internes et sensibiliser les directions métiers à la nécessité d'anticiper les décaissements les plus importants. À l'avenir, la CNSA pourrait être amenée à adapter les clauses de paiement qui figurent dans ses conventions afin de ménager un délai suffisant pour obtenir les fonds nécessaires de la part de l'ACOSS.

**Proposition n° 8 : clarifier les informations qui seront demandées à la CNSA et à ses partenaires dans le cadre de la certification des comptes par la Cour des comptes, en évitant de fixer à la CNSA des objectifs dont la réalisation ne dépend pas d'elle.**

Les comptes de la CNSA sont certifiés depuis 2012 par des commissaires aux comptes, mais ils seront désormais certifiés par la Cour des comptes qui établit chaque année un rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale. Les premiers comptes de la CNSA certifiés par la Cour des comptes seront les comptes 2021 qui seront certifiés au premier semestre 2022.

Afin que la CNSA puisse répondre aux demandes qui lui seront adressées par la Cour des comptes en matière de certification, il conviendrait que ses tutelles (notamment la direction de la sécurité sociale) précisent quelles informations devront être fournies par la CNSA et surtout quelles informations devront être fournies par ses partenaires afin de justifier l'utilisation des crédits versés par la CNSA et inscrivent dans les COG des autres branches l'obligation de communiquer ces informations à la CNSA.

S'agissant en particulier des prestations individuelles servies par les réseaux départementaux, la mission estime que la CNSA pourra seulement vérifier le respect par les conseils départementaux de leurs obligations de transmission d'informations, par exemple la production d'états financiers certifiés par leurs comptables pour les dépenses d'APA et de PCH.

#### 5.4. Remettre à plat les modalités de fonctionnement du service facturier

**Proposition n° 9 : clarifier et formaliser les procédures de dépenses et la répartition des tâches entre l'agent comptable, le service facturier, la direction des ressources et les directions métiers.**

La CNSA a mis en place un service facturier qui a remplacé le service de centralisation des factures qui avait été mis en place en 2014. Le déploiement de ce service facturier a été marqué par de nombreuses vicissitudes liées non seulement à des dissensions internes à la CNSA mais également, de façon plus structurelle, au manque de formalisation des procédures de dépenses ; à des contrôles trop nombreux et à une répartition des tâches incertaines entre les services de l'ordonnateur (direction des ressources et directions métiers) et l'agence comptable.

La formalisation des procédures de dépenses apparaît ainsi incontournable : celle-ci permettra, d'une part, de préciser les attendus du service facturier pour procéder à l'exécution de la dépense et, d'autre part, de clarifier la répartition des tâches entre les différents acteurs.

**Proposition n° 10 : conduire une véritable démarche d'accompagnement du changement associant l'ensemble des acteurs de la chaîne de la dépense au sein de la CNSA.**

Le rapport réalisé en septembre 2020 par le cabinet Eretra, intitulé « diagnostic et préconisations suite à un événement grave », souligne les tensions qui ont existé au sein de la CNSA en 2019 et en 2020, entre des acteurs de la direction des ressources et l'agence comptable mais également entre les agents de l'agence comptable. L'arrivée d'un nouvel agent comptable et d'un nouveau fondé de pouvoir en 2021 constitue l'opportunité de remettre à plat le fonctionnement de l'agence comptable au sein de la CNSA.

Le guide méthodologique des procédures d'exécution de la dépense en mode service facturier diffusé par la direction générale des finances publiques souligne que le changement de fonctionnement lié à la mise en place d'un service facturier implique un changement important d'organisation au sein de la structure, qui nécessite une sensibilisation préalable de tous les acteurs concernés, ainsi que la mise en œuvre de plans de formation et de communication, afin que chaque service puisse intégrer les nouvelles méthodes de travail. L'adhésion des personnels constitue par ailleurs un facteur essentiel à la réussite d'un service facturier et la conduite du changement est un élément majeur pour réussir le passage d'un système de gestion classique des dépenses à un service facturier.

Il apparaît indispensable que la CNSA mobilise l'ensemble des moyens disponibles pour sensibiliser les différents acteurs : la mise en place de groupes de travail, l'organisation de conférences, l'édition de brochures, la réalisation de formations en vue d'accompagner les personnels au changement. Seule la mise en œuvre d'une véritable démarche d'accompagnement du changement permettra d'atténuer les conséquences du lourd passif accumulé au fil des années.

## 5.5. Le contenu de la prochaine COG de la CNSA devra tenir compte de l'état d'avancement des réflexions des tutelles sur les objectifs de la gestion du risque autonomie

### 5.5.1. Il convient de tirer les leçons de l'échec de la première tentative de gestion du risque dans le secteur des EHPAD

La seule sous-action de la COG CNSA 2016-2019 consacrée à la gestion du risque dans le champ des EHPAD<sup>24</sup> n'a pas été réalisée (cf. annexe I).

Elle s'appuyait sur la généralisation à l'ensemble des EHPAD des travaux engagés dans le cadre de la circulaire n° DSS/MCGR/DGCS/CNSA/2013/357 du 15 novembre 2013 relative au déploiement de huit ratios de la grille d'analyse des dépenses de soins en EHPAD (cf. encadré 12).

#### Encadré 12 : déploiement de huit ratios de la grille d'analyse des dépenses de soins en EHPAD

Cette circulaire faisait suite à une première circulaire du 18 octobre 2012 demandant aux ARS de déployer l'analyse des dépenses de soins des EHPAD à partir de quatre ratios issus des comptes administratifs.

Comme en 2012, elle avait pour objectif de renforcer la connaissance du fonctionnement des EHPAD mais aussi de la structuration des dépenses médicales (médecins, biologies, séjours hospitaliers ...).

Les ARS devaient compléter les fichiers Excel transmis par la CNSA à partir des données remontées par les EHPAD volontaires, ou sur la base des comptes administratifs transmis aux ARS en avril 2013. Les dépenses de soins de ville 2012 des résidents des EHPAD ainsi que le nombre de journées de leurs hospitalisations étaient transmis par la CNAMTS.

Huit ratios étaient retenus, cinq issus des comptes administratifs des EHPAD et trois calculés à partir de données fournies par l'assurance maladie (dépenses de soins de ville et nombre de journées d'hospitalisation). Les ratios ajoutés en 2013 sont signalés par un astérisque (\*).

- Ratio 1 : le taux d'utilisation de la dotation de soins mesure le niveau de consommation de la dotation soins allouée à l'établissement. Il permet d'apprécier le volume budgétaire consommé pour couvrir les dépenses de fonctionnement sur la section tarifaire « soins ».
- Ratio 2 : la structure de la dépense financée par la dotation de soins mesure la répartition de la dépense entre les charges en personnel, les médicaments et les dispositifs médicaux et le matériel médical. Il permet d'identifier le poids respectif de chaque poste de dépenses.
- Ratio 3\* : la structure de la dépense de personnel par catégorie mesure la part de chaque catégorie de personnel dans la masse salariale financée sur la dotation soins.
- Ratios 4\* et 5\* (déclinés pour prendre en compte les spécificités des EHPAD en tarif global et tarif partiel) : ces deux ratios mesurent le coût des soins de ville en EHPAD par places installées.
- Ratio 6 : le taux d'occupation mesure l'activité réalisée au regard de la capacité totale de l'établissement. Il permet de mettre en lumière le niveau de fréquentation des places existantes et/ou de souligner la pression de la demande.
- Ratio 7\* : le taux d'hospitalisation des résidents en EHPAD mesure la fréquence d'hospitalisation des résidents au cours de leur séjour en EHPAD.
- Ratio 8\* : le taux d'encadrement médical et paramédical mesure le taux d'encadrement par catégorie de personnel (dont le temps de médecin coordonnateur).

*Source : circulaire n° DSS/MCGR/DGCS/CNSA/2013/357 du 15 novembre 2013.*

<sup>24</sup> Poursuivre et approfondir les travaux menés sur l'analyse d'indicateurs de gestion du risque en EHPAD.

## Annexe V

Les ARS avaient marqué un intérêt pour la démarche (23 ARS sur 26 avaient transmis les données attendues) et fait part de diverses remarques et interrogations :

- ◆ questions organisationnelles sur le pilotage de la gestion du risque en ARS (positionnement par rapport aux métiers d'allocation, d'inspection, de contractualisation) et sur la localisation géographique (siège/délégations territoriales) ;
- ◆ nécessité de partir des données approuvées plutôt que proposées ;
- ◆ absence de définition de groupes homogènes d'établissements et de cibles nationales
- ◆ questionnement sur l'utilité des indicateurs pour les EHPAD (qui attendaient plutôt des ratios d'encadrement).

Si la situation du secteur a beaucoup évolué, avec la réforme tarifaire, l'ENC EHPAD, le développement des CPOM ARS-ESMS, le déploiement d'Import CA, le déploiement (en cours) de SI-ECars, beaucoup de ces remarques restent d'actualité.

Plusieurs raisons expliquent ainsi l'échec de cette première tentative :

- ◆ les responsabilités des acteurs étaient très sommairement définies, la CNSA assurant « l'animation » de la politique de gestion du risque <sup>25</sup> ;
- ◆ les ARS étaient supposées être en mesure de remplir la nouvelle mission que leur avait confiée la loi en 2009 malgré l'absence de toute réflexion sur les organisations à mettre en place <sup>26</sup> ;
- ◆ une forte homogénéité a été constatée sur les indicateurs d'activité retenus, en faible évolution d'une année sur l'autre<sup>27</sup> ;
- ◆ l'absence de référentiel d'organisation et de qualité de service n'a pas permis de structurer la discussion sur les écarts observés.

**Ce bilan permet de dégager, *a contrario*, les principes qui devraient guider la construction de la politique de gestion du risque gérée par la CNSA dans le nouveau cadre législatif :**

- ◆ définir de façon précise les responsabilités de la CNSA et des autres acteurs nationaux (direction d'administration centrale et CNAM) ;
- ◆ accompagner les ARS (et les autres réseaux) pour mettre en place les adaptations de leurs organisations nécessaires à la conduite de cette nouvelle mission ;
- ◆ retenir des indicateurs jugés utiles par les acteurs, et susceptibles de présenter des écarts significatifs entre structures et dans le temps ;
- ◆ disposer de référentiel d'organisation et de qualité pour structurer une discussion avec les acteurs de terrain.

Pour éviter de se trouver, comme ce fut le cas au cours de la COG 2016-2019, dans la situation inconfortable de devoir interrompre une dynamique qui avait fortement mobilisé les acteurs et les régulateurs, la mission considère que le plus grand soin doit être accordé à la phase de définition de la politique de gestion du risque.

---

<sup>25</sup> « La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est responsable de l'animation de cette politique de GDR qui porte sur l'efficacité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ce programme est validé par la DSS et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). », in : « Gestion du risque Axe Efficacité en EHPAD, Analyse statistique des remontées des ARS dans les comptes administratifs 2012 », CNSA, Janvier 2015.

<sup>26</sup> « Depuis la loi HPST, la GDR est une mission propre aux agences régionales de santé (ARS) qui en assurent le pilotage, la mise en œuvre et l'évaluation au niveau régional, en lien avec les organismes d'assurance maladie et sur la base d'un programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPRGDR). Cette politique est animée au niveau national par la Direction de la sécurité sociale (DSS). »

<sup>27</sup> À l'inverse, le taux d'hospitalisation varie en fonction de la zone d'implantation, urbaine ou rurale, de la taille de l'EHPAD et de son option tarifaire.

### 5.5.2. Le déploiement de la gestion du risque autonomie doit se faire en plusieurs étapes, sur la base d'un diagnostic précis de la part de la CNSA et d'un positionnement clair de la part de ses tutelles

Au terme de ses travaux, la mission constate que ni la CNSA ni les directions d'administration centrale ne sont en mesure de préciser les actions qui pourraient figurer dans la future COG CNSA en matière de gestion du risque. Compte tenu du stade d'avancement des réflexions, seul l'objectif de définition de la politique de gestion du risque peut être intégré d'emblée dans la prochaine COG.

Pour parvenir à cette définition, la création d'un ETP supplémentaire de chargé de mission est préconisée par la mission, à condition de définir précisément sa feuille de route et les attendus des tutelles. Le positionnement de ce chargé de mission au sein de la CNSA devra être décidé par la direction générale au regard notamment du périmètre des travaux ainsi défini et de la capacité des directions à piloter ce sujet.

Les tutelles pourraient ainsi demander à la CNSA de proposer dans un délai raisonnable un cahier des charges proposant une définition, des objectifs et un périmètre, identifiant les responsabilités de chaque acteur, et les prérequis (SI, cadre réglementaire, ...). Le cahier des charges devrait également préciser le calendrier de montée en charge.

La formalisation d'une politique de gestion du risque devrait associer la totalité des parties prenantes tant administratives que représentatives du secteur.

Dans l'immédiat, au regard de l'absence d'orientation donnée par les tutelles, des moyens limités de la CNSA (données parcellaires, réseaux plus ou moins autonomes), la CNSA devrait se concentrer sur les objectifs suivants, qui devraient être inscrits dans la prochaine COG :

- ◆ mise en place d'une véritable démarche de contrôle interne (cf. annexe III) ;
- ◆ structuration de ses capacités de connaissance des politiques publiques de l'autonomie : développement des SI, renforcement des équipes de statisticiens (cf. annexe VII) ;
- ◆ mise en place d'une fonction prospective (cf. annexe VII).

Un avenant à la COG pourra venir compléter les actions de gestion du risque une fois que cette phase aura été conduite. Il sera à ce moment-là possible de définir des effectifs « cibles » dédiés à la fonction de gestion du risque à la CNSA pour la durée restante de la COG, en fonction du niveau d'ambition retenu. Il conviendra également de tirer les conséquences de la mise en œuvre de cette nouvelle mission sur les réseaux chargés de leur déploiement. Les tutelles devront être particulièrement attentives au réalisme des nouvelles ambitions posées, notamment au regard :

- ◆ des données disponibles sur l'équité territoriale, l'accessibilité et la qualité des soins ;
- ◆ de l'efficacité des interventions de la CNSA et des actions de prévention mises en œuvre ;
- ◆ des moyens de la CNSA (humains, financiers, juridiques) et de ses capacités de pilotage des réseaux chargés du déploiement.

**Proposition n° 11 :** sur la base d'une feuille de route définie par les tutelles, demander à la CNSA de proposer, dans un délai raisonnable, un cahier des charges proposant une définition, des objectifs et un périmètre pour la gestion du risque autonomie, en identifiant les prérequis indispensables, les actions à mener, les responsabilités de l'ensemble des parties prenantes et en précisant le calendrier du déploiement.

## Annexe V

Propositions de l'annexe V
Proposition n° 1 : reconnaître à la CNSA la capacité de proposer des mesures d'économies ou d'efficience, notamment dans l'hypothèse où les prévisions de recettes affectées à la branche autonomie seraient revues à la baisse en cours de gestion.
Proposition n° 2 : dans la prochaine COG, demander à la CNSA de proposer à ses tutelles des outils permettant une répartition plus équitable et plus simple des crédits de l'objectif global de dépense entre les différentes agences régionales de santé, en s'appuyant sur des indicateurs permettant d'appréhender les besoins et l'offre disponible au sein de chaque territoire.
Proposition n° 3 : faire évoluer les applications de la CNSA mises à disposition des agences régionales de santé, en particulier HAPI et SEPPIA, afin de prendre en compte les besoins métiers des utilisateurs de ces applications et de faciliter ainsi un reporting fiable de leurs décisions financières.
Proposition n° 4 : opérer un suivi des cibles annuelles inscrites dans la trajectoire des frais de gestion en comptabilité budgétaire et un suivi de l'évolution des principaux postes de dépenses en comptabilité générale.
Proposition n° 5 : définir précisément le périmètre des frais de gestion et appliquer des normes d'évolution différentes aux moyens de fonctionnement généraux de la CNSA et aux moyens nécessaires à l'exercice de son métier.
Proposition n° 6 : en matière d'organisation comptable et financière, clarifier le statut de la CNSA au regard des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux caisses nationales de sécurité sociale du régime général.
Proposition n° 7 : clarifier les attendus de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) en termes de prévisions de décaissements, en précisant la marge d'erreur tolérée ; adapter les processus internes de la Caisse afin d'anticiper les décaissements les plus importants.
Proposition n° 8 : clarifier les informations qui seront demandées à la CNSA et à ses partenaires dans le cadre de la certification des comptes par la Cour des comptes, en évitant de fixer à la CNSA des objectifs dont la réalisation ne dépend pas d'elle.
Proposition n° 9 : clarifier et formaliser les procédures de dépenses et la répartition des tâches entre l'agent comptable, le service facturier, la direction des ressources et les directions métiers.
Proposition n° 10 : conduire une véritable démarche d'accompagnement du changement associant l'ensemble des acteurs de la chaîne de la dépense au sein de la CNSA.
Proposition n° 11 : sur la base d'une feuille de route définie par les tutelles, demander à la CNSA de proposer, dans un délai raisonnable, un cahier des charges proposant une définition, des objectifs et un périmètre pour la gestion du risque autonomie, en identifiant les prérequis indispensables, les actions à mener, les responsabilités de l'ensemble des parties prenantes et en précisant le calendrier du déploiement.

*Source : mission.*

## **ANNEXE VI**

**Systeme d'information, pilotage des  
projets, et direction des systemes  
d'information (DSI)**



# SOMMAIRE

<b>1. À L'EXCEPTION DU SI MDPH LES MISSIONS LÉGALES DE LA CAISSE LA CENTRENT SUR LES REMONTÉES D'INFORMATION ET LA CRÉATION D'UNE BRANCHE ACCROIT L'IMPORTANCE DE CE RÔLE.....</b>	<b>2</b>
1.1. À l'exception du SI MDPH les missions légales de la caisse la centrent sur les remontées d'information.....	2
1.2. La transformation en organisme national gérant une branche est susceptible d'accroître son rôle de maîtrise d'ouvrage.....	4
1.2.1. <i>Le rôle de la caisse comme maître d'ouvrage des SI de gestion de son réseau est susceptible de s'accroître fortement.....</i>	<i>4</i>
1.2.2. <i>La CNSA va collaborer de manière croissante avec des organismes bien mieux armés qu'elle en termes de moyens et de compétence.....</i>	<i>4</i>
<b>2. LA COG 2016-2019 COMPORTE DE NOMBREUSES RÉFÉRENCES AU SYSTÈME D'INFORMATION DE LA CNSA, SANS PROPOSER UNE VÉRITABLE VISION D'ENSEMBLE.....</b>	<b>5</b>
2.1. Pendant la COG précédente, la CNSA avait déjà développé quelques applications destinées à supporter le pilotage de l'objectif global de dépenses (OGD).....	5
2.2. 28 % des sous actions de la COG 2016-2019 sont clairement identifiées comme ayant un contenu relatif au système d'information.....	5
2.3. La mission a réalisé le bilan de l'annexe 1 de la COG relative aux principaux projets informatiques.....	6
2.3.1. <i>Compensation individuelle : le principal sujet est le SI des MDPH.....</i>	<i>7</i>
2.3.2. <i>Compensation collective.....</i>	<i>8</i>
2.3.3. <i>Information grand public « portail PA ».....</i>	<i>9</i>
2.3.4. <i>Gouvernance des SI.....</i>	<i>9</i>
2.3.5. <i>Gestion interne.....</i>	<i>9</i>
2.4. Faute d'une planification minimale des projets, la COG et son annexe n'ont pas constitué un outil de planification et de suivi de l'action de la caisse en matière de SI.....	10
<b>3. LE PROJET DE SCHÉMA DIRECTEUR ÉLABORÉ EN 2014 N'A PAS ÉTÉ EXPLOITÉ POUR L'ÉLABORATION DE LA COG, ET, POUR LA GESTION INTERNE, SEULE LA DSI S'Y EST RÉFÉRÉE.....</b>	<b>11</b>
3.1. Aucun schéma directeur validé par la CNSA n'a pu être fourni à la mission en dépit d'un projet avancé qui aurait pu être rapidement adapté pour accompagner la COG.....	11
3.2. Le projet de schéma directeur a fait l'objet d'un suivi technique et a constitué une référence pour la direction de la DSI.....	11
<b>4. LA DSI ASSURE OUTRE SES FONCTIONS TECHNIQUES UNE FONCTION DE GESTION DE PROJET ET D'AMOA AU PROFIT DES AUTRES DIRECTIONS.....</b>	<b>13</b>
4.1. Le budget SI est consacré pour un tiers à des dépenses informatiques et pour les deux tiers à des prestations externes.....	14
4.2. La maîtrise d'ouvrage des projets de systèmes d'information peine à remplir son rôle.....	14

4.3.	La DSI remplit avec des moyens réduits à la fois des fonctions purement informatiques, de conduite de projets de système d'information et de gestion de prestations externes d'AMOA .....	16
4.3.1.	<i>Les DSI des caisses nationales de sécurité sociale du régime général, arrivées à maturité, ont une organisation étoffée et des moyens importants dont une part est assumée par leur réseau .....</i>	16
4.3.2.	<i>L'organisation de la DSI encore en cours de mise en place est contrainte par sa taille .....</i>	17
4.3.3.	<i>Les effectifs ont été de 17,7 ETP pendant la COG et sont de 18,5 ETP en mars 2021 .....</i>	19
4.3.4.	<i>L'étirement du front des troupes est important.....</i>	20
4.3.5.	<i>Le management de la DSI est pénalisé par le double rôle des managers et insuffisamment outillé.....</i>	21
4.3.6.	<i>Les agents estiment consacrer une part trop forte de leur temps à des réunions.....</i>	24
4.3.7.	<i>Le climat social n'apparaît pas différent de celui de la CNSA.....</i>	25
4.3.8.	<i>Certains projets informatiques ont été abandonnés, tandis que d'autres connaissent des retards importants.....</i>	26
4.3.9.	<i>La DSI ne comporte aucun pôle technique production et support.....</i>	28
4.4.	La DSI a entamé une démarche de projet de service qui a caractérisé son positionnement au sein de la CNSA et conduit à élaborer une analyse de ses enjeux stratégiques .....	30
4.4.1.	<i>La DSI a une vision différente de celle des autres directions, à la fois de ce qu'elle est et de ses prestations .....</i>	30
4.4.2.	<i>La DSI a fait une analyse de son positionnement stratégique.....</i>	31
<b>5.</b>	<b>LA CNSA S'APPUIE SUR DE NOMBREUX PRESTATAIRES EXTÉRIEURS POUR LA CONDUITE DE SES PROJETS DE SYSTÈMES D'INFORMATION, AVEC UN RISQUE DE PERTE DE MAÎTRISE QUI JUSTIFIE UN RENFORCEMENT IMMÉDIAT .....</b>	<b>33</b>
5.1.	Le pilotage et le suivi de la volumétrie des prestataires de service sont défaillants ...	33
5.2.	L'ASIP a joué un rôle particulier d'assistance directe et de fourniture de prestataires.....	33
5.3.	Pendant la COG la CNSA a fait un appel très important en ETP à des prestataires.....	34
5.3.1.	<i>La DSI a réalisé une estimation à fin juillet 2020 qui est incomplète.....</i>	35
5.3.2.	<i>Les dépenses permettent de présenter une fourchette d'estimation dont la mission retient la valeur moyenne .....</i>	35
5.4.	La comparaison avec l'application des recommandations de la DINUM utilisée par la Cour des comptes fait apparaître pendant la COG un excès d'appel aux prestataires au regard des moyens internes .....	37
5.4.1.	<i>La méthode utilisée par la Cour des comptes.....</i>	37
5.4.2.	<i>La nécessité d'utiliser les ratios MOA et MOE et non le ratio global de 37 %.....</i>	38
5.4.3.	<i>Calcul du nombre maximal d'ETP que la CNSA est en mesure d'utiliser avec ses effectifs actuels.....</i>	38
5.4.4.	<i>Une estimation de l'écart en 2020 entre les ressources internes théoriques minimales et les ressources réelles.....</i>	38
5.5.	La mission estime qu'un renforcement immédiat dans le cadre des missions actuelles est nécessaire et que la prochaine COG devra en fonction du contenu du SDSI qui lui sera associé remédier à l'excès d'externalisation constaté jusqu'à aujourd'hui.....	39

5.5.1.	<i>Un renforcement pour le fonctionnement actuel de 5 ETP.....</i>	39
5.5.2.	<i>Une problématique de sécurité à aborder dans le cadre de la COG.....</i>	39
5.5.3.	<i>Remédier à l'externalisation excessive pendant la prochaine COG sur la base des projets de système d'information qu'elle comprendra.....</i>	39

## **6. ÉVOLUTIONS ET PERSPECTIVES DES DIFFÉRENTS PROJETS INFORMATIQUES DE LA CNSA..... 41**

6.1.	<i>Pendant la COG la couverture fonctionnelle ne s'est réellement accrue que pour le projet SI-MDPH, les évolutions sont limitées pour les autres domaines.....</i>	41
6.2.	<i>Après un déploiement, dans la douleur, du palier 1, le SI-MDPH continuera à mobiliser la caisse et ce programme restera un point important de la prochaine COG.....</i>	42
6.2.1.	<i>Le champ initial du projet a été modifié pour aboutir au programme actuel.....</i>	42
6.2.2.	<i>Le palier 1 a été déployé avec un très fort volontarisme en fin de période, les échanges avec les partenaires connaissent encore des difficultés pratiques.....</i>	46
6.2.3.	<i>Le rôle de la CNSA s'est modifié avec l'avancement du projet.....</i>	48
6.2.4.	<i>Les insatisfactions des utilisateurs et les difficultés rencontrées ont amené la CNSA à modifier sa conduite de projet.....</i>	50
6.2.5.	<i>La suite du projet va nécessiter une implication continue et significative de la CNSA.....</i>	51
6.3.	<i>L'évolution des SI assurant la remontée des informations des ESMS et diffusant l'information au public.....</i>	56
6.3.1.	<i>La DSI a été amenée à se doter d'outils et à améliorer le support des référentiels.....</i>	56
6.3.2.	<i>Le portail pour les personnes âgées, géré par la CNSA, fournit des informations sur les tarifs et reste à charge des seuls EHPAD.....</i>	57
6.3.3.	<i>Les importations de données des ESMS reposent sur des outils obsolètes et consommateurs de ressources, leurs fonctionnalités ont suivi les évolutions réglementaires.....</i>	58
6.3.4.	<i>Les SI à destination des ARS sont à revoir dans le cadre d'une meilleure articulation avec le ministère chargé de la santé.....</i>	58
6.3.5.	<i>Les SI fournis par la CNSA aux ARS doivent prendre en compte leurs besoins propres de gestion pour assurer la qualité des données collectées.....</i>	61
6.3.6.	<i>Le rôle de la CNSA dans le pilotage des SI utilisés par les ARS et les moyens affectés à cette fonction sont à préciser.....</i>	63
6.4.	<i>L'unification technique des outils de collecte de la CNSA est un projet potentiellement structurant.....</i>	65
6.5.	<i>Le développement des systèmes d'information propres à l'autonomie a été très limité.....</i>	66



## Annexe VI

La notion de système d'information (SI) recouvre un ensemble organisé de ressources qui permet de collecter, stocker, traiter et distribuer de l'information, de façon informatisée ou non. La présente annexe :

- ◆ fait le point de la manière dont le SI a été traité dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) et dans sa mise en œuvre ;
- ◆ évalue à la fois la manière dont sont conduits les projets de système d'information et le fonctionnement de la direction des systèmes d'information (DSI), afin d'apprécier la situation de la CNSA dans ce domaine avant le passage à la cinquième branche et l'élaboration de la COG ;
- ◆ décrit l'évolution globale de la couverture fonctionnelle et synthétise les constats de la mission sur ce sujet.

### Encadré 1 : rappels techniques

Un logiciel ou une application est un ensemble de programmes, qui permet à un ordinateur ou à un système informatique d'assurer une tâche ou une fonction en particulier.

Un progiciel est un logiciel généraliste aux multiples fonctions, composé d'un ensemble de programmes paramétrables et destiné à être utilisé par une large clientèle.

Un projet de système d'information et sa gestion ultérieure nécessitent la mobilisation conjointe de la maîtrise d'ouvrage (utilisateurs MOA) et la maîtrise d'œuvre (informatique MOE).

Le cycle de développement d'un logiciel comporte une phase de définition des besoins par les futurs utilisateurs (maîtrise d'ouvrage) qui doit être spécifiées dans un contenu à destination des développeurs. Le développement permet d'écrire le logiciel, après le développement initial, le logiciel est maintenu. Cette maintenance peut être correctrice ou évolutive. Le développement est validé par une recette. Puis le produit est mis en production il passe de l'environnement de développement (interne ou du prestataire) à la production (environnement de pré-production, puis de production).

Dans toutes ces phases peuvent intervenir des prestataires en complément ou en sous-traitance des intervenants internes : assistance à la maîtrise d'ouvrage (AMOA) ou au service informatique, assistance à la maîtrise d'œuvre (AMOE). Les principales prestations sont l'AMOA, le développement ou la maintenance, tierce maintenance applicative (TMA), la tierce recette applicative (TRA) ou la production (infogérance).

Le recours à la sous-traitance de ces deux compétences se pose en des termes différents :

- la maîtrise d'ouvrage ne peut être que partiellement sous traitée car cela correspond à des compétences métier et d'articulation avec d'autres SI que seul le l'organisme concerné peut définir ;
- la maîtrise d'œuvre réalise les fonctions purement informatique : définition des architectures techniques, des référentiels : l'exploitation des centres informatiques, le développement ou la maintenance des logiciels. Elle peut aussi sous-traiter (infogérance des centres informatique ou tierce maintenance applicative TMA). Toutefois, comme pour toute sous-traitance l'organisme doit disposer des agents en nombre et compétences suffisantes pour maîtriser la réalisation des prestations par le sous-traitant.

*Source : mission.*

## 1. À l'exception du SI MDPH les missions légales de la caisse la centrent sur les remontées d'information et la création d'une branche accroît l'importance de ce rôle

### 1.1. À l'exception du SI MDPH les missions légales de la caisse la centrent sur les remontées d'information

En termes de système d'information, la CNSA :

- ◆ est responsable de son système d'information propre permettant de répondre, à son niveau d'intervention, à ses missions ; ce qui en raison de la nature de ses missions nécessite des remontées d'information à la fois des MDPH, des ARS, des ESMS et des conseils départementaux ;
- ◆ a une compétence spécifique s'agissant des SI des MPDPH, pour lesquels l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) lui donne pour mission « 13° De concevoir et de mettre en œuvre un système d'information commun aux maisons départementales des personnes handicapées, comportant l'hébergement de données de santé en lien avec le groupement d'intérêt public prévu à l'article [L. 1111-24](#) du code de la santé publique. Pour les besoins de la mise en œuvre de ce système d'information, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie peut définir des normes permettant de garantir l'interopérabilité entre ses systèmes d'information, ceux des départements et ceux des maisons départementales des personnes handicapées et, en lien avec le groupement précité, labelliser les systèmes d'information conformes à ces normes » ;
- ◆ à l'inverse elle n'a pas de compétence spécifique pour le système d'information des autres membres de son « réseau » (ARS, Conseils départementaux (ESMS APA)), qui mettent en œuvre au plan local les politiques publiques dont elle a la charge ;
- ◆ est chargée ou participe à des remontées d'information dans différents domaines, ce qui nécessite de s'appuyer sur des systèmes d'information existants.

Deux modalités existent pour faire remonter des informations :

- ◆ soit les données, même obtenues par extraction automatisée de systèmes d'information, sont fournies sans que la façon dont elles sont produites soit normée ; cette pratique est adaptée à des domaines bien cadrés comme les données budgétaires et comptables ;
- ◆ soit les processus de production des données sont normés, pour en assurer la qualité, ce qui est souvent le cas des données métiers avec là deux options :
  - l'harmonisation des systèmes de gestion ;
  - l'utilisation d'un logiciel (souvent un progiciel) unique.

La CNSA dispose uniquement pour le SI-MDPH des outils juridiques lui permettant de normer la production des données et donc les processus qui les produisent. Dans les autres domaines elle ne peut que s'appuyer sur l'obligation de lui fournir des données. Elle peut participer au pilotage des SI des ARS mais sans pouvoir imposer des processus de travail, ou même l'utilisation des logiciels qu'elle fournit en dehors de l'alimentation de sa collecte de données. Elle n'a aucun outil juridique pour agir sur le SI et les modes de gestion qui déterminent les données fournies s'agissant des conseils départementaux.

**Encadré 2 : remontées d'informations statistiques ou exploitation des systèmes d'information de gestion**

Le sujet du choix entre remontées dites « statistiques » et celles issues de l'exploitation des systèmes d'information de gestion est récurrent notamment pour des acteurs nationaux, car ces remontées relèvent souvent de structures différentes (direction des statistiques d'un côté, direction des systèmes d'information de l'autre. Il est nécessaire et bien comprendre les différents outils disponibles :

1) Les enquêtes statistiques

- les enquêtes peuvent être le moment d'un recueil spécifique d'information non disponible ailleurs en utilisant les outils statistiques permettant de tirer une vision globale d'un recueil sur un échantillon représentatif de la population ;
- elles peuvent aussi consister en un recueil auprès de l'ensemble des organismes contribuant au sujet traité d'informations pouvant figurer dans leur système de gestion mais sont fournies soit en saisissant les données dans un outil web soit en transmettant un fichier informatique les contenant. C'est le cas des enquêtes faites par la DREES dans le domaine des politiques de l'autonomie, mais aussi de certaines remontées d'information de la CNSA ce mode de travail est performant mais présente plusieurs réserves ;
  - différents contrôles des données fournies sont possibles, notamment de cohérence, mais la donnée initiale est déclarative : si un organisme déclare un nombre erroné de mesures ou de bénéficiaires d'une aide, on peut très bien ne pas s'en apercevoir ; en particulier il est possible que les outils de gestion comportent des modules produisant ces données qui ne soient pas à jour ;
  - lorsque les données sont volumineuses et le nombre d'organismes à recenser est important (ce qui est le cas des ESMS) l'enquête est lourde à faire et à exploiter au regard des moyens des services les conduisant, nécessitant des délais de traitement atteignant couramment une à deux années. Ainsi, pour les enquêtes de la DREES « EHPA » (établissements pour personnes âgées) et « ES handicap » (établissements pour personnes handicapées), généralement réalisées à un rythme quadriennal, les utilisateurs disposent de données ayant, d'un à deux ans, et jusqu'à cinq ou six ans d'ancienneté, par exemple on utilise encore en 2021 les résultats de l'enquête EHPA de 2015 ;
  - s'agissant des données des départements il faut une base législative pour rendre obligatoire la réponse à une enquête qui n'existait pas avant la décentralisation de 1983 de ce fait, pour des prestations postérieures à celles-ci (comme la PCH ou l'APA) les remontées d'information doivent être prévues par un texte législatif posant l'obligation pour les conseils départementaux de répondre et des textes réglementaires définissant le détail des données à faire remonter.

2) Les remontées automatiques des informations issues des systèmes de gestion s'organisent selon plusieurs modalités :

- des remontées de fichiers issus des systèmes de gestion, c'est-à-dire la même méthode que celui des enquêtes, souvent plus automatisées et comportant éventuellement l'ajout de modules de contrôle automatisés ; ce mode de travail présente les mêmes difficultés que pour son utilisation dans le cadre d'enquêtes ;
- des remontées de systèmes harmonisés dont les processus de traitement et les données correspondent à un cahier des charges identique. Cela assure une meilleure qualité de la donnée mais rencontre aussi des difficultés : les logiciels peuvent être plus ou moins conformes, ils peuvent ne pas évoluer au même pas dans le temps, ce qui peut compromettre la qualité d'une partie des données ; c'est le choix qui a été fait pour les MDPH et pour le projet ESMS numérique avec des modes de mise en œuvre différents ;
- l'utilisation d'un système unique par les services gestionnaires, choix que soutient la CNSA pour les prestations autonomie gérées par les conseils départementaux.

Source : mission.

## **1.2. La transformation en organisme national gérant une branche est susceptible d'accroître son rôle de maîtrise d'ouvrage**

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021, la CNSA est chargée de gérer la branche autonomie (article L. 14-10-1 du CASF) mais sans disposer, comme dans les autres branches, d'un réseau qui lui est propre et soumis hiérarchiquement (cf. annexe IV). La CNSA, contrairement aux autres caisses, n'est notamment pas en charge de la mise à disposition des systèmes d'information pour les réseaux territoriaux en charge de l'autonomie (hors SI-MDPH), ce qui a des conséquences majeures, sachant que les SI sont un levier puissant pour piloter des réseaux (assurer le service rendu à l'utilisateur, normaliser et/ou rendre comparables les modes de travail et améliorer la performance).

### **1.2.1. Le rôle de la caisse comme maître d'ouvrage des SI de gestion de son réseau est susceptible de s'accroître fortement**

La transformation de la CNSA en organisme de pilotage de la branche autonomie ne modifie pas son positionnement à l'égard des MDPH, mais, si elle conduisait à demander à la CNSA d'accroître l'animation des autres réseaux, ou d'aller plus loin pour assurer leur le pilotage, son rôle de maître d'ouvrage augmenterait.

Cette extension prendrait une ampleur variable selon les domaines à couvrir (APA, aide à domicile, ...) et selon le positionnement pris pour répondre à ces demandes :

- ◆ collecte de données ;
- ◆ intervention sur les SI de gestion des fournisseurs de données dans une perspective d'harmonisation (choix fait pour le SI MDPH) ;
- ◆ fourniture d'un SI unique comportant les fonctionnalités de gestion nécessaires à mission du réseau (évolution des SI pour les ARS, choix fait pour le SI APA), ce choix pourrait aller jusqu'à conduire la CNSA à devoir assumer un rôle de maître d'œuvre.

### **1.2.2. La CNSA va collaborer de manière croissante avec des organismes bien mieux armés qu'elle en termes de moyens et de compétence**

Les relations avec les deux caisses nationales que sont la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) existant pour le co-pilotage de projets d'échange de données ou de fourniture de services (sécurisation de l'identification par exemple) est renforcé par le transfert de l'AEEH dans le champ piloté par la CNSA.

De la même manière l'intervention de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), lorsque celle-ci se voit par exemple confier le rôle de gérer des portails à destinations des usagers de la branche (comme c'est par exemple le cas pour le portail à destination des personnes handicapées), suppose que la CNSA soit en moyen de jouer son rôle de pilote et qu'elle dispose des moyens adéquats.

## 2. La COG 2016-2019 comporte de nombreuses références au système d'information de la CNSA, sans proposer une véritable vision d'ensemble

### 2.1. Pendant la COG précédente, la CNSA avait déjà développé quelques applications destinées à supporter le pilotage de l'objectif global de dépenses (OGD)

Pour le DSI alors en place, dans son domaine d'action, la COG 2012-2015 de la CNSA avait pour principales priorités le renforcement du pilotage de l'objectif global de dépenses (OGD) et des créations de place, d'une part, l'urbanisation des SI d'autre part.

S'agissant du premier point, la CNSA a mis à disposition les applications suivantes (certaines remplaçant des produits existants) :

**Tableau 1 : applications mises en place lors de la COG précédente**

Produit	Objet
HAPI	Tarification des ESMS
SEPIIA	Programmation, autorisations et installations des places
GALIS	Suivi du plan d'aide à l'investissement (PAI) déconcentré
Import CA	Importation des comptes administratifs des ESMS
GALAAD	Remontée données PATHOS
Potentiel emploi	Évaluation de l'employabilité des personnes handicapées <sup>1</sup>

*Source : note de CNSA préparation de la COG 2016-2019 septembre 2015.*

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV) publiée au *Journal officiel* du 21 décembre 2015 a conduit la caisse à développer pour la première fois un portail à destination du grand public (cf. annexe I).

**Le second point** n'a pas été traité, faute de schéma directeur du système d'information dont la préparation est intervenue en fin de COG en 2013-2014, pour une mise en œuvre prévue pour la période 2015-2018.

### 2.2. 28 % des sous actions de la COG 2016-2019 sont clairement identifiées comme ayant un contenu relatif au système d'information

Le système d'information est très présent dans la COG car c'est souvent un élément indispensable à la mise en œuvre des actions qu'elle prévoit, de sorte que 28 % des sous actions ont un aspect système d'information clairement identifié dans le document (cf. tableau 2).

**Tableau 2 : nombre de sous-actions par axe de la COG dont SI**

	Axe	Sous-actions	Dont SI	Pourcentage
1	Mieux éclairer les besoins des personnes âgées et des personnes handicapées pour adapter les réponses individuelles et l'offre collective	20	8	40 %
2	Améliorer l'accès aux droits des personnes handicapées, des personnes âgées et de leurs aidants dans le cadre d'une réponse accompagnée	39	11	28 %

<sup>1</sup> Le produit a été développé dans le cadre d'une expérience mais abandonné par la suite.

## Annexe VI

	Axe	Sous- actions	Dont SI	Pourcentage
3	Construire des réponses adaptées et efficaces dans une logique de parcours	32	2	6 %
4	Garantir une gestion équitable et performante des financements aux établissements des personnes âgées en perte d'autonomie et services médico-sociaux en assurant le pilotage de la dépense	26	5	19 %
5	Améliorer le fonctionnement et l'intervention de la Caisse	45	19	42 %
<b>Total</b>		<b>162</b>	<b>45</b>	<b>28 %</b>

*Source : exploitation COG quand une action et pas de sous action compté pour 1, quand une sous action détaillée en plusieurs points comptée pour 1).*

Cette répartition par axe conduit à ce que les actions à mener relevant d'un même projet de système d'information soient « ventilées » entre différents axes. A titre d'exemple pour le projet nouveau le plus important, le SI MDPH, deux sous actions appartiennent à l'axe 1 « *mieux éclairer les besoins des personnes âgées et des personnes handicapées pour adapter les réponses individuelles et l'offre collective* » ; et six à l'axe 2 « *améliorer l'accès aux droits des personnes handicapées, des personnes âgées et de leurs aidants dans le cadre d'une réponse accompagnée* ».

La présentation par sous actions n'est pas forcément adaptée au découpage naturel de l'avancement d'un système d'information mêlant, d'une part, des prescriptions d'organisation de la gestion de projet et, d'autre part, des objectifs liés à un champ et un phasage du projet.

### 2.3. La mission a réalisé le bilan de l'annexe 1 de la COG relative aux principaux projets informatiques

L'annexe 1 de la COG relative aux principaux chantiers à conduire en matière de SI vise à donner une vision transversale de ce sujet.

Les actions sont présentées selon cinq thèmes : compensation individuelle, compensation collective, information du public, gouvernance des SI, gestion interne. **Aucun sujet technique sur l'infrastructure et les outils à mettre en œuvre n'est abordé dans cette annexe.**

Dans ce domaine aussi, la CNSA est souvent en position de conduire ou participer à des projets dont elle n'est ni le maître d'œuvre ni le maître d'ouvrage exclusif ; en effet ces projets rentrent dans le cadre de ses missions de remontées d'information depuis les établissements ou d'appui à ses réseaux dont elle ne maîtrise pas les systèmes d'informations propres. C'est même le cas dans le domaine où elle a une compétence qui lui est donnée par la loi, celui du SI des MDPH :

- ◆ le choix d'une harmonisation des systèmes d'information des MDPH l'oblige à composer avec l'offre des éditeurs ;
- ◆ s'agissant des échanges avec les caisses nationales de sécurité sociale, elle est en situation de co-pilotage avec des organismes bien installés, disposant de plus moyens et qui ont leurs propres priorités.

Les développements ci-dessous rapportent les constats faits par la mission dans le bilan de la COG présenté en annexe I au contenu de l'annexe 1 de la COG. Sans être totalement exhaustifs car l'annexe ne l'est pas, ils permettent de donner une vision globale de la mise en œuvre de la COG en matière de SI.

### 2.3.1. Compensation individuelle : le principal sujet est le SI des MDPH

L'annexe est imprécise sur plusieurs points :

- ◆ le contenu exact du tronc commun du SI MDPH n'est pas précisé, il n'est pas indiqué si l'ensemble des processus des MDPH doivent être couverts ni quel est le phasage du projet ;
- ◆ il était prévu que le prototype développé par le SGMAP, projet IMPACT, soit expérimenté en 2016 par plusieurs MDPH pilotes. Sur la base de ce bilan d'utilisation, une implémentation était envisagée ainsi qu'un accompagnement des MDPH à son déploiement. En réalité le projet est resté à l'état de prototype et il n'a pas été possible de le déployer en l'état.<sup>2</sup>.

**Tableau 3 : point de mise en œuvre des aspects fonctionnels**

Objectif	Réalisation
L'informatisation de l'OEMD des équipes MAIA	L'OEMD MAIA a bien été élaboré, mais son implémentation dans les logiciels métier, a pris beaucoup de retard
Mis en place du palier 1 du tronc commun	Réduction du champ du projet. Mise en place du palier 1 finalisée en 2020.
Évaluation des personnes handicapées (codage des déficiences et évaluation simplifiée	Cette fonctionnalité intégrée dans le palier 1, a dû être modifiée pour la version suivante car elle était trop complexe et elle générait une saisie trop importante.
Informatisation des plans personnalisés de scolarisation	Les spécifications étaient supposées faites et devaient être intégrées dans les progiciels fournis pour la rentrée 2016-2017. Cette action a été mise en œuvre dans le cadre du déploiement du palier 1 fin 2019 et a donc été disponible pour la rentrée 2020-2021.

Source : mission.

**Tableau 4 : point des échanges d'information**

Objectif	Réalisation
Inclure dans le premier palier fonctionnel et généraliser la dématérialisation des échanges entre les MDPH et les CAF, décidée par la Conférence nationale du handicap du 12 décembre 2014.	Ces échanges ont été inclus dans le premier palier mais leur mise en œuvre n'était pas encore opérationnelle sur l'ensemble du territoire à la date des investigations soit six ans après la décision.
Accès au système national de gestion des identités (SNGI) pour les MDPH (la CNSA « suivra ce chantier majeur, piloté par la CNAF »)	Si le dispositif conventionnel et informatique a bien été mis en place, amenant à considérer que cette action a bien été réalisée, il reste à développer l'utilisation effective à ce service puisqu'un peu moins de la moitié des MDPH y a recours fin 2020 et que son impact sur la certification effective des NIR n'est pas mesuré (cf. annexe I, §1.2.2).

<sup>2</sup> Un prototype est un premier exemplaire d'un modèle (de mécanisme, de véhicule) construit avant la fabrication en série. La rédaction de l'annexe sur ce point ne correspond pas à une méthode pertinente.

## Annexe VI

Objectif	Réalisation
Le suivi de l'orientation des personnes en situation de handicap évoluera pour prendre en compte la généralisation du processus d'orientation permanent à l'horizon de fin 2017.	Cette action peut être considérée comme réalisée avec un déploiement dans 78 départements fin 2019 et dans 90 départements fin 2020, ce déploiement révélant toutefois des difficultés techniques de synchronisation et d'articulation avec le SI MDPH (doublons dans les décisions, incohérences dans le champ des décisions). En outre des problèmes de ressources sont apparus du fait du déploiement concomitant à celui du SI MDPH et du répertoire opérationnel des ressources (ROR) dans les ARS.
Gestion des échanges de dossiers usagers entre MDPH soit dans le SI possibilité d'une solution transitoire.	Le projet d'une solution transitoire a été abandonné par la CNSA et la fonctionnalité n'a pas été incluse dans le palier 1, ce qui est regrettable car cet outil serait de nature à faciliter le changement de progiciel par les MDPH et donc d'introduire une plus grande concurrence entre les éditeurs.
« Potentiel emploi » : utilisé par une trentaine de MDPH dans le cadre d'une expérimentation, l'outil développé par la CNSA pourra être déployé à l'échelle nationale en fonction des arbitrages rendus sur la généralisation.	Un outil a été développé à l'appui de l'expérimentation puis maintenu en condition. Il n'a pas été généralisé ni intégré au SI MDPH (cf. annexe I, §1.1.2).

*Source : mission.*

### 2.3.2. Compensation collective

Dans cette catégorie sont classés à la fois des évolutions fonctionnelles du SI relatif aux ESMS et l'urbanisation du SI de la CNSA.

**Les évolutions fonctionnelles des SI sont faites sauf celles concernant la tarification des ESMS handicap ont été mises en œuvre :**

- ◆ l'intégration des ESAT à l'ONDAM ;
- ◆ la réforme de la tarification des EPHAD prévue par la loi ASV ;
- ◆ l'adaptation des SI à la généralisation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) ;
- ◆ l'adaptation des SI du champ à la nouvelle carte des régions, notamment en ce qui concerne son impact sur la gestion des enveloppes ;
- ◆ par contre, la réforme de la tarification des ESMS Handicap n'ayant pas abouti elle n'a pas eu de conséquence sur les SI.

**S'agissant de l'urbanisation des ambitions élevées étaient fixées allant d'objectifs** très généraux à des demandes très précises de croisement de données : système d'échange et de partage permettant rendre possible l'obtention d'informations en provenance des nombreux partenaires de la Caisse (ARS, ESMS...) dans le domaine des ESMS,

- ◆ intégration progressive à ce socle des applications de la CNSA ;
- ◆ système d'information décisionnel mutualisé à l'ensemble du parc applicatif et croisements d'information étendus à d'autres fournisseurs de données.

L'inscription dans la COG d'objectifs généraux ne s'appuyant pas sur des projets étudiés comportant des objectifs, des charges et des délais n'a pas permis de valoriser suffisamment la problématique du SI dans la COG 2016-2019 de la CNSA.

Au regard du caractère imprécis du contenu attendu de l'urbanisation du SI il n'est donc pas possible de faire un bilan de la mise en œuvre de la COG ; on peut toutefois noter que :

## Annexe VI

- ◆ la CNSA n'a pas produit un plan global d'urbanisation du SI faute de ressources à la DSI pour mener ces travaux ;
- ◆ elle a mené des travaux techniques pour assurer l'accès aux applications et produits de la CNSA (annuaire, ..... ) et pour utiliser un référentiel FINESS unique pour « *la quasi-totalité* » des applications du domaine ESMS/ARS, ce qui permet de l'enrichir de certaines données produites par elle ; ne pas utiliser une instance du fichier FINESS par application mais un référentiel unique est une mise en conformité avec l'état de l'art bienvenue, mais somme toute normale en 2021 ;
- ◆ *elle dispose d'outils et d'extractions de données de ses applications, mais pas d'un système d'information décisionnel dont il faudrait d'ailleurs définir quelles décisions il doit permettre de préparer. »*

### 2.3.3. Information grand public « portail PA »

La loi ASV prévoyant la définition d'un socle de prestations relatives à l'hébergement des établissements, ces derniers devaient transmettre dès 2016 à la Caisse les informations relatives à leur capacité d'hébergement, permanent et temporaire, au prix du socle de prestations d'hébergement ainsi que leurs tarifs afférents à la dépendance. Le portail à destination des personnes âgées a répondu à cette demande, il a été étendu aux résidences autonomie, mais pas encore aux EHPA ou aux services à domicile intervenant auprès des personnes (cf. annexe I, §2.4).

### 2.3.4. Gouvernance des SI

Il est demandé à la CNSA de participer à la gouvernance des systèmes d'information de santé. Les chantiers suivants étaient prévus dans la COG 2016-2019 :

- ◆ tableau de bord de la performance avec l'ATIH ;
- ◆ tableau de bord du financement des ESMS avec la CNAMTS ;
- ◆ déploiement du ROR qui doit « *servir de référentiel de description de l'offre à plusieurs projets gérés ou pilotés par la CNSA* ». Il est demandé à la caisse de « *participer à la définition des nomenclatures médico-sociales* » et de « *suivre le projet d'interopérabilité des ROR régionaux avant de veiller à leur asservissement potentiel avec ses SI* » ;
- ◆ **l'identifiant national de santé (INS)** : la loi ASV prévoit une utilisation du NIR par les MDPH. La loi de santé prévoit, quant à elle, que le NIR devienne l'INS. La COG 2016-2019 indique que la CNSA « *poursuivra ses travaux avec la CNAF et la CNAV pour rendre possible l'utilisation du NIR par les MDPH et participera à l'étude ASIP Santé, pilotée par la DSSIS, sur les conditions d'utilisation du NIR comme INS. Dès lors, elle intégrera cet identifiant dans les projets qu'elle conduit ou pilote* ». Sur ce point il a été noté par la DREES que les choix de la CNSA risquaient de ne plus lui permettre de rapprocher ces données avec celles dont elle dispose notamment en matière de revenus. La CNSA a indiqué qu'elle n'a pas, en dépit de ses demandes aux autorités de tutelle, la base réglementaire pour intégrer le NIR dans son SI.
- ◆ participer à la stratégie Open Data de l'État sans que cette participation soit précisément définie « *La CNSA s'inscrira dans ces démarches en veillant à rendre disponibles les données qu'elle détient ou exploite* » La réalisation est modeste (cf. annexe I, §1.3.3).

### 2.3.5. Gestion interne

Le tableau ci-dessous (cf. tableau 5) présente les projets de gestion interne et donne une indication sur leur degré de mise en œuvre.

Tableau 5 : point sur la mise en œuvre des projets de gestion interne

Produit	Action	Mise en œuvre
GALIS	Étendre à l'ensemble des subventions	Étendu à la section IV et à une partie de la section V ; les subventions versées par la direction scientifique restent à couvrir <sup>3</sup> .
	Mettre en œuvre une interface avec l'outil budgétaire et comptable pour éviter les doubles saisies	Non réalisé.
GBCP	Garantir l'exécution pluriannuelle en AE/CP	Fait.
	Module gestion immobilisations	Non fait.
	Module gestion des notes de frais	Non fait.
	PCUOSS	Fait.
Autres	Refonte Intranet	Oui mais la portée de cette refonte n'est pas précisée.
	Gestion de courriels en masse	Progiciel choisi déploiement en cours.
	Outils travail en mode projets Outil de gestion des portefeuilles, planning, jalonnement, reporting, ressources	Existence de tableurs pour la DSI remplissant faiblement le besoin.
	Gestion électronique des documents	Non réalisée.
	Outils de pilotage interne (non précisés)	La mission n'a pas noté d'autres outils de pilotage que des tableurs.
	Outils de travail collaboratif Extranet collaboratif facilitant le travail d'animation et d'échanges inhérent aux missions de la CNSA	Extranet existe mais il n'est pas possible d'évaluer son adéquation à un contenu qui n'a pas été défini.
	Outils de mobilité (catalogue de service, parc bureautique, téléphonie, outils de visioconférence, web-conférence et audioconférence, voire de télétravail).	Mis en œuvre.

*Source : mission.*

#### 2.4. Faute d'une planification minimale des projets, la COG et son annexe n'ont pas constitué un outil de planification et de suivi de l'action de la caisse en matière de SI

Ni la COG ni son annexe, trop littéraire pour constituer un programme suffisamment précis, n'ont été traduites en un schéma directeur des systèmes d'information ou même en une programmation des projets et programmes<sup>4</sup>.

L'annexe n'a pas fait l'objet d'un suivi spécifique dans le cadre de celui de la COG, d'ailleurs cette dimension n'apparaît pas dans l'outil de suivi qui ne consolide pas les actions demandées comportant des réalisations en matière de système d'information.

Faute d'un schéma directeur, les aspects techniques permettant d'atteindre les objectifs exprimés n'ont jamais été examinés. En l'absence d'une programmation, la CNSA ne disposait d'aucun outil pour savoir si les objectifs fixés dans la COG et son annexe étaient tenables, en termes de moyens pour les mettre en œuvre ou de faisabilité dans les délais.

<sup>3</sup> Elles ont été évaluées lors de l'entretien avec le chef de projet à environ 10M€ mais avec un nombre de dossiers à traiter important au regard de cette somme.

<sup>4</sup> La taille SI MDPH est telle que le terme de programme paraît plus approprié que celui de projet qui peut aussi correspondre à des projets d'un coût de quelques dizaines de milliers d'euros et dont la durée est incomparable.

### **3. Le projet de schéma directeur élaboré en 2014 n'a pas été exploité pour l'élaboration de la COG, et, pour la gestion interne, seule la DSI s'y est référée**

Le caractère peu précis de la COG aurait nécessité la définition d'un portefeuille de projets avec les chiffrages de moyens et les plannings correspondant, ainsi que des conditions opérationnelles (niveau d'externalisation) et techniques de mise en œuvre au sein d'un schéma directeur du système d'information.

#### **3.1. Aucun schéma directeur validé par la CNSA n'a pu être fourni à la mission en dépit d'un projet avancé qui aurait pu être rapidement adapté pour accompagner la COG**

Selon les différents interlocuteurs rencontrés par la mission, un schéma directeur avait été élaboré avant la COG et adapté à celle-ci, mais la mission ne peut valider ce constat au regard des documents qui lui ont été communiqués :

- ◆ la mission a disposé d'un compte rendu de travaux préparatoires et d'un document appelé schéma directeur portant le timbre d'un prestataire. Elle n'a pas pu disposer d'un document finalisé et validé par la direction générale de la CNSA ;
- ◆ les documents fournis (produits par un prestataire) retracent une démarche très bien élaborée et très complète. Ils comportent, outre des documents retraçant la conduite de la démarche, deux documents intitulés « *Schéma directeur parties 1 et 2* » (*état des lieux et cibles document daté du 12 septembre 2013*) et « *Schéma directeur parties 3 et 4* » (*portefeuille de projets et trajectoire document daté du 30 septembre 2014*) ainsi qu'un fichier Excel récapitulant les projets avec des estimations de charge tant en MOA qu'en MOE très précises réparties par années ;
- ◆ la mission ne dispose d'aucun document montrant qu'il y ait eu, sur la base des documents produits en 2014, des discussions et arbitrages sur les projets au regard des capacités de la CNSA à faire (ressources humaines disponibles dans les directions et à la DSI, capacités techniques et budget associés) ;
- ◆ il n'a été fourni aucun document montrant qu'une adaptation ait été faite suite à la COG (notamment pour réévaluer les charges dues à des projets nouveaux par rapport aux prévisions du schéma directeur ou à des abandons de projet).

Globalement cette démarche fournissait tous les éléments d'un schéma directeur du SI, comportant, notamment, la définition d'un portefeuille de projets, des estimations de charge et des plannings. Il aurait pu être retravaillé et joint à la COG sous réserve d'un arbitrage sur son contenu et de quelques adaptations, notamment pour :

- ◆ le simplifier car il repose sur une cartographie fonctionnelle, constituée de 4 macro-domaines, 20 domaines et 85 sous domaines, trop complexe ;
- ◆ prendre en compte un arbitrage des priorités et du volume des projets qui sont présentés sur le même plan, sans hiérarchisation particulière.

#### **3.2. Le projet de schéma directeur a fait l'objet d'un suivi technique et a constitué une référence pour la direction de la DSI**

La mission a constaté que le projet de « schéma directeur » avait fait l'objet d'un suivi et constituait un élément de référence pour la direction de la DSI.

## Annexe VI

Il est tenu un fichier de suivi du « schéma directeur » qui comporte aussi une programmation annuelle. Ce document de travail fournit certainement toutes les informations nécessaires pour suivre ce qui a été fait : il retrace à la fois, le contenu initial du SDSI, la couverture applicative à chaque fin d'année (en incluant tous les projets quel que soit leur stade d'avancement (du projet reporté à celui mis en production, « run »), et les programmes annuels. Compte tenu de sa taille il est peu lisible. Les éléments de suivi des charges ne sont pas repris. Sa lecture confirme quelques limites de ce document :

- ◆ des projets prévus par la COG et figurant dans le projet de schéma directeur fournis sont considérés comme nouveaux (cas du portail personnes âgées) ce qui peut retracer des changements de périmètres ;
- ◆ la nomenclature par domaine technique conduit à sur représenter des actions techniques nécessaires sans doute mais de niveaux différents et dont la traduction sur le service rendu n'apparaît pas ;
- ◆ ce suivi n'est pas le bon niveau pour un suivi de programmes comme le SI MDPH ou de projets ce qui renvoie à l'outil de suivi de projet (cf. *infra*) mis en place par ailleurs.

Le document consulté par la mission constitue davantage un outil de compte-rendu qu'un réel outil de pilotage. Il traduit sans doute le besoin de la DSI d'avoir un référentiel pluriannuel de travail et d'utiliser l'investissement fait pour sa préparation.

Les documents fournis font référence à un schéma directeur technique (SDT), au regard de l'objet de la mission ce document n'a pas été étudié.

#### 4. La DSI assure outre ses fonctions techniques une fonction de gestion de projet et d'AMOA au profit des autres directions

Pendant la période sous revue la DSI a connu deux directeurs l'un pour la période 2012- mi 2018, l'autre depuis lors<sup>5</sup>.

L'ancien DSI, que la mission a rencontré, a expliqué les raisons pour lesquelles il avait préconisé deux choix dont un s'est révélé pérenne. Pour lui la DSI disposait, à son arrivée en 2012 d'un SI à l'architecture « *un peu dépassée* », construit de manière empirique, une application répondant à un besoin. Elle était confrontée à une contrainte sur les effectifs nécessitant le recours à des prestataires, alors que les délais de passation des marchés étaient particulièrement importants (douze mois pour ce qui dans une administration prenait six mois) De plus la CNSA avait des difficultés à gérer ses projets de systèmes d'information combinant une maîtrise d'ouvrage peu disponible et connaissant des difficultés à formaliser ses besoins et des chefs de projets eux aussi chargés.

Dès cette période, deux choix ont été faits afin de structurer la réponse apportée par la DSI :

- ◆ faire appel à l'UGAP pour disposer, avec plus de réactivité possible pour la CNSA, de prestataires d'AOMA et d'AMOÉ ;
- ◆ faire un schéma directeur dont le premier objectif était de poser le cadre organisationnel de la conduite des projets et de la relation maîtrise d'ouvrage, maîtrise d'œuvre.

Si comme on l'a vu la démarche de schéma directeur n'est pas allée à son terme par contre le choix d'externaliser par le recours à des « centrales d'achat » a bien été mis en œuvre.

#### **Encadré 3 : externaliser suppose des moyens internes suffisants pour maîtriser les prestataires particulièrement pour les SI métiers et un analyse coût avantage**

Trop souvent il est considéré que puisqu'une fonction ou une prestation est externalisée il est possible de supprimer, ou de réduire à l'extrême, le personnel interne qui y est consacré en volume comme en niveau de compétence. Comme l'a indiqué la Cour des Comptes dans son rapport sur les grands projets numériques de l'État « *pour conduire efficacement ses projets numériques, l'administration doit disposer dans ses effectifs de ressources d'expertise propres. Des compétences internes, notamment de direction de projet sont indispensables, pour garder la maîtrise des prestations que les administrations délèguent encore trop souvent à des sociétés sous-traitante sans ressources suffisantes pour s'assurer qu'elles seront en mesure d'en effectuer la maintenance.* »

De manière générale, pour acheter, il faut disposer des compétences pour : connaître ce qu'on peut acheter et les fournisseurs potentiels, définir ce que l'on veut acheter, choisir le prestataire, suivre sa prestation au plan du contenu et de la conformité à ce qui a été commandé, puis au stage du paiement (souvent surinvesti dans le secteur public par rapport au suivi de la prestation elle-même) ;

- on se doit de maîtriser parfaitement le cœur de métier, cela n'exclut pas des prestations dans ce domaine mais nécessite une très bonne maîtrise donc les moyens et les compétences pour ce faire ; pour la mission le rôle de MOA de SI, de collecte et d'exploitation de données est un des éléments du cœur de métier de la DSI ;
- enfin pour un même volume d'ETP les prestations sont, selon les profils entre 30 % (juniors) ou 3,1 fois plus cher (consultant moyen) que le coût moyen chargé des agents de la caisse en 2020 (cf. *infra*).

*Source : mission.*

<sup>5</sup> Les deux ont été rencontrés par la mission.

## Annexe VI

### 4.1. Le budget SI est consacré pour un tiers à des dépenses informatiques et pour les deux tiers à des prestations externes

Les données fournies permettent de distinguer :

- ◆ les prestations externes liées aux projets : AMOA, AMOE (y compris infogérance), TMA et prestations assurées par l'ASIP ;
- ◆ les dépenses purement informatiques : matériels, licences entretien.

**Tableau 6 : dépenses SI**

€	2017	2018	2019	2020	Total	Total	%
					2017-2019	2017-2020	2020
AMOA	3 183 373	1 883 139	5 079 576	5 515 042	10 146 088	15 661 130	29 %
AMOE	385 412	618 714	1 709 406	2 426 656	2 713 532	5 140 188	10 %
TMA	1 052 148	1 209 220	1 485 192	1 039 346	3 746 560	4 785 905	9 %
ASIP	1 838 087	1 685 380	4 015 713	4 355 008	11 894 188	10 056 101	19 %
SS total projets	6 459 020	5 396 453	12 289 887	13 336 052	28 500 368	35 643 324	66 %
INF	3 616 182	3 821 255	5 345 108	5 410 217	12 782 535	18 192 752	34 %
Total SI	10 075 201	9 217 699	17 634 995	18 746 269	41 282 903	53 836 077	100 %

*Source : exploitation des extractions CEGID fournies par la CNSA (cf. annexe III).*

### 4.2. La maîtrise d'ouvrage des projets de systèmes d'information peine à remplir son rôle

La maîtrise d'ouvrage des SI, répartie entre les directions de la CNSA, est organisée par elles de manière différente :

**À la DCOMP** la maîtrise d'ouvrage est assurée par une mission programme SI MDPH et un statisticien ; il n'a pas été identifié de maîtrise d'ouvrage pour d'autres systèmes d'information ou projets de système d'information

**À la DESMS** la maîtrise d'ouvrage est répartie entre les chefs de projet, un poste de coordination identifié à l'organigramme était vacant à la date de rédaction. La DESMS a identifié, pour la mission, les moyens qu'elle consacre à la maîtrise d'ouvrage et leur affectation par projet. La maîtrise d'ouvrage de ses projets propres est répartie entre 8 agents sur 26<sup>6</sup> soit 30 % des agents de la direction, qui y consacrent entre 30% et 85% de leur temps, comme indiqué au tableau ci-dessous. La mission a ajouté la personne qui assurait la coordination de cette maîtrise d'ouvrage et a été affectée au projet ESMS numérique.

La DESMS n'a pas déclaré de temps de maîtrise d'ouvrage pour le projet SI collecte ; or la mise en place de ce projet, dans une méthode de développement agile, pour les applications qu'elle utilise, en 2021 devrait nécessiter de dégager à court terme des ressources

**Tableau 7 : DESMS agents projets et ETP**

Projets	ETP
HAPI	0,40
Import CA	0,33
Import EPRD ERRD (0,75) Décisionnel BI Import (0,1)	0,85
Import EPRD ERRD (0,75) Décisionnel BI Import (0,1)	0,85
SEPIIA	0,25
SEPIIA	0,25
GALAAD	0,15

<sup>6</sup> Selon le dernier organigramme transmis à la mission (hors Serafin PH).

## Annexe VI

Projets	ETP
GALAAD	0,15
Coordination / ESMS numérique	1,00
<b>Total</b>	<b>4,23</b>

*Source : DESMS corrigé mission (0,25 ETP de renfort temporaire sur HAPI du fait de l'arrivée du chargé récente du chargé de mission, non pris en compte).*

La répartition par projet montre la faible part consacrée à l'exploitation des données puisque que le décisionnel représente 0,2 ETP répartis entre deux personnes, ce qui explique que ces projets soient encore embryonnaires.

### **Les autres directions ont très peu ou pas de moyens consacrés à cette fonction.**

**La DSI** ne dispose pas de moyens identifiés dédiés à la maîtrise d'ouvrage de son SI propre, la fonction est assurée par l'encadrement et son SI de gestion interne prend la forme de fichiers issus de tableurs (suivi de projet, suivi du schéma directeur). La mission n'a pas chiffré d'ETP pour cette fonction.

Au sein de **la direction des ressources**, la mission a identifié 0,5 ETP pour l'outil budgétaire et comptable, et aucun moyen affecté à la fonction de maîtrise d'ouvrage pour ses autres missions.

**Au sein de la direction scientifique ou à l'agence comptable**, la mission n'a pas identifié d'ETP dédiés à la maîtrise d'ouvrage.

**La DIPCOM** a fait un travail exhaustif sur la répartition de ses effectifs, la mission estime la maîtrise d'ouvrage du portail à destination des personnes âgées à 0,8 ETP.

Au total **11,5 ETP** (cf. tableau 8) sont consacrés par les directions à la maîtrise d'ouvrage.

**Tableau 8 : évaluation des ETP consacrés à la maîtrise d'ouvrage (ETP)**

Direction	ETP
DCOMP	6,00
DESMS	4,23
Autres directions	1,30
<b>Total</b>	<b>11,53</b>

*Source : estimation mission d'après données CNSA.*

Les directions ont fait état de leurs difficultés à recruter des profils qui combinent les compétences techniques dont elles ont besoin et des compétences de maîtrise d'ouvrage de projets de système d'information. Les difficultés rencontrées par l'équipe projet SI MDPH, dont l'évolution est retracée, en témoignent (cf. annexe III). La faiblesse de la maîtrise d'ouvrage est ressentie comme un risque dans l'analyse SWOT faite par la DSI (cf. *infra*). La nécessité d'une AMOA externalisée de grande ampleur finit d'étayer le constat d'une faible capacité des directions métiers, faute de personnels mais aussi de compétences de ces derniers à exercer son rôle de maître d'ouvrage.

### 4.3. La DSI remplit avec des moyens réduits à la fois des fonctions purement informatiques, de conduite de projets de système d'information et de gestion de prestations externes d'AMOA

#### 4.3.1. Les DSI des caisses nationales de sécurité sociale du régime général, arrivées à maturité, ont une organisation étoffée et des moyens importants dont une part est assumée par leur réseau

La mission n'a pas pu obtenir des tutelles des éléments de parangonnage des missions et les moyens comparés de la CNSA et des caisses du régime général.

L'organigramme de la direction déléguée au système d'information de la **CNAM** comporte trois pôles régionaux dans lesquels ont été regroupées les structures informatiques d'appui au réseau et les ressources de développement mais aussi quatre directions :

- ◆ pilotage et fonctions transversales ;
- ◆ stratégie ressources et moyens ;
- ◆ opérations et service clients ;
- ◆ technique et sécurité.

La direction des systèmes d'information de la **CNAF** comporte un directeur général délégué, un directeur adjoint (efficacité opérationnelle et technologique), un chargé des relations numériques avec les autres organismes de protection sociale et douze directeurs :

- ◆ coordination stratégique et institutionnelle ;
- ◆ contrôle interne et sécurité ;
- ◆ architecture d'entreprise et innovation ;
- ◆ relation client et pilotage des programmes ;
- ◆ prestations et décisionnels coordonnateur des études et du développement ;
- ◆ numérique et échange ;
- ◆ collaboratif et SI des fonctions support ;
- ◆ opérations et ingénierie technique coordonnateur des opérations ;
- ◆ qualification et tests ;
- ◆ mission politique des ressources et des performances ;
- ◆ mission gestion des compétences ;
- ◆ mission veille et analyse.

A la **CNAV** dont l'informatique comptait en 2019, 907 agents ; 51 % sont du personnel de la CNAV et le reste, rattaché aux CARSAT, travaille en mission nationale déléguée. La DSI compte sept directions. La direction de la maîtrise d'ouvrage représente 14,5 % des effectifs soit 130 agents.

**Tableau 9 : directions et effectifs CNAV**

Directions	Agents	%
Maitrise d'ouvrage	132	14,5 %
Etudes et développement	352	38,8 %
Opérations informatiques	299	33,0 %
Pilotage technique et économique	87	9,6 %
Maîtrise des risques SI	22	2,4 %
Qualités méthodes et urbanisation	12	1,3 %
Direction et gestion administrative	4	0,4 %
<b>Total</b>	<b>907</b>	<b>100 %</b>

Source : document CNAV 2019 les nombres d'agents sont calculés en appliquant le % au total et arrondis à l'unité.

#### 4.3.2. L'organisation de la DSI encore en cours de mise en place est contrainte par sa taille

En dépit de sa taille, la DSI de la CNSA doit assumer l'ensemble des fonctions internes d'une direction du système d'information et notamment :

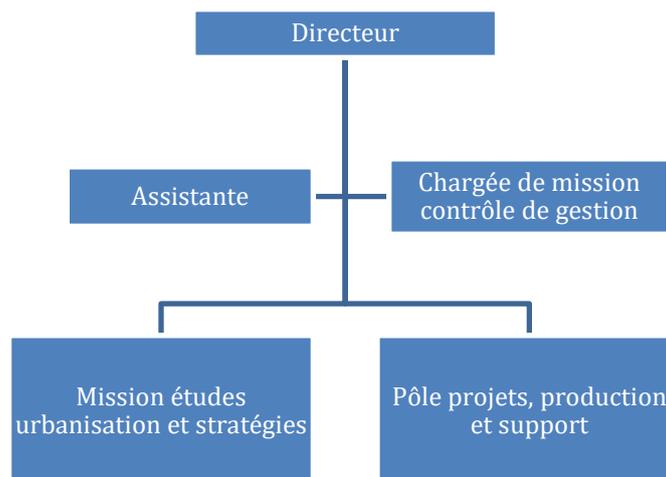
- ◆ connaître et faire vivre ce système d'information en assurant qu'il n'est pas que la juxtaposition d'applications non communicantes (« urbanisation ») ;
- ◆ assurer l'accès à ce système d'un grand nombre d'utilisateurs principalement externes et donc gérer l'identification, les droits et les protocoles de sécurité correspondant ;
- ◆ assumer une fonction d'AMOA, ce qu'elle fait en gérant des prestataires pour un volume important et dans un contexte où la maîtrise d'ouvrage est peu mature.
- ◆ au-delà d'assurer, au moins au plan de la connaissance des SI ce qui est demandé à la CNSA, par sa COG, en matière de participation à la gouvernance SI du secteur dont elle a la charge.

En particulier, la faiblesse de la maîtrise d'ouvrage a conduit à faire appel, en volumes très importants (cf. *infra*), à des prestataires externes assistant la maîtrise d'ouvrage (AMOA). La gestion de ces prestataires est assurée par la DSI : cela lui donne un rôle d'AMOA interne, qui rentre dans sa mission ; cela la conduit aussi à en assurer la gestion de projet et à fournir à la maîtrise d'ouvrage les prestations externes d'assistance dont elle a besoin, de la sélection des fournisseurs à la gestion qui s'en suit, notamment le suivi administratif et financier de l'exécution.

**Jusqu'en 2019, la DSI comportait deux pôles, l'un chargé des études d'avant-projet et l'autre chargé du suivi des projets.**

Jusqu'en 2019, une fonction études urbanisation et stratégie de trois personnes était identifiée pour permettre à la DSI d'avoir une capacité de travail « avant-projet ». Une mission « études, urbanisation et stratégie », regroupant trois personnes, était ainsi identifiée. L'essentiel des effectifs était affecté à un pôle projets, production et support sous l'autorité d'un responsable de pôle identifié et affecté à cette fonction. L'organigramme qui en résultait est donné au schéma suivant (cf. figure 1).

**Figure 1 : organigramme de la DSI dans l'organisation précédente**



*Source* : CNSA.

## Annexe VI

Selon les interlocuteurs rencontrés par la mission, la nouvelle organisation décidée en 2019 s'appuyait sur les constats suivants :

- ◆ un *reporting* projet particulièrement lourd (nombreuses réunions bilatérales) à gérer pour le responsable de pôle (directeur adjoint des SI) : agent par agent. Ces réunions bilatérales s'ajoutent à la comitologie liée aux projets (comités internes et externes) ;
- ◆ des réunions d'échanges inter-projets insuffisantes ;
- ◆ une charge des agents ne leur permettant pas d'assurer le remplacement de leurs collègues en cas d'absence prévisibles (congés) ou non prévisibles (maladie, vacances de postes...) ;
- ◆ une feuille de route 2019 très ambitieuse ;
- ◆ des chefs de projet multi-projets qui sollicitent, pour certains, un soutien notamment pour le pilotage des risques projets ;
- ◆ le départ d'un agent posant la question du fonctionnement de la mission études, urbanisation et stratégies.

**Depuis 2019, outre la direction et la cellule administrative la DSI se compose de trois domaines.**

La réorganisation a conduit à supprimer la mission « études » qui avait perdu un agent sur trois, à positionner un des agents au sein du pôle transverse et l'autre à mi-temps auprès de la directrice générale (pour les fonctions de sécurité) et à mi-temps auprès du DSI sur une fonction de conseil. Le positionnement des deux agents administratifs ne change pas.

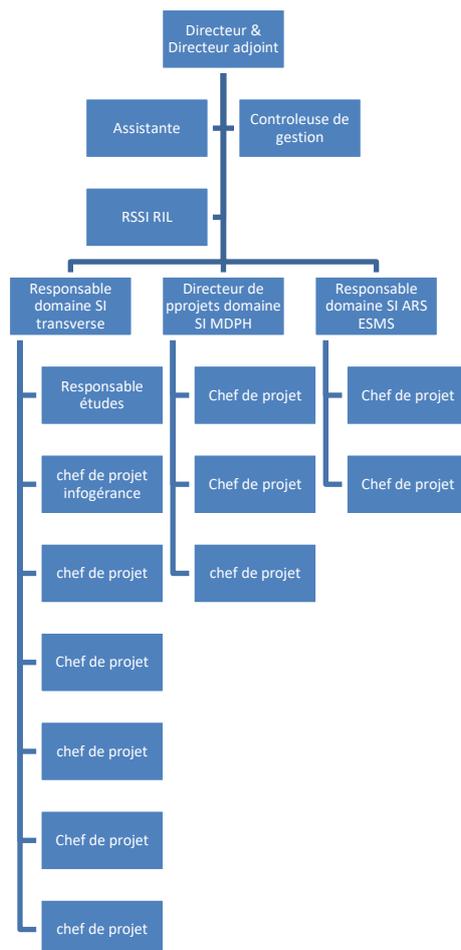
Le pôle projet est réorganisé en trois domaines : SI transverses, SI MDPH et SI ESMS-ARS. Les deux derniers domaines correspondent à la fois aux deux « réseaux » et aux deux directions de la CNSA (respectivement MDPH et DCOMP, ARS et DESMS) appuyés par un RSSI RIL et une personne en charge du pilotage administratif et financier des projets SI (fonction mixte entre des tâches administratives et d'appui aux chefs de projet et un rôle de contrôleur de gestion). Le domaine SI transverses couvre les fonctions techniques (infogérance, support informatiques interne) et tous les projets qui ne figurent pas dans les deux autres pôles.

La réorganisation a été décidée à un moment où la DSI était à un « point haut » de ses effectifs (19,3 ETP) et pourtant, en raison des moyens humains disponibles, même pour le SI MDPH les responsables de domaine ne sont qu'à temps partiel sur cette activité (cf. *infra*).

- ◆ le responsable du pôle SI transverses, le plus important est aussi directeur adjoint ;
- ◆ le responsable du SI MDPH déclare devoir couvrir des vacances pour des activités stratégiques : dans le suivi de projet communiqué à la mission il était en charge du projet LPI ;
- ◆ la responsable du pôle SI-ESMS assurait, en outre, le lancement du nouveau marché de TMA, le projet SI collecte et l'application HAPI ;
- ◆ le nombre de projets gérés par chaque chef de projet peut expliquer que leur domaine d'intervention ne soit pas précisé dans l'organigramme.

## Annexe VI

**Figure 2 : organigramme de la direction des systèmes d'information 2020**



Source : CNSA.

### 4.3.3. Les effectifs ont été de 17,7 ETP pendant la COG et sont de 18,5 ETP en mars 2021

Les effectifs de la DSI s'accroissent légèrement jusqu'en 2018 et diminuent depuis. En moyenne ils ont été de 17,7 ETP pendant la COG.

**Tableau 10 : effectifs de la DSI**

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	01/03/2021
ETP au 31/12 sauf 2021	15,9	17,3	20	18,8	16,5		18,4
ETP moyen année	15,92	17,56	19,2	19,26	16,58	N.D.	N.S.

Source : CNSA.

Au 1<sup>er</sup> mars 2021, la DSI compte 19 agents qui représentent 18,4 ETP dont 17,4 sont effectivement présents et 13,8 sont consacrés aux projets de système d'information.

**Tableau 11 : effectifs de la DSI au 01/03/2021**

	Nombre personnes impliquées	ETP	Nombre personnes impliquées qui ne sont pas en arrêt maladie	ETP
Direction assistanat contrôleuse de gestion	5	4,6	5	4,6
SI transverse	8	7,1	8	7,1

## Annexe VI

	Nombre personnes impliquées	ETP	Nombre personnes impliquées qui ne sont pas en arrêt maladie	ETP
SI MDPH	4	3,9	4	3,9
SI ESMS ARS	3	3	2	2,0
Double compte directeur adjoint	-1	-	-1	-
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>18,4</b>	<b>18</b>	<b>17,4</b>

*Source : DSI CNSA le nombre de personnes doit être corrigé car le directeur adjoint se partage entre la direction et la responsabilité d'un pôle ; une personne était absente à la date de rédaction (congé maladie).*

### 4.3.4. L'étirement du front des troupes est important

La répartition des ETP par fonction, domaine et activités illustre l'étirement du front des troupes, caractérisé par les faibles ETP consacrés à chaque activité, la moyenne est de 0,35 ETP par activité.

**Tableau 12 : répartition des ETP par domaine et activités**

Domaine	Activités	ETP
Direction générale, assistantat, pilotage (4,6 ETP)	Budget et achats	1,1
	Suivi et démarche qualité	0,9
	Secrétariat	0,8
	RSSI	0,3
	DPD	0,3
	Pilotage & Stratégie	1,2
SI transverses (7,1 ETP)	Pilotage du domaine	0,3
	SI conférence des financeurs	0,2
	GALIS	0,4
	Collecte MDA/MDPH	0,2
	Recueil de données aide à domicile	0,2
	Gouvernance de la donnée	0,1
	Feuille de route décisionnelle	0,1
	Le Centre des Données MDPH	0,3
	CAT MDPH (remontée des données)	0,2
	Plateforme Décisionnelle	0,1
	Open Data	0,0
	Support utilisateurs	0,8
	Infogérance	0,8
	Architecte SI	0,2
	SI collaboratifs (extranet, ...)	0,4
	CRM	0,2
	cnsa.fr	0,4
	MyCNSA	0,1
	SI Finance (CEGID)	0,1
	Services centraux (Annuaire centralisé, Portail d'accès sécurisé, FIPPA, Référentiel FINISS, ...)	1,0
	Urbanisation des SI	0,2
	Schéma Directeur SI	0,3
SI RH	0,5	
PMO	0,0	
Expert Sécurité Operationnel	0,0	
SI MDPH (3,9 ETP)	Pilotage du domaine	0,2
	Livret parcours inclusif	1,0
	Echanges Caf	0,1
	Echanges Pôle emploi	0,1
	Echange EN	0,1

## Annexe VI

Domaine	Activités	ETP
	Feuille de route - Accompagnement des éditeurs	0,9
	Tronc commun	0,8
	Téléservice MDPH en Ligne	0,7
	MonParcoursHandicap -Plateforme de service : Webservice	0,0
	Brique servicielle (surcouché)	0,0
	DUAPA	0,0
ESMS ARS (3 ETP - 2,8 ETPT)	Pilotage du domaine	0,2
	Seppia	0,2
	Galaad	0,2
	RAMA	0,1
	HAPI	0,5
	Plateforme de collecte (SI COLLECTE)	0,3
	Import CA	0,2
	Import EPRD	0,3
	Import ERRD	0,3
	Import PRIX	0,2
	Portail PA	0,3
<b>Total</b>		<b>18,4</b>

*Source : DSI.*

De même, des projets ne se voient affectés aucun ETP c'est le cas de l'*open data*, du projet Via Trajectoire, mais aussi de l'étude du futur SI APA, pourtant stratégique.

### 4.3.5. Le management de la DSI est pénalisé par le double rôle des *managers* et insuffisamment outillé

S'agissant du *management* de la DSI, la mission a relevé les points suivants :

- ◆ **le temps disponible pour le *management* des équipes est limité par l'implication directe des managers dans la production.**

Ce constat, qui n'est pas spécifique à la DSI, est largement apparu dans les entretiens, comme une préoccupation des agents et a été confirmé lors de la démarche projet DSI (cf. *infra* §4.4.1.). Il s'explique par :

- ◆ l'absence de responsable de domaine pour le pôle le plus nombreux celui des SI transverses ;
- ◆ le contenu effectif des postes des responsables de domaine existants qui comporte une forte part de gestion directe de projet, au détriment de leur fonction managériale ;

Le contenu effectif du travail du directeur adjoint en est une illustration :

- ◆ il est responsable du pôle SI transverse ;
- ◆ une part de sa fonction de directeur adjoint n'est pas consacrée au *management* en effet il :
  - se synchronise avec les responsables des domaines : réunions bilatérales régulières, ainsi que des réunions bimensuelles pour harmoniser le pilotage avec les responsables de domaine ;
  - collecte des fiches projets (tableurs) dans l'« outil suivi projets » (OSP) qui sont consolidées pour donner une vision globale présentée à la DG lors du comité SI qui a lieu toutes les trois semaines, au cours duquel l'intégralité du portefeuille de projets est examiné, avec un focus sur les projets en risque avec des propositions concrètes (mais comités ad hoc pour le SI MDPH) ;

## Annexe VI

- dans cette activité, la part de travail de préparation et de suivi relève d'un rôle opérationnel de PMO et non d'une fonction de *management*.

### Encadré 4 : PMO

Le **Project Management Office** est un concept anglo-saxon repris en France le plus souvent sous les lettres **PMO**, plutôt que par sa traduction « Bureau de gestion de projets »

Le PMO assure le suivi du pilotage opérationnel et du reporting de l'activité d'un domaine (stratégique, portefeuille projets, programmes, activités opérationnelles...). Il pilote les plannings prévisionnels d'affectation des ressources, le suivi des réalisations et le budget du projet. Il alerte les responsables de projet en cas d'anomalie par rapport aux prévisions. Il intervient soit directement dans les projets, soit pour le compte d'une direction pour un suivi transversal du portefeuille de projets.

*Source : CIGREF Nomenclature RH version 2018.*

- ◆ **Les comités dont la mission a connaissance correspondent à la « comitologie », c'est-à-dire aux réunions habituelles à la gestion de projet.**

**Tableau 13 : comitologie liée au pilotage**

Sigle	Participants
GTSI	DG DSI
COSIM	DG directions métiers DSI
COMOP	DSI DIPCOM
COFIL	DSI - Prestataire

*Source : mission.*

Celle-ci appelle deux observations :

- ◆ les appellations et les contenus devraient être normalisées ainsi le COSIM de la DIPCOM s'appelle COMOP ; et son contenu est le suivi d'une feuille de route alors que pour les autres directions c'est un lieu d'échange et d'arbitrage ;
- ◆ il n'y a pas de COSIM pour la DR dans son ensemble uniquement un comité de suivi RH.

Toutefois la mission relève que les travaux du projet DSI en cours conduisent à proposer une comitologie « *jugée nécessaire au bon fonctionnement de la nouvelle organisation* ». Si la mission ne la met pas en cause au regard des pratiques habituelles, cette comitologie paraît lourde au regard des effectifs de la DSI et de l'estimation par les agents du temps qu'ils passent en réunion (cf. *infra*).

**Tableau 14 : comitologie de gestion du SI nécessaire au bon fonctionnement de la nouvelle organisation selon le projet DSI en cours**

Réunions	Objectifs	Fréquence	Durée
GT SI / GT SSI / GT Open data	Arbitrage et avancement des feuilles de route des projets de la DSI	4 par an / présence CODIR	2h00
Comité SI Métier (COSIM) DCOMP COSIM DESMS Comité opérationnel (COMOP) DIPCOM Comité de suivi (COSUI) RH	COSIM Lieux d'échange et d'arbitrages entre la DSI et les directions métier COMOP Suivi de la FDR	6 semaines 3 semaines pour COSUI RH	1h00
Comité Système d'information	Point DSI ave la DG	3 semaines	1h30
COFIL Prestataire	COFIL sur les projets	Mensuelle	2h00
COFIL Métier	Stratégie FDR sur les projets	Mensuelle	2h00
COPRO Métier	Point projet	Hebdomadaire	1h00

## Annexe VI

Réunions	Objectifs	Fréquence	Durée
COPRO Prestataire	Point projet	Hebdomadaire	1h00

*Source : CNSA, documents séminaire DSI.*

Les réunions internes et avec la DR suivantes ont été jugées nécessaires lors des travaux du projet DSI en cours d'élaboration (cf. *infra* §4.4.1.).

**Tableau 15 : comitologie interne à la DSI nécessaire au bon fonctionnement de la nouvelle organisation selon le projet DSI**

Réunions	Objectifs	Fréquence	Durée
Réunion générale DSI	Échanges autour de thèmes généraux d'intérêt commun avec focus particulier ODJ DSI	Avant chaque période de vacances	2h00
Comité DSI (CODSI)	Échanges entre les CP sur des sujets d'intérêt commun	Toutes les trois semaines	2h00
Point hebdo domaine	Redescente managériale + sujets particuliers du domaine	Hebdomadaire	1h00
CODIR DSI	Redescente managériale	Hebdomadaire	1h00
Bilatérales Agent N+1	Échange managérial + activités (reporting)	Bi mensuel Hebdomadaire	1h00
Point transverse aux domaines	RH Méthodologie Processus	Toutes les deux semaines	1h00

*Source : CNSA, documents séminaire DSI.*

Trois réunions de coordination sont prévues avec la direction des ressources(DR) :

- ◆ GT Marchés, (tous les trois mois, pendant 2h, cette réunion existe déjà et concerne toutes les directions) ;
- ◆ dialogue de gestion sur les échanges financier ;
- ◆ dialogue de gestion RH.

Ce dialogue segmenté avec la DR n'est justifié que pour les marchés car la réunion ne concerne pas que la DSI.

**Il paraît paradoxal que des agents qui considèrent passer trop de temps en réunion (cf. *infra*) valident en séminaire la nécessité d'un aussi grand nombre de réunions. Il existe visiblement un écart entre les procédures habituelles de gestion de projets SI et la capacité de la DSI à en assumer sa part, ce qui est compréhensible au regard des ETP affectés à chaque projet, mais nécessite d'être traité au plan managérial par la caisse.**

- ◆ **La DSI dispose d'un suivi budgétaire, établi à partir de tableurs.**

La contrôleur de gestion met à disposition des chefs de projets le budget qui leur est alloué (environ 50 projets par an plus ou moins importants) ; les chefs de projets renseignent leur consommation réalisée et prévisionnelle (environ 60 fiches consolidées, indépendantes du fichier OSP de suivi de projet).

- ◆ **La DSI dispose d'un outil de gestion de projet fait avec des tableurs.**

La mission a disposé d'une synthèse de ce suivi fait à partir de tableaux Excel qui lui a permis en dépit de quelques imperfections, d'avoir une vision claire des projets dont chacun des agents était chargé et de leur répartition au sein de la DSI.

## Annexe VI

**Tableau 16 : nombre de projets gérés par la DSI en 2020**

Nombre de Projet	SI ARS-ESMS	SI MDPH	Transverse	Total
A. SI pilotage et Contrôle	-	-	3	3
B. SI Echange	7	-	11	18
C. SI Ressource et Support	-	-	21	21
D. SI Décisionnel	-	-	5	5
E. SI Programmation et Allocation de ressources	6	-	1	7
F. SI Animation du réseau	-	-	3	3
SI MDPH	-	3	-	3
(vide)	2	-	1	3
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>3</b>	<b>45</b>	<b>63</b>

*Source : exploitation mission outil de suivi de projet.*

Ce suivi comporte des éléments de taux d'avancement, ce qui laisse penser qu'il s'appuie sur des estimations de charges internes et externes des projets et des jalons permettant de produire ces chiffres.

Il apparaît indispensable à la mission que la CNSA dispose d'un outil de gestion de projet plus moderne, ce qui permettrait, sans doute, de suivre plus facilement le respect des jalons mais aussi le taux d'avancement en termes de fonctionnalités et de charge.

À cet égard, la mission n'a pas été convaincue par le volet SI du tableau de bord de la direction générale qui repose entièrement sur une cotation non transparente. Elle suggère que soit produit régulièrement un tableau d'avancement des projets avec les éléments quantitatifs des projets (comportant un historique) et des appréciations qualitatives. Rien n'interdit d'illustrer par des icônes ou des couleurs, mais la mission suggère une supervision de la DSI plus outillée par des données.

### 4.3.6. Les agents estiment consacrer une part trop forte de leur temps à des réunions

La mission a demandé à l'ensemble des agents rencontrés d'estimer la part de leur temps passé en réunion. Les réponses font apparaître un pourcentage variant entre 25 % (pour une fonction technique hors suivi de projet) et 90 %, pour un poste participant à la conduite d'un projet) pour une moyenne de 62 %.

**Tableau 17 : pourcentage du temps que les agents estiment passer en réunion (hors administration et directeur)**

Numéro anonymisation	Estimation du temps passé en réunion
1	80 %
2	25 %
3	50 %
4	40 %
5	50 %
6	70 %
7	70 %
8	40-70 %
9	50 %
10	60-70 %
11	80 %
12	80 %
13	90 %
14	N.R.

*Source : entretiens mission.*

## Annexe VI

Deux personnes fournissant une estimation de 80 % ont précisé que certaines semaines il s'agissait de 100 %. L'une d'entre elle a explicitement précisé qu'il était « *nécessaire de travailler avant 9 heures et après 18 heures pour faire avancer les projets* ». Enfin le directeur adjoint a indiqué avoir un volume de réunion anormal, rencontrant des difficultés à conserver son seul créneau réservé sans réunion, une fois par semaine, le vendredi de 15h à 18h.

### 4.3.7. Le climat social n'apparaît pas différent de celui de la CNSA

Comme l'ensemble de la CNSA, la DSI a connu un *turnover* important. Il a les mêmes effets, notamment l'absence de tuilage entre la personne qui part et celle qui la remplace (cf. annexe III).

#### Encadré 5 : exemples de transmission de poste sans tuilage

La prise de poste s'est faite sans transmission de dossiers avec l'agent précédent dont le CDD n'avait pas été renouvelé et qui était déjà parti. Le nouvel agent n'a pas eu de formation particulière. Il n'a disposé ni de fiche de capitalisation, ni de « guide de l'arrivant ». Toutefois les principaux documents liés aux projets étaient accessibles. La prise de poste s'est faite dans un contexte difficile. En premier lieu, des marchés importants avec les prestataires étaient en cours de renouvellement (changement de prestataire bureautique, et prestataire TMA applicative). En second lieu, cette prise de poste a eu lieu au mois de novembre, une des deux périodes de haute activité.

L'agent en charge du pilotage de l'infogérance était à mi-temps sur une activité qui, selon la DSI, nécessite une présence à plein temps, le « binôme » avec le responsable support ne suffisait plus à assumer la charge liée au nombre croissant d'applications en production. La demande d'un retour à plein temps a conduit à la démission de l'agent. En attente de son remplacement, la vacance sera comblée par un prestataire de service, ce qui impose une supervision supplémentaire au directeur adjoint, qui assure les fonctions de chef de ce pôle.

*Source : entretien mission.*

Comme pour l'ensemble de la CNSA, l'étirement du front des troupes conduit à ce que l'absence d'une personne mette en péril l'accomplissement des missions. Ainsi, à la date des investigations, parmi les trois postes prévus pour le domaine SI ARS, un des postes de chef de projet sur deux venait d'être pourvu après une vacance de six mois (suite à un contrat non renouvelé) et la responsable de projet était absente pendant la plus grande partie du déroulement de la mission ce qui a conduit à reporter sur le directeur adjoint et sur un des agents le suivi de l'application HAPI.

La mission n'a pas noté de différence dans l'appréciation globale du climat social par rapport à l'ensemble de la CNSA. Elle a pourtant noté deux points :

- ◆ la faible participation des agents de la DSI au questionnaire proposé dans le cadre d'un séminaire avec l'ensemble du personnel sur l'évolution de la CNSA : 46 % (0 % pour l'agence comptable<sup>7</sup>, 43 % pour la direction des ressources) alors que les autres directions ont participé à plus de 70 % ;
- ◆ des expressions pouvant être très fortes lors des entretiens, portant souvent sur la charge de travail ; la mission les comprend comme le ressenti, pouvant aller jusqu'à une souffrance exprimée, de ne pas pouvoir bien faire un travail dont le contenu intrinsèque est considéré comme satisfaisant.

<sup>7</sup> Ce qui est très significatif sur son sentiment d'appartenance.

**Encadré 6 : verbatim d'entretiens menés par la mission avec les agents de la DSI**

- « Les mails sont utilisés comme une messagerie instantanée, il devient difficile de travailler pendant une heure sur un sujet. »
- « Il faut une forte capacité à supporter la charge du travail et à être très organisé ».
- « Énormément de demandes urgentes à la dernière minute qui rendent difficiles de réaliser correctement les tâches à accomplir ».
- « Les managers sont pris en étau entre les besoins réels et la hiérarchie » (l'agent rencontré n'est pas manager).
- « Il y a beaucoup de pression sans tenir compte de la charge de travail portée sur les équipes » ; « je suis sous l'eau » ; les conditions de travail sont qualifiées d'« intolérables ».
- L'agent a fait par de son attachement aux valeurs de la CNSA et à sa volonté de donner du sens à son travail (« je ne suis pas arrivée à la CNSA par hasard ») ; « les conditions de travail sont néanmoins très défavorables avec un impact sur la vie personnelle. L'aspect humain n'est pas à négliger et il faudrait trouver une solution à la situation actuelle ».
- « Tout le monde court / tout le monde est sous l'eau » (parlant de la CNSA dans son ensemble).
- « C'est tendu dans le sens où on est tous sous tension professionnelle, on aimerait avoir le temps de produire sereinement et pas dans l'urgence ».
- « Une bonne ambiance mais le collectif ne fonctionne pas très bien ». « Charge de travail importante avec une mauvaise planification et une mauvaise priorisation » (agent non manager).
- « L'organisation n'est pas maltraitante ».
- « Un peu d'épuisement beaucoup de chantiers majeurs des programmes lourds et des moyens limités, contraints », impression de « tout le temps courir après le temps » (ex DSI).

Source entretiens mission avec les agents de la DSI.

Les entretiens annuels sont un moment où est abordée la charge de travail. La DSI teste un outil de suivi des temps qui pourra être un moyen d'objectiver plus encore cette discussion. Une démarche d'ensemble à la CNSA, dont les résultats seraient compilés par la DR et partagés, est suggérée par la mission.

**4.3.8. Certains projets informatiques ont été abandonnés, tandis que d'autres connaissent des retards importants**

La mission a globalement noté dans son bilan de la COG que l'ajustement entre ce qui est demandé et les capacités à faire se fait par la modification des ambitions, des retards dans la mise en œuvre et des actions non réalisées. (cf. annexe I) La DSI n'échappe pas à ce constat. Pour objectiver les références faites à ce problème dans les entretiens, la mission a exploité les présentations faites aux GTSI du programme annuel, et, les années où il existe, le bilan de l'année précédente, qui ont lui ont été fournis :

- ◆ pour 2017 le bilan ne présente que ce qui a été fait ;
- ◆ pour 2019 il n'est pas présenté un bilan ;
- ◆ ces bilans et programmes alignent les items indiquant, avec une nomenclature instable, ce qui est fait, reporté, à faire ou reste à faire ;
- ◆ les bilans et programmes ne sont assortis ni d'une estimation des charges, ni d'une répartition entre charge interne et prestataires, ni d'indicateurs d'avancement des projets en cours.

Au cours de la période trois projets sont notés comme abandonnés :

- ◆ suivi groupes entraide mutuelle (GEM) ;
- ◆ étude pour le remplacement de l'application de paye ;
- ◆ lancement d'un projet de caleulette pour les conseils départementaux (calcul du GIR pour les médecins des départements).

## Annexe VI

Le déploiement de l'outil potentiel emploi est d'abord reporté puis l'outil noté comme « *maintenu en conditions opérationnelles* » même si le déploiement n'est jamais intervenu.

Le tableau ci-dessous rend compte des projets notés comme reporté ou non réalisés dans les présentations en GTSI : 3 en 2015, 21 en 2016, 14 en 2018 (pour mémoire le portefeuille de projet en 2020 est d'environ 60).

**Tableau 18 : projets non réalisés ou reportés**

Année	Projets non réalisés ou reportés
2015	Étude outil gestion de projet Extension GALIS section IV et V Déploiement Potentiel emploi
2016	Étude outil gestion de projet Études autour signature électronique Import CA: Intégration et exploitation des CA CAMPS et CMP Prix ESMS: évolutions (export des données vers les partenaires / open data, Import de masse...) Portail PA Étude à lancer sur les services à domicile (référentiel des entités, des prestations...) Gestion des recrutements Gestion des formations Outil de gestion de service pôle logistique SBC Mise en service des modules complémentaires (immobilisations, frais de déplacement) Étude d'une politique Open Data à la CNSA Étude sur l'archivage électronique Première approche du RGAA sur le SI CNSA Lancement des travaux d'intégration des données ATIH Accès des tutelles aux données CNSA Veille autour d'un SIG (système d'info géographique) GALAAD Adaptation techniques (référentiel techniques, RGS) Lancement de l'analyse d'impact des nouvelles coupes PATHOS Lancement du projet de plateforme d'échange de dossiers MDPH (option DILA ?) Lancement du chantier de pilotage à partir des nouveaux processus et nouvelles données (SIPAPH) Recueil et publication des données ANAH (référentiel de cout)
2017	Le bilan ne présente que ce qui a été fait
2018	Gestion de projet Lancement de mise en œuvre du projet Open data Mise à disposition des subventions Priorisation de la trajectoire de mise à disposition de nouvelles données (dont les prix des ESMS) : Juin 2019 RGS CAT-MDPH SI collecte : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spécifications fonctionnelles du</li> <li>• DCE et RAO (dialogues compétitifs</li> <li>• Collecte des BP pour la campagne 2020</li> <li>• Collecte de la CCF pour la campagne 2020</li> </ul> Contribuer à la sécurité de mise en œuvre d'O365 Revue de la politique de sécurité des systèmes d'information Evolutions Prix-ESMS (intégration des ESMS absents : EHPAD avec convention PUV ou AM, Tarifs dépendance pour HT, ...) Portail PA : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peuplement du ROR Etude appariement au ROR MS</li> <li>• Intégration de l'annuaire des SAAD</li> </ul> Site institutionnel : Site « Concours d'idées » Extranet Collaboratif : Mise en œuvre d'un espace dédié au contrôleur budgétaire Gestion des temps : Etude à compléter, paramétrage & déploiement de la solution retenue Formation : Etude
2019	Pas de bilan de ce qui a été fait

*Source : mission exploitation des présentations au GTSI.*

## Annexe VI

Les projets de SI internes et les projets techniques sont fortement représentés parmi les décalages.

L'exemple du projet SI collecte, projet d'un outil commun à l'ensemble des systèmes de collecte de données de la CNSA, apparemment purement technique mais porteur de gains en temps et coûts de maintenance des applications existantes et de possibilité d'étendre le champ dans le cœur de métier de la CNSA est un exemple particulièrement notable d'une situation où des projets, qui ont un grand intérêt mais une visibilité externe faible, ne sont pas mis en œuvre :

- ◆ le projet apparaît dès 2016 (lancement du projet SI collecte regroupant à terme et progressivement l'ensemble des informations recueillies par la CNSA (CA, BP, EPRD, indicateurs MAIA, Prix ESMS) ;
- ◆ il est reporté plusieurs fois ;
- ◆ une étude est finalisée en 2018 ;
- ◆ un programme de mise en œuvre figure en 2019 ;
- ◆ un autre en 2020 ;
- ◆ il est prévu en 2021 de construire le socle technique et de l'appliquer au champ des remontées des ESMS existantes.

### 4.3.9. La DSI ne comporte aucun pôle technique production et support

La CNSA disposait, au début des investigations de la mission, de deux agents représentant 1,5 ETP pour ces fonctions, ce qui ne permettait pas d'assurer une permanence pendant l'ensemble de l'année, à supposer que les agents soient interchangeable et qu'ils puissent dégager du temps de leur propre poste en cas d'absence de l'autre.

#### ◆ **La CNSA sous traite entièrement l'exploitation à des prestataires d'infogérance.**

Toutes les applications de la CNSA « mises à disposition de l'extérieur », la gestion de sa salle informatique propre et de ses serveurs internes bureautique et d'impression, ainsi que son firewall sont sous-traités. Ce marché a été attribué deux fois de suite à CGI, qui assure cette prestation depuis neuf ans. La CNSA a indiqué, lors de la procédure contradictoire, que le nouveau marché d'infogérance et de support avait été attribué en décembre 2020 au groupement ATOS/SPIE.

La DSI de la CNSA n'a pas fourni, en dépit des demandes de la mission, la ventilation de ses applications selon leur mode d'hébergement (info gérance, hébergement cloud, serveurs CNSA). Elle n'a pas non plus fourni la chronique du nombre de ses applications en exploitation sur la période 2015-2017

#### ◆ **La CNSA sous traite le « support » informatique de proximité.**

Une personne assure à la fois le support de proximité auprès des utilisateurs internes de la CNSA (installation pour les nouveaux utilisateurs, appui technique en cas de problème avec le matériel informatique) et le pilotage du centre de service (*hotline*) externalisé à destination des usagers des SI de la CNSA qu'ils soient agents de la caisse ou clients internes et externes.

Il a été décrit à la mission une supervision du prestataire qui n'appelle pas d'observations sous deux réserves :

## Annexe VI

- ♦ une fois par mois un indicateur de conformité est calculé à partir d'un échantillon de 10 tickets pour un volume moyen de tickets (hors campagnes) de 590 tickets par mois en 2020 (1,7 %). Un calcul d'échantillon représentatif supposerait un échantillon minimal de 384 (la formule de calcul est  $[n = z^2 \times p (1 - p) / m^2]$ . On suppose que la probabilité d'erreur est faible avec  $p=0,1$  pour calculer une proportion avec un niveau de confiance de 95 % et une marge d'erreur à 5 %  $[n=(1,96)^2 \times 0,1 \times (1-0,1) / (0,05)^2 = 138,3]^8$  ; la mission recommande donc d'augmenter l'échantillon à au moins 50 ;
- ♦ tous les mois une enquête de satisfaction utilisateur est envoyée automatiquement par les outils du prestataire à 30 % des utilisateurs externes et 100 % des utilisateurs internes de la CNSA. Les taux de réponse et résultats de cette enquête n'ont pas été fournis à la mission en dépit de sa demande répétée.

S'agissant des utilisateurs externes, les applications budgétaires (import CA/EPRD/ERRD) ont un profil d'activité différent, très forte pendant les périodes des campagnes tarifaires où les remontées se font sur une durée relativement courte, avec des pics avant la date limite : au 30 juin (CA/ERRD) et au 30 septembre (EPRD). 75-80 % des sollicitations ont lieu pendant les deux ou trois derniers jours (entre 900 et 1 000 sollicitations par jour du support au début du projet, plutôt 200-300 sollicitations par jour aujourd'hui). La prestation externe permet d'ajuster les moyens, il est mis en place par le prestataire une équipe spécialisée sur ces applications, afin de cantonner la charge de travail qui représente environ 25 % de l'activité globale du support sur l'année, soit 2 000-3 000 tickets facturés.

L'acquisition et le suivi du parc informatique, bureautique, logiciels de la CNSA est effectuée en interne.

Deux problèmes ont été signalés à la mission, au plan technique :

- ♦ la plateforme « intégration » qui permet de faire la recette des applications est aujourd'hui saturée. Il se passe une 1 min entre chaque clic, temps perdu alors que le temps passé par la TRA coûte très cher ; selon l'agent rencontré il faudrait *booster* la plateforme intégration ou bien la dédoubler ; les ressources système (mémoire RAM sur le disque dur) sont les mêmes qu'il y a deux ans alors que de nombreuses applications ont été développées (trois fois plus, de 10 à 30 applications) ;
- ♦ les applications sont développées par un prestataire, recettées par la CNSA avec l'aide d'un prestataire (TRA) et mises en production sur le site du prestataire de l'infogérance. Le nombre d'intervenants dans le processus qui conduit à la mise en production est important. Les acteurs sont dispersés et ne communiquent pas suffisamment.

Dans sa réponse, la CNSA a nié les problèmes d'organisation, a reconnu « *quelques dysfonctionnements par le passé* » et indiqué avoir redimensionné la plateforme sans donner aucun élément technique expliquant la date et le contenu des actions menées.

---

<sup>8</sup>  $n$  = taille échantillon ;  $z$  = niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite (pour un niveau de confiance de 95 %,  $z = 1,96$ ) ;  $p$  = proportion estimée de la population qui présente la caractéristique (lorsque inconnue, on utilise  $p = 0,5$  ce qui correspond au cas le plus défavorable c'est-à-dire la dispersion la plus grande avec 0,1 on prend une valeur suppose une faible dispersion donc un échantillon de moindre taille)  $m$  = marge d'erreur tolérée.

#### 4.4. La DSI a entamé une démarche de projet de service qui a caractérisé son positionnement au sein de la CNSA et conduit à élaborer une analyse de ses enjeux stratégiques

##### 4.4.1. La DSI a une vision différente de celle des autres directions, à la fois de ce qu'elle est et de ses prestations

Une démarche interne comportant plusieurs séminaires (la mission a eu les comptes rendu des séminaires 2 et 3) est menée avec pour objectif l'élaboration d'un projet DSI 2021. La mission ne peut rendre compte de la totalité de ces travaux qui, appuyés sur des questionnaires envoyés l'un aux agents de la CNSA hors DSI et l'autre à ceux de la DSI, sont très riches. Pour son constat, elle a noté trois points principaux.

**Une vision différente de la nature même de la DSI** qui se voit comme une direction « transverse » alors que les agents de la CNSA la considèrent plus comme un direction « support » (cf. tableau 19).

Tableau 19 : perception de ce qu'est la DSI

	Agents CNSA hors DSI	Agents DSI
Support	43 %	15 %
Transverse	40 %	77 %
Métier	7 %	8 %
Les trois à la fois	10 %	0 %

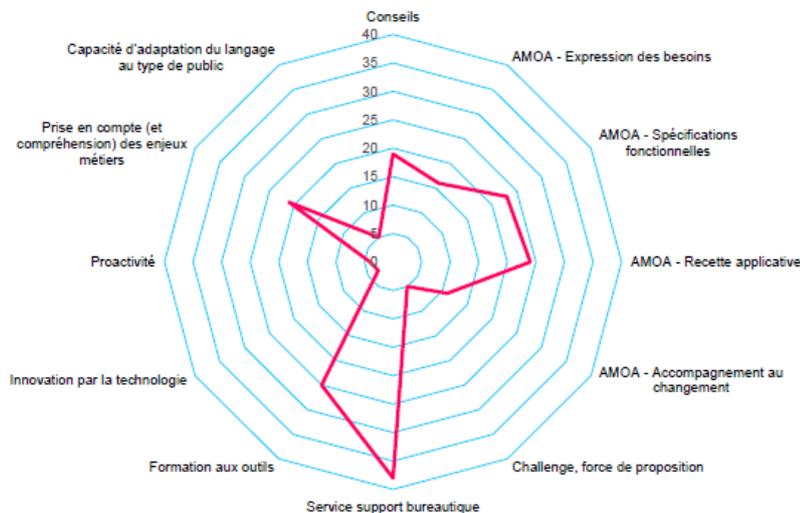
Source : CNSA support séminaires DSI.

**Cette vision différente se traduit par une compréhension différente des composantes de ce que fait la DSI :**

- ♦ pour les agents de la CNSA, elle offre un important niveau de support et participe à l'AMOA (cf. figure 3) ;
- ♦ pour les agents de la DSI, elle a un rôle fort en matière d'AMOA (cf. figure 4).

Figure 3 : quels sont les services rendus par la direction des systèmes d'information pour la CNSA ? (réponses des agents de la CNSA)

Quels sont les services rendus par la Direction des Systèmes d'Information pour la CNSA?

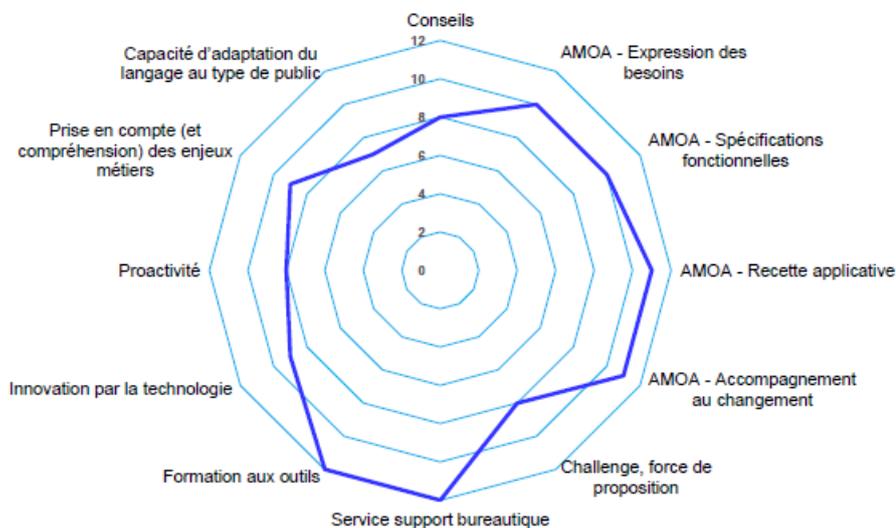


Source : supports séminaires DSI.

## Annexe VI

Figure 4 : quels sont les services rendus par la direction des systèmes d'information pour la CNSA ? (réponses des agents de la DSI)

Quels sont les services rendus par la Direction des Systèmes d'Information pour la CNSA?



Source : supports séminaires DSI.

La différence d'appréciation est particulièrement forte sur les items « proactivité », et « challenge rôle de proposition ».

### 4.4.2. La DSI a fait une analyse de son positionnement stratégique

Enfin ces travaux ont conduit à l'élaboration d'une matrice SWOT (forces, faiblesses, menaces, opportunités en français) qui pose un diagnostic que la mission partage.

Figure 5 : présentation du SWOT de la DSI

Présentation du SWOT de la DSI

	Positif	Négatif
<b>Interne</b>	<p><u>Les Forces de la DSI</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 - Son côté « orchestrateur » entre tous les acteurs</li> <li>2 - Ses compétences variées et complémentaires</li> <li>3 - Son budget – ses ressources</li> <li>4 - Des projets réalisés avec succès</li> <li>5 - Une équipe positive et de bonne volonté</li> <li>6 - Son sens de la méthodologie</li> <li>7 - Sa dimension transverse (visibilité sur l'ensemble des projets)</li> </ol>	<p><u>Les Faiblesses de la DSI</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 - Une DSI sous dimensionnée : Charge des CP +++ (+++) / DSI Adjoint (responsable de domaine) (cela entraîne des impossibilités de bien faire / de la non disponibilité / frustration)</li> <li>2 - Trop de projets par CP / trop de réunions (+++) → risque psycho sociaux</li> <li>3 - Une Feuille de route alignée à la stratégie mais pas forcément partagée et évolution jugée fréquente de la FDR → Gestion des urgences en permanence pour tous les collaborateurs (mode pompier) (+++)</li> <li>4 - Perte de connaissance liée à un fort turnover DSI et CNSA jusqu'à la DG (3 ans) (+)</li> <li>5 - Organisation : pas assez de collaboration entre les domaines de la DSI (+) / Périmètre Transverse trop large et trop hétérogène</li> </ol>
<b>Externe</b>	<p><u>Les Opportunités qui s'offrent à la DSI</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 – Les principes directeurs de la 5<sup>ème</sup> branche positionnent le SI comme un levier stratégique (ex. la data)</li> <li>2 - Repenser nos process et mode de fonctionnement (outils, méthodes, organisation, communication...)</li> <li>3 - Accroissement de notre professionnalisme / gain de maturité (industrialisation, automatisation des recettes...)</li> <li>4 - Evolution des méthodes de travail nécessitant l'appui de la DSI</li> <li>5 - Innovation via les nouveaux outils de communication (animation de réseau...)</li> </ol>	<p><u>Les Menaces qui pèsent sur la DSI</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 - Un arbitrage défavorable sur les moyens humains dans le cadre de la 5<sup>ème</sup> branche</li> <li>2 - Inadéquations des moyens humains internes vs externalisation - Perte de maîtrise</li> <li>3 - Risque de précipitation face à une demande inopinée ou fluctuante/ attente exponentielle (politiques et partenaires externes)</li> <li>4 - Normes du numérique en santé difficiles à implémenter</li> <li>5 - Manque de disponibilité des commanditaires</li> <li>6 - Objectifs CNSA en inadéquation avec certains partenaires (CNSA / CNAF, CNSA/EN, ...)</li> </ol>

Source : document résultat séminaire DSI.

## 5. La CNSA s'appuie sur de nombreux prestataires extérieurs pour la conduite de ses projets de systèmes d'information, avec un risque de perte de maîtrise qui justifie un renforcement immédiat

La mission a eu des entretiens avec l'ATIH, l'AIFE et l'AMUE qui ont apporté des informations sur leurs pratiques et leur recours à des prestataires, mais n'ont pas permis de déterminer des références applicables à la CNSA (en particulier l'ATIH est dans le contexte particulier de commencer à ne plus développer intégralement avec des moyens propres). Le référentiel utilisé est donc celui utilisé par la Cour des comptes dans sa mission sur la conduite des grands projets numériques de l'État (mars 2020).

### 5.1. Le pilotage et le suivi de la volumétrie des prestataires de service sont défaillants

Le recours aux prestataires n'est pas un sujet connu de la direction des ressources qui a fourni les éléments permettant de calculer les dépenses mais n'établit aucun élément de chiffrage des volumes en effectif auquel cela correspond.

La DSI en a une connaissance parce qu'elle choisit ses propres prestataires d'AMOE et d'AMOA, est le plus souvent positionnée en chef de projet et valide le service fait. Pour autant :

- ◆ la prévision annuelle n'est discutée avec la direction que dans une perspective budgétaire ou, s'agissant des marchés à passer, jamais dans la perspective du volume de prestataires comparé aux capacités de la CNSA à les maîtriser, tant pour les directions métiers dans leur rôle de MOA que par la DSI, dans son rôle de gestion de projet et de support à la fourniture de la prestation ;
- ◆ la DSI n'a pas été en mesure de fournir un tableau récapitulatif par année des volumes d'ETP de prestataires de service totaux et leur répartition entre AMOA et AMOE ;
- ◆ la DSI n'a pas été en mesure de compléter la répartition des ses effectifs par actions du nombre des ETP externes d'AMOA ou d'AMOE correspondant à la date de la mission ;
- ◆ la DR n'a pas été en mesure de fournir des coûts moyens par ETP arguant que la variabilité était trop grande pour que la donnée soit pertinente, la mission aurait pu retenir cette opinion si des chiffres lui avaient été donnés qui la justifient ; elle suggère à la DR d'exploiter les documents de marchés qui, au vu des petits nombres de prestataires, devraient fournir des données exploitables ;
- ◆ la DSI bien qu'elle passe et suive au plan budgétaire ces marchés n'a fourni aucune donnée sur le coût de ses prestataires et notamment pas sur les taux journaliers moyens.

Comme indiqué dans la partie achat il s'agit là d'un sujet important car les marchés utilisés dans ce domaine sont le plus souvent des marchés à bons de commande sur unités d'œuvre. Il convient de s'assurer que le volume des unités d'œuvre soit, au moins, estimé initialement par la CNSA et qu'il ne soit pas uniquement déterminé par le prestataire. **L'absence de capacité à fournir les données demandées conduisent la mission à inciter fortement la direction de la CNSA à inclure ce sujet dans ses priorités en matière de contrôle interne.**

### 5.2. L'ASIP a joué un rôle particulier d'assistance directe et de fourniture de prestataires

L'ASIP est intervenue, dans un cadre conventionnel, pour assister la CNSA dans sa mission de maîtrise d'ouvrage, et faire intervenir des prestataires en utilisant ses propres marchés. (cf. annexe IV).

## Annexe VI

Les conventions permettent de ventiler par projet le budget prévisionnel affecté à chaque action, jusqu'en 2020 où la convention distingue, d'une part, une dotation globale pour les missions de l'ANS, et d'autre part, son intervention sur des projets.

La mission a rapproché globalement le budget des dépenses réelles fournies par la CNSA.

- ◆ l'essentiel de l'intervention de l'ASIP est lié au SI MDPH ; elle diminue en 2020 du fait du repositionnement de l'intervention de l'ANS ;
- ◆ le budget prévu n'est pas entièrement réalisé particulièrement en 2018, signe des difficultés à conduire le projet MDPH.

**Tableau 20 : budget ASIP/ANS et comparaison avec le réalisé (CP)**

Projet	2016	2017	2018	2019	2020
OEMD MAIA	265	210	150	100	75
SIMDPH et SI-Suivi des orientations	2 119	2 550	4 250	5 000	1 930
REMD	0	0	200	250	175
ESMS Numériques	0	0	0	0	348
Contribution aux activités "socle" (e-santé, ROR)	0	0	0	0	1 580
Total	2 384	2 760	4 600	5 350	4 108
Dépenses y compris contribution socle	N.D.	1 838	1 685	4 016	4 355
% SIMDPH dans budget	89 %	92 %	92 %	93 %	47 %
Taux réalisation budget		67 %	37 %	75 %	106 %

*Source : budget exploitation mission des conventions Dépenses CNSA calculs mission.*

Par ailleurs deux points sont à noter :

- ◆ la diminution du coût facturé de l'ETP interne par l'ASIP de 140 k€ annuel à 95 k€ ;
- ◆ **l'importance de la sous-traitance par l'ASIP, elle représente avant 2020 entre 74 % et 93 % du budget prévu.**

**Tableau 21 : données caractéristiques de la convention ASIP (en k€)**

	2016	2017	2018	2019	2020
Total ETP	4,35	3,00	3,60	3,70	N.C.
Total cout ETP interne	609	335	360	350	130
Cout ETP ASIP	140	112	100	95	N.C.
Total cout prestations externes	1 775	2 425	4 240	5 000	2 398
% prestations externes	74 %	88 %	92 %	93 %	58 %

*Source : budget exploitation mission des conventions.*

La mission a par ailleurs noté le changement de rôle de l'ANS par rapport à celui que jouait l'ASIP recentrant l'ANS sur ses missions propres et modifiant le financement apporté par la CNSA. La CNSA verse une contribution aux activités "socle" (e-santé, ROR) et il est maintenu un financement par projet mais les ETP ANS ne sont plus ventilés par projet, ce qui donne une moindre visibilité.

### 5.3. Pendant la COG la CNSA a fait un appel très important en ETP à des prestataires

Faute de pouvoir s'appuyer sur des données établies par la CNSA vérifiables, la mission a collecté les données disponibles, les résultats de ses entretiens et fait un chiffrage à partir des données budgétaires qui est celui qu'elle retient pour estimer le volume en ETP des prestataires.

### 5.3.1. La DSI a réalisé une estimation à fin juillet 2020 qui est incomplète

Le directeur adjoint de la DSI avait fait un point en ETP des prestataires de la DSI comparant les prestataires au début du projet et ceux présents au 31 juillet 2020. Cette estimation sous-estime la réalité pour l'infogérance et le support utilisateur en ne reprenant, pour l'un, que les effectifs dédiés et pas la part de l'activité mutualisée, et en omettant pour l'autre les effectifs du centre d'appel. Les entretiens permettent de corriger uniquement sur le deuxième point (+4 ETP) de sorte que les chiffres, s'établiraient respectivement 41 ETP en début de projet (37+4) et 34 (30+4) ETP au 31 juillet 2020.

**Tableau 22 : estimation prestataires DSI**

Société / Projet	Initial	Au 31/07
<b>ATOS</b>		
AMOA le centre de données	1	1
<b>CAPGEMINI</b>		
SDO	2	2
Tronc commun, RF et labellisation	4	4
<b>CGI</b>		
AMOA (CGI) sur le projet SI Conférence des financeurs + GALIS Section IV	1	1
AMOA projet Galaad	1	1
AMOA projets ImportCA, ImportEPRD, ImportERRD	1	1
AMOA projets Import CA, Import EPRD, Import ERRD, Prix-ESMS	1	0
Annuaire centralisé + Référentiel	2	2
Appui pôle "Allocation Budgétaire"	1	1
Experts sécurité / Architecture SI	1	1
Extranet	1	0
HAPI	1	0
Intervient sur le futur SI Collecte	1	0
Intervient sur le programme SI MDPH + appui livret numérique	1	0
Livret numérique de l'école inclusive	4	3
SDM Infogérance	2	2
<b>Consort NT</b>		
Support de proximité	1	1
<b>EY</b>		
AMOA Portail PA	1	0
Intervient sur MDPH en ligne - Téléservice	1	1
Intervient sur MDPH en ligne	1	1
<b>PwC</b>		
Programme SI MDPH : Cellule d'Appui Nationale	8	8
<b>Total général</b>	<b>37</b>	<b>30</b>

Source : CNSA.

De plus ce recensement ne précise pas s'il inclut les prestataires intervenant pour le compte de l'ASIP, alors que le budget consacré au SI-MDPH et au suivi des orientations dans la convention qui lie l'ASIP à la CNSA est de 1,93 M€ pour 2020.

### 5.3.2. Les dépenses permettent de présenter une fourchette d'estimation dont la mission retient la valeur moyenne

La mission a estimé le volume du recours à la prestation

- ♦ en ETP CNSA sur la base du coût global chargé de 95K€ en 2020 fourni par la CNSA ;

## Annexe VI

- ◆ en ETP consultants sur la base des coûts par jour utilisés par la Cour des Comptes (120 k€, soit 26% de plus que le coût moyen d'un agent de la CNSA) pour un consultant junior, 300 k€ soit 3,2 fois le coût moyen d'un agent CNSA, pour un consultant)<sup>9</sup>.

### Encadré 7 : extrait du rapport de la Cour des comptes et calcul du coût annuel des consultants

<p>À partir des statistiques établies par la direction générale de l'administration et de la fonction publique, la Cour a estimé le coût moyen d'une journée de travail d'un cadre de catégorie A+ (administrateur civil par exemple) à environ 500 € par jour, toutes cotisations comprises (y compris les cotisations versées au CAS Pensions). Il conviendrait de compléter ce coût par les frais liés à l'environnement de travail de l'agent (bureau, frais de fonctionnement). Le coût du « jour-homme » d'un fonctionnaire de catégorie A+ correspond donc, en moyenne, au niveau de facturation d'un consultant junior, dont le coût s'établit, selon les constatations de la Cour, entre 400 et 800 €. La Cour a estimé le tarif journalier moyen (TJM) d'un consultant, à partir des marchés qu'elle a examinés, à environ 1 500 €</p> <p>La mission a calculé le coût annuel sur la base des coûts journaliers constatés par la Cour des Comptes multiplié par 200 jours facturés an soit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consultant junior moyenne entre les coûts constatés par la Cour (400-800) 600*200 = 120 000 €</li> <li>▪ Consultant senior 1500 *200 = 300 000 €</li> </ul>
---

*Source : Cour des comptes.*

Les évaluations ont été réalisées sous les contraintes suivantes :

- ◆ la CNSA n'a pu fournir un coût complet agent incluant les frais de fonctionnement associés, faute d'une comptabilité analytique ; ce qui aurait permis une traduction exacte du coût complet des prestataires en ETP CNSA ;
- ◆ le coût des prestataires ne comprend pas certains coûts de fonctionnement, notamment au titre de la surface qu'ils utilisent dans les locaux de la CNSA.

Le tableau ci-dessous donne la synthèse de quatre estimations : au coût moyen d'un ETP CNSA, au coût moyen d'un consultant junior, au coût d'un consultant, au coût d'équipes composées à moitié de consultants et à moitié de consultants juniors.

L'ASIP est intervenu pour le SI-MDPH, particulièrement pour les phases de déploiement en 2019 et 2020. Il s'agit d'un opérateur public spécialisé qu'il convient de distinguer des autres prestataires privés. La mission souligne que la grande majorité des frais facturés par l'ASIP ont servi à rémunérer des prestataires privés avec lesquels elle a contracté directement.

**Tableau 23 : évaluation prestations AMOA et AMOE y compris ASIP**

		2017	2018	2019	2020
AMOA		5 021 460	3 568 519	9 095 289	9 870 050
<i>dont ASIP (dépenses hors socle)</i>		1 838 087	1 685 380	4 015 713	2 775 008
AMOE et TMA		1 437 560	1 827 934	3 194 598	3 466 002
Sous total projets		6 459 020	5 396 453	12 289 887	13 336 052
ratio AMOA/AMOE		349%	195%	285%	285%
ETP CNSA		68	57	129	140
ETP consultant moyen		22	18	41	44

<sup>9</sup> Le recours par l'État aux conseils extérieurs Communication à la commission des finances du Sénat Rapport au parlement Novembre 2014 p 44 la mission n'a pas retenu un chiffre cité dans le rapport de 2020 de 600€ par jour pour l'ensemble des prestataires car s'il est valide pour des prestations de pur codage il ne reflète pas le coût des prestations d'AMOA ; le coût des consultants juniors est par coïncidence de 600€ moyenne de la fourchette 400-600€ donnée par la Cour dans son rapport de 2014.

## Annexe VI

		2017	2018	2019	2020
ETP junior		54	45	102	111
50% consultant/ 50% junior	Total	31	26	59	64
	AMOA	24	17	43	47
	AMOE	7	9	15	17

*Source : IGAS sur base extractions CNSA pour les montants, CNSA pour le cout chargé d'un agent, Cour des Comptes pour le tarif moyen des consultants les chiffres 2020 pour l'ASIP ont été corrigés du montant de la dotation globale pour ne comprendre que les dépenses liées aux projets.*

### Ces chiffrages montrent que :

- ◆ le recours aux prestataires augmente particulièrement en 2019 année de déploiement du SI MDPH et reste au même niveau en 2020 (données décembre 2020) en dépit de la situation sanitaire ;
- ◆ en 2019 et 2020, les dépenses de prestations pour ses projets de SI de la CNSA sont supérieures à la masse salariale de la CNSA.

## 5.4. La comparaison avec l'application des recommandations de la DINUM utilisée par la Cour des comptes fait apparaitre pendant la COG un excès d'appel aux prestataires au regard des moyens internes

### 5.4.1. La méthode utilisée par la Cour des comptes

Dans son rapport sur la conduite des grands projets numériques de l'État<sup>10</sup> la Cour indique que « Au vu de ces métriques, habituellement utilisées par la Dinum, le taux minimum de ressources internes à mobiliser serait de 37%. Il ne s'agit pas d'une cible mais d'un seuil minimal en dessous duquel il ne faut pas descendre. D'ailleurs, les statistiques publiées par le Gartner Group montrent qu'en moyenne les ressources internes affectées au développement d'applications sont bien supérieures à ce niveau plancher, puisqu'elles atteindraient en moyenne 65 % tous pays et tous secteurs confondus »

#### Encadré 8 : modalités de calcul du minimum de ressources internes pour les projets de système d'information

La Cour des comptes fait le calcul suivant en se référant à la DINUM :

- une ressource interne de maîtrise d'ouvrage pour une ressource externe fournie en prestation de service ;
- une ressource interne de maîtrise d'œuvre pour trois ressources externes fournies en prestation de service ;
- un rapport entre les ressources de maîtrise d'ouvrage et celles de maîtrise d'œuvre d'un projet 30% (MOA = 0,3 MOE) ;
- le tout conduit à un taux global minimum de ressources internes à mobiliser de 37 % du total des ressources consacrées au projet.

Le calcul est projet = MOA+MOE= 1,3 MOE donc un projet d'un budget homme de 100 se répartit en MOE = 100/1,3 = 76,9 et MOA= Projet - MOE= 0,3 MOE = 23,1. De ce fait on a ressources internes MOA minimale = 23,1/2 =11,5 et ressources internes MOE minimales = 76,9/3 = 25,6 soit un total de 37,1 donc arrondi 37 sur 100.

*Source : Cour des Comptes, la conduite des grands projets numériques de l'état, communication à la commission des finances du sénat, juillet 2020, pages 67 à 68.*

<sup>10</sup> Cour des Comptes la conduite des grands projets numériques de l'état communication à la commission des finances du sénat juillet 2020.

#### 5.4.2. La nécessité d'utiliser les ratios MOA et MOE et non le ratio global de 37 %

La mission estime que dans cette méthode le paramètre MOA=0,3 MOE ne correspond pas à la situation de la CNSA :

- ◆ ses projets ne comportent pas 23 % de MOA et 77 % de MOE c'est en particulier le cas de son programme le plus important le SI MDPH dans lequel le développement est effectué par les éditeurs sans aucune intervention de la CNSA dans le **développement informatique** lui-même, ce qui n'exclut pas des relations avec eux pour valider les commandes ou labelliser les produits (cf. *infra*) ;
- ◆ les agents de la DSI classés en MOE sur les projets assurent pour une part de leur temps un rôle de chef de projet et donc d'AMOA interne ;
- ◆ dans le budget de prestation alors que les ressources internes sont équivalents entre directions métiers et DSI le rapport AMOA/ AMOE varie entre 195 % et 349 % à comparer aux 30 % qui servent de base à la Cour.

#### 5.4.3. Calcul du nombre maximal d'ETP que la CNSA est en mesure d'utiliser avec ses effectifs actuels

La mission a évalué les ETP consacrés par les directions à l'AMOA des projets pour lesquels elles financent des prestataires à 11,8 ETP<sup>11</sup> et ceux consacrés par la DSI aux projets à 11,7 ETP<sup>12</sup>. Soit un total de ressources internes de 23,5 ETP.

Ces chiffres permettent de calculer le volume maximal d'ETP qu'ils peuvent maîtriser :

- ◆ sur la base du ratio de 37% mis en avant par la Cour des comptes, il est de x tel que  $(x+23,5) * 0,37 = 23,5$ , soit  $x = [23,5 * (1-0,37)] / 0,37 = 40$  ETP ;
- ◆ sur la base d'un ratio de 50% de ressources internes il est de 23,5 ETP ;
- ◆ sur la base du ratio du Gartner Group il est de  $x = [23,5 (1-0,65)] / 0,65 = 13$  ETP.

#### 5.4.4. Une estimation de l'écart en 2020 entre les ressources internes théoriques minimales et les ressources réelles

En synthèse la mission a arrondi à la dizaine inférieure son estimation moyenne du volume des ETP de prestataires externes à 60 ETP. Le tableau ci-dessous montre que dans les conditions de 2020 il manque 14 ETP (1 pour la MOE, 13 pour la MOA) afin d'atteindre le *minimum* nécessaire pour être en mesure de maîtriser les prestataires en application des *ratios*.

Tableau 24 : application des ratios de la Cour des comptes

	Ressources internes	Ressources externes estimées	Total internes externes	Application RATIO DINUM-CC		Ecart ress. internes théorique-ress. internes réelles
				Ress. Internes	Ress. externes	
MOA	19,5	45	64,5	32,25	32,25	13
MOE	4	15	19	5	14	1
Total	23,5	60	83,5	37,25	46,25	14

Source : mission.

<sup>11</sup> Y compris un ETP consacré au projet ESMS numérique en phase de démarrage et qui ne fait qu'un appel très mesuré à de la prestation pour le moment.

<sup>12</sup> En excluant la direction, les fonctions supports et les fonctions de sécurité et de suivi du schéma directeur.

## Annexe VI

Pour mémoire, et si l'on voulait appliquer une référence du secteur privé, l'application du ratio du Gartner Group cité par la Cour des Comptes fait apparaître un écart de 31 ETP.

**Tableau 25 : application des ratios Gartner Group**

Ressources internes	Ressources externes estimées	Total ressources	Ressources internes ratio Gartner	Ecart
23,5	60	83,5	54,3	30,8

*Source : mission.*

### **5.5. La mission estime qu'un renforcement immédiat dans le cadre des missions actuelles est nécessaire et que la prochaine COG devra en fonction du contenu du SDSI qui lui sera associé remédier à l'excès d'externalisation constaté jusqu'à aujourd'hui**

#### **5.5.1. Un renforcement pour le fonctionnement actuel de 5 ETP**

- ◆ 1 ETP pour un poste de responsable du pôle SI transverse ;
- ◆ 1 ETP pour le renforcement du pilotage de l'infogérance et le support technique, de manière à amorcer la création d'un pôle technique et à mieux piloter le marché d'infogérance et de support technique ;
- ◆ 1 ETP pour la fonction globale de *project management office* (PMO cf. *supra*) ;
- ◆ 1 ETP pour l'urbanisation des systèmes d'information et le schéma directeur des SI
- ◆ 1 ETP chargé de l'AMOA.

Cette mise à niveau aura pour contrepartie le pilotage par le directeur adjoint d'un prestataire pour réaliser le schéma directeur du système d'information et la mise en place d'un suivi de projet sur la base d'un outil plus efficient que celui existant.

La mission recommande que, compte tenu des délais de recrutement à attendre pour ces postes techniques, la CNSA soit autorisée à les recruter, dès 2021. Avec une date moyenne de recrutement au 1<sup>er</sup> octobre 2021 le coût budgétaire serait, en 2021, de 1,25 ETP.

#### **5.5.2. Une problématique de sécurité à aborder dans le cadre de la COG**

La problématique de la sécurité est à aborder dans le cadre de la COG et de la création de la branche qui pourra imposer des obligations nouvelles à la CNSA. Au regard de la multiplication des cyberattaques la mission estime qu'il serait utile que la caisse demande un audit de l'ANSSI pour évaluer son niveau de risque et proposer les mesures adéquates.

#### **5.5.3. Remédier à l'externalisation excessive pendant la prochaine COG sur la base des projets de système d'information qu'elle comprendra**

Le constat fait par la mission porte sur l'exécution jusqu'en 2020 inclus. Le volume nécessaire d'ETP pour l'avenir dépend du programme de travail qui sera fixé dans la COG. La mission recommande que ses travaux préparatoires comportent :

- ◆ une évaluation des moyens internes nécessaires assurant que les effectifs correspondent au moins au *minimum* que permet de calculer la méthode de la Cour des comptes appliquée aux charges dans la programmation des projets pour 2022 et pour l'ensemble de la COG ;

## Annexe VI

- ◆ cette évaluation devra s'appuyer sur des éléments précis sur les paramètres utiliser dans le calcul, à fournir par la CNSA comme la répartition des projets entre MOA et MOE, le chiffrage des ETP de prestataires et de leur coût ;
- ◆ une réflexion de la CNSA sur la répartition de ces effectifs entre les directions métiers et la DSI. Au regard de ses constats, la mission doute que les directions puissent recruter des profils ayant à la fois les compétences techniques métiers et la formation suffisante en conduite de projet de systèmes d'information ; il lui apparaît qu'il s'agira sans doute plus de remplacer une AMOA externe par une AMOA interne (qui acquerra une compétence métier) que de renforcer directement la MOA.

## 6. Évolutions et perspectives des différents projets informatiques de la CNSA

Les développements qui suivent synthétisent les éléments figurant dans les autres annexes particulièrement 1 et 4 et ceux tirés du fonctionnement de la DSI pour donner une vision globale de l'évolution du SI de la CNSA, des problèmes restant à régler, et des points qui seront à traiter dans la prochaine COG.

### 6.1. Pendant la COG la couverture fonctionnelle ne s'est réellement accrue que pour le projet SI-MDPH, les évolutions sont limitées pour les autres domaines

La mission a comparé les couvertures fonctionnelles au début de la COG et fin 2020, ce que permet le tableau de suivi qui identifie les applications qualifiées en « run », c'est-à-dire en production, en 2015 et en 2020.

**Tableau 26 : applications en run suivi SDSI**

2015	2020	Nature outil
	Suivi SDSI	excel
	Suivi SDT	excel
	Pilotage activité DSI	excel
SPHINX	SPHINX	Progiciel enquête
IMPORT BP	IMPORT EPRD	-
	IMPORT ERRD	-
IMPORT CA	IMPORT CA	-
Tarifs portail PA	Tarifs socles ESMS	-
	CFPPA conférence financeurs	-
	Portail PA	-
	Web CNSA	-
	Extranet CNSA	-
	socle Sharepoint	progiciel
	Congés	progiciel
	Recrutement	progiciel
SI Finance compta	SI Finance compta	progiciel CEGID
Outil marché public		abandon
Intranet CNSA	Intranet CNSA	-
	gestion de courrier	progiciel DOTELEC
	Socle SI décisionnel	Le contenu est à préciser la CNSA dispose d'un outil mais pas réellement d'un SI décisionnel et il existe une concurrence entre les extractions BI et les analyses des statisticiens avec SAS
	BI applications ESMS (SEPPIA GALAAD import CA Pris ESMS EPRD HAPI	
	BI CEGID	-
Articque	Articque	LA DSI n'a pas répondu sur cet outil que personne n'a mentionné à la mission
GALAAD	GALAAD	-
SEPPIA	SEPPIA	-
HAPI	HAPI	-
GALIS	GALIS	Extension du progiciel utilisé
	GALIS PAI	
Logiciels éditeurs MDPH non harmonisés	SI Commun MDPH	-
	Suivi des orientations	logiciel externe Via Trajectoire
	Impact)	(téléservice saisie nouveau formulaire)

## Annexe VI

2015	2020	Nature outil
Annuaire utilisateur	Annuaire utilisateur	-
	Référentiel ESMS	-
	Profils et habilitation	-
FIPPA	FIPPA	-

*Source : exploitation mission du tableau de suivi du SDSI.*

Le tableau ci-dessous extrait les logiciels techniques

**Tableau 27 : principaux systèmes d'information métier pilotés par la CNSA (hors information des usagers)**

Catégorie	Nom	Objet	Statut
Pilotage des ESMS par les ARS	HAPI	Pilotage budgétaire du secteur médico-social : gestion du processus de tarification et suivi de l'exécution de l'OGD	Opérationnel
	SEPPIA	Suivi du développement et de l'évolution de l'offre médico-sociale : programmation, autorisation puis installation des places en ESMS	Opérationnel
	GALIS	Suivi et gestion des subventions allouées dans le cadre du plan d'aide à l'investissement de la CNSA	Opérationnel
	GALAAD	Mesure du degré d'autonomie et des besoins en soins de base et en soins médico-techniques des personnes âgées en EHPAD et en USLD	Opérationnel
Transmission de données par les ESMS	ImportCA	Transmission des comptes administratifs (CA)	Opérationnel
	ImportEPRD	Transmission des états des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD)	Opérationnel
	ImportERRD	Transmission des états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD)	Opérationnel
	Prix-ESMS	Transmission du prix des EHPAD et des résidences autonomie	Opérationnel
	FIPPA	Gestion de l'annuaire des ESMS	Opérationnel
SI MDPH	Projet « SI MDPH »	Harmonisation des systèmes d'information des MDPH	En cours de déploiement
	Import RA MDPH	Transmission des rapports d'activité des MDPH	Opérationnel
SI autonomie	Conférence des financeurs	Transmission des informations relatives à l'activité des conférences des financeurs	Opérationnel

*Source : mission.*

## **6.2. Après un déploiement, dans la douleur, du palier 1, le SI-MDPH continuera à mobiliser la caisse et ce programme restera un point important de la prochaine COG**

### **6.2.1. Le champ initial du projet a été modifié pour aboutir au programme actuel**

Le projet initial comportait la mise en place, en plusieurs étapes du « tronc commun » regroupant l'ensemble des fonctionnalités correspondant aux processus métier des MDPH.

## Annexe VI

À ce tronc commun s'ajoutent des fonctionnalités d'échanges automatisés avec les partenaires des MDPH :

- ◆ CAF-MSA, pour les prestations servies par ces organismes ;
- ◆ ministère de l'éducation nationale, pour sa contribution au processus d'évaluation ;
- ◆ pôle emploi, pour les échanges relatifs à la situation professionnelle des personnes ;
- ◆ imprimerie nationale, pour l'impression des cartes mobilité inclusion ;
- ◆ ARS et ESMS, pour le suivi des orientations ;
- ◆ CNSA, pour l'alimentation du centre de données ;
- ◆ CNAM-*Health data Hub*, pour l'alimentation du SNDS ;
- ◆ CNAV-SNGI (par l'intermédiaire des CAF) pour la certification des NIR (cf. axe 1).

La définition précise de la partie du tronc commun qui a été livrée dans la première version du progiciel est postérieure à la COG. Par rapport au contenu de cette dernière on peut noter :

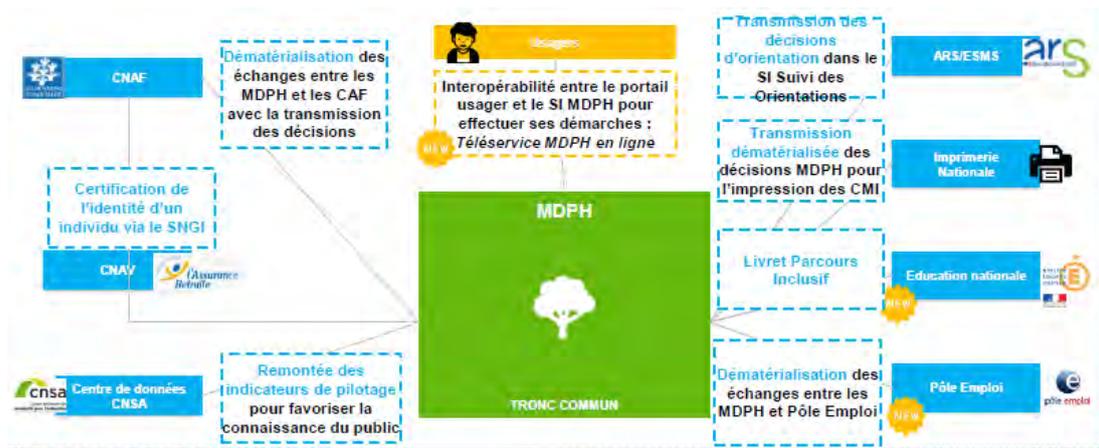
- ◆ Suppression de la fonctionnalité de transferts de dossiers entre MDPH qui était explicitement prévue, cette suppression est regrettable, pour le service rendu aux MDPH en cas de transfert de dossier, mais surtout car cette fonctionnalité accroîtrait la capacité des MDPH et des conseils départementaux à changer de fournisseur et donc la concurrence entre eux. Cette fonctionnalité a été reportée au palier 2-2
- ◆ l'ajout, sans que cela soit prévu par la COG, pour répondre à l'obligation faite aux services publics et en l'absence de réponse à cette obligation par les éditeurs, d'un téléservice de demande en ligne pour les usagers, logiciel au départ conçu comme provisoire, non interopérable avec les progiciels des MDPH c'est-à-dire ne supprimant pour elle la saisie du dossier<sup>13</sup> ; il a été finalement décidé de maintenir ce produit et de le rendre interopérable ;
- ◆ de même a été ajoutée la mise en place du livret parcours inclusif, produit destiné à répondre aux besoins des élèves ayant besoins spécifiques, parmi eux les enfants en situation de handicap ; il est prévu que le logiciel soit exploité par le ministère de l'éducation nationale ;
- ◆ Pour répondre au besoin de suivi des orientations il a été développé un progiciel spécifique Via Trajectoire en dehors du SI MDPH. Dans sa réponse la CNSA a indiqué que les ARS ayant été laissées libres de leurs choix, un autre produit (OSMOSE) était utilisé sur certains territoires sans préciser l'ampleur du phénomène et les territoires concernés.

Le schéma ci-dessous illustre périmètre fonctionnel du projet, ainsi élargi par rapport à son champ initial.

---

<sup>13</sup> La saisie de l'utilisateur produit un fichier PDF transmis à la caisse qui doit le saisir à nouveau.

Figure 6 : composantes du projet SI-MDPH



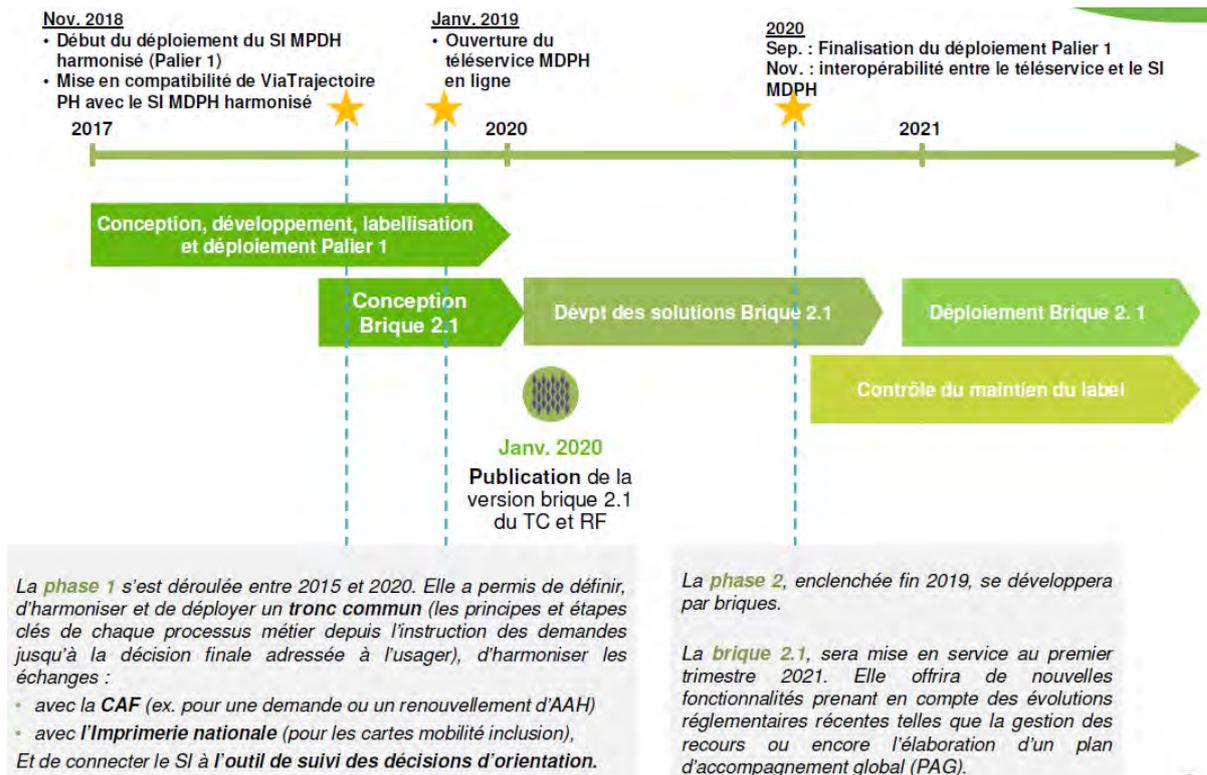
Source : CNSA.

S’agissant du tronc commun, le projet a été découpé en étapes dont les dénominations ne sont pas homogènes :

- ◆ la première étape est le palier 1 qui a été mis en production ;
- ◆ les deux autres étapes sont les « briques » 2.1 et 2.2 qui, à la fois, augmentent la couverture fonctionnelle et remédient à des insuffisances du développement du palier 1 (couverture fonctionnelle complémentaires, amélioration du produit fourni en particulier sur le sujet crucial de la saisie des données d’évaluation des besoins et déficiences) ; le calendrier prévisionnel ci-dessous synthétise le phasage du palier 1 et de la « brique » 2.1, le projet devant se poursuivre avec la « brique » 2.2 déjà en phase de développement.

La mission encourage vivement la CNSA à adopter des appellations plus standard en matière de développement informatique que les notions de « palier » ou de briques pour utiliser, conformément à la pratique générale des éditeurs, des numérotations de version de type X, Y, Z où X désigne une version majeure, Y référence en son sein une version mineure et Z permet un suivi plus fin. Compte tenu de son rôle qui est de définir des spécifications fonctionnelles au mieux deux chiffres devraient suffire.

Figure 7 : phasage initial du projet SI-MDPH après le palier 1

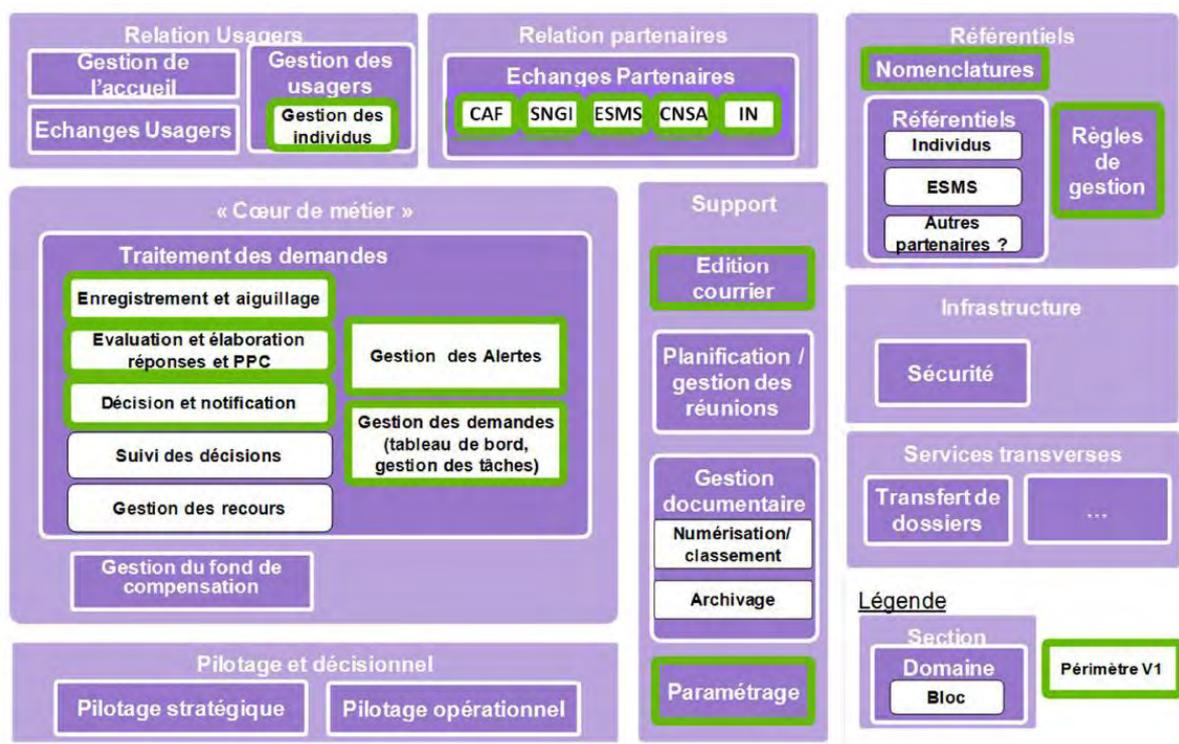


Source : CNSA.

Dans ce phasage, le palier 1 comprend :

- ◆ six processus métier des MDPH : gestion des individus, enregistrement des demandes, évaluation des besoins et construction des réponses, décision des CDAPH et notification, gestion des alertes, gestion des demandes (tableau de bord de pilotage) ;
- ◆ deux processus support : l'édition des courriers et le paramétrage ;
- ◆ les échanges avec les CAF, l'accès au SNGI, les échanges avec les ARS et ESMS (suivi des orientations), avec l'Imprimerie nationale et le centre de données pour la CNSA.

Figure 8 : cartographie fonctionnelle du palier 1



Source : CNSA. Guide de prise en main du référentiel fonctionnel et technique V.1.1, version de mai 2018.

### 6.2.2. Le palier 1 a été déployé avec un très fort volontarisme en fin de période, les échanges avec les partenaires connaissent encore des difficultés pratiques

En novembre 2020, 96 MDPH avaient mis en production la version de leur progiciel correspondant au palier 1, sans que les informations disponibles permettent de dire si cette mise en production conduisait dans tous les cas à son utilisation en routine et sans difficulté de maîtrise du produit. Ce résultat est la suite d'un fort volontarisme de la Caisse qui a donné une impulsion extrêmement forte en fin de période et notamment en 2019.

L'association des utilisateurs à l'élaboration du produit a été limitée et il a été donné une plus forte priorité aux besoins permettant les remontées souhaitées par la caisse qu'à d'autres souhaités par les MDPH<sup>14</sup>. De plus les délais courts de son déploiement, contraints par une volonté politique forte des commanditaires et de la direction de la caisse de le finaliser en 2019, ont conduit à généraliser le produit sans prendre le temps d'intégrer complètement l'expérience des premiers déploiements des sites pilotes. Cela a au final plusieurs inconvénients :

- ◆ la nécessité de revenir sur les développements de certains processus dans les versions du tronc commun postérieures au palier 1 ; les MDPH critiquent notamment l'ergonomie du module évaluation dont l'utilisation est chronophage ;
- ◆ l'absence de prise en compte de fonctionnalités métier (gestion des contentieux par exemple), ou liées à des politiques nouvelles (réponse accompagnée pour tous) ou tirant partie d'autres évolutions et pouvant générer des économies de temps comme l'interopérabilité avec le télé-service de dépôt des demandes développé entre temps ;

<sup>14</sup> IGAS 2019 041 R Etude scénarios de mise en œuvre d'une mission nationale d'audit et de contrôle des MDPH.

## Annexe VI

- ◆ une surcharge de travail importante pour les MDPH pour revoir leur organisation interne et leurs procédures, toutes les conséquences ne pouvant pas être anticipées à partir des spécifications fonctionnelles mais dépendant du produit final, ce chantier s'ajoutant à d'autres (RMQS, nouveau formulaire de demande, etc.).

**La réalisation est en outre incomplète** puisque certaines composantes du palier 1 comme l'alimentation de l'entrepôt de données de la CNSA (qualifié aujourd'hui par la CNSA de « projet connexe »<sup>15</sup>) ne fonctionnent pas encore. Les outils d'extraction de données ont été développés par les éditeurs et l'entrepôt est techniquement opérationnel (65 % avaient adressé un flux de données au 16 décembre 2020).

Les échanges avec les partenaires connaissent encore des difficultés :

- ◆ les échanges SNGI ont pour objet de sécuriser l'identification des demandeurs et bénéficiaires de prestations et de certifier leur NIR (numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques communément appelé « numéro de sécurité sociale »). Portés par la CNAF, qui joue le rôle de concentrateur des flux des MDPH vis-à-vis de la CNAV qui gère ce SI, ils sont opérationnels, en cours de déploiement dans le cadre du palier 1 (49/102 MDPH l'avaient déployé en novembre 2020). La CNSA n'a fourni des informations sur le taux de NIR certifiés dans les MDPH utilisant ce service que dans le cadre de la procédure contradictoire et avec une précision toute relative il varie entre 0 et 100% avec une moyenne de 69%). La lenteur du déploiement témoigne à la fois de ce pilotage relâché et de la faible mobilisation des services informatiques des départements, dont l'intervention est nécessaire pour répondre aux prérequis techniques à l'utilisation du service. Par ailleurs, les MDPH utilisatrices éprouvent des difficultés à utiliser le service (codes erreurs parfois non intelligibles pour des personnels non formés aux outils des organismes de sécurité sociale) ;
- ◆ le déploiement des échanges automatisés avec les CAF a connu des difficultés liées notamment à des pratiques locales différenciées ; la CNAF et la CNSA ont fait réaliser un audit commun en 2019. Il a conduit à modifier le contrat d'interface entre CAF et MDPH, en 2020, pour améliorer l'homogénéité des données échangées. Ces améliorations devraient produire leur plein effet en 2021. Actuellement :
  - le flux 3 « maintien des droits » (prestations AAH/AEH), pour éviter les ruptures de droits en cas de délai de traitement long par les MDPH, est en cours de déploiement (31 MDPH ont déployé le flux 3 sur un potentiel de 96 MDPH en novembre 2020 ;
  - le flux 4 « service de mise à jour pour suite à une demande et décisions associées » vise à communiquer à la CAF les décisions rendues suite à une demande émise par un usager pour une prestation liée à la CAF. Il a été validé « techniquement » en 2019 puis a fait l'objet d'un audit conjoint CNAF/CNSA : il est déployable en l'état à condition qu'il y ait des accords locaux entre CAF et MDPH et seules 10 MDPH avaient émis un flux fin novembre 2020 ;
  - les échanges avec Pôle emploi n'ont pas été mis en œuvre pendant la COG, une expérimentation a été menée en octobre 2019 avec la MDPH 62 pour transmettre des informations liées aux décisions RQTH ; la CNSA a indiqué que le logiciel a été « recetté » et que le déploiement du dispositif d'échange est en cours en 2021.

La mise en œuvre du centre de données est devenue un projet particulier, qui a été extrait de ce suivi de version, dans la mesure où il est supposé être fonctionnel dans le cadre du palier 1.

---

<sup>15</sup> Et d'ailleurs suivi au plan informatique par un autre pôle que le pôle SI MDPH.

### 6.2.3. Le rôle de la CNSA s'est modifié avec l'avancement du projet

#### 6.2.3.1. Le rôle de la CNSA diffère d'une maîtrise d'ouvrage habituelle

Il convient de rappeler quel est le rôle exact de la CNSA car c'est un métier spécifique qu'il lui est demandé d'exercer, qui diffère, en raison de son rôle d'harmonisation de progiciels réalisés par des éditeurs, de celui d'une maîtrise d'ouvrage habituelle.

Les livrables que produit la Caisse sont, en premier lieu, les documents d'orientation métier, le référentiel fonctionnel comprenant les exigences fonctionnelles et les dictionnaires de données qui permettent aux éditeurs de faire évoluer leurs progiciels. Ces livrables peuvent être considérés comme le résultat de l'étude détaillée réalisée par la CNSA dans le cadre de chaque version à harmoniser.

La CNSA accompagne aussi les éditeurs et MDPH ayant un système d'information autonome, dans leurs phases de conception/réalisation, afin d'apporter des réponses à leurs questions sur les référentiels fonctionnels qui leur sont fournis.

Enfin l'équipe en charge du tronc commun MDPH :

- ◆ se coordonne avec les autres projets du programme, notamment les échanges d'information, qui font appel au contenu logique du tronc commun ; cela représente une charge importante, par exemple pour les échanges avec les CAF et le téléservice pour lequel des données ont dû être ajoutées au tronc commun ;
- ◆ les échanges avec des partenaires principalement l'ANS pour des sujets d'interopérabilité (par exemple : le téléservice, le flux aller/retour SI-MDPH Suivi des orientations) ;
- ◆ les échanges avec la cellule d'appui nationale qui centralise les questions des MDPH : elle sollicite l'équipe en charge du tronc commun en niveau 2 sur les questions liées au référentiel fonctionnel ;
- ◆ la CNSA assure aussi la labellisation des progiciels avec le concours de l'ANS.

**Encadré 9 : en quoi consiste la labellisation par la CNSA**

Le pilotage de la labellisation, c'est-à-dire de la vérification de la conformité du progiciel produit aux spécifications fonctionnelles, n'est pas une recette car on ne vérifie pas l'enchaînement des fonctionnalités. Les scénarios de labellisation produits par la CNSA, couvrant le périmètre défini dans le référentiel fonctionnel, sont mis à disposition des éditeurs, le jour de la vérification de conformité, l'éditeur a la main pour dérouler les pas de test, et la CNSA en tant qu'auditeur vérifie que le résultat obtenu pour chaque pas de test est conforme au résultat attendu. En outre on vérifie que :

- l'ensemble des données prévues dans le référentiel existent ; les attributs et nomenclatures définis dans les dictionnaires de données ;
- sur des cas d'usage, l'ensemble des flux d'information émanant du progiciel et des interactions entre celui-ci et les autres systèmes d'information fonctionnent correctement ;

À cette partie technique s'ajoute la gestion administrative : gestion des conventions de labellisation et envoi des synthèses d'analyse des vérifications de conformité et les notifications de labellisation.

*Source : entretien avec le chef de projet en charge.*

**6.2.3.2. Les relations avec les éditeurs ont été modifiées**

Le SI MDPH a conduit à modifier profondément la relation avec les éditeurs puisqu'ils ont désormais face à eux une maîtrise d'ouvrage unique et organisée (ce qui n'est pas le cas pour les autres composantes des progiciels qu'ils fournissent aux conseils départementaux). S'il était clair dès le début que les éditeurs devraient avoir une relation directe avec la CNSA pour la définition des spécifications et à la labellisation des progiciels, jusqu'en 2020, les commandes et les paiements étaient effectués par les MDPH ou pour leur compte par les conseils départementaux.

La phase finale du développement et le déploiement ont accru les relations avec les éditeurs dans un contexte où la CNSA rencontrait difficultés avec eux :

- ◆ pour qu'ils réalisent les adaptations requises : financées par les MDPH dans le cadre souvent d'une relation globale du département avec ses fournisseurs (puisque ces progiciels sont aussi utilisés pour les compétences sociales des départements), les demandes de la CNSA étaient en concurrence avec d'autres ; l'amélioration de la documentation technique qui leur était fournie ne leur a pas toujours suffi et la CNSA a assuré un accompagnement matérialisé par un suivi régulier ;
- ◆ pour qu'ils mettent en œuvre le déploiement dans les MDPH dans les délais contraints<sup>16</sup> souhaités ;
- ◆ les difficultés les plus importantes ont été rencontrées avec l'éditeur principal qui couvre environ la moitié du parc.

En 2020, la CNSA a indiqué à la mission qu'elle avait décidé de payer directement aux éditeurs l'évolution des progiciels *via* des commandes passées sur le marché UGAP qui sert de support à l'acquisition de ces progiciels par les départements<sup>17</sup>. Ce changement des relations contractuelles devrait conduire la CNSA, devenue payeur direct, à aller plus loin que la labellisation pour effectuer une véritable recette.

<sup>16</sup> Pour les éditeurs cela supposait de passer un pic de demande et donc de ressources, inhabituel et non pérenne ce qui nécessitait de mobiliser plus de personnes que leurs équipes habituelles.

<sup>17</sup> La mission n'a pas analysé le mécanisme correspondant, ni audité les modalités juridiques d'utilisation de ce marché cadre qui permet aux départements des contractualiser avec les éditeurs.

### **6.2.3.3. Le déploiement a aussi accru la nécessité pour la CNSA de s'impliquer sur le terrain :**

L'intervention de la CNSA a eu deux objectifs principaux :

- ◆ obtenir que les DSI des départements qui, le plus souvent, assurent le support informatique des MDPH priorisent le déploiement du palier 1 ;
- ◆ traiter des problèmes techniques. Par exemple, pour les flux CAF, une divergence a été constatée entre la CNAF qui considérait que quand le flux était validé pour un site cela valait pour les autres et les MDPH qui souhaitaient une validation pour chacune d'entre elles.

### **6.2.4. Les insatisfactions des utilisateurs et les difficultés rencontrées ont amené la CNSA à modifier sa conduite de projet**

**La CNSA a toutefois constaté des insatisfactions des utilisateurs par rapport aux solutions labellisées, l'amenant à revoir le processus :**

- ◆ la recette des solutions par les MDPH pilotes a été achevée postérieurement à la labellisation des solutions et n'a donc pas permis de tenir compte des observations formulées (d'où par exemple l'absence de prise en compte des remarques sur l'ergonomie médiocre du module évaluation de certains éditeurs) ;
- ◆ les « chantiers connexes » au tronc commun comme l'alimentation du centre de données, ont été moins bien pris en compte ;
- ◆ des anomalies techniques ont été repérées après labellisation comme les difficultés d'interopérabilité entre l'outil de suivi des orientations et le SI-MDPH : pour un seul éditeur ; ce sont 2 200 anomalies techniques qui ont été relevées et ont fait l'objet d'un suivi pour leur correction.

**Le dispositif de labellisation a donc été revu en 2020 pour la « brique » 2.1 afin d'être le support d'une relation avec les éditeurs mieux maîtrisés :**

- ◆ les MDPH pilotes sont chargées des vérifications de conformité avec test de l'ensemble des processus et établissement d'un procès-verbal de vérification d'aptitude au bon fonctionnement qui déclenche le processus de labellisation ;
- ◆ la labellisation assure le contrôle des exigences posées dans le référentiel fonctionnel et ajoute des tests automatisés (par exemple sur le respect de la norme d'interopérabilité) ;
- ◆ en outre, après mise en service des versions, les anomalies bloquantes signalées sont suivies par la CNSA qui contrôle leur résolution.

La CNSA a, en outre, mis en place un comité utilisateurs chargé d'identifier des évolutions simples permettant des « gains rapides » sans attendre la livraison des paliers (« *patches* » applicatifs). Elle prévoit également de renforcer le support de proximité aux MDPH en mettant en place un réseau de référents issus des DSI des départements pour accompagner le déploiement des nouvelles versions et outils.

Le déploiement de ce SI a pris du retard par rapport aux échéances prévues et est loin d'être achevé, avec des versions nouvelles venant compléter le périmètre fonctionnel et apporter des améliorations techniques et, surtout, des systèmes d'échanges avec les partenaires qui ne sont pas encore complètement déployés ni pleinement opérationnels (échanges CAF, échanges SNGI, suivi des orientations, Pôle emploi), voire en construction (livret parcours inclusif pour les échanges entre MDPH et établissements scolaires).

Néanmoins, malgré ces retards et les difficultés restant à régler (décrites en détail dans l'annexe I), **le déploiement de ce SI représente une avancée considérable pour l'harmonisation des pratiques** et des processus de travail au sein des MDPH par la définition d'un référentiel fonctionnel commun des processus métier. **Il permet aussi à la CNSA de renforcer sa position de tête du réseau des MDPH**, capable de parler en son nom avec les éditeurs de logiciels comme avec les têtes de réseaux nationales des partenaires des MDPH, pour moderniser leurs outils de travail, ce que les départements, tutelles administratives et financières des MDPH, n'ont pas été en mesure de faire.

### 6.2.5. La suite du projet va nécessiter une implication continue et significative de la CNSA

Le palier 2 constitué de deux briques 2.1 (déploiement en 2021) et 2.2 (déploiement en 2022) pour éviter un « long tunnel » de développement avant la sortie des produits, dans une optique, conforme à l'état de l'art ; de passer à une version majeure par an, accompagnée de versions mineures.

#### 6.2.5.1. La brique 2.1 était en cours de déploiement pendant la mission

La brique 2.1 comprend :

- ◆ l'ajout au périmètre fonctionnel du tronc commun les processus recours et demandes des tiers ;
- ◆ l'interconnexion du télé-service CNSA avec les progiciels (spécifications des flux interopérables) pour éviter la double saisie des formulaires de demande (dans le télé-service par l'utilisateur puis dans le progiciel utilisé par la MDPH) ;
- ◆ la correction des fonctionnalités mal traitées du processus évaluation dans le palier 1, en particulier le codage des déficiences et pathologie que le manque d'ergonomie rend inutilisé ;
- ◆ elle permet aussi d'alimenter le télé-service de l'état d'avancement de l'instruction de la demande jusqu'à la décision<sup>18</sup>.

Les éditeurs ont découpé cette étape en deux lots, (c'est-à-dire en deux versions de leurs progiciels) **dont les contenus sont différents selon les éditeurs** :

- ◆ le lot 1 consiste principalement dans l'alimentation du SI MDPH par les télé-services dans l'objectif d'interconnecter le SI MDPH avec toute solution, que ce soit MDPH en ligne (CNSA) ou autres solutions télé-service du marché ;
- ◆ le lot 2 comporte essentiellement : le plan d'accompagnement global (PAG<sup>19</sup>), la mise en situation en milieu professionnel en établissement et service d'aide par le travail (MISPE<sup>20</sup>), les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE<sup>21</sup>), les recours

---

<sup>18</sup> Le niveau de détail de ce suivi n'a pas été précisé. C'est un point important car s'il se limite à dossier reçu, instruction en cours, date CDAPH, il n'apporte pas une grande visibilité à l'utilisateur.

<sup>19</sup> Le plan d'accompagnement global complète le plan personnalisé de compensation : « 1° En cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues ; 2° En cas de complexité de la réponse à apporter, ou de risque ou de constat de rupture du parcours de la personne. », c'est-à-dire en clair si l'orientation décidée par la CDAPH ne peut être mise en œuvre.

<sup>20</sup> Cadre juridique unique et sécurisé des périodes d'immersion des personnes handicapées en milieu protégé, dans un ESAT. Elles sont le pendant des périodes de mises en situation en milieu professionnel (PMSM) en milieu ordinaire.

<sup>21</sup> Services qui viennent compléter la palette de l'offre médico-sociale. Ils ont pour objectif de concevoir et organiser une réponse transitoire pour des personnes en situation de handicap, enfants ou adultes, n'ayant pas de réponse adaptée à leurs besoins.

## Annexe VI

et contentieux, les demandes des tiers : flux télé-services, mise à jour du flux CAF, flux pôle emploi, échanges sur les suivis d'orientation, extraction pour le centre de données CNSA, le fichier d'échange LPI pour l'Éducation Nationale.

Lors de la présentation du projet SI APA la direction de la CNSA a insisté sur les difficultés opérationnelles qui accompagnent ce déploiement et la lourdeur du suivi opérationnel de la mise en œuvre, par les éditeurs, des différentes fonctionnalités, comme de la conduite de projet associée.

### 6.2.5.2. *Le livret parcours inclusif apparaît en situation de risque*

La cheffe de ce projet rencontrée par la mission avait pris ce poste en mai 2020 et pourrait le quitter en mai 2021, ce qui est un exemple supplémentaire de la rotation du personnel sur un projet qui comporte un enjeu fort pour la CNSA s'agissant d'une commande ministérielle. Il s'agit de fournir un outil retraçant le parcours scolaire des enfants qui ont des besoins particuliers, population qui comprend les enfants en situation de handicap mais aussi un public plus large. Les deux fonctionnalités principales sont:

- ◆ la numérisation des documents existants retraçant le cursus scolaire ;
- ◆ l'échange des documents avec les MDPH pendant le processus d'évaluation (par l'outil GEVASCO).

Le *planning* indiqué à la mission était un premier déploiement en mai 2021 ou en septembre 2021 et un déploiement général à la rentrée 2022. À mi-mai 2020, l'objectif était de lancer une expérimentation rapidement mais cela n'a pas été possible compte tenu de la situation sanitaire.

La conduite de ce projet décrite à la mission traduit un fonctionnement de la maîtrise d'ouvrage qui est un facteur majeur de risque d'échec<sup>22</sup> :

- ◆ la relation avec l'Éducation Nationale est dissymétrique, la CNSA est plus en situation de prestataire que de partenaire ;
- ◆ la maîtrise d'ouvrage de l'Éducation Nationale peine à définir le besoin. Les demandes sont très nombreuses et très évolutives. Une méthode agile avait été mise en place pour mieux définir le besoin du MEN ; elle n'a pas réussi à converger vers un besoin précis : fin 2020 ; le nouveau prestataire de la CNSA cherchait à stabiliser le besoin ;
- ◆ la logique du ministère de l'éducation nationale est « *top down* » la définition du besoin est faite par le bureau en charge du sujet **sans faire appel à des experts de terrain**. Une première expérimentation a eu lieu en septembre 2020 dans quatre départements et en ouvrant le service à deux ou trois établissements par département avec des enseignants volontaires qui ont testé l'environnement mis en place à ce jour mais sur la base de données fictives et non réelles s'appuyant par exemple sur leurs propres expériences.
- ◆ le sujet est piloté à un niveau hiérarchique faible du côté du ministère de l'éducation nationale : une réunion hebdomadaire avec le bureau de la DGESCO (comité opérationnel) et un comité stratégique tous les 2-3 mois avec la directrice de la CNSA et la cheffe de bureau de l'Éducation Nationale ; les liens avec la DSI du ministère de l'éducation nationale sont très faibles ;
- ◆ côté CNSA, la maîtrise d'ouvrage est elle aussi limitée, ce qui pourra s'améliorer avec le recrutement du chef de projet à la DCOMP chargé de dialoguer avec l'éducation nationale.

---

<sup>22</sup> Ce constat issu des entretiens a été soumis à la DSI qui n'a ni infirmé ni confirmée.

Au regard de ce constat, la mission estime que ce projet présente un fort risque d'aboutir à un produit ne répondant pas aux besoins du terrain et dont l'appropriation ne se fasse pas. Un audit de conduite du projet mené à la demande conjointe du MEN et des ministères sociaux pourrait être utile.

Lors de la procédure contradictoire la CNSA a nié tout problème lié à ce projet, sans plus apporter d'éléments justificatifs qu'elle ne l'a fait lors de la mission, en dépit des demandes répétées faites à la DSI à laquelle ces éléments de constats avaient été présentés. La mission en prend acte.

### ***6.2.5.3. Il reste à concrétiser les intérêts opérationnels du progiciel de suivi des orientations Via trajectoire***

Déployé dans **78 départements fin 2019 et dans 90 départements fin 2020**, le SI de suivi des orientations (Via Trajectoire) rencontre des difficultés techniques. Le projet n'est pas suivi par un chef de projet à la DSI alors que l'assistance externe a été chiffrée à 3 ETP. S'assurer que ces difficultés sont résolues et que l'outil permet un réel suivi des orientations décidées par les MDPH comme un retour sur l'adéquation de l'offre aux besoins, notamment par l'identification de listes d'attente par catégories d'ESMS, reste à faire.

### ***6.2.5.4. La revue de l'ergonomie de l'outil d'évaluation est un enjeu fort et repousse à la brique 2.2. la perspective d'une utilisation assez complète des données***

L'évaluation est le seul processus du tronc commun qui n'est pas normalisé, de sorte les solutions des éditeurs peuvent proposer des paramétrages différents selon les procédures et les organisations retenues. De l'ergonomie des modules d'évaluation dépendra leur utilisation, le plus souvent en réunion de l'EPE où sont colligées les données d'évaluation avec deux cas de figure :

- ◆ si l'ergonomie de l'outil est bonne, les données sont directement saisies dans l'outil qui va ensuite effectuer automatiquement le codage ;
- ◆ si elle est mauvaise et la saisie des données chronophage, celles-ci sont notées sur papier et saisies ultérieurement dans l'outil mais de façon non systématique ou avec retard.

Or, les retours des utilisateurs des logiciels homologués pour le SI-MDPH pointent l'ergonomie médiocre de certains modules d'évaluation se traduisant par un « coût d'entrée » élevé et incitant certains professionnels maîtrisant les codes à ne pas l'utiliser<sup>23</sup>. La CNSA compte sur l'amélioration de l'outil, prévue dans la brique 2.2 du SI-MDPH, pour remédier à ces difficultés et relancer la généralisation du codage des déficiences.

Par ailleurs il faudra intégrer l'actualisation du GEVA<sup>24</sup>, pour tenir compte à la fois des adaptations liées aux évolutions proposées au sein de l'outil d'évaluation prévu dans le palier 1 du SI-MDPH et des nomenclatures des besoins et prestations élaborées dans le cadre du projet SERAFIN-PH de réforme du financement des ESMS PH. Un véritable alignement entre l'élaboration du nouvel outil d'évaluation et la redéfinition du GEVA est un enjeu qui implique la DGCS en charge de la modification réglementaire nécessaire.

---

<sup>23</sup> À titre d'exemple, il n'est pas possible à un professionnel maîtrisant le codage de saisir directement dans l'outil. La version 2.2 devrait permettre de rechercher une pathologie ou une déficience à partir de leur libellé ou de leur code sans déploiement de toute l'arborescence (recherche par auto-complétion).

<sup>24</sup> Le GEVA recueille 21 données pertinentes nécessaires à la description d'une situation d'un usager, réparties en 4 catégories : 1/ éléments environnementaux (le lieu de vie, ressources, moyens de transport) 2/ éléments scolaires et professionnels 3/ éléments personnels (type de déficiences, pathologies) 4/ besoins et évolutions de la situation.

#### **6.2.5.5. Le délai dans les remontées à travers le centre de données retarde la nécessaire suppression des enquêtes faites auprès des MDPH**

La mise en place du centre de données alimenté par le SI MDPH devrait permettre à la fois de s'assurer de la qualité de ces données et **d'enrichir considérablement les informations disponibles par des données individuelles pseudonymisées** extraites du SI-MDPH qui permettront de retracer en détail l'activité des MDPH et, pour chaque personne accompagnée, l'ensemble des demandes et décisions la concernant et les résultats des évaluations effectuées (jusqu'à 180 données possibles par individu). 61 MDPH avaient envoyé un flux à la date du 16 décembre 2020 et l'exploitation en routine des données doit commencer en 2021.

La mise en place de ce centre de données doit permettre de supprimer les enquêtes faites auprès des MDPH :

- ◆ l'enquête « des échanges annuels » sur l'activité des MDPH : nombres de demandes et de décisions, caractéristiques du public selon les déficiences et les personnes concernées, activité d'accueil, activité d'évaluation, nombre de projets de vie élaborés, conventions avec des partenaires ;
- ◆ l'enquête « des échanges annuels » sur la prestation de compensation du handicap (PCH) qui retrace les demandes déposées, les décisions prises, les recours gracieux et contentieux, le nombre d'interventions du fonds de compensation, dont celles concernant la PCH, et le détail des différents éléments accordés par public, les montants totaux accordés, en distinguant la part de l'aide humaine et sa répartition par statut d'aidant ;
- ◆ l'enquête sur l'allocation aux adultes handicapés (AAH) pour le compte de la DGCS, qui retrace les demandes déposées, les décisions prises, ainsi que les reconnaissances de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) accordées et les orientations professionnelles (ORP) prononcées ;
- ◆ la remontée des rapports d'activité des MDPH et des données de moyens les concernant (dite échanges annuels) est faite, avec l'aide d'un prestataire et de façon peu automatisée et chronophage : consolidation de feuilles de tableur sous un format standardisé, y compris pour des développements littéraires, nombre très important de données. Le pôle PI réalise une synthèse nationale de ces données, croisées les données de satisfaction des usagers (cf. annexe VII). Une amélioration technique du processus est prévue en 2021 pour la remontée des données 2020. Les trames des tableurs, seront reprises (avec quelques adaptations par rapport à la trame de la campagne 2020, suite à une réflexion en groupe de travail entre la CNSA et une dizaine de MDPH), et une fonctionnalité d'extraction des données sous traitement de texte est prévue, afin que les MDPH puissent aisément présenter leurs chiffres en comité exécutif. Si l'objectif de faire un lien avec le SI MDPH est envisagé la suppression de ces saisies de données par les MDPH est repoussée dans le temps.

#### **6.2.5.6. La remise en place d'une équipe complète et dimensionnée pour maîtriser les prestataires est une priorité**

L'équipe MDPH, tant à la DCOMP qu'à la DSI, a fait l'objet pendant le projet d'un *turnover* particulièrement important.

## Annexe VI

Le poste stratégique de directeur du programme, après le départ de son titulaire le 11 juillet 2018, comme son remplaçant n'est resté qu'un mois, est resté vacant jusqu'au 8 septembre 2019 soit pendant une période de 14 mois. Pendant une partie de cette période la caisse a « compensé », pendant 5,5 mois par un agent interne assurant « l'intérim », puis pendant 7 mois par un prestataire externe (situation non recommandable dans laquelle un prestataire externe conduit un projet stratégique dont la mise en œuvre fait appel à un grand nombre de prestataires externes).

**Tableau 28 : taux de vacance des postes de directeurs de programme et de chefs de projet à la DCOMP et à la DSI sur la période 2016-2020**

Poste	Direction	% vacance	NB
Directeur programme SI-MDPH	DCOMP	22 %	3
Chef de projets SI métiers	DCOMP	12 %	2
Chef de projets SI métiers	DCOMP	18 %	3
Chef de projets SI métiers	DCOMP	14 %	2
Chargé de mission SI	DCOMP	45 %	3
Directeur de projets SI MDPH	DSI	31 %	2
Chef de projets SI	DSI	0 %	1
Chef de projets SI	DSI	22 %	1
Chef de projets SI	DSI	13 %	3
Chef de projets SI	DSI	27 %	2

*Source : données CNSA, analyses mission.*

À la date des investigations, l'organisation du projet ne paraissait pas stabilisée :

- ◆ pour mémoire on rappellera que la CNSA n'a fourni ni l'historique de la répartition des dépenses d'AMOA et d'AMOE par programme et projets, ni la comparaison à date entre les ETP par projet et les ETP correspondants d'AMOA et d'AMOE ;
- ◆ le suivi de projet de la DSI ne retrace pas les composantes du programme SI-MSDH dont le *reporting* se fait dans un autre cadre ;
- ◆ les descriptions de postes faites par les agents de la DSI ne font pas apparaître précisément qui est en charge de quoi dans les projets à venir, la CNSA n'a pas répondu aux questions qui lui étaient faites sur ce sujet.

**Tableau 29 : répartition des compétences Domaine SI MDPH**

Emploi	Sujets traités	Date prise poste
Responsable de domaine	▪ Responsable domaine	2019
Chef de projet	▪ Tronc commun ▪ Palier 1	2017
Chef de projet	▪ MDPH en ligne ▪ Echanges CAF ▪ Echanges Pôle emploi	2017
Chef de projet	▪ Livret parcours inclusif ▪ Suivi des orientations	2020

*Source : exploitation mission comptes rendus validée CNSA.*

La mission a noté l'expression des agents selon lesquels l'équipe MDPH est « en surcharge » cela est dû, selon eux, à plusieurs facteurs<sup>25</sup> :

- ◆ le manque de ressources internes accru par les vacances non remplacées au regard du nombre de projets à suivre ;

<sup>25</sup> Ces appréciations issues des entretiens ont été soumises à la DSI de la CNSA qui n'a ni infirmé ni confirmé le constat.

## Annexe VI

- ◆ la gestion du projet qui présente des déficiences : pas d'information suffisamment en amont sur les modifications réglementaires, insuffisance de la priorisation des projets qui conduit à les mener en parallèle avec trop peu de ressources, absence de visibilité sur les échéances souhaitées que les chefs de projet sont les derniers à connaître ; pour la mission cela porte le risque fort de fixer des échéances non tenables.
- ◆ le manque de disponibilité de la MOA, à la date des entretiens, un chef de projet AMOA était arrivé depuis six mois, et un chef de projet métier depuis un mois mais ces deux postes ne couvraient que partiellement les sujets métier.
- ◆ les dates fixées sont souvent irréalistes ce qui conduit à perdre du temps pour définir les ajustements (à la baisse) de contenu permettant de tenir ces délais.

Il a été indiqué que ce manque de ressources allait conduire à un « *compromis* » dans la conduite du projet, c'est-à-dire un moins grand nombre de groupes de travail et la suppression d'un travail en deux phases : une phase avec les métiers, puis une phase avec les SI ; comme les personnes rencontrées la mission estime que ces modalités de travail revues à la baisse présentent un risque pour la conduite du projet, au regard de la maturité de la maîtrise d'ouvrage.

### 6.3. L'évolution des SI assurant la remontée des informations des ESMS et diffusant l'information au public

Les outils du domaine ESMS ont été construits en silo c'est-à-dire que les données communes ont été dupliquées dans les applications. Si l'unification des flux n'a pu être conduite pendant la COG, des outils ont été mis en place pour assurer et sécuriser l'accès aux services de la CNSA des fournisseurs de données.

Par ailleurs, une partie de ces remontées de données sont utilisées pour mettre l'information à destination des publics, de sorte que ces deux aspects ont des points communs (on a autant besoin d'un annuaire des ESMS pour faire remonter leurs données budgétaires que pour communiquer les tarifs qu'ils pratiquent).

Le portail pour les personnes âgées, géré par la CNSA, présente des données allant au-delà des informations juridiques avec la possibilité de simuler un reste à charge. L'information des personnes en situation de handicap relève d'un site internet classique tandis que les informations sur le traitement des demandes de prestation en situation de handicap sont prises en charge dans le cadre du SI-MDPH, notamment par le télé-service.

#### 6.3.1. La DSI a été amenée à se doter d'outils et à améliorer le support des référentiels

L'accès aux services de la CNSA : portail d'accès aux applications de la CNSA, gestion d'un annuaire servant à l'identification et l'authentification des quelques 26 000 utilisateurs (référentiel des personnes qui accèdent aux SI et du profil définissant leurs droits) :

Pour les établissements et services, l'application FIPPA permet d'aller chercher le flux FINISS et de le stocker dans un outil de MDM (*master data management*), des écrans de validation sont ensuite mis à disposition de la DIPCOM qui gère le portail PA ; l'application FIPPA permet d'exporter les mises à jour vers le portail PA.

L'application SC (services centraux) permet d'authentifier les utilisateurs et de gérer les droits et les habilitations.

## Annexe VI

Back office SC permet de faciliter la gestion des applications pour les chefs de projet de la CNSA<sup>26</sup>.

La DSI indique avoir sélectionné un **outil de gestion de ses contacts**. Pour répondre à l'objectif de construire une base commune informatisée, de gérer les interactions et les dossiers traités avec eux, il est prévu d'utiliser un progiciel de CRM (*customer management relations*). La mission note un point d'attention sur la coexistence de ce produit avec le progiciel de gestion de courriers et mails (DOTELEC) qui est mis en place par ailleurs et comporte des fonctionnalités de numérisation des documents. Il a été indiqué la mission que le CRM est destiné à gérer toutes les interactions avec les interlocuteurs de la caisse (courrier, email, téléphone, mailing, etc.) et vise à qualifier ses contacts pour améliorer le service rendu, notamment conservant l'historique des différents échanges. Pourtant il n'a été communiqué à la mission aucune information sur une définition précise de besoins ni sur la maîtrise d'ouvrage associée.

### 6.3.2. Le portail pour les personnes âgées, géré par la CNSA, fournit des informations sur les tarifs et reste à charge des seuls EHPAD

Le portail national d'information et d'orientation pour les personnes âgées et leurs proches (<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>) est entré en service en juin 2015. Il a connu plusieurs évolutions :

- ◆ décembre 2016 : deuxième version avec un annuaire des EHPAD incluant leurs prix et tarifs, un comparateur des prix et un simulateur du reste à charge en établissement ;
- ◆ novembre 2017 un annuaire des résidences autonomie incluant leurs prix et tarifs ;
- ◆ avril 2020 : troisième version du portail, enrichie d'un annuaire des SAAD (sans leurs tarifs) encore en construction et incomplet<sup>27</sup>.

Les résultats sont :

- ◆ corrects pour les EHPAD (environ 10 % des EHPAD ne fournissent pas ou n'actualisent pas les tarifs) pour lesquels sont fournis les tarifs (repris des remontées prix ESMS), un comparateur de prix et un simulateur de reste à charge (développement spécifique au portail);
- ◆ moins satisfaisants pour les résidences autonomie : les données tarifaires sont en ligne depuis fin 2017, sans comparateur de prix ni de reste à charge, mais avec un taux de remontées nettement plus faible que pour les EHPAD (68 % en 2018) ;
- ◆ très incomplets pour les SAAD, l'incomplétude de l'annuaire ne permettant pas d'envisager techniquement une remontée des tarifs dans le portail avant fin 2021 ou 2022.

Le sujet des SAAD est décrit précisément en annexe I. Sur le plan des systèmes d'information, la mise à jour des SAAD dans le répertoire FINESS nécessite un échange d'informations entre le conseil départemental, qui les autorise, et les ARS, seules habilitées à saisir des modifications dans FINESS. Une convention entre l'ARS et le conseil départemental est nécessaire à cette fin sous l'égide de la DREES (pilote de FINESS). La DREES prévoit de revoir cette procédure, mais sans donner d'échéance pour l'aboutissement des travaux. Selon la CNSA, à la fin de l'année 2019, on ne comptait que 54 départements pour lesquels les données des SAAD avaient été mises à jour dans FINESS et seulement 37 départements pour lesquelles ces données avaient été validées suite au contrôle qualité effectué conformément à la convention ARS-CD. Le fonctionnement se serait toutefois amélioré en 2020, selon la direction de la CNSA.

---

<sup>26</sup> La DSI n'a pas répondu aux demandes de précisions sur le contenu de cet outil.

<sup>27</sup> Ne sont pas intégrés les autres établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), catégorie résiduelle en attente d'une définition réglementaire et qui selon la DGCS sont au nombre d'une centaine.

### 6.3.3. Les importations de données des ESMS reposent sur des outils obsolètes et consommateurs de ressources, leurs fonctionnalités ont suivi les évolutions réglementaires

Les produits gérés sont des applications d'import : différents organismes alimentent des gros fichiers de tableur (cadres normalisés) qui sont construits et actualisés par un prestataire ; une fois renseignés, ces fichiers sont téléchargés dans les applicatifs. Ce mode de traitement est selon la DSI « assez archaïque » et fortement consommateur de ressources et de coût en prestataires.

**Tableau 30 : outils de remontée**

Outil	Destination /champ/ périodicité
Prix-ESMS	Tous ESMS / annuel
Import ERRD	
Import EPRD	
Import CA	
GALAAD	EHPAD / trisannuel

*Source : tableau de suivi des projets fournis à la mission.*

GALAAD : est le produit qui reçoit les remontées trisannuelles des évaluations du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des résidents des EHPAD et USLD sur la base respectivement de la grille AGGIR et du référentiel PATHOS. Un nouveau projet est envisagé  
RAMA : rapport d'activité médical annuel.

La CNSA a mis à la disposition des ESMS tarifés par les conseils départementaux ses plateformes de dépôt (EPRD, ERRD et CA), et réalise chaque année une session d'information à destination des services en charge du pilotage de l'offre médico-sociale au sein des départements.

La mission a identifié l'absence d'un relevé par les statisticiens des erreurs ou manques qu'ils détectent dans l'utilisation de ces données, de manière à ce que la DSI d'inclue des contrôles bloquants, permettant d'améliorer la qualité des données et limiter la charge du « nettoyage » des données.

### 6.3.4. Les SI à destination des ARS sont à revoir dans le cadre d'une meilleure articulation avec le ministère chargé de la santé

#### 6.3.4.1. La gouvernance des SI mutualisés des ARS a évolué

Dès la création des ARS, une part de leurs crédits budgétaires a été « mutualisée » pour développer des SI métiers. Concrètement, une ARS assurait, pour le compte de toutes les ARS ou une partie d'entre elles, la construction et la maintenance d'un SI. Une autre ARS dégageait des ressources « métiers » pour piloter les évolutions du SI. Les SI-ARS qui concernent le champ médico-social sont : SI E-cars médico-social et Diamant. Le SI HAPI « autres champs » ne concerne pas le champ médico-social mais est fortement lié au projet (cf. encadré 6).

La fonction de pilotage des ressources dédiées aux SI métiers disséminées entre les ARS était assurée jusqu'en 2019 par la DSSIS, délégation placée auprès du SGMAS, la direction de projet étant confiée aux chargés de mission du pôle Santé-ARS auprès du SGMAS. Après la suppression de cette délégation, ces fonctions ont été transférées à un SCN placé auprès de la DNUM rattachée au SGMAS.

## Annexe VI

La CNSA participe aux COPIL de certains SI. En revanche, elle n'est pas associée au comité stratégique SI-Santé réuni annuellement par la DNUM, qui priorise les développements pour l'année suivante, à la différence de la mission de la gouvernance des SI (MISI) de la DGCS qui est associée à cet exercice.

Tout récemment, la CNSA a présenté le SI-Collecte à la DNUM, et cette dernière a annoncé la mise en place d'une gouvernance permettant une information régulière sur les évolutions conduites ou prévues par la CNSA.

### **6.3.4.2. Des projets concernant le secteur médico-social et à destination des ARS se développent**

Il est développé sous l'égide du SGMAS, à destination des ARS plusieurs projets qui concernent ou s'étendent au domaine médico-social

#### **6.3.4.2.1. SI E-Cars médico-social**

Le SI E-cars, piloté par le SGMAS (cf. encadré 10) doit permettre un meilleur suivi de la signature des CPOM ARS-ESMS et une connaissance de leur contenu. Il est en cours de déploiement dans les ARS : le déploiement est réalisé en totalité en Bretagne, Normandie, et partiellement en Nouvelle Aquitaine et en Ile-de-France.

Au-delà de la participation au groupe de travail et au comité de pilotage, il serait utile que la CNSA propose, le plus précocement possible, le « socle » minimal d'objectifs et d'indicateurs à recueillir dans tous les CPOM, pour que les ARS n'aient pas à saisir d'information supplémentaire par voie d'enquête par rapport aux informations qui seront saisies dans le SI « métier ». À ce titre, la mission propose de transférer à la CNSA le pilotage opérationnel du déploiement des CPOM, aujourd'hui assuré par la DGCS, afin de renforcer les synergies entre les différentes fonctions de la CNSA (cf. annexe VIII).

La mission estime nécessaire de prévoir d'emblée :

- ◆ un lien avec les indicateurs « médico-social » du CPOM État-ARS *via* une interface avec le SI 6 PO également piloté par le SGMAS ;
- ◆ un lien avec le référentiel d'évaluation des ESMS mis en consultation par la Haute autorité de santé ;
- ◆ un suivi de la transformation de l'offre issu du suivi des CPOM, idéalement à une fréquence annuelle.

### Encadré 10 : le SI E-cars médico-social

Le SI e-cars « médico-social » vise la dématérialisation et le suivi des contrats sur le périmètre ESMS. Le SI est finalisé depuis fin 2019. La solution est identique pour E-cars sanitaire, mais il y a deux chefs de projets ; le chef de projet e-cars médico-social est positionné au sein du service à compétence nationale chargé des SI des ARS, auprès de la DNUM (SGMAS). Un Club utilisateurs réunit régulièrement les ARS. La CNSA fait partie du groupe de travail et du comité de pilotage. Le SI permet de gérer les données portées par les CPOM (70-100 indicateurs par CPOM) et les bibliothèques d'objectifs par région ou département. ARS et CD ont accès au même périmètre fonctionnel. Les organismes gestionnaires ont accès à un portail extranet. Des référents nationaux ont la possibilité de faire des requêtes au niveau national. Les conseils départementaux ont accès gratuitement au SI, à la différence des ARS, qui financent dès lors qu'elles décident de participer au projet.

SI E-cars est synchronisé quotidiennement avec Finess, et est interfacé avec le tableau de bord de la performance médico-sociale, et le SI AtlaSanté pour la représentation cartographique.

Le SI est déployé en totalité en Bretagne, Normandie, et partiellement en Nouvelle Aquitaine et en Ile-de-France. D'autres ARS ont prévu de rejoindre le projet (Bourgogne Franche Comté, Pays de la Loire).

Il faut au minimum six mois pour le déploiement dans une région, à partir de la décision. Le chef de projet considère que les ressources du projet permettent de déployer sans difficulté l'ensemble des régions. Le « goulot d'étranglement » se situe du côté des ARS, car il faut dédier 1/3 ETP pendant 4 mois dans l'ARS et instruire les questions liées à la variabilité des pratiques au sein de l'ARS. La présentation du SI et la formation des équipes des conseils départementaux sont assurées par l'équipe projet nationale.

La saisie (par l'équipe projet nationale) des arrêtés ARS permet la création des CPOM « programmés ». Les CPOM en cours d'instruction sont suivis, ainsi que les CPOM déjà signés. Il est possible de distinguer les CPOM par base juridique. Même les CPOM à compétence exclusive CD peuvent être saisis.

*Source : mission suite à un entretien avec le chef de projet SI-ECars médico-social.*

#### 6.3.4.2.2. SI Diamant

Le SI Diamant était à l'origine, en 2009, un outil décisionnel d'étude de la performance du champ sanitaire, financé dans le cadre d'un groupement de commandes des agences régionales de l'hospitalisation (auxquelles les agences régionales de santé se sont substituées en application de la loi du 21 juillet 2009). En 2012, une **convention de maîtrise d'ouvrage est** signée entre le SGMAS et l'ARS Ile-de-France, pour mettre en place ce système décisionnel pour les 26 ARS, d'abord sur le champ sanitaire.

Les exigences fonctionnelles de ce SI sont de quatre ordres :

- ◆ analyser des données consolidées et pouvoir les croiser entre elles<sup>28</sup> ;
- ◆ avoir un système répondant instantanément à la demande<sup>29</sup> ;
- ◆ disposer d'un outil d'interrogation intégré à la bureautique ;
- ◆ permettre à l'utilisateur de construire des applications branchées sur le système.

Il est utilisé très régulièrement par la plupart des ARS et par les acteurs nationaux, avec une fréquentation croissante jusqu'en 2018 (180 000 connexions) puis une diminution en 2019 (150 000) et 2020 (96 000), sans doute du fait de la crise Covid pour cette dernière année.

La décision a été prise en 2016 de développer un « cube » médico-social comportant :

- ◆ plus de 350 données d'activité et de capacité ;
- ◆ 6 cadres réglementaires ;
- ◆ 37 indicateurs ;
- ◆ 2 axes d'analyse.

<sup>28</sup> Le SI DIAMANT est basé sur la solution Microsoft BI (Business Intelligence).

<sup>29</sup> Grâce à une technologie de pré-calcul au travers de cubes OLAP.

**Encadré 11 : enjeux et calendrier de l'ajout d'un cube médico-social dans le SI Diamant**

La décision d'intégrer un « cube médico-social » dans le projet Diamant a été prise dans le cadre du schéma directeur 2015-2018 des SI mutualisés des ARS, validé lors du Conseil National de Pilotage en janvier 2016 :

« En cible, deux nouveaux flux d'information doivent compléter l'offre DIAMANT (directement ou via la plateforme ImportCA de la CNSA) la récupération des données relatives aux tableaux de bord des établissements médico-sociaux (tableau de bord ANAP, nommé « tableau de bord Performance ») et la récupération des comptes administratifs des ESMS (via ImportCA). »

La première version d'un cube médico-Social devait couvrir les périmètres relatifs à l'activité, la capacité, les ressources humaines, la finance et la qualité des soins dès 2018 et ainsi à terme disposer d'une vision à 360° des établissements médico-Sociaux sur le territoire. Le calendrier a été repoussé et, en mars 2018, la disponibilité du cube médico-social était prévue en mars 2019. Le dernier calendrier prévisionnel fait état d'une mise en production entre fin avril et fin mai 2021. Le respect de cette date dépend de la disponibilité des personnes chargées de la recette dans les ARS, qui sont actuellement fortement mobilisées par la crise COVID.

Les besoins exprimés par les ARS étaient les suivants :

- en charge de la validation des EPRD et donc des effectifs des ESMS, les ARS doivent pouvoir vérifier l'adéquation des effectifs des ESMS par rapport à leur production. La DADS, la DSN ainsi que les EPRD et/ou CF doivent à ce titre permettre d'effectuer les calibrages nécessaires et dans certains cas déduire des sur ou sous dotations en personnel et anticiper les difficultés au travail ;
- Diamant doit pouvoir calculer le ratio du nombre de professionnels pour une personne âgée en établissement et pouvoir accessoirement le projeter sur 5 ans en prenant en compte l'augmentation de la taille des classes d'âges les plus élevées et leur niveau de dépendance ;
- au travers des conventions collectives présentes dans les DADS et DSN, le projet doit aussi permettre de mesurer la répartition de l'emploi au sein des référentiels d'activité et des compétences des ESMS.

Les ARS souhaitent avoir des indicateurs pour alimenter leurs dialogues CPOM, EPRD et autorisations,

- les ARS souhaitent pour chaque établissement avoir un éclairage sur la qualité et la sécurité des soins ;
- les ARS doivent pouvoir suivre l'impact et les conséquences de la réforme tarifaire (convergence des tarifs dépendance autour d'une moyenne départementale). À ce titre, les études d'impact seront de toute nature : financier (CF, EPRD), capacitaires (enquête DREES), humains (DADS, DSN), qualité des soins (HAS, ex-ANESM) ;
- les ARS devront pouvoir réaliser les études d'impacts financiers à diverses échelles ; nationale, régionale, départementale, établissement par établissement, par catégorie d'établissements, par paniers d'établissements de taille et de nature comparable.

Le principal enjeu pour les ARS est de disposer d'un outil souple, efficace et complet en support du dialogue avec les ESMS, à l'instar de ce Diamant propose sur le sanitaire.

*Source : ARSIF, Note d'orientation stratégique du projet Médico-Social du SI décisionnel DIAMANT (Décisionnel Inter-ARS pour la Maîtrise et l'ANTicipation), mars 2018 et échange de mails pour l'actualisation du calendrier.*

**6.3.5. Les SI fournis par la CNSA aux ARS doivent prendre en compte leurs besoins propres de gestion pour assurer la qualité des données collectées**

Les ARS ont accès aux outils de remontée de données décrits plus haut. Elles disposent en plus d'outils métiers qui correspondent à trois fonctions : la programmation : SEPPIA ; la tarification : HAPI ; le suivi de l'investissement immobilier : GALIS.

- ♦ SEPPIA est purement un outil de collecte qui n'apporte aucune fonction de gestion aux ARS pour la programmation ;
- ♦ GALIS est un logiciel de dépôt des demandes de subventions, il est utilisé pour faire remonter de l'information à la CNSA sur les aides à l'investissement allouées aux ESMS par les ARS ;

## Annexe VI

- ◆ HAPI, développé sur le champ médico-social par la CNSA, présente des fonctionnalités similaires à celles du SI HAPI « autres champs » porté par le SGMAS pour l'allocation de ressources sous forme de dotations ou de forfait à d'autres structures (cf. encadré ci-dessous). Bien qu'utilisant initialement la même technologie, les deux applications connaissent des évolutions parallèles selon leur propre rythme qui en font, pour les ARS, deux outils d'allocation de ressources distincts.

Les travaux d'amélioration de l'application HAPI ont été conduits en associant les ARS. Si ces dernières estiment que le fonctionnement opérationnel de l'application s'est amélioré, elles restent dans l'attente d'évolutions sur les points suivants :

- ◆ capacité à gérer simultanément un nombre important d'utilisateurs et un import de données massif ;
- ◆ amélioration de la fiabilité juridique des arrêtés générés par l'application ;
- ◆ possibilité de connaître les modalités de calcul et les paramétrages internes pour comprendre les erreurs.

Les sujets d'ergonomie sont identifiés mais ne semblent pas prioritaires au regard des autres limites constatées. Un enjeu est l'accompagnement au changement (formation des ARS pour l'utilisation de la possibilité d'import de fichiers massifs). En termes de calendrier, il serait souhaitable que la communication de la version définitive du format des données intervienne au début de la campagne.

Selon le DSI, suite à un « *tour de France de l'ensemble des régions* », il a été constaté que les ARS avaient « *commencé à faire la tarification en dehors de l'outil* » et donc « *HAPI est devenu un outil d'import de données* ».

### Encadré 12 : les systèmes d'information HAPI médico-social (MS) et HAPI autres champs (AC)

Le projet SI Allocation de ressources a débuté en 2010 sous l'égide du SGMAS et de la CNSA avec pour objectif d'outiller le métier d'allocation de ressources des ARS sur l'ensemble de ses champs d'intervention (sanitaire, médico-social, santé publique et ambulatoire).

Une première étape a conduit à l'élaboration de l'application HAPI (Harmonisation et Partage d'Information) « Médico-social », porté et financé par la CNSA, qui, depuis mars 2012, outille le processus d'allocation de ressources sur le champ médico-social. HAPI MS permet d'établir la tarification des ESMS compris dans le périmètre de l'objectif général des dépenses (OGD) sous pilotage de la CNSA.

La seconde étape a permis la mise à disposition d'une première version de l'outil HAPI « autres champs » (AC) sur les champs sanitaire (pour la part de l'activité des établissements de santé financée par forfaits : MIGAC, dotations annuelles de financement de la psychiatrie et des soins de suite et réadaptation), médico-social hors OGD, ambulatoire et santé publique pour la campagne 2013.

HAPI AC a été mis en production en 2014, il a évolué depuis son déploiement tant sur l'aspect réglementaire (réforme GBCP, mises à jour régulières sur le champ sanitaire) que sur l'aspect fonctionnel (améliorations des fonctionnalités existantes).

Un nouveau SI, Ma démarche santé (MDS)<sup>30</sup>, intervenant en amont de HAPI AC est apparu dans l'écosystème en 2019 au sein de 2 ARS et tend à être déployé dans les autres régions volontaires. L'outil comptable (SIBC) utilisé par les ARS depuis de nombreuses années va être abandonné au profit d'une nouvelle solution d'ici 2022.

Un infocentre de l'allocation de ressources est actuellement en cours de recette et sera mis en production au 4<sup>ème</sup> trimestre 2020. La CNSA est associée à la gouvernance de ce projet même si les dépenses médico-sociales restent en dehors du périmètre.

*Source : SGMAS.*

<sup>30</sup> MDS vise à outiller le processus d'instruction et de suivi des dossiers depuis leur origine (appel à projet par exemple) jusqu'à l'arbitrage budgétaire qui en résulte. MDS se positionne ainsi en amont de HAPI « Autres champs » avec lequel il est d'ores et déjà interfacé. Deux ARS (Grand Est et BFC) utilisent MDS à ce jour. L'enjeu 2021 est l'accélération du déploiement en ARS de la version 1 de l'application qui porte essentiellement sur la gestion FIR.

### **La production du tableau de bord médico-social est assurée par l'ATIH il est principalement utilisé par les ARS**

Le tableau de bord médico-social a été généralisé à tous les ESMS fin 2017. Ce recueil annuel de données homogènes sur l'ensemble des ESMS financés ou co-financés par la branche autonomie constitue le principal outil de suivi de la performance des ESMS. À partir de 2021 il sera entièrement géré par l'ATIH qui assure déjà la collecte des données.

L'exploitation des données de ce tableau de bord semble encore peu développée au sein de la CNSA et des directions d'administration centrale (DAC). L'utilisation par les ARS est en revanche généralisée, et un partage de pratiques a été mise en place par l'ANAP.

#### **6.3.6. Le rôle de la CNSA dans le pilotage des SI utilisés par les ARS et les moyens affectés à cette fonction sont à préciser**

Cette multiplicité de projets (E-Cars médico-social, Diamant, SI HAPI ...) pose la question de la capacité de la CNSA à participer à la gouvernance des SI de son champ ou de champs connexes lorsque les projets ne sont pas menés par elle, en effet il n'est dédié aucun moyen à cette fonction.

La coordination entre le schéma directeur des SI des ARS et les objectifs poursuivis par la CNSA pour le développement de ses propres SI n'a pas été assurée. En particulier, la CNSA ne participe pas au comité stratégique des SI du secteur santé, piloté par le SG (DNUM).

Le changement de gouvernance intervenu en matière de pilotage des SI mutualisés des ARS - création d'un service à compétence nationale rattaché à la DNUM, réunissant des ressources « métiers » et « SI » positionnées dans une dizaine d'ARS - n'a pas amélioré l'articulation avec les travaux de la CNSA. En particulier, le projet e-Cars « médico-social », qui devrait permettre un suivi national de la contractualisation entre les ARS et les ESMS n'a pas été mentionné spontanément par la CNSA lors des entretiens.

La CNSA a régulièrement participé à la comitologie mise en place par la délégation stratégique aux systèmes d'information de santé (DSSIS) sur les SI des ARS et sur les SI de l'autonomie. Après la suppression de la DSSIS dont les attributions ont été reprises par la direction du numérique (DNUM) pour le SI des ARS et par la délégation au numérique en santé (DNS) pour les SI des secteurs sanitaire et médico-social, sa participation a été modifiée. La CNSA participe aux travaux avec la DNS sur le programme « ESMS numériques » désormais intégré dans le plan Ségur numérique, mais elle ne participe pas au comité stratégique des SI du secteur santé, piloté par la DNUM (cf. annexe I, axe 4, fiche II, action 1).

##### **6.3.6.1. La gouvernance des données de la CNSA n'a pas les moyens de ses ambitions**

Un projet de gouvernance des données a été lancé en septembre 2020, et une prestation financée pour réaliser une cartographie des données existantes dans les SI gérés par la DSI. La suite du projet pourrait être de produire la cartographie des données des directions puis celle des flux et enfin de construire un référentiel.

---

Selon le SGMAS, à moyen terme, Ma Démarche Santé, outil de conception récente, pourrait être la brique centrale d'un futur SI d'allocation de ressources unifié.

## Annexe VI

Le sujet de la gouvernance des données est crucial mais, au regard des effectifs disponibles, la CNSA n'a à ce jour pas les moyens de ses ambitions. Cela est vrai de la DSI qui y affecte du temps d'un chef de projet qui conduit de multiples autres projets (12 dans le suivi de projet) et n'est pas en mesure d'assurer, comme il le faudrait, l'aspect DSI. Cela est vrai aussi des directions métiers qui devront définir des processus, ce qui nécessite de dégager du temps de travail. L'assistance d'un prestataire a ses limites s'agissant d'un sujet qui nécessite une étroite collaboration entre les parties prenantes. Une lassitude, si ce n'est une défiance, est palpable de la part des directions métiers tant les prestataires apparaissent omniprésents.

### 6.3.6.2. La CNSA rencontre des difficultés pour utiliser ses données afin de bâtir un système d'information décisionnel

Le chef de projet de la DSI chargé de la gouvernance des données est aussi responsable du projet de système d'information décisionnel, c'est-à-dire la conception de tableaux de bord à partir des applications de la CNSA.

**Le SI décisionnel** est un sujet sur lequel la CNSA a du mal à progresser. Si la CNSA dispose de beaucoup de données, les croisements entre applications sont rares : la DSI fonctionne en silo, alors que la demande est celle de tableaux transverses ; les gestionnaires de métiers ne croisent pas les données avec celles de leurs voisins et méconnaissent la possibilité de le faire.

Les métiers sont sur-sollicités pour le développement du SI de collecte, au regard de leur disponibilité et la production de tableaux de bord qui se situe en fin de projet fait l'objet d'un moindre investissement de leur part.

Cela s'explique car les données brutes remontant des SI sont transmises aux statisticiens des directions qui les exploitent (souvent avec SAS outil avec lequel ils ont été formés) : ils corrigent les données aberrantes, échantillonnent et produisent les données « estampillées » CNSA. Ce processus n'est pas industrialisé et la production de ces tableaux de bord constitue ce que l'on appelle en informatique le « *Shadow IT* » ce qui est identifié comme un risque.

Les traitements à l'origine des productions statistiques sont enregistrés dans des programmes SAS ou macro Excel ou programme VB avec une documentation toute relative. Le risque est important si une production statistique est portée par une seule personne.

Les productions statistiques n'étant pas réinjectées dans un système d'information centralisé, cela pose un problème pour la connaissance de la donnée et son éventuel partage (à l'instar des besoins en open data).

Ce manque d'organisation et de coordination contribue à une mauvaise efficacité pour toutes les productions de données. La mission note que cela peut expliquer le sentiment, exprimé dans plusieurs entretiens, de ne pouvoir, sans travail spécifique, souvent effectué dans l'urgence, répondre à des demandes des tutelles.

**Dans ce rôle de responsable de projet, le travail effectif correspond aux modules décisionnels d'applications suivants :**

- ◆ tableau de bord SI MDPH pour lesquels les tableaux de bord sont issus majoritairement du système d'information ;
- ◆ données d'activité du centre de données des SI MDPH (LCD) ;
- ◆ données de Suivi des décisions d'Orientations des MDPH (SDO) ;
- ◆ données de suivi des dossiers de MDPH en ligne ;
- ◆ données des ESMS, domaine dans lequel les productions statistiques sont majoritairement issues des programmes SAS des statisticiens ;
- ◆ données des tarifs et prestations des EHPAD ;
- ◆ données des EPRD des ESMS ;

## Annexe VI

- ◆ données des ERRD des ESMS ;
- ◆ données des CA des ESMS.

**Les sujets liés aux données à fournir à l'extérieur de la CNSA sont au nombre de deux :**

- ◆ raccordement des données CNSA au SNDS et Health data hub par le canal de la CNAM ;
- ◆ dépôt de fichiers de données vers le site data.gouv.fr.

### 6.4. L'unification technique des outils de collecte de la CNSA est un projet potentiellement structurant

Le projet SI-Collecte désigne un SI qui vise à repenser l'urbanisation des SI existants « *pour limiter la prolifération de SI spécifiques et créer une capacité agile d'intégrer les nouveaux besoins de collecte identifiés au fur et à mesure* ».

La CNSA a indiqué à la mission que SI Collecte avait une triple ambition :

- ◆ se doter d'un outil technique permettant d'ajouter plus aisément de nouvelles collectes de données non définies à ce jour, en ayant un support (base de données) unique pour les référentiels et les données communes à tous les flux de données et en identifiant pour chaque besoin les flux de données spécifiques ;
- ◆ utiliser cet outil pour unifier les applications existantes :
  - d'une part unifier les remontées existantes afin de regrouper les données communes en un flux unique accompagné de flux spécifiques à chacune des remontées propres aux applications existantes ; cela faciliterait leur maintenance par rapport à la situation actuelle où la même modification doit être prise en compte dans chacune des applications existantes ;
  - d'autre part, développer des fonctionnalités génériques (envoi de mail, éditions de documents comme des arrêtés ou des courriers) pouvant être réutilisés pour développer des fonctionnalités à l'usage des ARS ;
- ◆ inclure une couche décisionnelle qui permettra d'exploiter aisément les données de l'ensemble du champ couvert et non application par application.

Cette ambition générale se traduit aujourd'hui dans l'objectif de remplacer les SI métiers existants dans le champ de la DESMS (ceux de la DCOMP sont hors champ), en commençant par HAPI.

Ce projet est en gestation depuis 2017 et il était prévu un développement « en mode agile ». **La mission alerte sur un certain nombre de fragilités :**

- ◆ la mission constate que la CNSA n'a pas associé les ARS au niveau des directeurs de l'autonomie, et qu'elle en a seulement informé les utilisateurs directs du SI-HAPI lors du club métiers du 15 octobre 2020. L'argumentation présentée par la CNSA, selon laquelle les SI actuels ont été construits avec les ARS et intègrent donc leurs besoins, doit être tempérée par les besoins non satisfaits identifiés par les ARS, certains SI étant considérés comme de simples outils de *reporting* et non comme des outils métiers (par exemple SEPPIA). Cette absence d'association des acteurs concernés n'est pas du tout dans l'esprit du développement « en mode agile » et pourrait aboutir à un résultat éloigné des besoins des ARS ;
- ◆ si la CNSA a l'ambition de fournir aux ARS les SI de gestion dont sont issues les données qu'elle leur demande de remonter au niveau national il faut éviter que, comme cela a été le cas dans la phase d'élaboration initiale du SI-MDPH, que ce projet se concentre sur les besoins d'information de la CNSA au détriment des fonctionnalités destinées aux ARS pour leurs missions propres ;

## Annexe VI

- ◆ la DSI de la CNSA doit déjà gérer un nombre importants de projets de systèmes d'information. Par ailleurs, la CNSA a eu des difficultés, par le passé, à mener à bien certains projets, à l'instar du SI-MDPH. Une réflexion détaillée *a priori* sur les objectifs, le bilan coût/avantage, la conception, le mode de développement, le pilotage et les moyens alloués est donc indispensable.

Par ailleurs, dans le cadre des travaux initiés par le SGMAS concernant un SI de pilotage de l'ensemble des financements gérés par les ARS, l'hypothèse d'une intégration des financements du champ autonomie ne semble pas avoir été envisagée. Cette unification était pourtant déjà l'objet initial de HAPI au début des années 2010 (cf. Encadré 6 infra) avant que la CNSA ne développe un SI séparé ; une telle hypothèse permettrait d'emblée l'intégration des besoins métiers des ARS, la CNSA ayant simplement à exprimer ses besoins de reporting.

La mission considère pour sa part que la seule façon de faire remonter des ARS, de façon régulière, des données homogènes consiste à leur fournir des outils répondant à leurs besoins de gestion (gestion de la programmation des places nouvelles, tarification des ESMS), faciles d'utilisation, et qui remontent automatiquement les données produites par ces outils, comme c'était l'ambition initiale affichée lors de la création d'HAPI en 2012. Réciproquement, il sera nécessaire que toutes les ARS utilisent effectivement les systèmes d'information mis à leur disposition par la CNSA dès lors qu'ils satisfont leurs besoins fonctionnels.

### 6.5. Le développement des systèmes d'information propres à l'autonomie a été très limité

Le pilotage stratégique du système d'information de l'autonomie tel que prévu par la COG devait s'appuyer sur une étude d'urbanisation conduite en 2013 avec Bull, qui visait à une interopérabilité des systèmes d'information pour l'ensemble du parcours des personnes. Les objectifs ont été révisés par la DGCS et la CNSA au profit d'une stratégie par blocs de SI, « *sans doute moins ambitieuse mais aussi plus réaliste* ». La mission prend note de cette réorientation, qui n'a pas fait l'objet d'un avenant à la COG, et considère que cette situation a été un frein dans la mise en œuvre, par la CNSA, des actions qui lui étaient assignées.

Dans le champ de l'autonomie, l'action de la CNSA a conduit à disposer ou à doter son réseau des SI suivants :

- ◆ le SI conférence des financeurs, qui permet à la DCOMP de collecter les données annuelles relatives aux conférences des financeurs installées dans les conseils départementaux et animées en lien avec des partenaires (ARS et autres, notamment EPCI et communautés de communes). Cet outil spécifique est purement un outil de collecte dans lequel les départements saisissent les données relatives au programme d'actions coordonné de la conférence et dont le produit est un rapport de synthèse annuel. Ce rapport donne une vision détaillée des types d'actions financées par ces quelque 200 à 250 M€ de dépenses principalement publiques mais présente deux limites majeures :
  - il ne permet pas de savoir si les personnes ayant bénéficié de ces actions sont celles en ayant le plus besoin du fait de leur fragilité ;
  - il ne permet pas de mesurer l'impact des actions et donc d'identifier les actions les plus efficaces pour prévenir la perte d'autonomie ;
- ◆ l'outil RESID ESMS de la CNAM, qui fournit des données individuelles sur les résidents en ESMS (ce système existant déjà pour les résidents d'EHPAD) et notamment sur leurs consommations de soins de ville. La CNSA n'a pas accès directement à ce SI, mais il conviendrait qu'elle puisse disposer des données agrégées par établissement de façon fluide auprès de la CNAM, notamment dans la perspective de réformes tarifaires (SERAFIN PH, EHPAD) ;

## Annexe VI

- ◆ le déploiement d'un outil d'évaluation multidimensionnelle (OEMD) scientifiquement validé et acquis en 2016, et intégré dans les logiciels métiers des gestionnaires de cas au sein des MAIA sur la base d'un référentiel technique et fonctionnel, à l'attention des maîtrises d'ouvrages régionales et éditeurs de logiciels (dix selon la CNSA) réalisé par l'ASIP donne lieu à un usage aujourd'hui décevant seulement 37 % des gestionnaires de cas déclaraient utiliser l'outil, 35% continuant à en utiliser un autre. Depuis l'intégration des MAIA dans les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) pilotés par la DGOS le sujet semble abandonné par la CNSA ;
- ◆ l'élaboration d'un référentiel d'évaluation multidimensionnelle (REMD) pour les équipes médico-sociales APA des départements a abouti à sa publication par arrêté du 5 décembre 2016. L'implémentation du référentiel dans les outils métiers des EMS APA n'est en revanche pas achevée. Le rythme de déploiement diffère selon les éditeurs (le principal éditeur ne prévoit le déploiement qu'en 2021). L'ergonomie des outils est variable, limitant leur utilisation par les professionnels et donc les possibilités d'analyse des besoins standardisés à l'échelle d'un territoire pour mieux adapter les politiques de soutien à l'autonomie. À l'inverse, l'outil d'évaluation développé par un des éditeurs, allant jusqu'à la simulation des plans d'aide APA, fait gagner beaucoup de temps aux équipes qui ont pris le temps de saisir les données d'évaluation dans l'outil, garantissant son utilisation effective. Cette situation différenciée traduit l'absence de leviers pour la CNSA vis à vis d'éditeurs dont les donneurs d'ordres sont les services des départements ;
- ◆ le logiciel GALAAD recueille les évaluations des résidents d'EHPAD à l'aide des référentiels AGGIR et PATHOS (cf. *supra*). Il devrait évoluer prochainement suite à la refonte du référentiel PATHOS.

Dans la prochaine COG, un des enjeux majeurs sera la création ou non d'un SI-APA (cf. annexe IV).



## **ANNEXE VII**

### **Connaissance des politiques de l'autonomie et du handicap**



# SOMMAIRE

<b>1. LA CNSA PRODUIT DES ÉTUDES PERTINENTES MALGRÉ UN CADRE LÉGISLATIF RESTRICTIF, UNE FONCTION STATISTIQUE INTERNE DISPERSÉE ET DES SYSTÈMES D'INFORMATIONS HÉTÉROGÈNES TRIBUTAIRES DE NOMBREUX PARTENAIRES.....</b>	<b>1</b>
1.1. Les objectifs fixés à la CNSA en matière d'exploitation et de valorisation de ses données mériteraient d'être clarifiés .....	1
1.1.1. <i>Le législateur a attribué à la CNSA une mission de collecte et de valorisation des données relatives aux politiques publiques de l'autonomie et du handicap.....</i>	<i>1</i>
1.1.2. <i>La convention d'objectifs et de gestion 2016-2019 invitait la CNSA à renforcer sa fonction de production et d'analyse statistique.....</i>	<i>2</i>
1.1.3. <i>La transformation de la CNSA en organisme gestionnaire d'une nouvelle branche de sécurité sociale constitue l'occasion de clarifier son rôle en matière statistique.....</i>	<i>3</i>
1.2. La CNSA peut s'appuyer sur les données issues de ses systèmes d'information, dont la qualité dépend de la mobilisation de ses partenaires .....	4
1.2.1. <i>Dans l'attente de la pleine mise en œuvre d'un système d'information harmonisé, les données relatives aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont recueillies par le biais d'enquêtes.....</i>	<i>5</i>
1.2.2. <i>Les données relatives aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) sont recueillies par le biais d'applications informatiques développées par la CNSA qui sont mises à disposition des agences régionales de santé et des établissements.....</i>	<i>7</i>
1.3. La fonction statistique est dispersée au sein des deux directions métiers de la CNSA, et chacune l'organise différemment.....	7
1.4. L'examen de trois jeux de données retraités par les équipes statistiques de la CNSA met en évidence l'importance du travail nécessaire pour obtenir des données exploitables .....	9
1.4.1. <i>Les données relatives aux prix des hébergements en EHPAD mises en ligne sur le portail d'information pour les personnes âgées sont retraitées par la CNSA.....</i>	<i>10</i>
1.4.2. <i>L'élaboration de l'étude sur la situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018 a nécessité la mise en œuvre de traitements statistiques importants afin de permettre l'exploitation des données collectées.....</i>	<i>12</i>
1.4.3. <i>La synthèse des rapports d'activité 2018 des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) a nécessité de croiser des remontées d'informations de qualité hétérogène avec des données d'enquête.....</i>	<i>14</i>
1.5. Le déploiement du centre de données doit permettre à la CNSA d'améliorer sa connaissance des politiques publiques mises en œuvre par les MDPH .....	15
1.6. La contribution de la CNSA à la politique d'« open data » est encore embryonnaire ...	15
<b>2. LES EFFORTS DE LA DIRECTION SCIENTIFIQUE NE SONT PAS SUFFISAMMENT VALORISÉS, EN INTERNE COMME EN EXTERNE, ET POURRAIENT ÊTRE RÉORIENTÉS POUR RENFORCER LA CONNAISSANCE DES PUBLICS ET DES POLITIQUES PUBLIQUES DE L'AUTONOMIE .....</b>	<b>17</b>

2.1.	La CNSA a des missions de soutien à la recherche, de valorisation des travaux de recherche et de financement d'actions innovantes, confiées à la direction scientifique.....	17
2.2.	Le conseil scientifique est plus un lieu de rencontre et d'échange qu'une instance de décision et d'orientation .....	17
2.3.	La direction scientifique compte six agents, en charge de six grandes missions et distribuant 6 M€ à 10 M€ par an pour financer la recherche et l'innovation .....	19
2.4.	Le financement des actions innovantes occupe la plus grande part de l'activité de la direction scientifique, sans qu'il soit réellement possible d'en évaluer l'impact sur les acteurs de l'autonomie des personnes âgées et handicapées .....	21
2.4.1.	<i>Chaque année, une dizaine de projets sont financés par un appel à projet permanent aux contours larges pour un montant moyen d'environ 100 000 €.....</i>	21
2.4.2.	<i>En plus de l'appel à projets permanent, des appels à projets thématiques sont lancés pour susciter des initiatives sur un thème donné.....</i>	22
2.4.3.	<i>L'instruction de ces dossiers occupe une grande partie de l'activité de la direction scientifique, alors qu'il est difficile d'évaluer l'impact réel de ces projets.....</i>	25
2.5.	Le financement de la recherche et des études a été largement externalisé .....	26
2.5.1.	<i>Le financement des appels à projet de recherche et d'études est principalement géré par l'IReSP.....</i>	26
2.5.2.	<i>La CNSA cofinance des enquêtes de la DREES, elle finance par ailleurs directement certaines évaluations de politiques publiques.....</i>	29
2.5.3.	<i>Ces activités sont gérées par un chargé de mission au sein de la direction scientifique.....</i>	29
2.6.	La valorisation des travaux de recherche et des publications de la CNSA est limitée .....	29
2.6.1.	<i>Les rencontres scientifiques affichent des résultats en demi-teinte.....</i>	29
2.6.2.	<i>Les publications de la CNSA sont nombreuses mais leur diffusion est limitée à un public très restreint.....</i>	30
<b>3.</b>	<b>CONTRAIREMENT À LA CNSA, LES CAISSES NATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE DISPOSENT DE DIRECTIONS CHARGÉES DES STATISTIQUES ET DES ÉTUDES TRÈS STRUCTURÉES, QUI PARTICIPENT ACTIVEMENT À LA CONCEPTION DES POLITIQUES PUBLIQUES.....</b>	<b>38</b>
3.1.	La direction des statistiques, des études et de la recherche de la CNAF joue un véritable rôle d'appui aux pouvoirs publics pour la définition des politiques publiques .....	38
3.2.	La direction des statistiques, de la prospective et de la recherche de la CNAV dispose d'une légitimité reconnue en matière de recherche, sur laquelle elle s'appuie pour alimenter le débat public pour toutes les questions relatives au vieillissement de la population.....	39
3.3.	La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) dispose d'une direction de la stratégie, des études et des statistiques qui contribue à l'élaboration de sa stratégie .....	42
3.4.	Les principales séries statistiques produites par les caisses nationales de sécurité sociale sont labellisées par l'Autorité de la statistique publique .....	43

<b>4. PROPOSITIONS.....</b>	<b>44</b>
4.1. Au regard des ambitions inhérentes à la création d'une cinquième branche de sécurité sociale, il est nécessaire que la CNSA soit en mesure de mieux connaître les politiques publiques dont elle a la charge.....	44
4.2. Il convient de rationaliser la fonction statistique de la CNSA en mutualisant l'analyse et le traitement statistique des données entre les différentes équipes .....	45
4.3. Concernant la direction scientifique la mission propose d'externaliser la recherche et ses actions innovantes, de mieux prendre en compte les besoins internes de la CNSA et de mettre en place une fonction prospective.....	46
4.4. La stratégie de valorisation des données de la CNSA doit être réévaluée afin d'adapter son ambition aux priorités fixées par l'État .....	49
4.4.1. <i>La stratégie de publication de la CNSA peut être réorganisée pour toucher un public mieux ciblé .....</i>	<i>49</i>
4.4.2. <i>Les rencontres scientifiques peuvent être supprimées dans leur format actuel.....</i>	<i>49</i>
4.4.3. <i>La stratégie « open data » doit être adaptée aux priorités fixées à la CNSA.....</i>	<i>49</i>



## **1. La CNSA produit des études pertinentes malgré un cadre législatif restrictif, une fonction statistique interne dispersée et des systèmes d'informations hétérogènes tributaires de nombreux partenaires**

### **1.1. Les objectifs fixés à la CNSA en matière d'exploitation et de valorisation de ses données mériteraient d'être clarifiés**

#### **1.1.1. Le législateur a attribué à la CNSA une mission de collecte et de valorisation des données relatives aux politiques publiques de l'autonomie et du handicap**

**Depuis sa création, la CNSA est chargée de recueillir et d'exploiter les données relatives aux politiques publiques de l'autonomie et du handicap.** Au fil de ses réécritures successives, l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, qui énumère la liste des missions confiées à la CNSA par le législateur, a systématiquement mentionné cette mission :

- ◆ du 12 février 2005 au 31 décembre 2015, la CNSA avait pour mission « *de participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données anonymisées, afin de mesurer et d'analyser la perte d'autonomie et les besoins de compensation des personnes âgées et handicapées* » ;
- ◆ du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 31 décembre 2020, la CNSA a eu pour mission « *de participer, avec les autres institutions et administrations compétentes, à la définition d'indicateurs et d'outils de recueil de données anonymisées, afin de mesurer et d'analyser la perte d'autonomie et les besoins de compensation des personnes âgées et handicapées, et les conditions dans lesquelles il y est répondu sur les territoires* » mais également « *de contribuer à la connaissance de l'offre médico-sociale et à l'analyse des besoins, d'assurer la répartition équitable sur le territoire national du montant total de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 du présent code, en veillant notamment à une prise en compte de l'ensemble des besoins, pour toutes les catégories de handicaps* » ;
- ◆ depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, la CNSA « *assure la collecte et la valorisation des données relatives aux besoins et à l'offre de services et de prestations* » et elle est également chargée « *de contribuer à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie, leurs possibles adaptations territoriales et de proposer toute mesure visant à améliorer la couverture du risque, en prenant notamment en considération les inégalités liées au sexe afin d'élaborer des mesures correctives* ».

Par ailleurs, la CNSA est chargée, d'une part, de contribuer à l'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants et, d'autre part, de contribuer à la recherche et à l'innovation dans le champ du soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

**On peut relever l'abandon de la référence à l'anonymisation des données à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021.** L'anonymisation ne doit pas être confondue avec la pseudonymisation :

- ◆ l'anonymisation est un traitement qui consiste à utiliser un ensemble de techniques de manière à rendre impossible, en pratique, toute identification de la personne par quelque moyen que ce soit et de manière irréversible ;
- ◆ la pseudonymisation est un traitement de données personnelles réalisé de manière à ce qu'on ne puisse plus attribuer les données relatives à une personne physique sans information supplémentaire, ce qui permet ainsi de traiter les données d'individus sans pouvoir identifier ceux-ci de façon directe.

## Annexe VII

Cette évolution favorise les possibilités d'appariement entre les différentes bases de données individuelles disponibles au sein de la sphère du système national des données de santé (SNDS) puisque la CNSA utilisera la même méthode que la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) mais ne permet pas les appariements avec les données des autres sphères, notamment fiscale, ce qui risque de poser problème pour compléter le dispositif d'observation global des politiques d'autonomie, sous l'égide de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), service statistique du ministère chargé des affaires sociales.

Le projet d'établissement élaboré en 2019 souligne que « *la CNSA détient ainsi un ensemble de données et de connaissances considérable, ressource pour son expertise propre, mais surtout bien commun qu'elle ambitionne de valoriser en permettant à des tiers ou à des partenaires d'y accéder plus largement et plus systématiquement* ».

### 1.1.2. La convention d'objectifs et de gestion 2016-2019 invitait la CNSA à renforcer sa fonction de production et d'analyse statistique

La convention d'objectifs et de gestion 2016-2019 de la CNSA comporte une action dédiée au renforcement de la fonction de production et d'analyse statistique de la Caisse, qui figure au sein de la troisième fiche thématique de l'axe n° 1 « *mieux éclairer les besoins des personnes âgées et des personnes handicapées pour adapter les réponses individuelles et l'offre collective* », intitulée « *soutenir la recherche et contribuer à la production de connaissances et de données sur les politiques de l'autonomie et leurs publics* », avec deux sous-actions (cf. encadré 1) :

- ◆ Exploiter davantage les données des systèmes de gestion de la CNSA, afin d'éclairer la connaissance des besoins, de l'offre et la problématique de l'équité de traitement ;
- ◆ Contribuer à la stratégie « open data » de l'État.

Le bilan de la réalisation de cette action figure en annexe I.

#### Encadré 1 : renforcer la fonction de production et d'analyse statistique de la CNSA

**« Sous-action 1 : exploiter davantage les données des systèmes de gestion de la CNSA afin d'éclairer la connaissance des besoins, de l'offre et la problématique de l'équité de traitement »**

*Les systèmes d'information de la CNSA recèlent un nombre important de données relatives à l'offre médico-sociale :*

- *sa programmation, son développement, sa tarification, les déterminants de ses coûts ; la Caisse recueille par ailleurs, au moyen d'enquêtes, des données relatives à l'activité des MDPH, à l'évolution des prestations individuelles ;*
- *PCH, AAH, bénéficiaires de l'APA – et aux dépenses des conseils départementaux – APA, PCH ; elle développera des analyses sur ces données en exploitant les potentialités de croisement entre elles ainsi qu'avec d'autres sources statistiques – données du Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), Insee, DREES... – en vue de contribuer à une meilleure connaissance des besoins et de l'offre et d'éclairer la question de l'égalité de traitement ; à cet effet, elle poursuivra notamment le développement et l'enrichissement de son système d'information décisionnel en l'alimentant progressivement des données identifiées comme pertinentes.*

*À l'instar du tableau de bord en cours de construction avec le ministère de l'éducation nationale sur la scolarisation des enfants handicapés, la CNSA étudiera les possibilités de partage de données et d'analyses croisées avec d'autres partenaires institutionnels produisant des statistiques pertinentes. Elle mettra à disposition des départements des données relatives à leur situation comparée à celle d'autres départements comparables.*

**Sous-action 2 : contribuer à la stratégie « open data » de l'État**

*La CNSA s'inscrira dans la stratégie « open data » de l'État :*

- *elle publiera une sélection de données pertinentes, département par département, région par région, afin qu'elles soient accessibles à toute personne intéressée ;*

## Annexe VII

- elle rendra publics sur internet les principaux résultats d'études et d'évaluations qu'elle finance ;
- elle rendra accessibles les données fournies à son Conseil et publiera sur son site les comptes rendus des séances du Conseil. »

*Source : COG 2016-2019 (page 48).*

Dans la continuité des orientations fixées par la COG 2016-2019, le projet d'établissement élaboré en 2019 mettait en avant l'ambition de valoriser les données et les connaissances de la CNSA de la façon suivante :

- ◆ définir une stratégie de collecte, d'exploitation, de valorisation et de publication des données disponibles ;
- ◆ mettre en œuvre l'open data et promouvoir l'exploitation des données ouvertes par des tiers ;
- ◆ mobiliser le conseil scientifique sur l'exploitation à visée de recherche des données de la CNSA ;
- ◆ définir une stratégie de diffusion large des connaissances ;
- ◆ valoriser les projets de recherche soutenus et capitaliser sur leurs résultats.

### **1.1.3. La transformation de la CNSA en organisme gestionnaire d'une nouvelle branche de sécurité sociale constitue l'occasion de clarifier son rôle en matière statistique**

Dans son courrier du 18 avril 2018 adressé au défenseur des droits, la CNSA assume clairement un rôle limité en matière de données relatives aux politiques publiques du handicap et de l'autonomie : « *La CNSA ne dispose pas d'une compétence générale sur les politiques du handicap mais assure des missions limitativement définies par la loi. Elle contribue à la production de données statistiques mais dans le champ restreint couvert par les systèmes d'information [de la CNSA]. Elle n'a pas compétence pour intervenir sur un champ statistique plus vaste qui relèverait davantage d'une administration à vocation interministérielle.* »

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), service statistique du ministère chargé des affaires sociales, met en avant deux finalités possibles pour le dispositif d'observation statistique des politiques d'autonomie<sup>1</sup> :

- ◆ une optique d'analyse statistique ou économique, c'est-à-dire de connaissance et de compréhension des comportements, mécanismes et dynamiques à l'œuvre ; cette première finalité constitue la mission centrale de la DREES ;
- ◆ une optique de pilotage et de contractualisation, sur la base d'indicateurs quantitatifs présumés représentatifs des moyens mis en œuvre ou des résultats obtenus par les acteurs qui font l'objet de ce pilotage ; cette seconde finalité relève préférentiellement de la compétence de la CNSA.

La DREES fait valoir que, d'un point de vue statistique, un certain nombre de données comme, par exemple, les caractéristiques de l'offre, évoluent lentement et que les besoins sont d'ores et déjà satisfaits par des enquêtes à périodicité pluriannuelle. Cette analyse, justifiée sur le plan statistique, contraste avec les besoins relatifs au pilotage des politiques publiques qui supposent des données plus fréquentes :

- ◆ infra annuelles pour pouvoir améliorer le pilotage financier ;
- ◆ au moins annuelles pour pouvoir suivre la mise en œuvre des politiques publiques et notamment des plans qui les déclinent.

---

<sup>1</sup> Note du 11 septembre 2020 sur les perspectives pour le dispositif d'observation statistique dans le cadre de la création de la 5<sup>ème</sup> branche.

## Annexe VII

**La mission estime que le rôle que la CNSA a vocation à jouer au regard des deux finalités explicitées supra nécessite une clarification dans la perspective de sa transformation en organisme gestionnaire d'une nouvelle branche de sécurité sociale.**

### **1.2. La CNSA peut s'appuyer sur les données issues de ses systèmes d'information, dont la qualité dépend de la mobilisation de ses partenaires**

Depuis 2006, la CNSA collecte des données sur l'activité et le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et sur les caractéristiques des personnes en situation de handicap. Elle analyse également les données budgétaires et financières des établissements et services médico-sociaux (ESMS).

En juin 2017, la CNSA a établi une cartographie de ses données dans laquelle elle a recensé 19 sources de données recueillies par ses deux directions métiers (cf. tableau 1). Les outils de recueil de ces données sont souvent techniquement anciens : douze sources de données sont ainsi collectées par tableur, trois par saisie directe et une seule par transmission dématérialisée de données.

**Tableau 1 : cartographie des données de la CNSA (juin 2017)**

Source	Objectifs	Mode de collecte
Enquête activité et fonctionnement des MDPH	Rendre compte de l'activité des MDPH et de leur mode de fonctionnement	Tableur et échanges téléphoniques pour fiabiliser les données avec la MDPH
Enquête sur l'évolution de la prestation de compensation du handicap (PCH)	Rendre compte de l'évolution de la prestation en matière de demandes déposées auprès de la MDPH et en termes de décisions prises par la MDPH	Tableur et échanges téléphoniques pour fiabiliser les données avec la MDPH
Enquête sur l'allocation aux adultes handicapés (AAH)	Rendre compte de l'activité des MDPH en matière de décisions d'AAH	Tableur et échanges téléphoniques pour fiabiliser les données avec la MDPH
Maquettes budgétaires et d'effectifs des MDPH	Décrire les ressources humaines et financières de fonctionnement des MDPH	Tableur (quatre onglets de saisie)
ImportCA (comptes administratifs)	Suivre les charges et recettes des ESMS, l'utilisation des financements alloués et les écarts entre la prévision et la réalisation des dépenses, des recettes et de l'activité	Transmission dématérialisée des comptes administratifs
Import EPRD (états prévisionnels des recettes et des dépenses)	Collecter les EPRD des ESMS pour validation par les agences régionales de santé (ARS)	Transmission dématérialisée des EPRD
HAPI (harmonisation et partage d'informations)	Suivre la tarification des ESMS en temps réel, tout au long de la campagne budgétaire. Permettre aux ARS de tarifier les établissements et services relevant de la compétence de la CNSA, jusqu'à l'édition des décisions tarifaires, et de suivre la consommation de leur enveloppe régionale en temps réel.	Saisie en ligne
SEPPIA (suivi de l'exécution et de la programmation pluriannuelle des installations et des autorisations)	Suivre la programmation, l'autorisation et l'installation de places en ESMS relevant du périmètre de la CNSA	Saisie en ligne

## Annexe VII

Source	Objectifs	Mode de collecte
Prix-ESMS (ImportPrix)	Collecter pour informer le grand public les prix et tarifs dépendances en EHPAD et les prix des résidences autonomie	Saisie en ligne
GALAAD – Suivi des « coupes AGGIR-PATHOS » (géronologie approche logistique pour une aide à l'analyse et à la décision)	Déterminer le niveau de soins requis et le niveau de perte d'autonomie des résidents des établissements médicaux sociaux (EHPAD) et sanitaires (USLD) à des fins de tarification de l'établissement	Tableur
Rapport d'activité des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	Suivre annuellement l'activité des CAMSP pour harmoniser les rapports d'activité annuels destinés aux ARS et pour être en capacité d'utiliser ces données au niveau régional (ARS) ou national (CNSA)	Tableur
Rapport d'activité des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)	Suivre annuellement l'activité des CMPP pour harmoniser les rapports d'activité annuels destinés aux ARS et pour être en capacité d'utiliser ces données au niveau régional (ARS) ou national (CNSA)	Tableur
Rapport d'activité des centres ressources autisme (CRA)	Mesurer l'activité de l'ensemble des CRA et des équipes hospitalières qui leur sont associées, dans une approche missions-moyens	Tableur
Dispositif « instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques » (ITEP)	Connaitre les parcours des enfants et des jeunes accompagnés par le dispositif ITEP	Tableur
Situations critiques (niveau régional)	Suivre la mise en œuvre du dispositif « situations critiques » par les ARS	Tableur
Situations critiques (niveau départemental)	Suivre la mise en œuvre du dispositif « situations critiques » par les MDPH	Tableur
Rapport d'activité des groupes d'entraide mutuelle (GEM)	Suivre sur une base annuelle la mise en œuvre de ces dispositifs et rendre compte de l'activité des GEM	Tableur
Tableau de bord MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie)	Remontée d'indicateurs dans le cadre des dialogues avec les ARS	N.D.
Concours pour les prestations individuelles (PCH, APA), le fonctionnement des MDPH et pour la prévention de la perte d'autonomie (forfait autonomie, conférence des financeurs)	Pour déterminer le montant des concours de la CNSA, la CNSA réalise un recueil annuel auprès des conseils départementaux de données sur l'APA (allocation personnalisée d'autonomie), la PCH (prestation de compensation du handicap) et l'ACTP (allocation compensatrice tierce personne) en dépenses et sur le nombre de bénéficiaires.	N.D.

*Source : Cartographie des données statistiques de la CNSA.*

### 1.2.1. Dans l'attente de la pleine mise en œuvre d'un système d'information harmonisé, les données relatives aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont recueillies par le biais d'enquêtes

Depuis 2006, afin de rendre compte de l'activité des MDPH et de leur mode de fonctionnement, la CNSA réalise une **enquête annuelle auprès des MDPH** pour recueillir les données suivantes, disponibles selon une granularité départementale :

## Annexe VII

- ◆ le volume des demandes adressées à la MDPH et les modalités de traitement des demandes (nombre de demandes déposées, nombre de décisions prises, stocks, délai moyen de traitement, ...);
- ◆ les modes de contestation des décisions : les recours, la médiation, la conciliation ;
- ◆ les modalités d'évaluation des personnes, l'activité de l'accueil de la MDPH.

Depuis 2008, afin de décrire l'activité des MDPH et leurs moyens de fonctionnement, la CNSA réalise chaque année une **synthèse des rapports d'activité des MDPH** qui porte notamment sur les données suivantes, disponibles selon une granularité départementale :

- ◆ le nombre d'ETP effectifs et théoriques par mission, et par catégorie d'emploi ;
- ◆ les données du compte administratif (exécution budget et fonds de compensation) ;
- ◆ les données relatives au nombre d'accueils ;
- ◆ les données relatives au pilotage, à l'organisation et aux grands chantiers nationaux.

L'Inspection générale des affaires sociales soulignait en 2019<sup>2</sup> que les données d'activité des MDPH issues des rapports d'activité pouvaient fournir des éléments de comparaison remis à jour et éventuellement suivis dans le temps. Elle relevait néanmoins que le nombre de variables suivi était très important (13 tableaux Excel comprenant 1 470 données, dont 1 035 données relatives à l'activité détaillée) et que le remplissage effectif était très variable et parfois très faible selon les données.

Depuis 2012, afin de compléter les indicateurs relatifs à l'allocation aux adultes handicapés (AAH) qui figurent dans les documents budgétaires, la CNSA réalise une **enquête annuelle sur l'AAH auprès des MDPH** pour recueillir les données suivantes, disponibles selon une granularité départementale :

- ◆ décisions prises en matière d'AAH, en distinguant les décisions prises pour des personnes n'ayant pas de droit en cours de celles de personnes ayant déjà l'AAH ;
- ◆ nombre de décisions de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et d'orientations professionnelles (ORP).

Dans le cadre du suivi des priorités de l'action gouvernementale initié en octobre 2019 avec l'identification des « objets de la vie quotidienne » (OVQ), parmi lesquels figurent la simplification de l'accès aux droits pour les personnes handicapées, la CNSA recueille mensuellement les données suivantes, disponibles selon une granularité départementale, qui alimentent le **« baromètre des MDPH » rendu public depuis le mois d'octobre 2020** :

- ◆ les droits accordés sans limitation de durée : AAH attribuée aux personnes ayant un taux d'incapacité d'au moins 80 % et carte mobilité inclusion (mentions invalidité, priorité ou stationnement) ;
- ◆ les délais de traitement des demandes en 2019 : délai moyen de traitement global, délai moyen de traitement pour les demandes relatives à des enfants, délai moyen de traitement pour les demandes relatives à des adultes, délai moyen de traitement pour les demandes relatives à l'AAH, délai moyen de traitement pour les demandes relatives à la prestation de compensation du handicap (PCH) ;
- ◆ l'activité de la MDPH : nombre total de décisions et avis rendus par la MDPH ;
- ◆ la mesure de la satisfaction des personnes et des familles : nombre de répondants et taux de satisfaction.

**La fiabilité des données publiées sur le « baromètre des MDPH » est variable et la vérification de leur qualité pourra constituer un axe du contrôle interne de la CNSA.**

---

<sup>2</sup> Inspection générale des affaires sociales, rapport n° 2019-041R sur les scénarios de création d'une mission nationale de contrôle et d'audit des MDPH, décembre 2019 (non public).

### 1.2.2. Les données relatives aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) sont recueillies par le biais d'applications informatiques développées par la CNSA qui sont mises à disposition des agences régionales de santé et des établissements

Par le biais d'applications informatiques dédiées (import CA, import EPRD, import ERRD), la CNSA collecte les comptes administratifs (CA), les états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) et les états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) auprès des ESMS recevant un financement de l'assurance maladie ou un financement conjoint de l'assurance maladie et du conseil départemental. Les données correspondantes sont transmises annuellement par chaque établissement concerné.

Depuis 2006, par le biais de l'application SEPPIA<sup>3</sup>, la CNSA collecte auprès des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS/DASS) jusqu'en 2009 et des ARS depuis 2010, les **données relatives aux programmations, autorisations et installations de places dans les ESMS** : nombre de places et montants, avec le détail relatif au territoire, au type de structure, au mode de fonctionnement, au type de public/déficience accueilli, au type de financement utilisé, aux dates de mises en œuvre. Ces données permettent à la CNSA de suivre la programmation, l'autorisation puis l'installation de places en ESMS.

Depuis 2012, par le biais de l'application HAPI<sup>4</sup>, la CNSA collecte **le détail des montants tarifés par les ARS (par établissement et service et par type de mesure) pour les ESMS recevant un financement de l'assurance maladie**. Ces données sont utilisées par la CNSA pour suivre l'exécution des campagnes budgétaires et la consommation des dotations régionales limitatives (DRL) et produire des analyses.

Depuis 2014, par le biais de l'application GALIS, la CNSA contrôle **la consommation des crédits et suit les opérations bénéficiant d'une aide à l'investissement**. En 2017, GALIS a vu son périmètre élargi à la gestion des subventions de la section V pour la partie « appui aux actions innovantes » et de la section IV (« modernisation et professionnalisation des services d'aide à domicile »). Depuis 2018, le spectre de GALIS a été étendu au suivi de l'ensemble des subventions de la section V et aux conventions passées entre la CNSA et les conseils départementaux dans le cadre du financement du SI MDPH.

Depuis 2016, par le biais de l'application « prix ESMS », la CNSA collecte auprès des EHPAD et auprès des résidences autonomie **les données relatives au prix des chambres pour les résidents (par type de chambre) et au prix des prestations délivrées par la structure**. Ces données sont mises à disposition du public et permettent, pour les EHPAD, de comparer le coût des places entre établissements et d'estimer le reste à charge, au regard des prestations proposées par les établissements.

### 1.3. La fonction statistique est dispersée au sein des deux directions métiers de la CNSA, et chacune l'organise différemment

**Six agents de la CNSA se consacrent à plein temps à l'analyse et au traitement statistique des données recueillies auprès des partenaires de la Caisse (cf. tableau 2) :**

- ◆ depuis 2017, la direction de la compensation comporte une mission « analyse statistique », composée de trois agents (une responsable et deux statisticiens) ;
- ◆ la direction des ESMS compte deux chargés de mission statistiques au sein de son pôle « allocation budgétaire » et un chargé de mission « enquêtes et analyse de données » au sein de son pôle « réforme de la tarification des ESMS pour personnes handicapées » (SERAFIN-PH).

<sup>3</sup> « Suivi de l'exécution et de la programmation pluriannuelle des installations et des autorisations ».

<sup>4</sup> « Harmonisation et partage d'informations ».

## Annexe VII

**Tableau 2 : organisation de la fonction statistique au sein de la CNSA**

Direction	Pôle/mission	Fonction
Direction de la compensation (DCOMP)	Mission « analyse statistique »	Un responsable de la mission
		Deux statisticiens
Direction des établissements et services médico-sociaux (DESMS)	Pôle « allocation budgétaire »	Deux chargés de mission « statistiques »
	Pôle SERAFIN-PH	Un chargé de mission « enquêtes études de coûts, analyse de données »

*Source : Organigramme de la CNSA.*

**En décembre 2020, la mission « analyse statistique » de la direction de la compensation (DCOMP) s'est livrée à une analyse de ses besoins humains sur la période 2020-2024<sup>5</sup>, afin de répondre aux objectifs suivants :**

- ◆ collecter et analyser les données hors entrepôt ;
- ◆ collecter et fiabiliser les données de l'entrepôt du système d'information harmonisé (SIH) ;
- ◆ développer le pilotage par la donnée ;
- ◆ valoriser les données et études ;
- ◆ poursuivre l'appui à la direction de la compensation.

Cette analyse conduit à un besoin qui s'établirait à 4,6 ETPT en 2021, à 3,9 ETPT en 2022, à 4,1 ETPT en 2023 et à 4,6 ETPT en 2024 (cf. tableau 3 et graphique 1), sous l'effet de la diminution des besoins consacrés à la collecte et à la fiabilisation des données et de l'augmentation des besoins dédiés au pilotage par la donnée et aux études. Cette demande est assortie des deux précisions suivantes :

- ◆ l'équipe de trois agents qui était au complet depuis trois ans est en cours de renouvellement avec deux départs au 4<sup>ème</sup> trimestre 2020 ;
- ◆ le projet de construction et de déploiement du centre de données a mobilisé 1 ETP de prestations en assistance à maîtrise d'ouvrage depuis 2018, auquel s'ajoute 1 ETP depuis le mois d'octobre 2020.

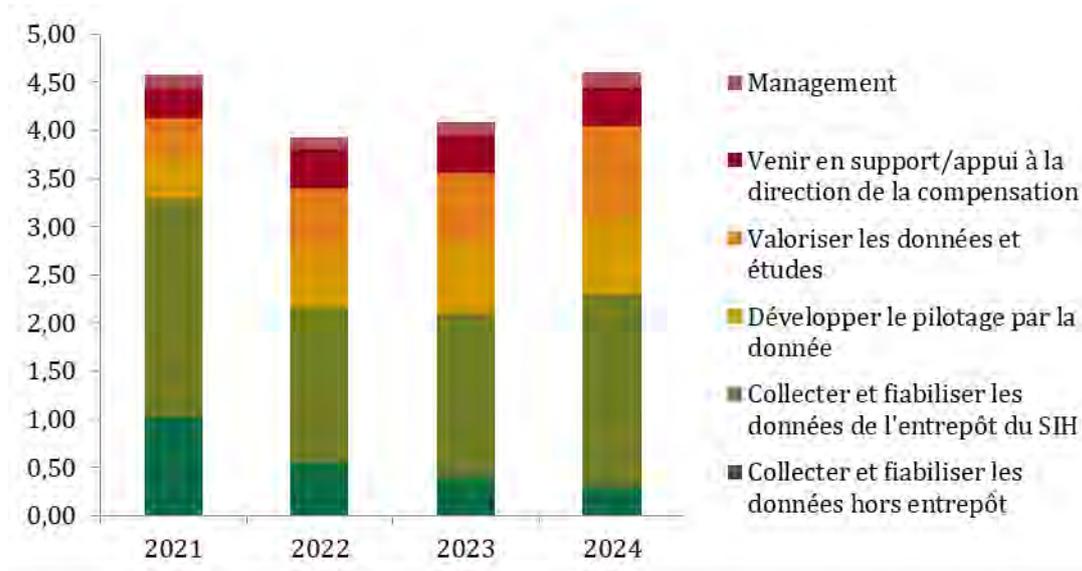
**Tableau 3 : demandes de moyens exprimées par la mission « analyse statistique » de la direction de la compensation de la CNSA (en ETPT)**

Mission	2021	2022	2023	2024
Collecter et fiabiliser les données hors entrepôt	1,03	0,55	0,40	0,30
Collecter et fiabiliser les données de l'entrepôt du SIH	2,26	1,61	1,71	2,01
Développer le pilotage par la donnée	0,46	0,60	0,70	0,80
Valoriser les données et études	0,38	0,64	0,74	0,94
Venir en support/appui à la direction de la compensation	0,30	0,40	0,40	0,40
Management	0,15	0,13	0,13	0,15
<b>Total</b>	<b>4,58</b>	<b>3,93</b>	<b>4,08</b>	<b>4,60</b>

*Source : Note du 2 décembre 2020 « Missions et moyens de la mission analyse statistique (MAS) : perspectives et arbitrages ».*

<sup>5</sup> Note du 2 décembre 2020 « Missions et moyens de la mission analyse statistique (MAS) : perspectives et arbitrages ».

**Graphique 1 : demandes de moyens exprimées par la mission « analyse statistique » de la direction de la compensation de la CNSA (en ETPT)**



Source : Note du 2 décembre 2020 « Missions et moyens de la mission analyse statistique (MAS) : perspectives et arbitrages ».

**La direction des établissements et services médico-sociaux (DESMS) privilégie pour sa part une organisation dans laquelle les chargés de mission « statistiques » sont positionnés au sein de ses pôles qui collectent les données.** Cette organisation permet une plus grande souplesse en termes de gestion des ressources humaines et offre aux agents concernés l'opportunité de valoriser les données dont ils ont assuré la collecte et la production, ce qui peut constituer un facteur d'attractivité en termes de recrutement.

**Cette organisation qui conduit à une répartition de la fonction statistique entre les deux directions métiers de la CNSA, peut être remise en question s'agissant d'une structure dont les effectifs sont limités et d'une fonction qui nécessite des compétences spécifiques.**

#### **1.4. L'examen de trois jeux de données retraités par les équipes statistiques de la CNSA met en évidence l'importance du travail nécessaire pour obtenir des données exploitables**

**La mission a examiné les trois jeux de données suivants :**

- ◆ les données relatives aux prix des hébergements et aux tarifs dépendance des EHPAD, qui sont disponibles en version brute et en version retraitée sur le site [www.data.gouv.fr](http://www.data.gouv.fr) ;
- ◆ les données utilisées pour élaborer l'étude « situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018 » publiée en mai 2020, élaborée par la direction des établissements et services médico-sociaux ;
- ◆ les données utilisées pour élaborer la synthèse des rapports d'activité 2018 des MDPH publiée en octobre 2020, élaborée par la direction de la compensation avec l'appui d'un prestataire extérieur.

### 1.4.1. Les données relatives aux prix des hébergements en EHPAD mises en ligne sur le portail d'information pour les personnes âgées sont retraitées par la CNSA

Dans un objectif de renforcement de la transparence et de l'information sur les prix pratiqués dans les EHPAD, la loi d'adaptation de la société au vieillissement oblige les EHPAD à transmettre à la CNSA leurs prix hébergement et leurs tarifs dépendance pour un affichage dans l'annuaire des EHPAD du portail d'information [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr).

Le décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement précise :

- ◆ les modalités de transmission des prix hébergement et tarifs dépendance chaque année à la CNSA ;
- ◆ la liste des prestations minimales que doivent proposer les EHPAD.

Depuis 2016, les prix d'hébergement et les tarifs dépendance des EHPAD sont ainsi affichés dans l'annuaire des EHPAD du portail d'information [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr). Ils sont mis à jour chaque année, au moins une fois avant le 30 juin, par les établissements *via* une application dédiée (Prix-ESMS). Les prix saisis dans l'application sont ensuite répercutés dans l'annuaire du portail d'information [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr) dans un délai de 48h.

La mission a examiné la base de données des prix d'hébergement et des tarifs dépendance transmis par les EHPAD et affichés sur le portail au 31 décembre 2019, que la CNSA a mis à disposition en version brute et en version retraitée sur le site [www.data.gouv.fr](http://www.data.gouv.fr), dans le cadre de sa contribution à la stratégie « *open data* » de l'État.

Le fichier des données brutes comporte 6 776 lignes qui correspondent chacune à un établissement identifié par son numéro dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) ; pour chaque établissement, on dispose des données suivantes (38 champs au total) :

- ◆ le prix d'hébergement permanent ou temporaire, en chambre seule ou en chambre double, selon que la personne bénéficie de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) ou non (huit champs) ;
- ◆ les prestations comprises dans les tarifs d'hébergement (onze champs prédéfinis et un champ textuel pour décrire les autres prestations incluses) ;
- ◆ les autres prestations complémentaires facturées en sus des tarifs d'hébergement (onze champs prédéfinis et un champ textuel pour décrire les autres prestations facturées en sus, avec deux champs supplémentaires pour le traitement du linge) ;
- ◆ les tarifs appliqués aux personnes âgées selon leur classement GIR (trois champs).

L'application enregistre la date de mise à jour des données.

Le fichier des données retraitées comporte 6 751 lignes : la CNSA souligne que le taux de transmission des ERRD a progressé pour atteindre 94 % en 2018, contre 89 % en 2017. Pour chaque établissement, on dispose des données suivantes :

- ◆ plusieurs informations administratives relatives à l'établissement (six champs) ;
- ◆ la capacité installée (nombre de places) en hébergement permanent et en hébergement temporaire (deux champs) ;
- ◆ le prix d'hébergement permanent ou temporaire, en chambre seule ou en chambre double, selon que la personne bénéficie de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) ou non (huit champs) tel qu'il a été corrigé par la CNSA (huit champs) ;
- ◆ les tarifs appliqués aux personnes âgées selon leur classement GIR tels qu'ils ont été corrigés par la CNSA (trois champs).

## Annexe VII

**Le contrôle qualité réalisé par la CNSA a conduit à écarter 14 % des données relatives aux prix d'hébergement renseignées par les EHPAD (cf. tableau 4).** Les critères qui conduisent à écarter certaines données sont présentés de façon exhaustive dans la documentation qui accompagne le jeu de données sur le site [www.data.gouv.fr](http://www.data.gouv.fr). Les services de la CNSA s'assurent en particulier que les données sont cohérentes entre elles mais également avec la capacité installée (nombre de places) en hébergement permanent et en hébergement temporaire qui est mentionnée par ailleurs dans le répertoire FINESS : 1,2 % des données relatives à l'hébergement permanent et 46,9 % des données relatives à l'hébergement temporaire n'ont pas été prises en compte par la CNSA.

Les données sur l'hébergement permanent, qui est la forme majeure d'hébergement<sup>6</sup>, apparaissent de bonne qualité (1,2 % des données supprimées). Par contre, l'ampleur des incohérences relevées par la CNSA parmi les données relatives à l'hébergement temporaire jette le doute sur la qualité des données qui figurent dans le répertoire FINESS et sur la fiabilité des données relatives aux prix d'hébergement renseignées par les EHPAD, qui sont ensuite mises à la disposition du public.

**Au-delà des contrôles de cohérence qu'elle effectue entre les différentes données dont elle dispose, la CNSA n'est pas en mesure de s'assurer de la complétude et de l'exactitude des informations transmises par les EHPAD.** Ces données revêtent pourtant une sensibilité particulière dans la mesure où ce sont celles qui sont mises à la disposition du public sur le portail d'information [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr).

**Tableau 4 : prix des hébergements et tarifs dépendance des EHPAD – comparaison entre les données brutes et les données retraitées**

Donnée	Nombre de données	Nombre de données supprimées par la CNSA	Pourcentage de données supprimées par la CNSA
Prix de l'hébergement permanent en chambre seule	6 733	11	0,2 %
Prix de l'hébergement permanent en chambre double	3 768	4	0,1 %
Prix de l'hébergement permanent en chambre seule pour personne bénéficiaire de l'ASH	4 898	143	2,9 %
Prix de l'hébergement permanent en chambre double pour personne bénéficiaire de l'ASH	2 669	65	2,4 %
<b>Total hébergement permanent</b>	<b>18 068</b>	<b>223</b>	<b>1,2 %</b>
Prix de l'hébergement temporaire en chambre seule	3 242	465	14,3 %
Prix de l'hébergement temporaire en chambre double	1 232	276	22,4 %
Prix de l'hébergement temporaire en chambre seule pour personne bénéficiaire de l'ASH	1 825	1 818	99,6 %
Prix de l'hébergement temporaire en chambre double pour personne bénéficiaire de l'ASH	747	744	99,6 %
<b>Total hébergement temporaire</b>	<b>7 046</b>	<b>3 303</b>	<b>46,9 %</b>
<b>Total prix hébergements</b>	<b>25 114</b>	<b>3 526</b>	<b>14,0 %</b>
Tarif dépendance GIR 1-2	6 751	0	0 %
Tarif dépendance GIR 3-4	6 751	0	0 %
Tarif dépendance GIR 5-6	6 751	0	0 %
<b>Total tarifs dépendance</b>	<b>20 253</b>	<b>0</b>	<b>0 %</b>

*Source : Mission.*

<sup>6</sup> Selon l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) publiée le 31 juillet 2020 par la DREES, les personnes accueillies par des EHPAD publics non hospitaliers se répartissaient de la façon suivante au 31 décembre 2015 : 96,9 % en hébergement permanent, 1,1 % en hébergement temporaire et 2,0 % en accueil de jour.

### 1.4.2. L'élaboration de l'étude sur la situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018 a nécessité la mise en œuvre de traitements statistiques importants afin de permettre l'exploitation des données collectées

Le rapport annuel sur la situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018 a été réalisé par le pôle « allocation budgétaire » de la direction des établissements et services médico-sociaux de la CNSA. Il propose une première exploitation statistique sur deux années des données des états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) relatifs à l'année 2018.

Les auteurs de l'étude soulignent toutefois que « *les contrôles de cohérence conduits sur la base collectée font ressortir des marges d'erreur liées au remplissage des fichiers* » qui « *peuvent être dues à une utilisation perfectible des nouveaux outils ou révéler, plus en amont, des faiblesses dans l'organisation interne des établissements, au niveau de la remontée et du traitement des données qui alimentent les états de restitution* ».

L'étude utilise des données issues principalement :

- ◆ des états réalisés des recettes et des dépenses (ERRD) 2018 déposés sur la plateforme « ImportERRD » de la CNSA, qui retracent les réalisations de l'exercice clos 2018 comparées à celles de l'exercice 2017 : ils sont produits annuellement par les gestionnaires d'EHPAD à partir des données comptables et de gestion des établissements ;
- ◆ de l'application HAPI de la CNSA, qui détaille la tarification des EHPAD : elle est renseignée par les ARS et complétée par les informations utiles au calcul de l'équation tarifaire des EHPAD, notamment l'option tarifaire de chaque établissement ;
- ◆ du répertoire FINESS qui permet de caractériser les établissements selon plusieurs critères (année d'ouverture, taille, gestionnaire mono/multi-site(s)...).

**Le retraitement des données collectées et le contrôle de la qualité de la base de données ont constitué des phases à part entière dans l'organisation retenue par la CNSA pour élaborer son étude sur la situation économique et financière des EHPAD (cf. tableau 5).** Les chargés de mission « statistique » de la DESMS ont sollicité une extraction des données renseignées dans les applications sous la forme d'un fichier au format CSV, puis les ont retraitées à l'aide de l'application SAS et sous la forme de fichiers au format Excel.

**Les données ainsi retraitées ne sont pas systématiquement sauvegardées dans un système d'information**, ce qui pose problème au regard de la traçabilité des retraitements appliqués dans le cadre du traitement statistique, de l'archivage des données qui sont reprises dans les études de la CNSA et de la capitalisation des connaissances au sein de la structure.

**Tableau 5 : organisation retenue par la CNSA pour le traitement et l'analyse des ERRD 2018**

Phase	Étape
00. Coordination de l'équipe	Feuille de route
	Planning
	Réunions
01. Extraction des bases brutes	Expression de besoin
	Contrôle
	Réception
02. Création des bases de données consolidées et retraitées	Cadres principaux – Consolidation des bases de données par FINESS ET
	Cadres principaux – Retraitement de la base de données consolidée par FINESS ET
	Cadres principaux – Consolidation et retraitement de la base de données par ID DOSSIER (hors variables globales)
	Cadres principaux – Consolidation et retraitement de la base de données par ID DOSSIER (y compris variables globales)
	Cadres annexes – Traitement des bases de données par FINESS ET
03. Contrôle de la qualité de la base	Implémentation des contrôles

## Annexe VII

Phase	Étape
	Exécution des contrôles
	Implémentation des règles d'exclusion
04. Calcul et analyse des indicateurs	Implémentation des nouveaux indicateurs
	Production des tableaux statistiques
	Analyse des bases et indicateurs
05. Rédaction du rapport	Plan
	Mise en page - Respect accessibilité
	Production des livrables
	Revue
	Publication

*Source : CNSA.*

### **Les deux premières parties de l'étude présentent de façon détaillée la méthode d'analyse retenue par la CNSA et les retraitements appliqués aux données.**

Des règles d'exclusion ont été appliquées afin de limiter les incidences d'erreurs de saisie ou d'omissions lors du remplissage des fichiers sur le calcul des indicateurs : par exemple, les dossiers présentant un total d'équivalents temps pleins (ETP) par section nul ou négatif ont été exclus des taux d'encadrement du personnel, et tous les ERRD qui présentent un bilan financier non équilibré ont été éliminés de l'analyse financière. Une annexe détaille les critères d'exclusion appliqués à la base de données. Au total, 4 611 ERRD regroupant 6 004 EHPAD ont été retenus dans le cadre de l'étude, après redressement de la base consolidée et application des règles d'exclusion (cf. tableau 6), soit 91,8 % des dossiers collectés et 92,6 % du nombre d'EHPAD concernés.

Le cadre principal de l'ERRD est complété, dans le cas des EHPAD, de plusieurs documents annexes normalisés obligatoires qui retracent l'activité réalisée, l'état des effectifs et des rémunérations et la présentation tarifaire des charges et des produits. Les contrôles effectués par la CNSA révèlent que, pour 11,5 % des EHPAD, toutes les données des annexes obligatoires à l'ERRD ne sont pas jointes au dossier. En particulier, les contrôles réalisés sur le tableau des effectifs et des rémunérations révèlent que près de 40 % des tableaux collectés comportent au moins une carence<sup>7</sup>, alors que ces données sont importantes pour savoir si l'augmentation des dotations a permis de recruter du personnel.

### **La mission relève que les incohérences corrigées par la CNSA pourraient être évitées si des contrôles « bloquants » étaient prévus dans les outils informatiques.**

La précision des calculs, même après l'application des règles d'exclusion, est affectée par la présence de valeurs extrêmes qui peuvent résulter notamment d'erreurs de mesure (confusion des unités utilisées : par exemple, saisie de rémunérations dans la colonne « Nombre d'ETP » du tableau des effectifs) et d'atypies relatives à des événements conjoncturels (par exemple, montée en charge d'un EHPAD installé en cours d'année). Ces valeurs extrêmes ont été détectées et neutralisées par la méthode statistique du « troncage à 1 % » : chaque indicateur est calculé sur un échantillon dans lequel le 1 % des valeurs les plus basses (percentile 01) et le 1 % des valeurs les plus élevées (percentile 99) sont supprimés.

**Tableau 6 : passage de la base collectée à la base étudiée**

Impact des retraitements effectués	Nombre de dossiers <sup>8</sup>	Nombre d'EHPAD
<b>Base collectée (A)</b>	<b>5 022</b>	<b>6 483</b>

<sup>7</sup> Répartition par section non renseignée ou incomplète, non-concordance entre les valeurs globales et la somme des valeurs par section, erreur d'unité (imputation des rémunérations au lieu des ETP), rémunérations renseignées sans ETP associés (pour une catégorie d'emploi donnée), imputation de régularisations de charges au lieu des rémunérations.

<sup>8</sup> Le périmètre d'un ERRD peut inclure un ou plusieurs EHPAD.

## Annexe VII

Impact des retraitements effectués	Nombre de dossiers <sup>8</sup>	Nombre d'EHPAD
Total produits et/ou total charges nul ou < 0	84	136
Produits de la tarification nuls ou < 0	28	28
Total actif du bilan financier nul ou < 0	121	136
Bilan non équilibré - écart > 1 000 €	156	157
Total amortissements > total valeurs brutes d'immobilisations	22	22
<b>Déperdition totale due aux exclusions pratiquées (B)</b>	<b>411</b>	<b>479</b>
<b>Échantillon étudié (C)=(A)-(B)</b>	<b>4 611</b>	<b>6 004</b>
<i>Pourcentage (C)/(A)</i>	<i>91,8 %</i>	<i>92,6 %</i>

Source : CNSA.

### L'examen des modalités d'élaboration de l'étude sur la situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018 conduit la mission à formuler les observations suivantes :

- ◆ pour l'exploitation de ses données, la CNSA est tributaire de la qualité du remplissage effectué par les entités gestionnaires ; des contrôles *a posteriori* sont donc nécessaires pour vérifier la qualité des bases de données, portant notamment sur la complétude et sur l'exactitude des saisies, sur le respect de la nomenclature budgétaire et comptable applicable, sur la conformité aux principes généralement admis en matière de présentation du bilan financier ; il faudrait revoir les applications informatiques utilisées et prévoir un outil permettant aux utilisateurs de vérifier que les données satisfont les critères de complétude et de cohérence de la CNSA, puis, lors de l'intégration dans le système d'information de la CNSA, des contrôles « bloquants » qui empêcheraient les utilisateurs de transmettre des données incomplètes ou manifestement incohérentes ;
- ◆ la DESMS dispose d'agents compétents en matière de traitement statistique et de production d'études, qui ont été en mesure de produire une enquête fondée sur une méthodologie rigoureuse, transparente et vérifiable à partir des bases de données disponibles ;
- ◆ les codes informatiques qui ont permis les retraitements statistiques et les fichiers qui retracent les résultats de ces retraitements doivent faire l'objet d'une documentation et d'un archivage soigneux, dans une optique de capitalisation des connaissances.

#### 1.4.3. La synthèse des rapports d'activité 2018 des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) a nécessité de croiser des remontées d'informations de qualité hétérogène avec des données d'enquête

Le rapport annuel sur l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2018 a été réalisé par le pôle « partenariat institutionnel » de la direction de la compensation, avec l'appui d'un prestataire extérieur. Les données statistiques relatives à l'activité des MDPH ont été consolidées par la mission « analyse statistique » de la même direction.

#### La synthèse des rapports d'activité a été réalisée à partir des trois sources suivantes :

- ◆ les rapports d'activité 2018 des MDPH au format Excel standardisé par la CNSA ; au total, 100 rapports ont été pris en compte dans l'analyse, les rapports d'activité des MDPH des Alpes-de-Haute-Provence, du Cher, de Mayotte et de la Réunion n'ayant pas été reçus à temps ;
- ◆ les résultats de l'enquête relative à l'activité et au fonctionnement des MDPH 2018 (enquête dite des « Échanges annuels »), menée en 2019 pour l'ensemble des MDPH avec un niveau de disponibilité variable selon la nature des informations demandées dans l'enquête ; au total, 103 MDPH ont répondu à l'enquête ;

## Annexe VII

- ◆ les données de satisfaction des usagers provenant de la première campagne de l'enquête « Ma MDPH, mon avis », relayée par chaque MDPH auprès de ses usagers entre septembre et décembre 2018 ; au total, 19 681 réponses ont été analysées ; la CNSA souligne que les résultats couvrent de manière hétérogène le territoire national et ne peuvent être considérés comme statistiques.

### 1.5. Le déploiement du centre de données doit permettre à la CNSA d'améliorer sa connaissance des politiques publiques mises en œuvre par les MDPH

**Le déploiement du centre de données poursuit deux objectifs :**

- ◆ d'une part, la CNSA disposera de données plus précises et de meilleure qualité pour apprécier la situation des personnes handicapées prises en charge par les MDPH, ce qui lui permettra d'évaluer la mise en œuvre des politiques publiques de l'autonomie et de mettre en œuvre un meilleur pilotage national ;
- ◆ d'autre part, les MDPH disposeront d'outils de pilotage qui seront accessibles par l'intermédiaire du centre de données, ce qui leur permettra d'améliorer leur organisation et le service rendu aux usagers.

**Le centre de données recueille des données individuelles. Selon leur habilitation, les utilisateurs, y compris ceux de la CNSA, pourront disposer de données individuelles ou agrégées.** Le centre de données contient des données relatives à la situation de la personne, aux demandes qu'elle exprime, à l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire, aux décisions prises par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), aux recours éventuels sur ces décisions. Ces données alimenteront le « health data hub », ce qui permettra aux différentes parties prenantes de mieux évaluer les politiques publiques de l'autonomie et du handicap, et concourra *in fine* à un meilleur pilotage national.

Sur le plan technique, les MDPH vont utiliser le même outil de pseudonymisation que celui utilisé par l'assurance maladie pour envoyer leurs données au centre de données de la CNSA et au système national des données de santé (SNDS), ce qui permettra de faire tous les appariements souhaités avec les autres données du SNDS, mais risque en revanche d'empêcher la DREES de faire des appariements avec d'autres sources (par exemple avec les données fiscales). Celle-ci plaide ainsi pour que des données d'identification comme le numéro d'identification du répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) soient collectées et remontées dans les bases centrales, afin de permettre les croisements statistiques avec d'autres données.

**Le déploiement du centre de données ouvre la voie à un véritable « pilotage par la donnée », à condition d'identifier préalablement les données utiles, de s'assurer de leur fiabilité et de disposer d'une capacité de traitement et d'exploitation statistique.**

### 1.6. La contribution de la CNSA à la politique d'« open data » est encore embryonnaire

La politique d'« open data » mise en œuvre par l'État dans la continuité de la promulgation de la loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique poursuit les trois objectifs suivants :

- ◆ améliorer le fonctionnement démocratique, non seulement par la transparence mais aussi par la concertation et l'ouverture à de nouveaux points de vue ;
- ◆ améliorer l'efficacité de l'action publique ;
- ◆ proposer de nouvelles ressources pour l'innovation économique et sociale : les données partagées trouvent des « réutilisateurs » qui les intègrent dans de nouveaux services à forte valeur ajoutée économique ou sociale.

## Annexe VII

La loi pour une République numérique fixe un objectif de publication progressive de toutes les données des administrations publiques qui revêtent un intérêt économique, social, sanitaire ou environnemental. La COG 2016-2019 prévoyait ainsi que la CNSA devait s'inscrire dans la stratégie « open data » de l'État, en publiant une sélection de données pertinentes, et en rendant publics sur son site internet les principaux résultats d'études et d'évaluations qu'elle finance (cf. encadré 1).

**La CNSA a rendu public seulement trois jeux de données qui sont accessibles sur le site [www.data.gouv.fr](http://www.data.gouv.fr) :**

- ◆ les subventions de la CNSA aux associations, établissements publics et organismes de droit privé ;
- ◆ la base de données des prix hébergement et des tarifs dépendance transmis par les EHPAD dans sa version « brute » ; il s'agit des données réelles transmises par les EHPAD non retravaillées par la CNSA, qui peuvent contenir des informations non fiabilisées ;
- ◆ la base de données des prix hébergement et des tarifs dépendance transmis par les EHPAD dans sa version « retraitée » ; il s'agit des données redressées par la CNSA pour corriger les informations manifestement erronées transmises par les EHPAD.

**Au total, la contribution de la CNSA à la politique d'« open data » de l'État a été limitée à quelques contributions ponctuelles qui ne suffisent pas à répondre à l'ambition affichée par le Gouvernement en matière d'ouverture des données des administrations publiques.**

Par comparaison, la CNSA a recensé 19 sources de données recueillies par ses deux directions métiers en juin 2017 (cf. tableau 1) : compte tenu de l'ensemble des données dont dispose la CNSA, la mise à disposition de seulement trois jeux de données ne répond pas aux objectifs fixés dans la COG 2016-2019.

**La mise à disposition des données auprès du public et auprès des chercheurs nécessite toutefois un travail important de documentation et de mise en forme des données** qui justifie le nombre limité de données mises à disposition sur la période 2016-2019 au regard des capacités de la Caisse qui y consacre, à ce jour, un effectif très faible.

## 2. Les efforts de la direction scientifique ne sont pas suffisamment valorisés, en interne comme en externe, et pourraient être réorientés pour renforcer la connaissance des publics et des politiques publiques de l'autonomie

### 2.1. La CNSA a des missions de soutien à la recherche, de valorisation des travaux de recherche et de financement d'actions innovantes, confiées à la direction scientifique

Le Code de l'action sociale et des familles<sup>9</sup> donne à la CNSA pour mission « *de contribuer à la recherche et à l'innovation dans le champ du soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.* ».

Concernant la recherche, deux orientations stratégiques sont définies dans la COG 2016-2019<sup>10</sup> :

- ◆ **le soutien à la recherche** : cofinancement de projets de recherche par appels à projet, cofinancement d'études et d'enquêtes, promotion des champs du handicap et de l'autonomie auprès des organismes de recherche et d'évaluation de la recherche, actions expérimentales pour développer une recherche orientée plus directement vers la décision publique ;
- ◆ **la valorisation des travaux de recherche** : valorisation des travaux de recherche financés par la CNSA, participation aux efforts de synthèse et de capitalisation des travaux d'étude d'acteurs locaux, animation d'un écosystème de la recherche sur les champs du handicap et de l'autonomie des personnes âgées.

La COG 2016-2019 prévoit par ailleurs deux sous-actions liées au soutien aux actions innovantes financées sur section V :

- ◆ soutenir les actions innovantes et des travaux d'évaluation des actions déployées en matière d'aide aux aidants (axe 2, fiche V, action 2) ;
- ◆ soutenir les pratiques innovantes pour faire évoluer l'offre (axe 3, fiche I, action 3).

La direction générale est assistée d'**un conseil scientifique**, qui est saisi pour avis, chaque année, par le directeur de la caisse, de l'ensemble des questions d'ordre scientifique et technique relatives à la mise en œuvre de la convention d'objectifs et de gestion<sup>11</sup>.

Au sein de la CNSA, **une direction scientifique** est en charge de l'application de ces orientations et du secrétariat du conseil scientifique.

### 2.2. Le conseil scientifique est plus un lieu de rencontre et d'échange qu'une instance de décision et d'orientation

Aux termes de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, « *il assiste le conseil et le directeur dans la définition des orientations et la conduite des actions de la caisse* ». Il est composé d'experts et de représentants des instituts de recherche (cf. encadré 2).

---

<sup>9</sup> 5° de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>10</sup> Axe I - III. : soutenir la recherche et contribuer à la production de connaissances et de données sur les politiques de l'autonomie et leurs publics.

<sup>11</sup> Art. R. 14-10-28 du code de l'action sociale et des familles.

## Annexe VII

**Dans les faits, le conseil scientifique se réunit une à deux fois par an selon un ordre du jour préparé par la direction scientifique, et reste en marge des décisions stratégiques et la CNSA.** Le conseil scientifique s'est ainsi réuni deux fois en 2019 (le 15 mars 2019 et les 2 et 3 octobre 2019) et une fois en 2020 (le 18 septembre 2020). Au cours de ces trois séances, seuls deux avis ont été adoptés, sur des sujets particulièrement précis :

- ◆ l'avis sur l'opportunité d'un dispositif de type *What works centre*<sup>12</sup> dédié à la prévention de la perte d'autonomie ;
- ◆ l'avis du conseil scientifique sur la promotion des conventions industrielles de formation par la recherche (CIFRE), adopté à la séance du 2 octobre 2020.

Le reste des séances est consacré à des points d'information par la CNSA et des moments d'échange.

**Le conseil scientifique apparaît ainsi plus comme un lieu de rencontre et d'échange du monde académique que comme une instance de décision et d'orientation.**

**La distinction entre conseil et conseil scientifique a deux conséquences :**

- ◆ **elle met le monde académique à part des acteurs de l'autonomie** représentés au conseil, les éloignant ainsi des orientations stratégiques de la CNSA ;
- ◆ **elle tourne la direction scientifique, qui en tient le secrétariat et en organise les travaux, vers le conseil scientifique alors que le reste de la CNSA est tourné vers le conseil.**

**Encadré 2 : article R. 14-10-23 du code de l'action sociale et des familles relatif à la composition du conseil scientifique**

Le conseil scientifique mentionné à l'article L. 14-10-3 comprend :

- «1. Des experts dans le domaine de compétence de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie nommés, dans la limite de six, par le ministre chargé des personnes handicapées, après consultation du directeur de la caisse ;
- «2. Des experts dans le domaine de compétence de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie nommés, dans la limite de six, par le ministre chargé des personnes âgées, après consultation du directeur de la caisse ;
- «3. Un représentant de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.161-37 du code de la sécurité sociale ;
- «4. Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère chargé de la santé ou son représentant ;
- «5. Le directeur de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques du ministère chargé du travail ou son représentant ;
- «6. Le directeur de la direction de la recherche du ministère chargé de la recherche ou son représentant ;
- «7. Le directeur de la direction de l'évaluation et de la prospective du ministère chargé de l'éducation nationale ou son représentant ;
- «8. Un membre de chacun des organismes suivants désignés en son sein par son directeur :
  - « Institut national des études démographiques (INED) ;
  - « Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) ;

<sup>12</sup> Les *What Works Centres* sont des structures dédiées aux évaluations d'impact des politiques publiques, leur amélioration et leur appropriation par les acteurs du terrain, financées par le gouvernement britannique afin de mieux documenter les effets des politiques publiques. Dans des domaines aussi divers que l'éducation des enfants défavorisés, la prévention précoce ou le développement économique local, les études portent d'abord sur des pratiques de terrain. Ces centres sont désormais reconnus par de nombreux acteurs comme des « guichets uniques » vers les évaluations d'impact. Aspect important de leur travail, les *What Works Centres* diffusent les enseignements de leurs revues systématiques et aident les professionnels à s'en emparer. D'après : *What Works Centres britanniques : quels enseignements pour des politiques fondées sur la preuve en France ?*, Agence nationale des solidarités actives (en partenariat avec France Stratégie, SGMPA, CGET, SPF, CNAF, CNSA), 2017.

« Centre national de la recherche scientifique (CNRS) ;  
« Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) ;  
« Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER) ;  
« Agence nationale de santé publique (ANSP) ».

*Source : Code de l'action sociale et des familles.*

### 2.3. La direction scientifique compte six agents, en charge de six grandes missions et distribuant 6 M€ à 10 M€ par an pour financer la recherche et l'innovation

La CNSA dispose d'une direction scientifique, dont les compétences sont précisées dans la décision n° 2019-11 relative à l'organisation interne de la CNSA du 29 juillet 2019 (cf. encadré 3). **Les missions de la direction scientifique s'organisent autour de deux grands thèmes : le soutien et la valorisation des travaux de recherche et le financement d'actions innovantes. Elle assure par ailleurs le secrétariat du conseil scientifique** et de ses commissions spécialisées.

#### Encadré 3 : article 4 de la décision n° 2019-11 relative à l'organisation interne de la CNSA du 29 juillet 2019

**La direction scientifique (DS) :**

1. Favorise le développement des connaissances pratiques et théoriques du champ du handicap et de la perte d'autonomie :
  - en organisant des partenariats de recherche, avec des organismes ou groupements opérateurs d'appels à projets de recherche, animateurs de la recherche, producteurs de recherche ou de données pour la recherche ;
  - en animant et mettant en œuvre la politique d'intervention de la Caisse pour le soutien par subvention, sur la section V du budget, aux initiatives de terrain et aux colloques ;
2. Conçoit et met en œuvre des actions visant au rapprochement des parties prenantes et de la recherche, notamment :
  - elle anime les travaux du Conseil scientifique et organise le travail de ses commissions spécialisées ;
  - elle organise tous les deux ans avec la DIPCOM, les Rencontres de la CNSA – Innovation et Recherche ;
  - elle développe des actions de valorisation de la recherche financée par la CNSA.
3. Capitalise et produit des connaissances pour l'expertise métier de la CNSA, en réalisant en interne des travaux de synthèse et d'études ou en suscitant par commande ou appel à projets de tels travaux.

À ce titre, la direction scientifique est placée sous l'autorité d'un directeur.

*Source : CNSA, décision n° 2019-11 relative à l'organisation interne de la CNSA du 29 juillet 2019.*

**La direction scientifique dispose de six agents**, dont deux sont à mi-temps, soit cinq ETP. **Deux de ces agents sont en arrêt maladie longue durée.** En 2020, la direction a bénéficié du renfort d'un agent en CDD, ce qui a permis de maintenir un effectif réel à 4,5 ETP.

La directrice est assistée d'une gestionnaire administrative. Il y a quatre chargés de mission :

- ◆ un chargé de mission actions innovantes et études ;
- ◆ un chargé de mission innovation et recherche ;
- ◆ un chargé de mission projets innovants ;
- ◆ un chargé de mission valorisation de la recherche.

**En début d'année, la direction scientifique présente à la direction générale son programme de travail sous la forme de diapositives. Le travail de la direction s'articule autour de six activités :**

- ◆ **1<sup>er</sup> axe : le soutien aux actions innovantes** de porteurs de projets visant à améliorer la connaissance des situations de handicap et de perte d'autonomie et leurs conséquences, à expérimenter de nouveaux dispositifs et de nouvelles actions ou méthodes permettant d'améliorer l'accompagnement des personnes et qui ne peuvent pas être financés dans le cadre d'appel à projets de recherche. Ces projets sont financés par deux mécanismes :
  - un appel à projets (AAP) permanent non fléché attribué à un nombre variable de projets par an (1,1 M€ en 2020 pour 12 projets) ;
  - des appels à projets thématiques, fléchés vers des projets qui répondent à une problématique particulière (2,4 M€ en 2020 sur les enseignements de la crise sanitaire) ;
- ◆ **2<sup>ème</sup> axe : le soutien à la recherche, qui passe par quatre canaux :**
  - le financement de travaux de recherche par des appels à projets délégués à l'institut pour la recherche en santé publique (IReSP) (2,8 M€ en 2020) ;
  - le financement de contrats de recherche de gré à gré (0,3 M€ en 2020) ;
  - le co-financement d'enquêtes pilotées par la DREES (enquête PHEDRE sur la prestation de compensation du handicap (750 000€ en 2016), l'enquête « Modes de garde », sur un volet enfants handicapés (300 000 € en 2019) et l'enquête « Autonomie » (2 M€ en 2020) ainsi que par d'autres acteurs (enquête SHARE vague 8 (2018) portée par l'université Paris-Dauphine). La CNSA a en outre financé la Cohorte ELENA (2017) sur les troubles du spectre de l'autisme portée par un consortium de recherche ;
  - le cofinancement du fonctionnement de structures de recherche ou contribuant à la recherche : l'IReSP (62 250 € par an sur la période 2017-2020 ; 150 000 € par an sur la période 2020-2023), l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) pour 300 000 € par an depuis 2015<sup>13</sup>, l'Institut de la Longévité, des Vieillesse et du Vieillissement (50 000 € par an sur la période 2018-2021) ;
- ◆ **3<sup>ème</sup> axe : des travaux d'études et d'évaluations** par une procédure de marchés publics, généralement une fois tous les deux ans (0,3 M€ en 2020) ;
- ◆ **4<sup>ème</sup> axe : la promotion des résultats des travaux de recherche**, principalement par la publication des travaux de recherche sur le site de la CNSA, accompagnés de fiches de synthèse ;
- ◆ **5<sup>ème</sup> axe : l'organisation des journées scientifiques** de la CNSA, en partenariat avec la direction de la communication ;
- ◆ **6<sup>ème</sup> axe : l'animation du conseil scientifique.**

**La direction scientifique a ainsi géré la répartition de 9,5 M€ de subventions en 2020, 6,5 M€ en 2019 et 9,8 M€ en 2018 (cf. tableau 7).**

**Tableau 7 : répartition des financements de la direction scientifiques 2016-2020**

€	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Total innovation</b>	<b>3 448 743</b>	<b>2 464 758</b>	<b>2 531 688</b>	<b>2 747 775</b>	<b>3 532 868</b>
Actions innovantes - AAP permanent	2 185 869	2 088 060	1 204 479	2 747 775	1 090 800
Actions innovantes - AAP thématique	1 262 874	376 698	1 327 209	non réalisé	2 442 068
<b>Total recherche</b>	<b>2 948 012</b>	<b>3 068 947</b>	<b>3 165 997</b>	<b>3 362 535</b>	<b>3 509 738</b>
Soutien à la recherche - AAP IReSP	1 519 179	1 601 444	1 757 198	2 039 785	2 644 150
Soutien à la recherche - Autres AAP	452 750	917 500	993 549	300 000	-

<sup>13</sup> Date à laquelle l'IRDES est passée du statut d'association à celui de GIP dont la CNSA est devenue membre.

## Annexe VII

€	2016	2017	2018	2019	2020
Contrat de recherche de gré à gré	649 880	184 483	-	607 500	300 338
Soutien GIS ILVV, IRESP et GIP IRDES (fonctionnement)*	326 203	365 250	415 250	415 250	565 250
<b>Marché Etudes et évaluations</b>	-	-	<b>148 520</b>	-	<b>323 730</b>
<b>Dispositifs d'enquête statistique et cohortes**</b>	<b>750 000</b>	<b>409 062</b>	<b>500 000</b>	<b>300 000</b>	<b>2 000 000</b>
« Emplois Sportifs Qualifiés » (ESQ) soutien au développement des pratiques sportives chez les personnes en situation de handicap : 1 200 000/ an sur la période 2018-2020	-	-	3 500 250	99 750	-
<b>Total</b>	<b>7 146 755</b>	<b>5 942 767</b>	<b>9 846 455</b>	<b>6 510 060</b>	<b>9 366 336</b>

*Source* : CNSA, direction scientifique. La dépense annuelle est reconstituée notamment à partir des résultats de jury et des décisions attributives, dont le calendrier peut différer de celui à date des notifications des engagements juridiques par voies de conventions. Egalement, le soutien au fonctionnement des GIP et GIS dont la CNSA est membre est annualisé.

\* Institut de la Longévité, des Vieillesse et du Vieillissement (fonctionnement) : 50 000 €/an sur la période 2018-2021 ; Institut pour la recherche en santé publique (fonctionnement) : 62 250 €/an sur la période 2017-2020 ; 150 000 €/an sur la période 2020-2023 ; Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (fonctionnement) : 300 000 €/an sur la période 2015-2023 ; Institut des Données de Santé (devenu INDS en 2017) : 26 203 € en 2016.\*\* Le financement de la Cohorte ELENA (2017) et de l'enquête SHARE vague 8 (2018) a été réalisé via « Actions innovantes – AAP permanent » : les crédits concernés sont reclassés dans « Dispositifs d'enquête statistique et cohortes »

### 2.4. Le financement des actions innovantes occupe la plus grande part de l'activité de la direction scientifique, sans qu'il soit réellement possible d'en évaluer l'impact sur les acteurs de l'autonomie des personnes âgées et handicapées

#### 2.4.1. Chaque année, une dizaine de projets sont financés par un appel à projet permanent aux contours larges pour un montant moyen d'environ 100 000 €

**La CNSA accorde des subventions à des porteurs** (gestionnaires d'établissements et services, associations, financeurs territoriaux, hôpitaux, MDPH...) **qui lui présentent des projets d'actions innovantes** visant à :

- ◆ améliorer la connaissance des situations de handicap et de perte d'autonomie et leurs conséquences ;
- ◆ expérimenter de nouveaux dispositifs et de nouvelles actions ou méthodes permettant d'améliorer l'accompagnement des personnes ;
- ◆ et qui ne peuvent pas être financés dans le cadre d'appel à projets de recherche.

Les projets déposés dans le cadre de l'appel à projets permanent sont expertisés par la direction scientifique, par une autre direction de la CNSA, et, pour certains projets, par un évaluateur externe membre du conseil scientifique. La décision de financement revient à la direction générale de la CNSA.

**Entre 2015 et 2019, 102 projets ont ainsi été financés, pour un montant total de 13 M€, 44 % des projets ciblant des personnes handicapées, 20 % des personnes âgées et 36 % les deux (cf. tableau 8). Entre 2015 et 2019, le nombre de projets financés par an a continuellement baissé, passant de 38 à 12, le montant moyen de subventions par projet oscillant entre 90 000 € et 150 000 € selon les années (cf. tableau 9).**

## Annexe VII

**Tableau 8 : public cible des actions innovantes financées par l'appel à projets permanent de la CNSA entre 2015 et 2019**

Population cible	Nombre	%	Montants	%
Personnes âgées	24	24 %	2 611 725	20 %
Personnes âgées/Personnes handicapées	28	27 %	4 723 471	36 %
Personnes handicapées	50	49 %	5 701 090	44 %
<b>Total général</b>	<b>102</b>	<b>100 %</b>	<b>13 036 286</b>	<b>100 %</b>

*Source : site internet de la CNSA.*

**Tableau 9 : nombre de projets financés par an par l'appel à projets permanent de la CNSA entre 2015 et 2019**

	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Nombre de projets	38	20	18	14	12	102
Montant des subventions	6 003 831	1 789 888	2 251 122	1 702 779	1 288 666	13 036 286
Montant moyen par projet	157 996	89 494	125 062	121 627	107 389	127 807

*Source : site internet de la CNSA.*

**En 2020, 48 projets ont été soumis à la CNSA et 8 ont bénéficié d'un financement de la CNSA**, après évaluation par la direction scientifique, la direction ESMS ou COMP, et, pour certains projets, par un évaluateur extérieur.

### 2.4.2. En plus de l'appel à projets permanent, des appels à projets thématiques sont lancés pour susciter des initiatives sur un thème donné

À une fréquence variable, des appels à projet thématiques sont lancés :

- ◆ **en 2020, deux sessions d'un appel à projets « tirer les enseignements de la crise COVID-19 et prolonger des pratiques innovantes » ont été lancés** : lors de la première session, 12 projets ont été financés pour 1,3 M€, lors de la deuxième session, 13 projets ont été financés pour 1,1 M€ (cf. tableau 10) ;
- ◆ **en 2018, un appel à projets « design social »** ayant vocation à améliorer la qualité de vie et l'accompagnement des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie a été lancé. 16 projets ont été financés pour un total de 1,4 M€ ;
- ◆ **en 2017, un appel à projets « Et nos voisins européens, comment font-ils ? » a été lancé**, destiné à financer des missions d'études et d'observation pour identifier des pratiques inspirantes d'accompagnement des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie ailleurs en Europe. 13 projets ont été financés pour un total de 0,4 M€ ;
- ◆ **en 2016, un appel à projets « Améliorer l'accès des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie aux loisirs » a été lancé**. 15 projets ont été financés pour un total de 1,3 M€.

**Ces appels à projets thématiques suscitent de nombreuses candidatures.** Ainsi, en 2020, 64 projets ont été présentés lors de la première session de l'appel à projets « tirer les enseignements de la crise COVID-19 et prolonger des pratiques innovantes » :

- ◆ **les 64 ont été évalués par la direction scientifique : 14, soit 22 %, ont reçu un avis favorable**, le reste un avis réservé ou défavorable ;
- ◆ **après présélection par la direction scientifique, 25 ont été évalués par une autre direction (ESMS, COMP, COM) : 3, soit 12%, ont reçu un avis favorable** par les directions ESMS, COMP et COM, 12 un avis réservé et 10 un avis défavorable.

Annexe VII

Tableau 10 : projets financés sur les deux sessions de l'appel à projet thématique « tirer les enseignements de la crise COVID-19 et prolonger des pratiques innovantes » en 2020

Session	Porteur du projet	Titre du projet	Subvention
1	OLD'UP	Étude qualitative sur le vécu de la crise sanitaire par les personnes âgées de plus de 70 ans en perte d'autonomie	60 500 €
1	Géron'd'if	Covid-19 eJourney	132 382 €
1	CCAS Grenoble	Relire les mobilisations de ressources humaines lors de l'épisode Covid pour mieux prendre soin des personnes âgées accompagnées par le centre communal d'action sociale (CCAS) de Grenoble	93 686 €
1	Association Les Petits Frères des Pauvres	Isolément des personnes âgées et confinement : étude d'impact de la crise sanitaire post confinement	76 470 €
1	ÉmiCité	Guide pour la gestion de crise en habitat inclusif : leçons pragmatiques après l'épidémie de Covid 19	42 400 €
1	Association Humanitude évaluation et milieu de vie	Retour d'expérience des labellisés Humanitude face à la gestion de crise sanitaire pour améliorer l'accompagnement des personnes âgées et en situation de handicap	66 952 €
1	Union nationale des associations ADMR	Quels enseignements tirer de la crise Covid-19 afin d'adapter les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et améliorer la qualité de vie des personnes ?	200 000 €
1	Carton plein	Vieillir vivant !	105 000 €
1	Association des directeurs au service des personnes âgées	Dispositif flash participatif de retour d'expérience, de résilience et de prospective	108 000 €
1	MakeSense	Ré-action Aîné.e.s : la fabrique de la résilience citoyenne, au service du bien-vieillir	159 000
1	Société française de gériatrie et gérontologie	Enquête nationale relative à la gestion de l'épidémie de Covid-19 en EHPAD (ENCOPAD)	56 631 €
1	Fondation OVE	De la crise à la pépite : un processus de transformation réussie des pratiques en période contrainte	200 000 €
2	Association française des aidants	Tirer les enseignements de la mise en place des Cafés des aidants à distance	23 126 €
2	Union nationale des associations France Alzheimer et maladies apparentées	Vers un accompagnement à la réalisation des séjours vacances départementaux	200 000 €
2	Solidarité domicile	Évaluation d'une coopération interservices pour gestion des urgences pendant la crise COVID 19	75 600 €
2	Centre Borelli	COVID-Aidants : Prendre soin de ses proches au temps de la distanciation physique et de la cybersanté. Une recherche collaborative.	164 500 €
2	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Grand-Est	ESMS et covid 19: Focus sur des initiatives en faveur du lien social en Grand-Est	111 360 €
2	Centre hospitalier universitaire de Saint Étienne	Dispositif de repérage des troubles anxieux, dépressifs ou état de stress post-traumatique chez les professionnels impliqués dans la crise sanitaire COVID-19 dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	51 102 €

## Annexe VII

Session	Porteur du projet	Titre du projet	Subvention
2	Association Monsieur Vincent	Enquête sur la traversée de la crise sanitaire liée au SARS-COV2	10 000 €
2	Réso Occitanie	La collaboration interdisciplinaire et multi-acteurs pour générer des innovations en contexte de crise COVID-19	45 000 €
2	Centre hospitalier Le Vinatier	Trait d'union : ouvrir le dialogue sur la santé mentale	42 960 €
2	AP-HP, centre d'excellence Inovand	Documenter l'environnement social des patients avec trouble du spectre autistique suivis au centre d'excellence Inovand : enseignements et opportunités liés à la crise Covid-19	80 000 €
2	Collectifs handicap	Des besoins des personnes aux solutions des associations pendant la crise sanitaire	48 812 €
2	Unis-Cité	Renforcer le soutien aux personnes en situation de handicap et leurs aidants suite à la crise par une évolution des modalités de mobilisation de volontaires en service civique	150 000 €
2	Pôle services à la personne en PACA	Modéliser l'organisation du travail des services d'aide et d'accompagnement à domicile en période de crise	138 587 €

Source : site internet de la CNSA.

### 2.4.3. L'instruction de ces dossiers occupe une grande partie de l'activité de la direction scientifique, alors qu'il est difficile d'évaluer l'impact réel de ces projets

Deux chargés de projet sont spécifiquement en charge du financement des actions innovantes.

**La procédure d'instruction de ces dossiers est lourde et se déroule en sept étapes :**

- ◆ **dépôt des candidatures** sur le portail GALIS et envoi d'un dossier papier ;
- ◆ **analyse de l'éligibilité des projets** par la direction scientifique (statut des personnes morales, champ du projet, notamment l'inéligibilité des projets aux autres financements de la CNSA). Pour les AAP thématiques, la direction scientifique opère une présélection de recevabilité du projet, pour écarter les projets manifestement inadaptés et limiter le nombre de ceux qui sont soumis à l'expertise. Le temps nécessaire à l'analyse de l'éligibilité et de la recevabilité est estimé à environ 30 minutes par dossier ;
- ◆ **évaluation du projet par une direction métier** (axée sur l'intérêt du projet) **et par la direction scientifique** (axée sur la méthodologie), et parfois un troisième avis d'un expert, membre du conseil scientifique. Sur l'appel à projets thématique, les chargés de mission financement des actions innovantes en étudient la majorité. Sur l'appel à projets permanent, les projets sont répartis entre tous les chargés de mission de la direction. Le temps d'analyse est estimé à une demi-journée par dossier ;
- ◆ **préparation et tenue des comités de subvention**, avec la création d'un dossier contenant l'ensemble des projets expertisés. Il y a une réunion préparatoire avec la direction générale avant le comité, rassemblant DG, DGA, des représentants des directions de la CNSA, un membre du conseil scientifique, le contrôleur budgétaire, et parfois des personnalités extérieures, notamment du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS). Il y a environ trois comités par an sur l'appel à projet permanent, et un comité par an sur l'appel à projet thématique. 15 à 35 projets sont à examiner par session. Cela requiert une demi-journée à une journée de travail.
- ◆ **conventionnement**, à partir des conventions type annexées à la décision du comité de subvention visée par le contrôleur budgétaire. La convention est signée par la directrice générale et le porteur de projet ;
- ◆ **versement des subventions et suivi**. Pour l'appel à projet permanent, le suivi administratif est réalisé par la direction scientifique, et le suivi du projet sur le fond est souvent confié aux directions métiers. Pour l'appel à projet thématique, le suivi administratif et le suivi métier sont réalisés par la direction scientifique. Les livrables des porteurs de projet sont mis en ligne sur le site de la CNSA. Les meilleurs livrables sont valorisés dans la communication de la CNSA. **Les projets durent de un à trois ans, voire plus pour certains projets qui dépassent les délais initiaux. Il y a deux à trois années en cours de gestion (lancement, suivi, clôture) ;**
- ◆ **valorisation des projets**, avec l'organisation d'évènements, un séminaire de capitalisation avec rédaction d'une note de synthèse pour en tirer des leçons globales sur les enjeux, les obstacles, les solutions, et de la communication. Cette valorisation n'est toutefois pas systématique et la mission n'a pu évaluer sa fréquence.

**Il n'y a, par contre, pas d'évaluation de l'impact des projets financés, ni de l'impact des appels à projets permanents et thématiques sur l'écosystème des acteurs de l'autonomie, alors même que :**

- ◆ **les appels à projets (permanents et thématiques) sont très larges et permettent à des projets et des porteurs très divers de candidater, prêtant le flanc à des effets d'aubaine. Il est en particulier très difficile de savoir si ces actions auraient été menées sans les concours de la CNSA ;**
- ◆ **la coordination de ces financements avec le reste de l'action de la CNSA est limitée ;**

- ◆ **un des objectifs principaux du financement de ces actions innovantes étant le développement de modèles pouvant être répliqués ailleurs, il est impossible de savoir si ces projets sont effectivement source d'inspiration pour d'autres acteurs.**

**Pris dans son ensemble, le financement des actions innovantes par la CNSA mobilise des moyens importants à l'échelle de la CNSA (plus de deux ETP à la direction scientifique auquel il faut ajouter de l'ordre de 0,5 ETP à la DirComp et à la DESMS, pour un montant de l'ordre de 3 M€/an) pour un résultat non évalué, et une coordination limitée avec le reste de son activité.**

## 2.5. Le financement de la recherche et des études a été largement externalisé

**La CNSA finance des projets de recherche et d'études à travers quatre canaux :**

- ◆ **des crédits délégués à des partenaires**, qui gèrent les appels à projet. En 2020, il n'y a plus qu'un seul opérateur partenaire : l'IRESP qui a distribué 2,8 M€ et bénéficié d'une subvention de fonctionnement de 62 650 €. Le GIS ILVV, au titre de l'animation de la recherche, et le GIP IRDES, au titre de ses recherches, ont aussi bénéficié de subvention de fonctionnement mais ne gèrent pas d'appels à projets cofinancés par la CNSA ;
- ◆ **des appels à projet gérés en propre** à travers des contrats de recherche de gré-à-gré, pour un montant de 0,3 M€ en 2020 ;
- ◆ **le co-financement d'enquêtes pilotées par la DREES** : enquête PHEDRE sur la prestation de compensation du handicap (750 000€ en 2016), l'enquête « Modes de garde », sur un volet enfants handicapés (300 000 € en 2019) et l'enquête « Autonomie » (2 M€ en 2020) ;
- ◆ **le financement direct de travaux d'études et d'évaluations** par une procédure de marchés publics, généralement une fois tous les deux ans (0,3 M€ en 2020).

### 2.5.1. Le financement des appels à projet de recherche et d'études est principalement géré par l'IRESP

**Entre 2007 et 2020, la CNSA a cofinancé 345 projets de recherche pour un montant total de 39 M€,** sur des projets concernant à 49 % les personnes handicapées, à 39 % les personnes âgées et à 11 % les deux (cf. tableau 11). Chaque année, entre 39 et 14 projets ont été financés, avec des partenaires divers (cf. tableau 13). Depuis 2020, l'ensemble des appels à projet, sauf un (cf. *infra*), est géré par l'institut de recherche en santé publique (IRESP).

Le modèle retenu avec l'IRESP fonctionne sur une négociation en début d'année entre l'IRESP et la direction scientifique de la CNSA sur les thématiques des appels à projet et les cahiers des charges. La CNSA est ensuite associée aux différentes étapes d'instruction et de sélection des projets de recherche financés.

Un projet de recherche a été instruit et financé de gré-à-gré par la CNSA, avec le CHU de Besançon, à hauteur de 300 000 €. L'objectif de cette étude est de décrire, analyser et comprendre l'expérience vécue et les pratiques des personnes confrontées au confinement, aux situations de fins de vie et de décès advenant en EHPAD lors de l'épidémie COVID19 en France, pendant la période de confinement et de transition vers le déconfinement. Cette possibilité de contractualisation est prévue pour les projets de recherche ne trouvant pas de réponse *via* les appels à projet de recherche.

## Annexe VII

**Tableau 11 : public cible des appels à projet de recherche cofinancés par la CNSA entre 2007 et 2020**

Public cible	Nombre d'appels à projet	%	Montant prévisionnel des subventions accordées	%
Personnes âgées	101	29 %	15 393 837	39 %
Personnes âgées et personnes en situation de handicap	42	12 %	4 445 795	11 %
Personnes en situation de handicap	202	59 %	19 400 949	49 %
<b>Total général</b>	<b>345</b>		<b>39 240 581</b>	

*Source : site internet de la CNSA.*

Annexe VII

Tableau 12 : nombre de projet de recherche soutenus et montant prévisionnel total des subventions accordées par la CNSA entre 2007 et 2020

Année	Nombre de projets de recherche soutenus	Montant prévisionnel de la subvention accordée
2007	25	2 734 000
2008	20	2 853 671
2009	39	3 877 227
2010	39	4 094 273
2011	28	2 687 733
2012	23	4 407 599
2013	20	2 980 211
2014	24	2 611 420
2015	21	1 790 999
2016	15	1 162 829
2017	30	2 032 876
2018	21	2 227 149
2019	26	2 956 150
2020	14	2 824 444
<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>39 240 581</b>

Source : site internet de la CNSA.

Tableau 13 : nombre de projets de recherche soutenus entre 2007 et 2020 par opérateur ou partenaire de la CNSA

Opérateur/partenaire	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
ANR (Agence Nationale de la Recherche)	4	6	7	7	6	14	4	3	2	3	4	5	-	-	65
Centre Max Weber	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
CHU de Besançon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
CNAM	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
CNAV	3	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
DREES	-	14	30	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72
Ecole d'économie de Paris (PSE)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	5
EHESP (Ecole des hautes études en santé publique)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	2
FMR (Fondation maladies rares)	-	-	-	-	-	-	10	5	7	2	7	4	5	-	40
Fondation Plan Alzheimer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2
HAS (Haute Autorité de Santé)	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
IReSP (Institut de Recherche en Santé Publique)	14	-	2	4	21	9	6	16	11	8	16	12	16	13	148
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>20</b>	<b>39</b>	<b>39</b>	<b>28</b>	<b>23</b>	<b>20</b>	<b>24</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>14</b>	<b>345</b>

Source : site internet de la CNSA.

### 2.5.2. La CNSA cofinance des enquêtes de la DREES, elle finance par ailleurs directement certaines évaluations de politiques publiques

La CNSA participe à la conception et au financement de certaines enquêtes de la DREES, notamment :

- ◆ en 2020, la CNSA a cofinancé l'**enquête autonomie** (population générale personnes âgées (PA) – personnes en situation de handicap (PH)) qui sera réalisée entre 2021 et 2023, avec trois volets (ménages, institution, aidants). La CNSA a versé 2 M€ à la DREES, ce qui en fait le premier contributeur ;
- ◆ en 2019, l'**enquête mode de garde** à hauteur de 300 000 €, sur volet parents d'enfant handicapé ;
- ◆ en 2016, la CNSA avait financé l'**enquête PHEDRE<sup>14</sup>** à hauteur de 750 000 €.

La CNSA travaille particulièrement sur la conception des questionnaires de la DREES, elle participe ensuite aux instances de suivi des études.

**La CNSA finance par ailleurs, à une fréquence moyenne d'une fois tous les deux ans, des évaluations de politiques publiques.** En 2020, la CNSA a ainsi financé l'évaluation de services à domicile qui expérimentent la transformation de toute ou partie de leur structure en s'inspirant du modèle Buurtzorg (organisations en équipes sectorisées et auto-gérées).

### 2.5.3. Ces activités sont gérées par un chargé de mission au sein de la direction scientifique

Un chargé de mission innovation et recherche est en charge des relations avec l'IRESP, la DREES, et de l'instruction des projets gérés en direct par la CNSA.

## 2.6. La valorisation des travaux de recherche et des publications de la CNSA est limitée

La valorisation des travaux de recherche par la CNSA passe par deux actions principales :

- ◆ l'organisation tous les deux ans de rencontres scientifiques ;
- ◆ la mise en avant des travaux recherches qu'elle finance.

### 2.6.1. Les rencontres scientifiques affichent des résultats en demi-teinte

La COG 2016-2019 prévoit l'organisation tous les deux ans de rencontres scientifiques qui « *permettent un large échange sur la recherche relative à un thème prioritaire dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie* ». Les deux dernières rencontres CNSA recherche et innovation ont été organisées en 2016<sup>15</sup> et 2018<sup>16</sup>. Les rencontres 2020 ont été reportées du fait de la pandémie. La CNSA envisage l'organisation d'un évènement 100 % digital.

---

<sup>14</sup> Prestation de compensation du handicap : exécution dans la durée et reste à charge.

<sup>15</sup> Sur le thème : Autonomie et qualité de vie – entre pratiques et aspirations.

<sup>16</sup> Sur le thème : Handicap et perte d'autonomie – de l'expérience à l'expertise.

## Annexe VII

Les bilans des rencontres 2016 et 2018 réalisés par la CNSA font apparaître une fréquentation en baisse, par le nombre de participants et leur provenance géographique et professionnelle (cf. tableau 14), malgré un budget (non-audit) en hausse (cf. tableau 15). En particulier, la majorité des participants viennent d'Île-de-France. En outre, lors des rencontres 2018, 75 % des participants ont déclaré venir pour la première fois. **Ces constats posent la question de la pertinence de ces rencontres pour créer un lieu institutionnel d'échanges dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie.**

**Tableau 14 : bilan des rencontres scientifiques 2016 et 2018**

		Rencontres 2016	Rencontres 2018
Nombre de demandes d'inscription		830	700
Nombre de participants		430	385
Nombre d'intervenants		50	50
Provenance des participants	Nombre de départements	34	22
	% venant d'Île-de-France	« majoritaire »	60 %
	Nombre de MDPH	21	12
	Nombre d'ARS	5	3
	Nombre de chercheurs/étudiants	35	17

*Source : CNSA, direction scientifique.*

**Tableau 15 : budget des rencontres scientifiques**

	Rencontres 2016	Rencontres 2018	Séminaire de restitution 2018	Rencontres 2020
Budget TTC	276 576*	329 174*	18 379	135 533

*Source : CNSA, direction scientifique.*

\*L'augmentation de budget entre les éditions 2016 et 2018 s'explique par : l'ajout d'un cocktail, d'un café gourmand et l'aménagement d'un espace de convivialité et d'échange entre participants et intervenants, la présence de traducteurs anglais/français, l'augmentation de la signalétique pour se repérer dans les lieux et un changement d'agence aux tarifs plus élevés.

### 2.6.2. Les publications de la CNSA sont nombreuses mais leur diffusion est limitée à un public très restreint

#### 2.6.2.1. Le catalogue des publications de la CNSA illustre la grande variété de publications réalisées par la CNSA

**Le catalogue des publications de la CNSA élaboré en juillet 2020 par la direction des partenariats et de la communication recense les publications diffusées par la CNSA :**

- ◆ les rapports annuels de la CNSA présentent le bilan de la Caisse et de ses services au cours de l'année dans ses fonctions financières, d'animation de réseau, de centre d'expertise technique, de recherche et d'agence chargée de garantir l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire ;
- ◆ « Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie » permettent de mettre à la disposition des acteurs et des décideurs du secteur médico-social des données actualisées sur l'aide à l'autonomie ;
- ◆ « La lettre de la CNSA » est diffusée mensuellement de septembre à juin, au format électronique ;
- ◆ la collection « Repères statistiques » est bien identifiée et a donné lieu à 16 publications entre le mois d'octobre 2014 et le mois de mars 2020 ;

## Annexe VII

- ◆ la collection « Analyse statistique » a connu des publications plus sporadiques et moins bien identifiées ; seulement quatre publications sont ainsi recensées sur la période 2016-2018 ;
- ◆ les dossiers techniques valorisent des travaux, des résultats d'études ou d'expérimentations menées par la CNSA et ses partenaires ;
- ◆ les dossiers scientifiques valorisent des travaux scientifiques menés par la CNSA et ses partenaires et des actes de colloques organisés par la CNSA ;
- ◆ les cahiers pédagogiques de la CNSA ont pour objectif de transmettre une culture commune sur un sujet, pour une meilleure compréhension de ce sujet par les partenaires des réseaux de la Caisse ;
- ◆ les mémos présentent de façon synthétique et pédagogique les informations relatives à une action ou à une mission de la CNSA, sur un ou deux feuillets recto-verso illustrés ;
- ◆ les fiches en « facile à lire et à comprendre » permettent de rendre accessible à tous les informations relatives aux principales politiques publiques mises en œuvre par la CNSA ;
- ◆ de nombreuses autres publications de la CNSA sont disponibles, sans mise en valeur éditoriale particulière : résultats des études nationales de coûts en EHPAD, rapports d'analyse des comptes administratifs des ESMS, données sur la situation des EHPAD, analyse des fonds départementaux de compensation du handicap, rapport de l'enquête de coûts SERAFIN-PH, situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018...

**L'information mise à la disposition du grand public et des chercheurs par la CNSA se révèle ainsi très riche mais sa diffusion reste limitée à un public restreint.** La multiplication des supports diffusés par la CNSA, présentés sans effort éditorial sur le site internet de la CNSA, nuit ainsi à la mise en valeur des informations diffusées.

À titre de comparaison, l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) propose des collections thématiques dont l'objet est précisément défini et qui recouvrent un nombre important de publications :

- ◆ les « Informations Rapides » présentent les derniers indices et les résultats les plus récents des enquêtes de conjoncture de l'Insee (345 publications en 2019) ;
- ◆ la collection « Insee Focus » propose de courtes synthèses sur des thématiques économiques et sociales variées et la collection « Insee Première » présente les premiers résultats des enquêtes et études réalisées par l'Insee (99 publications en 2019) ;
- ◆ les documents de travail présentent les premiers résultats de travaux à caractère technique et les « Insee Analyses » présentent le résumé de travaux d'analyse conduits à l'Insee (36 publications en 2019).

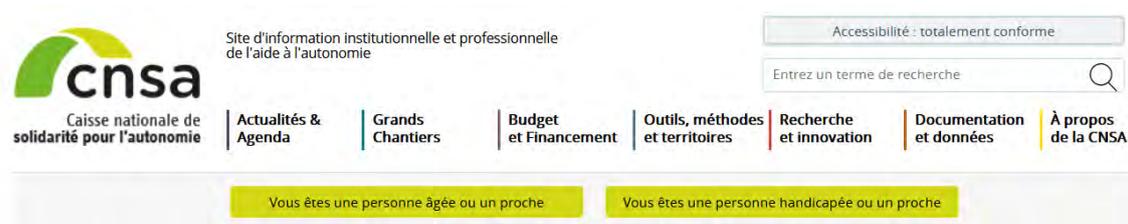
### ***2.6.2.2. Les publications à caractère statistique ou scientifique de la CNSA sont peu consultées***

**La CNSA dispose d'un site internet sur lequel elle diffuse ses publications selon neuf rubriques (cf. figure 1) :**

- ◆ sept rubriques thématiques « actualités & agenda », « grands chantiers », « budget et financement », « outils, méthodes et territoires », « documentation et données » et « à propos de la CNSA » ;
- ◆ deux rubriques destinées aux bénéficiaires finaux des politiques publiques mises en œuvre par la CNSA « vous êtes une personne âgée ou un proche » et « vous êtes une personne handicapée ou un proche ».

## Annexe VII

**Figure 1 : site internet de la CNSA**



*Source : Site internet de la CNSA.*

La direction de l'information des publics et de la communication (DIPCOM) de la CNSA dispose de données (nombre de visiteurs et nombre de clics) relatives à la consultation des documents qui sont mis à disposition du public sur le site de la CNSA. Parmi les 8 522 documents disponibles sur le site de la CNSA, la mission a examiné les 100 documents les plus consultés entre le mois de janvier 2019 et le mois de décembre 2020 (cf. tableau 16), qui représentent 67 % du nombre de visiteurs et 46 % du nombre de téléchargements sur la période. **En deux ans, seulement 59 documents (sur 8 522) ont été consultés par plus de 1 000 visiteurs sur la période examinée.**

Les versions successives du formulaire Geva-Sco (première demande ou réexamen) représentent à elles seuls 53 248 visiteurs (16 % du nombre total de visites) et 61 841 clics (11 % du nombre total de clics).

**Tableau 16 : documents les plus consultés sur le site internet de la CNSA entre le mois de janvier 2019 et le mois de décembre 2020**

Rubrique	Nombre de documents	Nombre de visiteurs	Nombre de clics
Actualités & agenda	21	42 651	49 174
Grands chantiers	6	8 274	9 361
Budget et financement	0	0	0
Outils, méthodes et territoires	15	16 014	19 709
Recherche et innovation	3	5 520	6 900
Documentation et données	28	87 247	107 001
<i>dont formulaire Geva-Sco</i>	7	53 248	61 841
<i>dont autres</i>	21	33 999	45 160
À propos de la CNSA	2	1 697	1 862
Vous êtes une personne âgée ou un proche	0	0	0
Vous êtes une personne handicapée ou un proche	23	59 417	67 016
<b>Total (100 publications les plus consultées)</b>	<b>100</b>	<b>223 354</b>	<b>264 042</b>
Total	8 522	331 693	575 818

*Source : CNSA.*

**L'examen de la liste des 100 documents les plus consultés met en évidence le manque de visibilité des travaux à caractère statistique ou scientifique de la CNSA :**

- ◆ au sein de la rubrique « recherche et innovation », les trois documents les plus consultés, intitulés « instructions aux porteurs de projets » (2 614 visiteurs), « trame de réponse » (1 942 visiteurs) et « guide pour la présentation d'un projet de demande de subvention » (964 visiteurs) ont uniquement trait aux modalités pratiques permettant aux porteurs de projet de bénéficier de subventions dans le cadre des appels à projets de la CNSA ; ils ne portent pas sur le résultat des recherches conduites ;

## Annexe VII

- ◆ au sein de la rubrique « documentation et données », le seul document à caractère statistique ou scientifique est le fascicule « les chiffres clés de l'autonomie 2019 » (855 visiteurs) ; les autres documents sont majoritairement constitués de documentation destinée aux professionnels (Geva-Sco) ou aux usagers (démarches administratives prises en charge par les MDPH) ;
- ◆ l'étude sur la situation des EHPAD en 2016 (824 visiteurs) et l'étude sur la situation des EHPAD en 2017 (1 659 visiteurs) sont les seules publications à caractère statistique ou scientifique qui ont bénéficié d'un relatif intérêt sur la période de deux ans considérée.

**La mesure et le suivi de l'impact des publications de la CNSA est insuffisamment prise en compte au sein de la CNSA**, avec le risque que les efforts déployés par les équipes ne trouvent pas leur traduction en termes de diffusion des connaissances relatives aux politiques publiques de l'autonomie et du handicap.

### *2.6.2.3. Les résultats de recherche ont vocation à alimenter le débat autour des politiques publiques de l'autonomie et du handicap, mais leur utilité n'est pas avérée*

**Conformément à ses missions, la CNSA finance la recherche sur le handicap et la perte d'autonomie.** Elle n'est pas responsable des résultats obtenus par les chercheurs. L'objet de la diffusion de ces résultats est de stimuler le débat et la réflexion. Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 31 décembre 2020, la CNSA a ainsi publié sur son site internet le résultat de 53 projets de recherche financés dans le cadre de ses appels à projet, sous la forme d'une fiche signalétique composée d'un résumé du projet, d'un lien vers le rapport de recherche et des coordonnées du chercheur.

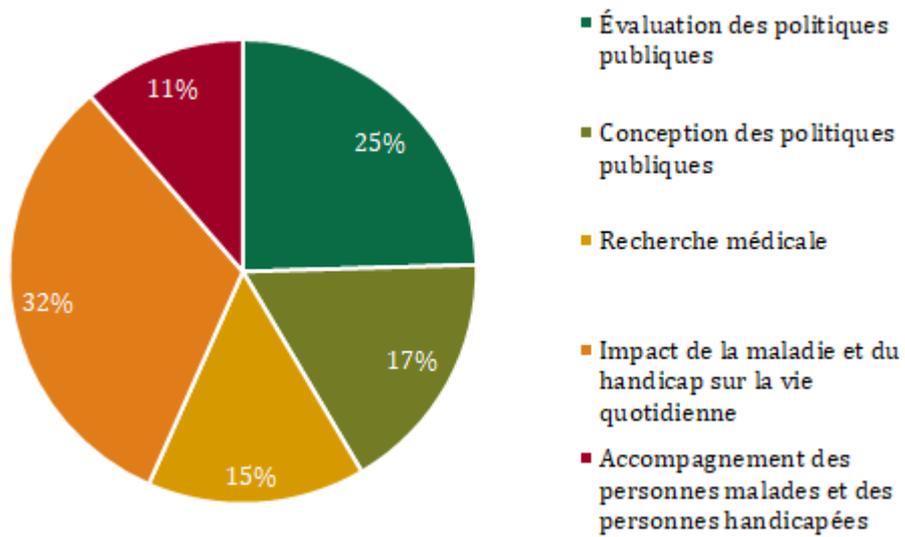
Parmi ces 53 projets, la mission a identifié les cinq thématiques génériques suivantes (cf. graphique 2 et tableau 17) :

- ◆ 13 travaux de recherche ont trait à l'évaluation des politiques publiques ;
- ◆ 9 travaux de recherche ont trait à la conception des politiques publiques ;
- ◆ 8 travaux de recherche concernent la recherche médicale au sens large ;
- ◆ 17 travaux de recherche décrivent l'impact de la maladie et du handicap sur la vie quotidienne ;
- ◆ 6 travaux de recherche ont trait à l'accompagnement des personnes malades et des personnes handicapées.

**La CNSA finance un nombre important de projets de recherche dont elle diffuse les résultats, sans qu'il soit possible de mesurer l'impact de ces publications.**

## Annexe VII

Graphique 2 : thématiques des résultats de recherche publiés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017



*Source : Mission.*

Annexe VII

Tableau 17 : résultats de recherche publiés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017

Date de publication	Intitulé	Thème
01/01/2017	Évaluer le reste à charge en matière de dépenses de santé	Évaluation des politiques publiques
01/02/2017	Vivre avec une maladie rare : l'exemple du Pemphigus	Impact de la maladie et du handicap sur la vie quotidienne
28/02/2017	Mieux comprendre les déterminants sociaux des troubles psychologiques et de l'apprentissage chez l'enfant	Recherche médicale
01/03/2017	De la maladie mentale... au handicap psychique	Recherche médicale
02/03/2017	Impact des maladies auto-immunes sur la vie des patients	Impact de la maladie et du handicap sur la vie quotidienne
30/06/2017	Construire un modèle de prise en charge pour les enfants les plus lourdement handicapés : l'expérience du CESAP et du CLAPEAHA	Conception des politiques publiques
01/07/2017	Vie sociale des personnes en situation de handicap rare	Impact de la maladie et du handicap sur la vie quotidienne
31/07/2017	Programme de réadaptation visant l'amélioration des activités et la participation des personnes cérébrolésées	Conception des politiques publiques
31/07/2017	Le financement de l'aide professionnelle à domicile	Conception des politiques publiques
01/08/2017	Différences et similitudes des trajectoires de dépendance des personnes âgées en Europe	Évaluation des politiques publiques
31/08/2017	Accueil en maternelle d'enfants avec un trouble du spectre autistique (TSA)	Accompagnement des personnes malades et des personnes handicapées
02/10/2017	L'accès à la parentalité des mères en situation de handicap moteur	Impact de la maladie et du handicap sur la vie quotidienne
15/10/2017	Évolution des modes de gouvernance des politiques médico-sociales	Évaluation des politiques publiques
20/10/2017	Les savoirs expérientiels des parents d'enfants atteints d'une maladie rare	Impact de la maladie et du handicap sur la vie quotidienne
30/11/2017	Devenir des enfants ayant subi un traumatisme crânien sévère	Impact de la maladie et du handicap sur la vie quotidienne
01/12/2017	Formation des aidants familiaux de personnes jeunes atteintes d'une maladie neurodégénérative	Conception des politiques publiques
02/01/2018	Drépanocytose : de la médecine pédiatrique à la médecine pour adulte	Recherche médicale
02/01/2018	Une semelle intelligente pour prévenir les chutes	Recherche médicale
30/01/2018	Transition à l'âge adulte des jeunes souffrant de troubles psychiques	Impact de la maladie et du handicap sur la vie quotidienne

Annexe VII

Date de publication	Intitulé	Thème
31/01/2018	Maladies héréditaires rares : analyser le vécu des patients et évaluer leur qualité de vie	Impact de la maladie et du handicap sur la vie quotidienne
07/02/2018	Décrire la dimension fonctionnelle du handicap psychique dans les dossiers MDPH	Conception des politiques publiques
17/02/2018	Participation sociale dans la schizophrénie : le rôle des facteurs interpersonnels	Recherche médicale
25/02/2018	Qualité de vie des proches aidants de personnes polyhandicapées	Impact de la maladie et du handicap sur la vie quotidienne
01/04/2018	Transformer l'offre médico-sociale ?	Conception des politiques publiques
02/04/2018	Évaluation de la prise en charge des patients à un stade avancé de la maladie de Parkinson	Évaluation des politiques publiques
02/04/2018	Difficultés des personnes présentant une déficience intellectuelle à se déplacer seules	Impact de la maladie et du handicap sur la vie quotidienne
17/04/2018	Administration automatique de solutions non médicamenteuses à des patients atteints de la maladie d'Alzheimer	Accompagnement des personnes malades et des personnes handicapées
05/05/2018	Repenser l'accompagnement des personnes handicapées avançant en âge	Conception des politiques publiques
01/06/2018	Améliorer l'insertion professionnelle des personnes atteintes d'hypersomnie rare	Impact de la maladie et du handicap sur la vie quotidienne
01/06/2018	Prise en charge des enfants en situation de handicap de moins de trois ans	Conception des politiques publiques
02/06/2018	Évaluation du reste à charge pour des patients atteints d'une maladie rare : l'exemple du lymphoedème primaire	Évaluation des politiques publiques
01/07/2018	Recueillir la parole de patients atteints de maladies auto-immunes rares	Impact de la maladie et du handicap sur la vie quotidienne
16/07/2018	Annonce du diagnostic d'une maladie rare : cas de la craniosténose	Impact de la maladie et du handicap sur la vie quotidienne
21/07/2018	Syndromes génétiques rares : les préoccupations des parents et de leurs enfants lorsqu'ils deviennent adultes	Impact de la maladie et du handicap sur la vie quotidienne
01/08/2018	Une semelle intelligente pour prévenir les chutes	Recherche médicale
06/09/2018	Le choix des pratiques linguistiques des parents d'enfants sourds	Impact de la maladie et du handicap sur la vie quotidienne
02/10/2018	Le handicap en prison	Évaluation des politiques publiques
01/12/2018	Décider de faire le diagnostic génétique d'une maladie génétique rare : cas de la maladie de Huntington	Recherche médicale
01/12/2018	Outils numériques pour les enfants avec autisme	Accompagnement des personnes malades et des personnes handicapées

## Annexe VII

Date de publication	Intitulé	Thème
01/12/2018	Les difficultés de l'inclusion scolaire pour les enseignants	Impact de la maladie et du handicap sur la vie quotidienne
31/12/2018	Les limitations physiques chez la population sans domicile en région parisienne	Évaluation des politiques publiques
13/01/2019	Une lecture détaillée des processus d'admission en établissement	Évaluation des politiques publiques
04/02/2019	Mieux connaître les personnes atteintes de surdécécité	Évaluation des politiques publiques
28/02/2019	Mieux connaître les personnes handicapées avançant en âge grâce aux données d'enquêtes	Évaluation des politiques publiques
20/06/2019	Quand un IME s'installe dans les murs d'un collège	Accompagnement des personnes malades et des personnes handicapées
30/06/2019	Les sens de l'agitation chez l'enfant : une diversité de pratiques professionnelles et de trajectoires	Accompagnement des personnes malades et des personnes handicapées
20/07/2019	Vieillessement des personnes avec troubles du spectre autistique et déficience intellectuelle	Impact de la maladie et du handicap sur la vie quotidienne
20/08/2019	Accompagnement des parents d'enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA)	Accompagnement des personnes malades et des personnes handicapées
21/11/2019	Accroître l'inclusion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique	Conception des politiques publiques
02/12/2019	Analyse des déterminants des écosystèmes d'aides des personnes en situation de handicap	Évaluation des politiques publiques
06/12/2019	Rémunérations et statuts des aidants et des aidantes	Évaluation des politiques publiques
07/04/2020	Éducation thérapeutique du patient : l'exemple de la maladie de Parkinson	Recherche médicale
01/11/2020	Le non-recours aux établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap	Évaluation des politiques publiques

Source : Site internet de la CNSA.

### **3. Contrairement à la CNSA, les caisses nationales de sécurité sociale disposent de directions chargées des statistiques et des études très structurées, qui participent activement à la conception des politiques publiques**

#### **3.1. La direction des statistiques, des études et de la recherche de la CNAF joue un véritable rôle d'appui aux pouvoirs publics pour la définition des politiques publiques**

**La direction des statistiques, des études et de la recherche (DSER) de la CNAF compte environ 50 agents (représentant environ 45 ETP) répartis entre trois départements et une mission (cf. figure 2) :**

- ◆ le département des analyses statistiques et économiques (département DANSE) prend en charge les études, les chiffrages et les prévisions ; il est composé d'un pôle « prévisions et analyses des prestations légales » et d'un pôle « analyse des services de la branche famille et ingénierie statistique » ;
- ◆ le département « statistiques, systèmes d'information et big data » (département BIGSTAT) est le département de la donnée qui prend en charge la conception du système d'informations statistique, les sujets relatifs aux « data sciences » et la production des indicateurs de référence de la direction ; il est composé d'un pôle « production statistique et méthodes » et d'un pôle « systèmes d'information statistiques, outils et big data » ;
- ◆ le département « recherche, études et valorisation scientifique » (département DREVS) prend en charge les travaux de recherche (sociologie, sciences politiques), les évaluations « compréhensives » et la valorisation des productions de la direction ; il est composé d'un pôle « recherche, études, veille scientifique » et d'un pôle éditorial de la recherche et des statistiques ;
- ◆ la mission PERSPICAF est chargée de l'animation du réseau des statisticiens des caisses d'allocation familiales.

Au sein de la CNAF, la DSER de la CNAF est ainsi responsable du traitement et de la valorisation des données, de la production d'études, de la collaboration à des travaux de recherche et du financement de projets de recherche. Le programme des principales études et recherches est voté par la commission compétente du conseil d'administration après avis du conseil scientifique.

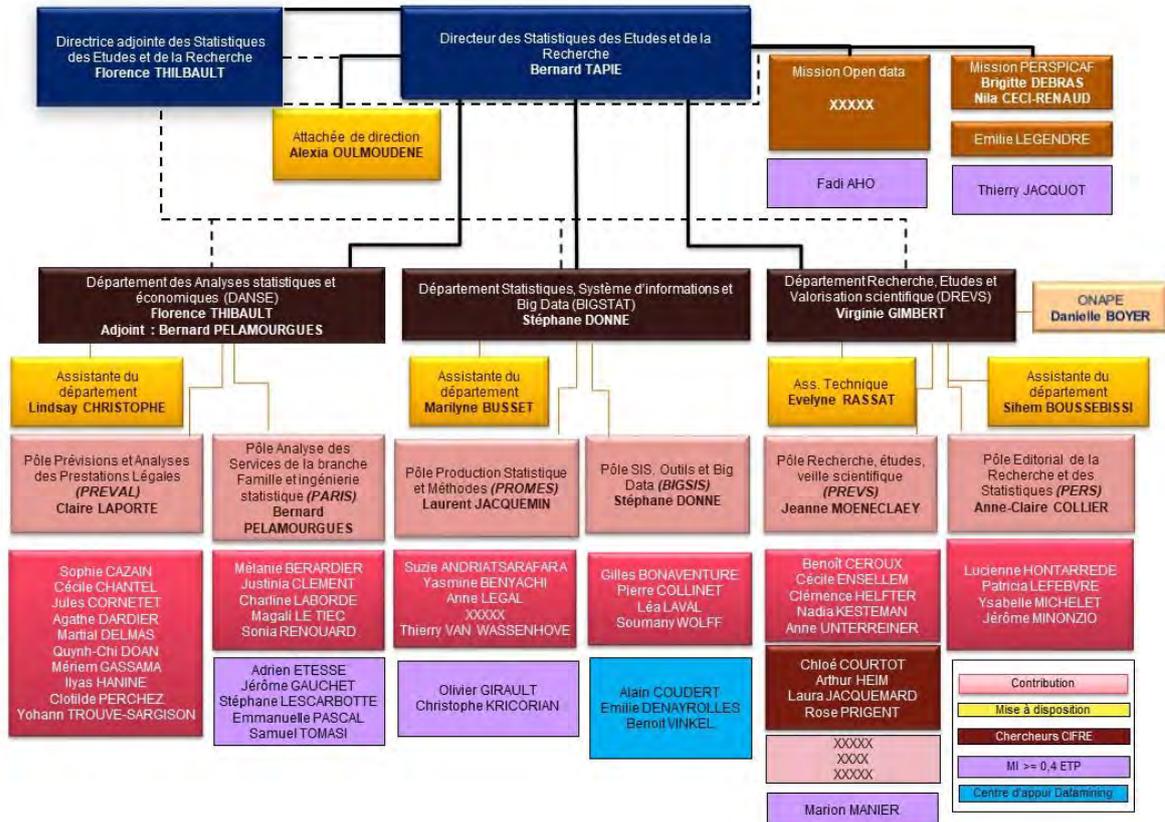
**La DSER participe également à la définition de la stratégie de la CNAF par trois biais :**

- ◆ elle peut appuyer les pouvoirs publics pour la conception de politiques publiques (*design* de prestations) ou pour définir des orientations (chiffrages, analyses d'impacts *ex ante*) ;
- ◆ en lien avec d'autres directions de la CNAF, elle peut proposer aux pouvoirs publics des évolutions des dispositifs existants, voire de nouvelles prestations ;
- ◆ elle peut décider de documenter un sujet qui pourrait faire l'objet d'une nouvelle politique publique.

Les données détaillées des fichiers statistiques (c'est-à-dire les fichiers de base sur lesquels travaille la direction) sont mises à la disposition des chercheurs par le truchement du Centre d'accès sécurisé aux données (CASD). Afin d'obtenir l'accès à ces données, ceux-ci doivent obtenir l'avis favorable du comité du secret statistique, puis celui de la direction du patrimoine et du directeur général de la CNAF.

Selon la CNAF, une centaine de jeux de données sont publiés dans le cadre de la politique d'« open data », et une soixantaine d'entre eux sont labellisés par l'Autorité de la statistique publique.

Figure 2 : organigramme de la direction des statistiques, des études et de la recherche de la CNAF



Source : CNAF.

### 3.2. La direction des statistiques, de la prospective et de la recherche de la CNAV dispose d'une légitimité reconnue en matière de recherche, sur laquelle elle s'appuie pour alimenter le débat public pour toutes les questions relatives au vieillissement de la population

La direction des statistiques, de la prospective et de la recherche (DSPR) de la CNAV assure la production de statistiques, de projections, d'évaluations et de recherches qui permettent à la CNAV d'apporter les éclairages nécessaires aux pouvoirs publics et à son conseil d'administration sur l'évolution du régime général, l'impact social et l'impact financier des réformes. La DSPR contribue à développer la connaissance scientifique des aspects sociaux de la retraite et du vieillissement. Elle diffuse et valorise les analyses sur ces sujets, notamment via des publications.

La DSPR compte environ 53 agents répartis de la façon suivante :

- ◆ une sous-direction de la prospective composée d'une unité « inter-régimes », d'une unité « démographie et départs à la retraite » et d'une unité « carrières et maîtrise des risques » ;
- ◆ une sous-direction « appui statistique à la branche » ;

## Annexe VII

- ◆ un pôle « production statistiques nationales » ;
- ◆ un pôle « évaluation » ;
- ◆ une unité « recherche sur le vieillissement ».

Les productions et valorisations de statistiques, d'analyses quantitatives, d'évaluations, de projections et de recherches visent à éclairer les décisions, soit en matière de pilotage stratégique des politiques publiques (retraite et action sociale), soit en matière de pilotage stratégique de la branche (gestion, qualité de service...). La DSPR est constituée principalement de chargés d'études statistiques experts et de « data scientists » qui sont capables de répondre aux questions qui leur sont posées en constituant eux-mêmes des bases de données complexes, de mettre en place des enquêtes et de proposer des modélisations avancées des phénomènes d'intérêt en utilisant des logiciels de programmation statistique.

**La DSPR est particulièrement sollicitée par ses autorités pour réaliser des prévisions et des projections de long terme sur le système de retraite**, tant sous l'angle des droits des assurés que des masses financières. Ces travaux s'appuient sur un modèle de micro-simulation développé en interne, simulant le parcours de vie de plus de cinq millions d'assurés jusqu'à des horizons de temps longs.

**La DSPR dispose d'une unité de recherche pionnière sur les aspects sociaux du vieillissement depuis 1973, qui est une des principales unités de recherche sur les aspects sociaux du vieillissement en France.** L'unité de recherche sur le vieillissement (URV) est dirigée par un maître de conférences des universités et est régulièrement sollicitée tant au niveau national qu'international. Les activités de l'URV contribuent à éclairer les politiques générales liées au vieillissement démographique de la population et les orientations de la branche pour accompagner ses assurés et ses retraités. Ces activités de recherche consistent en la réalisation de recherches ou d'études nouvelles par le biais d'approches qualitatives ou quantitatives, l'exploitation de données d'enquêtes déjà existantes, et la valorisation des recherches internes ou externes sur les thèmes intéressant la branche retraite dans différentes revues et événements scientifiques, ainsi que la contribution à des réseaux de recherche. Elles sont complétées par des activités d'animation de la recherche et de publications scientifiques. La reconnaissance académique de l'URV et son positionnement au sein de la branche retraite lui confèrent une expertise riche et originale sur le champ du vieillissement, et un rôle d'animation, de passerelle et d'échanges entre le monde académique et celui de la sécurité sociale, ce qui favorise une vision large et pluridisciplinaire des problématiques.

**En revanche, la DSPR ne contribue pas au financement de projets de recherche par le biais d'appels d'offres.** Elle contribue à l'orientation des recherches sur les thèmes intéressant la branche retraite *via* les collaborations scientifiques de ses chercheurs, *via* les appels d'offre thématiques pour ses revues scientifiques (qui permettent de disposer de travaux de recherche de qualité sans financement spécifique de chacune de ces recherches), *via* sa contribution à l'animation de la recherche ou sa contribution à l'Institut de la longévité, des vieillesse et du vieillissement (ILVV) dont elle est partenaire.

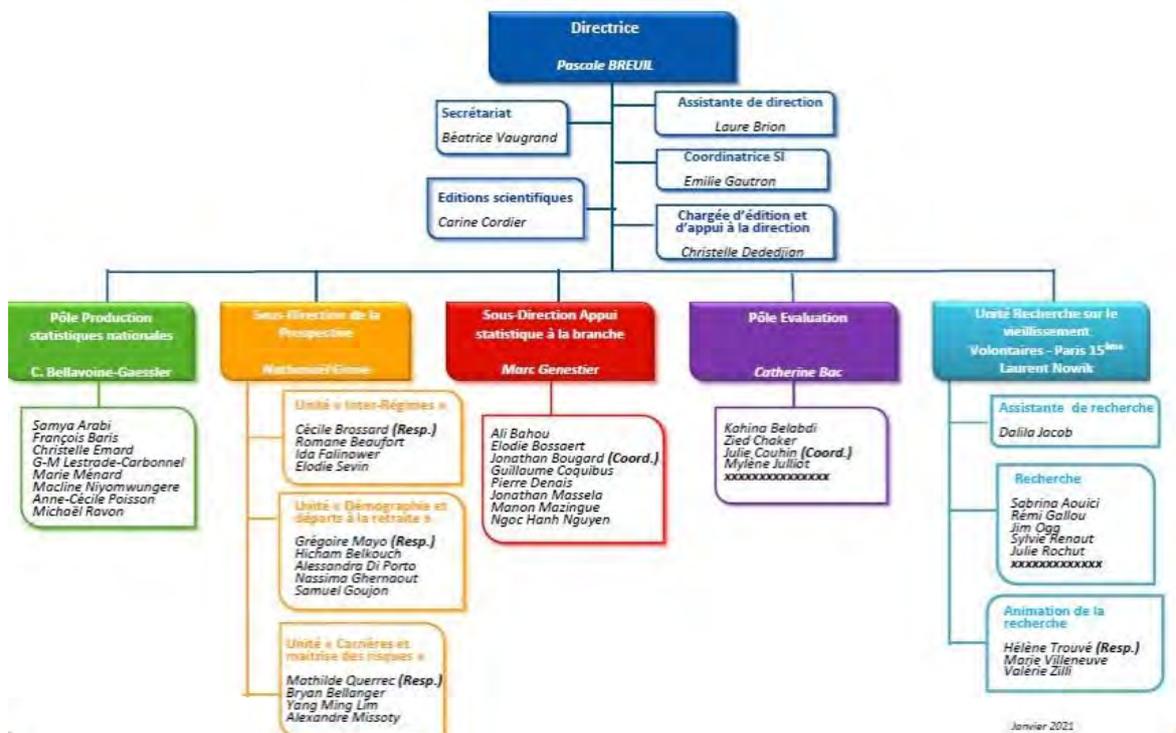
**La DSPR met à disposition de tous les publics des statistiques, des études et des publications. Elle propose également une offre de data-visualisation et des séries longues en « open data ».** La CNAV publie des séries labellisées depuis 2013. La labellisation vient d'être renouvelée. Ces séries annuelles en « open data » ont pour objectif de fournir des informations sur les bénéficiaires de pensions du régime général et sur leurs droits, et à éclairer par là même l'évolution des dépenses du principal régime de retraite (plus de 120 Md€ par an et 5 % du PIB).

La CNAV instruit au cas par cas chaque demande d'accès des chercheurs aux données individuelles qu'elle gère, et qui nécessitent des extractions spécifiques. La DSPR est aidée en cela par sa proximité et sa convergence d'intérêt avec les chercheurs extérieurs, avec lesquels elle développe également des collaborations. Cette dernière solution, sur les thématiques d'intérêt de la CNAV, permet des échanges mutuellement avantageux sur le contenu des données et leur adéquation aux problématiques de recherche, et *in fine* aussi une meilleure qualité de la recherche et une meilleure appropriation des résultats de la recherche par la CNAV. Les données sont en effet particulièrement complexes car elles résultent de législations, règles de gestions, systèmes d'informations qui évoluent en permanence, portent sur plusieurs décennies du fait de la longueur des carrières, sans avoir été documentées sur toute cette période.

Les travaux de la DSPR sont mis en ligne par la CNAV et font l'objet de différents formats de publications. Les travaux d'étude et de recherche sont également valorisés lors de colloques et lors d'événements institutionnels. Ces travaux sont également valorisés via des publications ou manifestations scientifiques. Une lettre d'information réalisée par la CNAV en collaboration avec l'ILVV est diffusée à plusieurs milliers de destinataires et présente des synthèses des recherches sur un thème donné et les principaux laboratoires travaillant sur ce sujet. La DSPR gère deux revues scientifiques à comité de lecture largement ouvertes aux contributions extérieures. Sur l'ensemble des travaux, une double valorisation académique et institutionnelle est recherchée.

La revue *Gérontologie et Société*, revue scientifique pluridisciplinaire sur les sujets du vieillissement, bénéficie d'une excellente audience, tant de la part des chercheurs que des professionnels. Les consultations en ligne dépassent désormais un million de consultations par an.

Figure 3 : organigramme de la direction des statistiques, de la prospective et de la recherche de la CNAV



Source : CNAV.

### 3.3. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) dispose d'une direction de la stratégie, des études et des statistiques qui contribue à l'élaboration de sa stratégie

**La direction de la stratégie, des études et des statistiques (DSES) de la CNAM compte environ 110 agents répartis au sein des sept départements suivants (cf. figure 4) :**

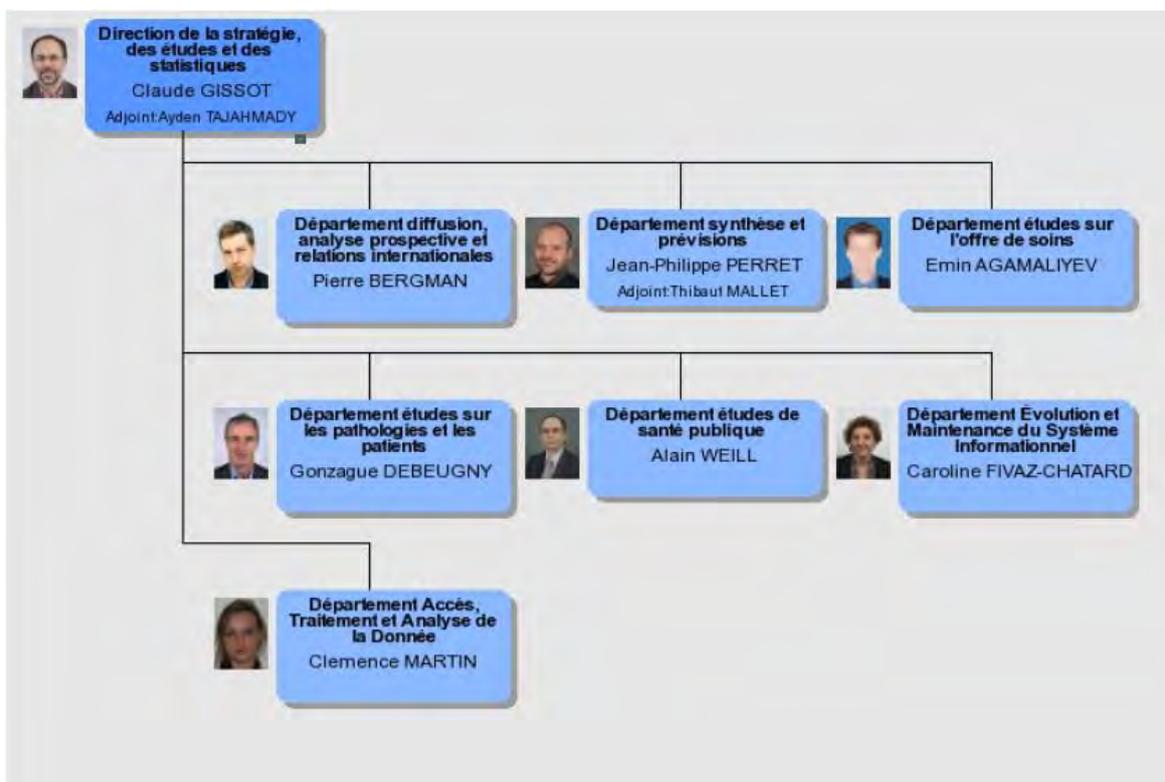
- ◆ un département « diffusion, analyse prospective et relations internationales » chargé des publications, de la diffusion, des comparaisons internationales et de l'accueil des délégations étrangères ;
- ◆ un département « synthèse et prévision » chargé de la conjoncture et du suivi des dépenses ;
- ◆ un département « études sur l'offre de soins » chargé de la démographie, de l'activité et des honoraires des libéraux ;
- ◆ un département « études sur les pathologies et les patients » chargé du parcours des patients et de la cartographie médicalisée ;
- ◆ un département « études de santé publique » chargé des études d'utilisation et de la pharmacovigilance sur les produits de santé ;
- ◆ un département « évolution et maintenance du système informationnel » chargé de la maîtrise d'ouvrage du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) et du système national de données de santé (SNDS) ;
- ◆ un département « accès, traitement et analyse de la donnée » chargé de l'animation des utilisateurs du SNIIRAM et du SNDS, de l'« open data », du « big data » et de l'extraction de données pour les utilisateurs externes.

Chaque département est composé d'environ douze à quinze agents : statisticiens, économistes, médecins, consultants pour la maîtrise d'ouvrage. Le rôle de la CNAM dans la mise à disposition des données et la maîtrise d'ouvrage du SNIIRAM et du SNDS occupe environ 30 agents qui ne produisent ni statistiques, ni études.

**La DSES contribue à la définition de la stratégie de la CNAM par le biais de sa production statistique et par l'élaboration d'études.** Chaque année, elle propose à la direction générale de la CNAM, aux autres directions métiers et aux partenaires extérieurs des objectifs annuels en matière d'études et de production statistique. Les travaux statistiques des quatre départements d'étude de la DSES sont fortement valorisés dans le rapport « charges et produits », publié annuellement, qui présente les propositions de l'assurance-maladie pour améliorer l'efficacité du système de soins.

**La DSES met par ailleurs de nombreuses données à disposition du grand public et des chercheurs.** Elle propose également en « open data » des jeux de données sur les dépenses, sur les médicaments et sur la biologie. Certaines séries ont été labellisées par l'Autorité de la statistique publique (ASP). S'agissant de la recherche, la DSES s'appuie sur l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) et sur l'Institut de recherche en santé publique (IRESP), à l'instar de la CNSA. Elle établit également des collaborations de gré à gré sur certains projets de recherche. Certaines études sont publiées dans des revues à comité de lecture, en français ou en anglais.

Figure 4 : organigramme de la direction de la stratégie, des études et des statistiques de la CNAM



Source : CNAM.

### 3.4. Les principales séries statistiques produites par les caisses nationales de sécurité sociale sont labellisées par l'Autorité de la statistique publique

Ces caisses nationales de sécurité sociale font également labelliser les principales séries statistiques qu'elles produisent par l'Autorité de la statistique publique (cf. tableau 18). Cette procédure de labellisation de statistiques publiques émanant de l'exploitation de sources administratives et produites hors du service statistique public a été ouverte en 2011 par l'Autorité de la statistique publique (ASP) afin d'améliorer l'information des utilisateurs et d'accroître le champ des statistiques à même de contribuer au débat public. L'objectif de la labellisation est de garantir le respect du principe d'indépendance professionnelle dans la conception, la production et la diffusion de ces statistiques ainsi que des principes d'objectivité, d'impartialité, de pertinence et de qualité des données produites.

Tableau 18 : labellisation par l'Autorité de la statistique publique (ASP) de certaines données produites par les caisses nationales de sécurité sociale

Année	Labellisation accordée par l'ASP
2011	Statistiques trimestrielles de l'emploi de l'ACOSS
2012	Statistiques sur les bénéficiaires de prestations légales produites par la CNAF
2013	Principales séries statistiques produites par la CNAV Série trimestrielle masse salariale du secteur privé et séries mensuelle et trimestrielle des embauches des affiliés au régime général au niveau national produites par l'ACOSS
2015	Statistiques mensuelles des dépenses d'assurance maladie produites par la CNAMTS
2016	Séries trimestrielles d'effectifs salariés de l'ACOSS (renouvellement)
2018	Données mensuelles brutes relatives aux dépenses de médicaments produites par la CNAM Nouvelles séries de données produites par la CNAF
2020	Séries trimestrielles d'effectifs salariés, de masse salariale et de déclaration d'embauche au niveau national et séries d'effectifs salariés et de masse salariale localisées produites par l'ACOSS

Source : ASP.

## 4. Propositions

### 4.1. Au regard des ambitions inhérentes à la création d'une cinquième branche de sécurité sociale, il est nécessaire que la CNSA soit en mesure de mieux connaître les politiques publiques dont elle a la charge

L'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles dispose que la CNSA a pour rôle :

- ◆ d'assurer la collecte et la valorisation des données relatives aux besoins et à l'offre de services et de prestations (fonction statistique) ;
- ◆ de contribuer à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie, leurs possibles adaptations territoriales et de proposer toute mesure visant à améliorer la couverture du risque, en prenant notamment en considération les inégalités liées au sexe afin d'élaborer des mesures correctives (fonction prospective).

Outre son dimensionnement global, la CNSA souffre aujourd'hui de trois faiblesses principales qui amoindrissent sa capacité à valoriser les connaissances dont elle dispose :

- ◆ la direction scientifique est principalement tournée vers le financement d'initiatives extérieures, et non vers les besoins identifiés de la CNSA ;
- ◆ les compétences statistiques sont dispersées entre les deux directions métiers (DCOMP et DESMS), sans coordination entre les chargés d'études de ces deux directions ;
- ◆ la CNSA ne dispose pas de fonction prospective lui permettant d'avoir une vision globale des politiques publiques de l'autonomie dont elle assure la mise en œuvre et de hiérarchiser les enjeux et les efforts en termes de connaissances pour mieux les piloter.

**Proposition n° 1 : mutualiser l'activité et les compétences des agents actuellement chargés des statistiques, des études et de la recherche, avec pour objectif de mieux documenter les politiques publiques de l'autonomie.**

La mutualisation des compétences déjà présentes au sein de la CNSA apparaît d'autant plus essentielle que les politiques publiques de l'autonomie sont très complexes (éclatées entre plusieurs réseaux, concernant des publics fragiles) et mal documentées, particulièrement le champ de la dépendance des personnes âgées à domicile et en établissement, et que les enjeux sanitaires et financiers sont très importants au regard des dynamiques démographiques.

Il convient donc de renforcer la fonction statistique (cf. 4.2), de réorienter une partie des efforts de recherche sur les besoins de la CNSA (cf. 4.3), et de mettre en place une véritable fonction prospective (cf. 4.3). Il s'agit ainsi de mieux documenter les politiques publiques de l'autonomie en s'appuyant sur les données de la CNSA, sur ses partenaires, sur des études extérieures et sur le monde académique, au sein d'un cadre stratégique défini et présenté chaque année au conseil.

Au niveau opérationnel, plusieurs options sont possibles :

- ◆ **une option pourrait être de confier la fonction statistique et la fonction prospective à une nouvelle direction des statistiques, des études et de la prospective qui rassemblerait les équipes de statisticiens des deux directions métiers et les équipes de la direction scientifique.** Cette mutualisation aurait d'autant plus de sens qu'elle permettrait de constituer une direction d'une douzaine d'agents, soit une taille permettant une certaine souplesse en termes de gestion des ressources humaines, propre, à effectifs constants, à accroître la capacité de production et à améliorer l'efficacité. À moyen terme, cette option est privilégiée par la mission. À l'instar des trois caisses nationales de sécurité sociale (CNAM, CNAV, CNAF), il apparaît en effet logique que la transformation de la CNSA en organisme gestionnaire d'une nouvelle branche de sécurité sociale s'accompagne de la création d'une direction

autonome consacrée aux statistiques, aux études et à la prospective. La constitution de cette nouvelle direction au sein de la CNSA permettrait de regrouper l'ensemble des agents qui analysent et traitent les données collectées par la Caisse et de mutualiser leurs compétences. Cette option permettrait en outre de porter clairement l'enjeu des connaissances au niveau du comité de direction de la CNSA et serait un interlocuteur utile pour chaque direction, notamment la direction des systèmes d'information ;

- ♦ une autre option, plus réaliste à court terme, serait de **mettre en place un pilotage transversal de la fonction statistique tout en transformant les missions de la direction scientifique**, dont une partie des équipes seraient en charge de la fonction prospective.

### **4.2. Il convient de rationaliser la fonction statistique de la CNSA en mutualisant l'analyse et le traitement statistique des données entre les différentes équipes**

**Proposition n° 2 : rationaliser les fonctions qui ont trait à l'analyse et au traitement des données par la mise en place d'un pilotage global du sujet statistique au sein de la CNSA. Articuler cette fonction avec celles de pilotage des études et de soutien à la recherche et avec le développement de la fonction prospective dans le but de mieux documenter les politiques publiques de l'autonomie qui sont confiées à la CNSA.**

Ces fonctions sont aujourd'hui assurées par des agents de la direction de la compensation (DCOMP) et de la direction des établissements et services médico-sociaux (DESMS), sans réelle coordination. Il convient de mettre en place un pilotage global du sujet statistique au sein de la CNSA afin de renforcer les capacités d'analyse et de donner plus de visibilité à ces sujets essentiels à la connaissance des politiques publiques. Cette évolution doit permettre d'assurer la capitalisation des connaissances constituées en matière statistique, qui apparaît particulièrement importante s'agissant du maniement de bases de données qui implique l'utilisation d'applications spécifiques et le développement de codes informatiques *ad hoc*. Cette évolution s'inscrirait dans la continuité de la constitution d'une mission « analyse statistique » au sein de la direction de la compensation en 2017, et doit permettre de mutualiser les compétences aujourd'hui présentes dans les deux directions métiers de la CNSA.

Une des options possibles serait de rassembler ces agents au sein d'une direction transversale, à l'instar des directions des statistiques et des études qui existent à la CNAM, à la CNAF et à la CNAV (cf. 4.1).

À court terme, la mise en place d'une coordination transversale des sujets statistiques au niveau de la CNSA est *a minima* nécessaire.

L'effectif de six agents en charge des sujets statistiques pourrait être renforcée par 1 ETP ou 2 ETP en fonction des objectifs fixés dans la prochaine COG, afin notamment de limiter le recours aux prestataires extérieurs en matière d'assistance à maîtrise d'ouvrage.

**Proposition n° 3 : renforcer le dispositif statistique de la CNSA en s'appuyant sur la mutualisation des compétences des statisticiens présents au sein de la Caisse mais également sur l'expertise et sur les outils de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), service statistique du ministère chargé des affaires sociales.**

Au-delà de la meilleure organisation de la fonction statistique de la CNSA, il est essentiel de mettre en place une véritable stratégie de valorisation de la donnée au sein de la CNSA, en s'appuyant sur les compétences des statisticiens déjà présents au sein de la Caisse. En particulier, dans un contexte où le taux de rotation des agents est élevé, il est indispensable d'assurer la capitalisation des connaissances constituées en matière statistique, afin que les retraitements appliqués aux données brutes soient correctement retracés et conservés.

## Annexe VII

L'articulation des travaux statistiques de la CNSA avec ceux de la DREES, service statistique du ministère chargé des affaires sociales, constitue également une opportunité pour valoriser au mieux les données dont dispose la CNSA. Le groupe des producteurs de données mis en place en 2020 par la DREES afin d'assurer une meilleure coordination technique entre les producteurs de données statistiques relatives au handicap et aux politiques d'autonomie pourra utilement être pérennisé.

La prochaine COG de la CNSA devra concilier les deux finalités possibles pour son dispositif statistique :

- ◆ d'une part, une utilisation des données à des fins d'analyse statistique ou économique, qui nécessite une coordination étroite avec les différents producteurs de données, à commencer par la DREES, dans une temporalité qui peut être relativement longue ;
- ◆ d'autre part, une utilisation des données à des fins de pilotage des politiques publiques, en particulier dans la perspective de l'élaboration d'une politique de gestion du risque, qui intéressent prioritairement les tutelles ministérielles de la CNSA, dans une temporalité qui peut être relativement courte.

### **Proposition n° 4 : à moyen terme, envisager une labellisation par l'Autorité de statistique publique (ASP) des principales séries de données collectées par la CNSA.**

Depuis 2011, les quatre principales caisses nationales de sécurité sociale (CNAM, CNAV, CNAF, ACOSS) se sont engagées dans une démarche de labellisation par l'Autorité de la statistique publique des principales séries statistiques qu'elles produisent. Celle-ci donne un avis sur la qualité du processus d'exploitation et de diffusion de données administratives qui ne sont pas produites au sein du système statistique public, au regard des principes fixés par le code de bonnes pratiques de la statistique européenne. Cet avis peut être assorti de recommandations.

La labellisation des principales séries de données qu'elle collecte pourrait ainsi constituer un bon objectif de moyen terme pour la CNSA, qui lui permettrait de structurer sa fonction statistique en s'appuyant sur les recommandations de l'Autorité de la statistique publique et de diffuser des données d'une qualité comparable à celles des caisses nationales de sécurité sociale.

### **4.3. Concernant la direction scientifique la mission propose d'externaliser la recherche et ses actions innovantes, de mieux prendre en compte les besoins internes de la CNSA et de mettre en place une fonction prospective**

#### **Proposition n° 5 : externaliser le financement de l'innovation aujourd'hui assuré par la direction scientifique de la CNSA.**

La mission estime que le soutien aux actions innovantes mobilise actuellement 3,1 ETP (dont 2,5 à la Direction scientifique et 0,6 dans les directions ESMS et Compensation), cette charge s'expliquant notamment par la gestion directe des procédures de sélection et de conventionnement, pour des actions de nature hétérogène, qui ne font généralement pas l'objet d'une évaluation et dont la reproductibilité et la diffusion ne sont pas assurées. Par ailleurs, la CNSA dispose aujourd'hui d'une faible capacité pour réaliser ou faire réaliser des études ou évaluation lui permettant de mieux orienter ses interventions. Cette activité est en outre faiblement coordonnée avec le reste de l'activité de la CNSA. Enfin, certains financements bénéficient à des acteurs représentés au conseil ou au conseil scientifique, ce qui ouvre le risque de conflits d'intérêt.

## Annexe VII

Afin de libérer des ressources humaines au sein de la direction scientifique et des directions métiers, et de mieux encadrer les *process*, la mission propose que la CNSA continue d'assurer sa mission légale de contribution à l'innovation mais en la recentrant sur des innovations organisationnelles visant à améliorer le parcours des personnes, ainsi que la pertinence et la qualité des prises en charges médico-sociales.

La sélection des projets ferait l'objet d'une délégation<sup>17</sup> au comité technique chargé de la gestion du dispositif de financement des expérimentations en santé prévu par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018<sup>18</sup>. L'objectif de ce dispositif est de promouvoir des organisations innovantes contribuant à améliorer le parcours des usagers, l'efficacité des organisations ou l'accès aux services dans les champs sanitaire, social et médico-social. L'éligibilité à ce dispositif suppose une dérogation aux règles habituelles de tarification.

Ce dispositif présente un triple intérêt :

- ◆ son tour de table très large permet d'assurer l'absence de doublons dans les projets financés ;
- ◆ une évaluation est systématiquement prévue pour les projets retenus ;
- ◆ la perspective de généralisation des dispositifs financés aux autres acteurs est aussi systématiquement examinée, notamment sous le prisme financier.

Une telle évolution nécessiterait une modification de l'article L.162-31-1 code de la sécurité sociale, probablement en PLFSS pour 2022, prévoyant que la CNSA:

- ◆ abonde le fonds pour l'innovation du système de santé, aujourd'hui alimenté seulement par la CNAM ;
- ◆ participe au comité technique de l'article 51 de la LFSS 2018, comme c'est déjà le cas pour la DGCS<sup>19</sup>.

Cette évolution, pour produire tous ses effets, suppose de renoncer au financement d'une partie des actions actuellement éligibles aux APP mais qui ne rentreront pas dans le champ de l'article 51. Cela exclurait des dépenses telles que les voyages d'études, les colloques, les applications ou les SI qui ne seraient pas indispensables aux évolutions organisationnelles liées au projet financé.

À cette condition, cette évolution permettrait de maintenir à la CNSA seulement 0,5 ETP sur cette activité, essentiellement au titre de l'instruction, pour le compte de la CNSA, des projets présentés dans le cadre du comité technique précité. Toute autre solution obligerait la CNSA à conserver des effectifs beaucoup plus conséquents.

À terme, il serait logique que la CNSA contribue au renforcement de l'équipe dédiée placée auprès de la rapporteure générale du dispositif de l'article 51. Il convient cependant de rappeler que :

- ◆ la DGCS, qui siège depuis 2019 au sein du comité technique, n'a pas transféré d'effectif à l'équipe dédiée jusqu'ici ;
- ◆ au vu de la contribution de la CNAM (2 ETP) et du montant des dépenses d'assurance maladie, la contribution de la CNSA devrait rester modeste.

---

<sup>17</sup> Une telle délégation constituerait le « pendant » de ce qui a été fait pour la recherche avec la délégation de la gestion des appels à projets à l'IRESP.

<sup>18</sup> Article L.162-31-1 du code de la sécurité sociale

<sup>19</sup> Il serait également utile de clarifier l'articulation entre les dispositions du 3° du II de l'article L.162-31-1 du code de la sécurité sociale et celles du 12° de l'article L.162-31-1 code de la sécurité sociale ; la mission considère que la dérogation déjà prévue au 3° du II du premier article suffit à lever la difficulté, mais suggère de vérifier ce point et d'apporter les compléments législatifs ou réglementaires nécessaires si la difficulté était confirmée.

**Proposition n° 6 : étudier les options d'externalisation de l'animation des acteurs de la recherche sur l'autonomie, aujourd'hui assurée par le conseil scientifique.**

Le conseil scientifique est aujourd'hui principalement une instance d'animation du monde de recherche sur l'autonomie, qui mobilise la direction scientifique, sans parvenir à s'intégrer pleinement aux travaux conduits par le Conseil ou les équipes de la CNSA. Au vu du caractère consensuel de ce constat, la mission recommande d'étudier l'option d'une coopération renforcée avec une ou plusieurs entités de recherche existantes, comme l'ILVV (pour la recherche relative aux enjeux du vieillissement) ou l'IFRH (pour la recherche relative aux enjeux du handicap) afin de leur confier un rôle d'animation et de fédération du monde académique, en vue de leur confier les missions relevant actuellement du conseil scientifique.

**Proposition n° 7 : redéployer les moyens humains de la direction scientifique vers les besoins internes de la CNSA et vers la mise en place d'une fonction prospective.**

L'externalisation du financement de l'innovation (cf. proposition n° 5) et de l'animation des acteurs de la recherche sur l'autonomie (cf. proposition n° 6) nécessite un suivi des conventions d'externalisation et la participation à de nombreuses réunions et instances de décisions sur ces sujets, mais elle doit permettre de libérer des ressources humaines au sein de la direction scientifique.

La mission recommande d'utiliser ces ressources à deux fins :

- ◆ la structuration d'une fonction prospective sur laquelle pourra s'appuyer la direction générale de la CNSA ainsi que les directions métiers, à même de concevoir un cadre stratégique de connaissance des politiques de l'autonomie s'appuyant sur les données de la CNSA, de ses partenaires, et les autres outils existants (études, travaux de recherche), et permettant un meilleur pilotage de ces politiques ;
- ◆ le financement et le pilotage d'études et de travaux d'évaluation au service des besoins de la CNSA.

**Proposition n° 8 : créer un cadre stratégique de la connaissance des politiques publiques de l'autonomie, qui présente les sources d'information disponibles, leur exploitation par la CNSA, les objectifs annuels des équipes statistiques et études, liés à l'amélioration de ces éléments, et le présenter chaque année au conseil.**

Les informations sur les politiques de l'autonomie confiées à la CNSA sont aujourd'hui trop parcellaires pour les documenter précisément et, notamment, évaluer les critères d'équité territoriale. La situation est toutefois différente selon les champs de politique publique, la mise en place du SI-MDPH devant permettre à court ou moyen terme de disposer de nombreuses informations sur le champ de politiques en faveur des personnes handicapées.

Il convient d'aborder ce sujet, essentiel au pilotage des politiques publiques, de manière plus structurée. La mission propose ainsi que la CNSA se dote d'un cadre stratégique de la connaissance des politiques publiques de l'autonomie, qui permette d'avoir une visibilité sur les informations disponibles, sur leur exploitation, et sur les moyens mis en œuvre pour améliorer la situation. Ce document pourrait être réalisé par les équipes en charge de la prospective. Afin de mobiliser le conseil, les tutelles et la direction, et de lui donner de la visibilité, ce document devrait être présenté chaque année au conseil.

#### **4.4. La stratégie de valorisation des données de la CNSA doit être réévaluée afin d'adapter son ambition aux priorités fixées par l'État**

##### **4.4.1. La stratégie de publication de la CNSA peut être réorganisée pour toucher un public mieux ciblé**

**Proposition n° 9 : évaluer l'impact des études et publications à caractère statistique diffusées par la CNSA et établir un programme de publication moins dense et plus régulier.**

La CNSA diffuse de nombreuses études et publications à caractère statistique par le biais de son site internet. Ces publications s'inscrivent pour certaines dans le cadre de collections spécifiques (« Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie », « Repères statistiques », « Analyses statistiques »...) qui connaissent des publications parfois irrégulières, pour d'autres dans le cadre de publications autonomes qu'il peut être difficile de rattacher à d'autres publications.

En dépit de la richesse des contenus statistiques que la CNSA met à la disposition du grand public, le caractère foisonnant des publications de la CNSA peut nuire à la valorisation des contenus diffusés par la Caisse. Il conviendrait qu'un bilan de l'impact des publications de la CNSA soit établi, par exemple en mesurant le nombre de consultation de ces documents et leur utilisation dans d'autres travaux (nombre de citations).

Une fois réalisé, ce bilan permettrait de mieux structurer la politique de publication de la CNSA en identifiant les contenus qui rencontrent le plus de succès auprès des lecteurs des publications de la Caisse. La définition d'un calendrier de publication plus régulier et plus prévisible, centré sur quelques collections emblématiques, pourrait par exemple constituer un moyen d'améliorer la stratégie de publication de la CNSA.

##### **4.4.2. Les rencontres scientifiques peuvent être supprimées dans leur format actuel**

**Proposition n° 10 : supprimer les rencontres scientifiques qui n'apparaissent pas comme un cadre d'échange institutionnel large autour de la recherche dans le champ de l'autonomie.**

La mission estime que les rencontres scientifiques ne sont pas parvenues à constituer un cadre efficace de valorisation des travaux de recherche de la CNSA. Elles s'apparentent plus à des journées de la CNSA, lui permettant de communiquer auprès de son réseau et des acteurs concernés.

L'objectif de valorisation des travaux de recherche poursuivi par ces rencontres devrait être confié à l'organisme en charge de l'animation des acteurs de la recherche dans le champ de l'autonomie (cf. proposition n° 6).

L'opportunité de transformer les rencontres scientifiques en rencontres de la CNSA, destinées à créer du lien entre les acteurs de l'autonomie et faire mieux connaître la CNSA pourrait être étudiée.

##### **4.4.3. La stratégie « open data » doit être adaptée aux priorités fixées à la CNSA**

**Proposition n° 11 : acter le retard pris par la CNSA en matière de mise à disposition de ses données dans le cadre de la stratégie « open data » de l'État et adapter l'importance donnée à cette action au regard des priorités fixées à la CNSA.**

## Annexe VII

La COG 2016-2019 de la CNSA prévoyait que la Caisse contribue à la stratégie « open data » de l'État. Sur la période 2016-2020, cette contribution s'est finalement limitée à la mise à disposition de trois jeux de données sur le site [www.data.gouv.fr](http://www.data.gouv.fr) :

- ◆ les subventions de la CNSA aux associations, établissements publics et organismes de droit privé ;
- ◆ la base de données des prix hébergement et des tarifs dépendance transmis par les EHPAD dans sa version « brute » et dans sa version « retraitée ».

La mise à disposition des données dans une démarche d'« open data » constitue une tâche à part entière. Afin qu'elles puissent être exploitées, les données doivent faire l'objet d'un traitement statistique qui peut se révéler complexe si les données sont incomplètes ou de mauvaise qualité. Le fichier mis en ligne doit être le plus clair possible et accompagné de toutes les explications nécessaires, afin que la base de données soit utilisée à bon escient. Enfin, le producteur de données est susceptible d'être sollicité pour répondre aux questions posées par les utilisateurs.

Compte tenu de l'ensemble de ces considérations, la contribution de la CNSA à la stratégie d'« open data » de l'État peut être considérée comme un objectif de second rang au regard de la transformation de la CNSA en organisme gestionnaire d'une nouvelle branche de sécurité sociale et ne pas faire l'objet d'objectif dans la COG. Aussi cette contribution pourrait-elle être reportée à une COG ultérieure.

## Annexe VII

Propositions de l'annexe VII
Proposition n° 1 : mutualiser l'activité et les compétences des agents actuellement chargés des statistiques, des études et de la recherche, avec pour objectif de mieux documenter les politiques publiques de l'autonomie.
Proposition n° 2 : rationaliser les fonctions qui ont trait à l'analyse et au traitement des données par la mise en place d'un pilotage global du sujet statistique au sein de la CNSA. Articuler cette fonction avec celles de pilotage des études et de soutien à la recherche et avec le développement de la fonction prospective dans le but de mieux documenter les politiques publiques de l'autonomie qui sont confiées à la CNSA.
Proposition n° 3 : renforcer le dispositif statistique de la CNSA en s'appuyant sur la mutualisation des compétences des statisticiens présents au sein de la Caisse mais également sur l'expertise et sur les outils de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), service statistique du ministère chargé des affaires sociales.
Proposition n° 4 : à moyen terme, envisager une labellisation par l'Autorité de statistique publique (ASP) des principales séries de données collectées par la CNSA.
Proposition n° 5 : externaliser le financement de l'innovation aujourd'hui assuré par la direction scientifique de la CNSA.
Proposition n° 6 : étudier les options d'externalisation de l'animation des acteurs de la recherche sur l'autonomie, aujourd'hui assurée par le conseil scientifique.
Proposition n° 7 : redéployer les moyens humains de la direction scientifique vers les besoins internes de la CNSA et vers la mise en place d'une fonction prospective.
Proposition n° 8 : créer un cadre stratégique de la connaissance des politiques publiques de l'autonomie, qui présente les sources d'information disponibles, leur exploitation par la CNSA, les objectifs annuels des équipes statistiques et études, liés à l'amélioration de ces éléments, et le présenter chaque année au conseil.
Proposition n° 9 : évaluer l'impact des études et publications à caractère statistique diffusées par la CNSA et établir un programme de publication moins dense et plus régulier.
Proposition n° 10 : supprimer les rencontres scientifiques qui n'apparaissent pas comme un cadre d'échange institutionnel large autour de la recherche dans le champ de l'autonomie.
Proposition n° 11 : acter le retard pris par la CNSA en matière de mise à disposition de ses données dans le cadre de la stratégie « open data » de l'État et adapter l'importance donnée à cette action au regard des priorités fixées à la CNSA.

*Source : mission.*



## **ANNEXE VIII**

**Éléments pour la construction de scénarios  
de cadrage des trajectoires des effectifs de  
la CNSA pendant la prochaine COG**



# SOMMAIRE

<b>1. UN RENFORCEMENT INDISPENSABLE POUR CONSOLIDER L'EXERCICE DES MISSIONS LÉGALES ACTUELLES DE LA CNSA ET ASSURER LA RESPONSABILITÉ DE LA GESTION DE LA BRANCHE AUTONOMIE.....</b>	<b>1</b>
1.1. La consolidation à périmètre de missions constant en intégrant les moyens nécessaires pour répondre aux exigences de la gestion de la branche .....	1
1.1.1. <i>Le renforcement du pilotage budgétaire et du suivi de la dépense et le développement de la gestion du risque .....</i>	<i>2</i>
1.1.2. <i>L'appui aux réseaux à organisation et objectifs constants .....</i>	<i>3</i>
1.1.3. <i>Le renforcement des fonctions de pilotage des SI.....</i>	<i>4</i>
1.1.4. <i>Le renforcement de la fonction de production et d'analyse statistiques et de la production ou commande d'études.....</i>	<i>4</i>
1.1.5. <i>Les fonctions supports.....</i>	<i>5</i>
1.2. L'abandon ou le transfert de certaines activités à l'administration centrale ou à d'autres opérateurs pourrait permettre quelques redéploiements limités .....	6
1.2.1. <i>L'animation directe de structures prenant en charge des personnes âgées ou handicapées peut être confiée aux réseaux territoriaux en laissant à la CNSA l'effectif pour gérer leur financement .....</i>	<i>7</i>
1.2.2. <i>Le transfert de la gestion des appels à projets d'actions innovantes peut de même réduire les effectifs affectés à cette action .....</i>	<i>8</i>
1.2.3. <i>La mission n'a identifié que très peu de marges de manœuvre liées au choix de formes d'intervention moins consommatrices de ressources.....</i>	<i>8</i>
1.2.4. <i>Une répartition claire des rôles entre les directions d'administration centrale et la CNSA .....</i>	<i>9</i>
1.2.5. <i>Les autorités de tutelle doivent prioriser davantage les interventions demandées à la CNSA qui est confrontée à la multiplication des commandes .....</i>	<i>9</i>
1.2.6. <i>Récapitulatif des propositions de renforcement et de redéploiement avant prise en compte des missions nouvelles.....</i>	<i>10</i>
1.2.7. <i>Eléments de parangonnage .....</i>	<i>13</i>
<b>2. DES MISSIONS NOUVELLES RÉCEMMENT CONFIIÉES À LA CNSA DEMANDANT DES MOYENS SUPPLÉMENTAIRES PAR RAPPORT À CEUX DÉJÀ ATTRIBUÉS DANS LE BUDGET 2021 .....</b>	<b>14</b>
2.1. Le pilotage des plans d'investissement du Ségur de la santé.....	14
2.2. La mise en œuvre de la feuille de route (FDR) des MDPH 2022 .....	16
2.3. Les missions nouvelles confiées par la LFSS 2021.....	16
2.3.1. <i>La contribution à la revalorisation salariale des aides à domicile (art 32 et art 47 LFSS).....</i>	<i>16</i>
2.3.2. <i>La nouvelle contractualisation avec les conseils départementaux sur l'habitat inclusif.....</i>	<i>17</i>

<b>3. DES OPTIONS COMPLÉMENTAIRES SUPPOSANT UN ARBITRAGE PRÉALABLE SUR LES OBJECTIFS FIXÉS À LA CNSA.....</b>	<b>19</b>
3.1. Un ajout potentiel prioritaire : le renforcement de la capacité de pilotage des réseaux départementaux dans des conditions adaptées à leur spécificité .....	19
3.1.1. <i>Un choix qui implique l'évolution des outils juridiques et techniques à disposition de la CNSA et le renforcement de ses moyens humains .....</i>	<i>19</i>
3.1.2. <i>Sur le champ des personnes âgées, un arbitrage majeur doit être rendu sur le lancement d'un SI-APA.....</i>	<i>20</i>
3.2. Des compléments possibles pour prendre en compte des arbitrages sur les dispositifs nouveaux qu'il est envisagé de confier à la CNSA et leur phasage dans le temps .....	22
3.2.1. <i>Création d'un centre de ressources sur l'évaluation des politiques de prévention (la stratégie ministérielle « vieillir en bonne santé » ne précisant pas l'opérateur).....</i>	<i>22</i>
3.2.2. <i>Le renforcement de l'intervention de la CNSA dans le pilotage de l'accès aux aides techniques .....</i>	<i>23</i>
3.2.3. <i>Renforcement des missions de la CNSA relatives à la lutte contre l'isolement des personnes âgées.....</i>	<i>24</i>
3.2.4. <i>Renforcement de l'information aux publics et accès aux droits .....</i>	<i>25</i>
3.2.5. <i>L'implication de la CNSA dans les dispositifs de gestion des parcours complexes.....</i>	<i>26</i>
<b>4. RÉCAPITULATIF GÉNÉRAL.....</b>	<b>27</b>

## Annexe VIII

S'appuyant sur les travaux présentés dans les annexes précédentes, la présente annexe propose plusieurs éléments pour construire des scénarios de cadrage des effectifs de la CNSA au cours de la prochaine COG :

### Un scénario « de base » qui comprend :

- ◆ **la mise au niveau du « socle »** de moyens nécessaires, d'une part à la consolidation de l'exercice des missions légales actuelles de la CNSA, sous réserve de l'identification de missions ou d'activités existantes pouvant être estimées non essentielles, ainsi que, d'autre part, à la prise en compte des conséquences du passage de la CNSA au statut d'organisme gestionnaire d'une branche de sécurité sociale ;
- ◆ **à titre de nécessaire complément**, l'identification des moyens supplémentaires à l'exercice des missions nouvelles confiées à la CNSA dans le cadre du Ségur de la santé, de la feuille de route 2022 des MDPH et de la LFSS pour 2021 (contribution à l'attractivité des métiers de l'autonome, déploiement de l'habitat inclusif) ;

**En complément du scénario de base, des options dépendant des choix sur la nature et l'ambition des interventions demandées à la CNSA**, pouvant nourrir la construction de variantes, distinguant :

- ◆ une option correspondant au passage d'une « animation-appui » des réseaux départementaux à un « pilotage » de ces réseaux dans l'objectif de renforcer l'équité territoriale et qui nécessiterait des dispositions législatives supplémentaires par rapport à celles introduites par la LFSS 2021 ;
- ◆ d'autres options correspondant aux nouvelles missions ou aux nouveaux dispositifs qu'il est d'ores et déjà envisagé de confier à la CNSA mais qui nécessiteront un arbitrage sur les objectifs poursuivis et les moyens attribués.

En revanche, la mission n'a pas étudié les conséquences d'une extension du périmètre de la branche autonomie, dans le cadre de la future loi Grand Age et Autonomie ou du prochain PLFSS, qui nécessitera de négocier un avenant à la COG.

## **1. Un renforcement indispensable pour consolider l'exercice des missions légales actuelles de la CNSA et assurer la responsabilité de la gestion de la branche autonomie**

### **1.1. La consolidation à périmètre de missions constant en intégrant les moyens nécessaires pour répondre aux exigences de la gestion de la branche**

L'annexe II a mis en évidence l'inadéquation des moyens à certaines missions de la CNSA. Les développements qui suivent cherchent à estimer le renforcement nécessaire des effectifs pour rétablir l'adéquation missions / moyens de la CNSA en intégrant les exigences nouvelles liées à la gestion de la branche :

- ◆ le renforcement de la gestion administrative et budgétaire : construction du budget, pilotage de la dépense et de la trésorerie, production des données nécessaires à la construction des LFSS, développement d'une capacité de prévision et d'analyse ;
- ◆ l'acquisition ou le renforcement des compétences qui sont celles d'une caisse nationale, dans les conditions suivantes :
  - les fonctions d'animation et de pilotage des réseaux territoriaux dans les limites de l'organisation actuelle pour les réseaux dépendants des collectivités départementales. Pour ces derniers, le passage de l'appui à un véritable pilotage est abordé dans la partie 3 car il nécessite un arbitrage sur les objectifs à atteindre ;

## Annexe VIII

- la gestion du risque (GDR) pour laquelle la mission considère que la COG doit permettre à la CNSA de se doter progressivement, dans le cadre d'une doctrine validée par les autorités ministérielles compétentes, de l'organisation et des outils nécessaires avant de pouvoir déployer des programmes d'actions.

Les besoins de renforcement sont estimés **avant redéploiements éventuels** (ceux-ci sont estimés dans la partie suivante) et **avant missions et projets nouveaux** dont l'impact sur les moyens est chiffré dans les parties 2 et 3.

Ces besoins sont estimés par fonctions et directions, en tant qu'elles incarnent ces fonctions, sans préjuger de réorganisations internes possibles pour lesquelles la mission suggère des pistes d'évolution.

### 1.1.1. Le renforcement du pilotage budgétaire et du suivi de la dépense et le développement de la gestion du risque

Le renforcement de la maîtrise des dépenses a été mis en avant par l'ensemble des administrations centrales comme une exigence majeure du passage de la CNSA au statut d'organisme gestionnaire d'une branche de sécurité sociale, recouvrant plusieurs dimensions :

- ◆ le renforcement du suivi de l'exécution des dépenses, avec l'amélioration de la fréquence et de la précision du suivi infra annuel ;
- ◆ le développement d'une capacité d'anticipation et de prévision sur l'évolution des dépenses ;
- ◆ la transmission régulière de prévisions de besoins de trésorerie à l'ACOSS, désormais gestionnaire des ressources de la Caisse ;

En revanche, les attentes sur la nouvelle fonction de gestion du risque de la CNSA ont été insuffisamment précises pour que la mission les traduise en propositions opérationnelles, ce qui l'a conduit à préconiser une démarche progressive (cf. annexe V).

A partir de l'analyse de la situation actuelle (cf. annexe II), la mission estime le besoin de renforcement comme suit :

- ◆ le renforcement de la fonction de pilotage, de synthèse et de documentation budgétaire nécessite à minima de consolider l'emploi aujourd'hui assuré de façon irrégulière par des CDD pour faire passer l'effectif affecté à la fonction au sein du pôle budget-finances de la direction des ressources à 2 ETP soit **+1 ETP** ;
- ◆ la création du fonds d'intervention va nécessiter un suivi beaucoup plus précis de chacune des différentes lignes de dépenses le constituant, qui devront être ajustées finement pour rentrer dans l'épure globale et dont la consommation devra être suivie et anticipée pour permettre d'éventuels redéploiements. Dans ce contexte, le renforcement du suivi des dépenses de modernisation de l'aide à domicile et de formation des professionnels (ex. « section IV »), en particulier du suivi annuel, apparaît indispensable eu égard à la faiblesse de moyens actuels conduisant à un suivi et un contrôle insuffisants et limitant la capacité d'analyse de la pertinence et des impacts des conventions signées avec les partenaires. Le besoin de renforcement est estimé à **+0,5 EPT** au sein du pôle partenariat institutionnel (PI) de la direction de la compensation ;
- ◆ au sein de la direction des établissements et des services (DESMS), la mission estime nécessaire :
  - de renforcer les compétences statistiques pour améliorer la fréquence et la précision des prévisions infra-annuelles, dans le cadre plus global du renforcement de la fonction statistique (cf. *infra* 1.1.4) ;

## Annexe VIII

- de renforcer par ailleurs le pilotage du projet de refonte du référentiel PATHOS et la capacité de la CNSA à construire un tendancier des dépenses liées à l'évolution des besoins d'accompagnement et de soins des résidents d'EHPAD (tendancier du GMPS) : **+0,5 ETP** ;
- ◆ s'agissant de la gestion de trésorerie, la mission estime que l'essentiel des difficultés de prévision de besoins de financement concerne le fond d'intervention et le fonds des aides à l'investissement des ESMS, pour lequel les demandes de paiement sont adressées à la CNSA par de très nombreux acteurs externes. Elle considère toutefois que les conventions de financement laissent un délai de paiement suffisant (30 jours) pour permettre à la CNSA d'anticiper les besoins de financement correspondant, à condition de revoir ses circuits d'information entre directions métier et directions des ressources, et n'identifie donc pas de besoins manifestes de renforcement ;
- ◆ de même, la mission n'identifie pas de besoin supplémentaire pour le contrôle de la dépense assuré aujourd'hui à la fois par les directions métier et un chargé de mission « contrôle de la dépense » rattaché à la direction des ressources. La mission considère en outre que, pour le contrôle du bon emploi des subventions versées à des partenaires extérieurs, la CNSA pourrait utiliser davantage la possibilité que lui donnent les conventions de diligenter des audits comptables externes ; ce qui nécessite de prévoir les crédits permettant de les financer ;
- ◆ concernant l'exercice de la **nouvelle compétence de gestion du risque** donnée à la CNSA par la LFSS pour 2021, la mission estime que l'absence d'attentes précises de la part des tutelles, la diversité des conceptions possibles de cette nouvelle mission et la configuration particulière de la branche autonomie plaident pour une démarche progressive. Dans un premier temps, la mission préconise de recruter **un chargé de mission** (+1 ETP) qui proposera, selon une feuille de route précisée par les tutelles, un cahier des charges comportant une définition, des objectifs, un périmètre et un programme d'action de la gestion du risque autonomie. Le cas échéant, un avenant à la COG pourra venir compléter les actions de gestion du risque une fois que cette phase aura été conduite et déterminer les moyens à y affecter (cf. annexe V).

### 1.1.2. L'appui aux réseaux à organisation et objectifs constants

L'option du passage d'une logique d'appui aux réseaux départementaux à des modalités de pilotage adaptées à leur nature est présentée *infra* en partie 3 parce qu'elle suppose de donner à la CNSA de nouveaux leviers d'actions. Même à modalités inchangées (ce qui signifie notamment l'absence de modification des modalités de négociation des conventions départementales et de mise en place d'un suivi régulier de ces conventions), la mission estime nécessaire de conforter l'équipe d'appui aux EMS-APA pour réinternaliser l'appui externe dont elle a bénéficié de manière constante et de rééquilibrer ses effectifs par rapport à l'équipe d'appui aux MDPH (2 ETP pour les EMS-APA, dont un médecin présent seulement la moitié du temps entre 2016 et 2020, à comparer à 9,4 ETP pour l'appui MDPH hors SI). Compte tenu de l'incertitude sur le temps réellement passé par les deux consultants affectés à cet appui, la mission retient une estimation de **+1 ETP**.

Par ailleurs, la mission estime nécessaire de mieux structurer et de renforcer l'appui aux ARS assuré par la direction des établissements et services, en particulier en mettant en place un « point d'entrée » bien identifié pour les ARS, chargé de recenser les besoins d'appui et de coordonner les réponses apportées, en liaison avec l'équipe de direction et les responsables des pôles. Le recrutement d'un coordonnateur de l'appui ARS correspond à **+ 1 ETP**.

## Annexe VIII

Ces recrutements devront être réalisés dans une optique de rapprochement continu des appuis apportés aux différents réseaux. Si ces appuis peuvent rester distincts car les besoins de chaque réseau sont spécifiques, ils doivent permettre une meilleure information réciproque sur les agendas de chaque réseau et favoriser l'articulation de leur action sur les territoires. A terme, le rapprochement de ces fonctions d'appui dans une direction des réseaux, comme cela existe dans les autres caisses nationales de sécurité sociale, est une perspective intéressante, mais qui ne peut s'envisager indépendamment d'une réflexion d'ensemble sur l'organisation de la Caisse.

### 1.1.3. Le renforcement des fonctions de pilotage des SI

L'enjeu majeur que représentent les systèmes d'information dans le champ des politiques de l'autonomie implique une remise à niveau des moyens consacrés à leur pilotage, insuffisants aujourd'hui, ce qui conduit à un recours excessif aux prestataires externes, non seulement pour la gestion des infrastructures ou la réalisation des développements, mais aussi pour l'exercice de la fonction de maîtrise d'ouvrage, **induisant un risque élevé de perte de maîtrise du SI** sur les plans opérationnel et financier (cf. annexe VI).

Cela conduit la mission à proposer un renforcement de plusieurs de ses composantes :

- ◆ 1 ETP pour un poste de responsable du pôle SI transverse;
- ◆ 1 ETP pour le renforcement du pilotage de l'infogérance et le support technique, de manière à amorcer la création d'un pôle technique et à mieux piloter le marché d'infogérance et de support technique ;
- ◆ 1 ETP pour la fonction globale de *project management office* (PMO)
- ◆ 1 ETP pour l'urbanisation des systèmes d'information et le schéma directeur des SI
- ◆ 1 ETP pour le renforcement de la maîtrise d'ouvrage (MOA).

Pour la prochaine COG, dans le cadre de la mise en place d'un SDSI, la CNSA et les tutelles devront s'assurer d'un équilibre raisonnable entre les effectifs internes et les effectifs de prestataires. Pour cela, la mission recommande d'appliquer la méthode de la Cour des comptes<sup>1</sup> décrite en annexe VI. Ce renforcement doit s'accompagner d'une évolution de l'organisation interne, notamment pour mieux identifier la maîtrise d'ouvrage des SI des ESMS et mieux l'articuler avec le pilotage transverse des SI des ARS assuré par le SGMAS et la DINUM. À ce titre, la mission estime capital de mieux prendre en compte les besoins des ARS dans la conception des SI fournis par la CNSA (cf. annexe IV).

### 1.1.4. Le renforcement de la fonction de production et d'analyse statistiques et de la production ou commande d'études

La fonction statistique à la CNSA est dispersée dans les directions métiers et centrée sur la production de données, au détriment de leur analyse. La mission estime nécessaire à la fois de mettre en place un pilotage global du sujet statistique au sein de la CNSA (cf. annexe VII) et de la renforcer pour permettre à la Caisse de mieux utiliser la masse d'informations dont elle dispose et produire des analyses et études utiles à la réalisation de ses missions et en particulier, à ses fonctions d'appui aux réseaux et le pilotage de ses dispositifs<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Cf. notamment la recommandation n° 6 faite par la Cour des comptes dans sa communication à la commission des finances du Sénat sur la conduite des grands projets numériques de l'État en juillet 2020 : « Respecter les ratios minimaux de ressources humaines internes nécessaires au pilotage et à la réalisation des projets ».

<sup>2</sup> Dans ce cadre, la mission relève par exemple qu'une meilleure gestion permettant de diminuer le travail de contrôle des données par les statisticiens en mettant en place des contrôles a priori est une source de diminution de la charge.

## Annexe VIII

Ce renforcement doit s'accompagner d'un meilleur *management* de la fonction dans l'organisation actuelle. A terme, le rapprochement de ces fonctions d'appui dans une direction des statistiques comme cela existe dans les autres caisses nationales de sécurité sociale, est une perspective intéressante, mais elle ne peut s'envisager indépendamment d'une réflexion d'ensemble sur l'organisation de la Caisse.

**Sur le champ de l'activité des MDPH**, la disponibilité à partir de 2021 de données individuelles pseudonymisées dans le centre de données géré par la CNSA ouvrira des possibilités d'analyse et de comparaisons interdépartementales des besoins des personnes, de leurs demandes et des réponses apportées, beaucoup plus riches que les remontées agrégées des échanges annuels. La mission estime indispensable de renforcer la capacité d'analyse de la CNSA sur ce champ, par un renfort pouvant être estimé à **+1,5 ETP**. **Sur le champ des ESMS**, il apparaît nécessaire de renforcer les compétences statistiques pour améliorer la fréquence et la précision des prévisions infra-annuelles et de renforcer la compétence sur les besoins des personnes âgées et sur l'offre d'établissements et services, compétence actuellement réduite à une expertise budgétaire, pour mieux anticiper les enjeux sur les évolutions de l'offre médico-sociale et sur son articulation avec l'offre sanitaire et l'aide et le soin à domicile avec **+2 ETP**.

**De même, la mission estime nécessaire de renforcer la capacité de la CNSA à réaliser ou faire réaliser des études, des évaluations et des travaux prospectifs** permettant de mieux connaître les besoins des personnes et le fonctionnement de l'offre de services et leurs évolutions de façon à mieux orienter les dispositifs dont elle a la charge.. Dans le même but, il est nécessaire que la CNSA fasse réaliser des évaluations de l'efficacité et de l'impact de ses dispositifs d'intervention comme elle l'a fait en 2019 sur son soutien aux opérateurs de compétences (OPCO). Ce renforcement des moyens d'études, visant à optimiser l'emploi des fonds gérés par la CNSA nécessiterait un renfort de **+2 ETP**. La mission insiste sur l'importance de la structuration d'une fonction prospective sur laquelle pourront s'appuyer la direction générale et les directions métiers, à même de concevoir un cadre stratégique de connaissance des politiques de l'autonomie s'appuyant sur les données de la CNSA, de ses partenaires, et les autres outils existants (études, travaux de recherche), et permettant un meilleur pilotage de ces politiques publiques (cf. annexe VII).

### 1.1.5. Les fonctions supports

En matière de **gestion des ressources humaines**, la mission estime particulièrement nécessaire de renforcer la capacité de traitement des sujets transversaux (GPEC, RPS, ...), et de soulager des tâches de gestion administrative qui se font avec un SI incomplet et surtout un grand nombre de tableaux Excel®. Le rapport du cabinet de consultants mandaté par le CHSCT suite au suicide d'un agent a souligné la faiblesse du management de la fonction RH et de l'analyse des risques qui y sont liés. De plus le pôle RH de la direction des ressources est fortement accaparé par la gestion des nombreux recrutements liés au fort taux de *turn over*. La mission estime nécessaire un renforcement de **+1ETP pour la gestion et de 0,5 ETP pour l'informatisation du SIRH**.

**En matière d'achat marchés**, la mission se place dans l'hypothèse d'une fonction réduite à la situation actuelle, celle de la gestion de la commande publique, sans évolution vers une réelle fonction achat. Au vu de ses constats (cf. annexe III), elle estime nécessaire un renforcement de **+0,5 ETP** au regard du nombre de marchés passés, pour décharger les juristes d'une partie des tâches administratives. Elle a noté par ailleurs l'absence d'un système d'information propre à la fonction et les limites du système d'information budgétaire, qui n'est d'ailleurs pas utilisé, et recommande donc la création de **+0,5 ETP** pour mettre en place un système d'information et exploiter les données existantes.

**En matière de communication**, la direction de l'information des publics et de la communication (DIPCOM) est composée de huit agents représentant 7,8 ETP. Selon l'analyse des activités de la DIPCOM réalisée en novembre 2020 par le responsable de l'organisation transverse de la CNSA, les principales activités de la DIPCOM concernent actuellement la gestion du portail pour les personnes âgées (26 %), ouvert en juin 2015, et le portail pour les personnes handicapées (11 %), ouvert en mai 2020, ainsi que la gestion du site institutionnel de la CNSA (7 %).

Il ressort de cette analyse que 93 % de l'activité concerne des activités récurrentes. Cette analyse précise donne une base de connaissance bien meilleure que dans d'autres directions, pour autant elle reflète une vision « statique » du portefeuille d'activités, géré selon une programmation annuelle qui ne permet pas d'articuler à moyen terme les projets de la CNSA avec ceux portés par d'autres acteurs institutionnels. À titre d'exemple, l'articulation des portails gérés par la CNSA avec le site [sante.fr](http://sante.fr), porté par la délégation du numérique en santé (DNS), ou le portail [www.pourbienvieillir.fr](http://www.pourbienvieillir.fr) porté par les caisses de retraite et Santé publique France, ne paraît pas avoir été anticipée jusqu'ici.

La mission estime nécessaire que la DIPCOM se mette en capacité de porter de nouveaux projets et d'investir certaines dimensions jusqu'ici peu développées. Cela nécessite de programmer les activités pendant la durée de la prochaine COG et de revoir l'ambition de certaines activités actuelles, accompagnée d'un renforcement de moyens que la mission estime à **+1 ETP**.

Plusieurs scénarios sont envisageables pour mettre en œuvre ce renforcement, en fonction notamment des compétences et des appétences des personnes déjà présentes dans le service. Le choix appartient à la direction générale de la CNSA, mais à titre d'illustration, le scénario ci-dessous suggère une des réorganisations jugées possibles par la mission :

- ◆ renforcer les relations presse et les relations extérieures (qui représentent seulement 1 % de l'activité de la direction) ;
- ◆ développer une gestion active du site [cnsa.fr](http://cnsa.fr) mettant davantage en valeur les contenus proposés, quitte à en réduire significativement le nombre et, d'autre part, assurer, sous la supervision de la directrice de la DIPCOM et de son adjointe, l'évaluation et le suivi des différentes actions de communication engagées par la CNSA, en réalisant notamment un bilan du portail d'information pour les personnes âgées, afin d'en évaluer la pertinence.

### **1.2. L'abandon ou le transfert de certaines activités à l'administration centrale ou à d'autres opérateurs pourrait permettre quelques redéploiements limités**

La mission a tenté au travers de son analyse du métier de la CNSA d'identifier des activités dont la réalisation par la CNSA ne relève pas expressément de ses missions. Elle précise que, **compte tenu de la redéfinition très récente, par la LFSS pour 2021, des missions légales de la CNSA, elle a travaillé dans ce cadre légal** sans formuler d'hypothèses sur sa modification.

Par ailleurs, le champ de la mission ne portant pas sur les directions d'administrations centrales chargées des politiques de soutien à l'autonomie et celles-ci n'ayant pas fait de propositions de modification de leurs périmètres d'intervention par rapport à celui de la CNSA, la mission n'a pas fait d'hypothèse de transfert d'activités entre directions d'administration centrales et CNSA, à l'exception d'une évolution concernant le suivi des CPOM ARS-ESMS.

## Annexe VIII

Ces propositions techniques se limitent donc à des activités qui ne rentrent pas expressément dans le champ des missions légales de la CNSA ou pour lesquelles l'énoncé de la mission confiée par la loi à la CNSA laisse des marges de choix quant à la nature de l'intervention attendue de la CNSA. Par contre, la discussion relative à certaines de ces missions (aides techniques, prévention, lutte contre l'isolement) est reportée *infra* en partie 3, car devant faire l'objet de décisions sur leur contenu et les actions qui en découlent.

### 1.2.1. L'animation directe de structures prenant en charge des personnes âgées ou handicapées peut être confiée aux réseaux territoriaux en laissant à la CNSA l'effectif pour gérer leur financement

La CNSA finance *via* l'OGD, les concours aux départements, et, *via* le fonds d'intervention régional (FIR), des établissements et services médico-sociaux, des services à domicile et des structures n'appartenant pas à ces catégories comme les groupes d'entraide mutuelle (GEM) et les structures porteuses de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA) en voie d'intégration dans les dispositifs d'appui et d'accompagnement (DAC).

Elle apporte son appui méthodologique et technique aux ARS, MDPH et conseils départementaux qui financent ces structures. Elle n'intervient pas directement auprès de ces dernières, leur nombre (19 000 ESMS dans le champ de l'OGD ; entre 6 000 et 8 000 SAAD) ne permettrait pas à la CNSA d'assurer une animation efficace.

Par dérogation à ce mode d'organisation, la CNSA a toutefois été chargée, dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, d'assurer un support direct aux MAIA, mission que la COG 2016-2019 a confirmé en demandant notamment à la CNSA de concevoir et de déployer à leur intention un outil d'évaluation multidimensionnel (*cf.* annexe I, axe 1, fiche I). La CNSA leur a apporté un soutien important (avec une équipe dédiée comptant jusqu'à 4 ETP en 2012) en animant les réseaux des pilotes et des gestionnaires de cas pour lesquelles elle a organisé des formations. Cette mission s'est toutefois étiolée, depuis 2018, avec l'absence de remplacement d'une chef de projet et la perspective de l'intégration des MAIA dans les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), pilotés par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS).

La mission considère que si la CNSA a l'obligation de continuer à financer les DAC prenant en charge les personnes âgées et les personnes handicapées via sa contribution au FIR, **elle n'a pas à prendre en charge un appui direct à ces structures, sa mission devant se limiter à fournir aux ARS les outils méthodologiques nécessaires à l'exercice de leur mission de pilotage des DAC**. De ce fait il ne sera pas nécessaire de remplacer l'un des deux chargés de mission travaillant sur ce sujet qui doit quitter la CNSA. Cette personne étant mise à disposition, ce non-remplacement ne libérera toutefois pas de marge sur le plafond d'emplois, mais générera une économie budgétaire.

**Proposition n° 1 : poser comme principe d'action que la CNSA n'intervient auprès des acteurs de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées que *via* son appui aux réseaux territoriaux (ARS, départements et MDPH) et n'assure pas directement l'animation de ces acteurs.**

### 1.2.2. Le transfert de la gestion des appels à projets d'actions innovantes peut de même réduire les effectifs affectés à cette action

La mission estime que le soutien aux actions innovantes mobilise 3,1 ETP (dont 2,5 à la Direction scientifique et 0,6 dans les directions ESMS et Compensation), cette charge s'expliquant par la gestion directe des procédures de sélection et de conventionnement, pour des actions de nature hétérogène, peu évaluées et dont la reproductibilité et la diffusion sont rarement assurées.

Parallèlement, la CNSA dispose aujourd'hui d'une faible capacité pour réaliser ou faire réaliser des études ou évaluations lui permettant de mieux orienter ses interventions.

La mission propose (cf. annexe VII) que la CNSA continue d'assurer sa mission légale de contribution à l'innovation en déléguant la sélection des projets au comité technique chargé de la gestion du dispositif de financement des expérimentations en santé prévu par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018<sup>3</sup>, comme cela a été fait pour la recherche avec la déléguée de la gestion des appels à projets à l'IRESF. Ce choix permettrait de recentrer le soutien des actions innovantes sur des expérimentations faisant l'objet d'une évaluation systématique. Il pourrait toutefois nécessiter une modification législative pour permettre à la CNSA d'abonder le fonds pour l'innovation du système de santé aujourd'hui alimenté seulement par la CNAM. Il conduirait en outre à réduire le champ des projets soutenus qui devront correspondre à des « *organisations innovantes ...concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficience du système de santé et de l'accès aux soins, en visant à ...optimiser par une meilleure coordination le parcours de santé ainsi que la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale* » et impliquant une dérogation aux règles de tarification et d'organisation des ESMS<sup>4</sup>.

Cette proposition permettrait, en conservant 0,5 ETP pour la gestion financière et les relations avec le comité article 51, de redéployer **2,6 ETP** qui pourront notamment être affectés à la production ou à la commande d'études.

S'il était possible, comme cela est proposé dans l'annexe VII de transférer à d'autres acteurs la fonction d'animation de la recherche et, par voie de conséquence, conséquence le conseil scientifique, cela permettrait de redéployer **0,5 ETP** supplémentaire.

De même, la suppression des rencontres recherche et innovations pourrait permettre un gain de l'ordre de **0,5 ETP** ainsi qu'une économie financière (330 à 135 k€ entre l'édition 2018 et l'édition 2020-2021).

### 1.2.3. La mission n'a identifié que très peu de marges de manœuvre liées au choix de formes d'intervention moins consommatrices de ressources

Il apparaît possible de faire évoluer certaines interventions de la CNSA pour réduire la mobilisation de ressources internes. Dans le cadre de l'évaluation de la COG, la mission a pu analyser en détail l'activité de la CNSA, mais elle n'a pas pour autant réalisé un audit de l'ensemble des activités de la CNSA. Elle propose toutefois d'abandonner le concours d'idées d'architecture organisé chaque année, dont il est tiré peu d'enseignement sur la conception de l'offre d'ESMS. La mise en place du « laboratoire de l'offre de demain » dans le cadre du Ségur immobilier permet d'envisager sa suppression pour un gain de **0,2 ETP**.

---

<sup>3</sup> Article L 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>4</sup> Ibidem.

#### 1.2.4. Une répartition claire des rôles entre les directions d'administration centrale et la CNSA

La mission n'a pas examiné l'activité des directions d'administrations centrales dans le cadre de ses travaux et n'a pas eu accès au rapport de la DITP sur l'organisation de la DGCS ni connaissance des réflexions sur l'organisation de celle-ci. Elle n'a donc pas pu prendre en compte d'éventuels projets de modification des périmètres d'interventions respectifs des administrations centrales et de la CNSA.

Elle suggère, en complément de l'élaboration de la COG, un travail systématique d'examen de la répartition de leurs rôles selon le principe suivant : l'administration centrale a vocation à assurer la production normative (en consultant la CNSA, ce qui a un coût en temps pour les deux structures) **et la CNSA à assurer le déploiement opérationnel en pleine responsabilité** (avec la contrepartie de tenir régulièrement informée l'administration centrale en partageant des données de gestion interne en plus du suivi de la COG). Elle suggère en conséquence que si des modifications de compétences entre directions étaient envisagées, les actions opérationnelles qui devraient être transférées à la CNSA le soient.

A l'occasion de ses travaux, la mission a toutefois identifié deux sujets pouvant appeler des transferts de tâches et d'effectifs entre la DGCS et la CNSA :

- ♦ **le suivi du déploiement de la contractualisation entre les ARS et les ESMS aujourd'hui assuré par la DGCS et qui aurait vocation à l'être par la CNSA** : si la DGCS a vocation à produire le cadre juridique de cette contractualisation, la mission considère que le suivi opérationnel du déploiement des CPOM doit relever à l'avenir de la CNSA. La DGCS a évoqué un effectif de **0,3 ETP** consacré à ce suivi. La mission considère que le transfert d'effectif correspondant devrait être opéré en gestion en 2021, ce qui serait la manifestation de l'application systématique du principe proposé par la mission. On peut toutefois sérieusement douter que la DGCS ait été dotée suffisamment pour accomplir cette mission<sup>5</sup> et ce transfert devrait être réévalué en fonction de l'animation souhaitée ;
- ♦ à l'inverse, **le projet de réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux (projet SERAFIN)**, piloté par un directeur de projet appartenant à la DGCS assisté d'une équipe de la CNSA **aurait vocation à être entièrement pris en charge par la DGCS**. Il s'agit en effet de préparer une réforme relevant de la pleine responsabilité de l'administration centrale impliquant de conduire une concertation avec les fédérations d'établissements du secteur et de nombreux arbitrages interministériels. La gestion des conséquences financières de la réforme sur les dotations régionales et l'appui aux ARS pour la mise en œuvre de la réforme relèvera ensuite de la responsabilité de la CNSA. Ce choix conduit à transférer **4 ETP** de la CNSA vers la DGCS.

#### 1.2.5. Les autorités de tutelle doivent prioriser davantage les interventions demandées à la CNSA qui est confrontée à la multiplication des commandes

Dans un établissement qui ne fait pas de production de masse (à la différence des caisses de sécurité sociale), les besoins de ressources humaines sont principalement déterminés par le périmètre des missions, activités et projets qui lui sont confiés. Une extension de ce périmètre nécessite donc, soit des moyens supplémentaires, soit, à moyens constants, une hiérarchisation des priorités fixées.

---

<sup>5</sup> Le calcul de « coin de table » suivant peut être donné pour justifier la nécessité d'une évaluation solide 0,3 ETP représentant 67 jours de travail effectif, par an soit 3.6 jours par agence.

## Annexe VIII

La CNSA n'a pas à abandonner ou à prioriser ses missions légales, pour autant l'analyse du bilan de la COG (annexe I) a montré que les moyens humains de la Caisse ne lui ont pas permis de mener à bien toutes les actions prévues, le degré de réalisation ou le retard pris par certaines d'entre elles étant le reflet d'une priorisation implicite. Dans certains cas, la responsabilité d'une action pesant sur une seule personne, cette priorisation s'est établie *de facto*, en fonction de la disponibilité ou de l'absence d'un chargé de mission.

Sauf à vouloir occulter ces choix, une hiérarchisation des priorités fixées à la CNSA impliquerait que les tutelles acceptent de reconnaître certains chantiers comme moins prioritaires, et donc acceptent *a minima* des échéances flottantes ou des retards. Cette hiérarchisation est la condition d'une meilleure maîtrise des évolutions de moyens.

Au-delà des propositions de la mission, des redéploiements d'effectifs supplémentaires supposent d'afficher clairement quels sont les missions /activités / projets qui sont « moins prioritaires ». De même, la logique voudrait que toute nouvelle commande adressée à la CNSA soit accompagnée soit des moyens correspondants soit de la précision des chantiers/ projets qui peuvent être décalés ou reportés.

**Proposition n° 2 : prévoir une évaluation préalable systématique des moyens nécessaires à la réalisation des missions /activités /projets nouvellement confiés à la CNSA, en fonction de la nature de l'intervention demandée ; arbitrer en conséquence les moyens supplémentaires ou les redéploiements à effectuer en précisant en ce cas les autres missions /activités /projets qui peuvent être décalés ou reportés**

### 1.2.6. Récapitulatif des propositions de renforcement et de redéploiement avant prise en compte des missions nouvelles

Le tableau ci-dessous récapitule les propositions de la mission pour la consolidation de l'exercice des missions de la CNSA. Il précise les évolutions de l'organisation et du pilotage internes que la mission estime nécessaires, pour que ce renforcement produise son plein effet, et qui devront accompagner ce renforcement par la mission. Un « amorçage vertueux » est nécessaire en attribuant une partie des ETP supplémentaires dès la première année de la COG

De ce fait, la mention de la direction et du pôle concerné pour chaque fonction est purement indicative et se réfère à l'organisation actuelle de la CNSA. Les évolutions organisationnelles qui interviendront pourront conduire à affecter ces ressources nouvelles différemment.

Tableau 1 : récapitulatif des propositions pour la consolidation des moyens de la CNSA avant missions nouvelles

Fonction	Direction/pôle	ETP	Engagements à prendre en contrepartie du renforcement
<b>1) Pilotage budgétaire, suivi de la dépense et GDR</b>		<b>+3,0</b>	
Renforcer le pilotage budgétaire	DR/BF	+1,0	Mettre en œuvre une véritable démarche de contrôle interne et clarifier les
Renforcer le suivi et d'analyse des impacts des conventions « section IV »	DCOMP/PI	+0,5	responsabilités dans la chaîne de la dépense (annexe V).
Renforcement de la fonction d'analyse (construction d'un tendancier du GMPS et des dépenses des EHPAD)	DESMS	+0,5	Ouvrir les données aux administrations centrales. Partager les hypothèses et résultats. Réflexion sur l'amélioration des modes de remontées d'information par les ARS.
Elaboration d'un programme et d'une méthodologie de gestion du risque	DESMS	+1,0	Élaborer, en lien avec les tutelles de la Caisse, une doctrine de gestion du risque applicable à la branche autonomie (périmètre, objectifs, données nécessaires, acteurs à mobiliser) avant de déployer un plan d'action (annexe V).
<b>2) Appui aux réseaux à organisation et objectifs constants</b>		<b>+2,3</b>	
Renforcement de l'équipe d'appui aux EMS-APA (pm. inclus dans la réinternalisation de l'AMOA)	D COMP EAM	+1,0	Renforcer la transversalité de l'organisation de la fonction d'animation-appui entre secteurs PA (EMS-APA) et PH MDPH et entre l'appui aux ARS et l'appui aux réseaux départementaux (annexe IV).
Renforcement de l'appui aux ARS	DESMS	+1,0	
Suivi des CPOM ARS-ESMS	DESMS	+0,3	Transférer l'activité et des ressources de la DGCS sur ce sujet (transfert du programme budgétaire 124).
<b>3) Renforcement des fonctions de pilotage des SI</b>		<b>+5,0</b>	
Poste de responsable du pôle SI transverse	DSI	+1,0	Élaborer un SDSI ( <i>a minima</i> programmation pluriannuelle des projets SI) articulé avec
Pilotage du SI – Urbanisation, SDSI, participation à la gouvernance des SI du secteur, fonction de <i>project management office</i> (PMO)	DSI	+2,0	la COG.
Renforcement du pilotage de l'infogérance et le support technique,	DSI	+1,0	
Renforcement de la MOA interne	DSI ou directions métiers	+1,0	Clarifier les responsabilités Direction / métiers DSI dans la MOA des projets et identifier des responsabilités de MOA dans les directions métiers. Calibrer le renforcement de la MOA interne en fonction du SDSI. Améliorer la prise en compte des besoins des ARS en outils de gestion (programmation, tarification).
<b>4) Production et analyse statistiques et production ou commande d'études</b>		<b>+5,5</b>	
Renforcement de la capacité d'analyse sur le champ des prestations individuelles	DCOMP / MAS	+1,5	Réorganiser la fonction statistique : mise en place immédiate d'une coordination transversale et d'une mutualisation des moyens puis regroupement de la fonction dans un service unifié, prestataire de service des directions métiers (annexe VII).
Renforcement de la capacité de prévision sur l'OGD	DESMS/AB	+2,0	

## Annexe VIII

Fonction	Direction/pôle	ETP	Engagements à prendre en contrepartie du renforcement
Développement de la capacité d'études, d'évaluation et de prospective	DESMS ou DS	+2,0	Améliorer les modes de remontées d'information par les ARS (à relier au sujet SI : fournir aux ARS des outils utiles à leur gestion) Réorganiser la fonction études-évaluation avec la mise en place d'une coordination transversale, une approche méthodologique et une programmation commune et un rapprochement avec la fonction de production et d'analyse statistique et mettre en place en parallèle une fonction « prospective » (annexe VII)
<b>5) fonctions support</b>		<b>+3,5</b>	
Renforcement fonctions transversales RH	DR/RH	+1.5	Améliorer la gestion des problématiques RH, rationalisation des outils de gestion RH (SIRH), renforcer le pilotage de la masse salariale (annexe III).
Achats-marchés	DR/CM	+1,0	Élaborer une cartographie et définir une stratégie achats. ; développer un SI-marchés (annexe III)
Communication	DIPCOM	+1,0	Renforcer les relations presse et les relations extérieures. Gérer activement le site cnsa.fr avec mise en place d'un suivi des usages.
<b>6) Abandon ou transfert d'activités à l'administration centrale et à d'autres opérateurs</b>		<b>-7,8</b>	
Transfert de la gestion des appels à projets d'actions innovantes		-2,6	Définir avec le comité technique article 51 les conditions du transfert
Transfert des fonctions du conseil scientifique et suppression des rencontres recherche-innovation		-1,0	Explorer avec l'ILVV et l'IFRH la possibilité de leur transférer la fonction d'animation de la recherche
Abandon du concours d'idées d'architecture		-0.2	Organiser le relais avec le laboratoire de l'offre de demain
Transfert à la DGCS de l'équipe technique du projet SERAFIN		-4,0	Assurer le déploiement de la réforme en appui aux ARS.
<b>Total</b>		<b>+11,5</b>	

Source : mission.

### 1.2.7. Eléments de parangonnage

Cette augmentation porterait les effectifs à 138,7 ETP (DSI comprise) en prenant en compte les effectifs supplémentaires attribués au budget 2021 (+8 ETP *cf. infra* 2) et ceux que la mission estime nécessaires pour assurer la nouvelle mission de la Caisse relative au déploiement de l'habitat inclusif (+2 ETP *cf. infra* 2.3.2) et à 116,2 ETP hors DSI<sup>6</sup>. Ces chiffres peuvent être rapprochés des effectifs d'une caisse nationale de sécurité sociale par rapport aux effectifs de son réseau. La mission n'a pu obtenir d'éléments de comparaison de la part de la direction de la sécurité sociale mais a pu utiliser des données obtenues lors d'une précédente mission conjointe sur l'évaluation de la COG de la CNAF. En 2016 les effectifs de la branche famille du régime général étaient ainsi répartis :

**Tableau 2 : Ventilation des effectifs de la branche famille en 2016**

Structures	ETP FM 2016 exécutés		
	CDI	CDD	Total CDI+CDD
Ensemble CAF (gestion administrative et action sociale)	32 112,32	3 054,77	35 167,09
CNAF	430,49	16,92	447,41
CNAF DSI	788,19	5,79	793,97
Pôle de ressources mutualisées interrégionaux (PRM)	162,30	1,52	163,82
<b>TOTAL</b>	<b>33 493,29</b>	<b>3 079,00</b>	<b>36 572,29</b>

Source : CNAF pour mission IGAS-IGF.

Cette ventilation conduit à un *ratio* [effectifs CNAF hors DSI] + [PRM] / [effectifs CAF] de 1,7 % et [effectifs DSI] / [effectifs CAF] de 2,3 %. Ces *ratios* ont pu évoluer depuis 2016 mais probablement plutôt à la hausse, les réductions d'effectifs demandés par les COG portant en priorité sur les caisses locales où sont réalisés l'essentiel des gains de productivité permis par la numérisation des tâches.

Les effectifs des réseaux appuyés par la CNSA peuvent être estimés à 9 300 ETP se décomposant comme suit :

**Tableau 3 : Estimation des effectifs des réseaux appuyés par la CNSA en 2018**

Structures	ETP
MDPH (source rapport d'activité 2018 ; effectif autorisé sur 98 MDPH)	5 593
Services PA des départements (source : DREES ; le personnel de l'action sociale et médico-sociale des départements en 2018 ; estimation : 25 % du secteur PA-PH, en considérant une ventilation 50 % tarification ESMS / 50 % aides individuelle et 50% PA / 50 % PH)	2 541
Services du secteur médico-social des ARS (source : SGMAS, enquête activité 2018)	1 160
Total	9 294

Source : *missio*.

En appliquant le ratio observé sur la branche famille, on obtiendrait sur cette base **un effectif théorique de 162 ETP pour la CNSA hors DSI**. L'estimation n'a pas été faite pour les effectifs de la DSI puisque les effectifs de la DSI de la CNAF correspondent à des fonctions qui, dans le champ de l'autonomie, sont assurée à la fois par la DSI de la CNSA et par les DSI des départements et les services informatiques des ARS.

<sup>6</sup> En prenant en comptes les 17,5 ETP de la DSI au 16/10/2020 et les 5 ETP supplémentaires proposés par la mission.

## Annexe VIII

Cette comparaison n'a pas pour objet de déterminer les effectifs cibles de la CNSA, les relations entre la CNSA et ses réseaux n'étant pas complètement assimilables à celles entre une caisse nationale et ses caisses locales, mais simplement de montrer que les effectifs de la CNSA après le renforcement proposé par la mission sont d'un même ordre de grandeur que ceux d'une caisse nationale.

### 2. Des missions nouvelles récemment confiées à la CNSA demandant des moyens supplémentaires par rapport à ceux déjà attribués dans le budget 2021

Dans le cadre de son budget 2021, **le plafond d'emploi de la CNSA a été porté de 117,2 à 125,2 ETP (+8 EPT)** ce qui doit permettre de recruter 7 personnes pour la mise en œuvre de la feuille de route MDPH 2022 et 4 pour le pilotage du programme Ségur- investissement, la différence de 3 ETP étant supposée couverte par la sous-exécution frictionnelle par la CNSA de son plafond d'emplois, ce qui revient, si 11 personnes sont effectivement recrutées, à consommer la totalité de la marge générée par les délais de recrutement<sup>7</sup>.

Cette augmentation des effectifs ne couvre pas, toutefois, les besoins nécessaires à l'exercice des missions nouvelles confiées par la LFSS 2021, la contribution à l'attractivité des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées et la contribution au développement de l'habitat inclusif.

#### 2.1. Le pilotage des plans d'investissement du Ségur de la santé

La CNSA bénéficie au titre de son budget 2021, de 400 M€ correspondant à la première tranche annuelle des plans d'aide à l'investissement des ESMS décidés dans le cadre du Ségur de la Santé qui prévoient pour cinq ans 1,5 Md€ d'aides à l'investissement en EHPAD (rénovation du bâti pour 1,25 Md€ et équipements pour 0,25 Md€) et 0,6 Md€ d'aides à l'investissement numérique dans les ESMS.

Les 4 ETP autorisés sont en cours de recrutement à la direction ESMS. Ils devraient être affectés selon les modalités suivantes :

- ◆ 1 ETP sera affecté au pilotage d'ensemble du programme immobilier et numérique ;
- ◆ 2 ETP seront affectés au pilotage du programme d'investissement immobilier en EHPAD dont 1 à l'animation du « laboratoire des solutions de demain » pour lequel la CNSA a confié une mission à la DITP pour la définition des objectifs, du fonctionnement et du calendrier de travail de cette instance ;
- ◆ 1 ETP auquel s'ajoutera un 1 ETP affecté par redéploiement, sera affecté au pilotage du programme ESMS numériques en liaison avec la Délégation au numérique en santé (DNS), pilote du programme e-santé, et l'ANS.

La CNSA a communiqué à la mission le projet d'instruction PAI 2021 ainsi que le diaporama de présentation des travaux de la CNSA et de la DITP pour le premier Comité de pilotage stratégique du laboratoire réuni le 11 février 2021. Ces documents, ainsi que les échanges avec la direction ESMS sur l'organisation du pilotage de ces chantiers importants soulèvent des interrogations :

---

<sup>7</sup> L'annexe III (partie GRH) montre que la CNSA prenant soin de ne pas dépasser le plafond d'emploi en ETP, les délais de recrutement sur les postes vacants génère une sous-consommation du plafond mesuré en ETPT.

## Annexe VIII

- ◆ l'identification des besoins sur toute la durée du programme reste à faire, une première enquête auprès des ARS ayant identifié 542 projets dont 223 prêts à démarrer en 2021. Or l'ampleur du plan issu du Ségur (trois fois le PAI des dernières années) et sa durée (5 ans) ainsi que les critères posés par l'Union européenne pour l'accès aux crédits du plan de relance (exécution de la dépense avant le 31 décembre 2026) appellent l'établissement rapide d'une programmation pluriannuelle, supposant un recensement préalable exhaustif. Cela sera indispensable pour répartir les autorisations d'engagement (AE) portant sur la totalité du programme ; le projet d'instruction PAI, que la mission a pu consulter, prévoit de déléguer ces AE à la fin de l'année 2021 ;
- ◆ le rapport de la concertation grand âge et autonomie a montré que le besoin de rénovation concerne d'abord les EHPAD publics et en particulier les EPHAD publics autonomes dont la capacité à conduire des grands projets immobiliers peut être faible. Le besoin d'un accompagnement de ces maîtres d'ouvrage a bien été identifié par la CNSA qui prévoit de mettre en place un dispositif d'appui reposant sur divers leviers : marchés cadres proposés par des centrales d'achats sur l'assistance à maîtrise d'ouvrage (notamment pour la rénovation thermique), la programmation, l'analyse financière et le diagnostic foncier, diffusion de guides de bonnes pratiques et de programmes fonctionnels type, prestations d'appui ponctuel en conduite de projet d'opérations immobilières (sur plateforme internet). Compte-tenu des délais nécessaires à la réalisation d'opérations de rénovation immobilière, il est nécessaire que ces appuis soient rendus disponibles rapidement et que la CNSA travaille avec les ARS et les conseils départementaux à l'identification des besoins d'appui en ingénierie et à la diffusion de l'information sur cette offre d'appui, faute de quoi il est possible que nombre d'établissements les plus isolés « passent à côté » de l'opportunité du plan d'investissements ;
- ◆ les modalités de la concertation avec les conseils départementaux ne sont pas encore définies alors que « l'équation financière » du plan de rénovation des EHPAD repose sur un effort de leur part pour accompagner le financement des opérations (ils sont les deuxièmes financeurs, après la CNSA, des PAI en EHPAD). Une voie pour inciter les départements à contribuer financièrement au plan et appuyer les EHPAD publics autonomes dans le montage de leurs projets (ils disposent d'une capacité d'ingénierie immobilière, notamment pour les collèges) pourrait être de leur déléguer l'attribution des subventions de la CNSA avec une forte conditionnalité (s'engager à cofinancer) ;
- ◆ le contenu et la portée des « lignes directrices » qui seront définies par le laboratoire de l'offre de demain ne sont pas précisés par les documents communiqués à la mission. En particulier, il n'est pas indiqué si leur respect conditionnera l'octroi du financement du plan, ce qui supposerait que les autorités qui attribueront les subventions (ARS ou éventuellement départements) soient en mesure de vérifier leur application dans le dossier présenté (généralement le programme technique détaillé dans les dossiers déposés pour le PAI). Cette hypothèse ne concernerait toutefois que les projets déposés à partir de 2022, la production des lignes directrices étant prévues pour fin 2021.

Pour la mission, **le traitement de ces questions implique un recrutement rapide de l'équipe dédié au plan d'investissement et une forte implication sur le pilotage de la partie immobilière du programme pour garantir le bon emploi des moyens du Ségur.**

## 2.2. La mise en œuvre de la feuille de route (FDR) des MDPH 2022

Sur les sept recrutements autorisés dans le cadre de l'arbitrage sur le budget 2021, la CNSA prévoit d'en affecter six à la mission d'appui opérationnelle (MAOp) dont quatre<sup>8</sup> sont déjà en poste. Les critères et modalités d'intervention de la MAOp sont en cours de définition (cf. annexe IV). Le septième recrutement concernera un poste de directeur de projet, chargé de coordonner la mise en œuvre de la FDR MDPH 2022 pour la CNSA.

Cette feuille de route mobilise en effet fortement la CNSA qui est responsable de 24 mesures sur les 38 qu'elle comporte ; certaines représentent des chantiers lourds dont la réalisation n'est pas complètement assurée à l'échéance 2022 :

- ◆ elle comporte de nombreux projets informatiques en cours de déploiement (palier 2 du SI-MDPH) qui ne sont cependant pas encore pleinement opérationnels (échanges CAF, généralisation de l'usage de l'outil de soutien à l'évaluation et du SI de suivi des orientations), voire sont encore en construction (livret parcours inclusif pour les échanges entre MDPH et établissements scolaires) ;
- ◆ elle inclut des sujets métiers complexes comme le déploiement des droits sans limitation de durée, qui nécessite un appui important de la CNSA pour faire un usage pertinent du dispositif en maintenant un accompagnement continu des personnes en bénéficiant ; de même, l'appui au déploiement des communautés 360 nécessitera un investissement important de la CNSA ;
- ◆ elle suppose un appui et un suivi de la CNSA sur le fonctionnement des instances locales de gouvernance prévues par la feuille de route, qui doivent coordonner sa mise en œuvre (95 départements ont mis en place ces instances en février 2021).

La mission considère qu'outre la désignation d'un directeur de projet et la mise en place de la MAOp, la réussite de ces chantiers est subordonnée au renforcement effectif du pilotage des SI de la CNSA et de ses capacités de production et d'analyse de données pour utiliser à plein les informations recueillies par le centre de données et pouvoir ainsi suivre la progression de la mise en œuvre de la FDR par les MDPH.

**La COG devra en outre trancher sur l'avenir de la MAOp au-delà de 2022 puisque la mission n'a été créée que pour deux ans.** Un bilan précis des résultats obtenus par les interventions réalisées en 2021 sera nécessaire pour cela.

## 2.3. Les missions nouvelles confiées par la LFSS 2021

Outre les nouvelles responsabilités conférées à la CNSA en tant qu'organisme gestionnaire d'une branche de sécurité sociale (équilibre financier, gestion du risque, prospective), la LFSS pour 2021 a chargé la Caisse de deux missions nouvelles : la contribution au renforcement de l'attractivité des métiers de l'autonomie et la contribution au développement de l'habitat inclusif.

### 2.3.1. La contribution à la revalorisation salariale des aides à domicile (art 32 et art 47 LFSS)

La LFSS pour 2021 mentionne le rôle de la CNSA dans deux articles différents :

---

<sup>8</sup> Dont la responsable, désignée au sein des équipes de la direction de la compensation.

## Annexe VIII

- ◆ l'article 32 qui redéfinit les missions de la CNSA inscrites à l'article L 14-10-1 du CASF dispose que la CNSA a pour rôle « 7° *De contribuer à l'attractivité des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment au travers de ses actions en faveur de la formation et de la professionnalisation des professionnels* », mission en partie redondante sur ce sujet de la formation avec la mission visée au 2° du même article qui indique qu'« *elle met son expertise technique à la disposition des personnes publiques et des professionnels de l'aide à l'autonomie et soutient le développement de la formation dans ce domaine* » ;
- ◆ l'article 47 qui dispose que dans le but « *de contribuer à l'attractivité, à la dignité et à l'amélioration des salaires des métiers des professionnels des services d'accompagnement et d'aide à domicile* », la CNSA verse une aide aux départements finançant un dispositif de soutien à ces professionnels (150 M€ en 2021 et 200 M€ les années suivantes, ce montant étant réparti entre les départements en fonction des dernières données disponibles portant sur le volume total d'activité réalisée par les services d'aide et d'accompagnement à domicile pour les bénéficiaires de l'APA, de l'aide sociale à domicile pour les personnes âgées et de la PCH).

La loi définit ainsi à la fois une mission générale de contribution à l'attractivité des métiers de l'autonomie, principalement par le soutien à la formation, et une mission particulière de contribution à la revalorisation des salariés des SAAD, passant par un nouveau concours financier aux départements.

La première est déjà assurée par la CNSA au sein du fonds d'intervention (ancienne « section IV » et ne requiert pas de moyens supplémentaires au-delà du renforcement proposé par la mission (cf. *supra* 1.1.1.).

La mission estime que la charge induite par la mise en place du nouveau concours **peut être absorbée avec les renforcements proposés en partie 1 sur les fonctions statistiques**, si la répartition entre départements n'est faite que sur le critère des volumes d'heures d'aides humaines financés au titre de l'APA et de la PCH, données déjà remontées par la CNSA au travers des dispositifs de soutien aux bonnes pratiques (2017-2018) et d'expérimentation d'un nouveau modèle de financement des SAAD (2019-2020) même si ces données sont de qualité très inégale et nécessitent des vérifications approfondies.

En revanche, **ces moyens seraient insuffisants si le décret devant venir préciser les conditions d'application de l'article 47 imposait à la CNSA de vérifier que le montant versé est supérieur ou égal aux dépenses supplémentaires supportées par les départements du fait de la revalorisation salariale**. En effet, cela exigerait de mesurer, pour chaque département et pour chaque SAAD, la part de la revalorisation tarifaire accordée par le département venant couvrir la revalorisation salariale, voire de mesurer le surcoût effectif des revalorisations salariales pour chaque SAAD. Sauf à accepter que ces données soient recueillies sur une base purement déclarative, la mission estime qu'un dispositif de remontées de ce type exigerait des moyens supplémentaires, qu'elle n'a pas chiffrés, pour concevoir le dispositif d'enquête et de contrôle approprié.

### 2.3.2. La nouvelle contractualisation avec les conseils départementaux sur l'habitat inclusif

L'article 34 de la LFSS pour 2021 crée un article L. 281-2-1 du CASF qui prévoit que le règlement départemental d'aide sociale peut créer une « aide à la vie partagée » (AVP) attribuée aux habitants d'un habitat inclusif, pour financer le projet de vie sociale et partagée, et versée directement à la personne morale chargée d'assurer le projet de vie sociale et partagée.

## Annexe VIII

Cet article dispose également que la CNSA contribue au financement d'au moins 80 % (en 2021 et 2022 dans la limite de 8 000€ par personne et par an) des dépenses départementales en résultant *via* un nouveau concours, après signature d'un « accord pour l'habitat inclusif », avec le département. Cet accord « fixe les conditions, portant notamment sur le montant de l'aide et ses conditions d'attribution » et « peut prévoir d'autres engagements en matière de développement de l'habitat inclusif ou de politiques venant à son soutien ».

Les ministres concernés ont fixé à la CNSA un objectif de montée en charge très rapide de ce dispositif devant être déployé dans 30 à 40 départements en 2021 et 60 départements en 2022, pour une cible de 600 projets d'habitats et un budget de 4,5 M€ en 2021 et 20 M€ en 2022. D'ores et déjà, 35 départements participent au groupe de travail organisé par la CNSA et 16 autres ont manifesté leur intérêt.

La mission considère que les moyens mobilisés par la CNSA (directeur adjoint exerçant la fonction de chef de projet, 0,8 ETP de chargé de mission et un directeur de l'action sociale d'un département retraité, rémunéré sous forme de prestation de service pour l'équivalent de trois mois x homme en 2021) peuvent convenir dans la phase de démarrage où il s'agit de préciser les conditions d'intervention de la CNSA, de mobiliser les acteurs nationaux et de recenser les demandes des départements mais seront insuffisants dès l'automne 2021, période où les premières conventions vont être signées. Ce dispositif nécessitera en effet que la CNSA :

- ◆ anime les acteurs nationaux concernés et fasse notamment le lien avec le ministère chargé du logement pour mettre en place un appui aux départements et aux porteurs de projets, les problématiques d'aménagement des logements et d'accès aux aides aux logements pouvant conditionner la réalisation des projets ;
- ◆ négocie les accords avec les départements, pour garantir une homogénéité minimale des conditions d'attribution de l'AVP et calibrer le montant du concours. Cette négociation pourra être parfois compliquée<sup>9</sup>, la loi encadrant peu le dispositif d'aides ;
- ◆ assure un suivi fin de la montée en charge, sur le plan national et par département, pour anticiper les besoins de financement, identifier les publics s'engageant dans l'habitat partagé et suivre l'utilisation des crédits alloués aux départements.

En considérant qu'il faut que la CNSA puisse désigner **un chef de projet à plein temps** pour l'animation nationale du dispositif et que la négociation et le suivi des conventions départementales nécessiteront de l'ordre de 5 j x agent par département et par an, il faudrait une équipe de **2,5 ETP en 2022** (60 départements) soit **+ 2 ETP** en considérant que l'actuelle chargée de mission resterait affectée au dispositif à hauteur de 50 % de son activité.

---

<sup>9</sup> À titre d'exemple, des divergences sont apparues au sein du groupe de travail avec les conseils départementaux sur l'application de conditions de ressources.

### **3. Des options complémentaires supposant un arbitrage préalable sur les objectifs fixés à la CNSA**

#### **3.1. Un ajout potentiel prioritaire : le renforcement de la capacité de pilotage des réseaux départementaux dans des conditions adaptées à leur spécificité**

Le dispositif d'appui aux réseaux départementaux décrit dans l'annexe 4 est cadré par les conventions pluriannuelles CNSA-conseils départementaux et a recours à de multiples instruments, beaucoup plus développés pour les MDPH que pour les EMS-APA. Mais même pour les MDPH, la portée de ce dispositif d'appui est limitée en raison de l'incapacité de la CNSA à négocier avec chaque département et MDPH des engagements précis, fondé sur un diagnostic territorial, et à en suivre l'exécution, comme l'a montré la réalisation de la COG 2016-2019 qui prévoyait l'établissement et le suivi de trajectoire d'amélioration de la qualité dans chaque MDPH (cf. annexe I, axe 2, fiches II et III).

La mission estime qu'un des enjeux cruciaux de la prochaine COG sera de décider d'engager la CNSA sur la voie d'un pilotage des réseaux départementaux, en vue d'assurer une réelle équité territoriale, ce qui supposerait :

- ◆ de donner à la CNSA les outils juridiques, techniques et les moyens humains permettant de faire des conventions départementales de véritables contrats réellement engageant pour les deux parties ;
- ◆ de développer en priorité les instruments de connaissance permettant de mesurer les disparités territoriales pour mieux orienter son appui, ce qui implique, sur le champ de l'APA, de trancher sur la réalisation d'un système d'information dédié.

##### **3.1.1. Un choix qui implique l'évolution des outils juridiques et techniques à disposition de la CNSA et le renforcement de ses moyens humains**

La mission considère (cf. annexe IV) que le passage de l'appui actuel à une forme de pilotage des réseaux départementaux, adaptée à l'autonomie des collectivités territoriales qui les contrôlent, suppose d'actionner simultanément trois leviers :

- ◆ une connaissance précise par la CNSA des différences de pratiques dans l'attribution des droits, ce qui implique, pour les prestations dépendant de l'évaluation des besoins de chaque personne et de son environnement, de disposer de nombreuses données sur les processus d'évaluation et de construction des plans d'aide et de compensation : cela semble à portée dans le cadre de la prochaine COG pour les droits attribués par les MDPH, avec le SI-MDPH et le centre de données ; cela n'est pas le cas pour l'attribution de l'APA par les services des départements ;
- ◆ la possibilité de tenir compte dans l'attribution des concours aux départements, de la qualité du service rendu par les MDPH et les services départementaux, selon l'une ou l'autre des modalités envisagées par la mission (modulation automatique d'une partie du concours selon des indicateurs de qualité ; financement d'une partie du concours à la main de la CNSA conditionné par l'atteinte d'engagements précis fixés par les conventions pluriannuelles). Cela nécessite de modifier les règles d'attribution des concours par voie législative ;
- ◆ une capacité de la CNSA à négocier avec les départements des engagements personnalisés dans les conventions départementales, à partir d'un diagnostic de la situation locale mettant en évidence les spécificités du territoire et les marges de progrès, et à en suivre régulièrement l'exécution.

## Annexe VIII

S'agissant du dernier levier, la mission estime qu'outre le renforcement des moyens d'analyse statistique déjà évoqué, la négociation et le suivi de conventions personnalisées nécessiteraient de renforcer le pôle PI de la direction de la compensation d'une capacité d'analyse territorialisée (en lien avec la mission d'analyse statistique (MAS)), de négociation et de suivi régulier des conventions. Sur une base de 5 j de travail /convention /an, la mission estime les besoins à **2,5 ETP** ( $500 \text{ j} \times \text{agents} / 206 = 2,4 \text{ EPT}$  arrondi à 2,5).

**La mission considère que l'arbitrage sur ce renforcement dépend des moyens que l'on est prêt à adopter pour atteindre l'objectif de renforcer l'équité territoriale dans l'attribution des prestations.** Deux choix alternatifs apparaissent envisageables :

- ◆ rester dans le registre de l'appui, avec un meilleur ciblage de l'appui aux MDPH grâce aux données collectées. En fonction des diagnostics, la CNSA pourrait ensuite s'appuyer sur la possibilité d'intervention renforcée auprès des MDPH en difficulté grâce à la mise en place de la MAOp, et, pour l'ensemble des structures, sur la possibilité d'utiliser la formation comme outil d'harmonisation (modification du décret « section IV » proposée par la mission). Dans ce cas, il n'est pas utile de chercher à faire évoluer la contractualisation avec les départements et le renforcement du pôle PI n'est pas nécessaire ;
- ◆ évoluer vers le pilotage en modifiant les règles des concours pour les rendre plus incitatives (en commençant par le concours aux MDPH) et faire des conventions départementales le support d'engagements précis, ce qui nécessite de donner au pôle PI les moyens pour les négocier et les suivre.

### 3.1.2. Sur le champ des personnes âgées, un arbitrage majeur doit être rendu sur le lancement d'un SI-APA

La feuille de route « accélérer le virage numérique en santé » annoncée par la ministre chargée de la Santé le 25 avril 2019 contient une action 21 « Harmoniser les systèmes d'information de gestion de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) », sur la base d'un diagnostic approfondi, le déploiement d'un système d'information unifié de la prestation en vue de favoriser l'équité de traitement, de simplifier les démarches et de disposer d'informations populationnelles sur les bénéficiaires de l'APA et leurs proches aidants, afin d'adapter l'offre aux besoins, avec une échéance fixée à 2024<sup>10</sup>.

La CNSA a fait réaliser par l'ANS un diagnostic sur les SI APA des départements et une étude de faisabilité d'un SI unique, avec deux scénarios techniques et deux scénarios de réalisation, par la CNAV ou par la CNSA (cf. annexe IV et annexe VI).

Les scénarios sont élaborés selon un macro-*planning* qui prévoit une durée de quatre années pour la préparation, le développement et le déploiement du SI. Les coûts de prestations sont estimés entre 57M€ (scénario CNSA) et 81 M€ (scénario CNAV) et **les effectifs à recruter à la CNSA entre 10 (scénario CNAV) et 14 ETP (scénario CNSA)** pendant la phase de développement et de déploiement, pouvant être ensuite ramenés à 5 ETP (à partir de 2025)<sup>11</sup>. La mission a pris note de ces scénarios, qui doivent encore être complétés notamment pour expliquer les différences de prévisions de coûts.

Ce projet très structurant représente aux yeux de la mission un enjeu crucial pour la nouvelle COG.

---

<sup>10</sup> Le bilan 2019 de la feuille de route mentionne la réalisation du diagnostic sur le SI-APA (confié par la CNSA à l'ANS) et l'expérimentation d'un dossier informatisé de demande d'aide en lien avec les départements et les CARSAT. Le bilan 2020 n'évoque toutefois plus en revanche ce projet à propos de l'action 21 mais le lancement du programme « ESMS numérique » dont le champ et les objectifs sont différents.

<sup>11</sup> La CNSA et l'ANS doivent retravailler avec la CNAV les différences entre les deux chiffrages.

## Annexe VIII

Comme pour le sujet précédent, le choix dépend des ambitions que l'on se fixe en matière de renforcement de l'équité territoriale dans l'attribution des prestations et des moyens que l'on est prêt à y consacrer. Cet arbitrage est toutefois très complexe, avec de multiples dimensions :

- ◆ sur le choix d'un SI de gestion fourni aux départements, qui présente de nombreux avantages (harmonisation des pratiques via la numérisation des processus, comme pour les MDPH, données collectées automatiquement « à la source » donc ne nécessitant pas un travail préparatoire de la part des services) par rapport aux données administratives collectées tous les quatre ans par la DREES sur la gestion de l'APA (caractéristiques des bénéficiaires, niveau de dépendance, ressources, montants et contenu des plans d'aide<sup>12</sup>). Il est cependant plus coûteux pour la CNSA. *A minima*, il conviendrait que la CNSA et la DREES vérifient si une utilisation de ces données permet de repérer des écarts de pratiques entre départements ; car la mission n'en est pas convaincue à ce stade des travaux ;
- ◆ au regard de l'expérience du SI-MDPH, si le choix était fait de développer un SI-APA, la mission recommande de développer un SI unique et non un SI harmonisé. Cela suppose toutefois d'introduire par la loi l'obligation pour les départements de l'utiliser : si le diagnostic a montré que les départements les plus avancés dans leur SI souhaitaient une telle intervention de la CNSA pour échapper aux difficultés rencontrées avec leurs éditeurs, l'unanimité des conseils départementaux n'est pas acquise et il faut donc être prêt à introduire une telle obligation légale. Menée de manière partenariale cette démarche peut avoir un effet sur l'organisation de la maîtrise d'ouvrage des départements qui même s'ils ne sont pas entièrement satisfaits de leurs éditeurs n'ont pourtant pas organisé une maîtrise d'ouvrage commune, qu'une forte association à la conduite de ce projet pourrait permettre ;
- ◆ sur le choix entre les deux scénarios CNAV et CNSA, la première présentant l'avantage de l'expérience dans la conduite de grands projets SI et étant intéressée par le sujet, versant des prestations d'action sociale aux personnes âgées non bénéficiaires de l'APA mais susceptibles d'en bénéficier ultérieurement. Ce scénario serait renforcé dans l'hypothèse, émise par la CNAV, d'un transfert du paiement de l'APA aux CARSAT, qui nécessiterait également une disposition législative<sup>13</sup>. L'étude de faisabilité fait toutefois apparaître une grande différence de coût en défaveur du scénario CNAV, appelant des travaux complémentaires et ne permettant pas de donner tous les éléments du choix ;
- ◆ sur la proposition du rapport de M. Laurent Vachey, soutenue par la CNSA d'une généralisation des MDA sous forme d'établissements publics départementaux, avec intégration des personnels chargés de l'APA, permettant à la Caisse d'exercer un pilotage plus direct de ces services.

Pour la mission, le traitement de ces sujets et la nécessité d'approfondir les études pour comprendre les écarts de chiffrages entre les solutions ne permettent pas de trancher sur l'inscription de ce projet dans l'avenant qui doit être signé en avril. **En revanche, compte tenu de ses délais de réalisation, il est nécessaire que cet arbitrage soit rendu dans la COG à signer avant la fin de l'année 2021.**

---

<sup>12</sup> Pour fournir ces données, dont des textes réglementaires définissent la nature et le format, les départements doivent demander à leur prestataire de construire un outil pour les extraire de leur système d'information.

<sup>13</sup> Qui devrait notamment régler la question d'éventuels transferts de personnels entre les services des départements et les CARSAT.

### 3.2. Des compléments possibles pour prendre en compte des arbitrages sur les dispositifs nouveaux qu'il est envisagé de confier à la CNSA et leur phasage dans le temps

Le renforcement éventuel des moyens de la CNSA sur la gestion de plusieurs dispositifs de politique publique nécessite aux yeux de la mission un arbitrage sur la nature des interventions attendues de la CNSA, au-delà de la contribution à leur financement.

#### 3.2.1. Création d'un centre de ressources sur l'évaluation des politiques de prévention (la stratégie ministérielle « vieillir en bonne santé » ne précisant pas l'opérateur)

Les modalités d'animation par la CNSA des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) sont présentées en annexe V. Le dispositif de coordination des financements des nombreuses institutions participant aux conférences présente deux faiblesses :

- ◆ il ne permet pas de savoir si les personnes ayant bénéficié de ces actions sont celles en ayant le plus besoin du fait de leur fragilité ;
- ◆ il ne permet pas de mesurer l'impact des actions et donc d'identifier les actions les plus efficaces pour prévenir la perte d'autonomie ;

Pour répondre à cette deuxième faiblesse, la stratégie ministérielle « Vieillir en bonne santé » publiée le 16 janvier 2020 prévoit la création d'un centre de ressources<sup>14</sup>, conçu selon le modèle des « *What works centres* » britanniques, qui aurait comme mission d'analyser la littérature disponible sur l'évaluation des actions de prévention, de soutenir ou le cas échéant de commander des études d'évaluation et de diffuser aux CFPPA une information synthétique et structurée pour étayer leurs choix de financement. La CNSA a bâti dans ce cadre une proposition de création de ce centre de ressources en son sein nécessitant le recrutement de +4 ETP appuyés par des ressources externes (consultants ou post-doctorants pour réaliser des synthèses de littérature).

Pour la mission, ce projet est cohérent avec la préoccupation de mieux utiliser l'argent public consacré au financement d'actions de prévention (200 à 250 M€ par an). **Mais il ne paraît souhaitable de s'engager dans la création d'une telle structure qu'à la condition que les résultats produits soient pleinement intégrés dans les choix de programmation des CFPPA, ce qui suppose une modification des règles de financement des actions de prévention par la CNSA**, par exemple en ne retenant dans les dépenses éligibles que les actions ayant fait l'objet d'une évaluation favorable ou bien en excluant des dépenses éligibles celles ayant fait l'objet d'une évaluation défavorable.

Si la création d'un centre de ressources était confirmée, avec l'objectif de modifier les règles de financement des actions de prévention, il conviendrait de réfléchir à l'organisme le plus à même de le porter, **la mission s'interrogeant sur la pertinence d'élargir encore le périmètre de la CNSA au regard de sa fragilité actuelle**. Cette mission pourrait par exemple être confiée à Santé publique France, qui dispose de liens nombreux avec le monde de la recherche en santé, ou à la CNAV, directement intéressée par l'évaluation des actions de prévention qu'elle contribue à financer et qui indique disposer dans son organisation inter-régimes d'une ingénierie nationale pour évaluer les actions collectives de prévention,

Si le choix de la CNSA pour porter le centre était confirmé, il pourrait être envisagé de commencer par recruter un préfigurateur, chargé notamment de s'assurer de la disponibilité d'études permettant de documenter l'évaluation des actions de prévention.

---

<sup>14</sup> La ministre de la santé avait annoncé dans son discours que ce centre serait créé à la CNSA.

### 3.2.2. Le renforcement de l'intervention de la CNSA dans le pilotage de l'accès aux aides techniques

La LFSS pour 2021 a supprimé la mission confiée par la CNSA par la loi ASV, la chargeant « d'assurer le pilotage des dispositifs qui concourent à l'innovation, l'information et le conseil sur les aides techniques qui visent à améliorer l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, d'instaurer une évaluation de l'adaptation de ces aides aux besoins des personnes qui en ont l'usage et de garantir la qualité et l'équité des conditions de leur distribution ». L'expression « aides techniques » n'apparaît plus dans les missions de la Caisse.

Le traitement de ce sujet complexe par la CNSA repose actuellement sur une seule personne, ergothérapeute, qui partage son temps entre l'appui aux MDPH (20%), aux EMS APA et CFPPA (10 %) sur les questions relatives à l'attribution d'aides techniques au titre de l'APA, de la PCH ou des CFPPA, et le traitement des sujets transversaux (70%). Elle a été corédactrice du rapport Denormandie formulant de nombreuses propositions pour améliorer l'accès des personnes âgées et des personnes handicapées aux aides techniques.

Ce rapport définit cinq axes de progrès : informer et accompagner, réviser le financement des aides techniques, qualité des services et produits, gouvernance, connaissance et innovation. Un comité de pilotage présidé par les ministres chargés de la santé, de l'autonomie et des personnes handicapées assure le suivi de la mise en œuvre du rapport et la coordination des administrations et organismes, la CNSA étant plus particulièrement attendues sur les axes « informer et accompagner », « qualité des services et produits » et « gouvernance ».

La CNSA a évalué les moyens supplémentaires nécessaires pour la mise en œuvre des actions dont elle à la charge. Ces estimations figurent dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 4 : Estimation des moyens nécessaires à la CNSA pour la mise en œuvre de la feuille de route sur les aides techniques**

Axe	Objectifs	Place de la CNSA dans les travaux	Temps de travail
Axe 1 : accompagner et informer	Accompagnement de l'expérimentation article 51 d'équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques (EqLAAT) et généralisation (cahier des charges publié au JO du 24/02/2021) mise en place d'un réseau d'acteurs, information, recommandations de bonnes pratiques	Pilotage et réalisation « en propre »	0,25 ETP en 2021-2022 puis 0,3 à 0,35 ETP (généralisation) 0,15 ETP pour les autres actions
Axe 2 : financements	Contribution technique pour les évolutions de la LPPR, APA et PCH (avec production de données) Appui aux réseaux pour la mise en œuvre des modifications réglementaires	Contribution Responsabilité	0,15 ETP 0,10 ETP
Axe 3 : qualité des matériels et des services	Participation à l'élaboration des référentiels de qualité (distributeurs de matériels, systèmes de location)	Contribution	0,1 ETP
Axe 4 : gouvernance, suivi des travaux	Coordination inter administrative, suivi des travaux, et <i>reporting</i> aux ministères concernés Appui au réseau pour la mise en place de la gouvernance locale	Secrétariat des instances nationales appui à la mise en place	0,25 ETP 0,1 ETP
Axe 5 : innovation, recherche	2021-2021 : réflexion cadrage, 2023 : création d'un centre de preuves soutenu par la CNSA (proposition 49)	Pilotage et réalisation en propre	0,25 ETP à partir de 2023 si création du centre
Ensemble			<b>2021-2022 : 1,1 ETP</b> <b>2023 : 1,45 ETP</b>

Source : CNSA et mission.

## Annexe VIII

Pour la mission, cette estimation détaillée est crédible et fondée sur une bonne connaissance des sujets par la CNSA, en précisant que pour le centre de preuves, l'hypothèse retenue est celle d'une externalisation de ce centre, les ressources mobilisées concernant le pilotage de la structure. Elle considère que la confirmation de la mission donnée à la CNSA dans la mise en œuvre du rapport Denormandie impliquerait l'attribution de ces moyens supplémentaires.

### 3.2.3. Renforcement des missions de la CNSA relatives à la lutte contre l'isolement des personnes âgées

La LFSS 2021 a confirmé la mission donnée à la CNSA de contribuer au financement et au pilotage de la politique de lutte contre l'isolement (mission 3° de l'article L14-10-1 du CASF). Dans ce cadre, la Ministre déléguée à l'Autonomie a lancé le 15 février 2021 le premier comité stratégique de lutte contre l'isolement des personnes âgées, co-animé par la DGCS et la CNSA.

Pour la mission, il est nécessaire de préciser les attentes à l'égard de la CNSA sur ce sujet en distinguant :

- ◆ le soutien financier aux actions menées par les acteurs (collectivités territoriales, associations, etc.) qui peut être organisé *via* le concours aux CFPPA (au sein de l'axe 6 : « actions collectives de prévention<sup>15</sup> ») ou les conventions « section IV » avec les départements et d'autres acteurs nationaux ;
- ◆ l'animation d'un comité de pilotage national et d'un réseau national susceptible de relayer à l'échelon local une stratégie de lutte contre l'isolement : caisses de retraites, mutuelles, fondations, acteurs associatifs d'envergure nationale, Union sociale pour l'habitat, Agence nationale du service civique, etc. ;
- ◆ la collecte et la diffusion d'outils méthodologiques, issus notamment des travaux de l'association MONALISA financée jusqu'à 2020 par la CNSA (outils de communication, éléments de bonnes pratiques), mais aussi d'outils de repérage des fragilités et de l'isolement ;
- ◆ l'animation-appui à un réseau d'acteurs territoriaux chargés du déploiement des actions.

---

<sup>15</sup> Selon le rapport d'activité des CFPPA en 2018, publié par la CNSA en octobre 2020, les actions en faveur du maintien du lien social ont représenté 20,6 % des actions financées sur cet axe.

## Annexe VIII

Le rapport de J. Guedj sur ce sujet<sup>16</sup> qui proposait de confier à la CNSA le pilotage national de la mission de lutte contre l'isolement, préconisait de faire du maire le moteur de « coopérations locales de veille contre l'isolement des personnes âgées », chargées de repérer et d'appeler les personnes en risque d'isolement, de coordonner les initiatives locales et d'organiser les réponses aux besoins élémentaires des personnes isolées<sup>17</sup>. **La mission considère pour sa part que l'animation de ces réseaux territoriaux structurés à une échelle infra-départementale ne peut pas relever de la CNSA.** La seule hypothèse envisageable serait que **les conseils départementaux, chefs de file en matière d'action sociale, d'autonomie des personnes et de solidarité des territoires<sup>18</sup>, investis par ailleurs de la responsabilité de présider les CFPPA, acceptent de jouer un rôle de relais de l'action de la CNSA auprès de ces acteurs territoriaux,** en bénéficiant pour cela d'un soutien financier de la CNSA. Dans cette hypothèse, la mission estime que le renforcement nécessaire pourrait être limité à **+0,3 à 0,5 EPT** pour faire passer le temps de chargé de mission disponible sur cette thématique autour de 1ETP (0,7 ETP aujourd'hui).

### 3.2.4. Renforcement de l'information aux publics et accès aux droits

Lors du lancement de la nouvelle plateforme « Mon Parcours Handicap » en mai 2020, le Gouvernement a indiqué que cette plateforme serait étendue jusqu'en 2022 et qu'elle proposerait à terme des contenus « informationnels » et « serviciels » sur l'ensemble du parcours de vie des personnes en situation de handicap : annonce du handicap, parentalité, scolarité et études, santé, vie sociale et culturelle, logement, transport, avancée en âge, retraite, etc. L'article 14 de la proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification<sup>19</sup> prévoit de confier la gestion opérationnelle du site à la Caisse des dépôts et consignations (CDC). Ce choix allège la charge de travail de la CNSA, qui peut ainsi se concentrer sur le contenu éditorial, mais nécessitera l'inscription du financement par la CNSA de la CDC (4 M€ par an) dans la trajectoire budgétaire.

**La CNSA estime que la démarche d'amélioration continue nécessaire pour développer puis maintenir cette nouvelle plateforme requiert la mobilisation d'1 ETP supplémentaire** sur un poste de chargé de mission « information des personnes handicapées et de leurs proches », en binôme avec le chef de projet web en charge de la plateforme, qui serait chargé des missions suivantes :

- ◆ animation du réseau des partenaires de la plateforme ;
- ◆ pilotage de la stratégie éditoriale, en lien avec le chef de projet ;
- ◆ promotion de la plateforme.

---

<sup>16</sup> « Déconfinés mais toujours isolés ? La lutte contre l'isolement, c'est tout le temps ! 36 propositions et pistes pour une politique pérenne de lutte contre l'isolement des personnes âgées », Rapport final remis à Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé par Jérôme Guedj, le 16 juillet 2020.

<sup>17</sup> Un guide pour la création de coopérations locales de veille contre l'isolement des personnes âgées (VISA) élaboré par la mission de J. Guedj a été publié sur le site du MSS : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_methodo\\_visa\\_2020.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_visa_2020.pdf).

<sup>18</sup> Article L 1111-9 du code général des collectivités territoriales.

<sup>19</sup> Dans sa version adoptée par l'Assemblée nationale en deuxième lecture le 18 mars 2021.

## Annexe VIII

La mission estime que le renforcement de l'information aux publics de la CNSA (personnes âgées et personnes handicapées) devrait s'appuyer sur un bilan coûts/avantages portant sur le portail pour les personnes âgées, six ans après son lancement. Ce bilan permettrait d'évaluer l'audience atteinte par ce portail et la fiabilité des informations qu'il fournit et d'identifier les autres sources d'information disponibles, soit au niveau national, soit au niveau local, qui fournissent des informations de nature comparable ou pourraient accueillir les informations sans nécessiter la maintenance d'un site autonome. Un tel diagnostic permettrait d'évaluer l'intérêt des portails animés par la CNSA pour les publics concernés, et d'apprécier la pertinence de la stratégie poursuivie par la CNSA avant de décider de renforcer ses moyens humains. Si la conclusion de ces réflexions conduisait à remettre en cause le recours à des portails « autonomes », **il faudrait logiquement mettre fin au partenariat avec la CDC sur le portail concernant les personnes handicapées**. Cette hypothèse devra être prise en compte dans le cadre conventionnel liant la CNSA et la CDC sur ce projet.

### 3.2.5. L'implication de la CNSA dans les dispositifs de gestion des parcours complexes

La CNSA s'est impliquée, dans le cadre de la COG, dans le déploiement de la réponse accompagnée pour tous, puis, à la demande de ses tutelles, dans d'autres dispositifs présentant des objectifs similaires (cf. annexe I, axe 2, fiche II, action 2) :

- ◆ la démarche « territoires 100 % inclusifs » engagée en 2018 pour améliorer la participation et la coordination de tous les acteurs engagés dans le parcours de vie d'une personne handicapée,
- ◆ le plan d'action ministériel « ambition transformation 2019-2022 » lancé en 2019 pour sécuriser les parcours des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie par un accompagnement modulaire visant l'inclusion sociale de la personne,
- ◆ les « communautés 360 » lancées en 2020 pour trouver des réponses immédiates aux besoins des personnes dans le contexte de la crise sanitaire et appelées à se développer ensuite selon un même principe de coordination des acteurs de terrain pour mieux accompagner les parcours de vie des personnes en situation de handicap, et dont le cahier des charges est encore en cours de définition.

L'articulation de ces démarches et dispositifs entre eux, devenue illisible pour les acteurs de terrain mérite d'être précisée, ainsi que le rôle de la CNSA dans leur déploiement. Les chargés de mission concernés à la direction des établissements et à la direction de la compensation éprouvent des difficultés à cerner l'action attendue de leur part, par rapport à celle des cabinets et administrations centrales. Une feuille de route conjointe de leurs directions respectives devrait être rapidement rédigée pour sécuriser leur positionnement et faciliter leurs travaux.

Pour la mission, **le rôle de la CNSA devrait être de mobiliser et d'appuyer ses réseaux locaux (principalement ARS et MDPH) dans le déploiement**, pour expliquer à ces mêmes réseaux le cadre général fixé au niveau national afin de favoriser l'appropriation des démarches et organiser les échanges entre les deux réseaux, pour bien identifier et articuler leurs responsabilités respectives (cf. paragraphe 1.1.2.).

Dans la phase expérimentale, la CNSA, en raison de sa connaissance du terrain, peut en outre être appelée à contribuer à l'élaboration de ce cadrage national, ceci pouvant nécessiter des contacts avec les porteurs locaux des dispositifs, mais **la mission estime que cette intervention directe auprès de ces acteurs ne doit pas se prolonger dans la phase de généralisation**, pour les raisons évoquées à propos des MAIA (cf. supra 1.2.1.).

## Annexe VIII

**La mission déconseille de confier à la CNSA un rôle opérationnel de « recours » pour les dispositifs « 360 » en cours de déploiement.** S'il est envisageable qu'elle assure ce rôle de façon transitoire pendant la phase de conception du dispositif, en s'appuyant sur des prestations externes, elle n'est pas en mesure, dans le cadre de son organisation actuelle, de l'assurer dans la phase de montée en charge. Si toutefois les pouvoirs publics décidaient de lui confier ce rôle de recours, une étude ad hoc de la charge de travail devra être opérée, et les moyens correspondants octroyés dans un délai rapide.

**Sous ces conditions, la mission considère que les moyens humains disponibles pour traiter ce type de sujets transversaux sont suffisants** et que l'amélioration de l'intervention de la CNSA est d'abord à rechercher dans une meilleure organisation interne, visant à faciliter le traitement de ces sujets entre les deux directions métier.

### 4. Récapitulatif général

Le tableau ci-dessous récapitule les besoins estimés pour la réalisation des nouvelles missions de la CNSA s'ajoutant à ceux nécessaires à sa consolidation estimés dans le tableau 1 dont le total est rappelé.

Tableau 5 : récapitulatif des besoins estimés pour la consolidation des moyens de la CNSA et l'ajout des nouvelles missions

Fonction	Direction/pôle	ETP	Cadre de mise en œuvre
<b>1) Consolidation de la CNSA intégrant les missions d'organisme gestionnaire de la branche autonomie (cf. tableau 1)</b>		+11,7	Voir Tableau 1.
<b>2) Missions nouvelles déjà arbitrées</b>		+2,0 (hors arbitrage BI 2021)	
Pilotage des plans d'investissement du Ségur de la santé (4 ETP alloués au budget 2021 - 1 ETP gagé)	DESMS	+3,0 (pm)	Inscription dans le cadre générale de la gouvernance du Ségur de la Santé.
Mise en œuvre de la FDR MDPH 2022 (7 ETP alloués au budget 2021 - 2 ETP gagés)	DCOMP	+5,0 (pm)	Répartition du concours sur la base des seuls volumes horaires des SAAD de chaque département.
Contribution à la revalorisation salariale des aides à domicile		0,0	
Nouveau concours aux départements sur l'habitat inclusif	DCOMP	+2,0 (2022)	Assurer la coordination avec les acteurs nationaux ; limiter le conventionnement CNSA et l'appui aux acteurs locaux aux seuls CD (objectif : 60 départements fin 2022).
<b>3) Renforcement de la capacité de pilotage des réseaux départementaux (à arbitrer)</b>			
Négociation et suivi des conventions départementales	DCOMP	+2,5	Doter la CNSA d'outils juridiques nouveaux (annexe IV). Elaboration par la CNSA de diagnostics par territoire, négociation d'engagements personnalisés, suivi régulier des engagements.
Développement d'un SI-APA	DCOMP/DSI	+10,0 à +14,0 (2022-2024) +5 en 2023	Etudier les options alternatives (utilisation des enquêtes DREES notamment) Approfondir les estimations ; expertiser les conditions de mise en œuvre du SI ; confirmer les calendriers (notamment baisse des effectifs prévues à partir de 2025).
<b>4) Autres missions (à arbitrer)</b>			
Centre de ressources sur l'évaluation des politiques de prévention		+1,0 (2021) +4,0 (2022)	Faire évoluer le périmètre des dépenses de prévention financées par le concours CNSA en fonction des résultats des évaluations et trancher sur l'organisme porteur du centre.
Pilotage de l'accès aux aides techniques		+1,1 (2021) +1,45 (2023)	Trancher sur l'organisme porteur du centre de ressources (extérieur à la CNSA).
Lutte contre l'isolement		+0,3 à +0,5	Limiter l'appui-animation de la CNSA aux CD (pas d'animation au niveau infra-départemental).
Information aux publics et accès aux droits		+1,0	Sous réserve du vote de la PPL confiant la gestion technique du portail handicap à la CDC et de l'inscription du financement CNSA à la CDC dans la trajectoire budgétaire.
Dispositifs de gestion des parcours complexes		0,0	Réaliser préalablement un bilan coûts / avantages du portail d'information pour les personnes âgées. Renforcer la transversalité des appuis aux ARS et aux MDPH et départements.

Source : mission.

## Annexe VIII

### Propositions de l'annexe VIII

Proposition n° 1 : poser comme principe d'action que la CNSA n'intervient auprès des acteurs de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées que via son appui aux réseaux territoriaux (ARS, départements et MDPH) et n'assure pas directement l'animation de ces acteurs.

Proposition n° 2 : prévoir une évaluation préalable systématique des moyens nécessaires à la réalisation des missions /activités /projets nouvellement confiés à la CNSA, en fonction de la nature de l'intervention demandée ; arbitrer en conséquence les moyens supplémentaires ou les redéploiements à effectuer en précisant en ce cas les autres missions /activités /projets qui peuvent être décalés ou reportés

*Source : mission.*



## **ANNEXE IX**

### **Liste des personnes rencontrées**



# SOMMAIRE

<b>1. MINISTRES</b> .....	<b>1</b>
<b>2. CABINETS MINISTÉRIELS</b> .....	<b>1</b>
2.1. Cabinet du Premier ministre .....	1
2.2. Cabinet du ministre des solidarités et de la santé.....	1
2.3. Cabinet du ministre délégué chargé des comptes publics .....	1
2.4. Cabinet de la ministre déléguée chargée de l'autonomie .....	1
2.5. Cabinet de la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées .....	1
<b>3. ADMINISTRATIONS</b> .....	<b>1</b>
3.1. Direction de la sécurité sociale (DSS) .....	1
3.2. Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).....	2
3.3. Direction du budget.....	2
3.4. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).....	2
3.5. Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) .....	3
3.6. Direction générale de l'offre de soins (DGOS).....	3
3.7. Direction générale des finances publiques (DGFIP) .....	3
3.8. Délégation ministérielle au numérique en santé (DNS) .....	3
<b>4. PERSONNALITÉS QUALIFIÉES</b> .....	<b>3</b>
<b>5. CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE (CNSA)</b> .....	<b>4</b>
5.1. Instances de gouvernance .....	4
5.2. Direction générale .....	4
5.3. Direction des ressources.....	4
5.4. Direction des établissements et services médico-sociaux (DESMS).....	4
5.5. Direction de la compensation (DCOMP).....	5
5.6. Direction de l'information des publics et de la communication (DIPCOM).....	5
5.7. Direction scientifique .....	6
5.8. Direction des systèmes d'information (DSI).....	6
5.9. Agence comptable.....	6
5.10. Contrôle budgétaire .....	6
<b>6. REPRÉSENTANTS DES RÉSEAUX PARTENAIRES DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE (CNSA)</b> .....	<b>6</b>
6.1. Agences régionales de santé (ARS).....	7
6.2. Conseils départementaux .....	7
6.3. Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) .....	7
<b>7. CAISSES NATIONALES DE SÉCURITÉ SOCIALE</b> .....	<b>8</b>

7.1. Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) .....	8
7.2. Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).....	8
7.3. Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) .....	8
7.4. Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) .....	8
<b>8. AGENCES DU MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ .....</b>	<b>9</b>
8.1. Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) .....	9
8.2. Agence du numérique en santé (ANS).....	9
8.3. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).....	9
<b>9. HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (HCAAM).....</b>	<b>9</b>
<b>10. AUTRES AGENCES.....</b>	<b>9</b>
10.1. Agence pour l'informatique financière de l'État (AIFE).....	9
10.2. Agence de mutualisation des universités et des établissements (AMUE).....	9
<b>11. ORGANISMES DE RECHERCHE .....</b>	<b>10</b>
11.1. Institut de recherche en santé publique (IRESP).....	10
11.2. Institut de la longévité, des vieillesse et du vieillissement (ILVV) .....	10

## **Annexe IX**

**En raison du contexte sanitaire, l'intégralité des entretiens réalisés par la mission ont eu lieu en visioconférence et/ou en audioconférence.**

### **1. Ministres**

- ◆ M<sup>me</sup> Sophie Cluzel, secrétaire d'État chargée des personnes handicapées

### **2. Cabinets ministériels**

#### **2.1. Cabinet du Premier ministre**

- ◆ M<sup>me</sup> Carole Bousquet-Bérard, adjointe à la cheffe du pôle santé, solidarités, protection sociale, conseillère technique protection sociale et comptes sociaux

#### **2.2. Cabinet du ministre des solidarités et de la santé**

- ◆ M. Florian Cahagne, conseiller budgétaire, comptes sociaux et relance

#### **2.3. Cabinet du ministre délégué chargé des comptes publics**

- ◆ M<sup>me</sup> Delphine Champetier, conseillère en charge des comptes sociaux

#### **2.4. Cabinet de la ministre déléguée chargée de l'autonomie**

- ◆ M. Vincent Léna, directeur de cabinet
- ◆ M<sup>me</sup> Lætitia Buffet, directrice adjointe de cabinet
- ◆ M. Antoine Meffre, conseiller parcours de vie, en charge du suivi de l'exécution des réformes

#### **2.5. Cabinet de la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées**

- ◆ M<sup>me</sup> Marine Darnault, directrice de cabinet
- ◆ M<sup>me</sup> Véronique Billaud, conseillère transformation médico-sociale
- ◆ M<sup>me</sup> Cécile Courault, conseillère budgétaire

### **3. Administrations**

#### **3.1. Direction de la sécurité sociale (DSS)**

- ◆ M. Franck von Lennep, directeur
- ◆ M<sup>me</sup> Marianne Kermaal-Berthomé, cheffe de service, adjointe du directeur
- ◆ M. Antoine Imberti, chef de projet cinquième branche, agent partagé avec la CNSA
- ◆ M<sup>me</sup> Dorastella Filidori, cheffe de la mission comptable permanente
- ◆ M. Timothé Mantz, adjoint au sous-directeur du financement du système de soins (SD1)

## Annexe IX

- ◆ M. Charles Rigaud, chargé de mission au bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux (1A)
- ◆ M. Laurent Lenière, adjoint de la sous-directrice du pilotage du service public de la sécurité sociale (SD4)
- ◆ M<sup>me</sup> Jeanne Lanquetot-Moreno, cheffe du bureau du pilotage budgétaire et de la performance des organismes de sécurité sociale (4A)
- ◆ M. Jérôme Charasse, chef gouvernance et performance sociale des organismes de sécurité sociale (4B)
- ◆ M<sup>me</sup> Cécile Sache, adjointe au chef de bureau (4B)
- ◆ M<sup>me</sup> Corina Guran, chargée de mission au bureau « Système d'information des organismes de sécurité sociale et réglementation des traitements de données à caractère personnel » (4C)
- ◆ M. Pierre Prady, adjoint au sous-directeur du financement de la Sécurité sociale (SD5)
- ◆ M<sup>me</sup> Isabelle Touya, cheffe du bureau de la synthèse financière
- ◆ M. Damien Vergé, sous-directeur des études et des prévisions financières (SD6)
- ◆ M. Augustin Vicard, adjoint au sous-directeur des études et des prévisions financières (SD6)
- ◆ M<sup>me</sup> Mélina Ramos-Gorand, adjointe à la cheffe du bureau études et évaluation (6C)

### 3.2. Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

- ◆ M<sup>me</sup> Virginie Lasserre, directrice générale
- ◆ M. Jérôme Jumel, chef du service des politiques sociales et médico-sociales
- ◆ M<sup>me</sup> Catherine Morin, adjointe au sous-directeur Autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées (3<sup>ème</sup> SD)
- ◆ M. Olivier Bachellery, sous-directeur des affaires financières et de la modernisation (5<sup>ème</sup> SD)
- ◆ M<sup>me</sup> Stéphanie Talbot, cheffe du bureau de la gouvernance du secteur social et médico-social (5C)
- ◆ M<sup>me</sup> Geneviève Nguyen, adjointe à la cheffe du bureau de la gouvernance du secteur social et médico-social (5C)
- ◆ M. Philippe Amaral, chef de la Mission management de l'information et gouvernance des systèmes d'information (MISI)

### 3.3. Direction du budget

- ◆ M<sup>me</sup> Marie Chanchole, sous-directrice de la sixième sous-direction (SD6)
- ◆ M. John Houldsworth, adjoint à la sous-directrice de la sixième sous-direction (SD6)
- ◆ M. Jean Fournier, chef du bureau solidarité et insertion (6BSI)
- ◆ M. Louis Nouaille-Degorce, adjoint au chef du bureau solidarité et insertion (6BSI)

### 3.4. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

- ◆ M. Fabrice Lengart, directeur
- ◆ M. Patrick Aubert, sous-directeur observation de la solidarité

## Annexe IX

- ◆ M. Olivier Léon, adjoint au sous-directeur observation de la solidarité
- ◆ M<sup>me</sup> Layla Ricroch, cheffe du bureau handicap-dépendance au sein de la sous-direction observation de la solidarité
- ◆ M<sup>me</sup> Valérie Ulrich, cheffe de la mission recherche au sein de la sous-direction synthèses, études économiques et évaluation

### 3.5. Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS)

- ◆ M<sup>me</sup> Muriel Vidalenc, cheffe de service du pôle santé – agences régionales de santé
- ◆ M<sup>me</sup> Pauline Sassard, chargée de mission « médico-social », pôle santé – agences régionale de santé
- ◆ Laurent Pellen, chargé de mission « FIR et métiers supports des ARS », pôle santé – agences régionale de santé
- ◆ M<sup>me</sup> Alise Peyrot, SCN SIM ARS, direction du numérique (DNUM)
- ◆ M. Jérôme Renaud, chef du projet SI E-Cars médico-sociale, SCN SIM ARS, direction du numérique (DNUM)
- ◆ Hervé Chiaradia, SCN SIM ARS, direction du numérique (DNUM)

### 3.6. Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- ◆ M<sup>me</sup> Katia Julienne, directrice générale
- ◆ M<sup>me</sup> Sylvie Escalon, sous-directrice de la régulation de l'offre de soins (R)
- ◆ M. Samuel Delafuys, chef du bureau coopération et contractualisation (PF3)
- ◆ M<sup>me</sup> Pauline Boillet, chargée de mission (R4)

### 3.7. Direction générale des finances publiques (DGFIP)

- ◆ M<sup>me</sup> Valérie Pétilion-Boisselier, cheffe du bureau des opérateurs de l'État (2FCE-2B) au sein du service de la fonction financière et comptable de l'État
- ◆ M. Laurent Poisson, adjoint à la cheffe du bureau des opérateurs de l'État (2FCE-2B)

### 3.8. Délégation ministérielle au numérique en santé (DNS)

- ◆ M<sup>me</sup> Héla Ghariani, chargée de mission (DNS)
- ◆ M<sup>me</sup> Odile Jamet, directrice de projets secteur Médico-social

## 4. Personnalités qualifiées

- ◆ M. Laurent Vachey, inspecteur général des finances, auteur du rapport intitulé « La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement » (septembre 2020)
- ◆ M. Dominique Libault, conseiller d'État, directeur de l'École nationale supérieure de sécurité sociale, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS), ancien directeur de la sécurité sociale
- ◆ M<sup>me</sup> Geneviève Gueydan, inspectrice générale des affaires sociales, ancienne directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

## Annexe IX

- ◆ M<sup>me</sup> Anne Burstin, inspectrice générale des affaires sociales, ancienne directrice de la CNSA
- ◆ M. Frédéric Laloue, inspecteur des affaires sociales, ancien directeur adjoint de la CNSA
- ◆ M. Hamid Boukhrouf, directeur des systèmes d'information d'APF France handicap, ancien directeur des systèmes d'information de la CNSA

## 5. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

### 5.1. Instances de gouvernance

- ◆ M<sup>me</sup> Marie-Anne Montchamp, présidente du conseil de la CNSA
- ◆ M. Dominique Argoud, président du conseil scientifique de la CNSA

### 5.2. Direction générale

- ◆ M<sup>me</sup> Virginie Magnant, directrice
- ◆ M. Stéphane Corbin, directeur adjoint
- ◆ M. Hugues Fiévet, responsable de l'organisation transverse
- ◆ M. Jean-Luc Bernard, responsable de la sécurité des systèmes d'information (RSSI) et référent informatique et libertés (RIL)
- ◆ M. Rémi Mangin, conseiller technique
- ◆ M. Antoine Imberti, agent partagé avec la direction de la sécurité sociale (DSS)

### 5.3. Direction des ressources

- ◆ M<sup>me</sup> Irina Schapira, directrice
- ◆ M<sup>me</sup> Nadia Arnaout, directrice adjointe
- ◆ M. Jean-Luc Belda, directeur adjoint et responsable du pôle budget et finances
- ◆ M. Mehdi Graps, pôle budget et finances
- ◆ M<sup>me</sup> Sandrine Baumgarden, responsable du pôle pilotage et gestion des ressources humaines
- ◆ M. Ludovic Lochard, adjoint de la responsable du pôle pilotage et gestion des ressources humaines
- ◆ M<sup>me</sup> Géraldine Beaumont, responsable du pôle services généraux
- ◆ M<sup>me</sup> Sandrine Lescuyer, cellule marchés publics et appui juridique
- ◆ M. Edouard Charney, cellule marchés publics et appui juridique

### 5.4. Direction des établissements et services médico-sociaux (DESMS)

- ◆ M. Gaël Hilleret, directeur
- ◆ M. Olivier Paul, directeur adjoint et responsable du pôle allocation budgétaire
- ◆ M. Armand Crignou, pôle allocation budgétaire
- ◆ M<sup>me</sup> Charlotte Desplanques, pôle allocation budgétaire
- ◆ M<sup>me</sup> Lætitia Ducoudré, pôle allocation budgétaire

## Annexe IX

- ◆ M. Najib El Amraoui, pôle allocation budgétaire
- ◆ M<sup>me</sup> Lucie Gendrot, pôle allocation budgétaire
- ◆ M<sup>me</sup> Marie-Hélène Toupin, pôle allocation budgétaire
- ◆ M<sup>me</sup> Delphine Fauchet, chef du projet SI Collecte, pôle allocation budgétaire
- ◆ M<sup>me</sup> Fanny Thiron, responsable du pôle programmation de l'offre
- ◆ M<sup>me</sup> Eve Dujarric, pôle programmation de l'offre
- ◆ M<sup>me</sup> Sophie Guérin, pôle programmation de l'offre
- ◆ M<sup>me</sup> Adrienne Guiné, pôle programmation de l'offre
- ◆ M<sup>me</sup> Sabrina Lahlal, pôle programmation de l'offre
- ◆ M<sup>me</sup> Corinne Lombard, pôle programmation de l'offre
- ◆ M<sup>me</sup> Catherine Perisset, pôle programmation de l'offre M<sup>me</sup> Daphné Borel, responsable du pôle réforme de la tarification des ESMS pour personnes handicapées (SERAFIN PH)
- ◆ M. Yoël Sainsaulieu, pôle SERAFIN-PH
- ◆ M. Frédéric Vergnaud, pôle SERAFIN-PH
- ◆ M<sup>me</sup> Myriam Danyach, responsable de la maîtrise d'ouvrage des systèmes d'information
- ◆ M. Yannick Eon, médecin, conseiller médical
- ◆ M<sup>me</sup> Christine Gaillandre, médecin, conseillère médicale

### 5.5. Direction de la compensation (DCOMP)

- ◆ M<sup>me</sup> Bénédicte Autier, directrice
- ◆ M. Etienne Deguelle, directeur adjoint
- ◆ M<sup>me</sup> Virgine Hoareau, responsable du pôle partenariat institutionnel (PI)
- ◆ M. Laurent Baudru, pôle partenariat institutionnel
- ◆ M<sup>me</sup> Béatrice Niderkorn, pôle partenariat institutionnel
- ◆ M. Jean-Michel Lamiaux, responsable du pôle expertise et appui métier (EAM)
- ◆ M<sup>me</sup> Cécile Chevalier, chargée de mission « aides techniques »
- ◆ M<sup>me</sup> Sandrine De Roumilly, chargée de mission « Orientations et Parcours »
- ◆ M<sup>me</sup> Cecilia Endrino, chargée de l'appui aux EMS APA
- ◆ M<sup>me</sup> Typhaine Mahé, chargée de mission, évaluation, recherche et habitat inclusif
- ◆ Dr. Anne Marseault, responsable de la mission d'appui opérationnel aux MDPH
- ◆ M<sup>me</sup> Amandine Weber, responsable de la mission d'analyse statistique (MAS)
- ◆ M. Hocine Madaoui, directeur du programme SI-MDPH

### 5.6. Direction de l'information des publics et de la communication (DIPCOM)

- ◆ M<sup>me</sup> Florence Condroyer, directrice
- ◆ M<sup>me</sup> Carole Jankowski, directrice adjointe
- ◆ M<sup>me</sup> Caroline Masson
- ◆ M<sup>me</sup> Nathalie Meunier-Masson
- ◆ M<sup>me</sup> Mari-Wenn Puillandre

### 5.7. Direction scientifique

- ◆ M<sup>me</sup> Marine Boisson-Cohen, directrice
- ◆ M<sup>me</sup> Claudia Marquet, chargée de mission recherche
- ◆ M. Romain Sibille, chargé de mission actions innovantes et études
- ◆ M. Jean-François Quillien, chargé de mission valorisation de la recherche

### 5.8. Direction des systèmes d'information (DSI)

- ◆ M. Macaire Lawin, directeur
- ◆ M. Pierre Lea, directeur adjoint et responsable du domaine systèmes d'information transverses (SI transverses)
- ◆ M. Nasser Armande, domaine SI transverses
- ◆ M. Guillaume Goubet, domaine SI transverses
- ◆ M. Philippe Labaronne, domaine SI transverses
- ◆ M. Patrick Leroy-Kowalski, domaine SI transverses
- ◆ M<sup>me</sup> Mai Jullien Ngo, domaine SI transverses
- ◆ M. Vincent Sala, domaine SI transverses
- ◆ M<sup>me</sup> Céline Wendling, domaine SI transverses
- ◆ M. Aurélien Taconnet, responsable du domaine système d'information des maisons départementales des personnes handicapées (SI MDPH)
- ◆ M<sup>me</sup> Cécile Dutriaux, domaine SI MDPH
- ◆ M<sup>me</sup> Aïcha Imjahad, domaine SI MDPH
- ◆ M<sup>me</sup> Kaoutar Nasri, domaine SI MDPH
- ◆ M<sup>me</sup> Néphéli Liarokapis, responsable du domaine systèmes d'information des établissements et services médico-sociaux et des agences régionales de santé (SI ESMS-ARS)
- ◆ M<sup>me</sup> Estelle Calaret, domaine SI ESMS-ARS
- ◆ M<sup>me</sup> Isabelle Leveau, domaine SI ESMS-ARS
- ◆ M<sup>me</sup> Catherine Lecompte, pilotage administratif et financier des projets informatiques

### 5.9. Agence comptable

- ◆ M. Mathieu Monnier, fondé de pouvoir de l'agent comptable

### 5.10. Contrôle budgétaire

- ◆ M<sup>me</sup> Martine Procureur, contrôleur budgétaire de la CNSA

## 6. Représentants des réseaux partenaires de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

En raison du contexte sanitaire, la mission n'a pas été en mesure de réaliser de déplacements auprès des réseaux partenaires de la CNSA.

### 6.1. Agences régionales de santé (ARS)

- ◆ M<sup>me</sup> Marie-Hélène Lecenne, directrice générale de l'ARS Corse
- ◆ M. Joseph Magnavacca, directeur du médico-social, ARS Corse
- ◆ M<sup>me</sup> Isabelle Bilger, directrice de l'autonomie, ARS Ile-de-France
- ◆ M. Said, Acef, directeur de l'autonomie, ARS Nouvelle Aquitaine
- ◆ M. Jérôme Dupont, adjoint à la directrice de l'autonomie, ARS Normandie
- ◆ M. Raphaël Glabi, directeur handicap et grand âge, direction de l'organisation de l'offre, ARS Auvergne-Rhône-Alpes
- ◆ M<sup>me</sup> Dominique Gauthier, directrice du département de l'offre médico-sociale, ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur
- ◆ M. Malik Lahoucine, directeur général adjoint de l'ARS Bretagne
- ◆ M<sup>me</sup> Régine Martinet, Directrice Adjointe, direction de l'offre de soins et de l'autonomie, ARS Occitanie
- ◆ M<sup>me</sup> le Dr Isabelle Annaheim-Jamet, directrice, direction de l'offre médico-sociale, ARS Centre Val de Loire
- ◆ M. Hervé Caradet, ARS Bretagne
- ◆ M<sup>me</sup> Cassandre Dupuis-Belair, ARS Bretagne
- ◆ M. Damien Patriat, directeur de l'autonomie, ARS Bourgogne-Franche Comté
- ◆ Elodie Peribois, directrice adjointe, direction de l'offre de santé et en faveur de l'autonomie, ARS Pays de la Loire
- ◆ Anne-Lise Brasseur, chargée de projet relations acteurs et territoires, ARS Pays de la Loire
- ◆ Anaïs Callot, Supervision financière, Département Parcours des Personnes en situation de Handicap, Direction de l'offre de santé et en faveur de l'autonomie, ARS Pays de la Loire

### 6.2. Conseils départementaux

- ◆ M. Jean-Michel Rapinat, conseiller politiques sociales au sein de l'Assemblée des départements de France (ADF)
- ◆ M<sup>me</sup> Geneviève Mannarino, vice-présidente du conseil départemental du Nord en charge de l'autonomie
- ◆ M. Cyril Carbonnel, directeur de l'autonomie au conseil départemental du Nord

### 6.3. Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

- ◆ M. Dominique Lagrange, directeur de la MDPH des Pyrénées Atlantiques, président de l'association des directeurs de MDPH (ADMDPH)
- ◆ M<sup>me</sup> Annie Coletta, ancienne directrice de la MDPH du Calvados, vice-présidente de l'ADMDPH,
- ◆ M. Didier Lombardo, directeur de la MDPH du Nord

## **7. Caisses nationales de sécurité sociale**

### **7.1. Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)**

- ◆ M. Vincent Mazauric, directeur général
- ◆ M. Arnaud Rozan, directeur général délégué, chargé du pilotage stratégique et de la coordination des évaluations
- ◆ M. Jérôme Lepage, directeur adjoint des politiques familiales et sociales
- ◆ M. Sylvain Grenard, directeur du département échanges et appui à l'implantation au sein de la direction des politiques familiales et sociales
- ◆ M. Arnaud Perrault, directeur du département finances et production des comptes au sein de la direction comptable et financière

### **7.2. Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)**

- ◆ M<sup>me</sup> Amandine Lacroze, cabinet du directeur général
- ◆ M. Gonzague Debeugny, département des études, direction de la stratégie, des études et des statistiques
- ◆ M<sup>me</sup> Garmenick Leblanc, coordinatrice de la cellule médico-sociale, département de l'hospitalisation, direction de l'offre de soins, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
- ◆ M. Bertrand Picard, directeur de la mission handicap, direction déléguée aux opérations
- ◆ M<sup>me</sup> Nadine Minard, adjointe au directeur de la direction déléguée des finances et de la comptabilité

### **7.3. Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)**

- ◆ M. Renaud Villard, directeur général
- ◆ M<sup>me</sup> Véronique Puche, directrice des systèmes d'information
- ◆ M<sup>me</sup> Pascale Breuil, directrice des statistiques, de la prospective et de la recherche
- ◆ M<sup>me</sup> Frédérique Garlaud, directrice nationale de l'action sociale

### **7.4. Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)**

- ◆ M<sup>me</sup> Camille L'Hernault, directrice comptable et financière
- ◆ M. Emmanuel Laurent, adjoint de la directrice comptable et financière
- ◆ M<sup>me</sup> Delphine Soulabail-Legavre, sous-directrice maîtrise d'ouvrage – trésorerie au sein de la direction comptable et financière
- ◆ M. François Lavigne, responsable du service optimisation et synthèse des flux au sein de la direction comptable et financière

## **8. Agences du ministère des solidarités et de la santé**

### **8.1. Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)**

- ◆ M<sup>me</sup> Sophie Martinon, directrice générale
- ◆ M<sup>me</sup> Elsa Ptakhine, responsable du département ingénierie de projet
- ◆ M. Olivier Rival, responsable de la mission programme de travail

### **8.2. Agence du numérique en santé (ANS)**

- ◆ M<sup>me</sup> Annie Prévot, directrice
- ◆ M<sup>me</sup> Pascale Sauvage, directrice adjointe
- ◆ M. Sébastien Baché, équipe programme médico-social
- ◆ M. Albert Allo, secrétaire général
- ◆ M<sup>me</sup> Morgane Berthelot, équipe programme médico-social

### **8.3. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)**

- ◆ M. Housseyni Holla, directeur général
- ◆ M. Max Bensadon, directeur général adjoint
- ◆ M<sup>me</sup> Véronique Sauvadet-Chouvy, cheffe du service « financements et analyses économiques »

## **9. Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)**

- ◆ M<sup>me</sup> Anne-Marie Brocas, présidente
- ◆ M<sup>me</sup> Nathalie Fourcade, secrétaire générale

## **10. Autres agences**

### **10.1. Agence pour l'informatique financière de l'État (AIFE)**

- ◆ M. Vincent Castella, délégué de la directrice (2<sup>ème</sup> délégation)

### **10.2. Agence de mutualisation des universités et des établissements (AMUE)**

- ◆ M. Stéphane Athanase, directeur
- ◆ M. Hugues Ponchaut, adjoint au directeur, directeur du département stratégie et programmation des systèmes d'information
- ◆ M. Pierre-Marie Martin, directeur de la construction des systèmes d'information

## **11. Organismes de recherche**

### **11.1. Institut de recherche en santé publique (IRESP)**

- ◆ M. Rémy Slama, directeur de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), directeur
- ◆ M<sup>me</sup> Marion Cipriano, directrice adjointe scientifique
- ◆ M<sup>me</sup> Mélanie Simony, directrice adjointe administrative

### **11.2. Institut de la longévité, des vieillesses et du vieillissement (ILVV)**

- ◆ M<sup>me</sup> Emmanuelle Cambois, directrice de recherche à l'Institut national d'études démographiques (INED), directrice

## **ANNEXE X**

### **Observations de la CNSA et des administrations centrales de tutelle et réponses de la mission**



# SOMMAIRE

<b>1. OBSERVATIONS DE LA CNSA ET RÉPONSES DE LA MISSION .....</b>	<b>1</b>
1.1. Observations de la CNSA et réponses de la mission sur le rapport de synthèse ...	1
1.2. Observations de la CNSA et réponses de la mission sur les annexes du rapport	12
1.2.1. <i>Observations de la CNSA et réponses de la mission sur l'annexe I.....</i>	<i>12</i>
1.2.2. <i>Observations de la CNSA et réponses de la mission sur l'annexe II.....</i>	<i>13</i>
1.2.3. <i>Observations de la CNSA et réponses de la mission sur l'annexe III.....</i>	<i>14</i>
1.2.4. <i>Observations de la CNSA et réponses de la mission sur l'annexe IV.....</i>	<i>17</i>
1.2.5. <i>Observations de la CNSA et réponses de la mission sur l'annexe V.....</i>	<i>17</i>
1.2.6. <i>Observations de la CNSA et réponses de la mission sur l'annexe VI.....</i>	<i>18</i>
1.2.7. <i>Observations de la CNSA et réponses de la mission sur l'annexe VII.....</i>	<i>24</i>
1.2.8. <i>Observations de la CNSA et réponses de la mission sur l'annexe VIII.....</i>	<i>24</i>
<b>2. OBSERVATIONS DE LA DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (DSS) ET RÉPONSES DE LA MISSION .....</b>	<b>25</b>
2.1. Observations de la DSS .....	25
2.2. Réponses de la mission.....	27
<b>3. OBSERVATIONS DE LA DIRECTION DU BUDGET (DB) ET RÉPONSES DE LA MISSION .....</b>	<b>31</b>
3.1. Observations de la DB sur le rapport.....	31
3.2. Réponses de la mission.....	34
3.3. Annexe 1 de la DB : commentaires suite aux propositions de la mission (propositions du rapport de synthèse) et réponse de la mission.....	36
3.4. Annexe 2 de la DB : propositions de corrections / précisions et réponses de la mission .....	39



## 1. Observations de la CNSA et réponses de la mission

*Pour faciliter la lecture, la mission signale qu'elle a inséré ses réponses après chacune des observations de la CNSA commençant par la mention de la page et du paragraphe concernés du rapport provisoire et de ses annexes.*

### 1.1. Observations de la CNSA et réponses de la mission sur le rapport de synthèse

**Objet :** réponse au rapport provisoire de l'IGAS et de l'IGF relatif au bilan de la convention d'objectifs et de gestion de la COG de la CNSA pour la période 2016-2020 et propositions pour la prochaine COG dans le cadre de la gestion de la branche autonomie

En réponse à votre transmission, le 27 avril dernier, du rapport provisoire relatif au bilan de la convention d'objectifs et de gestion de la COG de la CNSA pour la période 2016-2022 et propositions pour la prochaine COG dans le cadre de la gestion de la branche autonomie, je vous prie de trouver ci-après les observations suscitées par certaines de ses constatations et recommandations.

Ces précisions que nous permettent d'apporter la procédure contradictoire ne devraient modifier en rien les grands constats posés par la mission sur la mise en œuvre de la COG 2016-2020 auxquels nous souscrivons largement. Le contenu trop détaillé de cette dernière ne lui a, en effet, pas permis de constituer un véritable instrument stratégique de pilotage pour l'établissement non plus qu'un cadre de suivi efficace de sa mise en œuvre. De plus, l'évolution des politiques de l'autonomie renforcée par le renouvellement de l'exécutif gouvernemental en 2017 a rendu très rapidement obsolète le contenu de cette convention.

L'absence d'un tel outil de régulation, en particulier dans la dernière période de la COG, a conduit à un décrochage entre les missions déployées et les moyens réels de la Caisse. Un meilleur équilibre entre missions et ressources humaines dédiées à la CNSA, nous semble ainsi être un des enjeux majeurs de la prochaine COG. Il sera précieux, dans ce contexte, de s'appuyer sur les propositions et chiffrages du rapport pour construire la feuille de route stratégique et opérationnelle que nous appelons de nos vœux, permettant de fixer un cap clair nécessaire pour organiser la transformation de la CNSA en caisse nationale de sécurité sociale. Il en va de la cohérence entre les ambitions affichées par la création de cette 5<sup>e</sup> branche et les chantiers de transformation interne avec une attention forte sur la prévention des risques psychosociaux dans un contexte de tension RH qu'a parfaitement décrit la mission.

La Directrice de la CNSA

Virginie MAGNANT

\*

#### **Le rapport de synthèse appelle les observations suivantes de la part de la CNSA :**

**Page 4 - §4 :** L'estimation du nombre de personnes handicapées âgées de 20 à 59 ans n'est pas une donnée produite par la CNSA. Ce nombre estimé est issu de l'enquête Handicap Santé (enquête nationale déclarative) : il est produit par la DREES/INSEE et repris dans les Chiffres Clés de la CNSA sur la base de publications diffusées au grand public. Ce nombre présente l'état de la situation en France en 2008-2009 et non en 2020.

#### **Réponse de la mission :**

Vu. Le texte du rapport a été modifié en conséquence.

\*

## Annexe X

**Page 7 - §3 relatif aux travaux parfois significatifs qui se sont ajoutés aux actions prévues par la COG :** Outre les activités non prévues listées par les rapporteurs, il faut citer encore plusieurs chantiers mobilisateurs tels que : - la conception du programme ESMS numérique avec la mise en place du fonds d'amorçage, à partir desquels a pu être défendu la mise en place d'un important volet médico-social du Ségur numérique ; - la construction du livret de parcours inclusif, suite à la concertation « ensemble pour l'école inclusive » ; - la construction du portail pour les personnes handicapées menée conjointement avec la caisse des dépôts et consignations...

Par ailleurs, certaines missions traditionnelles ont mobilisé des ressources significativement plus importantes dans la période récente et le contexte de crise sanitaire Covid, à l'instar des 3 campagnes budgétaires de l'année 2020, ou l'intensification de l'animation du conseil avec 2 séminaires et 6 réunions du conseil cette même année.

### **Réponse de la mission :**

Les actions supplémentaires prévues se situent au-delà de l'horizon initial de la COG (2016-2019) et ne se comparent pas exactement aux actions ajoutées pendant la durée de la COG qui sont celles citées par la mission. Toutefois, il est possible que certaines actions aient été omises et le rapport a été complété par l'ajout de « notamment » avant l'énumération pour indiquer son caractère potentiellement non exhaustif. Enfin, la mission note que l'avenant prolongeant la COG d'un an, signé en janvier 2020 aurait pu mentionner ces nouveaux chantiers engagés en 2019 ou à engager en 2020.

\*

**Page 8 - Partie 1-2-2-1 relative au référentiel d'évaluation multidimensionnel pour les professionnels des EMS APA :** Il pourrait être précisé dans la synthèse que, conçu par la CNSA, ce référentiel est utilisé par 87 % des EMS (cf. annexe 1), un des freins à son utilisation étant le défaut d'informatisation.

### **Réponse de la mission :**

Cette information, qui figure effectivement déjà dans l'annexe I, sera reprise dans la version définitive du rapport.

**Page 8 – Partie 1.2.2.1 relative à la refonte de l'outil PATHOS :** La CNSA souhaite préciser qu'elle a transmis à ses tutelles courant 2019 une note (**PJ 1**) qui a dressé trois scénarios possibles pour la mise en œuvre de cette refonte mais qu'aucun des scénarios proposés n'a été retenu.

Sur le même sujet, la mission indique en annexe 1 (§4.2.1.4 p.81) que la CNSA n'aurait pas « conduit, en lien avec l'ADF, l'étude de faisabilité prévue sur les conditions d'une remontée et d'une exploitation des données concernant les établissements et services relevant d'une double tarification des CD et de l'AM ». La CNSA souhaite confirmer que ce sujet n'est plus au stade de l'étude puisque la remontée et l'exploitation des données concernant les établissements et services relevant d'une double tarification des CD et de l'assurance maladie (EHPAD, FAM, SAMSAH) sont bien en place et fonctionnent de façon satisfaisante. Elle a également saisi formellement la DGCS d'une demande d'évolution normative en sorte d'instaurer une obligation de transmission des données relatives aux ESMS relevant d'une tarification exclusive des CD, en particulier afin de rendre possible les analyses nécessaires au projet SERAFIN.

## Annexe X

### Réponse de la mission :

La mission prend note de cette précision qui ne la conduit pas à modifier sa rédaction sur le retard pris dans le chantier de refonte de PATHOS. Outre les arbitrages budgétaires mentionnés par la note de la CNSA, la nouvelle version du référentiel implique des validations du comité scientifique, l'adaptation de l'outil Galaad et la formation des médecins évaluateurs et valideurs qui ne permettent pas son déploiement avant 2022.

La mission confirme également la rédaction du § 4214 p. 81 de l'annexe I. En effet, l'objectif fixé par la COG consistait à « *étudier, en lien avec l'ADF, les conditions d'une remontée et d'une exploitation des données (...) afin de disposer au niveau national d'une vision globale sur les coûts* ». Aussi, la mission estime que l'objectif n'est pas atteint. Elle partage le constat que la remontée des données est déjà possible, mais n'a pas eu d'éléments indiquant que cette organisation fonctionne de façon « satisfaisante ». En outre, la rédaction retenue dans l'annexe a fait l'objet d'une transmission le 22 janvier à la DESMS qui n'a pas contesté cette analyse, ni fourni d'élément de nature à modifier ce constat.

\*

**Page 8 – Partie 1.2.2.1 relative à l'utilisation du NIR par les MDPH :** Celui-ci est utilisé aujourd'hui par 78 MDPH (et non la moitié).

### Réponse de la mission :

La mission prend note de cette information. Elle précise qu'elle a fait figurer dans le rapport la dernière information transmise par la CNSA, le chiffre de 49 MDPH émettant des flux SNGI fin novembre 2020 figurant dans le compte rendu du comité d'orientation stratégique du 17 décembre. Elle n'actualise donc pas le rapport sur ce point, la date de cette donnée étant mentionnée. En outre, la question majeure concerne la l'utilisation effective de l'outil et le pourcentage des NIR des usagers certifiés à laquelle les éléments partiels fournis par la CNSA dans ses observations sur l'annexe VI ne permettent pas de répondre.

\*

### Page 8-et 9 - Partie 1.2.2.2 :

**Sur le SI commun des MDPH :** Le déploiement par paliers successifs du programme correspond à un choix stratégique validé dès avant 2019 en sorte d'organiser un élargissement et un approfondissement du périmètre initial harmonisé. Le palier 2-1 est, à date, en phase de déploiement et le palier 2-2 en phase de conception.

**Sur le renforcement du partenariat avec les départements au service d'une d'harmonisation des réponses :** La mission souligne que l'animation des EMS APA a été mise en place « *sans atteindre l'intensité de celle des MDPH* ». Cette différence réelle de situation est notamment liée aux ressources infiniment plus réduites allouées à la CNSA en 2016 pour assurer cette mission.

**Le faible recours à la procédure de labellisation des MDA** n'est pas lié à la CNSA en tant que telle mais bien, comme le mentionne la mission, au manque d'intérêt à agir des départements au regard d'un processus d'abord créée pour répondre aux inquiétudes des associations représentant les personnes en situation de handicap.

## Annexe X

**S'agissant de l'information des personnes âgées et leurs proches à l'information**, il faut signaler de nets progrès du recensement de l'offre de services à domicile depuis l'élaboration par la mission de ses constats. L'annuaire des SAAD dont la création a constitué un apport majeur de la refonte complète du portail en 2020, est complété en mai 2021 pour 76 départements (et non plus les 54 relevés par l'annexe 1 du rapport au §2.4.1.4. p 42). Son renseignement qui repose sur les données du répertoire FINESS implique la double mobilisation des services départementaux et des agences régionales de santé que le contexte sanitaire n'a pas facilitée. Il est étroitement suivi par l'équipe projet nationale associant à la CNSA la DREES et la DGCS et a conduit à l'envoi d'un courrier signé des trois directeurs de ces structures à l'ensemble des ARS et des conseils départementaux en octobre 2020.

**En ce qui concerne l'accès aux aides techniques** sur lesquels la mission relève des résultats « plus décevants » en notant que « *les cadres de références prévus par la COG n'ont pas été élaborés* », il convient d'en souligner d'abord la grande complexité du cadre juridique, faisant le lien avec les plans d'aide APA et leur saturation. Surtout, ont été menés à bien de manière alternative des travaux relatifs aux modes innovants de mise à disposition des aides techniques (à la suite d'une expérimentation lancée en 2015) ainsi qu'aux processus d'attribution des aides techniques qui ont permis de nourrir la mission Denormandie Chevalier de 2020.

### Réponse de la mission :

La mission prend note de ces précisions et compléments d'informations qui confirment ses constats, les difficultés rencontrées par la CNSA dans la réalisation des actions citées ayant été clairement explicitées dans le rapport de synthèse et les annexes I, II et IV (sur l'appui aux équipes APA). En particulier, sur le rôle de la CNSA dans l'accès aux aides techniques, la mission partage le constat de la CNSA et indique explicitement dans la partie 4 du rapport et l'annexe VIII qu'un arbitrage sur les objectifs et les moyens de l'action de la CNSA dans ce domaine devra être rendu dans le cadre de la prochaine COG.

\*

**Page 11- § relatif à la réforme tarifaire des ESMS PH :** Le projet SERAFIN-PH est construit d'après une méthodologie qui a amené les rapports Vachey-Jeannet à estimer son délai de mise en œuvre entre 8 et 10 ans. Le projet a été conduit selon les grandes phases proposées par ces rapports : élaboration de référentiels, réalisation d'étude nationale de coûts et scénarios de tarification. Lors du dernier comité stratégique en date de décembre 2020, une première expérimentation d'un pré-modèle de financement a été annoncée pour 2022. La phase de déploiement du modèle est prévue pour commencer en 2024. Pour rappel, le projet a commencé fin 2014.

### Réponse de la mission :

La mission confirme les termes prudents qu'elle a utilisés dans son rapport de synthèse (« *la réforme tarifaire des ESMS du secteur des personnes handicapées a pris du retard par rapport au calendrier initial* »). En effet, sans nier les avancées obtenues au cours de la COG, ni la complexité de ce chantier, la mission constate que le calendrier figurant p. 106 de la COG n'a pas été tenu, et que le respect de l'échéance de 2024 réaffirmée lors du comité stratégique de décembre 2020 repose sur la tenue de jalons intermédiaires particulièrement ambitieux.

\*

**Page 12 - §2 relatif au service facturier :** Il est disproportionné de dire que « des dysfonctionnements majeurs ont été constatés au sein du service facturier, qui nécessitent une remise à plat complété du dispositif ». Les dysfonctionnements repérés ont fait l'objet de résolutions. Les délais de paiement se sont améliorés malgré les difficultés liées notamment à une absence de longue durée au sein d'une petite équipe.

## Annexe X

### Réponse de la mission :

La mission maintient sa rédaction, qui correspond aux constats qu'elle a faits au cours de ses investigations, en l'absence d'éléments matériels attestant les affirmations de la CNSA sur la résolution des dysfonctionnements et la diminution des délais de paiement.

\*

**Page 14 - Partie 2-1-1.** L'énumération des dispositifs requérant l'animation et le suivi de la CNSA mentionne de manière impropre la lutte contre l'isolement au même rang que le soutien aux aidants. S'agissant de ce dernier, il est exact de relever que l'accompagnement des aidants fait l'objet d'une attention plus forte dans la COG. La lutte contre l'isolement pour sa part, même si elle est rappelée dans l'exposé des motifs de la loi ASV, n'a, longtemps, pas constitué un objectif autonome mais une part de la prévention de la perte d'autonomie. L'essentiel de l'implication de la CNSA jusqu'en 2020 a été d'apporter un soutien financier à l'association MONALISA. La préoccupation et les attentes plus fortes des tutelles est plus récente et s'est manifestée en 2020 dans le cadre de la stratégie de prévention de la perte d'autonomie présentée en janvier 2020 puis dans le contexte de la crise sanitaire. Elle est désormais un axe majeur de la ministre déléguée à l'autonomie.

### Réponse de la mission :

Le rapport distingue bien ces deux missions dans l'annexe II consacrée à l'analyse des missions et du métier de la CNSA. La présentation du rapport de synthèse est modifiée pour mieux les distinguer.

\*

**Page 16 - Tableau 5 :** Sur la contractualisation entre la CNSA et les départements, son périmètre matériel n'est pas limité aux MDPH et aux EMS APA comme semble l'indiquer le tableau. Le champ couvert par la contractualisation est plus vaste en particulier en ce qui concerne les compétences communes à la CNSA et aux départements (prévention, aide à domicile, parcours, ...). Il couvre notamment le champ des CFPPA contrairement à ce qui est indiqué dans le tableau.

En ce qui concerne l'appui à l'exercice des métiers, celui-ci n'est pas davantage limité aux MDPH et aux EMS APA (ex. CFPPA, soutien aux aidants, aide à domicile, ...).

### Réponse de la mission :

La mission rectifie la présentation de ce tableau et du tableau 1 de l'annexe IV pour mentionner que la contractualisation avec les conseils départementaux peut couvrir le champ des CFPPA.

**Page 17 - Partie 2.2.2 §2** - Il semble excessif d'indiquer que la CNSA « *n'a pas disposé pendant la période [sous revue] d'outil de pilotage et de rendu compte de l'avancée des systèmes d'information* ». D'ailleurs, comme l'expose elle-même la mission à l'annexe VI - 3 du rapport, pp.11 et suivantes, sans que le document de programmation pluriannuelle qui lui a été fournie revête l'ensemble du formalisme attaché à un schéma directeur, il a bien constitué la programmation pluriannuelle de référence pour la CNSA, comportant tous les éléments d'un schéma directeur (portefeuille projets, estimation de charge, planning). C'est sur sa base en particulier qu'a été établie et suivi la programmation annuelle des travaux de la DSI, dont le suivi est assuré en comité ad hoc associant l'ensemble des directions de la CNSA.

### Réponse de la mission :

La réponse est une affirmation qui contredit l'annexe citée sans que cette contradiction soit documentée en réponse à l'annexe elle-même. La mission maintient la rédaction du rapport initial et rappelle que le tableau de bord actuellement utilisé ne lui apparaît pas non plus pertinent.

## Annexe X

**Page 17 – Partie 2-2-2 §5 :** sur la mention du « *peu d'avancée [des SI] dans le domaine de l'autonomie* » : il convient de souligner qu'aucune mission ni objectifs n'avaient été confiés en la matière à la CNSA par la COG 2016-19 en dehors de la mise en place du portail d'information pour les personnes âgées qui a été réalisé et dont les chiffres de fréquentation dépassent les objectifs fixés. L'informatisation du REMD reste un besoin réel, qui devrait être traitée dans le cadre plus vaste du SI APA. En ce qui concerne les CFPPA, la CNSA s'est attachée à améliorer le SI de collecte de leurs données d'activité. En revanche, il apparaît prématuré d'envisager un SI de gestion des actions financées par les membres des conférences, le préalable étant la construction de référentiels métiers auxquels un centre de ressources, dont la création est évoquée infra par la mission, pourrait contribuer de façon décisive.

### Réponse de la mission :

La mission modifie la rédaction du rapport pour préciser que la COG contenait peu d'actions portant sur les SI dans le domaine de l'autonomie (l'implémentation du REMD dans les logiciels métier étant toutefois bien prévue) et que la mise en place du portail d'information a bien été réalisée.

\*

**Page 18 – Partie 2-2-2 §2 :** La mission indique que le projet SI MDPH a été « *jusqu'à mobiliser 40 prestataires* ». Il s'agit tout au plus d'ETP de prestataires et non de prestataires. Ce nombre ne nous apparaît pas correspondre à la réalité. Le tableau 6 mentionne ainsi 20 ETP.

### Réponse de la mission :

La mission entendait bien 40 ETP de prestataires le rapport été corrigé sur ce point. Le chiffre cité résulte des entretiens faits par la mission et se réfère à la période où l'intervention des prestataires a été maximale qui n'était pas celle à laquelle se réfère le tableau 6. La CNSA n'ayant pas été en mesure de fournir un suivi du volume de ses prestataires la mission ne voit pas sur quelle base la direction de la caisse se fonde pour estimer que les informations communiquées par ses propres agents, cohérentes avec les estimations des volumes de prestataires faites par la mission, seraient erronées. La rédaction du rapport n'est pas modifiée.

\*

**Page 18 - Partie 2.2.3 relative la connaissance et la mobilisation des données :** L'assertion du §8 relative au fait que les données disponibles « *ne permettent pas une évaluation et un suivi qualitatifs de l'offre* » nous semble faire fi du travail entrepris depuis 2019 pour enrichir le suivi de la mise en œuvre des plans de développement de l'offre, et dépasser un simple suivi financier. La mission en rend compte dans l'annexe 1 – 3.1.1.1 p52 en citant le nouveau « bilan unique » présenté au conseil du 1er décembre 2020. Ce document croise les données physico-financières de suivi de l'ensemble des plans et stratégie en vigueur et éclaire l'analyse des besoins auxquels la programmation des ARS vise à répondre de nouvelles données de contexte notamment relatives à l'offre sanitaire. Elle présente enfin les modalités nouvelles par lesquelles les ARS organisent ce développement (développement des appels à manifestations d'intérêt et appels à projets) et propose des « focus » sur la transformation de l'offre. Par ailleurs, s'agissant de l'appréciation de la « qualité de l'offre », elle ne ressort pas stricto sensu de la compétence de la CNSA mais plutôt de la HAS qui supervise l'évaluation de la qualité. La CNSA est évidemment partie prenante et des travaux de la commission ESMS de la HAS et de l'ANAP-ATIH sur le tableau de bord. Enfin, s'agissant de l'appréciation de la prise en charge en soin en EHPAD et l'accompagnement des personnels soignants, il faut indiquer que des travaux ont été engagés courant 2020 pour organiser une synthèse nationale des rapports annuels d'activité médicale (RAMA) des médecins coordonnateurs en EHPAD.

### Réponse de la mission :

La mission ne conteste pas ces progrès récents dans l'analyse de l'évolution de l'offre. Les documents produits sont intéressants et utiles et s'enrichissent progressivement de nouvelles

## Annexe X

informations mais restent cependant des outils d'analyse globale qui donnent peu d'information sur l'activité réelle des ESMS et les publics accueillis, en particulier dans le champ du handicap. Ce sont ainsi parfois des commandes d'autres acteurs que la CNSA qui permettent d'éclairer le fonctionnement de certains types des structures (cf. par exemple l'étude de la DITP sur les centres de ressources autisme). Dans ce secteur, la mission estime que, dans l'attente d'un recueil généralisé d'informations fondé sur les référentiels des publics et des prestations établis dans le cadre du projet Serafin, il serait utile que la CNSA réalise ou fasse réaliser davantage d'études de ce type, ce qu'elle estime possible si la caisse transfère la gestion des actions innovantes au comité article 51. Dans le champ des EHPAD, si la tarification au GMPS mise en place en 2017 permet à la CNSA de mieux connaître les profils des personnes accueillies, la faible qualité des remontées d'ImportERRD ne lui permet pas d'avoir des informations précises et actualisées sur leur encadrement en personnels soignant.

**Page 19 - Partie 2-2-3 §1 :** La mission indique que l'analyse de 3 jeux de données révèle la « *faible qualité des données brutes collectées* » appelant un important travail de retraitement. S'il est loisible de souscrire à ce dernier constat, il faut souligner que les difficultés de collecte des données sont largement liées au retard du secteur en termes de systèmes d'information que le programme ESMS numérique doit permettre de résorber. Au-delà, il conviendrait de distinguer :

- ◆ les enjeux d'*harmonisation* des données en direction de laquelle le déploiement de systèmes d'information commun peut jouer un rôle décisif ;
- ◆ les enjeux de *qualité des données* proprement dite, facilités par les SI mais surtout par une animation autour des pratiques professionnelles.

### Réponse de la mission :

La mission est d'accord avec cette analyse et estime qu'il faut que la CNSA puisse actionner ces deux leviers, sans attendre tout des systèmes d'information. Elle observe par ailleurs que, dans le champ des ESMS, il s'agira plutôt d'harmoniser les systèmes d'information que de construire un ou des systèmes d'information communs.

\*

**Page 19 - Tableau 6 :** Il serait utile que le périmètre attaché à chaque libellé de fonctions soit précisé de façon à mieux comprendre le nombre d'ETP qui lui est rattaché, sur le détail desquels la CNSA ne peut exercer, en l'état, d'examen contradictoire.

### Réponse de la mission :

Le tableau 6 est issu de l'annexe II qui détaille la méthode d'analyse de la mission, les documents internes à la CNSA sur lesquels elle s'est appuyée et les conventions de traitement qu'elle a adoptées. Un tableau *excel* détaillé a été établi pour réaliser ces travaux dont les extraits les concernant ont été communiqués en cours de mission (décembre 2020) aux deux principales directions métier de la CNSA pour réaction et échanges, sans réponse de leur part malgré plusieurs relances. La mission communique parallèlement à cette réponse le tableau complet à la direction de la CNSA pour lui permettre de croiser l'analyse de la mission avec ses propres travaux internes.

\*

**Page 21 - alinéa 3 :** Il pourrait être précisé que le suicide tragique de notre collaborateur, outre qu'il a eu lieu hors de son lieu de travail a également été commis en dehors du temps de travail.

### Réponse de la mission :

L'étude des conditions de ce suicide n'entraîne pas dans le champ de la mission ; la mention du fait qu'elle n'a pas eu lieu sur le lieu de travail paraît suffisante.

\*

## Annexe X

**Page 26 – partie 3.2.3 :** La présentation fait l'impasse des travaux inter-directions importants qui permettent une réelle circulation de l'information et bonne compréhension collective des enjeux : dialogue budgétaire pilotés par la DR avec chacune des directions, doublée de dialogues RH ; comité éditoriaux DIPCOM ; comité DSI...

Le pilotage interne a par ailleurs progressé avec la mise en place d'un tableau de bord DG depuis mi-2019 régulièrement enrichi et qui fait l'objet d'un échange mensuel en CODIR. C'est bien de manière délibéré qu'il a été choisi de ne pas (ou peu) intégrer dans ce tableau le suivi des chantiers prioritaires (hors suivi les indicateurs d'intéressement) qui bénéficient d'outils de reporting ou de comitologie ad hoc. Par ailleurs, les chantiers métiers sont abordés dans le cadre des comités « métiers » quinzomadaires. Le tableau de bord DG s'attache principalement au suivi d'indicateurs internes transversaux (RH, exécution budgétaire...) couplé à la supervision d'activités récurrentes.

### Réponse de la mission :

La mission prend note de ces explications complémentaires qui ne modifient pas ses constats sur le manque de disponibilité des équipes pour des travaux interdirections, notamment entre les deux principales directions métier.

\*

**Pages 29 et 30 – Tableaux 7 :** la dimension « domiciliaire » de l'offre, enjeu majeur des politiques de l'autonomie, est peu présente dans la structuration proposée par la mission

### Réponse de la mission :

La mission ne partage pas ce point de vue, les objectifs proposés relatifs à l'offre concernant les interventions à domicile comme l'accueil en établissement et intégrant notamment la dimension du parcours de la personne. La mission est bien entendue tout à fait favorable à ce que le canevas proposé soit enrichi par la discussion entre la CNSA et ses tutelles-

\*

**Page 31 - Partie 3-3-2 :** La mission souligne l'enjeu essentiel de la structuration de la fonction statistique. A cet égard, il serait nécessaire de mieux distinguer les fonctions de *production* des données, qui restent encore fragiles, de celle de leur *fiabilisation*. Au-delà que la question organisationnelle qui, finalement, est un sujet « d'aval », il convient d'insister sur la nécessité de reprendre le cadre juridique de production et pilotage des données nécessaires à l'exercice par la CNSA de ses missions, la situation actuelle étant caractérisée par une discontinuité des champs de données dont la collecte et le pilotage lui sont confiés.

### Réponse de la mission :

Pour la mission, il est difficile de dissocier les enjeux de production et de fiabilisation des données car la manière dont les données sont produites peut influencer sur leur qualité et leur exhaustivité : des données produites par une enquête ad hoc qui oblige le répondant à rechercher des informations anciennes ou à les retraiter seront vraisemblablement moins fiables que des données extraites directement d'un système d'information, à certaines étapes bien définies du traitement. La mission est par ailleurs favorable à ce que l'élaboration de la COG permette de clarifier le champ de compétence de la CNSA en matière de production statistique, des dispositions juridiques pouvant en parallèle être prises à cette fin-

\*

**Page 32 - Partie 3.3.4 –** La mise en place de HAPI – MS répond à une commande centrale de la première COG de la CNSA, conformément à la préconisation d'une mission inter inspections sur le suivi de l'OGD.

## Annexe X

### Réponse de la mission :

La réponse n'a pas de lien avec le rapport qui ne porte pas sur l'historique de cet outil. La mission note néanmoins qu'il s'agit d'une commande de la deuxième COG de la CNSA (2012-2015) et non de la première (2006-2009). Le rapport a été modifié pour rappeler que le choix de développer un SI séparé n'a pas été une décision de la CNSA mais un objectif de la deuxième COG.

\*

**Page 34 - §3 :** Les propositions de modulation des financements sur la base d'indicateurs de qualité supposent une modification du cadre juridique des concours. A défaut, des moyens additionnels en sus des concours devraient être prévus dans le budget de la CNSA. Dans les deux cas de figure, les conventions pluriannuelles pourraient être le cadre d'échange avec les départements.

### Réponse de la mission :

L'annexe IV qui présente les évolutions envisageables dans les mécanismes de répartition des concours financiers de la CNSA aux départements indique qu'elles nécessitent des dispositions législatives. Le rapport de synthèse est complété pour ajouter cette précision.

\*

**Page 34 - §4 -** La proposition de modulation du concours CNSA aux MDPH survient alors que les modalités d'attribution de ce concours sont déjà en cours de refonte : le projet de décret modifiant les modalités de répartition du concours a recueilli l'avis favorable du conseil le 22 avril 2021. Il est rappelé que la CNSA est amené à verser aux MDPH un concours ainsi que la contribution de l'Etat au titre de ses engagements dans les conventions constitutives des MDPH. L'unification des deux contributions reste à faire et la proposition de modulation pourrait y trouver toute sa place.

### Réponse de la mission :

La mission partage ce point de vue et considère (cf. annexe IV) que le décret d'application de l'article L. 14-10-7-1 dans sa rédaction issue de la LFSS pour 2021 pourrait permettre de revoir le mécanisme de modulation du concours relatif au fonctionnement des MDPH, dans la limite toutefois des critères fixés par la loi.

\*

**Page 38 - Partie 4-1-1-1 :** Sur les renforcements nécessaires des moyens, la mission propose 1 ETP supplémentaire pour l'appui à l'animation des EMS APA. Cette proposition est à rapprocher des moyens dédiés à l'appui et à l'animation des MDPH. Une autre estimation serait nécessaire afin de répondre aux besoins en termes d'appui et de pilotage.

### Réponse de la mission :

La proposition de la mission est une proposition *a minima* étant précisé qu'elle avait sollicité les services de la CNSA pour présenter des demandes étayées, restées sans réponse sur ce sujet de l'appui aux EMS-AMA. Rien n'empêche la caisse de présenter une nouvelle proposition dans le cadre de la négociation de la nouvelle COG.

\*

**Page 39 - Partie 4.1.1.2 :** Sur la fonction *Soutien à la recherche et à l'innovation*, l'estimation des ETP par activité de la CNSA diffère de l'estimation par la mission (voir détail dans le tableau excel joint en **PJ2**). En particulier, la CNSA estime le soutien aux actions innovantes à 2,8 ETP (contre 3,1 ETP) et l'animation du conseil scientifique à 0,3 ETP (contre 0,5 ETP).

## Annexe X

### Réponse de la mission :

La mission ne prend connaissance de ces estimations de la CNSA qu'après l'achèvement de ses travaux. Compte tenu de l'absence à la CNSA de suivi des temps passés par les agents à leurs différentes tâches (la mission a noté l'acquisition d'un outil de suivi, cependant encore non déployé), permettant d'étayer ces estimations et, eu égard au faible écart entre celles-ci et les siennes, la mission ne modifie pas ses évaluations et propositions sur ce point.

\*

**Page 41 – Partie 4-1-2-2 :** Contrairement à ce que suggère la conjugaison au futur dans la 1<sup>ère</sup> phrase du 1<sup>er</sup> § (« *la mise en œuvre mobilisera ...* »), la mise en œuvre de la feuille de route MDPH 2022 a bien démarré, après une phase de formalisation avec l'appui de la DITP, dès l'automne 2020 et va continuer à mobiliser la CNSA au moins jusqu'en 2022. S'agissant de la mission d'appui opérationnel, son programme de travail est défini jusqu'à la fin de l'an prochain (accompagnement des 20 MDPH les plus en difficulté pour lesquelles il y a urgence à intervenir). Il est certain que les travaux sur l'efficacité des processus de traitement des demandes que porte la mission d'appui ne seront pas terminés.

La création de la MAOP et les effectifs affectés sont pas bornés dans le temps (cf. « bleu » en PJ3). Seuls les moyens financiers spécifiques dédiés aux MDPH de cette mission sont prévus sur deux ans (10 M€ par an).

### Réponse de la mission :

La mission convient que la mobilisation de la CNSA sur la mise en œuvre de la feuille de route est déjà engagée, le futur traduisant le fait que cet engagement se poursuivra au moins jusque fin 2022. Elle prend note que le programme de travail de la MAOp, dont elle n'a pas reçu communication, est défini jusqu'à la fin 2022. Elle convient également que le compte-rendu de la réunion interministérielle du 2 novembre 2020 communiqué par la CNSA ne fixe pas de terme à l'affectation des 8 ETP supplémentaires mais renvoie en même temps les décisions sur l'évolution des effectifs de la CNSA à la nouvelle COG. La mission maintient donc qu'il sera nécessaire fin 2022 de prendre une décision sur l'avenir de la MAOp qui aura à cette date achevé son programme d'appui aux MDPH les plus en difficulté.

\*

**Page 43 – Partie 4-2-1-1 :** La proposition de renforcer les moyens de 2,5 ETP pour la négociation et le suivi des engagements personnalisés dans les conventions pluriannuelles répond à un besoin réel. Reposant sur une approche bilatérale, elle ne permet pas en revanche d'assurer une animation transversale entre les départements et ne traite pas l'articulation avec l'animation et l'appui par les experts thématiques.

### Réponse de la mission :

La mission considère que la CNSA ne peut pas prétendre faire des conventions qu'elle passe avec les conseils départementaux des leviers de l'équité territoriale et de la qualité du service aux usagers si elle n'est pas en mesure, comme l'a montré *a contrario* la génération de conventions 2016-2019, de construire préalablement avec chaque collectivité un diagnostic partagé permettant de mettre en évidence les écarts par rapport aux autres départements, d'identifier les axes prioritaires de progrès, de négocier sur cette base des engagements personnalisés et d'en suivre effectivement la réalisation. L'absence de bilan conjoint par département des conventions 2016-2019 affaiblit ainsi considérablement la portée des engagements qui y étaient inscrits. La proposition de la mission vise à permettre à la CNSA de renforcer la construction et le suivi de ces conventions, dans un dialogue exigeant avec chaque département. Ce dialogue bilatéral ne se substitue pas à l'animation transversale assurée par la caisse et ne pourra fonctionner que si les agents chargés des diagnostics territoriaux, de la préparation des négociations et du suivi des conventions s'appuient étroitement, dans leur fonction de synthèse, sur les informations et analyses des chargés de mission thématiques.

## Annexe X

\*

**Page 44 – Partie 4-2-1-1 :** La mission estime que la nouvelle génération de conventions pluriannuelle « *ne marquera qu'un premier pas de l'évolution vers une forme de pilotage adapté* ». C'est exact dès lors que le contenu de la convention socle et la trame des feuilles de routes stratégiques qui sont à négocier s'inscrivent dans un cadre juridique inchangé, et qu'il manque, outre les leviers que la mission suggère d'actionner simultanément p.43, la définition d'un niveau d'exigence minimal qui serait attendu des départements. Toutefois, la formalisation du cadre posé par la feuille de route stratégique, issue d'échanges avec les départements, permet d'enregistrer des évolutions intéressantes en termes d'exigences qui justifient que ce chantier ait été identifié comme prioritaire pour l'année 2021 dans le cadre de l'avenant à la COG validé en avril.

### **Réponse de la mission :**

La mission prend note de cette appréciation positive qu'elle ne peut valider ni infirmer, ses travaux s'étant achevés au moment où s'engageait la préparation des feuilles de route stratégiques et opérationnelles. Elle doute cependant, pour les raisons exposées dans le rapport, de la capacité de la CNSA à négocier des engagements personnalisés et exigeants avec chaque département, et à en suivre la réalisation effective.

\*

**Page 44 - Partie 4-2-1-2 :** Les quelques éléments de comparaison entre les deux options envisageables en termes de maîtrise d'ouvrage du futur SI APA reposent sur une approche sous-jacente de l'APA en tant que prestation individuelle. En pratique, les modalités de mise en œuvre de la majorité des plans d'aide sont intrinsèquement liées à la régulation des SAAD (en tant qu'offre) et de leur financement par les départements.

### **Réponse de la mission :**

Les éléments de comparaison entre les deux scénarios, qui sont développés dans l'annexe IV, s'appuient sur les documents transmis à la mission par la CNSA et l'ANS. La mission ne partage qu'en partie l'analyse de la CNSA : si l'exécution du plan d'aide fait appel à des services tarifés par les départements –mais pas seulement à ces services- l'APA est d'abord une prestation individuelle dans ses volets évaluation des besoins et construction de ces plans d'aide. Par ailleurs, le fait que la CNSA intervienne dans la modernisation des services à domicile et la formation de leurs personnels et peut être demain, dans le financement des services eux-mêmes, ne lui donne pas d'avantage comparatif par rapport à la CNAV dans la construction d'un SI-APA qui engloberait les fonctions de régulation des SAAD, les outils informatiques utilisés par les départements dans ce domaine ne relevant pas aujourd'hui de son champ d'intervention.

\*

**Page 46 - §2 relatif à la politique de lutte contre l'isolement :** La mobilisation de 0,7 ETP sur la lutte contre l'isolement est le fruit d'une réallocation interne d'un poste antérieurement dédié au suivi des dispositifs de coordination, et qui va manquer pour le pilotage des MDA selon les résultats de la mission Libault et/ou celle de la DITP relative au déploiement des communautés 360. Ce n'est pas un renfort de 0,3 ETP mais bien un minimum de 1 ETP qui serait nécessaire pour mettre en œuvre cette mission. Il convient de souligner que le besoin initial avait été estimé à 2 ETP (stratégie, appui, animation et information des publics) à comparer aux 5 ETP dont disposait Monalisa avec le financement alloué par la CNSA jusqu'en 2020.

### **Réponse de la mission :**

Le calibrage d'1 ETP sur cette mission a été établi au travers d'un échange avec la direction de la compensation sous les conditions mentionnées par le rapport (pas d'intervention de la CNSA à un niveau infra départemental, l'animation locale devant être assurée par les conseils

## Annexe X

départementaux). Les besoins relatifs à d'autres missions ne sont pas pris en compte dans cette estimation.

### 1.2. Observations de la CNSA et réponses de la mission sur les annexes du rapport

#### 1.2.1. Observations de la CNSA et réponses de la mission sur l'annexe I

**L'annexe I appelle les observations suivantes de la part de la CNSA :**

**Page 2 – Tableau 2 :** La source de l'indicateur 3 est, sur toute la période observée, l'enquête des échanges annuels. Les données 2016 et 2017 sont correctes. En 2018 : 53% (et non 30% comme indiqué). Et 2019 : donnée non communiquée car nous ne recueillons plus la donnée. Pour les cibles 2018 et 2019 : quelle est la source ?

**Réponse de la mission :**

La CNSA a mal lu le tableau, le pourcentage de 30 % étant la cible et non le résultat de l'indicateur 3 pour 2018. La mission s'étonne d'ailleurs de la méconnaissance par la CNSA des cibles 2018 et 2019 qui figurent dans le tableau récapitulatif des indicateurs annexé à la COG. Elle prend note du résultat pour 2018 qui ne figurait pas dans les documents que la CNSA lui a transmis (tableau de suivi des actions et tableau de suivi des indicateurs). Elle s'étonne par ailleurs que la CNSA ait décidé de ne pas suivre en 2019 cet indicateur défini par la COG

**Page 7 – Partie 1.1.2.5 :** Il est dit en pied de page que le GEVA recueille 21 données alors que c'est l'OSE qui a sélectionné 21 données issues du GEVA

**Réponse de la mission :**

La mission prend note de cette précision. L'annexe est modifiée en conséquence.

**Page 13 – Partie 1.3.1.1 :** Il convient de préciser qu'un seul poste de chargé de mission était soutenu à l'IRReSP jusqu'au 31.12.2020. Le soutien d'un second poste de chargé de mission est réalisé seulement depuis 2021.

**Réponse de la mission :**

L'annexe dit bien que c'est la nouvelle convention de financement de fonctionnement passée avec l'IRReSP qui prévoit le financement de deux ETP.

**Page 15 – Partie 1.3.2.3 :** Les « Rencontres Recherche et Innovation » sont reprogrammées en format digital : elles sont enregistrées dans les conditions du direct le 3 juin 2021 (en studio, à Paris) pour diffusion en juillet 2021.

**Réponse de la mission :**

L'annexe mentionne bien le passage en format virtuel. Dont acte pour la date qui n'était pas connue au moment de la mission.

**Page 16 – Partie 1.3.3.1 :** Cette partie ne mentionne pas complètement le travail partenarial de toutes les directions avec les producteurs de statistiques publiques et les chercheurs. IL convient de citer notamment la participation des statisticiens et chargés de mission des directions métiers aux comités de pilotage des enquêtes nationales (COFIL Phèdre, COFIL mode de garde, Conseil scientifique de l'IRDES, BADIANE, etc.). De plus plusieurs directions sont pleinement partie prenante dans la préparation et la participation à la commission du conseil scientifique centrée sur les données pour la recherche. Enfin, chaque année, la MAS organise une réunion CNSA – DREES afin de partager les programmes de travail (productions, études).

## Annexe X

### Réponse de la mission :

Vu. L'annexe est complétée en ce sens.

### 1.2.2. Observations de la CNSA et réponses de la mission sur l'annexe II

#### L'annexe II appelle les observations suivantes de la part de la CNSA :

**Page 13 – partie 1.2.6.3 dernier §** : La DIPCOM n'est pas chargée de la gestion de la communication interne. Cette responsabilité revient à la direction des ressources.

#### Réponse de la mission :

Vu. Le paragraphe a été modifié.

**Page 15 – Tableau 3** : La mission considère que la totalité de l'effectif de l'agence comptable et du SFACT (soit 6 ETP) est absorbée par des activités de gestion. Cette estimation ne correspond pas à celle de l'agence comptable : une partie de l'activité (0,5 ETP) est consacrée au pilotage de l'activité et au management.

#### Réponse de la mission :

Vu. 0,5 ETP a été basculé de la tenue de la comptabilité vers l'encadrement des équipes (Tableau 12). Le tableau 6 du rapport de synthèse est modifié en conséquence.

**Page 19 – Tableau 9** : La ligne « Gestion et maintenance fonctionnelle et technique de la plateforme monparcourshandicap.gouv.fr » correspond à 1 ETP et non 0,8 comme indiqué dans le tableau.

#### Réponse de la mission :

Compte tenu de la faiblesse de l'écart et de l'absence de suivi des temps passés par les agents à leurs différentes activités, la mission ne modifie pas son estimation.

**Page 20 – Partie 2.2.6** : La fonction Soutien à la recherche et à l'innovation fait l'objet d'une estimation des ETP par la CNSA qui diffère de l'estimation par la mission (cf. tableau excel joint). En particulier, le total recherche-innovation est estimé à 5,5 ETP internes (contre 4,9) et 1 ETP externe (contre 2).

Notamment, le sous-total « soutien à la recherche » - en incluant les études et l'évaluation, les Rencontres et l'animation du Conseils scientifique - est estimé à 2,7 ETP internes (contre 1,8), le sous-total « soutien aux actions innovantes » - est estimé à 2,8 ETP internes (contre 3,1).

#### Réponse de la mission :

Comme indiqué en réponse aux observations de la CNSA sur le paragraphe 4.1.1.2 du rapport de synthèse, compte tenu de l'absence à la CNSA de suivi des temps passés par les agents à leurs différentes tâches permettant d'étayer ces estimations et, eu égard au faible écart entre celles-ci et les siennes, la mission ne modifie pas ses évaluations et propositions sur ce point. En outre deux autres éléments expliquent les écarts entre le décompte de la CNSA et celui de la mission ; d'une part, celle-ci a intégré dans son estimation, comme cela est expliqué dans l'annexe, 0,5 ETP d'agent mis à disposition que la CNSA ne décompte pas ; d'autre part, concernant l'IRESP, la mission a pris en compte le deuxième ETP prévu dans la nouvelle convention. Comme, à la date de référence des tableaux de l'annexe II (octobre 2020), cet ETP externe n'était pas recruté, la mission rectifie les tableaux en conséquence.

**Page 21 – Tableau 11** : Inexactitude sur l'estimation des moyens associés à la gestion de l'intranet, extranet (cf. *activité récurrente : gestion des outils de communication interne et externe*) estimée à 0,2 ETP pour la DIPCOM : cette dernière ne contribue ni à l'animation de l'intranet ni celle de l'extranet.

## Annexe X

### Réponse de la mission :

Vu. Les 0,2 ETP ont été rebasculés sur l'activité éditoriale.

**Page 21 – Tableau 12** : Dans ce tableau récapitulatif, l'agence comptable est la seule entité de la CNSA pour laquelle la mission considère qu'aucun moyen n'est réservé au pilotage de l'activité et au management, ce qui peut laisser entendre que l'agent comptable et son fondé de pouvoir exercent essentiellement des tâches de gestion, ou que le poids de ces dernières ne leur laisse pas suffisamment de temps pour jouer un rôle de manager. Les éléments communiqués par l'agence comptable à la mission évaluaient cependant à 0,5 ETP les ressources mobilisées par la fonction managériale.

### Réponse de la mission :

Voire réponse *supra*. Le tableau a été rectifié.

**Page 22 – Tableau 13** : Sur la fonction « Soutien à la recherche et à l'innovation », les ETP internes sont estimés à 5,5 et les ETP externes à 1 (IReSP cf. *supra*).

### Réponse de la mission :

Voire réponse *supra*.

### 1.2.3. Observations de la CNSA et réponses de la mission sur l'annexe III

#### L'annexe III appelle les observations suivantes de la part de la CNSA :

**Page 8 – Proposition 2** : Il existe bien aujourd'hui un suivi infra-annuel des indicateurs du tableau de bord de la direction générale, mensuel ou trimestriel selon les indicateurs.

**Réponse de la mission** : la mission propose une « réorganisation » du tableau de bord, sans remettre en cause son existence. La mission insiste sur le fait que ce tableau doit permettre un suivi plus « opérationnel » de l'activité, le tableau actuel n'ayant pas été présenté par la direction comme une boussole efficace de son action, et n'ayant pas paru sans limites à la mission.

**Page 10 - §7** : Le chargé de mission responsable du contrôle interne, qui a pris son poste en décembre 2020, est dorénavant positionné auprès de la Direction générale.

### Réponse de la mission :

Vu rédaction modifiée comme suit « Le poste de responsable du contrôle interne a été tenu de façon intermittente par trois agents différents depuis le début de l'année 2017. Auparavant positionné auprès de la direction des ressources il est depuis décembre 2020 rattaché à la direction générale ».

**Page 12 – Graphique 2** : L'intitulé de la DIPCOM dans l'organigramme est Direction de l'Information des Publics et de la Communication.

### Réponse de la mission :

Vu. L'organigramme a été modifié.

**Page 21 – Tableau 7** : L'outil de suivi du temps de travail est Timmy (et non Timm). Le prestataire est LUCCA.

### Réponse de la mission :

Vu.

## Annexe X

**Page 21 - §3 :** Sur l'externalisation de certaines tâches RH, la CNSA tient à rappeler que le choix n'est pas uniquement lié à un manque de moyens humains mais à un besoin d'expertise (représenter la CNSA en justice, compétences SI, psychologue du travail pour les travaux sur les RPS,...). S'agissant des entretiens professionnels (qui diffèrent de l'évaluation annuelle), il s'agit également d'aider les agents à se projeter sur le long terme et non sur le poste actuel. Leur réalisation par un prestataire n'ôte pas un temps d'échange ou de régulation au manager mais il apporte un regard extérieur, une expertise et des conseils carrière aux agents.

### Réponse de la mission :

Le rapport fait état de cet intérêt de la sous-traitance mais la mission maintient que ce choix nuit aussi à l'exercice du management intermédiaire déjà affaibli par sa surcharge liée à des sujets traités en direct. Le rapport n'est pas modifié sur ce point.

**Page 31 - §3 :** S'agissant des avis négatifs prononcés par le contrôleur budgétaire pour des recrutements, la CNSA souhaite la suppression de la mention des postes concernés qui permet en réalité d'identifier les agents et contrevient à la confidentialité s'attachant à leur rémunération. Par ailleurs, il est fait mention uniquement du pourcentage d'évolution du salaire qui peut contribuer à accroître le sentiment d'inégalité dans les rémunérations alors qu'il convient de prendre en compte l'ensemble des paramètres de la rémunération. Enfin, il serait juste, dans l'ensemble du développement revenant sur le contrôle opéré par le contrôleur budgétaire de l'établissement sur la politique de rémunération, de citer la phrase conclusive de son rapport 2020 sur ce point « *De telles dérives [le CB se réfère aux évolutions de rémunération considérées comme « excessives »] n'ont pas été observées au 1er semestre 2020.* »

### Réponse de la mission :

Les postes seront occultés dans la version définitive du rapport, à la différence du rapport contradictoire.

Le pourcentage d'augmentation est indiqué car c'est un critère utilisé par le contrôle financier, c'est par ailleurs un fait et le rapport n'en tire aucune conséquence sur une éventuelle « inégalité dans les rémunérations ». Le rapport n'est pas modifié sur ce point.

Le rapport documente la diminution des augmentations moyennes pour des années complètes y compris l'année 2020 ce qui lui paraît suffisant. Elle ne reprend pas ailleurs pas à son compte la notion de « dérives » et l'explication qu'en donne la CNSA et ne juge donc pas utile de reproduire la citation proposée.

**Page 36 - §1 :** Même remarque que pour la synthèse : il conviendrait de préciser que le suicide a eu lieu en dehors du temps de travail.

### Réponse de la mission :

Même réponse que la synthèse.

**Page 44 - Partie 3.1.4 :** Le départ de la juriste marchés a eu lieu le 30/10/19 et non le 30/09/2020.

### Réponse de la mission :

Vu le rapport est modifié comme suit « *La responsable de la cellule a été recrutée le 2/2/2017. Elle devait être en binôme mais l'agent concerné n'a plus occupé son poste à partir du 3/2/2017. La remplaçante de ce dernier est arrivée le 12/9/2018 et a quitté la CNSA le 30/10/2019. Ce poste a, de nouveau, été pourvu le 6/1/2020. Au total sur une période de quatre ans, la responsable de la cellule a été seule pendant 61 % du temps.* »

**Page 46 - Tableau 30 :** il est signalé 62 marchés UGAP entre 2016 et 2019. Cette information nous paraît erronée.

**Réponse de la mission :**

Ce tableau résulte de l'exploitation par la mission des données fournies par la CNSA. Il a été soumis pour validation à la direction des achats avant rédaction du rapport et n'a pas fait l'objet de remarque. En outre, la remarque de la CNSA n'est pas accompagnée d'une proposition d'ajustement. Le rapport n'est donc pas modifié sur ce point.

**Page 47 – Avant dernier § :** Le verbatim cité (qui évoque une *capacité* à faire et non des réalisations) ne paraît pas relever d'une « vision optimiste » critiquée par la mission. L'édition des CP atteste que l'ensemble des tris évoqués sont réalisables et montre une « capacité d'analyse » de l'outil. La difficulté à faire n'est donc pas technique mais opérationnelle, en lien avec le manque de disponibilité pour réaliser des études approfondies des achats de la Caisse.

**Réponse de la mission :**

La mission ne critique pas l'outil informatique mais la manière dont il est utilisé : impossibilité de distinguer au sein des « contrats » les marchés avec les centrales d'achat des conventions du fait d'un codage défaillant, mais aussi le fait qu'il n'est pas utilisé. Dans ce cas particulier la mission ne retient pas l'insuffisance de moyens au regard du temps qu'elle a elle-même consacré à l'exploitation des données. La rédaction finale est donc modifiée comme suit :

« Pour la direction des ressources « *tout achat est engagé puis payé via l'outil CEGID qui le retrace exhaustivement, tiers par tiers, direction par direction, par compte comptable (en CP), par numéro de marché ou contrat, commande par commande, permettant non seulement de disposer d'une exhaustivité des achats mais aussi d'une capacité à les trier pour analyse* ». La mission constate que vision optimiste ne correspond pas à la réalité car cette capacité technique n'est que théorique : l'utilisation faite de l'outil CEGID conduit à des limites comme par exemple l'impossibilité de distinguer au sein des « contrats » les conventions de l'appel à des centrales d'achat ; ou de fournir des données par famille d'achat cohérentes avec les données de dépenses (cf. *infra*) ;

La CNSA n'a fourni aucune trace de l'utilisation de cette « capacité d'analyse ».

Au regard du temps que la mission a consacré à ses propres travaux, la mission n'accepte pas l'argument du manque de personnel pour expliquer l'absence de ces données de base et encourage fortement la direction générale à faire mettre en œuvre de manière routinière ces extractions et exploitations qui peuvent être automatisées. »

**Page 48 – 2<sup>e</sup> alinéa :** Les appels à des centrales d'achat, sont classés non dans les marchés mais dans les conventions. Remplacer « conventions » par « contrats ». Ce sont les conventions qui ont un code « contrats » dans CEGID.

**Réponse de la mission :**

Vu la rédaction est modifiée comme suit :

« La première extraction utilisée donne pour la période 2016-2019 l'ensemble des dépenses de la caisse avec les différentes informations figurant dans le logiciel.

- ◆ Cette extraction, si elle fournit des dépenses exhaustives en CP, ne permet pas d'identifier la totalité des achats de la CNSA pour deux raisons :
  - les appels à des centrales d'achat, sont classés non dans les marchés mais avec les conventions dans les « contrats » de sorte qu'on ne peut de manière automatique obtenir les dépenses correspondantes ;
  - pour ces contrats, le prestataire réel n'est pas connu ce qui ne permet pas de faire une analyse par fournisseur ;
- ◆ Identifier au sein des contrats les marchés cadre a été possible pour la DSI car elle est, par exception, référencée comme service utilisateur ces opérations.

## Annexe X

- ◆ Cette extraction peut aussi être utilisée pour identifier les dépenses par gestionnaire (ainsi que les fournisseurs associés), sous la réserve du renseignement effectif du gestionnaire. »

**Page 48 - Tableau 33 :** Les 2 extractions ne sont pas fondées sur le même mode de calcul, donc la comparaison ne peut pas prouver un écart. La source en bas du tableau ne donne la modalité de calcul que pour l'extraction de la famille d'achat ; c'est une édition CEGID qu'on ne peut pas modifier. La DSI n'a pas pu fournir un suivi sur ce mode de comptabilisation, l'autre source est en CP (ce sont des CP des budgets DSI tout confondu 2017-2019).

### Réponse de la mission :

Ce tableau établit l'impossibilité même pour la DSI, service pour lesquelles les données sont les plus fines, de rapprocher les deux extractions fournies et l'importance de l'écart entre les données. Le rapport a été modifié pour rendre la rédaction plus claire.

### 1.2.4. Observations de la CNSA et réponses de la mission sur l'annexe IV

**L'annexe IV appelle les observations suivantes de la part de la CNSA :**

**Page 21 – Partie 1.3.2.3 :** L'enquête dite des « échanges annuels » vaut uniquement pour l'item 1.

### Réponse de la mission :

Vu. L'annexe est corrigée sur ce point.

### 1.2.5. Observations de la CNSA et réponses de la mission sur l'annexe V

**L'annexe V appelle les observations suivantes de la part de la CNSA :**

**Page 5 – Tableau 3 :** Les données du tableau 3 pour 2020 sont celles du BR4 2020 et non de l'exécuté 2020.

### Réponse de la mission :

Précision notée au-dessous du tableau.

**Page 20 - §3 :** Le taux de couverture APA 2019 est de 40 % (et non 38%).

### Réponse de la mission :

Le texte est modifié en conséquence.

**Page 25 – Dernier § :** Il est indiqué que « Le processus d'exécution de la dépense apparaît d'autant moins sécurisé qu'il n'est soumis à aucun dispositif de contrôle interne ». Cette formulation semble excessive dès lors que les contrôles de la dépense sont nombreux pour les conventions, et témoignent d'un contrôle interne bien ancré dans les modes de travail. Le rapport de fin de phase 1 (état des lieux) de la mission d'appui au contrôle interne développé à la CNSA, daté de novembre 2020, s'il pointe les limites du dispositif, souligne en ce sens que le contrôle interne s'est développée principalement autour des processus contrôlés ou faisant intervenir la direction des ressources, et en premier chef les processus financiers.

Dans le même paragraphe, il est indiqué en reprise du rapport du contrôleur budgétaire « *les versements ne sont pas conditionnés par la transmission des comptes financiers et de bilans intermédiaires, dont l'envoi intervient ultérieurement* ». Ce ne sont pas les « versements » qui sont effectués avant bilan et compte financier, mais les acomptes. Jamais une convention n'est soldée sans un bilan et un compte financier signé du responsable de l'entité voir parfois certifié par les CAC. La rédaction ou l'utilisation de l'extrait du rapport CB nous semble trompeuse.

## Annexe X

### Réponse de la mission :

La rédaction est modifiée comme suit : « *Le processus d'exécution de la dépense apparaît d'autant moins sécurisé qu'il n'est pas soumis à un dispositif de contrôle interne opérationnel* » et renvoi à l'annexe III qui traite spécifiquement de ce sujet.

Concernant la citation du rapport du contrôleur budgétaire, la mission précise en note de bas de page qu'il s'agit d'acomptes.

**Page 28 – Dernier § avant tableau 13 :** La mission a pris en compte le budget en cours d'année et non le budget exécuté. Les prêts bonifiés ont été supprimés durant l'année. Remplacer 620M€ par 600M€.

### Réponse de la mission :

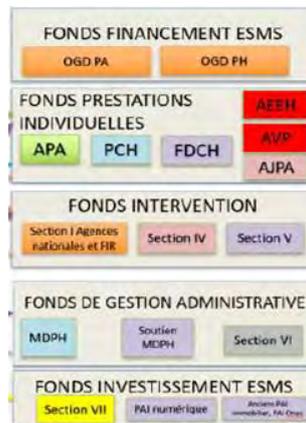
Le texte est modifié en conséquence.

**Page 33 - Figure 2 :** La source mentionnée de cette figure (PLFSS 2021) ne nous paraît pas exacte ; la figure n'a été retrouvée ni dans le dossier de presse du PLFSS, ni dans sa (nouvelle) annexe 10 ni dans l'annexe 1 (REPSS autonomie). Les intitulés des enveloppes principales et le détail des sous-enveloppes sont erronés. L'intégration de l'AEEH dans le périmètre de la branche est oubliée, au sein du fonds « prestations individuelles » (et non : financement des concours »).

### Réponse de la mission :

La figure en question se trouve dans l'annexe 9 du PLFSS 2021 (cf. page 64) : <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2021/PLFSS-2021-ANNEXE%209.pdf>

La mission prend cependant compte de ces remarques et change le graphique :



### 1.2.6. Observations de la CNSA et réponses de la mission sur l'annexe VI

#### L'annexe VI appelle les observations suivantes de la part de la CNSA :

**Page 8 – Dernier § :** En dépit de l'insuffisance de ses ressources, que reconnaît bien volontiers la CNSA, la DSI a bien mené des travaux d'urbanisation.

La mise en œuvre d'un référentiel partagé autour du FINISS par la quasi-totalité des applications de son parc du SI ESMS / ARS vise en ce sens à éviter des impacts importants pour chaque application devant utiliser le FINISS de la DREES. L'impact des évolutions du FINISS est donc géré de manière centralisée.

Certaines de nos applications enrichissent ce référentiel avec leurs données : GALAAD avec le GMP et le PMP, SEPIIA avec les autorisations de places, Prix ESMS, ...

## Annexe X

### Réponse de la mission :

Cette rédaction de la page 8 se réfère à la COG antérieure à celle évaluée alors que cette observation fait état de travaux menés pendant la COG évaluée. Il faut donc se reporter à la page 12, qui elle traite de la COG évaluée, pour prendre en compte les éléments avancés par la CNSA. La rédaction est modifiée comme suit :

« Au regard du caractère imprécis du contenu attendu de l'urbanisation du SI, il n'est pas possible de faire un bilan de la mise en œuvre de la COG ; on peut toutefois noter que :

- ◆ la CNSA n'a pas produit un plan global d'urbanisation du SI faute de ressources à la DSI pour mener ces travaux ;
- ◆ elle a mené des travaux techniques pour assurer l'accès aux applications et produits de la CNSA (annuaire, .....) et pour utiliser un référentiel FINESS unique pour « la quasi-totalité » des applications du domaine ESMS/ARS, ce qui permet de l'enrichir de certaines données produites par elle ; ne pas utiliser une instance du fichier FINESS par application mais un référentiel unique est une mise en conformité avec l'état de l'art bienvenue, mais somme toute normale en 2021 ;
- ◆ elle dispose d'outils et d'extractions de données de ses applications, mais pas d'un système d'information décisionnel dont il faudrait d'ailleurs définir quelles décisions il doit permettre de préparer. »

**Page 9 - Partie 2.3.4 :** Sur l'identifiant national de santé et l'utilisation du NIR, il faut signaler que la CNSA manque encore de base juridique pour ce faire puisqu'elle n'a pas encore été autorisée à intégrer dans son SI le NIR, ce qui empêche tout rapprochement avec les données collectées et gérées par la DREES. Nous réitérons régulièrement nos attentes en direction des administrations de tutelles qui interviennent sur les évolutions du décret NIR mais l'horizon de sa publication n'est pas encore certain.

### Réponse de la mission :

Vu. La rédaction est ainsi complétée « La CNSA a indiqué qu'elle n'a pas, en dépit de ses demandes aux autorités de tutelle, la base réglementaire pour intégrer le NIR dans son SI ».

**Page 9 et 10 - Tableau 5 :** Sur GALIS, il convient de rappeler que la gestion des appels à projets de la direction scientifique est intégrée dans cet outil. L'outil est donc en place même si toutes les subventions versées par la Direction Scientifique ne sont pas encore mises en œuvre dans cet outil.

Concernant l'outil de gestion des portefeuilles projets, la DSI a mené une étude comparative qui a permis de sélectionner l'outil Orchestra qui sera déployé d'ici fin 2021.

### Réponse de la mission :

La réponse confirme le contenu du tableau qui n'a pas à être modifié.

**Page 24 - §2 :** La DSI a désormais sélectionné l'outil de gestion de portefeuilles projets « Orchestra » qui sera mise en œuvre d'ici fin 2021. Le tableau de bord désormais partagé avec la Direction Générale en comité DSI (mis à jour toutes les 3 semaines) s'appuie sur l'Outil de Suivi des Projets (OSP) réalisé sur Excel qui présente en détails le suivi d'avancement de chaque projet.

**Réponse de la mission :**

La mise en place à venir du progiciel Orchestra n'est pas de nature à modifier le constat fait à la date des investigations. La mission ne modifie pas son appréciation sur l'inadéquation d'un tableau de bord limité à des codes couleurs et maintient qu'un tableau de bord de suivi de projets doit comporter des données d'avancement et d'écart entre prévisions et réalisations, permettant au destinataire de pouvoir au moins comparer les avancements avec les tableaux antérieurs.

**Page 28 - §2 :** La CNSA précise qu'il est prévu que ce socle « SI Collecte » remonte dès 2021 les données des « Concours APA/PCH » collectées auprès des départements.

**Réponse de la mission :**

Vu.

**Page 28 - Partie 4.3.9 :** la CNSA tient à informer la mission que le nouveau marché d'infogérance et support a été attribué en décembre 2020 au groupement ATOS / SPIE.

**Réponse de la mission :**

Vu. Il aurait sans doute été possible de communiquer cette information au cours de la mission. Rédaction modifiée comme suit. « *La CNSA a indiqué lors de la procédure contradictoire que le nouveau marché d'infogérance et de support avait été attribué en décembre 2020 au groupement ATOS/SPIE* ».

**Page 29 - §3 :** Concernant les problèmes techniques signalés à la mission, ils ne sont pas consubstantiels au mode de fonctionnement et de pilotage des projets menés par la DSI. Cependant, la plateforme d'intégration a rencontré quelques dysfonctionnements par le passé et la DSI y a répondu en la redimensionnant pour mieux supporter la charge.

**Réponse de la mission :**

Cette question avait été posée à la CNSA par la mission, mais aucun élément de réponse n'avait été apporté. La remarque ci-dessus ne fournit pas d'éléments techniques permettant de justifier cette affirmation. Le rapport est modifié comme suit : la note de bas de page est supprimée il est ajouté au paragraphe « *Dans sa réponse, la CNSA a nié les problèmes d'organisation, a reconnu « quelques dysfonctionnements par le passé » et indiqué avoir redimensionné la plateforme sans donner aucun élément technique expliquant la date et le contenu des actions menées* ».

**Page 35 - Partie 5.3.1 §2 :** La CNSA confirme que le recensement effectué des prestataires n'inclut pas les prestataires de l'ASIP Santé.

**Réponse de la mission :**

Vu. La réponse confirme la rédaction du rapport, qui n'est pas modifiée.

**Page 43 - §2 :** La fonctionnalité de transferts de dossiers n'a pas été « abandonnée » mais son développement a été intégré au palier 2.2. du programme, au regard de la nécessité de hiérarchiser les évolutions et la priorité donnée à l'interconnexion du téléservice en palier 2.1 compte tenu des impacts positifs pour les usagers et des gains d'efficacité associés pour les MDPH.

Concernant l'ajout du livret de parcours inclusif, également en palier 2, il faut souligner qu'il doit être exploité tant par le ministère de l'éducation nationale, comme relevé par la mission, mais également par les MDPH. Il permet de mettre en œuvre des interconnexions entre ces deux partenaires indispensables à la fluidité des parcours, qui n'auraient pu aboutir en son absence.

## Annexe X

Dans le dernier sous § relatif à Via Trajectoire, il faut rappeler que la CNSA a défini le cadre fonctionnel de référence pour le suivi des orientations, de manière similaire à son intervention sur le tronc commun et assure le pilotage du développement des fonctionnalités et le pilotage du déploiement sur le territoire en lien avec le GCS SARA. En outre, le suivi des orientations est également effectué dans quelques territoires, les ARS ayant été laissée libre du choix de leurs solutions, par l'outil OSMOSE.

### Réponse de la mission :

Vu. La mission a modifié la rédaction pour enlever le mot d'abandon. Sur le fond elle continue à regretter que les moyens n'aient pas été dégagés dès le palier 1 pour mettre en œuvre cette fonctionnalité permettant d'augmenter la concurrence entre les éditeurs de logiciels. Le rapport est modifié comme suit :

*« Suppression de la fonctionnalité de transferts de dossiers entre MDPH qui était explicitement prévue, cette suppression est regrettable, pour le service rendu aux MDPH en cas de transfert de dossier, mais surtout car cette fonctionnalité accroîtrait la capacité des MDPH et des conseils départementaux à changer de fournisseur et donc la concurrence entre eux. Cette fonctionnalité a été reportée au palier 2-2. »*

Sur le livret de parcours inclusif, la réponse confirme la rédaction qui constate sans le critiquer cet ajout. Rédaction non modifiée.

Sur le SI de suivi des orientations, la rédaction est simplifiée car l'objet n'est pas ici de décrire les conditions de mise en œuvre du projet Via trajectoire, l'information relative à Osmose est prise en compte. La rédaction devient :

*« Pour répondre au besoin de suivi des orientations il a été développé un progiciel spécifique Via Trajectoire en dehors du SI MDPH. Dans sa réponse la CNSA a indiqué que les ARS ayant été laissées libres de leurs choix, un autre produit (OSMOSE) était utilisé sur certains territoires sans préciser l'ampleur du phénomène et les territoires concernés. »*

**Page 44 - §1 :** A la remarque suivante « le projet a été découpé en étapes dont les dénominations ne sont pas homogènes », la CNSA précise que ces dénominations communes sont nécessaires car chaque parc éditeur a son versionning, avec sa numérotation propre. La notion de palier permet ainsi de se repérer par rapport au projet national.

### Réponse de la mission :

Vu. Rien n'interdit à la CNSA d'avoir un « versionning » spécifique dont les composantes ne changent pas de nom. La question du « passage » entre les versions des éditeurs et de la CNSA est un autre sujet.

**Page 46 - §2 Alinéa 1 :** Sur les échanges SNGI, la CNSA a les informations par département du taux de NIR certifié. Du fait du déploiement progressif, les taux vont de 100% à 0%, avec une moyenne de 69% à ce jour.

### Réponse de la mission :

La mission prend acte de ces informations. Elle les avait demandées à la CNSA, mais elle ne les a pas obtenues avant la fin de ses travaux. Elle invite la CNSA à suivre régulièrement la progression du taux de certification par département et au niveau national en précisant que le taux national doit être calculé comme la moyenne des taux départementaux pondérés par les nombres d'utilisateurs de chaque département et non comme leur moyenne arithmétique.

**Page 46 - §2 Alinéa 2 :** Sur les échanges automatisés avec la CAF, les difficultés sont de natures diverses. En premier, le frein a été la mise en place, en prérequis, d'outils techniques (suite jeton...). Ensuite des difficultés sont liées à des pratiques locales différenciées. Un webinaire national MDPH CAF organisé en avril 2020 a permis de consolider la convergence et l'harmonisation.

### Réponse de la mission :

Vu. La réponse n'apporte pas d'éléments supplémentaires et ne nécessite pas de modifier le rapport.

**Page 46 - §2 Alinéa 2 :** Sur les échanges avec Pôle emploi, le déploiement du dispositif est en cours en 2021 (et non en 2020)

### Réponse de la mission :

Vu. La date a été modifiée.

**Page 50 - Partie 6.2.5.1 :** La brique 2.1 est en cours de déploiement (est non déployée comme indiqué dans le titre).

### Réponse de la mission :

Vu, titre modifié. La brique 2.1 était en cours de déploiement à la date de la mission

**Page 51** – l'intitulé de la **Partie 6.2.5.2** « *le livret de parcours inclusif apparaît en situation de risque* » semble exagérément alarmiste en comparaison de l'avancement du projet, à date (mai 2020). En effet, la préparation du déploiement du LPI pour la rentrée scolaire 21-22, conformément à l'engagement des ministres en copil Ecole inclusive, est supervisée dans le cadre d'un comité de pilotage conjoint CNSA- MEN, que préside la cheffe du service de l'instruction publique et de l'action pédagogique, et mobilise un grand nombre de directions du ministère. Outre la DGESCO, participent à cette préparation : la DNE – avec laquelle sont mises au point les interconnexions entre le LPI et les bases élèves et établissements du MEN-, la direction des affaires juridiques, mobilisée par la préparation de la déclaration de l'outil à la CNIL ainsi que l'équipe nationale de diffusion de Nancy-Metz qui a charge d'organiser la préparation du déploiement (ouverture des profils enseignants par les ADSI et l'assistance de 1<sup>er</sup> niveau et 2<sup>nd</sup> niveau via les DSI locales du MEN et une cellule nationale). La stratégie de déploiement validée dans ce copil prévoit le déploiement, début octobre 2021, dans 4 académies (18 départements) du LPI, désormais recetté et dont le test des interconnexions est en cours avec le MEN, avant sa généralisation à l'ensemble d'entre elles d'ici la fin d'année.

La CNSA ne souscrit pas à la description de la conduite projet décrite par ce § 6.2.5.2. Si elle a été exigeante, et non exempte de vicissitudes, dans un contexte perturbé par la pandémie, elle n'a pas placé la CNSA dans la situation de prestataire mais bien de partenaire du MEN. Par ailleurs le niveau de pilotage du MEN s'est établi depuis l'automne 2020 au niveau élevé décrit plus haut (cheffe de service de la DGESCO) Enfin, il n'est pas exact de qualifier la maîtrise d'ouvrage CNSA de limitée, car, sans qu'elle soit pléthorique, elle a reposé sur la mobilisation du chargé de mission scolarisation et le responsable du pôle PEAM qui ont dialogué en permanence avec l'Education nationale sur le projet. Surtout, malgré les limites de l'expérimentation du LPI rappelé par la mission, celle-ci, conduite dans 4 départements de septembre à novembre 2020, a permis de très bons retours de la part des futurs utilisateurs (85 % de satisfaction).

La CNSA intervient en tant que maîtrise d'ouvrage déléguée sur le projet Livret de Parcours Inclusif, dans le cadre d'une convention qui définit précisément les rôles et responsabilités respectifs des partie- prenantes. Le choix de la méthode Agile a été fait d'emblée pour produire rapidement une première version de l'application répondant aux besoins. Le nouveau prestataire a procédé aux derniers ajustements de l'expression des besoins dans la perspective du déploiement de la première version.

La définition des besoins s'est faite dans le cadre d'ateliers utilisateurs mobilisant des experts de terrain. Le cadre règlementaire n'a certes pas permis d'expérimenter le LPI avec des données réelles, mais les retours que ce soit dans le cadre de l'expérimentation ou des présentations de l'outil ont été invariablement positifs.

## Annexe X

Le chantier LPI est suivi dans le cadre d'un comité de pilotage dont la composition et la présidence ont été présentées plus haut. Les réunions du comité de pilotage, mensuelles depuis l'automne 2020, sont désormais bimensuelles.

Le projet bénéficie côté maîtrise d'ouvrage d'un chef de projet et d'un directeur de projet, depuis le démarrage.

Comme indiqué, le LPI n'a fait l'objet que de retours positifs à ce jour. L'outil est intuitif et simple d'utilisation, et son déploiement sera accompagné par la cellule de diffusion du ministère de l'Education nationale.

### **Réponse de la mission :**

Vu. La mission avait demandé à la CNSA des documents retraçant le suivi de ce projet et un retour sur les entretiens qui fondent son constat, mais elle n'a rien reçu. La mission prend acte du fait que la CNSA considère qu'il n'y a aucun problème, sans toutefois fournir d'éléments permettant d'étayer ses affirmations, et modifie le rapport pour préciser que :

*« Lors de la procédure contradictoire la CNSA a nié tout problème lié à ce projet, sans plus apporter d'éléments justificatifs qu'elle ne l'a fait lors de la mission, en dépit des demandes répétées faites à la DSI à laquelle ces éléments de constats avaient été présentés. La mission en prend acte. »*

**Page 53 – Partie 6.2.5.5 dernière sous-partie :** La CNSA précise qu'un outil de remontée de données d'activité des MDPH a été créé. Il sera amélioré par itérations en sorte de remplacer l'activité du prestataire qui intervient sur la consolidation des tableurs excel. Une version améliorée de cet outil sera déployée en Septembre 2021.

### **Réponse de la mission :**

Vu. Cette précision est notée mais ne nécessite pas de modifier le rapport.

**Page 54 – Tableau 28 :** Nous ne pouvons confirmer le chiffrage des taux de vacance sur la composition de l'équipe programme et n'identifions pas la source des données exploitées par la mission.

### **Réponse de la mission :**

Les données ont été fournies par la direction des ressources de la CNSA à la demande de la mission.

**Page 61 – Premier alinéa :** La CNSA précise que GALIS sera également utilisé par les ARS pour la gestion des fonds SEGUR dédiés au programme « ESMS Numérique ». Cet outil est d'ores et déjà opérationnel pour l'utilisation du fonds d'amorçage prévu pour le programme « ESMS Numérique ».

### **Réponse de la mission :**

Vu. Cette précision est notée mais ne nécessite pas de modifier le rapport.

**Page 64 - §5 :** Sur les modules décisionnels, tous les projets ne figurent pas dans cette liste, car portés par les chefs de projets applicatifs qui prennent en charge les 2 volets à savoir le SI Opérationnel et le SI Décisionnel. Ainsi, la CNSA a conçu et exploite des tableaux de bord décisionnels réalisés sur les données des applications métiers suivants : GALAAD, SEPPIA, Conférence des Financeurs,...

### **Réponse de la mission :**

Vu, La rédaction est modifiée pour ne pas laisser penser que ces tableaux de bord ne concernent que les données financières des ESMS.

## Annexe X

**Page 65 - §2** : La CNSA précise à la mission que le « SI COLLECTE » a vocation in fine à collecter des données au-delà du périmètre de la DESMS. Par exemple le module dédié à la remontée des données nécessaires à la liquidation des concours APA/PCH sera lancé en septembre 2021.

### Réponse de la mission :

La mission fait état de cet objectif..

### 1.2.7. Observations de la CNSA et réponses de la mission sur l'annexe VII

#### L'annexe VII appelle les observations suivantes de la part de la CNSA :

**Page 6 – Dernier §** : Il nous semble excessif d'indiquer que la qualité des données publiées sur le baromètre MDPH n'est pas avérée. La qualité est variable selon les sources néanmoins une importante phase de fiabilisation précédant leur diffusion est menée.

### Réponse de la mission :

Vu. Rédaction modifiée pour dire que la fiabilité « est variable »

**Page 22 – Partie 2.4.1** : En 2020, 48 projets ont été déposés à la CNSA au titre de l'AAP permanent et 8 ont bénéficiés d'un financement.

### Réponse de la mission :

Vu. Rédaction modifiée.

**Page 28 - Tableau 12 et 13** : Le nombre renseigné correspond à celui des projets de recherche soutenus et non à celui des AAP Recherche.

### Réponse de la mission :

Vu. Rédaction modifiée.

**Page 47 à 49 - Partie 4.3** : La CNSA tient à préciser la différence d'estimation avec la mission des ETP mobilisés par le soutien aux actions innovantes, et par les autres actions dans le champ recherche et innovation.

### Réponse de la mission :

En l'absence d'outils de suivi des temps passés, la mission conserve ses estimations. Il est bien indiqué dans cette partie qu'il s'agit d'estimations de la mission.

### 1.2.8. Observations de la CNSA et réponses de la mission sur l'annexe VIII

#### L'annexe VIII appelle les observations suivantes de la part de la CNSA :

**Page 8 - partie 1.2.2** : La CNSA tient à préciser la différence d'estimation avec la mission des ETP mobilisés par le soutien aux actions innovantes, et par les autres actions dans le champ recherche et innovation.

### Réponse de la mission :

Vu. Même réponse que *supra* sur le rapport de synthèse et l'annexe II.

## 2. Observations de la Direction de la sécurité sociale (DSS) et réponses de la mission

### 2.1. Observations de la DSS

**Objet** : observations sur le rapport provisoire de bilan de la COG État-CNSA pour la période 2016-2020

Références : 2020-M056-02 / 2020-071R

Vous avez saisi la direction de la sécurité sociale du rapport provisoire relatif au bilan de la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour la période 2016-2020 et formulant des propositions pour la prochaine COG dans le cadre de la nouvelle branche autonomie.

Je tiens à saluer la qualité du travail réalisé, en particulier de revue des missions de la CNSA et les propositions chiffrées d'évolution des moyens de la caisse.

Si je partage l'essentiel des constats et recommandations du rapport, je souhaiterais néanmoins vous faire part de réserves sur les points suivants.

**Concernant les relations entre la CNSA et les conseils départementaux**, la lecture du rapport donne l'impression d'un décalage entre le haut niveau d'ambition défendu, invitant à faire passer la CNSA d'une fonction d'appui à une fonction de pilotage de réseau (p. 2), et ses modalités concrètes de mise en œuvre à l'égard desquelles il se montre sans doute excessivement prudent.

S'il en admet l'intérêt, le rapport suggère ainsi, sans justification particulière, de renvoyer la modulation sur objectifs de performance des concours APA et PCH de la CNSA à des négociations avec les départements au cours de la prochaine COG (p. 34). Des dispositions législatives pourraient pourtant théoriquement être adoptées dès cette année, en vue d'une mise en œuvre à brève échéance. Par ailleurs, le rapport recommande de commencer par le concours PCH, étant donné la disponibilité des données issues du SI MPDH (centre de données). En l'absence de remontées automatisées de données, il semblerait toutefois possible d'organiser une modulation à court terme également pour le concours APA, sur la base de données dont la collecte manuelle par la CNSA ne semble pas insurmontable (à l'image de la pluridisciplinarité des équipes d'évaluation).

De même, l'intérêt d'un SI APA fait l'objet d'appréciations ambivalentes. La synthèse semble conditionner l'amélioration par la CNSA de l'équité territoriale à la mise en œuvre d'un tel SI (p. 3). Le corps du rapport nuance cependant fortement l'apport d'un SI APA relativement à l'exploitation de données collectées par la DREES (p. 44-45), bien que ces dernières ne portent pas ou peu sur la qualité de service et de gestion des services autonomie des départements, dont il pourrait être pertinent de tenir compte pour la modulation des concours. Pour sa part, l'annexe IV (p. 32) renvoie la priorisation d'un SI APA à la « réalité institutionnelle des relations avec les départements ». À cet égard, un positionnement plus explicite sur l'opportunité ou non d'un tel SI, tenant compte de l'ensemble des éléments d'appréciation disponibles et indépendant des contraintes politiques, apparaîtrait souhaitable.

## Annexe X

Quant aux deux principaux scénarios de maîtrise d'ouvrage (CNAV ou CNSA) envisagés pour la mise en œuvre d'un SI APA, le rapport fait une présentation partielle des avantages et inconvénients associés à chaque scénario. Au nombre des avantages d'une maîtrise d'ouvrage CNSA, il ne mentionne ainsi ni la réactivité accrue de la CNSA pour la mise en œuvre des mises à jour, ni la plus grande facilité à passer à un SI autonomie global (pour les personnes âgées et handicapées) si cela était envisagé. À l'inverse, il ne fait pas état, dans l'hypothèse d'une maîtrise d'ouvrage CNAV, du risque de conflit de priorité avec les autres projets informatiques menés par la CNAV. Le rapport invoque par ailleurs la complémentarité du scénario CNAV avec un projet de transfert du paiement de l'APA aux CARSAT sans toutefois se prononcer sur la pertinence de ce projet (un tel découpage des processus n'allant pourtant pas de soi pour une prestation comme l'APA, susceptible de révisions successives).

Enfin, le rapport ne se prononce pas sur l'opportunité d'une mission d'audit des MDPH, voire des services autonomie des départements, possiblement intégrée à la CNSA, et qui pourrait constituer un outil de pilotage complémentaire de la modulation des concours sur objectifs pour la CNSA. Cette perspective avait pourtant été explorée par l'IGAS en 2019 et figure au nombre des actions de la feuille de route MDPH 2022. Une telle mission d'audit permettrait en effet de renforcer les capacités de pilotage de la CNSA sur certains aspects de la gestion des prestations autonomie non directement observables par des remontées de données au niveau national, tels que la correcte utilisation des référentiels nationaux pour l'évaluation des personnes.

**Concernant les effectifs**, le chiffrage des ajustements nécessaires pour assurer l'équilibre entre mission et moyens sera d'une grande utilité pour l'élaboration de la prochaine COG de la CNSA. S'agissant plus particulièrement de la comparaison entre branches du régime général du ratio d'effectifs entre caisse national et réseau, les services de la direction de la sécurité sociale se tiennent à votre disposition pour des échanges complémentaires.

Cependant, l'approche en deux temps suggérée par le rapport (p. 3), consistant d'abord à procéder aux renforcements nécessaires des effectifs puis à procéder seulement dans un second temps à la réorganisation interne de la CNSA, ne semble pas aller de soi. Le renforcement proposé des effectifs s'appuyant notamment sur des abandons et des transferts de missions, il semblerait en effet opportun d'engager rapidement la réorganisation interne, du moins une première étape.

Par ailleurs, la délégation proposée (p. 39) de la sélection et du suivi des projets innovants de la CNSA au comité technique chargé de la gestion du dispositif de financement des expérimentations de l'article 51 de la LFSS 2018 semble peu opérante au regard de la différence de nature des projets financés aujourd'hui par la CNSA et de ceux relevant du dispositif de l'article 51. Le cas échéant, il semblerait préférable de commencer par éteindre cette mission au sein de la CNSA, puis d'envisager de donner une place accrue au secteur médico-social parmi les expérimentations de l'article 51.

Enfin, s'agissant du taux de rotation élevé des agents de la CNSA, le rapport suggère que celui-ci s'expliquerait non seulement par l'absence de réseau et de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (p. 105 de l'annexe I), mais également pour les agents UCANSS par l'intégration imparfaite de la CNSA dans l'organisation de la mobilité au sein de la sécurité sociale. La CNSA gagnerait de ce fait indéniablement à mieux s'inscrire dans le réseau UCANSS.

**Concernant les fonctions informatiques**, l'adoption d'un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) associé à la COG apparaît en effet indispensable. Comme l'indique le rapport (p. 32), il devra préciser les projets à mener, leur articulation avec les systèmes d'information pilotés par d'autres acteurs et, pour chaque projet, les dépenses prévisionnelles internes et externes et le calendrier de réalisation. En outre, il semble important que les projets du SDSI soient étroitement articulés avec les principaux objectifs et fiches de la COG, afin de mettre en évidence leur contribution à l'amélioration des politiques de l'autonomie.

## Annexe X

J'attire enfin votre attention sur ces points plus ponctuels :

- ◆ p. 2 : la CNSA n'est pas « responsable » de l'équilibre de la branche (lecture très extensive de l'article L. 14-10-1 du CASF) ;
- ◆ p. 21 : le rapport fait état d'« attentes fortes mais imprécises » des tutelles concernant le renforcement du pilotage financier ; ces attentes ont été précisées dans l'avenant 2021 à la COG précédente adopté par le conseil de la CNSA du 22 avril dernier et le seront très certainement à nouveau dans la prochaine COG ;
- ◆ p. 21 : contribution de solidarité autonomie et non « active » ;
- ◆ p. 22 : remplacer les mentions de « fonds » par « budgets » pour les budgets d'intervention, d'investissement et de gestion administrative. Il convient en effet de distinguer les fonds, sur lesquels le conseil ne délibère pas, des budgets nationaux de gestion qui, conformément au dernier alinéa du III de l'article L.14-10-3 du code de l'action sociale et des familles font l'objet de délibérations du conseil sur proposition du directeur ;
- ◆ p. 37 : le rapport fait état de l'« absence d'attentes précises de la part des tutelles » concernant la compétence de gestion du risque ; outre que ces attentes ont été rappelées par la DSS en entretien avec la mission, elles ont été précisées dans l'avenant 2021 à la COG précité en vue notamment du premier exercice de certification (2021) par la Cour des comptes ;
- ◆ p. 44 : le rapport indique que la négociation des conventions CNSA-CD « ne permettra pas un alignement de ces conventions sur la nouvelle COG » ; ces conventions pourront cependant faire l'objet d'un avenant ;
- ◆ p. 52 : concernant la recommandation de recentrage de l'intervention de la CNSA sur ses réseaux, il serait pertinent de faire état des missions existantes de la CNSA (y compris celles lui ayant été récemment attribuées) la conduisant à s'adresser aujourd'hui à des acteurs autres que les ARS, MDPH et conseils départementaux.

J'espère que ces observations pourront être prises en compte dans la version définitive de votre rapport.

Le Directeur de la sécurité sociale  
Franck VON LENNEP

## 2.2. Réponses de la mission

**Concernant les relations entre la CNSA et les conseils départementaux**, la mission estime que les ambitions affichées par la redéfinition des missions de la CNSA, notamment en termes d'équité territoriale, supposent une évolution du rôle de la CNSA, pour passer de l'appui à une forme de pilotage adaptée au principe constitutionnel de libre administration des collectivités territoriales. Or, la mission relève que, si la loi affiche des objectifs ambitieux, elle n'a pas encore donné à la CNSA de leviers supplémentaires pour les atteindre. La possibilité, que la DSS qualifie elle-même de théorique, de prendre dès cette année des mesures législatives pour moduler les concours, n'a pas été retenue par la mission, en raison de la nécessité d'une concertation préalable avec les collectivités territoriales et parce qu'elle n'a pas recueilli d'informations concordantes lui permettant de considérer que la mise en œuvre d'une telle évolution pourrait intervenir à brève échéance.

L'annexe IV du rapport (partie 3.5) décrit en conséquence les instruments à construire ou à faire évoluer dans cet objectif :

- ◆ le conventionnement avec les conseils départementaux pour lequel la mission, analysant les résultats décevants des conventions 2016-2019, estime nécessaire de renforcer les effectifs de la CNSA dans les domaines de l'analyse statistique et de la conduite des

## Annexe X

négociations de façon à lui permettre de fonder les engagements des départements et de la CNSA sur un diagnostic précis de la situation de chaque territoire, de donner un caractère personnalisé à ces engagements qui doivent être assortis d'objectifs mesurables, de déterminer les appuis à apporter à chaque département pour faciliter l'atteinte de ses engagements et d'en suivre régulièrement la réalisation. A ce propos, la remarque de la DSS sur la possibilité d'aligner les conventions signées en 2020 et les feuilles de routes stratégiques et opérationnelles en cours de négociation par avenant, postérieurement à la signature de la nouvelle COG, est juridiquement exacte mais méconnaît la difficulté que représenterait l'ouverture de la négociation de ces avenants l'année suivant celle des feuilles de route ;

- ◆ l'introduction d'une modulation des concours financiers de la CNSA pour donner à celle-ci des leviers incitatifs pour favoriser l'harmonisation des pratiques des départements et renforcer l'équité de traitement des personnes sur le territoire. La mission évoque à cette fin deux pistes : le maintien d'une modulation paramétrée mais en introduisant de nouveaux indicateurs représentatifs d'objectifs de qualité de service et d'équité territoriale ou l'attribution d'une fraction des concours en fonction de l'atteinte des objectifs contractualisés dans les conventions CNSA-départements, ces deux modalités pouvant d'ailleurs se combiner. Le rapport souligne que l'introduction de nouveaux indicateurs suppose d'une part de disposer de données exhaustives et fiables pour les construire et, d'autre part, de déterminer la fraction du concours modulée par chaque indicateur. C'est la raison pour laquelle le rapport préconise de commencer par les concours MDPH et PCH pour lesquels la CNSA disposera, quand son centre de données sera pleinement opérationnel et alimenté de façon régulière et exhaustive, de données lui permettant de construire des indicateurs dont certains pourraient être utilisés pour la modulation de ces deux concours. Ce n'est pas du tout le cas, en revanche, pour la gestion de l'APA sur laquelle la CNSA ne dispose pas de données pour fonder une modulation du concours. **La mission ne partage pas à cet égard la position de la DSS sur la possibilité d'une collecte manuelle par la CNSA d'indicateurs** permettant de moduler le concours correspondant : outre le caractère archaïque d'une telle pratique, les données qui seraient recueillies par ce biais ne présenteraient aucune garantie de qualité et ne seraient pas contrôlables par la caisse. En outre, la mission estime que la définition des nouveaux indicateurs et la pondération à attribuer à chacun d'entre eux devront faire l'objet d'une négociation avec les départements compte tenu notamment des effets distributifs de toute évolution des modalités de répartition des concours ;
- ◆ la construction d'outils et systèmes d'informations permettant à la CNSA de disposer d'informations permettant de caractériser l'action des départements dans la gestion des prestations dont ils ont la charge et, ainsi, de construire les indicateurs mentionnés au point précédent. Le principal sujet à traiter par la nouvelle COG sera celui de la construction d'un système d'information sur l'APA (*cf. infra*) ;
- ◆ le renforcement de l'appui apporté par la CNSA aux services des départements, en particulier aux équipes chargées de la gestion de l'APA, les effectifs de la CNSA consacrés à cette tâche étant actuellement très inférieurs à ceux consacrés à l'appui aux MDPH. Le rapport propose aussi de donner à la CNSA la possibilité de cofinancer des formations professionnalisantes destinées aux personnels des MDPH et des services APA, ce qui nécessite de faire évoluer la réglementation (*cf. proposition 13 de l'annexe IV*).

## Annexe X

**Sur le projet de construction par la CNSA d'un système d'information unique de gestion de l'APA (SI-APA)**, la mission s'est efforcée de mettre en évidence les avantages mais aussi les contraintes d'un tel projet particulièrement structurant. Parmi ces contraintes, la plus importante est d'obtenir l'adhésion des départements puisque **le projet vise d'abord à leur fournir un outil de gestion comportant toutes les fonctionnalités nécessaires à l'exercice du métier des services départementaux**, devant pouvoir s'interfacer avec les autres applications métiers utilisés par les services des départements. Compte tenu de la diversité des organisations départementales de gestion de l'APA, la formalisation des processus métiers dans un SI unique aurait un effet positif d'harmonisation de ces processus –ce que la construction du SI-MDPH a montré- mais pourrait être difficilement acceptée par les départements pour lesquels cela impliquera une réorganisation lourde. La décision de construire ce SI ne peut donc être prise sans tenir compte de la position et des attentes des départements et sa conception devra, comme le prévoit la CNSA, les associer étroitement pour garantir leur adhésion.

La mission estime, en outre, si l'objectif prioritaire du SI-APA n'est pas de construire un système d'information adapté aux besoins de gestion des services départementaux mais **de faire remonter des informations sur la gestion de la prestation**, qu'il conviendrait a minima d'effectuer une étude comparative entre ce projet et une solution consistant à faire évoluer le contenu et la fréquence des Remontées individuelles-APA (RI-APA) organisées par la DREES qui contiennent des informations détaillées sur l'évaluation des besoins et le contenu des plans d'aides des bénéficiaires et pourraient d'ores et déjà être utilisées par la CNSA à des fins de comparaisons interdépartementales, par exemple pour mettre en évidence des différences dans le contenu et le montant des plans d'aide de personnes présentant les mêmes caractéristiques dans des départements différents. Il est pour le moins paradoxal que la CNSA qui met en avant l'intérêt du SI-APA pour évaluer l'équité territoriale dans la gestion de la prestation n'ait pas essayé, dans un premier temps, d'utiliser à cette fin les données déjà recueillies depuis 2007 par la DREES, les remontées 2017 étendues à l'ensemble des départements couvrant 1,3 millions de bénéficiaires de l'APA.

Concernant le choix entre les deux scénarios de construction du SI-APA, par la CNAV ou par la CNSA, la mission estime que le risque mentionné par la DSS d'un conflit de priorité avec les autres projets SI vaut tout autant pour la CNSA que pour la CNAV, la maîtrise de ce risque impliquant que les moyens supplémentaires donnés à l'établissement porteur du projet pour sa réalisation soient correctement dimensionnés. Dans l'étude réalisée par l'ANS, le scénario CNAV prévoit le recrutement de 50 collaborateurs, tandis que, paradoxalement, les effectifs recrutés à la CNSA varient peu entre les deux scénarios : 10 ETP dans le cas où la CNAV mènerait le projet et 14 ETP, seulement dans le scénario où elle piloterait seule le projet. Pour ces raisons, éclairées par les difficultés rencontrées par la CNSA pour mener le projet SI-MDPH, d'une part, et le risque de défaut de maîtrise d'un recours à la sous-traitance, d'autre part, **la mission recommande des travaux complémentaires pour approfondir la comparaison des deux scénarios**. Le rapport souligne par ailleurs, que le principal avantage du scénario CNSA serait de positionner celle-ci comme la « tête de réseau » des départements vis-à-vis de leurs éditeurs de logiciels, ce qui pourrait effectivement la conduire à terme à piloter leur « SI-autonomie », comme l'évoque la DSS. S'agissant de l'hypothèse du paiement de l'APA par les CARSAT, la mission ne s'est pas prononcée sur la pertinence de cette proposition évoquée par la CNAV, n'ayant pu disposer de documents en explicitant les objectifs et les modalités de mise en œuvre. Le rapport se borne à noter que le portage du SI-APA par la CNAV serait cohérent avec cette évolution tout en précisant qu'une telle évolution nécessiterait une mesure législative. La mission partage l'avis de la DSS sur les difficultés de mise en œuvre de cette proposition, déjà mentionnées par le rapport de M. Laurent Vachey sur la branche autonomie.

## Annexe X

Le rapport évoque la mise en place d'une mission d'audit et de contrôle des MDPH (MNAC) dans son annexe V en indiquant, selon les informations qui ont été communiqués à la mission par le cabinet de la secrétaire d'Etat auprès du Premier Ministre, chargée des personnes handicapées et par la DGCS, que la MNAC doit être rattachée à cette direction. Concernant la possibilité de rattachement de la MNAC à la CNSA évoquée par la DSS, la mission ne peut que reprendre les conclusions du rapport IGAS de décembre 2019, « Scénarios de création d'une mission nationale de contrôle et d'audit des MDPH » selon lesquelles le rattachement de la mission d'audit et de contrôle à la CNSA « présente un risque majeur : l'incompatibilité de la fonction de contrôle, avec les missions d'animation et d'appui assurées par la CNSA » et, s'il était néanmoins mis en œuvre, nécessiterait de « dissocier de façon étanche ces missions au sein de la CNSA », et de « prévoir enfin un rattachement organique auprès de sa directrice générale ». La création récente au sein de la CNSA d'une mission d'appui opérationnel aux MDPH en difficulté accentue encore le risque d'incompatibilité des fonctions pointé par ce rapport. La mission rappelle enfin que, comme l'avait indiqué le rapport précité, la mise en œuvre opérationnelle de cette mission nationale d'audit et de contrôle suppose que soit prise une disposition législative fondant le contrôle par la DGCS (ou par la CNSA), ; en l'état actuel du droit, l'IGAS est le seul service à disposition du ministre chargé du handicap en mesure de procéder à ces contrôles.

Concernant le renforcement des effectifs de la caisse, la mission estime, en effet, que la consolidation de la structure est prioritaire par rapport à sa réorganisation. Elle voit quelques dangers à la mise en œuvre simultanée d'une réorganisation d'ampleur (telle que la fusion des directions de la compensation et des ESMS dans une direction des réseaux) et l'ouverture de chantiers résultant des nouvelles missions récemment confiées à la CNSA. Le risque est de voir la réorganisation interne absorber une part des ressources dévolues à celles-ci. Cela ne s'oppose pas, du point de vue de la mission, à ce que des réorganisations partielles ou de nouvelles modalités de travail entre directions puissent s'engager (telles que la mise en place d'une coordination des travaux statistiques). Sur le transfert de la gestion des actions innovantes au comité chargé de la gestion des expérimentations de l'article 51, le rapport souligne bien que cela conduirait à réduire le champ des actions soutenues par la CNSA mais estime que ce recentrage permettrait de réserver le financement de la caisse à des projets soumis à évaluation et susceptibles d'un déploiement au-delà de leur périmètre initial, ce qui n'est pas le cas des actions soutenues actuellement. La solution envisagée par la DSS (« commencer par éteindre cette mission au sein de la CNSA ») conduirait à réallouer à d'autres missions les financements aujourd'hui consacrés à l'innovation, ce qui serait contraire aux dispositions législatives qui confient à la CNSA une mission en ce domaine. Par ailleurs, la suggestion de « donner une place accrue au secteur médico-social parmi les expérimentations de l'article 51 » est déjà satisfaite d'après les informations recueillies par la mission. La réticence de la DSS à donner une suite favorable à l'une des rares pistes de redéploiement que la mission a pu raisonnablement identifier au cours de ses travaux montre enfin la difficulté de conduire une telle démarche, pourtant fortement suggérée dans la lettre de saisine des inspections.

Enfin la mission note que la DSS ne fournit pas dans sa réponse d'éléments de comparaisons de la CNSA avec d'autres caisses comme il lui a été demandé de le faire dès le début de la mission.

Au total la mission n'estime pas nécessaire de modifier son rapport provisoire sur l'ensemble de ces points.

Sur les points particuliers mentionnés par la DSS, la mission :

- ◆ n'ignore pas que la mission de « veiller à l'équilibre de la branche » confiée à la CNSA ne la rend pas « responsable » de cet équilibre. Mais elle maintient sa proposition de reconnaître à la CNSA le droit de proposer au Gouvernement des mesures propres à assurer cet équilibre (proposition 1) analogue à celui reconnu à la CNAM chargée de veiller à l'équilibre de la branche maladie ;

## Annexe X

- ◆ prend acte des précisions données par l'avenant du 22 avril 2021 concernant le renforcement du pilotage financier de la caisse, document postérieur aux travaux de la mission qui n'a donc pas eu à en connaître avant la rédaction de son rapport provisoire. La mission a pris connaissance, par la presse, après l'envoi de ce rapport, du dossier de présentation de l'avenant présenté au conseil de la CNSA du 22 avril et constate effectivement qu'il contient des dispositions sur le *reporting* financier et comptable attendu de la CNSA de même que sur les relations financières entre la CNSA et les organismes gestionnaires des branches maladie et famille ;
- ◆ va corriger l'erreur sur la signification de l'acronyme CSA ;
- ◆ prend acte de la précision de la DSS sur la distinction fonds / budgets, dans l'attente des textes d'application des articles L 14-10-3 et L 14-10-5 du code de l'action sociale qui devraient expliciter les compétences respectives du directeur et du conseil de la CNSA en matière budgétaire ;
- ◆ maintient sa remarque sur l'« absence d'attentes précises de la part des tutelles » concernant la compétence de gestion du risque, les entretiens de la mission avec la CNSA et avec les administrations centrales ayant fait apparaître des conceptions à la fois différentes et peu précises. En particulier, contrairement à ce qui lui avait été annoncé par la DSS, la mission n'a pas reçu la contribution écrite des attentes de cette direction dans ce domaine. La mission constate en outre que le dossier de présentation au conseil de l'avenant 2021 à la COG décrit les demandes des tutelles en matière de *reporting* financier et comptable attendu de la CNSA qui ne recouvrent pas toutes les dimensions possibles de la gestion du risque. La réponse de la DSS conforte la mission dans son opinion sur la nécessité d'un travail préalable de définition des objectifs, du périmètre, et des modalités d'une politique de gestion du risque (proposition n° 11 de l'annexe V) ; un tel travail, réalisé par une ressource dédiée au sein de la CNSA, dans le cadre d'orientations validées par les cabinets est une condition *sine qua non* pour permettre une réelle avancée de ce projet au cours de la prochaine COG. Le rapport a été modifié pour préciser que le contenu de l'avenant ne répond pas à la proposition de la mission ;
- ◆ rappelle que le rapport consacre une annexe (annexe IV) aux relations entre la CNSA et ses réseaux et formule des propositions visant à limiter l'extension de la fonction d'animation de la CNSA à de nouveaux réseaux (Proposition n° 20 du rapport de synthèse et proposition n° 1 de l'annexe VIII, préconisations pour la mise en œuvre des missions concernant la lutte contre l'isolement et l'habitat inclusif).

### 3. Observations de la Direction du budget (DB) et réponses de la mission

#### 3.1. Observations de la DB sur le rapport

**Objet :** Observations sur le projet de rapport portant bilan de la COG État-CNSA pour la période 2016-2020

Vous avez saisi la direction du budget du projet de rapport dressant le bilan de la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour la période 2016-2020 et formulant des propositions en vue de la prochaine COG.

## Annexe X

**Je voudrais saluer, tout d'abord, la qualité du travail réalisé par la mission**, qui procède à un état des lieux exhaustif et documente de manière précise les conditions de réussite de sa transformation en une caisse de sécurité sociale chargée du pilotage de la branche Autonomie. **Je partage largement les constats dressés par la mission quant au caractère insuffisamment stratégique de la COG 2016-19**, qui n'a pas permis d'en faire un véritable instrument de pilotage, tant vis-à-vis de la gouvernance que sur le plan interne. La direction du budget souscrit à ce titre pleinement à la recommandation visant à resserrer la prochaine COG autour d'un nombre plus raisonnable d'objectifs dont les résultats lui seront directement imputables.

**La direction du budget souscrit également à la recommandation visant à renforcer l'adéquation entre les missions confiées à la Caisse et ses moyens.** Le rapport invite à recentrer l'activité de la Caisse autour du pilotage des politiques de l'autonomie et de la gestion du risque. Ce constat plaide en faveur d'un alignement des objectifs de la COG autour d'objectifs politiques structurants, du renforcement de l'administration des données (organisation du *reporting*, qualité des données, exploitation), de l'accompagnement des acteurs territoriaux et de la mise en œuvre du Ségur médico-social. La direction du budget recommande de faire davantage apparaître ces objectifs et d'en assurer l'articulation avec l'ensemble des réformes dans le champ de l'autonomie. En effet, les axes stratégiques et les objectifs transversaux proposés dans l'annexe I, s'ils répondent à des constats partagés, apparaissent trop généraux et très proches des cinq axes de la précédente COG.

La direction du budget partage l'objectif **d'évaluer de manière systématique la capacité de la CNSA à s'emparer des demandes formulées en dehors de la COG**, que celles-ci émanent des autorités de tutelle ou du Conseil de la CNSA. La mission préconise cependant un cadre particulièrement rigide, alors qu'il apparaît indispensable de laisser suffisamment de souplesse aux autorités de tutelle pour permettre d'adapter les missions de la Caisse à l'évolution de son environnement ainsi qu'aux actions portées par l'Etat et par les autres caisses, dès lors que les attentes formulées resteraient suffisamment prioritaires. Il est nécessaire de conserver une perspective dynamique dans l'appréciation de l'adéquation missions/moyens, les moyens nécessaires à la mise en œuvre des politiques publiques étant évolutifs (montée en puissance ou, à l'inverse, soutien renforcé en période d'amorçage), tout comme certaines actions peuvent être temporaires ou expérimentales. Ainsi, toute mesure nouvelle n'implique pas nécessairement de moyens humains, *a fortiori* permanents, supplémentaires.

## Annexe X

Si les critiques de la mission concernant le recours excessif à des prestataires extérieurs mériteraient d'être précisées, dès lors qu'une partie de ces prestations ont été assurées par l'ASIP (*actuelle Agence du Numérique en Santé*), **la recommandation visant à renforcer les compétences propres de la Caisse en matière de maîtrise d'ouvrage apparaît pertinente, et rejoint les recommandations formulées par la Cour des Comptes.** Celle-ci est de nature à justifier un renforcement de la fonction SI, en particulier dans le cadre des évolutions en cours dans le champ de l'autonomie. **Cette consolidation devra s'inscrire dans le cadre posé par le futur schéma directeur des systèmes d'information,** dont l'avenant 2021 à la COG a réaffirmé le caractère stratégique. Certains éléments de constat (*fonctionnement en silos, implication inégale des directions métier dans les projets SI, vacances prolongées de postes stratégique, absence de redéploiements d'ETP vers la DSI sur la COG – cf. tableau 14*) invitent à inscrire la question de la gouvernance des projets au-delà de la seule question des moyens. Le rapport souligne à juste titre que les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des projets SI portés par la Caisse relèvent aussi bien de fragilités dans la définition du cahier des charges et des besoins que dans la conduite du projet en elle-même, en dépit des moyens conséquents qui leur ont été consacrés tant par la CNSA que par ses partenaires (MDPH, conseils départementaux, ARS). Les enseignements tirés de la mise en œuvre du SI-MDPH (intérêt d'une maîtrise d'ouvrage unifiée, risques associés au choix de ne pas développer un progiciel intégré) devront, le cas échéant, orienter les choix de conception susceptibles d'être formulés pour le SI-APA. Le bilan en demi-teinte du déploiement des SI-métier, qui souffrent d'un défaut d'appropriation faute de répondre pleinement aux besoins, invite, de même, à renforcer le dialogue avec les ARS sur les outils SI.

Les constats dressés par la mission (*cloisonnement des directions métiers, fragilités dans le fonctionnement interne et dans l'encadrement intermédiaire*), invitent plus généralement à **s'interroger sur l'organisation-cible la mieux à même de répondre aux objectifs fixés à la CNSA.** La mission semble à titre d'exemple envisager le développement de la connaissance statistique des politiques de l'autonomie (+ 3,5 ETP recommandés), la mise en place d'une mission "études et prospective" (+ 2 ETP) et le renforcement de la fonction de suivi budgétaire de l'OGD (+ 2 ETP) comme trois missions entièrement distinctes. Cette analyse est cependant contestable, dès lors que ces missions sont fortement interdépendantes, ce qui justifierait d'interroger l'organisation interne. **La direction du budget est donc réservée vis-à-vis de la proposition visant à subordonner la réflexion sur l'organisation de la Caisse au renforcement préalable de ses moyens.** Il convient ainsi, au-delà de l'adéquation missions-moyens, de s'arrêter sur la capacité de la Caisse à intégrer de manière optimale les nouveaux moyens susceptibles de lui être accordés, dans un contexte où son plafond d'emploi a déjà été relevé de 7% en 2021.

**Les propositions visant à renforcer les outils de pilotage et de gestion du risque de la Caisse sont cohérentes avec le positionnement attendu d'une caisse de sécurité sociale.** La mission soulignant les attentes « fortes mais imprécises » des tutelles à ce sujet, je tiens à rappeler que l'avenant 2021 à la COG a déjà permis de préciser les objectifs assignés. Si elle partage le souhait d'un renforcement des missions support et en particulier d'une professionnalisation de la fonction d'achats et de marchés, la direction du budget est plus réservée sur celles concourant au renforcement de la mission communication, déjà remplie de manière satisfaisante. La DB souscrit globalement aux propositions de redéploiement portées par la mission et partage ses constats quant aux limites de certaines des missions de soutien à l'innovation portées par la Caisse. Elle souligne, en revanche, que le transfert vers les administrations centrales d'une partie des missions de la CNSA (équipe-projet SERAFIN) ne

## Annexe X

permettrait pas de diminuer le volume global d'emplois créés si les ETP correspondants étaient dans le même temps repris sur le plafond d'emploi ministériel. Le renforcement de l'autonomie de la Caisse ne doit, enfin, pas conduire à abandonner les exigences en matière de gestion des dépenses salariales et de fonctionnement.

La Directrice du budget

Amélie VERDIER

### 3.2. Réponses de la mission

La mission se réjouit que la direction du budget souscrive à ses propositions pour **donner à la future COG une dimension stratégique forte**. Le canevas qu'elle a proposé pour la construction de la future COG, croisant axes stratégiques et objectifs transversaux, ne lui semble toutefois ni trop général, ni trop proche des axes de la précédente COG. La mission souligne que les axes stratégiques proposés recoupent les principales composantes du métier de la CNSA. À ce titre, il est normal d'observer une certaine permanence par rapport aux axes des COG précédentes. L'identification de deux objectifs transversaux, déclinés dans chaque axe stratégique, vise à donner à la COG une cohérence et une dimension très opérationnelle qui apparaissaient peu dans les COG précédentes. La mission souligne enfin que le caractère stratégique de la COG dépendra surtout de la capacité des partenaires de la négociation à limiter le nombre d'actions élémentaires, en laissant à la caisse une marge de manœuvre réelle dans les moyens employés pour atteindre les objectifs fixés.

S'agissant de **l'adéquation des missions et des moyens**, la mission constate avec satisfaction que la direction du budget partage l'objectif d'évaluer de manière systématique la capacité de la CNSA à mettre en œuvre les commandes nouvelles qui lui sont adressées, mais ne considère pas, pour sa part, que le cadre proposé constitue « *un cadre particulièrement rigide* ». Les propositions de la mission (cf. notamment proposition n° 19 du rapport de synthèse) prennent en compte la possibilité de redéploiements pour permettre à la caisse de faire face à de nouvelles missions mais **elles subordonnent ces redéploiements à un arbitrage explicite sur la hiérarchisation des missions** et l'identification des autres missions /activités /projets qui peuvent être décalés ou reportés. Le bilan de la COG 2016-2019 montre en effet que ce principe de bonne gestion entre un opérateur et sa tutelle n'a pas été appliqué, les abandons ou décalages d'activités ou de chantiers intervenus pendant la COG résultant le plus souvent d'arbitrages par défaut par la seule CNSA, en fonction de l'évolution des priorités qu'elle percevait de la part de ses tutelles. La hiérarchisation des commandes évoquée par la direction du budget n'a pas fait l'objet, pendant l'exécution de la COG, de décisions expresses partagées par les trois directions de tutelle. De la même façon, le rapport n'exclut pas qu'une « *perspective dynamique dans l'appréciation de l'adéquation missions/moyens* » soit adoptée mais, là encore, à condition que ces perspectives soient exprimées clairement, fondées sur une analyse réaliste des travaux à conduire et susceptibles d'être révisées en fonction de potentielles difficultés d'application, notamment dans la conduite des projets SI.

## Annexe X

S'agissant du **recours excessif à des prestataires externes**, la direction du budget estime que « *les critiques de la mission concernant le recours excessif à des prestataires extérieurs mériteraient d'être précisées, dès lors qu'une partie de ces prestations ont été assurées par l'ASIP* ». La mission a estimé que le recours à l'ASIP, qu'elle a analysé de façon précise dans l'annexe VI, ne donnait pas à la CNSA l'équivalent de moyens propres supplémentaires pour deux raisons. En premier lieu, l'ASIP est principalement intervenue par le truchement de prestataires, *via* ses propres marchés de prestataires d'assistance à maîtrise d'ouvrage, peu encadrés par ses effectifs propres. La part des prestations externes dans les budgets des interventions de l'ASIP financées par la CNSA s'est d'ailleurs continuellement accrue entre 2016 (74 %) et 2019 (93 %) (cf. annexe VI). En second lieu, les agents de l'ASIP jouent eux même un rôle d'assistance à maîtrise d'ouvrage auprès de la CNSA et leur intervention nécessite une supervision de la part des équipes de la caisse. Pour ces raisons, la mission a estimé que l'ASIP de constituait pas une composante de l'organisation et un maître d'ouvrage de la CNSA, mais devait être considérée comme une forme d'externalisation des fonctions SI.

Sur la **conduite des projets de systèmes d'information**, la mission insiste sur le fait que si une organisation rigoureuse est nécessaire entre les directions métiers et la DSI et entre la CNSA et les acteurs locaux (MDPH, conseils départementaux, ARS), les faiblesses constatées trouvent aussi leur cause dans l'insuffisance des moyens internes pour maîtriser les prestataires externes et permettre au management de remplir son rôle de coordination et de supervision. La mission partage l'avis de la direction du budget sur l'importance du futur SDSI pour identifier précisément les projets à conduire pendant la prochaine COG et les moyens nécessaires pour cela, en veillant à un équilibre entre maîtrise d'ouvrage interne et prestataires, selon les modalités proposées par le rapport.

Concernant la **réorganisation interne de la CNSA**, la mission estime que la consolidation de la structure est prioritaire par rapport à sa réorganisation. Elle souligne le risque que porterait la mise en œuvre simultanée d'une réorganisation d'ampleur (telle que la fusion des directions de la compensation et des ESMS dans une direction des réseaux) et l'ouverture de chantiers résultant des nouvelles missions récemment confiées à la CNSA. La réorganisation interne risquerait d'absorber une part des ressources dévolues à ces missions. Cela ne s'oppose pas, du point de vue de la mission, à ce que des réorganisations partielles ou de nouvelles modalités de travail entre directions puissent s'engager (telles que la mise en place d'une coordination des travaux statistiques).

Sur la **gestion du risque**, la mission maintient son constat sur l'« *absence d'attentes précises de la part des tutelles* », les entretiens de la mission avec la CNSA et avec les administrations centrales ayant fait apparaître des conceptions à la fois différentes et peu précises de cette nouvelle mission. Elle relève, en outre, que le dossier de présentation au conseil de l'avenant 2021 à la COG décrit bien les demandes des tutelles en matière de *reporting* financier et comptable attendu de la CNSA, mais observe que ces dernières ne recouvrent pas toutes les dimensions possibles de la gestion du risque (cf. annexe V).

Sur les **transferts et redéploiements** possibles, la mission se réjouit de sa convergence de vues avec la direction sur le soutien à l'innovation. Concernant la réforme de la tarification des ESMS pour personnes en situation de handicap (SERAFIN), elle convient que le transfert qu'elle propose nécessitera une augmentation corrélative du plafond d'emplois ministériel mais elle l'estime nécessaire pour clarifier la répartition des responsabilités entre l'administration centrale et son opérateur.

### 3.3. Annexe 1 de la DB : commentaires suite aux propositions de la mission (propositions du rapport de synthèse) et réponse de la mission

Tableau 1 : tableau 1 annexé à la réponse de la directrice du budget

	Proposition mission	Commentaires DB
1	Reconnaître à la CNSA la capacité de proposer des mesures d'économie et d'efficacité, notamment dans l'hypothèse où les prévisions de recettes affectées à la branche autonomie seraient revues à la baisse en cours de gestion.	<p>Très favorable. Si l'accès au droit et l'équité territoriale sont historiquement au cœur des missions de la CNSA, celle-ci doit développer sa capacité à proposer des mesures d'efficacité, ce qui nécessite notamment de renforcer sa connaissance des dépenses financées tant sur l'OGD que par le biais des concours APA/PCH. Cet objectif nécessite d'être en mesure de mener de véritables analyses du modèle économique des structures, tant sur le volet établissement que sur le volet domiciliaire, ainsi que de documenter les facteurs d'évolution des coûts, notamment salariaux.</p> <p>Outre le fait qu'elles ne sont exploitées qu'avec un retard important par rapport à la période de référence (année n-2), les données qui remontent aujourd'hui au travers de l'enquête nationale des coûts (ENC) apparaissent insuffisantes pour permettre une connaissance fine de la structure des coûts de ces établissements et documenter l'additionnalité de l'intervention publique dans ce secteur. En outre, la mission relève à juste titre l'absence de données dans le champ du handicap. Enfin, les données parcellaires dont dispose la Caisse sur le volet domiciliaire ne permettent pas de documenter suffisamment le modèle économique des SAAD.</p>
2	Retenir des objectifs dont la réalisation dépend de la Caisse, en privilégiant les objectifs de résultat par rapport aux objectifs de moyens et en définissant des indicateurs dont le suivi permettra de mesurer l'atteinte des objectifs fixés	<p>Très favorable au regard de l'expérience de la précédente COG. Les indicateurs de moyens devront toutefois être suivis, en lien avec les administrations de tutelle, dans le cadre du dialogue de gestion avec les ARS.</p> <p>Les tableaux de bord mensuels transmis aux tutelles devront par ailleurs permettre un renforcement du suivi du pilotage de ses moyens par la Caisse.</p>
3	Construire la prochaine COG selon un format raisonnable et proportionné aux moyens financiers et humains alloués à la Caisse.	<p>Favorable. L'adéquation missions/moyens est essentielle à la réussite de la COG et implique une priorisation claire des missions de la CNSA. Les moyens doivent cependant être envisagés de manière globale (pas nécessairement humains) et dynamique sur la durée de la COG.</p>
4	Ecarter de la COG les actions qui relèvent du fonctionnement normal de la Caisse pour se concentrer sur les enjeux métiers	<p>La DB partage l'objectif d'une COG stratégique ; celle-ci ne doit toutefois pas conduire à écarter les enjeux relatifs à l'organisation interne de la Caisse, au pilotage et à l'efficacité des moyens.</p>
5	Mettre en place un dispositif de pilotage de l'activité permettant de prévoir, d'organiser, de hiérarchiser et de suivre les actions ou la mise en œuvre de ses missions par la CNSA.	<p>Si cette recommandation ne peut qu'être partagée, elle invite également à mettre la question de l'organisation-cible et des objectifs prioritaires de la Caisse avant d'aborder celle de l'adéquation missions/moyens.</p> <p>La structuration de la Caisse (notamment son organisation en six directions métier) mériterait d'être davantage interrogée au regard du constat dressé par le rapport d'un manque de transversalité, d'un fonctionnement en silo et de marges de progression dans l'accompagnement des agents.</p>
6	Dans le nouveau contexte d'une cinquième branche, le rôle des tutelles doit évoluer. Le rôle accru de la DSS nécessite un partage formalisé des responsabilités des responsabilités et une coordination fluide avec la DGCS, notamment au sujet du pilotage de l'activité de la CNSA, de la construction du budget et de la définition du plafond d'emplois, et des évolutions du périmètre des missions de la CNSA.	<p>La transformation de la CNSA en une caisse de sécurité sociale doit logiquement conduire à un renforcement du rôle de la DSS et de la DB dans sa gouvernance. Au regard des nombreuses interactions entre les politiques de l'autonomie portées par la CNSA, d'une part, et par le budget général, d'autre part, il est essentiel que la DB demeure étroitement associée au pilotage stratégique de cette Caisse. Au-delà des trois tutelles mentionnées dans la synthèse du rapport, la consolidation du lien avec le ministère de l'Éducation nationale, et notamment la DGESCO, ainsi qu'avec la sphère Travail-Emploi (DGEFP) constitue un enjeu pour la réussite des politiques portées dans le champ du handicap.</p>

## Annexe X

	<b>Proposition mission</b>	<b>Commentaires DB</b>
7	<p>Outre le caractère plus stratégique de la nouvelle COG et le renforcement du pilotage de l'activité de la CNSA, l'amélioration du dialogue entre la Caisse et ses tutelles devrait passer par</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un accès facilité des directions d'administration centrale aux données de gestion de la CNSA pour limiter la multiplication des commandes ;</li> <li>- Un processus formalisé pour les commandes hors COG, qui permette de suivre les commandes à la CNSA et leurs impacts sur l'adéquation moyens/missions, et la rédaction d'avenants prenant acte des changements majeurs.</li> </ul>	<p>Cette recommandation, qui répond à un besoin réel, a déjà partiellement été mise en œuvre dans le cadre de l'annexe budgétaire de l'avenant à la COG 2016-19, qui prévoit notamment un partage régulier des tableaux de bord avec les directions d'administration centrale ; elle implique a minima de pouvoir doter les administrations de tutelle d'un accès aux systèmes d'information (HAPI, SEPP/A) qui permettent de suivre la délégation des crédits aux ARS.</p> <p>Le partage d'information avec les administrations centrales devra toutefois aller au-delà des seules données de gestion pour permettre, à terme, le partage des données relatives à la mise en œuvre des politiques relatives à l'autonomie, dont les administrations centrales ne peuvent aujourd'hui qu'avoir une connaissance parcellaire et souvent décalée. Le renforcement de ces flux d'information avec les administrations devra figurer dans le cahier des charges des travaux engagés avec les collectivités en matière de renforcement de systèmes d'information, à l'instar des procédures mises en place par d'autres caisses de sécurité sociale (CNAF notamment).</p> <p>Si la DB n'a pas d'objection à la mise en œuvre d'un processus formalisé de passage de commandes hors-COG, il paraîtrait toutefois utile de préciser la façon dont la mission envisage la mise en œuvre de cette recommandation, sur la base notamment d'une comparaison avec les procédures établies pour les autres caisses de sécurité sociale. Il est en effet nécessaire de conserver une certaine souplesse dans le dialogue entre la CNSA et les autorités politiques. Il conviendrait par ailleurs de préciser si cette recommandation vise spécifiquement les commandes adressées par le législateur dans le cadre des nouvelles compétences dévolues par le législateur en LFSS. Cette recommandation appelle enfin à poser la question des relations entre les équipes de la Caisse et le Conseil, qui a joué un rôle proactif dans le développement des missions de la Caisse.</p>
8	<p>Faire de la connaissance des besoins des publics et des conditions de mise en œuvre des politiques publiques de l'autonomie un premier objectif transversal de la CNSA.</p>	<p>Objetif partagé, dont la mise en œuvre implique cependant (i) d'asseoir le rôle de la CNSA dans la gouvernance territoriale des politiques de l'autonomie au sein des conférences des financeurs ; (ii) d'accélérer le déploiement des projets SI indispensables à la connaissance des publics ; (iii) de fluidifier les échanges d'information avec les autres organismes producteurs de données.</p>
9	<p>Faire du renforcement de l'appui aux réseaux territoriaux mettant en œuvre les politiques publiques de l'autonomie et de la coordination de leurs interventions un deuxième objectif transversal de la COG.</p>	<p>La réussite de cet objectif transversal repose essentiellement sur la cohérence de la gouvernance territoriale des politiques de l'autonomie et sur la capacité de la CNSA à se positionner dans une démarche d'engagements réciproques vis-à-vis de ses partenaires, ce qui suppose qu'elle puisse disposer de leviers pilotables.</p>
10	<p>Rationaliser les fonctions qui ont trait à l'analyse et au traitement des données par la mise en place d'un pilotage global du sujet statistique au sein de la CNSA. Articuler cette fonction avec celles de pilotage des études et de soutien à la recherche et avec le développement de la fonction prospective dans le but de mieux documenter les politiques publiques de l'autonomie qui sont confiées à la CNSA.</p>	<p>Favorable, sous réserve que cette réflexion soit menée de manière transversale avec les autres réseaux (CNAF/CNAV) dans la perspective d'une mise en cohérence des moyens concurrents.</p>
11	<p>Créer un cadre stratégique de la connaissance des politiques publiques de l'autonomie, qui présente les sources d'information disponibles, leur exploitation par la CNSA, les objectifs annuels des équipes statistiques et études, liés à l'amélioration de ces éléments, et le présenter chaque année au Conseil.</p>	<p>Ce cadre stratégique devra être conçu en lien avec les fournisseurs de données (départements, services du secteur, MDPH, etc.) et avec l'Etat, qui pilote la mise en œuvre des politiques publiques de l'autonomie prises en charge sur le budget général.</p>
12	<p>Accompagner la prochaine COG d'un SDSI qui précise a minima les projets à mener, leur articulation avec les SI pilotés par d'autres acteurs (SGMAS pour le SI ARS notamment) et, pour chaque projet, le budget en ressources internes et externes et le calendrier ainsi que les principaux jalons de réalisation.</p>	<p>Cet objectif consensuel, engagé dans le cadre de l'avenant à la COG, nécessite d'instaurer un véritable dialogue entre les directions métier, la direction SI et l'écosystème des politiques de l'autonomie qui apparaît encore défaillant. Il devra notamment s'adosser aux ressources affectées dans le cadre du Ségur numérique, y compris à l'échelon déconcentré (GRADES...).</p>

## Annexe X

Proposition mission		Commentaires DB
13	Faire évoluer les applications de la CNSA mises à dispositions des ARS, en particulier API et SEPPIA, afin de prendre en compte les besoins métiers des utilisateurs de ces applications et de faciliter ainsi un reporting fiable de leurs décisions financières.	L'appropriation des outils par les utilisateurs dans le cadre de leurs besoins-métier (arrêtés de tarification en particulier) devra être mise au cœur de l'évolution proposée. La direction du budget souhaiterait, au même titre que les autres tutelles, disposer d'un accès à ces SI.
14	Demander à la CNSA de proposer à ses tutelles des outils permettant une répartition plus équitable et plus simple des crédits de l'objectif global de dépense entre les différentes ARS, en s'appuyant sur les indicateurs permettant d'appréhender les besoins et l'offre disponible au sein de chaque territoire.	Si la DB souscrit à l'esprit de cette proposition, elle souligne que ces outils SI, dans une logique de renforcement du pilotage de l'OGD, doivent également permettre d'objectiver les besoins en mesures nouvelles et les capacités de redéploiement sous enveloppe, et ne pas servir uniquement à une meilleure répartition d'enveloppes reconduites de manière automatique. En outre, le renforcement de la connaissance des déterminants de la dépense, notamment sur le volet salarial (objectivation du GVT dans les ESMS en particulier) apparaît indispensable.
15	Négocier le principe d'une modulation des concours APA et PCH prenant en compte les indicateurs de performance (équité, qualité, efficacité) dans le cadre d'une négociation globale avec les conseils départementaux. Commencer par le concours PCH, pour lequel les données disponibles permettent d'élaborer un tel mécanisme pour la fin de la COG.	Si la DB partage les réserves de la mission quant à la possibilité d'introduire une modulation sur objectifs en l'absence d'indicateurs de suivi suffisamment précis pour permettre de faire de cette modulation un véritable levier vis-à-vis des CD, elle est favorable au principe d'une modulation selon des objectifs d'efficacité et/ou de qualité partagés, afin de renforcer les leviers à disposition de la CNSA.
16	Faire porter en priorité la modulation sur le concours pour le fonctionnement des MDPH, en fonction de l'atteinte d'objectifs personnalisés négociés à partir d'un diagnostic partagé.	Un décret d'application de la LFSS a d'ores et déjà prévu d'introduire un principe de modulation sur une fraction du concours versé par la CNSA au titre du fonctionnement des MDPH.
17	Favoriser une coordination entre CD et ARS pour encourager le développement d'une approche globale des parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et promouvoir les démarches inclusives. Cette coordination pourrait prendre la forme d'une contractualisation entre les différents partenaires, comme le propose le rapport de M. Laurent Vachey.	Une telle démarche contractuelle implique de (i) faire l'objet d'un suivi régulier donnant lieu, le cas échéant, à des ajustements en cas de manquement des engagements contractuels ; (ii) disposer d'indicateurs d'une qualité satisfaisante pour en assurer le suivi ; (iii) d'inscrire la contractualisation dans une gouvernance locale adaptée.
18	Favoriser le travail en commun ARS-MDPH. Préciser le rôle des ARS dans le cadre de la comitologie des MDPH. Multiplier les informations communes.	Si le principe de cette recommandation ne soulève aucune objection, sa mise en œuvre sera devra tenir compte du fait que la CNSA est le principal point de référence des MDPH au niveau national, bien que les ARS soient membres de la commission exécutive de la MDPH.
19	Prévoir une évaluation systématique des moyens nécessaires à la réalisation des missions/activités/projets nouvellement confiés à la CNSA, en fonction de la nature de l'intervention demandée ; arbitrer en conséquence les moyens supplémentaires et/ou les redéploiements à effectuer en précisant en ce cas les autres missions/activités/projets qui peuvent être décalés ou reportés.	La DB partage, de manière transversale, la recommandation visant à assurer l'adéquation des moyens aux missions confiées à la Caisse, qui suppose d'évaluer les besoins appelés par les commandes nouvelles. Elle souhaiterait cependant souligner que si l'amorçage de certaines missions (à l'instar de la signature des conventions "Habitat inclusif", mais également de la mission d'appui aux MDPH, prévue sur la période 2021-2022) peut initialement nécessiter un renforcement des moyens dédiés, leur pérennisation n'apparaît pas nécessairement justifiée. C'est cette logique qui avait présidé à la trajectoire d'ETP fixée par la COG pour la conduite du projet SI-MDPH, dont le retard a ensuite pesé sur la capacité de la CNSA à redéployer des moyens sur d'autres priorités. Ainsi, l'organisation interne de la CNSA devra rester suffisamment souple pour permettre une réallocation dynamique des moyens sur les missions prioritaires.
20	Poser comme principe d'action que la CNSA n'intervienne auprès des acteurs de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées que via son appui aux réseaux territoriaux et n'assume pas directement l'animation de ces acteurs.	La DB partage pleinement l'objectif d'assurer, dans une logique de subsidiarité, la complémentarité de l'action des différents acteurs territoriaux et nationaux. L'élaboration des schémas départementaux de l'autonomie pourra constituer l'un des temps forts de l'interaction entre la CNSA et les acteurs locaux.

Source : direction du budget.

**Réponse de la mission :** La mission prend acte des commentaires de la direction du budget qui n'appellent pas de réponses de sa part, ces propositions étant destinées à nourrir les échanges entre la CNSA et ses tutelles dans le cadre de la préparation de la prochaine COG.

## Annexe X

### 3.4. Annexe 2 de la DB : propositions de corrections / précisions et réponses de la mission

**Tableau 2 : tableau 2 annexé à la réponse de la directrice du budget et réponse de la mission aux remarques**

Page	Objet	Remarque DB et réponse de la mission
P.4	Projections démographiques	<p>La mission reprend les projections démographiques de la concertation Libault relatives au nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'APA à l'horizon 2030. Ces hypothèses ont été revues à baisse par la DREES en décembre 2020 ("Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA)").</p> <p style="text-align: center;">*</p> <p><b>Réponse de la mission :</b> le rapport n'est pas modifié sur ce point car la projection mentionnée par la mission est clairement sourcée et n'est pas directement comparable avec celle citée par la DB, qui a principalement pour objet d'évaluer les besoins de places en EHPAD et en résidence autonomie à horizon 2030 et 2050, selon différents scénarios (elle ne donne pas de projection de l'ensemble des personnes en GIR 1 à 4).</p>
P.4	Nombre de bénéficiaires de l'AAH	<p>Le nombre de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés recensés au 30 juin 2020 s'élevait à 1,23 million d'allocataires selon les données de la CNAF et de la CCMSA reprises dans le RAP du programme 157.</p> <p style="text-align: center;">*</p> <p><b>Réponse de la mission :</b> précision utile mais le graphique 2 présente l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'AAH, de l'ACTP et de la PCH seulement jusque 2017, dans le simple but de fournir quelques éléments de cadrage des enjeux du handicap.</p>
P. 7	Baromètre MDPH	<p>Le rapport mentionne le baromètre des MDPH parmi les missions hors-COG ; il convient cependant de souligner que le lancement du premier baromètre MDPH, en octobre 2020, s'est accompagné de la hausse du plafond d'emplois d'ETP pour l'accompagnement des MDPH de la Caisse, acté dans l'avenant 2021. Cette mission ne peut donc être citée pour illustrer l'absence de réflexion sur l'adéquation missions/moyens.</p> <p style="text-align: center;">*</p> <p><b>Réponse de la mission :</b> le renforcement décidé en novembre 2020 concerne la mise en place d'un appui renforcé aux MDPH et donc essentiellement la mise en place de la MAOp et non l'ensemble des mesures de la feuille de route MDPH 2022. De plus, les 7 ETP accordés à cette fin ont été partiellement gagés (à hauteur de 2 ETP) et l'effectif supplémentaire « net » correspond strictement aux effectifs de la MAOp. La lecture de l'annexe à l'avenant d'avril 2021 montre d'ailleurs que le gage de 3 ETP (s'appliquant aux 7 emplois MAOp et aux 4 emplois affectés à la mise en œuvre du Ségur-investissement) dépasse l'écart entre le plafond d'emplois et les ETPT réalisés, réduit à 1,2 ETPT en 2020.</p>
P.24	Plafond d'emploi	<p>Le rapport fait état de la diminution du nombre d'ETP sur la période 2016-19 sans faire référence au caractère exceptionnel du relèvement à 123 ETP du plafond d'emploi en début de période en vue de l'accélération de la mise en œuvre du SI-MDPH. En outre, la hausse de 8 ETP à 125 ETP du plafond d'emploi actée dans l'avenant 2021 gagnerait à être davantage mise en exergue.</p> <p style="text-align: center;">*</p> <p><b>Réponse de la mission :</b> Le rapport souligne le caractère difficilement compréhensible de la construction de la trajectoire d'effectifs de la COG 2016-2019, non explicité par l'annexe 3 de la COG : augmentation de 4 ETP entre 2015 et 2016, maintenue en 2017 mais suivie d'une baisse des effectifs à partir de 2018 pour terminer en 2019 avec un effectif inférieur de 2 ETP à celui de 2015 alors que les missions de la caisse n'ont pas été réduites. Si, comme la direction du budget l'indique, ces 4 ETP étaient destinés à la réalisation du SI-MDPH, alors ils auraient dû être maintenus sur toute la période puisque le SI-MDPH est loin d'être achevé aujourd'hui.</p> <p>L'augmentation de 8 ETP décidée en novembre 2020 et confirmée par l'avenant est par ailleurs clairement mentionnée dans le rapport.</p>

## Annexe X

Page	Objet	Remarque DB et réponse de la mission
P. 15 annexe I	CREAI	<p>Le rapport indique la DGCS aurait cessé de soutenir les CREAI à partir de 2018 suite la diminution des crédits du P157. Stable depuis plusieurs années dotation de soutien au fonctionnement versée par la DGCS aux CREAI s'élèvera en 2021 à 625 000 €. Elle sera, comme les années précédentes, complétée par des crédits de la CNSA. Par ailleurs, les crédits globaux dédiés au programme 157 ont progressé à périmètre courant de 17% entre la LFI 2017 et la LFI 2021, en dépit du transfert en-dehors de ce programme du concours de l'Etat aux MDPH ainsi que du financement de l'ASI au cours de la période.</p> <p style="text-align: center;">*</p> <p><b>Réponse de la mission :</b> le paragraphe visé concerne le financement de l'ANCREAI, tête de réseau des CREAI, et non pas le financement des CREAI. Si la DGCS continue à financer les CREAI, elle a bien cessé en revanche de financer l'ANCREAI à partir de 2018. Le paragraphe est modifié pour clarifier ce point.</p>

Source : direction du budget ; mission.

**PIÈCE JOINTE**

**Lettre de mission**





GOVERNEMENT

Liberté  
Égalité  
Fraternité

*Les Ministres  
La Secrétaire d'Etat*

*Paris, le*

Nos Réf. : D-20-014873

**NOTE**

**à Madame la cheffe du service de l'inspection générale des finances  
à Madame la cheffe du service de l'inspection générale des affaires sociales**

**Objet : Bilan de la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) pour la période 2016-2019 et propositions pour la période 2021-2024**

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), établissement public créé en mai 2005, est devenue au fil des années un acteur essentiel de la politique de l'autonomie. La Cour des comptes a d'ailleurs souligné, dans le cadre de son relevé d'observations provisoires portant sur les exercices 2013 et suivants comme de son insertion au rapport annuel 2018, la légitimité acquise par la Caisse auprès de ses différents partenaires et sa capacité à assumer les nouvelles missions qui lui ont été confiées par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (dite loi « ASV »).

En application du II de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, une convention d'objectifs et de gestion (COG) est conclue entre l'État et la CNSA pour formaliser les objectifs des politiques médico-sociales, de compensation de la perte d'autonomie, de tarification, les moyens qui lui sont alloués et les critères d'évaluation.

L'actuelle COG pour la période 2016-2019, arrivée à échéance au 31 décembre 2019, a été prorogée d'une année afin de pouvoir tenir compte des nombreux travaux structurants menés au premier semestre 2020 dans les champs du handicap et du grand âge.

La mission qui vous est confiée aura ainsi pour objectifs de procéder au bilan de la COG actuelle et de formuler des propositions en vue de la prochaine convention, au regard des orientations retenues dans le cadre de la réforme du grand âge et de l'autonomie, de la conférence nationale du handicap du 11 février 2020 et de l'ambition de structuration d'une branche « autonomie » gérée par la CNSA, en application des dispositions de la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie.

**Dans le cadre de votre appréciation du bilan de la COG 2016-2019, il vous est demandé d'analyser l'efficacité et l'efficience de la mise en œuvre par la CNSA des missions qui lui ont été confiées.**

Vous vous pencherez ainsi sur les conditions d'exercice des deux principales fonctions de la CNSA : d'une part, sa fonction de caisse (allocation et suivi de l'utilisation des ressources financières), et d'autre part, sa fonction d'agence et d'animation de réseaux.

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07  
Téléphone : 01 40 56 60 00

Vous analyserez la bonne allocation des moyens actuels de la CNSA au regard des priorités stratégiques qui lui ont été assignées, ainsi que le bon calibrage des fonctions supports de la caisse.

**S'agissant de la prochaine convention, la mission formulera des recommandations dans la perspective de la structuration d'une nouvelle branche « autonomie » de sécurité sociale gérée par la CNSA.**

Pour ce faire, la mission pourra s'appuyer sur les orientations formulées dans le cadre de la concertation menée par une personnalité qualifiée sur les objectifs, le financement, et le périmètre de la branche et dont les conclusions seront remises le 15 septembre 2020. Vous veillerez à mener vos travaux en pleine articulation et complémentarité avec celle-ci. Votre mission s'appuiera sur ces orientations pour émettre des recommandations opérationnelles sur les conséquences à tirer pour la CNSA (gouvernance, objectifs et programme de travail, organisation et pilotage, moyens etc) de la création de cette nouvelle branche dont elle se verrait confier la gestion.

Vous vous pencherez particulièrement sur :

- le renforcement des capacités de suivi et de pilotage des dépenses de la future branche ; il conviendra notamment de conforter la qualité de l'information budgétaire et comptable portée à la connaissance des tutelles sur l'exécution du budget et de ses conséquences sur le montant de ses réserves ;
- le renforcement des capacités de suivi des résultats de la politique d'autonomie, à travers le déploiement d'outils de pilotage partagés avec les conseils départementaux ; il s'agira à travers ces outils de pouvoir mesurer en infra-annuel le déploiement effectif des politiques publiques par territoire, d'évaluer l'équité des réponses aux personnes, ou encore de mesurer l'adéquation de ces réponses aux besoins et attentes de ces dernières ;
- les évolutions nécessaires de la fonction d'animation et d'appui différencié aux territoires pour favoriser l'équité territoriale de la politique de l'autonomie, dans le respect des compétences des conseils départementaux, avec pour point de vigilance particulier l'appui aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) pour atteindre les objectifs fixés en matière de simplification de l'accès aux droits et de l'équité de traitement des personnes handicapées ;
- les conditions de réussite des orientations stratégiques suivantes :
  - o dans le champ du handicap : la mise en œuvre des décisions de la conférence nationale du handicap du 11 février 2020, en particulier l'amélioration de l'accès aux droits et la mise en œuvre de nouvelles compensations ; la transformation de l'offre médico-sociale pour un accompagnement inconditionnel, de proximité et faisant toute sa place à l'autodétermination des personnes, ainsi que la conduite des évolutions tarifaires nécessaires à cette transformation ; l'appui à la réussite de l'école inclusive ; ou encore le développement d'un SI harmonisé pour les maisons départementales des personnes handicapées (efficacité de gestion, téléservices, entrepôt de données décisionnelles, interopérabilité avec les partenaires) ;
  - o dans le champ du grand âge : la mise en œuvre de la stratégie « vieillir en bonne santé » 2020 – 2022 et des mesures de la réforme du grand âge et de l'autonomie, en particulier la revalorisation des métiers du domicile et la réforme tarifaire des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
  - o sur un plan transversal :
    - le pilotage du plan de modernisation numérique du secteur médico-social pour 2021 – 2025 prévu dans le cadre de la réforme du grand âge et de l'autonomie, et la capacité de suivi des projets numériques de nature à renforcer et simplifier l'accès aux droits des personnes âgées et handicapées, en lien étroit avec la délégation ministérielle au numérique en santé (DNS) ;
    - le pilotage du plan d'investissement et d'équipement des établissements médico-sociaux pour 2021 – 2025, prévu dans le cadre de la réforme du grand âge et de l'autonomie et les suites du Ségur de la santé ;
    - la mise en œuvre de la stratégie « agir pour les aidants » 2020 – 2022 ;
    - la mise en œuvre des ambitions transversales de la réforme du grand âge et de l'autonomie dans le champ des services à domicile et de l'appui au déploiement de l'habitat accompagné, partagé et inséré dans la cité (HAPI).

Dans votre analyse, vous examinerez les conditions d'une organisation efficace entre l'échelon national et les territoires, à l'aune de la réaffirmation, à travers la future branche, de l'universalité de la politique de soutien à l'autonomie.

Aussi, et compte tenu des contraintes qui pèsent sur les finances publiques, il apparaît nécessaire de s'interroger sur les marges de réorganisation de la CNSA, ainsi que sur une nouvelle hiérarchisation de ses priorités.

La question du recours à l'externalisation de certaines activités ou à une mutualisation avec d'autres caisses de sécurité sociale ou opérateurs, notamment concernant certaines fonctions support ou certains chantiers portant sur les systèmes d'information devra également être expertisée, au regard de sa faisabilité et de son intérêt économique.

La mission devra enfin clarifier les périmètres de responsabilité en matière de conception et de mise en œuvre des politiques de l'autonomie entre les administrations nationales, d'une part et la CNSA d'autre part, pour davantage d'efficacité collective. Cette clarification sera notamment utile dans le champ de la relation avec les conseils départementaux par exemple ou dans celui de l'analyse et l'exploitation des données attachées aux résultats territoriaux.

En définitive, vos analyses et recommandations devront permettre d'élaborer une trajectoire objectivée et efficiente des frais de gestion et des emplois de la CNSA pour la période 2021-2024, le cas échéant sous forme de scénarios.

Vous pourrez vous appuyer sur les services concernés de nos ministères en particulier la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la direction de la sécurité sociale (DSS) et la direction du budget (DB).

Vous remettrez votre rapport au plus tard à la fin du mois de novembre 2020.



**Olivier VERAN**

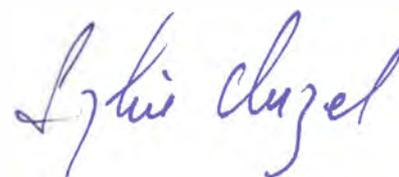
**Olivier DUSSOPT**

Ministre des Solidarités et de la Santé

Ministre délégué auprès du ministre de l'Economie,  
des finances et de la relance, chargé des comptes  
publics



**Brigitte BOURGUIGNON**



**Sophie CLUZEL**

Ministre déléguée, auprès du Ministre des  
Solidarités et de la Santé, chargée de  
l'autonomie

Secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre en  
charge des personnes handicapés