

# Convention d'objectifs et de gestion

entre l'État et la Caisse  
nationale de solidarité  
pour l'autonomie pour  
la période 2012-2015



*Liberté • Égalité • Fraternité*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



**CNSA**

Caisse nationale de  
solidarité pour l'autonomie



# Sommaire

<b>Préambule</b>	<b>5</b>
<b>I - 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</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Mettre en place une programmation adaptée aux besoins et un pilotage performant et équitable des financements aux établissements et services médico-sociaux</b>	<b>7</b>
<b>Objectif prioritaire 1 : Assurer un suivi fin de la réalisation de l'objectif global de dépenses (OGD)</b>	
1.1.1 Mise en place et suivi des programmations médico-sociales, nationales et régionales, et concours aux plans de santé publique	7
1.1.2 Participation à l'élaboration de l'ONDAM et de l'OGD	8
1.1.3 Répartition des crédits de manière équitable	10
1.1.4 Encadrement et suivi de l'exécution de l'OGD par un reporting régulier des données physiques, budgétaires et comptables	11
1.1.5 Bilan et évaluation des plans gouvernementaux	12
<b>1.2 Soutenir la structuration du dispositif de l'offre institutionnelle et le développement de la qualité</b>	<b>13</b>
1.2.1 Suivi de l'évolution de l'organisation et de la structuration de l'offre, accompagnement de sa transformation	13
1.2.2 Amélioration de la qualité de prise en charge	14
1.2.3 Appui méthodologique aux réformes de la tarification	15
1.2.4 Élaboration et mise en œuvre du schéma de déploiement des systèmes d'information	16
1.2.5 Développement de la nouvelle mission d'analyse des coûts	17
<b>1.3 Contribuer à l'efficacité du système de financement et à la maîtrise des risques</b>	<b>18</b>
<b>Objectif prioritaire 2 : Mettre en œuvre une politique de développement de l'efficacité (gestion du risque dans le champ sécurité sociale)</b>	
1.3.1 Accompagnement de l'évolution de la médicalisation des EHPAD et de la montée en charge des nouveaux leviers de coordination	18
1.3.2 Développement de l'efficacité des établissements prenant en charge des personnes en situation de handicap	19
1.3.3 Développement de modes de prise en charge plus souples et mieux coordonnés entre le secteur médico-social, les établissements de santé et les soins de ville	19
1.3.4 Prévention des risques liés aux abus et aux fraudes	19
<b>1.4 Piloter les modalités de programmation et de gestion des crédits médico-sociaux par les ARS dans le cadre du CNP</b>	<b>20</b>
<b>Objectif prioritaire 3 : Structurer les échanges avec les ARS, en appui à la programmation et à la gestion des campagnes budgétaires</b>	
1.4.1 Participation au Conseil national de pilotage et au suivi des CPOM que conclut le CNP avec les ARS	20
1.4.2 Appui méthodologique aux agences quant à la planification et à l'organisation territoriale	21
1.4.3 Appui à la tarification et concours au dialogue de gestion sur la programmation des enveloppes et le suivi de la consommation des crédits	21
<b>1.5 Assurer le suivi du financement des GEM</b>	<b>22</b>

## II - Développer les outils permettant de mettre en œuvre une politique de compensation individuelle de la perte d'autonomie équitable et de qualité.....23

### 2.1 Renforcer la connaissance sur les facteurs d'évolution des dépenses d'APA et de PCH pour identifier les disparités locales et garantir l'équité dans la répartition des financements.....23

#### Objectif prioritaire 4 : Développer la connaissance relative à l'allocation personnalisée à l'autonomie et à la prestation de compensation et renforcer l'équité d'accès à ces prestations

2.1.1 Analyse de l'évolution de l'APA et de la PCH pour une répartition transparente et équitable des concours.....23

2.1.2. Renforcement de la connaissance de l'APA, de la PCH, de leurs bénéficiaires, des déterminants de la dépense, et des disparités interdépartementales.....24

2.1.3 Structuration et animation du dialogue sur l'évolution des dépenses d'APA et de PCH.....25

### 2.2 Accompagner la structuration d'un réseau territorial de qualité à destination des personnes handicapées et des personnes âgées en perte d'autonomie pour favoriser l'égalité de traitement et la qualité de service.....25

#### Objectif prioritaire 5 : Concourir à l'harmonisation des pratiques des MDPH, notamment en ce qui concerne l'évaluation des besoins et l'élaboration des plans personnalisés de compensation et améliorer la remontée d'informations et de données

2.2.1 Accompagnement de l'harmonisation des pratiques des MDPH sur l'ensemble du territoire.....25

2.2.2 Développement des outils et de SI performants permettant des processus de dématérialisation des échanges et des comptes-rendus de l'activité des MDPH.....28

2.2.3 Développement de l'efficacité des MDPH.....30

2.2.4 Appui au réseau d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie.....31

### 2.3 Contribuer au développement de la connaissance des aides techniques destinées à compenser la perte d'autonomie, et en faciliter l'accès.....32

2.3.1 Contribution au renforcement de la structuration du marché des aides techniques et de la transparence de la formation des prix.....32

2.3.2 Développement de l'accès des personnes en situation de perte d'autonomie et des professionnels aux aides techniques, à l'information et au conseil sur les aides techniques.....32

2.3.3 Soutien du développement des technologies au service de l'autonomie.....32

### 2.4 Soutenir le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie dans le cadre de la mise en œuvre du principe de libre choix.....32

#### Objectif prioritaire 6 : Renforcer l'efficacité des actions de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile

2.4.1 Amélioration de la lisibilité et de l'efficacité de l'utilisation des crédits de la section IV.....33

2.4.2 Appui à la modernisation et à la professionnalisation du réseau d'aide à domicile.....33

2.4.3 Soutien de la formation et de l'accompagnement des aidants familiaux et des accueillants familiaux... 34

## III - Participer au développement de la connaissance des enjeux à moyen terme de la perte d'autonomie...35

### 3.1 Développer les outils de la connaissance en partenariat avec la DREES.....35

### 3.2 Favoriser le développement de la recherche et de l'innovation dans le domaine de la prévention et de la compensation de la perte d'autonomie.....36

3.2.1 Participation à la structuration du milieu de recherche dans le cadre d'une politique de partenariat consolidée.....36

3.2.2 Définition d'une politique de soutien aux recherches, études et actions innovantes, au service des objectifs des politiques publiques.....37

### 3.3 Participer à la réflexion sur les enjeux du secteur médico-social.....37

3.3.1 Soutien d'une démarche de prévention de la perte d'autonomie.....37

3.3.2 Expertise relative à la définition des évolutions des politiques dans son champ de compétence.....38

3.3.3 Éclairage des choix à partir des expériences étrangères.....38

### 3.4 Informer sur les données et les enjeux de la politique d'aide à l'autonomie.....38

3.4.1 Diffusion et valorisation des connaissances.....38

3.4.2 Informations relatives aux actions conduites par la Caisse.....39

3.4.3 Contribution au renforcement de l'information des usagers sur les réponses à la perte d'autonomie... 39

<b>IV - 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</b>	<b>40</b>
<b>4.1 Structurer et renforcer les échanges avec les autres acteurs publics du champ de l'aide à l'autonomie</b>	<b>40</b>
4.1.1 Relations fonctionnelles CNSA/caisses nationales de sécurité sociale	40
4.1.2 Relations fonctionnelles CNSA/conseils généraux	40
4.1.3 Relations avec d'autres opérateurs : ANESM, ANAP, ASIP, ATIH	41
<b>4.2 Renforcer la performance au sein de la CNSA</b>	<b>41</b>
<b>Objectif prioritaire 7 : Développer l'efficience interne de la Caisse</b>	
4.2.1 Association de la CNSA à l'effort de modernisation de la gestion publique et de la maîtrise des dépenses publiques	41
4.2.2 Professionnalisation de la gestion RH	42
4.2.3 Application de l'exigence de développement durable : volet environnemental et social	42
<b>4.3 Développer les instruments de pilotage interne</b>	<b>43</b>
4.3.1 Développement du contrôle interne, préalable à la certification des comptes	43
4.3.2 Sécurisation de la politique de placement	43
4.3.3 Sécurisation de la procédure de mise en œuvre des conventions au titre des sections IV et V du budget de la CNSA	44
<b>4.4 Assurer la certification des comptes à compter de l'exercice 2012</b>	<b>44</b>
<b>V - Piloter et évaluer la mise en œuvre de la COG</b>	<b>45</b>
<b>5.1 Formaliser un suivi de la COG</b>	<b>45</b>
<b>5.2 Associer les membres du Conseil à la démarche objectifs/résultats</b>	<b>45</b>
<b>5.3 Adapter la COG quand le contexte évolue</b>	<b>45</b>
<b>5.4 Bilan et évaluation finale de la COG</b>	<b>45</b>
<b>Annexes</b>	<b>47</b>
<b>Annexe 1 - Calendrier prévisionnel des principales échéances relatives à l'élaboration des objectifs nationaux, à la notification des dotations régionales et au suivi de l'exécution des campagnes</b>	<b>48</b>
1. Construction des objectifs N+1	48
2. Construction et notification des dotations régionales N+1 et des dotations anticipées N+ 2 à N+ 5 et suivi de campagne	48
<b>Annexe 2 - Objectifs de déploiement des systèmes d'information pilotés ou coordonnés par la CNSA</b>	<b>50</b>
1. La gestion de répertoires et référentiels	51
2. La programmation de l'offre nouvelle et le suivi de l'exécution des programmes	51
3. La gestion des ressources allouées au système de prise en charge de la perte d'autonomie (tarification, allocation de ressources, suivi des dépenses)	52
4. La connaissance des coûts des structures prenant en charge la perte d'autonomie	52
5. La connaissance de l'activité des structures intervenant dans le champ de la perte d'autonomie	53
6. L'évaluation de la qualité du service rendu par ces structures	55
7. La connaissance des publics pris en charge dans les différents dispositifs	56
8. Deux démarches transversales : l'appui à la mise en place d'un système d'information des établissements et services médico-sociaux et la contribution à la construction d'un portail d'information des usagers sur les réponses à la perte d'autonomie	56
<b>Annexe 2 bis - Suivi des objectifs SI</b>	<b>58</b>
<b>Annexe 3 - Données remontées par la CNSA (compensation individuelle)</b>	<b>60</b>
<b>Annexe 3 - Données remontées par la CNSA (compensation collective)</b>	<b>68</b>
<b>Annexe 3 bis - Liste des indicateurs du lot 1 du SipaPH</b>	<b>73</b>
<b>Annexe 4 - Tableau des indicateurs du suivi de la COG 2012-2015</b>	<b>86</b>



# Préambule


Les besoins d'aide induits par la perte d'autonomie consécutive au handicap ou au grand âge constituent d'ores et déjà un enjeu de société majeur : plus de 1,7 million de personnes parmi les plus lourdement handicapées cumulent incapacité, limitation d'activité et invalidité reconnue. Ces besoins doivent trouver dans les politiques publiques des éléments de réponse à hauteur des attentes qu'ils génèrent. à cet égard, la définition et la mise en œuvre d'une politique cohérente et soutenable d'aide individuelle et collective pour compenser les conséquences des déficiences sur l'autonomie fonctionnelle de la personne, constituent, aux côtés de la politique d'accessibilité, l'un des deux volets de la réponse publique dont la loi du 11 février 2005 a fixé les principes et tracé les contours. Fondée sur les objectifs d'appréhender la personne dans sa globalité et sa singularité, en développant des outils et méthodes permettant de mieux connaître et évaluer besoins et attentes, la politique de compensation vise à garantir le libre choix du mode de vie, notamment en développant et diversifiant les modes d'accompagnement et de prise en charge et en promouvant une offre de réponse équilibrée sur le territoire. L'ancrage des actions sur les territoires, tout en veillant au principe d'égalité de traitement entre les personnes, figure ainsi également dans les orientations de cette politique, tout comme l'objectif de modernisation du secteur, au service de la qualité de l'accompagnement et des prises en charge. Figure enfin dans les objectifs structurants de cette politique celui de promouvoir une approche et un développement mieux articulés, tout en restant soutenables, de la compensation du handicap et de la perte d'autonomie, nonobstant ce que chacune des deux politiques en faveur des personnes handicapées et en faveur des personnes âgées conserve encore de spécifique, au regard notamment des parcours de vie différenciés des deux publics qu'elles visent.

Les grandes politiques publiques engagées ces dernières années, tant dans le champ du handicap (plan pluriannuel de création de places dans les établissements et services notamment), que dans celui de la vieillesse (plan Solidarité grand âge, plan Alzheimer...), traduisent largement ces objectifs. Elles mobilisent des financements publics significatifs, en progression constante : 37,2 Md€ pour le handicap et 24 Md€ pour la perte d'autonomie. Ces dépenses sont le fait d'une multitude d'acteurs : État (services centraux et déconcentrés), CNSA, collectivités territoriales, au premier rang desquelles les départements, chef de file de l'action sociale territoriale en direction des personnes âgées, caisses de sécurité sociale, associations et entreprises...

Cependant, comme l'a souligné le grand débat national engagé sur la dépendance au cours du premier semestre 2011, les perspectives démographiques montrent que les défis les plus importants sont devant nous, du fait de la perte d'autonomie consécutive au grand âge. D'ici à 2030, le nombre de personnes âgées « dépendantes » devrait augmenter de 35 %, passant de 1 150 000 à 1 550 000, puis il devrait doubler à l'horizon de 2060 pour atteindre 2 300 000 personnes.

La Caisse nationale de solidarité et d'autonomie constitue l'un des acteurs clés de ces dispositifs dont la consolidation doit permettre de mieux préparer la réponse à ces défis. La présente convention d'objectif et de gestion, la deuxième depuis la création de la Caisse, vise ainsi à conforter le positionnement, sur la base de l'ensemble des réflexions et préconisations issues tant du bilan de la première COG, que de différents rapports d'inspection mais aussi du fait de l'évolution du paysage institutionnel associé à la création des agences régionales de santé et l'organisation de leur pilotage collégial. À cette fin, elle définit pour les quatre années à venir les missions majeures de la CNSA, articulées autour d'objectifs prioritaires clairement et limitativement définis. La CNSA a ainsi en charge :

- **L'amélioration de la gestion de la compensation collective** qui doit permettre de mettre en place une programmation adaptée aux besoins et d'assurer la maîtrise et le suivi de l'exécution de l'ONDAM et de l'OGD. À cette fin, la CNSA doit veiller à assurer un suivi fin des dépenses de l'OGD (objectif 1), mettre en œuvre une politique de développement de l'efficacité (objectif 2), structurer les échanges avec les ARS, en appui à la programmation et à la gestion des campagnes budgétaires (objectif 3).



• **Le suivi de la mise en œuvre de la compensation individuelle et une contribution à son harmonisation sur le territoire national.** Il s'agit de concilier la proximité de dispositifs gérés au plan local avec l'égalité de traitement des demandes sur l'ensemble du territoire et la qualité et l'efficacité des dispositifs d'évaluation des besoins individuels de compensation et des réponses proposées. Sur la période 2012-2015, la CNSA a pour objectif de développer la connaissance relative à l'allocation personnalisée à l'autonomie et à la prestation de compensation et à renforcer l'équité d'accès à ces prestations (objectif 4), de concourir à l'harmonisation des pratiques des maisons départementales des personnes handicapées, notamment en ce qui concerne l'évaluation des besoins et l'élaboration des plans personnalisés de compensation, et d'améliorer la remontée d'informations et de données (objectif 5), de renforcer l'efficacité des actions de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile (objectif 6).

• **La participation au développement de la connaissance des enjeux à moyen terme de la perte d'autonomie.** L'organisation de la production d'informations relatives au secteur du médico-social, ainsi que leur accessibilité demeurent des éléments essentiels à la définition et au pilotage des politiques publiques en la matière. À cette fin, la COG précise essentiellement les éléments de collaboration et d'échanges entre la CNSA et la DREES, mais également avec d'autres intervenants (la HAS, l'ANR, l'INSERM, l'INED...).

• **L'optimisation de la gestion interne de la Caisse, en structurant les échanges avec les autres acteurs publics du champ de l'aide à l'autonomie** (caisses nationales de sécurité sociale, conseils généraux, ainsi que d'autres opérateurs tels l'ANAP, l'ANESM, l'ASIP ou l'ATIH) et en renforçant la performance au sein de la CNSA. Le développement de l'efficacité interne de la Caisse constitue l'objectif 7. Cette efficacité trouvera à s'appuyer sur un fort développement des systèmes d'information dont la conception, le déploiement ou l'urbanisation traversent l'ensemble de la convention d'objectif et de gestion comme un élément essentiel de l'accomplissement des missions et l'atteinte des résultats.

Ce développement, ainsi que l'ensemble des objectifs de la COG fera l'objet d'un suivi dans le cadre du comité de suivi de la COG institué par ce texte. Il permettra l'examen partagé entre les signataires, au moins une fois par an, de la progression de la mise en œuvre des objectifs définis. Pour faciliter ses travaux, deux tableaux de pilotage sont annexés à la convention :

– Un tableau de suivi général de la COG qui détermine des actions précises par objectifs stratégiques auxquelles sont associés des indicateurs de suivi et de résultat ainsi que des objectifs opérationnels cibles.

– Un tableau de suivi du développement et de l'adaptation des systèmes d'informations.

Ce suivi donnera lieu à des correctifs en cas de non atteinte d'objectifs pour la réalisation desquels la CNSA bénéficie de moyens supplémentaires sur la durée de la présente COG, dont l'allocation marque encore, s'il en était besoin, l'importance très grande attachée par le Gouvernement à l'efficacité de l'opérateur clé des politiques de solidarité et d'autonomie.



# I – 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

Renforcer le pilotage du système médico-social et de la dépense qu'il génère constitue un objectif majeur de la deuxième COG et des missions de la CNSA pour la période à venir. Après les premières années de sa création, caractérisées par un important développement de l'offre, piloté dans le souci constant de renforcer l'égal accès aux établissements et services, la nouvelle période quadriennale doit être celle de la sécurisation du système, dans un contexte plus contraint et une moindre progression de l'ONDAM, conformément aux annonces faites en conférence des déficits publics du 20 mai 2010. La présente convention constitue la nouvelle « feuille de route » de la CNSA. Elle intègre un grand nombre des conclusions de la mission IGAS-IGF de février 2010 relative à la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses (OGD) et prend en compte la nouvelle organisation déconcentrée de la gestion de cet objectif caractérisée par la mise en place des agences régionales de santé (ARS). La mise en place, conjointement avec l'État, d'un nouveau pilotage budgétaire et financier, de la programmation initiale des crédits jusqu'au suivi de l'exécution, vise ainsi à garantir un développement soutenable de l'offre, performant et équitable.

## Objectif prioritaire 1 : Assurer un suivi fin de la réalisation de l'objectif global de dépenses (OGD)

### 1.1 Mettre en place une programmation adaptée aux besoins et un pilotage performant et équitable des financements aux établissements et services médico-sociaux

Le renforcement de la programmation sanitaire et médico-sociale dans toutes ses dimensions, stratégique et opérationnelle, nationale et régionale, constitue un des enjeux de la loi Hôpital, patients, santé, territoires. Des instances de programmation et des outils transversaux sont ainsi créés pour accompagner la transformation de l'organisation des prises en charge. La CNSA concourt à cette évolution dans le secteur médico-social qui s'articule avec le nouveau pilotage budgétaire et financier.

#### 1.1.1 Mise en place et suivi des programmations médico-sociales, nationales et régionales, et concours aux plans de santé publique

Les programmations nationales et régionales s'appuient sur l'identification et la hiérarchisation des besoins en termes de manque ou de perte d'autonomie.

L'État définit les stratégies nationales en matière de politiques de prise en charge de la perte d'autonomie. Il élabore les plans pluriannuels de création<sup>1</sup> de places d'établissements et de services médico-sociaux (ESMS), et de médicalisation de certains d'entre eux<sup>2</sup>. Ces plans sont établis à partir des besoins identifiés par les ARS dans les projets régionaux de santé et consolidés au niveau national par la CNSA, et d'hypothèses démographiques, épidémiologiques et sociales à court, moyen et long termes ainsi que d'hypothèses relatives aux caractéristiques des parcours de soins et de vie des personnes.

1) La création de places s'entend par la création ex nihilo, la transformation d'établissements sanitaires ou d'ESMS en autres ESMS, l'extension de capacités et l'optimisation de l'existant.

2) À titre d'exemple, les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), les foyers d'accueil médicalisé (FAM) accueillant des personnes handicapées vieillissantes, etc.

L'État associe la CNSA à la préparation des plans nationaux de santé publique, pour les mesures relatives au développement ou à l'adaptation de l'offre médico-sociale.

La CNSA a pour mission d'éclairer les stratégies en matière de politique publique de prise en charge de la perte d'autonomie, et d'en suivre la mise en œuvre. Dans ce cadre, la Caisse :

- Contribue à la définition, au recueil et à l'analyse des données pertinentes pour mesurer les besoins à court et moyen termes. Elle apporte un appui méthodologique aux ARS dans ce domaine.
- Apporte son expertise à l'État pour la conception de nouveaux instruments de planification et de programmation de l'offre médico-sociale (schémas régionaux médico-sociaux, PRIAC, territoires de santé), en cohérence avec les projets régionaux de santé. La CNSA réalise annuellement une synthèse nationale des orientations des schémas et une consolidation des objectifs quantitatifs des PRIAC afin de s'assurer de leur cohérence avec les plans nationaux. Cette synthèse sert également à évaluer les besoins de financement à quatre ans ainsi que les besoins d'évolution des organisations médico-sociales et à construire les plans gouvernementaux<sup>3</sup>.
- Assure avec la DGCS le suivi de la mise en œuvre par les ARS de la nouvelle procédure d'autorisation par appel à projets et participe à l'élaboration des préconisations et outils méthodologiques en vue de faciliter son appropriation.
- Travaille avec l'UNCAM et la DGOS sur l'impact des recompositions hospitalières sur le secteur médico-social et plus particulièrement sur les besoins de transformation des structures de soins de suites et de réadaptation et du secteur de la psychiatrie.
- Contribue aux travaux relatifs aux évolutions structurelles de l'offre d'établissements et services, dans un objectif de complémentarité de celle-ci avec les besoins individuels et les caractéristiques des parcours de vie et de soins des personnes.

Dans un souci de cohérence entre les programmations régionales et les planifications départementales, la CNSA propose un cadrage méthodologique pour l'élaboration des schémas par les conseils généraux. Élaboré en lien avec des représentants des conseils généraux volontaires, cet outil permet d'appuyer les échanges entre conseils généraux et ARS.

La CNSA propose, suit et réactualise les schémas nationaux. La CNSA veille ainsi à la réalisation du schéma national « handicaps rares » sur la période 2010-2013, tel qu'il a été arrêté le 27 octobre 2009. Elle transmet à la DGCS un état actualisé de la mise en œuvre du schéma chaque année en vue de la réunion du comité de suivi national.

La CNSA met en œuvre et assure le suivi des mesures médico-sociales des plans nationaux de santé publique<sup>4</sup> dont le pilotage lui est confié.

La CNSA conçoit et gère les systèmes d'information permettant de suivre l'exécution des plans pluriannuels de développement de l'offre (PSGA, plan Alzheimer, plan pluriannuel PH, plan autisme...)<sup>5</sup>. Elle intègre aux systèmes d'information qu'elle développe et exploite les besoins en termes de suivi des différents plans de santé publique.

### 1.1.2 Participation à l'élaboration de l'ONDAM et de l'OGD


#### a) Le développement de nouveaux modes de budgétisation : autorisation d'engagement, crédits de paiement et justification au premier euro

La sincérité, la transparence et la soutenabilité de la dépense figurent parmi les impératifs de la construction de l'ONDAM, de l'OGD et de l'objectif de dépenses encadrées qui fait ensuite l'objet d'une répartition en dotations régionales limitatives. Leur élaboration doit permettre de documenter et d'objectiver les déterminants de la dépense pour accroître la lisibilité et faciliter le suivi des dépenses collectives.

3) cf. Point 1.1.5.

4) Plan national de lutte contre le cancer, plan national de lutte contre les AVC, programme de développement des soins palliatifs, programme national de prévention des infections nosocomiales...

5) cf. Point 1.1.4.



D'ores et déjà, le processus de construction et de gestion de ces agrégats a connu une évolution profonde depuis 2010 prenant en compte les préconisations du rapport de l'IGAS et de l'IGF sur la gestion de l'OGD<sup>6</sup>. Cette évolution doit être poursuivie selon deux objectifs :

- L'OGD est conçu comme une enveloppe de « crédits de paiement » destinée à couvrir strictement les besoins de financement de l'année considérée, soit la reconduction des moyens des places en fonctionnement, intégrant l'effet année pleine des installations antérieures, le cas échéant, et les seules mesures nouvelles devant se réaliser dans l'année ;
- Les « autorisations d'engagement » qui, à partir de l'exercice 2011, remplacent les « enveloppes anticipées » sont des outils de programmation financière, supports du lancement des appels à projets par les ARS. Les autorisations données sur leur base par les ARS correspondent à des engagements fermes de financement, qui doivent être honorés en « crédits de paiement dans l'OGD » l'année d'ouverture de l'établissement ou du service dont le niveau annuel doit s'inscrire dans le volume de dépenses cadré par l'OGD.

La poursuite de cette évolution implique que la construction de ces deux enveloppes soit arbitrée en même temps dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle impose un concours actif de l'État qui partage avec la CNSA les grands déterminants de la dépense et oriente les étapes de cette construction<sup>7</sup>, selon les principes définis ci-après. Le développement de cette budgétisation impose à la CNSA de construire et suivre, pour chaque enveloppe d'autorisation d'engagement notifiée, un échéancier des besoins en crédits de paiement en résultant, détaillé par catégorie de structure.

Dans le cadre de la COG, la CNSA met en œuvre une justification au premier euro (JP€) de l'ensemble des crédits selon un calendrier établi avec les services des administrations centrales, à partir notamment des résultats des études de coûts menées par l'ATIH pour le compte de l'État et de la CNSA.

La JP€ est mise en place selon un calendrier établi avec les services des administrations centrales. Elle se décompose en deux sous-ensembles :

- d'une part, la justification de l'utilisation des crédits de l'OGD (base et mesures nouvelles) ; cette première étape peut être lancée dès l'exercice 2012 à partir de la première consolidation des données issues du système d'information HAPI ;
- d'autre part, la justification du juste niveau de l'allocation de ressources par ESMS. Dans l'attente des résultats des études de coûts menées par l'ATIH, pour le compte de l'État et de la CNSA, elle repose sur la démarche initiée par la circulaire DSS/DGCS/CNSA/MCGR/2011/411 du 16 décembre 2011 relative à l'application de trois ratios d'analyse des dépenses de soins en EHPAD, sur les travaux relatifs à la réforme de la tarification des SSIAD mentionnée au point 1.2.3 et, pour le secteur des personnes handicapées, par les conclusions, lorsqu'elles seront disponibles, de la mission IGAS/IGF mentionnée au point 1.3.2.

## **b) La participation à la procédure budgétaire**

L'État fournit à la CNSA les hypothèses macro-économiques et les prévisions de recettes, en particulier de CSA.

L'État communique à la CNSA les orientations et les éléments de cadrage en matière de reconduction des moyens. Il tient la CNSA informée des hypothèses d'évolution des paramètres généraux de la politique salariale des ESMS qu'il envisage de retenir.

L'État transmet également à la CNSA les priorités en matière de mesures nouvelles qui seront précisées dans la circulaire budgétaire ; il lui communique tout projet de mesure susceptible d'avoir un impact financier sur l'OGD pour chiffrage de cet impact.


L'État associe la CNSA aux discussions préparatoires aux arbitrages interministériels sur le montant et le contenu des objectifs nationaux. Il élabore l'OGD et l'ONDAM.

Il arrête les transferts de fongibilité consécutifs aux transferts de capacité ou de périmètre entre les secteurs des soins de ville, sanitaire et médico-social, notamment sur la base de la synthèse réalisée par la DGOS et la DSS à partir des remontées des ARS.

---

6) Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses, rapport définitif, tomes 1 et 2, IMBAUD Dorothée, LANNELONGUE Christophe, LE GALL Olivier, février 2010. Rapport IGAS n° RM2009-141P.

7) La mise en œuvre est détaillée en annexe 1.



La CNSA participe au processus d'élaboration des objectifs pour le secteur médico-social<sup>8</sup>. En conformité avec le calendrier de préparation de la loi de financement de la sécurité sociale, la CNSA élabore les documents techniques présentant les propositions de fixation des enveloppes de crédits liées aux mesures de reconduction et aux mesures nouvelles devant avoir un impact financier dans l'année, en particulier les places nouvelles devant être installées dans l'année, ainsi que toute mesure visant à optimiser la dépense médico-sociale, notamment les mesures d'économie pouvant être réalisées au cours de l'année (produit de la convergence tarifaire notamment).

La CNSA a un rôle d'expertise sur le chiffrage et les conditions de mise en œuvre des mesures envisagées par l'État susceptibles d'avoir un impact sur les besoins de financement des ESMS, et la construction ou l'exécution des objectifs de dépenses. Elle réalise à la demande de l'État les travaux de simulation et de chiffrage complémentaires nécessaires à la préparation des arbitrages.

La CNSA soumet à son Conseil le budget prévisionnel N+1, dont la section I comporte en produits le montant de l'ONDAM médico-social inscrit au PLFSS et en charges le montant de l'OGD.

### 1.1.3 Répartition des crédits de manière équitable<sup>9</sup>

La répartition équitable sur le territoire national des crédits s'inscrit dans les missions prioritaires de la Caisse définies par le législateur (article L 14-10-1-2<sup>o</sup>). Elle s'est ainsi attachée dès son origine à en objectiver les modalités de manière transparente, condition d'une répartition équitable.

La répartition des crédits est établie en fonction :

- des besoins des personnes handicapées et des personnes âgées, recensés par les PRIAC,
- des priorités définies au niveau national en matière d'accompagnement de la perte d'autonomie,
- des objectifs de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions et entre établissements et services de même catégorie, en fonction de l'activité et de l'évolution du coût moyen à la place.

La CNSA est responsable de la détermination des dotations régionales limitatives des dépenses des ESMS à la charge des organismes de sécurité sociale<sup>10</sup>, constituées par répartition de l'objectif national de dépenses encadrées arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget. La Caisse est également en charge de la répartition régionale des autorisations d'engagement arrêtées par les mêmes ministres. Lorsque des règles de convergence tarifaire sont fixées pour certaines catégories d'ESMS, les dotations régionales prennent en compte l'impact de ces règles.

Pour ce faire, la CNSA prend en compte l'objectif de réduction progressive des inégalités entre régions en matière d'offre médico-sociale<sup>11</sup>, mesuré par les indicateurs du programme de qualité et d'efficience (PQE). À cette fin, la CNSA propose au Conseil national de pilotage des ARS (CNP), qui les valide, les orientations relatives aux modalités de répartition régionale des mesures nouvelles fixées en autorisations d'engagement<sup>12</sup>. Ensuite, elles sont soumises à son Conseil qui délibère sur les principes de répartition de l'objectif de dépenses encadrées<sup>13</sup> ainsi que sur les critères de répartition des autorisations d'engagement.

Les propositions formulées par la CNSA peuvent, soit reprendre les critères appliqués l'année précédente, soit comporter des modifications. La pluriannualité des autorisations d'engagement implique néanmoins une continuité de ces critères qui n'ont donc pas vocation à évoluer chaque année.

La CNSA propose en outre au CNP des objectifs de réduction des écarts intrarégionaux, qui relèvent de la responsabilité des ARS, dans la perspective de l'élaboration des contrats d'objectifs et de moyens conclus avec chaque directeur d'agence régionale.

---

8) Sur le champ défini par l'article L 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles.


9) Le processus et le calendrier de répartition de l'ONDAM/OGD sont détaillés en annexe 1 de la présente convention.

10) Article L 314-3 du code de l'action sociale et des familles.

11) Article L 314-3 II du code de l'action sociale et des familles.

12) Les crédits notifiés pour le financement des mesures du plan Alzheimer sont actuellement fixés en autorisation d'engagement.

13) Article L 14-10-3 III 3<sup>o</sup> du code de l'action sociale et des familles.



La répartition thématique (par catégorie d'établissements et de services) des dotations régionales anticipées peut donner lieu à des instructions de la CNSA, validées en CNP des ARS, en vue de garantir le respect des objectifs des plans nationaux.

Le directeur de la CNSA transmet à l'État pour publication au JORF ses décisions fixant les dotations régionales limitatives de l'année et les dotations régionales anticipées simultanément à l'envoi aux ARS de l'instruction technique.

La CNSA rend compte à son Conseil et à l'État de l'évolution des indicateurs de réduction des inégalités consécutive à cette répartition. Dès 2011, elle met en place auprès des ARS les données d'analyse permettant de mesurer la réduction intrarégionale des inégalités de ressources.

#### **1.1.4 Encadrement et suivi de l'exécution de l'OGD par un reporting régulier des données physiques, budgétaires et comptables**

La CNSA et l'État échangent les informations nécessaires pour assurer la cohérence et la complémentarité des contenus de la circulaire interministérielle relative aux orientations de la campagne budgétaire et de l'instruction technique de la Caisse, qui accompagne la notification des crédits aux ARS et précise leurs conditions d'utilisation.

L'État élabore la circulaire interministérielle de campagne, destinée à expliciter les enjeux et objectifs de politique publique attachés à la campagne de l'année N. Il peut expliciter les modalités d'application des dispositions législatives ou réglementaires, notamment tarifaires encadrant son exécution, et éclairer les mesures nouvelles financées au cours de celle-ci.

La CNSA précise dans son instruction technique toutes les informations utiles à une bonne exécution de la dépense et précise les modalités de compte rendu par les ARS de l'utilisation des crédits, le cadre formel ou les outils techniques de remontée des données nécessaires à ce compte rendu. L'instruction est publiée et envoyée aux ARS simultanément à la circulaire interministérielle de l'État.

L'État et la CNSA définissent conjointement les données à recueillir pour le suivi de la consommation de l'objectif de dépenses en tarification et en paiement, et celui de la mise en œuvre des mesures nouvelles. Ces éléments visent à mettre en lumière les résultats de la politique d'accompagnement et de prise en charge de la perte d'autonomie, et à renforcer ou corriger la mise en place de certaines mesures. Ils permettent également de maîtriser le risque de dépassement des objectifs que la CNSA supporte directement dans ses comptes<sup>14</sup>.

Ils définissent de même des indicateurs retraçant l'évolution de l'offre institutionnelle et l'impact des politiques publiques menées à travers l'action de la CNSA.

La CNSA est responsable de la collecte et de l'exploitation des données<sup>15</sup> selon le calendrier arrêté<sup>16</sup>.


La Caisse synthétise et met à la disposition de l'État les données relatives :

- aux agrégats de la dépense fixés annuellement par arrêté ;
- à la synthèse des programmations réalisées par les agences régionales de santé ;
- au niveau et au rythme de consommation des dotations régionales ;
- à la création de places autorisées et installées, par type d'établissements et services et pour des publics spécifiques ;
- aux prévisions d'installation de places en N+1, N+2, N+3 dans le cadre de la mise en œuvre de la gestion budgétaire de type AE/CP et de cibles en N+1 pour la médicalisation des EHPAD de deuxième génération ;
- aux coûts à la place constatés, ainsi qu'à leur structure telle qu'elle ressort des données comptables disponibles ;
- aux données d'activité disponibles au sein de ses divers systèmes d'information (par exemple, le nombre de journées).

<sup>14</sup> En effet, la contribution des régimes d'assurance maladie étant fixe, un dépassement de l'objectif doit être financé par la CNSA sur ses recettes de CSA ou ses réserves (art. L 14-10-5 I du CASF).

<sup>15</sup> Définies en annexe 3.

<sup>16</sup> Soit au 31 mai, au 15 septembre, au 31 janvier de chaque année.



Ces données ainsi que toute autre donnée dont la Caisse dispose, sont mises à disposition de l'État, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. En outre, ces données sont actualisées au bénéfice de l'État en prévision des séances du groupe statistique et du COPIL de l'ONDAM.

Par ailleurs, la CNSA relie l'exécution annuelle au suivi de la réalisation des programmations régionales et des plans nationaux<sup>17</sup>.

La CNSA renseigne les différents indicateurs, notamment les indicateurs du programme de qualité et d'efficience mais également ceux annexés à la présente convention.

L'État met à la disposition de la CNSA les données collectées ou produites par ses propres services, nécessaires à l'exploitation des données ou à la mise en œuvre des indicateurs. Il met en particulier à disposition un accès au répertoire FINESS et associe la CNSA aux évolutions le concernant afin de tenir compte de ses besoins.

Il veille à la mise à disposition de la CNSA par les caisses nationales d'assurance maladie de toutes données nécessaires à l'exercice de ses missions et en particulier à la mise en place de ces mêmes indicateurs. Conjointement avec la CNSA dans le cadre du CNP, il veille également au respect par les agences régionales de santé des obligations de remontées d'information qui leur incombent et en particulier au respect des échéances fixées.

La CNSA saisit à tout moment l'État des risques de non respect des objectifs qu'elle constaterait et propose des mesures susceptibles de les réduire, en lien avec l'observation et l'analyse des pratiques tarifaires des ARS et le suivi des paiements des organismes de sécurité sociale.

Les mesures de régulation décidées par l'État sont transmises à la CNSA après validation en COPIL ONDAM pour mise en œuvre par lettre signée du directeur général de la cohésion sociale.

### 1.1.5 Bilan et évaluation des plans gouvernementaux

L'État assure la continuité de la réponse aux besoins des personnes en manque ou en perte d'autonomie au regard de l'évolution des besoins collectifs et des nouveaux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociaux.

Il confie notamment à la CNSA le rôle d'établir les bilans des plans gouvernementaux aux fins d'évaluer leur impact sur l'évolution du type de prestations rendues et le nombre de demandes non prises en charge.

La CNSA assure, sur la base d'un système de remontées d'informations commun avec les ARS, le suivi de la réalisation des plans gouvernementaux. Une synthèse annuelle est présentée à son Conseil, en parallèle avec la synthèse réalisée sur les outils de planification et de programmation de l'offre médico-sociale (schémas régionaux médico-sociaux, PRIAC)<sup>18</sup>.

La CNSA réalise un bilan à mi-parcours fondé sur une analyse rétrospective des réalisations effectives et des durées d'installation. À partir de ce bilan, l'État est susceptible d'infléchir la planification nationale de façon quantitative (volume de places, analyse des coûts, programmation financière) et qualitative (équilibre des réponses aux besoins quant au mode de prise en charge, répartition sur le territoire) de façon à répondre au mieux aux besoins.

La CNSA établit, dans l'année suivant la fin des plans, le bilan final de leur exécution. Ce bilan mentionne notamment, par année, le nombre et la nature des places installées au regard des objectifs quantitatifs et qualitatifs fixés dans les plans gouvernementaux. Il indique également les coûts de réalisation à la place par région et par nature d'établissement et de services. Enfin, il analyse les délais séparant la notification des crédits de l'engagement de ces derniers et de la réalisation effective des places. La Caisse fournit à l'État les données quantitatives et qualitatives relatives aux besoins permettant d'aider à la décision des plans futurs.

---

17) Soit au 31 mai, au 15 septembre, au 31 janvier de chaque année, cf. sous-partie 1.1.4.

18) Référence à la sous-partie 1.1.1. Mise en place des programmations médico-sociales, nationales et régionales et concours aux plans de santé publique.

## 1.2 Soutenir la structuration du dispositif de l'offre institutionnelle et le développement de la qualité

### 1.2.1 Suivi de l'évolution de l'organisation et de la structuration de l'offre, accompagnement de sa transformation

L'offre médico-sociale doit prendre en compte les exigences de l'optimisation des moyens et l'évolution des attentes et des besoins des personnes.

#### a) Appui au développement des contractualisations et coopérations

L'État a développé des outils juridiques pour accompagner les gestionnaires dans l'évolution de l'organisation et de la structuration de leur offre. La mutualisation des moyens matériels ou humains dans le cadre de groupements de coopération ainsi que la contractualisation, sur la base des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM) signées entre les ARS et les gestionnaires d'ESMS, visent ainsi à optimiser l'organisation et les ressources des structures.

La CNSA contribue, en lien avec l'ANAP, au suivi du déploiement de ces instruments, aux fins :

- D'établir à l'issue 2012 un bilan financier de la mise en œuvre des CPOM par région à partir des informations remontées par les ARS dans le système d'information de gestion de campagne mis en place en 2012 ;
- D'identifier, sur la base d'études sur échantillon réalisées par l'ANAP, puis, le cas échéant, d'enquêtes nationales, les apports et limites du CPOM ainsi que les freins et facteurs de développement de la contractualisation ;
- D'identifier, selon les mêmes modalités, l'apport ainsi que les freins et facteurs de développement des groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) et des autres outils de mutualisation (contrat d'association, GIE<sup>19</sup>, GE<sup>20</sup>, GIP<sup>21</sup>, SCIC<sup>22</sup>, intégration à un GCS<sup>23</sup>), pour établir une typologie des différentes formes de mutualisation rencontrées.

Sur cette base, et dans le cadre d'une doctrine et d'une méthodologie générale définies par l'État, la CNSA pourra, en lien avec le secrétariat du CNP des ARS, apporter une aide méthodologique aux ARS et assurer une diffusion des bonnes pratiques dans le cadre, notamment, de journées techniques co-animées avec l'État. Elle proposera, en tant que de besoin à l'État, les évolutions permettant une meilleure efficacité de ces instruments. Elle accompagnera, le cas échéant, les ARS dans le cadre d'expérimentations sur des dispositifs nouveaux.

Dans le cadre des travaux conduits sous l'égide du secrétariat général et la Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS) sur les systèmes d'information des ARS, la CNSA transmet à l'État une analyse des conditions et implications de l'évolution de ces systèmes d'information de façon à suivre le développement et l'impact des outils de mutualisation et de contractualisation (CPOM).

#### b) Appui à la transformation de l'offre

Les réformes institutionnelles portées par la loi HPST ont notamment pour objectif de favoriser l'évolution de l'offre, au sein du secteur médico-social mais également entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. La CNSA a la responsabilité d'accompagner les ARS et les représentants des gestionnaires dans la transformation de l'offre.

La CNSA s'engage à conduire des travaux d'analyse de l'existant, à travers des études et des ateliers pratiques, en lien avec les acteurs professionnels, les services des ARS, ainsi que les administrations de l'État concernées et le secrétariat du CNP. Dans le cadre d'opérations allant jusqu'à la transformation de structures (établissements sanitaires en établissements médico-sociaux, ou ESMS vers d'autres types d'ESMS), la CNSA s'appuie sur les travaux réalisés sur ce sujet par l'ANAP pour produire et diffuser des guides méthodologiques. Sur cette base, elle accompagne les ARS dans la transformation du secteur ; elle s'implique plus particulièrement sur la transformation des structures de soins de suites et de réadaptation et du secteur de la psychiatrie vers le secteur médico-social, en lien avec la DGOS.

19) Groupement d'intérêt économique.

20) Groupement d'employeurs.

21) Groupement d'intérêt public.

22) Société coopérative d'intérêt collectif.

23) Groupement de coopération sanitaire.

### c) Modernisation du parc

La CNSA contribue, sous le pilotage de la DGCS et avec l'appui de l'ANAP, à la prise en compte de la qualité du cadre bâti par les gestionnaires d'établissements en mettant notamment à leur disposition les outils de diagnostic et d'évaluation conçus par l'administration.

L'État et la CNSA veillent à ce que la connaissance des coûts et l'élaboration et la diffusion de bonnes pratiques en matière de qualité du cadre bâti et d'efficacité des investissements dans les établissements médico-sociaux figurent parmi les priorités du programme de travail de l'ANAP d'ici la fin de la COG.

Les aides à l'investissement mises en place par la CNSA sont destinées à la modernisation des établissements, à leur mise aux normes techniques (notamment à leur accessibilité) et de sécurité. Elles permettent de créer un effet levier en termes d'apport lors de la création des établissements et services médico-sociaux, et de partenariats à nouer avec d'autres financeurs. Elles limitent également l'augmentation du reste à charge des personnes hébergées dans les structures pour lesquelles une contribution des usagers est demandée, et en favorise l'accessibilité financière.

La CNSA est en charge du pilotage national des plans d'aide à l'investissement (PAI) : l'instruction technique de la CNSA précise notamment les priorités de financement dans le cadre des critères d'éligibilité fixés par l'État, la détermination de l'aide financière et les modalités de remontées des informations. La CNSA soumet à son Conseil les critères de répartition des crédits entre régions.

Sur la base de ces critères, et sous réserve de la validation préalable du CNP des ARS, elle notifie aux ARS une dotation régionale indicative et arrête – après vérification de la conformité des programmations régionales proposées par celles-ci aux critères d'éligibilité et de priorité – leur montant.

L'État propose les modifications législatives permettant, à partir de 2013, de charger en outre les ARS, de l'attribution et de la gestion individuelle des aides à l'investissement jusqu'au paiement, dans le cadre de la dotation ainsi attribuée par la CNSA. Dans ce cadre, les ARS veillent tout particulièrement à la qualité des plans de financement des projets et à la pluralité des financeurs. Elles prennent les décisions d'attribution de subventions d'investissement dans le respect des règles d'éligibilité fixées par arrêté interministériel et des priorités de l'instruction technique de la CNSA et assurent le suivi de la réalisation des projets.

Dans le cadre de cette déconcentration, la CNSA assure la délégation et le suivi des crédits selon un mode AE/CP de manière à pouvoir déléguer annuellement les financements nécessaires au paiement des tranches annuelles exécutées. Elle réalise une synthèse nationale du rythme d'installation et de consommation des PAI.

La CNSA suit, à partir des données collectées par les ARS, l'impact des PAI, notamment sur les Plans pluriannuels d'investissement des établissements, les coûts de fonctionnement des établissements et le reste à charge des résidents. Sous réserve de l'inscription de crédits spécifiques dans l'arrêté PAI, elle veille à travers son instruction technique à ce que l'objectif d'aide à l'investissement pour le développement des unités adaptées Alzheimer, fixé par le plan Alzheimer 2008-2012, soit atteint par les ARS.

Dans ce cadre, la CNSA fournit annuellement, au plus tard le 30 juin, à l'État un bilan de l'impact de la politique d'investissement réalisée, notamment en termes de :

- l'impact sur les surcoûts de fonctionnement ;
- l'impact sur le reste à charge des usagers ;
- le nombre de places ayant bénéficié des PAI et la nature des établissements concernés.

#### 1.2.2 Amélioration de la qualité de prise en charge

La qualité est un axe structurant de développement du secteur médico-social. Polysémique, le terme « qualité » renvoie avant tout à la prise en charge de la personne accompagnée, mais également à la professionnalisation et à l'engagement des équipes dans leurs missions, et au management mis en place au sein des structures. Le suivi de l'activité et de la qualité des prestations rendues se fait notamment dans le cadre des évaluations internes et externes.





La CNSA poursuit le soutien à la formation qualifiante et professionnalisante des personnels des établissements et services médico-sociaux par l'intermédiaire des conventions conclues avec les OPCA du secteur<sup>24</sup>. Dans cette perspective, elle privilégie le développement des formations professionnalisantes sur des thèmes prioritaires définis par l'État pour répondre aux objectifs des politiques et plans nationaux. Elle s'assure de l'intégration d'une clause dans les conventions permettant d'ajouter par voie d'avenant le développement de nouvelles formations en lien avec la mise en place des plans gouvernementaux (cf. assistants de soins en gérontologie, etc.).

La CNSA réalise ou subventionne des actions de soutien et des études prospectives en matière de qualité et d'efficacité de la prise en charge dans les ESMS en s'assurant de leur compatibilité avec les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles publiées par l'ANESM et sur lesquelles s'appuient les ESMS pour réaliser leurs évaluations, ainsi que les recommandations de la HAS pour les soins.

La CNSA lance des enquêtes sur des problématiques spécifiques, le cas échéant en collaboration avec la DREES<sup>25</sup> et en cohérence avec le programme des études de la DGCS, afin de connaître la diversification et la modulation des prises en charge.

La CNSA accompagne la réflexion sur l'adaptation des outils d'évaluation des besoins et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie aux dimensions nouvelles, ou insuffisamment prises en compte (poursuite du travail réalisé sur le handicap psychique, les troubles cognitifs et les personnes handicapées vieillissantes, réflexion à mener sur les « dys »...)<sup>26</sup>.

La CNSA participe à la réflexion sur l'évolution des indicateurs qualité conduite par l'État, dont l'objectif est de définir les conditions et modalités d'une prise en compte de la qualité du service rendu dans une allocation de ressources établie en fonction des besoins réels des personnes accompagnées. Les indicateurs doivent permettre de comparer les prestations des ESMS dans le cadre d'une tarification équitable et performante.

### 1.2.3 Appui méthodologique aux réformes de la tarification

L'État est en charge de l'élaboration du cadre juridique du fonctionnement et du financement de l'ensemble des ESMS. Il associe la CNSA aux travaux préparatoires aux réformes portant sur le fonctionnement et le financement des établissements et services financés par l'OGD.

La CNSA a un rôle d'expert dans la gestion et la régulation des dépenses, de par sa connaissance, au travers des systèmes d'information qu'elle met en place, de la réalité du fonctionnement et des coûts des ESMS.

À la demande de l'État, la CNSA apporte son appui méthodologique pour :

- conduire si nécessaire les études destinées à préciser le contenu des réformes ;
- réaliser des simulations sur l'impact des réformes tarifaires, à partir des différentes hypothèses envisagées ;
- définir les conditions de mise en œuvre des réformes et contribuer à la construction des outils nécessaires à leur application, notamment en matière de systèmes d'information ;
- accompagner les ARS dans la mise en place d'expérimentations le cas échéant, et pour l'application des réformes.

Sur la période de la COG, la CNSA accompagne les ARS<sup>27</sup> dans la mise en œuvre des expérimentations en cours pour les EHPAD, à savoir celle de la majoration du forfait global de soins en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité et celle de la généralisation de la réintroduction des médicaments dans le forfait soins. Elle assure en outre le suivi de la convergence tarifaire mise en œuvre par les ARS.


24) Ces conventions sont financées par les crédits de la section IV de son budget.

25) À titre d'exemple, en 2009 la CNSA et la DREES ont mis en œuvre une enquête dite « mauve » sur un échantillon d'établissements proposant de l'accueil de jour ou de l'hébergement temporaire aux malades d'Alzheimer afin de connaître leur activité en 2008. Cette enquête a été généralisée en 2010 à l'ensemble des établissements proposant ces formes d'accueil à des malades d'Alzheimer, un refus de participation pouvant être sanctionné financièrement.

26) Par le biais des crédits d'étude de la section V de son budget.

27) Le cadre du pilotage des modalités de gestion avec les ARS est précisé en 1.4.3.





La CNSA accompagne la mise en place de la réforme de la tarification des SSIAD, selon le calendrier finalisé par l'État. En 2012, elle assure l'enquête annuelle « activité-coûts » qui porte sur l'ensemble des SSIAD (remontée, consolidation et traitement des données structures et des données patients) en s'appuyant sur la plateforme de collecte des données de la DREES (SPEI). Elle poursuit les travaux menés en 2010 et 2011 par la DGCS et la DREES, pour calculer les dotations à l'aide de la grille d'évaluation validée par le comité de pilotage de la réforme et sous réserve de la publication des textes réglementaires nécessaires, elle procède, à compter de 2013, à l'allocation des ressources dans le cadre de la mise en œuvre progressive du nouveau modèle tarifaire. Si les modalités de la réforme le justifient, la CNSA conçoit et déploie un système d'information permettant de recevoir les données en continu<sup>28</sup>, articulé avec le système d'information de gestion de campagne, qui permettrait une collecte autonome des données.

La CNSA participe, sur la durée de la COG État-CNSA, à la réflexion et aux travaux conduits par l'État de réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées. Elle apporte son concours à l'ensemble des missions initiées sur ce champ.

#### 1.2.4 Élaboration et mise en œuvre du schéma de déploiement des systèmes d'information

L'État et la CNSA conviennent de la nécessité de définir dans le cadre de la présente COG, les modes de décision et de gestion des projets relatifs au système d'information du domaine autonomie, dont le détail est précisé en annexes 2 et 4 afin de favoriser le développement concerté et structuré des outils de remontées et d'échanges d'informations.

La gouvernance des systèmes d'information doit répondre à quatre impératifs :

- (1) Structurer le déploiement de tous les outils de remontées de données, informatisés ou non ;
- (2) Favoriser l'articulation des dispositifs spécifiques à destination des personnes âgées et handicapées entre le champ de la santé, les politiques de cohésion sociale et les autres politiques de droit commun concourant à la participation sociale des personnes en perte d'autonomie ;
- (3) Distinguer un niveau stratégique chargé des grandes orientations et de l'identification des priorités, et un niveau opérationnel permettant d'associer toutes les parties concernées par le développement des projets ;
- (4) Améliorer la connaissance du risque d'assurance maladie et mettre en lumière la meilleure adéquation possible entre les équipements en place, l'allocation des ressources et les besoins réels, au travers de procédures d'évaluation des besoins locaux.

Les systèmes d'information développés et gérés par la CNSA doivent permettre de disposer d'une connaissance objective des résultats de la politique de compensation de la perte d'autonomie, afin de remplir leur rôle d'outils d'aide à la décision et de mesure de l'efficacité de la dépense.

Dans la double logique du principe de décloisonnement instauré par la loi HPST, entre les secteurs sanitaire et médico-social, d'une part, et de création des agences régionales de santé, d'autre part, l'État assure la mise en cohérence et l'urbanisation des différents systèmes d'information relevant du champ de l'autonomie. Cette recherche de cohérence porte également sur le nécessaire alignement entre les objectifs SI de la CNSA et ceux du schéma directeur SI des ARS.

À cet effet, la DSSIS préside le comité de pilotage stratégique des systèmes d'information de l'autonomie. La DGCS et la CNSA assurent, conjointement, le secrétariat général de ce comité en préparant et en assurant le suivi de la mise en œuvre de ses décisions.

La CNSA est membre du comité de normalisation et du comité d'orientation stratégique santé et action sociale de l'AFNOR. Outre les différents comités et groupes de travail portant sur les projets SI et/ou de remontées d'informations concernant le domaine autonomie, elle participe au comité de pilotage de l'étude en besoins de normalisation confiée par l'État à l'AFNOR<sup>29</sup>. Elle se conforme et diffuse à son niveau les orientations stratégiques en matière de normalisation des échanges et des données auxquelles elle a été associée en tant que membre de ce COPIL.

---

28) En 2010, la collecte des données est effectuée par la DGCS via la plateforme SPEI de la DREES en vue de déterminer les paramètres du nouveau modèle tarifaire.

29) Pour la recherche de « pistes de solutions normatives les mieux adaptées pour répondre aux enjeux de partage d'interopérabilité des SI de santé, sociaux et médico-sociaux ».



Dans ce cadre, la CNSA centre ses projets de systèmes d'information autour des axes suivants : programmation et réalisation, allocation budgétaire et exécution des objectifs de dépenses, production et suivi de données d'activité, évaluation et qualité. Les priorités de développement des systèmes d'information pour la période définies en application de ce principe sont définies en annexe 2.

La CNSA favorise la mise en place de SI partagés et interopérables en particulier avec les administrations centrales de l'État, les ARS et les établissements et services médico-sociaux en veillant aux possibilités d'évolution des outils que ceux-ci utilisent pour éviter les saisies multiples ou remontées manuelles. Dans ce cadre, elle participe au développement du système d'information d'allocation de ressources pour les ARS en se conformant à la stratégie des SI des agences définie par le CNP.

Dans cet objectif d'interopérabilité, elle propose le cas échéant à l'État les dispositions réglementaires nécessaires pour rendre opposables aux établissements et services médico-sociaux les formats et les normes d'échanges de données.

La CNSA contribue aux objectifs fixés par l'État de développement renforcé de la relation numérique à l'utilisateur<sup>30</sup> et de réduction du nombre des enquêtes.

La CNSA et la CNAMTS définissent, dans le cadre de la convention qu'elles concluent, les conditions d'échanges d'information nécessaires à l'accomplissement des missions confiées aux deux caisses.

### 1.2.5 Développement de la nouvelle mission d'analyse des coûts

Le coût moyen à la place des établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap ne traduit ni la dispersion des valeurs, ni leur composition. Fort du constat d'absence de données sur la structuration des coûts médico-sociaux similaires à celles développées par l'ATIH sur les structures sanitaires de court et moyen séjours, l'État conforte la nouvelle mission législative de la CNSA d'analyse des coûts en s'engageant sur les dispositions réglementaires à appliquer.

Dans ce cadre, la CNSA développe à partir de 2012, dans les conditions fixées par voie réglementaire, l'analyse de la structuration des différents coûts de revient et des tarifs des établissements et services médico-sociaux relevant de sa compétence, sur la base des données que les ESMS lui transmettent. Elle s'appuie sur le savoir-faire et l'expérience développée par l'ATIH, qui est chargée, dans le cadre du contrat d'objectif et de moyens conclu en 2011, de réaliser les études nécessaires à la construction d'échelles nationales de coûts, en priorité sur les EHPAD.

La CNSA suit et analyse les coûts des établissements et services médico-sociaux. Elle s'appuie notamment sur les évolutions de la nomenclature comptable arrêtée par l'État et qu'elle peut solliciter pour favoriser cette connaissance. Elle engage les travaux nécessaires à l'automatisation de la collecte de ces données au travers d'une étude globale d'urbanisation des systèmes d'information des ARS dans le champ médico-social qu'elle initie dès 2012, en lien avec le déploiement du nouveau SI d'allocation de ressources et dans le cadre du schéma directeur des ARS. Cette étude doit notamment permettre de déterminer les modalités éventuelles d'extension du système d'information REBECA, qui collecte les budgets exécutoires et comptes administratifs des ESMS accueillant des personnes handicapées et des SSIAD, aux ESMS accueillant des personnes âgées.

La CNSA transmet à l'État ses analyses et ses propositions visant à optimiser le coût des établissements et de services.

L'État développe un outil d'analyse de la masse salariale des différents établissements et services. L'exploitation des résultats par catégories d'ESMS et d'emplois doit permettre d'explicitier la variation des effectifs (nombre de salariés et ETP) et les variations des salaires bruts (glissement vieillesse technicité, modification de la structure des effectifs, augmentations des salaires, évolution des effectifs). Cette analyse doit amener une définition des orientations communes pour les ESMS dans le domaine des ressources humaines (définition des paramètres d'évolution de la masse salariale, mise en œuvre des dispositifs généraux et spécifiques visant au soutien de l'emploi et des qualifications). L'État met ces données et analyses à la disposition de la CNSA.

<sup>30</sup> Exemple de la dématérialisation des formulaires des MDPH.



L'État engage une réflexion sur l'ensemble des indicateurs relatifs à l'activité, au coût, au service rendu et à la performance des établissements et services médico-sociaux en lien avec le Secrétariat du CNP des ARS, la DSSIS, l'ANAP et la CNSA en vue de clarifier et de normaliser les données à transmettre par les établissements et services médico-sociaux. Il prend les dispositions réglementaires nécessaires pour rendre opposables aux établissements les formats et les normes d'échanges de ces données. Il pilote en outre une réflexion avec ces mêmes partenaires sur la mise en place d'un système d'information de collecte de ces données directement auprès des établissements.

L'État assure la cohérence et le lien entre les travaux développés par ses services, ceux réalisés par la CNSA sur l'activité des ESMS et ceux entrepris par l'ANAP sur l'efficacité.

### 1.3 Contribuer à l'efficacité du système de financement et à la maîtrise des risques

La CNSA est responsable, dans son budget, du respect des équilibres OGD/ONDAM. Au-delà du renforcement nécessaire du suivi de l'exécution de ces objectifs (cf. § 1.1.4. et 1.1.5), cette responsabilité et l'expertise qu'elle acquiert dans la connaissance des mécanismes de financement des ESMS lui confèrent la mission d'appuyer l'État dans l'amélioration continue du système de financement, en vue d'optimiser l'utilisation des crédits d'assurance maladie et de CSA au regard du service rendu par les établissements et services. Elle développe ainsi une politique de maîtrise des risques d'assurance maladie, et notamment celui de dépassement des objectifs qu'elle supporte directement dans ses comptes.

**Objectif prioritaire 2 : Mettre en œuvre une politique de développement de l'efficacité (gestion du risque dans le champ sécurité sociale)**

#### 1.3.1 Accompagnement de l'évolution de la médicalisation des EHPAD et de la montée en charge des nouveaux leviers de coordination

Une nouvelle organisation de la gouvernance des référentiels AGGIR et PATHOS est mise en place.

La CNSA anime le comité technique opérationnel. Ce comité a trois missions :

- une mission d'animation, de formation des utilisateurs au niveau des ARS, des conseils généraux et des établissements, de mise en place des SI, de mise en réseau de l'ensemble des acteurs (cf. production de guides professionnels) ;
- une mission de régulation qui englobe une synthèse des données issues du processus de médicalisation des EHPAD et de diffusion aux ARS dans leurs fonctions de planification, de programmation, de contractualisation et d'évaluation ;
- une mission de réflexion sur la tarification, la régulation et la gestion du risque, en étroite relation avec les directions d'administration centrale et la CNAMTS.

Le comité opérationnel s'appuie sur un comité de pilotage ad hoc qui définit les chantiers prioritaires et prépare les instructions aux ARS, et sur un comité scientifique indépendant, chargé de valider les règles de cotation des référentiels en fonction des connaissances médicales disponibles dont la CNSA assure le secrétariat technique.

La CNSA participe pleinement à la mise en œuvre des priorités retenues au titre de la GDR au plan national pour les ARS, tout particulièrement le chantier relatif aux EHPAD.

Dans le cadre du programme national de gestion du risque, comme dans celui du suivi du processus de conventionnement tripartite et de la consommation des crédits dédiés à la médicalisation, la CNSA :

- Appuie les ARS en termes de mise en œuvre de la priorité de GDR relative aux EHPAD. Pour ce faire, elle accompagne le déploiement de l'utilisation par les ARS d'une grille d'analyse des dépenses de soins des EHPAD. Ce déploiement passe par une automatisation des comptes administratifs et comptes d'emploi.
- Assure, en lien avec la CNAMTS la consolidation des données de suivi relatives à l'encadrement médical et paramédical dans les EHPAD, ce notamment aux fins d'appréhender l'impact de la médicalisation des EHPAD sur l'amélioration de la qualité de prise en charge des résidents et l'optimisation de la coordination des soins.



Elle participe en outre au suivi des données et indicateurs mis en œuvre dans le cadre de l'expérimentation de l'article 67 de la LFSS 2012.

La CNSA participe avec la CNAMTS au chiffrage des dépenses de soins rattachables aux résidents en EHPAD, permettant d'évaluer le coût complet pour l'assurance maladie du fonctionnement des EHPAD et le montant des transferts nécessaires de l'ONDAM soins de ville vers le médico-social lié au passage en tarif global des établissements. À cette fin, l'État veille à ce que la CNAMTS mette en place, à partir du système de remontée automatisée des listes de résidents en EHPAD en cours de déploiement, une alimentation du système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) permettant de connaître la consommation de soins consolidée de chaque EHPAD.

La CNSA, en lien avec la DGCS, la DSS et la mission ad hoc, participe à l'élaboration des estimations réalisées dans le cadre de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD.

Par ailleurs, parmi les leviers d'une meilleure prise en charge coordonnée des résidents, figurent le renforcement du rôle du médecin coordonnateur et la mise en œuvre des contrats de coordination avec les professionnels de santé libéraux. Les ARS sont chargées de suivre la montée en charge de la signature de ces contrats et la réalité de l'organisation des réunions de la commission de coordination gériatrique associant les professionnels libéraux à la mise en œuvre partagée des bonnes pratiques au sein de l'EHPAD, en matière de prescriptions médicamenteuses et de prise en charge en soins.

La CNSA, avec le concours de la CNAMTS, réalise la synthèse de ces données régionales, intégrant notamment le nombre de professionnels de santé libéraux ayant participé aux réunions.

### **1.3.2 Développement de l'efficience des établissements prenant en charge des personnes en situation de handicap**

La CNSA conduit, avec l'appui de l'ANAP, des travaux sur des référentiels et des outils d'aide aux établissements visant à optimiser l'organisation des transports, dans l'objectif de lier la qualité de prise en charge des publics concernés, l'efficience de l'organisation et la garantie de la maîtrise des coûts. L'État veille à l'inscription de cette priorité dans le programme de travail de l'ANAP.

Elle apporte son appui à la mission IGAS/IGF qui doit examiner dans le courant de l'année 2012 l'adéquation entre l'offre et la demande dans le secteur des personnes handicapées, ainsi que les modes de financement et de tarification des ESMS de ce secteur. Elle contribue à la mise en œuvre des actions qui seront définies lorsque seront connues les conclusions et préconisations de cette mission.

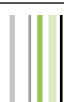
### **1.3.3 Développement de modes de prise en charge plus souples et mieux coordonnés entre le secteur médico-social, les établissements de santé et les soins de ville**

L'avis du HCAAM a mis en évidence une fragmentation des parcours de soins des personnes âgées et le manque d'études et de monographies par territoire sur ce sujet.

La CNSA participe aux enquêtes et aux travaux, menés par l'ANAP ou les administrations centrales, pour la partie médico-sociale, visant à retranscrire les trajectoires de soins des personnes âgées et à identifier des leviers d'action permettant d'améliorer l'articulation entre les secteurs sanitaire et médico-social.

### **1.3.4 Prévention des risques liés aux abus et aux fraudes**

L'assurance maladie assure la mise en œuvre de plans de contrôle contentieux sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux, visant à identifier et reprendre les sommes indues. La CNSA est destinataire des bilans des programmes nationaux de contrôles.



## 1.4 Piloter les modalités de programmation et de gestion des crédits médico-sociaux par les ARS dans le cadre du CNP

### Objectif prioritaire 3 : Structurer les échanges avec les ARS, en appui à la programmation et à la gestion des campagnes budgétaires

La première COG État-CNSA 2006-2009 a accompagné la création d'un nouvel acteur public. La seconde doit permettre de renforcer son rôle d'animation nationale et d'accompagner la réorganisation territoriale de l'État à travers la création, en 2010, des agences régionales de santé. La CNSA développe les échanges avec les ARS sur son champ de compétence en lien avec le CNP qu'elle tient régulièrement informé. L'objectif est de gagner à la fois en proximité et en cohérence de la politique menée sur le territoire. Cette nouvelle organisation implique une évolution dans les modalités d'animation, d'échanges et de pratiques.

Dans ce cadre, la CNSA définit dans son instruction budgétaire les modalités pratiques des remontées d'informations à la charge des ARS relatives à l'exécution des plans nationaux, des programmations régionales et à la consommation des dotations régionales. Elle intègre les demandes d'information formulées par l'État.

La CNSA suit la consommation des crédits de l'OGD qui lui est communiquée par les régimes d'assurance maladie, et évalue avec les ARS la cohérence entre ces données et les décisions d'autorisation et de tarification.

La CNSA assure la synthèse des indicateurs du champ médico-social prévus par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des ARS.

En termes de programmation régionale, les ARS communiquent à la CNSA leur répartition thématique (par catégories d'ESMS) des enveloppes anticipées et leurs observations sur l'objectif indicatif de réduction des écarts intrarégionaux.

Les ARS sont responsables de la mise en œuvre locale des mesures financées par l'OGD conformément aux objectifs et règles fixées, notamment de l'atteinte sur leur région des objectifs des plans nationaux. Elles sont également responsables de la correction progressive des inégalités, au niveau départemental, dans la répartition de l'offre d'établissements et services, ainsi que de l'équité de l'allocation de ressources entre établissements. Les ARS veillent tout particulièrement à la qualité, la fiabilité et la ponctualité des données qu'elles doivent transmettre à la CNSA dans le cadre des systèmes d'information qu'elle a la charge de développer (cf. annexes 2 et 3).

La responsabilité de l'exécution des dépenses inscrites dans l'OGD est donc partagée entre :

- la CNSA, en charge du respect de l'objectif de dépenses, mais aussi de l'équilibre général entre dépenses (l'OGD) et recettes (la contribution des régimes d'assurance maladie et les recettes de CSA) au sein de la section I de son budget, et
- les ARS, qui fixent le montant des recettes versées par l'assurance maladie aux établissements et services et jouent ainsi un rôle « d'ordonnateur secondaire » des dépenses de l'OGD et du budget de la CNSA.

La CNSA et les ARS sont en outre responsables collectivement devant l'État du respect des priorités de financement fixées par celui-ci et de la bonne exécution des plans nationaux annuels ou pluriannuels.

### 1.4.1 Participation au Conseil national de pilotage et au suivi des CPOM que conclut le CNP avec les ARS

L'État, au travers du CNP, veille à ce que les priorités fixées aux ARS et l'organisation interne mise en place permettent le développement d'un suivi interactif de gestion entre les ARS et la CNSA.

La CNSA participe aux travaux du CNP sur le pilotage stratégique des ARS. Elle contribue, aux côtés des administrations centrales concernées, à la détermination des objectifs fixés aux directeurs généraux des ARS sur son champ de compétence et des indicateurs relatifs au secteur médico-social des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des ARS.

La CNSA alerte le CNP en cas de non respect des règles de gestion (respect des enveloppes, renseignement des informations demandées dans les SI).

## 1.4.2 Appui méthodologique aux agences quant à la planification et à l'organisation territoriale

Dans le contexte de forte évolution des outils médico-sociaux de planification et de programmation décidée par la loi du 21 juillet 2009, la CNSA apporte son appui aux ARS pour l'élaboration des schémas régionaux médico-sociaux et leur articulation avec les schémas départementaux. Elle contribue au suivi de la mise en œuvre de la nouvelle procédure d'appel à projets initiée en 2010. Elle soutient également les ARS pour la définition et la mise en œuvre des modalités de fonctionnement des commissions régionales de coordination, les commissions spéciales (médico-sociales) des conférences régionales de santé et de l'autonomie et les conférences de territoire.

La CNSA accompagne les ARS pour l'application au secteur médico-social du concept de territoires de santé et la définition des territoires d'organisation de l'offre de premier recours.

## 1.4.3 Appui à la tarification et concours au dialogue de gestion sur la programmation des enveloppes et le suivi de la consommation des crédits

### a) Appui à la tarification

La CNSA assure un accompagnement des agences régionales de santé dans l'exercice de la tarification, notamment dans le cadre des réformes actuelles et à venir de la réglementation de la tarification des ESMS<sup>31</sup>, à travers la construction d'outils méthodologiques et des échanges réguliers en appui aux services.

La CNSA communique aux ARS les données nationales, régionales et départementales relatives aux coûts de revient et aux tarifs supportés le cas échéant par d'autres financeurs, à l'activité, ainsi qu'aux caractéristiques et aux besoins des personnes prises en charge. Ces données, travaillées pour certaines en collaboration avec l'ANAP et l'ANESM, permettent aux ARS d'appliquer avec une efficacité accrue, les dispositions de la réglementation tarifaire visant à réduire les inégalités de dotation entre établissements et services au regard de la prestation réalisée.

La CNSA, avec le concours de la CNAMTS et en lien avec les directions d'administration centrale concernées, dans le cadre des recommandations du CNP, contribue à l'amélioration des échanges d'information entre les ARS et le réseau de l'assurance maladie nécessaires au pilotage infra-annuel par les ARS de la campagne d'allocation de ressources aux ESMS. La définition des modalités d'exploitation des données de liquidation et comptables des CPAM par les ARS doit leur permettre d'effectuer le rapprochement entre les données de versements de l'assurance maladie et les dotations régionales limitatives.

### b) Dialogue de gestion

L'État confie à la CNSA une mission d'animation du réseau des ARS en matière de construction de la programmation régionale, d'allocation de ressources aux ESMS, de contrôle, suivi de l'exécution par les ARS de la mise en œuvre des campagnes budgétaires dans le respect des dotations limitatives, et analyse des pratiques de tarification et de leur impact financier.

L'État, après échange et définition avec la CNSA des actions à mettre en œuvre et des moyens privilégiés, lui donne un pouvoir d'instruction en cette matière, en vue notamment de garantir une exécution des dépenses conforme aux objectifs et le respect des règles d'utilisation des crédits.

La CNSA conduit par délégation du CNP et conformément aux règles générales d'organisation définies par celui-ci, des échanges réguliers avec chaque ARS sur l'exécution de leur programmation et sur la consommation des crédits, en vue :

- d'apporter un appui technique aux ARS pour l'élaboration et l'actualisation de leur programmation et pour expliciter les règles et modalités pratiques d'utilisation des crédits ;
- d'analyser les pratiques de tarification et de vérifier leur conformité aux règles et priorités fixées, y compris l'attribution de crédits à titre non reconductible aux ESMS ;
- d'établir des bilans de réalisation des programmations régionales ;
- d'établir des bilans et des prévisions de consommation des crédits pour l'exercice en cours, en identifiant en particulier le volume et l'objet des crédits alloués à titre non reconductible ;

31) cf. 1.2.4 Apporter un appui méthodologique aux réformes de la tarification.

- d'identifier les risques de dépassement de l'OGD ou de déséquilibre du budget de la CNSA et de proposer à l'État des mesures de régulation ; d'ajuster, le cas échéant, selon un rythme infra-annuel les crédits de paiement des dotations régionales ;
- de prévoir les crédits de paiement nécessaires sur l'exercice suivant pour financer les effets d'extension en année pleine des mesures nouvelles (places installées, conventions de médicalisation signées, etc.) entrées en réalisation dans l'année et le financement en année partielle de celles devant entrer en réalisation l'année suivante.

### c) Animation d'un réseau de correspondants dans le champ médico-social et SI MS

La CNSA anime également, en lien avec le secrétariat du CNP, les groupes techniques relatifs à la mise en œuvre des politiques de son champ d'attribution. Ils associent les correspondants désignés au sein des ARS référentes dans les domaines suivants :

- planification et programmation médico-sociale ;
- allocation budgétaire et systèmes d'information ;
- aide à l'investissement ;
- référentiels d'évaluation des soins (AGGIR-PATHOS-GALAAD) ;
- gestion du risque et déploiement des démarches d'analyse par indicateurs.

Les problématiques évoquées en bilatéral avec les ARS et dans le cadre des groupes techniques nourrissent le contenu des lettres d'information, des FAQ et des journées nationales d'information techniques des réseaux de correspondants.

La CNSA participe au comité stratégique des systèmes d'information et à la construction puis à la mise en œuvre du schéma directeur des systèmes d'information des ARS.

Dans le cadre de la gouvernance mise en place pour les systèmes d'information des ARS, la CNSA peut être chargée de la conception et/ou du développement et/ou de la maintenance, des systèmes d'information concourant aux remontées d'information et mis à disposition des ARS en collaboration avec les administrations centrales et le secrétariat général des ministères sociaux. La CNSA associe les ARS à l'élaboration et à la maintenance des systèmes d'information concernés et les accompagne dans le déploiement de ces outils.

## 1.5 Assurer le suivi du financement des GEM

La CNSA assure la gestion du financement des groupes d'entraide mutuelle (GEM) à destination des personnes en situation de handicap psychique et la délégation des crédits aux ARS. Elle assure sur les crédits de la section I de son budget, dans le cadre du budget voté par son Conseil, le déploiement de ce dispositif et son animation.

Elle évalue, en collaboration avec l'État, les modalités d'extension de ces dispositifs à d'autres catégories de personnes handicapées, en particulier aux traumatisés crâniens, notamment au regard de l'évaluation des premiers GEM créés pour cette population.



## II - Développer les outils permettant de mettre en œuvre une politique de compensation individuelle de la perte d'autonomie équitable et de qualité

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, puis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ont mis l'usager au cœur des politiques publiques en consacrant sa liberté de choix, notamment dans l'expression de sa préférence entre rester à domicile ou vivre en établissement. Dans le respect de ce choix, l'évaluation personnalisée des besoins et de la situation des personnes, appuyée sur l'expression de leur projet de vie, permet de mettre en œuvre un plan d'aide ou de compensation.

Cette approche exige de concilier la proximité de dispositifs gérés au plan local, au plus près du milieu de vie de la personne, l'égalité de traitement des demandes et la qualité et l'efficacité des dispositifs d'évaluation des besoins individuels de compensation et des réponses proposées.

### 2.1 Renforcer la connaissance sur les facteurs d'évolution des dépenses d'APA et de PCH pour identifier les disparités locales et garantir l'équité dans la répartition des financements

**Objectif 4 : Développer la connaissance relative à l'allocation personnalisée à l'autonomie et à la prestation de compensation et renforcer l'équité d'accès à ces prestations**

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) mise en œuvre en 2002, puis la prestation de compensation du handicap (PCH) créée en 2005, sont venues remplacer ou compléter des allocations plus limitées : elles ont marqué un effort important de la solidarité nationale, grâce à des recettes issues de la journée de solidarité et à l'implication des départements chargés de mettre en place cette politique, pour mieux prendre en charge la compensation de la perte d'autonomie.

La CNSA participe à la mise en œuvre de cette politique de compensation individuelle à travers le concours qu'elle verse aux conseils généraux pour le financement de ces deux allocations. L'État s'engage à lui fournir pour ce faire, dans les délais compatibles avec les engagements énoncés, les données collectées par ses services prises en compte dans les critères de calcul des concours APA ou PCH, et à informer la CNSA de toute révision de ces données.

La CNSA est chargée d'établir, sur la base des prévisions économiques et fiscales communiquées par l'État<sup>32</sup>, le montant des concours financiers destinés au cofinancement de l'APA et de la PCH inscrits aux sections II et III de son budget. La Caisse communique aux conseils généraux les prévisions annuelles des concours APA et PCH et le montant des acomptes qui leur seront versés. Elle veille à les informer dans les meilleurs délais, des révisions de montant de ces concours.

La CNSA est également chargée de veiller au respect de l'égalité de traitement des personnes sur l'ensemble du territoire et, à ce titre, de contribuer à une meilleure connaissance des facteurs explicatifs des disparités qui peuvent être constatées entre départements dans les niveaux de dépenses relatives à ces prestations.

#### 2.1.1 Analyse de l'évolution de l'APA et de la PCH pour une répartition transparente et équitable des concours

Dans le cadre de la COG, la Caisse étudie la structuration et l'évolution des dépenses d'APA, de PCH et d'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), tant au niveau national que départemental.

<sup>32</sup>) La Direction de la Sécurité sociale.

#### a) La CNSA assure un suivi régulier des dépenses :

- un suivi mensuel des dépenses des départements en matière d'APA, de PCH et d'ACTP ;
- un état annuel consolidé des dépenses des départements ;
- des tableaux de bord avec des indicateurs d'alerte intégrés dont la forme et le contenu sont validés par le comité prévu au 5.1.

Dans les données fournies par les départements, la CNSA distingue les dépenses afférentes aux prestations de leurs éventuels compléments extra légaux.

Elle assure des contrôles de cohérence approfondis sur les données transmises pour s'assurer de la régularité de l'imputation des dépenses et contrôler les conditions de gestion de l'APA et de la PCH au niveau départemental.

Elle communique à l'État les données mensuelles de l'évolution des dépenses d'APA et de PCH.

Le cas échéant, la CNSA saisit l'État<sup>33</sup> de toute interrogation persistante sur la cohérence ou l'évolution des dépenses constatées dans un département ; elle saisit le ministre chargé des personnes handicapées et le ministre chargé des collectivités territoriales du besoin de diligenter une mission d'inspection relative à une situation particulière.

#### b) La CNSA contribue aux travaux prospectifs sur l'évolution des dépenses et des concours en :

- mettant à disposition de la DREES les données dont elle dispose<sup>34</sup> permettant à celle-ci de réaliser des projections de l'évolution des dépenses pour les années N et N+1 ainsi que pour le moyen terme ;
- formulant, le cas échéant, des propositions d'évolution des règles de répartitions des concours, assorties de simulations sur leur impact ;
- effectuant, à la demande de l'État, toute simulation nécessaire de l'impact sur la répartition des concours des projets d'évolution des prestations APA et/ou PCH.

### 2.1.2. Renforcement de la connaissance de l'APA, de la PCH, de leurs bénéficiaires, des déterminants de la dépense, et des disparités interdépartementales

L'État et la CNSA conviennent de la nécessité d'un renforcement de la connaissance des publics concernés par la PCH, l'AC et l'APA, ainsi que des réponses apportées et de l'analyse des pratiques d'attribution, en vue notamment d'identifier les facteurs explicatifs de l'évolution des dépenses et des disparités locales.

À cette fin, la CNSA se rapproche de :

- la DREES afin d'échanger et de mieux articuler les données produites sur l'APA, la PCH et l'ACTP relatives aux dépenses, ainsi qu'au nombre et, le cas échéant, aux caractéristiques de leurs bénéficiaires ;
- la CNAF pour suivre l'évolution du droit d'option entre l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et la PCH ainsi que celle de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Elle met en place, à partir du système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH), des tableaux de bord permettant d'assurer le suivi des attributions et la connaissance des caractéristiques des bénéficiaires de l'ACTP et de la PCH. Dans l'attente de l'opérationnalité du SipaPH, la CNSA réalise des enquêtes permettant d'assurer ce suivi et de disposer des données pour effectuer les études d'impacts nécessaires en cas d'évolution des tarifs, des montants ou, le cas échéant, des éléments de la prestation. La CNSA fournit notamment des données sur le type et les montants des différentes aides attribuées au titre de chacun des éléments de la PCH ainsi que pour l'aide humaine, sur les modalités de réalisation de cette aide.

La CNSA réalise, en lien avec la DREES, des enquêtes auprès des MDPH relatives aux plans de compensation établis dans le cadre de la PCH, afin d'analyser leur contenu et la manière dont les prestations sont effectivement mises en œuvre au bénéfice des personnes handicapées.

Dans l'attente d'une évolution législative des missions de la CNSA, la CNSA et la DREES mettent également en place, en partenariat avec l'Assemblée des départements de France (ADF) et les conseils généraux volontaires, des enquêtes

33) Notamment La DGFIP et le trésorier-payeur général.

34) Notamment à partir des données mensuelles de la DGFIP et celles transmises en application des articles L.232-17 et L.247-1 du CASF.

relatives aux plans d'aide établis dans le cadre de l'APA, afin d'analyser le contenu de ces plans et la manière dont les prestations sont effectivement mises en œuvre au bénéfice des personnes âgées.

L'expression des besoins d'une première enquête sur les plans d'aide APA sera rédigée avec la DREES au cours du premier semestre 2012, puis mise en perspective avec les remontées statistiques en cours (remontées de la DREES sur les bénéficiaires de l'APA) et les travaux de recherche sur le sujet. Le cahier des charges sera élaboré au second semestre 2012 pour une collecte au premier semestre 2013. Les résultats de cette étude seront disponibles fin 2013. Ils feront l'objet d'échanges avec les conseils généraux pour définir avec eux les pistes de travail pour faciliter l'harmonisation des pratiques qui seront élaborées dans le cadre de groupes de travail animés par la CNSA.

Pour les données sur la PCH, des analyses seront effectuées à partir des données recueillies dans l'enquête DREES, cofinancée par la CNSA, portant sur 5 000 bénéficiaires de PCH et d'ACTP et qui ont déjà donné lieu à des premières publications par la DREES. En fonction de l'apport de ces travaux une nouvelle étude pourra être envisagée avec la DREES en 2013 sur les données de la PCH 2012 pour mieux analyser les disparités géographiques constatées sur le territoire.

Sur la base des résultats de l'étude que la DREES a programmée pour 2012 sur les disparités géographiques d'AAH, des travaux seront menés par la CNSA avec les MDPH sur le sujet.

La CNSA s'engage à diffuser les données et résultats de ces enquêtes à l'État sous un format déterminé en commun.

### 2.1.3 Structuration et animation du dialogue sur l'évolution des dépenses d'APA et de PCH

Diffusion des données et des analyses :

- La CNSA assure la transmission des données mentionnées aux 2.1.1 et 2.1.2 conformément aux dispositions prévues à l'annexe 3.
- La CNSA organise avec l'État, l'ADF et les autres acteurs intéressés une réflexion autour de la préparation et de la présentation des enquêtes et de leurs résultats.
- La CNSA met en place, avec le concours des services de l'État une politique de diffusion et de valorisation de ces données et analyses.

## 2.2 Accompagner la structuration d'un réseau territorial de qualité à destination des personnes handicapées et des personnes âgées en perte d'autonomie pour favoriser l'égalité de traitement et la qualité de service

**Objectif 5 : Concourir à l'harmonisation des pratiques des MDPH notamment en ce qui concerne l'évaluation des besoins et l'élaboration des plans personnalisés de compensation et améliorer la remontée d'informations et de données**

La loi du 11 février 2005 a instauré les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) comme dispositif de référence pour l'information et l'accès aux droits des personnes handicapées. La structuration du réseau des MDPH a pour objectif de les conforter dans leurs différentes missions et d'harmoniser leurs pratiques afin d'apporter aux usagers un service de qualité équivalente et une égalité de traitement en tout point du territoire.

Par ailleurs, le débat national sur la dépendance a montré l'intérêt d'une démarche du même type auprès des équipes des conseils généraux chargées de l'attribution de l'APA et de la construction des plans d'aide. Dans l'attente d'une mesure législative qui inscrirait l'appui aux départements pour l'exercice de cette compétence dans les missions de la CNSA, celle-ci pourra s'engager dans cette démarche en partenariat avec l'ADF et les conseils généraux volontaires (cf. 4.1.2).

### 2.2.1 Accompagnement de l'harmonisation des pratiques des MDPH sur l'ensemble du territoire

La CNSA est chargée, en tenant compte des priorités de la politique nationale, d'assurer un appui aux MDPH pour renforcer l'harmonisation des pratiques afin de garantir une égalité de traitement sur le territoire et améliorer la qualité du service.

Les objectifs stratégiques et opérationnels ainsi que les moyens d'action sont précisés pour les différentes missions des MDPH :

#### **a) L'accueil, l'information et l'instruction des demandes**

La CNSA développe son appui aux MDPH dans l'objectif de faciliter les démarches des usagers :

- en améliorant l'accueil et l'information des personnes handicapées ;
- en accompagnant le développement de la dématérialisation des demandes (cf. infra 2.2.3) ;
- en réduisant les délais de traitement des demandes.

À cette fin, la CNSA réalisera une étude sur les procédures mises en place dans les MDPH pour exercer leurs principales missions (accueil, instruction, évaluation, décisions) conformément au rapport de l'IGAS relatif au bilan du fonctionnement et du rôle des maisons départementales des personnes handicapées<sup>35</sup>, en s'appuyant sur les principes labellisés des démarches qualité :

- préparation de l'étude, en lien avec les administrations centrales, l'ADF et les directeurs de MDPH avant la fin 2012 ;
- réalisation au cours de l'année 2013 dans un échantillon de MDPH de taille différente, résultats et diffusion dans les MDPH en fin d'année 2013.

#### **b) L'évaluation de la situation et des besoins de compensation**

La loi du 11 février 2005 a posé le principe d'un droit à compensation qui repose sur l'évaluation des besoins et de la situation des personnes handicapées. L'arrêté du 6 février 2008 a défini le modèle du guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA). Cet outil, qui permet une analyse des différentes dimensions de la situation de la personne, ne détermine pas à lui seul l'accès à des droits ou prestations.

Sur la durée de la présente COG, la CNSA poursuivra ses travaux sur les pratiques d'évaluation dans les directions suivantes :

Elle contribuera à l'amélioration de la qualité des outils d'évaluation, en particulier du GEVA, afin qu'ils permettent une meilleure prise en compte des situations de handicap et des différentes étapes du parcours des personnes, dans une perspective de simplification.

Elle poursuivra la réalisation du plan d'action pour l'appropriation du GEVA par les équipes des MDPH arrêté en janvier 2010, dans les suites du rapport élaboré en application du décret n° 2008 -110 du 6 février 2008.

Elle soutiendra le développement de l'informatisation du GEVA ainsi que le développement d'outils d'évaluation utilisés par les partenaires de la MDPH qui contribuent à l'évaluation de la situation des personnes compatibles avec le GEVA et son informatisation.

Elle accompagnera la structuration des pratiques notamment pour l'évaluation des capacités fonctionnelles et des limitations d'activité, ainsi que pour l'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées.

Par ailleurs, s'agissant de l'évaluation des besoins des personnes handicapées en matière d'accès à l'emploi, la CNSA poursuivra avec les services de l'État et les MDPH concernées le copilotage de l'expérimentation portant sur les modalités d'évaluation de l'employabilité des personnes handicapées jusqu'au début de l'année 2013 ; elle contribuera à la diffusion des résultats et à la réflexion sur les suites à donner à l'expérimentation.

#### **c) L'harmonisation des pratiques d'élaboration des plans personnalisés de compensation et de prise de décisions en partenariat avec les acteurs nationaux**

Si l'évaluation est une étape essentielle pour l'accès aux droits et la mise en œuvre du droit à compensation, le passage de l'évaluation à la définition des réponses apportées aux personnes, retracées dans un plan personnalisé de compensation (PPC) est tout aussi déterminant dans la qualité du service rendu et dans l'égalité de traitement.

<sup>35</sup>) Rapport établi par Christine BRANCHU, Michel THIERRY, Aurélien BESSON, novembre 2010.



La CNSA engage sur la durée de la COG des travaux d'harmonisation des pratiques sur l'élaboration des réponses aux besoins des personnes handicapées, avec les équipes chargées de proposer ces réponses sous la forme de plan personnalisé de plan de compensation et de plan personnalisé de scolarisation ainsi qu'avec les commissions des droits chargées de prendre ensuite les décisions. L'association des services ministériels à ces travaux sera indispensable (DGCS et Éducation nationale). L'objectif est d'élaborer un référentiel commun pour la construction des plans à partir des résultats de l'évaluation individuelle, de le tester sur un échantillon de MDPH pour validation avant de le diffuser à l'ensemble des MDPH. Ce ou ces référentiels devront tenir compte de la capacité des acteurs locaux à bâtir et mettre en œuvre de tels plans ainsi que des priorités en fonction de la nature des demandes et de la situation des personnes.

Dans le domaine de l'insertion professionnelle et du retour à l'emploi des personnes handicapées, outre le copilotage de l'expérimentation employabilité (cf. b), la CNSA contribue au cours de l'année 2012 à l'élaboration de la convention d'objectifs et de moyens multipartite, prévue par la loi Blanc du 28 juillet 2011, dont elle sera cosignataire avec l'État et les acteurs de la politique de l'emploi des personnes handicapées en vue de mieux définir les périmètres et modalités d'intervention de chacun des acteurs nationaux et de leurs réseaux. Dans ce cadre, l'État mobilise le service public de l'emploi pour faciliter l'accès à l'emploi des personnes handicapées, dans un partenariat avec les MDPH.

La CNSA contribue à animer les équipes des MDPH aux fins d'améliorer la connaissance des pratiques d'attribution de l'AAH et leur harmonisation en diffusant les outils construits dans le cadre du projet pilotage conduit par la DGCS sur le renforcement de l'AAH et contribuera en 2013 avec les services de l'État à l'évaluation de l'impact des actions mises en place en 2012. Elle continuera à contribuer à la formation des agents des MDPH sur ce sujet<sup>36</sup> engagée en 2011.

Dans le domaine de la scolarisation des enfants handicapés, la CNSA met en place en 2012 la généralisation du dispositif expérimenté en 2011, en lien avec les services de l'Éducation nationale pour harmoniser les modalités de réponses aux besoins des enfants sans se limiter à l'attribution d'auxiliaires de vie scolaire. La CNSA pilotera une évaluation fin 2012 pour valider les outils produits, ou les faire évoluer le cas échéant. Leur généralisation pourrait ainsi se faire pour la préparation de la rentrée scolaire 2013. Pour sa part, l'État favorise la coopération entre les directions ministérielles concernées par la scolarisation des enfants handicapés.

En matière d'orientation vers les établissements et services sociaux et médico-sociaux, la CNSA poursuit sur la durée de la COG les travaux engagés fin 2011 avec un groupe de MDPH afin de progresser dans la connaissance des réponses apportées aux besoins des personnes, des modalités d'orientation par les CDAPH et des réponses apportées par l'offre existante. Ce groupe sera élargi en 2012 à la DGCS et à quelques ARS, conseils généraux, et fédérations d'établissements en vue de partager leurs attentes respectives sur le suivi des orientations et de lancer au cours du premier semestre 2012 une première étude portant sur les dispositifs mis en place localement pour assurer l'adéquation et le suivi des réponses aux orientations.

Cette démarche vise à organiser les échanges d'information qui pourront permettre à terme de mettre en lumière :

- les inadéquations existantes en termes de placement (structures inopportunes) ;
- les causes principales de ces inadéquations ;
- les moyens de les résorber.

Sur la base de cette étude, le groupe de travail sera chargé de proposer des bonnes pratiques définies à partir d'une analyse des enjeux, des freins et des éléments facilitateurs pour le début 2013. À partir de ces éléments, la CNSA lancera une étude de cartographie des échanges des MDPH avec leurs partenaires locaux permettant de définir un ou des scénarios de dématérialisation de ces échanges et des préconisations de mise en œuvre.


Elle poursuit, en outre, avec des MDPH volontaires, les expérimentations prévues par les plans de santé publique actuellement en cours (plans sur le cancer, l'autisme, les maladies chroniques, les traumatismes crâniens, les accidents vasculaires cérébraux [AVC]).

#### **d) Autres modalités d'appui concourant à l'harmonisation des pratiques des MDPH et CDAPH**

Outre les travaux mentionnés précédemment, la CNSA contribue à l'harmonisation des pratiques des MDPH et CDAPH de différentes manières.

<sup>36</sup> Pourront ainsi être étudiés, l'évaluation du taux d'incapacité, l'évaluation de la restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi, l'appréciation des critères d'attribution, la motivation des décisions, les droits au recours.





En premier lieu, la CNSA contribue à une compréhension commune et homogène des dispositifs législatifs et réglementaires relatifs à l'attribution des droits par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées en apportant aux CDAPH, aux équipes des MDPH (le cas échéant leur correspondant juridique), et aux services des conseils généraux des réponses sur des questions relatives à l'application des textes législatifs ou réglementaires. Lorsqu'il s'agit de questions de principe soulevant des points de droit nouveaux, elle sollicite préalablement la validation de l'État sur les réponses à apporter et l'informe concomitamment des réponses qu'elle diffuse.

Elle veille également à l'information des magistrats des juridictions compétentes, tant sur le contenu des réponses diffusées, que sur le raisonnement juridique qui les étaye.

En deuxième lieu, la CNSA développe des outils favorisant les échanges d'expériences et d'information, le travail collaboratif et la montée en compétences (conférence en ligne, formation à distance...). Elle poursuit la mise en place des différents instruments d'appui au réseau des MDPH (extranet, Info réseau, fiches du Guide pratique...). Elle organise des réunions d'échange de pratiques avec les différents professionnels et avec les directeurs de MDPH et les responsables de différents secteurs (coordonnateurs des équipes pluridisciplinaires, référents insertion professionnelle, référents scolarisation).

En troisième lieu, la CNSA contribue à la formation des agents des MDPH. À ce titre, elle identifie les besoins de formation prioritaires et élabore des cahiers de charges de formation.

D'une façon générale, la CNSA informe l'État, au cours de réunions régulières avec la DGCS, de l'ensemble des travaux conduits avec les MDPH. Elle échange avec l'État sur les projets d'ordre du jour des réunions des directeurs de MDPH. Elle informe aussi l'État via l'info-réseau des directeurs de MDPH, dont ses services sont systématiquement destinataires, de la date et de l'ordre du jour définitifs des réunions des directeurs de MDPH et des différents responsables de secteurs (coordonnateurs des équipes pluridisciplinaires, référents insertion professionnelle, référents scolarisation). L'État est destinataire des rapports issus de l'ensemble de ces travaux intégrant les constats, les conclusions et les préconisations qui comprennent une estimation de leur impact financier.

## **2.2.2 Développement des outils et de SI performants permettant des processus de dématérialisation des échanges et des comptes-rendus de l'activité des MDPH**

### **a) Le développement des processus de dématérialisation des échanges**

Dans la perspective de mettre en place des processus d'échanges d'informations visant à simplifier l'accès aux droits, suivre les décisions et réduire les risques de fraude, la CNSA élabore la cartographie des échanges entre les MDPH et leurs partenaires locaux chargés du paiement des allocations et prestations, de la mise en œuvre des mesures d'accompagnement et de retour à l'emploi, de scolarisation.

L'État assure, à travers les conventions d'objectifs et de gestion qu'il passe avec chacun d'eux, la mobilisation des partenaires nationaux concernés par la cartographie des échanges entre les MDPH et leurs partenaires locaux : CNAF, CCMSA, Pôle emploi, AGEFIPH, FIPHFP...

Les propositions de simplification et de dématérialisation des procédures définies dans le cadre de ces travaux sont portées à la connaissance de l'ensemble des partenaires concernés et font l'objet de plans d'action avec les partenaires nationaux :

- Les travaux menés avec la CNAF, qui associent des CAF et des MDPH expérimentatrices, aboutiront à une dématérialisation des échanges à mi-2013 ;
- Les travaux menés avec les acteurs de l'Emploi ont abouti à des scénarios de dématérialisation et la première étape est celle de l'accès au dossier unique du demandeur d'emploi par les MDPH qui est attendue pour début 2012. Pôle Emploi mettra à disposition des MDPH une possibilité d'interconnexion d'ici 2013 ;
- Les travaux engagés avec l'Éducation nationale ont démarré mi-2011 et doivent se poursuivre et aboutir à la définition d'un système cible et à la priorisation des optimisations pour la mi-2012.

La CNSA accompagne également les MDPH dans la spécification des évolutions de leurs systèmes d'information nécessaires pour leur permettre la mise en place de ces procédures dématérialisées d'échanges avec leurs principaux partenaires locaux.

La CNSA contribue, comme chef de projet métier, aux projets pilotés par la DGCS :

• **La mesure RGPP 613 S « Simplifier les demandes de droit pour les personnes handicapées » :**

La CNSA contribue à élaborer et diffuser un guide de bonnes pratiques à partir de projets existants de dématérialisation des démarches d'accès aux droits des usagers des MDPH, en vue de leur extension progressive sur l'ensemble du territoire, notamment sur trois axes :

- amélioration des réponses aux demandes d'information (qualité et délai de réponse aux demandes d'information, notamment par téléphone) ;
- suivi en ligne de l'avancement des dossiers ;
- dématérialisation des demandes d'accès au droit et dématérialisation de la transmission des pièces justificatives.

Elle contribue aussi à appuyer l'action conduite par les conseils généraux et les MDPH sur ces axes de simplification.

• **Le projet de simplification de la gestion des cartes de stationnement :**

La CNSA contribue à l'explicitation, avec les MDPH, des prérequis pour une externalisation de la fabrication des cartes et à l'élaboration du cahier des charges.

### b) L'accompagnement des MDPH pour le développement de leur SI

Afin de favoriser la fiabilité technique et la qualité statistique des informations contenues dans le SipaPH, la CNSA assure l'animation de la fonction statistique des MDPH. Elle assure ainsi deux fois par an des réunions sur la qualité des données sur le périmètre du SipaPH et diffuse aux MDPH les modalités de compréhension commune des données.

Elle poursuivra également son accompagnement des MDPH dans la mise en place des dispositifs permettant l'alimentation automatisée du SipaPH à partir des données de leurs systèmes d'information.

Elle conduit les études préalables nécessaires à l'ouverture d'un service d'accès des MDPH au système national de gestion des identifiants (SNGI) géré par la CNAVTS ; condition de la réduction du risque de fraude. Elle évalue les charges financières et les moyens humains et techniques nécessaires au déploiement de ce service en vue d'un arbitrage sur les modalités de celui-ci avant la fin du premier semestre 2013.

### c) Les remontées d'information des MDPH

Il convient d'observer les résultats des actions conduites au niveau départemental, de fournir aux acteurs de terrain des données de référence et des comparaisons pour leur permettre de s'évaluer et de piloter leur action. Ces éléments relatifs à la mise en œuvre de la politique de compensation individuelle sont aussi mis à la connaissance de l'État.

À cette fin, la CNSA organise, conformément à la mission qui lui est confiée par l'article L 247-2 du code de l'action sociale et des familles et ses textes d'application, le SipaPH qui vise à collecter des données issues des MDPH exhaustives, régulières, et standardisées, portant sur :

- les reconnaissances de droits ;
- les caractéristiques des demandeurs ;
- le fonctionnement et l'activité des MDPH ;
- la mise en œuvre des décisions des CDAPH.

L'objectif est que les deux tiers des MDPH alimentent à la fin 2012 le SipaPH pour les données du lot 1 (cf. annexe 3), l'exhaustivité devant être atteinte à la fin du premier semestre 2013. Pour les données du lot 2, les deux tiers des MDPH doivent alimenter le SipaPH pour début 2014, l'exhaustivité devant être atteinte à la fin de cette même année.

L'État favorise l'atteinte de cette exhaustivité des remontées de données en permettant à la CNSA de conditionner le versement de son concours aux MDPH à la transmission de ces données.

La CNSA met les données recueillies à disposition des différentes parties prenantes définies par l'article D 247-5 du code de l'action sociale et des familles, dans les conditions prévues par cet article :

- Elle assure notamment aux différents services de l'État un accès aux données SipaPH pour effectuer toutes requêtes nécessaires en application de ces dispositions réglementaires et leur fournit des données retraitées

selon un calendrier et des modalités définies en annexe 3<sup>37</sup>.

- Elle restitue aux MDPH et aux conseils généraux et aux acteurs nationaux une analyse annuelle des données locales avec des éléments de comparaison.

Les utilisateurs signent et s'engagent à respecter la charte déontologique élaborée en lien avec la DGCS et la DREES d'utilisation du SipaPH que la CNSA leur soumet.

La CNSA assure, sur la base des besoins des différents partenaires, validés par le comité stratégique qui les réunit sous la présidence du Secrétaire général du comité interministériel du handicap, l'évolution du SipaPH.

Elle favorise l'enrichissement du SipaPH par l'introduction de nouveaux indicateurs, notamment relatif aux caractéristiques et aux besoins des personnes, issus du GEVA. Cette évolution dépend toutefois du recueil informatisé à mettre en place dans les MDPH des données de l'évaluation de la situation des personnes grâce à une version informatisée du GEVA.

Elle conclut à cette fin des conventions bilatérales au cours du premier semestre 2012 pour organiser les transmissions d'informations vers le SipaPH et introduire, conformément au souhait du comité stratégique et en complément des données attendues des MDPH, des indicateurs agrégés provenant de partenaires nationaux (Éducation nationale, DGEFP, CNAF, CNAMTS).

La Caisse communique à l'État une expertise des implications d'une extension du SipaPH, aux données relatives à la liquidation des prestations.

Jusqu'à la mise à disposition de données exploitables dans le SipaPH, la CNSA met en œuvre toute enquête nécessaire à la connaissance du fonctionnement et de l'activité des MDPH et au renseignement des indicateurs du PQE et du PAP.

Par ailleurs, elle assure aux services de l'État, un accès aux données dont elle dispose.

L'État intègre la gouvernance du SipaPH dans le cadre de la gouvernance des systèmes d'information relatifs à la perte d'autonomie.

L'État étudie les propositions d'évolution législative ou réglementaire faites par la CNSA ou le comité stratégique et nécessaires à la mise en œuvre du SipaPH et de ses évolutions.

### 2.2.3 Développement de l'efficience des MDPH

Constituées sous forme de groupements d'intérêt public présidés par les présidents de conseils généraux, les MDPH bénéficient des moyens de fonctionnement de l'État et des départements. Elles reçoivent également le concours financier de la CNSA dont le montant est défini tous les ans dans le budget de la Caisse. Les modalités et conditions de versement de ce concours sont définies dans les conventions d'appui à la qualité de service signées entre la CNSA et les conseils généraux pour une durée de trois ans visant à définir des objectifs de qualité de service pour la MDPH et à dresser un bilan des réalisations des objectifs antérieurs. Dans le souci d'une amélioration de la qualité du service rendu aux usagers et de la bonne utilisation de l'ensemble des financements qui concourent au fonctionnement des MDPH, il convient de veiller à l'efficience des organisations adoptées.

En premier lieu, la CNSA établit tous les ans une synthèse des rapports d'activité des MDPH sur la base, à compter de 2012, d'une maquette type d'activité élaborée en commun avec les directeurs de MDPH. Elle s'assure de la cohérence de ce rapport type avec les données attendues des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens prévues par la loi du 28 juillet 2011 relative à l'amélioration du fonctionnement des MDPH.

Elle réalise également chaque année une présentation consolidée des comptes des MDPH permettant de retracer les participations de l'ensemble des contributeurs à leur fonctionnement, ainsi que leurs coûts complets de fonctionnement. Cette présentation est transmise aux services de l'État qui contribuent au financement des MDPH et est communiquée au Conseil de la CNSA à l'appui du vote du budget de la Caisse. La CNSA effectue à cette occasion un rapprochement des données financières, de moyens en personnels et d'activités. Elle étudie les modalités de mise en œuvre sur un échan-

37) Les modalités et le calendrier sont définis en annexe 3.





tillon de MDPH d'une comptabilité analytique permettant de mieux identifier les coûts des différentes missions de la MDPH et les coûts relatifs de traitement des différentes prestations, en vue notamment d'élaborer à l'échéance de la COG un indicateur synthétique d'activité.

L'État informe la CNSA des moyens qu'il alloue au fonctionnement des GIP.

## **2.2.4 Appui au réseau d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie**

### **a) Élaborer et mettre à disposition des acteurs un outil d'évaluation de la situation des personnes âgées en perte d'autonomie**

À la demande de l'État, la CNSA mène les travaux en vue de l'élaboration d'un outil d'évaluation multidimensionnelle informatisé à partir de l'adaptation du GEVA à la situation des personnes âgées en perte d'autonomie, à destination dans un premier temps des gestionnaires de cas des maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes malades Alzheimer (MAIA).

La CNSA conduit à cette fin les études préalables et finance le développement de l'outil informatique ainsi que son déploiement dans les MAIA. La première version dématérialisée de l'outil sera livrée au début de l'année 2012. L'application informatique permettant la saisie des données et la production d'informations statistiques et de données de pilotage sera livrée début 2013.

L'État a par ailleurs confié à la Fondation de coopération scientifique Alzheimer la mission de piloter les travaux de validation scientifique du GEVA-A, en collaboration avec la CNSA.

La CNSA conduira en 2013 et 2014, avec les conseils généraux et leurs services, des travaux visant à étendre l'utilisation de cet outil aux acteurs chargés de l'évaluation des personnes âgées en perte d'autonomie dans les conseils généraux.

### **b) Favoriser la mise en place des dispositifs MAIA, réseaux intégrés pour les soins, l'aide et l'accompagnement**

Le Plan Alzheimer (2008-2012) prévoit l'expérimentation et le déploiement de Maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes malades Alzheimer (MAIA) pour la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. La CNSA accompagne cette mise en œuvre.

À ce titre, elle a d'abord financé et accompagné l'expérimentation des MAIA. Depuis 2011 elle finance, sur la section I de son budget, leur généralisation progressive en accompagnant les ARS, désormais chargées du déploiement du dispositif, dans le lancement des appels à candidatures.

### **c) Accompagner les initiatives locales de mutualisation des dispositifs d'accueil et d'information des personnes**

La CNSA diffusera, à partir de fin 2012, aux départements les résultats des évaluations des expérimentations de maisons pour l'autonomie qu'elle a soutenues ainsi que les bonnes pratiques observées.



## 2.3 Contribuer au développement de la connaissance des aides techniques destinées à compenser la perte d'autonomie, et en faciliter l'accès

### 2.3.1 Contribution au renforcement de la structuration du marché des aides techniques et de la transparence de la formation des prix

L'Observatoire du marché et des prix des aides techniques, mis en place en 2007 par la CNSA, est un lieu d'échanges d'information entre les différents acteurs professionnels et associatifs concernés, pour engager une réflexion notamment sur la constitution des prix des aides techniques et sur le suivi de l'évolution de leur prix.

La CNSA assure le secrétariat des réunions de cet observatoire et appuie son fonctionnement. Elle veille à l'articulation des priorités identifiées par l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques avec le programme de travail de la CNEDIMTS et du CEPS. Elle transmet à l'État une synthèse de ces travaux et préconisations.

L'État participe aux réunions de l'Observatoire du marché et des prix des aides techniques.

### 2.3.2 Développement de l'accès des personnes en situation de perte d'autonomie et des professionnels aux aides techniques, à l'information et au conseil sur les aides techniques

La CNSA contribue à l'information et au conseil sur les aides techniques pour en favoriser l'accès à tous.

Elle appuie la fonction d'évaluation des besoins en aides techniques et de préconisations par les équipes pluridisciplinaires des MDPH notamment par des échanges réguliers et la fourniture de documents d'aide à la préconisation.

La CNSA poursuit l'expérimentation des centres nationaux d'expertise sur les aides techniques engagée sur proposition de son Conseil scientifique. Elle diffuse le résultat de cette évaluation auprès des acteurs de la promotion, de la recherche et de l'innovation, des industriels et des professionnels de la compensation du handicap et de la perte d'autonomie et propose à l'État, en 2013, des solutions relatives à l'évolution ou la pérennisation de ces centres.

L'État organise une réflexion destinée à proposer, à l'horizon de la COG, un dispositif chargé d'évaluer la qualité du service rendu par les aides techniques intervenant dans le champ de l'aide à l'autonomie, en associant la CNSA.

### 2.3.3 Soutien du développement des technologies au service de l'autonomie

La CNSA s'engage à prolonger pendant la durée de la COG son partenariat avec l'Agence nationale de la recherche pour le financement d'appels à projets de recherche relatifs au développement et à l'évaluation de technologies au service de l'autonomie.

## 2.4 Soutenir le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie dans le cadre de la mise en œuvre du principe de libre choix

### Objectif 6 : Renforcer l'efficacité des actions de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile

Les différents plans de réponse aux besoins des personnes âgées et handicapées ont mis l'accent sur le libre choix des personnes en cohérence avec les principes de la loi du 2 janvier 2002. Toutes les enquêtes d'opinion convergent pour affirmer que le choix des Français, tant que cela est possible, est de rester à leur domicile et de continuer à participer à la vie sociale.

Une partie des réponses relève des politiques d'accessibilité, qui doivent irriguer l'ensemble des politiques publiques, et qui ne sont pas de la compétence de la CNSA. Mais au-delà de la seule accessibilité, l'aide à domicile étayée par l'aide des aidants familiaux est également un facteur déterminant pour rendre effectif ce libre choix.

Cette aide à domicile peut être fournie par les aides professionnelles, qui doivent être organisées sur l'ensemble du territoire et fournir des prestations de qualité. Elle relève aussi des solidarités familiales et de voisinage, qui doivent également être soutenues pour qu'elles ne conduisent pas à l'épuisement des aidants.

#### 2.4.1 Amélioration de la lisibilité et de l'efficacité de l'utilisation des crédits de la section IV

Les crédits de la section IV du budget de la CNSA financent le déploiement des démarches de modernisation dans le secteur de l'aide à domicile et la mutualisation des moyens de cette modernisation. Ils visent à renforcer la professionnalisation des métiers de service auprès des personnes âgées et des personnes handicapées.

La CNSA propose chaque année des orientations, des objectifs et des indicateurs d'utilisation de ces crédits qui sont validés par la DGCS.

La Caisse porte et anime un système de rendu compte permettant de s'assurer que les financements de cette section sont utilisés conformément à leur objet. À cette fin, elle conçoit et déploie un dispositif de restitution à partir d'enquêtes ou de remontées d'informations automatisées permettant de retracer les axes retenus dans les conventions passées avec les conseils généraux, les organismes paritaires collecteurs agréés des fonds de la formation professionnelle (OPCA) et les têtes de réseau et d'en mesurer les résultats.

La CNSA fournit annuellement à l'État et à son Conseil la synthèse de ces données de pilotage permettant de suivre les engagements et les résultats des actions financées.

Dans les départements qui n'ont pas conclu de convention bilatérale avec la CNSA, les ARS instruisent les demandes de subventions de la section IV, attribuent les financements, assurent le suivi des dossiers et rendent compte de leur action à la CNSA. La CNSA peut en outre leur déléguer la mission de conventionner avec les départements et les régions.

#### 2.4.2 Appui à la modernisation et à la professionnalisation du réseau d'aide à domicile

La CNSA soutient la modernisation et la professionnalisation des têtes de réseau de l'aide à domicile sur les crédits de sa section IV. Dans ce cadre, elle appuie notamment le déploiement de systèmes d'information dans un objectif de modernisation d'efficacité de la gestion.

Afin de favoriser l'interopérabilité de ces systèmes d'information, elle anime, en lien notamment avec l'AFNOR, les services d'aide à la personne et les différents financeurs (conseils généraux, CNAV, CNAF), les travaux destinés à normaliser à terme les échanges d'information entre les fournisseurs de services, les financeurs et les régulateurs. Ces études seront terminées fin 2012 et permettront d'engager le processus de normalisation les années suivantes afin de favoriser l'interopérabilité de ces systèmes.


Elle veille, dans la négociation des conventions et notamment des conventions nationales, à recueillir l'avis des institutions nationales compétentes et/ou conduisant des politiques ou des actions sur les sujets traités par les conventions ou en direction des mêmes acteurs, dans un souci de pertinence et de cohérence globale des actions soutenues par les pouvoirs publics en direction du secteur de l'aide à domicile.

La CNSA appuie la formation continue des professionnels des services à domicile : elle s'attache au développement des formations professionnalisantes sur des thèmes prioritaires définis par l'État pour répondre aux objectifs des politiques et plans nationaux.

Elle participe aux travaux engagés avec l'ANSP, la DGCS et la DGCIS en vue du renouvellement, sur la période 2011-2013, des agréments qualité des services d'aide à domicile. Elle participe également à la réflexion conduite par l'ANESM sur l'articulation des différents instruments de mesure de la qualité et leur simplification.

La Caisse poursuit l'appui financier à la démarche expérimentale engagée par l'ANSP et l'ACOSS afin d'intégrer d'ici fin 2012 la prise en compte dans le système du CESU des charges sociales acquittées en tiers payant par les départements expérimentateurs, en vue d'une généralisation prévue en 2013.

La CNSA met en place dans le cadre des travaux sur les plans d'aide APA et les plans personnalisés de compensation (cf. 2.1.2) un volet spécifique sur le contenu des interventions des SAD auprès des bénéficiaires de l'APA et de la PCH.



Cette enquête doit permettre d'améliorer la connaissance de l'élaboration des plans par les équipes d'évaluation et de leur mise en œuvre par les services à domicile.

L'État s'engage à soutenir ces travaux par la validation réglementaire des normes d'échanges destinées à devenir opposables à l'ensemble des acteurs.

L'État pilote des travaux sur la connaissance des conditions économiques de fonctionnement des services à domicile et porte les résultats à la connaissance de la CNSA.

### **2.4.3 Soutien de la formation et de l'accompagnement des aidants familiaux et des accueillants familiaux**

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a confirmé l'extension des financements de la section IV du budget de la CNSA à la formation des aidants familiaux et accueillants familiaux.

L'État définit les secteurs prioritaires de formation des aidants familiaux que la CNSA doit soutenir. Il définit également le cadre et les modalités de la formation des accueillants familiaux.

La CNSA contribue pour sa part, en lien avec l'État et en appui aux plans nationaux, à l'élaboration du contenu des actions de formation des aidants familiaux et des modalités conventionnelles de leur déploiement.

Elle délègue aux ARS les crédits leur permettant d'attribuer des subventions à des acteurs locaux pour la formation des aidants des malades d'Alzheimer.

La Caisse participe également à la réflexion sur le développement des solutions de répit, notamment à partir des études et expérimentations conduites dans le cadre du plan Alzheimer. En fonction des enseignements tirés et des priorités dégagées, elle accompagne le développement des solutions de répit, et met en œuvre les enquêtes ou les systèmes d'information permettant d'en suivre le développement et de mesurer le service rendu.

La CNSA contribue à l'évaluation de l'ensemble des actions engagées selon un calendrier et des modalités fixés par l'État et formule toute proposition d'évolutions du dispositif permettant de mieux répondre aux besoins de l'aidant et de la personne aidée. L'État étudiera les mesures législatives et réglementaires nécessaires à l'amélioration du dispositif d'aide aux aidants.

## III - Participer au développement de la connaissance des enjeux à moyen terme de la perte d'autonomie

Les évolutions démographiques et les attentes sociales renforceront, sur le moyen terme, les besoins et les attentes de la population en matière d'accompagnement et de compensation des situations de perte d'autonomie. La réponse à ces attentes, en termes de qualité et d'efficacité de la dépense publique, appelle un investissement dans les outils de connaissance des besoins et des réponses, ainsi que le développement de la recherche et de l'innovation. Elle demande aussi une anticipation sur les nouveaux besoins et la meilleure façon d'y faire face, et une politique adaptée de diffusion et de valorisation des connaissances.

Conformément à la mission qui lui est dévolue par le code de l'action sociale et des familles, la CNSA organise les travaux de son Conseil scientifique afin qu'il puisse apporter son expertise aux différents travaux conduits par la Caisse. Son avis est notamment sollicité sur les priorités à donner aux travaux d'études et de recherche financés par la CNSA, sur les modalités de renforcement de la recherche sur le handicap et la perte d'autonomie, et sur la stratégie de valorisation de leurs résultats.

### 3.1 Développer les outils de la connaissance en partenariat avec la DREES

Le développement des sources d'information tout comme l'accessibilité et l'organisation de l'information disponible sont indispensables au pilotage des politiques relatives à l'aide à l'autonomie. L'histoire du développement du secteur médico-social fait que les systèmes d'information et les outils de connaissance des besoins et des réponses sont encore très lacunaires, malgré l'investissement déjà réalisé dans la période 2006-2009. Leur renforcement est donc un enjeu essentiel de la présente COG.

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) assure la compétence générale de structuration de la connaissance. Elle assure en particulier la coordination avec le service statistique public dans le champ de compétence de la COG.

La DREES assure les missions statistiques suivantes : elle conduit des enquêtes régulières auprès des conseils généraux sur les bénéficiaires de l'APA et de la PCH, ainsi qu'auprès des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées (EHPA) et pour personnes handicapées (ES). Elle constitue des échantillons pour assurer un suivi longitudinal. La DREES pilote et finance des enquêtes ad hoc. Elle assure la gestion du répertoire FINCESS.


Pour les besoins du pilotage des politiques dont elle a la charge, la CNSA dispose de données issues de leur mise en œuvre. Elle participe à l'exploitation des données émanant des enquêtes disponibles et assure la remontée :

- d'informations issues des MDPH, via des enquêtes auxquelles se substitue le SipaPH à compter de 2012 (cf. 2.2.3) ;
- du suivi de la mise en œuvre des plans de création de places dans les établissements et services médico-sociaux et des moyens de fonctionnement qui leur sont alloués ;
- d'enquêtes sur l'activité de certaines catégories d'établissements et services médico-sociaux ;
- de données émanant des conseils généraux pour la répartition des concours nationaux relatifs à l'APA et à la PCH ;
- de données fournies par les têtes de réseau et OPCA qu'elle finance dans le cadre de la section IV de son budget.

Dans un souci d'efficacité et de lisibilité des actions conduites vis-à-vis de leurs partenaires, l'État et la CNSA participent conjointement au développement des outils de la connaissance relatifs aux enjeux de l'aide à l'autonomie et clarifient leurs missions respectives.

À ce titre, la CNSA s'engage à participer au financement d'enquêtes statistiques pilotées ou conduites par la DREES ayant vocation à éclairer les questions relatives à la perte d'autonomie tant en population générale que dans le champ des bénéficiaires de prestations sociales.

La CNSA informe la DREES des enquêtes et travaux statistiques qu'elle a l'intention de lancer. Elle sollicite son avis d'un point de vue méthodologique et l'associe au déroulement des travaux.



La CNSA met à disposition de l'État les résultats des enquêtes qu'elle conduit et les données dont elle dispose.

La DREES s'engage à informer la CNSA des enquêtes, en cours et à venir, intervenant dans son champ de compétence ainsi que des besoins de financement corollaires, dans le cadre de la préparation de son programme d'action en matière de soutien aux études, recherches et actions innovantes.

La DREES intègre les besoins de la CNSA pour l'exploitation de ses enquêtes, en particulier des enquêtes Handicap Santé, EHPA et ES. Elle favorise l'accès de la CNSA aux résultats de ces enquêtes, et met à disposition de la Caisse et des chercheurs les données d'exploitation susceptibles de les intéresser, pour favoriser l'exploitation approfondie des données disponibles dans ces enquêtes.

La DREES fournit un appui méthodologique à la CNSA pour les enquêtes dont cette dernière assure le pilotage et met à sa disposition, dans des conditions à définir par convention, la plateforme SPEI.

La DREES et la CNSA améliorent à moyen terme la connaissance dans le champ des prestations individuelles, à travers le lancement d'enquêtes conjointes sur le contenu et l'effectivité des plans d'aide (plan d'aide APA et plan personnalisé de compensation), les modalités de mise en œuvre de l'aide humaine dans les plans d'aide ainsi que les besoins et réponses en matière notamment d'aides techniques, d'aménagement du logement et autres frais liés au handicap financés par les prestations APA et PCH.

La DREES et la CNSA renforcent la fiabilité des données de gestion émanant des départements afin d'assurer la qualité de la connaissance des populations bénéficiaires des prestations (APA et PCH), de leurs besoins et de leurs trajectoires. À cet effet, elles se rapprochent des conseils généraux afin de promouvoir l'utilisation de concepts harmonisés, afin de disposer plus aisément de bases de données homogènes au niveau national (ou, a minima, sur un échantillon conséquent de départements acceptant de s'engager dans cette démarche).

La DREES et la CNSA promeuvent le guide de valorisation des données locales publié en 2010 par la CNSA suite à un travail de partenariat avec la DREES ; elles collaborent à sa mise à jour.

La DREES et la CNSA produisent les indicateurs des PQE et du PAP relevant de leur compétence.

## **3.2 Favoriser le développement de la recherche et de l'innovation dans le domaine de la prévention et de la compensation de la perte d'autonomie**

Promouvoir la recherche dans le domaine de la perte d'autonomie et stimuler l'innovation dans le secteur médico-social favorisent les progrès dans l'accompagnement des personnes. Dans un contexte de faiblesse relative de cette recherche, la priorité est de contribuer à sa structuration dans une approche pluridisciplinaire, et à son renforcement. Les priorités de recherche sont définies en lien avec l'État dans le cadre du programme annuel d'études.

### **3.2.1 Participation à la structuration du milieu de recherche dans le cadre d'une politique de partenariat consolidée**


La CNSA s'engage à construire des partenariats avec les institutions publiques et privées, financeurs de la recherche en France, notamment la DREES, l'ANR, l'IRESP, la HAS, l'INSERM, l'INED. Elle cible des actions telles que le soutien aux jeunes chercheurs, la mise en place de réseaux de recherche pluridisciplinaires, la création de chaires, le soutien aux instruments structurants, les échanges scientifiques. La CNSA pilote avec la DREES un programme spécifique dans le champ de l'aide à l'autonomie.

La CNSA participe au lancement d'appels à projets de recherche dans le cadre de partenariats.

L'État s'engage à associer la CNSA à la définition des priorités de recherche lorsqu'elles impactent le domaine de la perte d'autonomie, à assurer la participation des ministères et institutions publiques de recherche à son Conseil scientifique<sup>38</sup>,

---

<sup>38</sup>) La DGCS participe aux travaux de réflexion menés sous l'égide du Conseil scientifique de la CNSA.



et à promouvoir la prise en compte du handicap et de la perte d'autonomie dans les programmes et projets publics de recherche.

### **3.2.2 Définition d'une politique de soutien aux recherches, études et actions innovantes, au service des objectifs des politiques publiques**

L'amélioration du pilotage, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques d'aide à l'autonomie s'appuie sur la mobilisation de la recherche. L'État et la CNSA conviennent de la nécessité d'améliorer l'articulation des programmes d'études et de travail avec les priorités des politiques publiques.

Chaque année, la CNSA élabore avec l'appui de son Conseil scientifique et en concertation avec l'État, son programme d'action en matière de soutien aux études, recherches et actions innovantes. Ce programme est soumis à l'avis du Conseil. La CNSA met en œuvre ce programme d'action à travers des appels à projets, des partenariats institutionnels, le recours à des prestataires, le financement de projets. Le Conseil scientifique participe à sa mise en œuvre à travers ses commissions. Les services de l'État peuvent être associés, à leur demande, à la rédaction du cahier des charges et au comité de pilotage de ces études.

La CNSA rend compte à l'État et au Conseil des projets financés à partir des crédits de la section V de son budget.

La CNSA s'associe aux travaux de l'ONFRIH. Cette collaboration permet de porter à la connaissance des acteurs intéressés par la recherche sur le handicap, les travaux lancés par la CNSA et de nourrir ses propres programmes des questions adressées à la recherche.

La CNSA favorise la coordination de son programme d'action avec les programmes de travail de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM) et l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

L'État assure l'expression annuelle des besoins des différentes directions d'administration centrale et priorise les demandes. Il favorise l'articulation du programme d'action avec le programme d'études de la DREES. L'État s'engage à assurer la cohérence entre les travaux qu'il demande à la CNSA de conduire et ceux qu'il soutient ou finance sur des problématiques adjacentes.

L'État facilite l'accès des équipes de recherche soutenues par la CNSA aux ressources disponibles dans les différentes institutions publiques de recherche.

## **3.3 Participer à la réflexion sur les enjeux du secteur médico-social**

### **3.3.1 Soutien d'une démarche de prévention de la perte d'autonomie**

La CNSA apporte sa connaissance des besoins des personnes handicapées et âgées aux acteurs en charge de la prévention primaire, afin de contribuer à l'amélioration de l'accès à la prévention, à l'éducation thérapeutique et aux soins des personnes en perte d'autonomie. Toutefois, elle ne se substitue nullement à ces acteurs dans leur responsabilité.

La CNSA coordonne son action avec celle de la CNAV et des caisses de retraite.

L'État s'engage à veiller à l'intégration des personnes âgées et handicapées dans les programmes de droit commun en matière de prévention.

### 3.3.2 Expertise relative à la définition des évolutions des politiques dans son champ de compétence

La CNSA fournit, à la demande de l'État, toute expertise et avis nécessaires sur des mesures rentrant dans son champ de compétence ou ayant un impact sur le fonctionnement des MDPH, dans le cadre de l'élaboration de plans de santé publique.

L'État sollicite en tant que de besoin l'expertise de la CNSA sur la définition des évolutions des politiques d'aide à l'autonomie dont elle assure la mise en œuvre, afin de bénéficier d'analyses d'impact des évolutions envisagées.

L'État associe la CNSA à l'élaboration des mesures prévues par les plans de santé publique dont la mise en œuvre lui sera confiée.

### 3.3.3 Éclairage des choix à partir des expériences étrangères

Les questions auxquelles la France est confrontée en matière d'évolution démographique et de modalités de réponse aux besoins des personnes en situation de perte d'autonomie sont identiques à celles de la plupart des pays d'un niveau de développement comparable.

La CNSA assure la diffusion des études qu'elle soutient ou conduit en vue d'analyser les pratiques étrangères de prise en charge de la perte d'autonomie. En lien avec la DAEI, elle tient informés les conseillers sociaux français et les conseillers sociaux des principales représentations diplomatiques en France des données relatives au système français de prise en charge de la perte d'autonomie.

Évaluation et bilan des plans gouvernementaux dédiés à des publics spécifiques

La CNSA contribue à l'évaluation des plans gouvernementaux pour les mesures dont elle assure le pilotage. Une synthèse de sa contribution est présentée au Conseil.

## 3.4 Informer sur les données et les enjeux de la politique d'aide à l'autonomie

### 3.4.1 Diffusion et valorisation des connaissances

Les premiers travaux soutenus par la CNSA depuis sa création, du fait du rythme propre à la recherche et à l'innovation, arrivent ou arriveront à leur conclusion au cours de la présente COG.

Dans ce cadre, la CNSA veille à la valorisation de ces travaux par tous supports adaptés, et notamment par le biais des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM et du programme de travail de l'ANAP.

La CNSA analyse leurs enseignements pour faire évoluer le programme des travaux d'étude et de recherche de la période 2012-2015.

La CNSA organise des rencontres scientifiques au niveau national associant chercheurs, décideurs, professionnels et usagers.

L'État assure autant que de besoin la diffusion de ces travaux auprès de ses propres réseaux. Il intègre leurs enseignements dans sa réflexion sur les évolutions des politiques en matière de perte d'autonomie.





### 3.4.2 Informations relatives aux actions conduites par la Caisse

Dans une logique d'animation de réseau et de diffusion des connaissances et des pratiques, la CNSA met en place les moyens d'information à destination des professionnels par le développement de ses sites extranet et internet, une politique éditoriale adaptée aux enjeux institutionnels et techniques et la participation à des salons de référence dans le secteur (Autonomic, Géront'Expo).

L'État s'engage à valoriser dans sa propre communication les données produites par la CNSA permettant de mieux faire partager les enjeux relatifs à la perte d'autonomie. Il facilite l'accès de la CNSA aux réseaux des services de l'État pour la diffusion de cette information.

L'État veille à la cohérence globale de la politique publique de communication en matière de perte d'autonomie.

### 3.4.3 Contribution au renforcement de l'information des usagers sur les réponses à la perte d'autonomie

À la demande de l'État, la CNSA réalise dès le début 2012, en liaison avec les administrations centrales, l'ASIP, l'ADF et les réseaux professionnels 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).

Sur la base de ses résultats, l'État décidera, avec les acteurs concernés, des modalités de mise en œuvre de ce projet et de son financement.



## IV – 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

### 4.1 Structurer et renforcer les échanges avec les autres acteurs publics du champ de l'aide à l'autonomie

#### 4.1.1 Relations fonctionnelles CNSA/caisses nationales de sécurité sociale

La CNSA passe avec les organismes nationaux de sécurité sociale les conventions prévues par l'article L 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles et ses textes d'application<sup>39</sup>.

L'État veille à ce que les COG signées avec les caisses nationales partenaires de la CNSA prennent en compte les objectifs partagés, en termes de régularité et de qualité des données collectées en matière de dépenses d'assurance maladie gérées par les ESMS et de prestations versées, aux fins de concourir à la maîtrise de l'ONDAM médico-social, au suivi des dépenses et de l'efficacité des ESMS.

Dans le cadre de sa participation conjointe avec la CNAMTS au CNP des ARS et sa mobilisation conjointe avec elle dans le cadre de la GDR, la CNSA entretient des relations particulièrement étroites avec la CNAMTS.

À ce titre, pour la durée de la présente COG, la priorité des conventions passées par la CNSA avec les organismes nationaux d'assurance maladie et plus particulièrement la CNAMTS sera notamment de consolider, d'enrichir et de fiabiliser les échanges de données réguliers sur l'activité et les dépenses d'assurance maladie générées par les établissements et services médico-sociaux, afin de fournir à l'État et aux agences régionales de santé une information exhaustive, complète et détaillée au niveau de chaque établissement ou service. Dans le cadre de sa convention avec la CNAMTS, la CNSA prend en compte les missions propres de la CNAMTS et partage toute information propre à favoriser l'exploitation des données du SNIIRAM.

L'État veille à ce que la convention d'objectifs et de gestion qu'il passe avec la CNAMTS prenne en compte l'évolution de ses systèmes d'information nécessaire à l'atteinte de cet objectif, notamment en vue d'obtenir une connaissance globale des dépenses d'assurance maladie rattachées aux personnes accueillies dans chaque établissement.

Par ailleurs, la CNSA poursuivra ses relations conventionnelles avec la Caisse nationale des allocations familiales pour expérimenter puis généraliser la dématérialisation des échanges d'information entre les MDPH et les CAF relatifs au paiement des prestations attribuées par les CDAPH.

L'État veille à ce que la convention d'objectifs et de gestion qu'il passe avec la CNAF prenne en compte l'évolution de ses systèmes d'information nécessaire à l'atteinte de cet objectif.

#### 4.1.2 Relations fonctionnelles CNSA/conseils généraux

Les conseils généraux ont, de par la loi, une responsabilité importante en termes de politique menée à l'égard des personnes en manque ou en perte d'autonomie, qu'il s'agisse de l'organisation des services (services propres, CLIC, MDPH...), des prestations individuelles (ACTP, PCH, APA...) ou du financement d'une partie des établissements et services (EHPAD, foyers d'accueils, SAMSAH...) et dans l'organisation territoriale de l'action sociale.

Afin de développer une concertation et une coordination étroite avec les conseils généraux, la CNSA conclut une conven-

<sup>39</sup>) Article R. 14-10-45 du CASF pour l'ACOSS, R 14-10-46 pour les organismes d'assurance maladie et R 14-10-55 à 57 pour les organismes d'assurance maladie et vieillesse.



tion avec l'Assemblée des départements de France. Elle met en œuvre des conventions d'appui à la qualité de service d'une durée de trois ans avec l'ensemble des départements. Les conventions de seconde génération ayant été signées au premier semestre 2009, la CNSA en réalise le bilan et les renouvelle en 2012 après une concertation étroite avec l'État sur les objectifs et indicateurs à y faire figurer, en vue d'une bonne articulation avec les conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens introduites par la loi du 18 juillet 2011.

#### 4.1.3 Relations avec d'autres opérateurs : ANESM, ANAP, ASIP, ATIH

Plusieurs agences d'appui aux politiques publiques interviennent dans le champ de compétence de la CNSA : l'agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), l'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé) et l'agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH).

L'État veille à la cohérence entre les travaux menés par la CNSA et les différentes agences d'appui médico-sociales.

La CNSA est membre des GIP précités<sup>40</sup>. Par les moyens inscrits à son budget annuel, la CNSA contribue au financement de l'ANESM, de l'ANAP et de l'ATIH. La CNSA participe à l'élaboration du programme de travail de ces différentes agences pour la partie médico-sociale. Dans le cadre de sa politique de diffusion des bonnes pratiques, notamment auprès des ARS, la CNSA contribue à la diffusion dans le secteur des travaux conduits par ces agences.

## 4.2 Renforcer la performance au sein de la CNSA

### Objectif prioritaire 7 : Développer l'efficacité interne de la Caisse

#### 4.2.1 Association de la CNSA à l'effort de modernisation de la gestion publique et de la maîtrise des dépenses publiques

La CNSA s'engage à moderniser la gestion de ses ressources humaines dans le respect de la maîtrise de ses dépenses de personnel. Elle s'engage par des redéploiements internes, à mettre en adéquation sa structure d'emplois actuelle avec les missions qui lui sont confiées afin de renforcer les fonctions opérationnelles et de contrôle. La simplification de l'organigramme mis en œuvre est en cohérence avec les priorités fixées par la présente COG État-CNSA 2012-2015.

Compte tenu des nouvelles missions et chantiers prioritaires qui lui sont confiés par la présente COG, son plafond d'emplois est porté à 106,2 ETP sur la durée de la COG et à 106 ETP dès l'exercice 2012. Cette augmentation intègre un redéploiement interne à hauteur de 5,8 ETP réalisé sur la durée de la COG et qui concourt à la maîtrise de sa masse salariale, conformément à la lettre de cadrage du Premier ministre du budget pluriannuel 2011-13 ainsi que des créations d'emplois à hauteur de 7,2 TP, dont 7 dès 2012.

Au total, la CNSA s'engage ainsi à affecter 13 ETP aux missions et chantiers prioritaires identifiés par la présente COG.

Les redéploiements seront obtenus par une meilleure organisation, une transversalité et une mutualisation interne accrues ainsi que par l'abandon ou le transfert de tâches liées à l'instruction de dossiers de subvention d'intérêt local dont la gestion sera confiée aux agences régionales de santé (dossiers de subvention des sections IV et V, subvention du plan d'aide à l'investissement).

Le respect du plafond d'emplois s'apprécie en équivalents temps pleins travaillés (ETPT) selon le mode de comptabilité appliquée de façon transversale à l'ensemble des opérateurs de l'État.

La CNSA s'engage à maîtriser la croissance du salaire moyen par tête.

La CNSA s'engage à réduire ses dépenses de fonctionnement courant sur la durée de la COG. Cette baisse doit s'apprécier sur un périmètre excluant les dépenses liées au développement des systèmes d'information visés au paragraphe 1.2.4.

<sup>40</sup> Sous réserve d'une modification réglementaire en cours pour l'ATIH.



## 4.2.2 Professionnalisation de la gestion RH

Pour les agents de droit privé qu'elle recrute, la CNSA s'engage à respecter les dispositions des conventions collectives UCANSS.

Pour les agents de droit public qu'elle recrute, la CNSA applique les dispositions relatives aux positions d'activité des fonctionnaires et les dispositions régissant les emplois contractuels. Pour les missions et projets d'une durée limitée ou pour les postes liés à des projets définis, la Caisse peut notamment recourir à des contrats à durée déterminée de droit public, dans les conditions prévues par les textes réglementaires.

La CNSA s'appuie, pour la gestion de ses agents, sur le référentiel des compétences et métiers mis en place en 2010, auquel elle se réfère pour arrêter une politique de rémunération homogène.

Conformément aux conventions collectives UCANSS, la CNSA établit une relation logique entre évolution des compétences et augmentation individuelle. En parallèle, elle introduit une rémunération à la performance pour l'ensemble des agents en introduisant la prime de résultat prévue par les conventions collectives pour les agents de droit privé et en transposant la prime de fonction et de résultat pour les fonctionnaires en détachement.

L'État prend les dispositions législatives et réglementaires permettant d'adapter la représentation du personnel à la coexistence de personnels de statuts de droits public et privé dans un établissement public administratif.

## 4.2.3 Application de l'exigence de développement durable : volet environnemental et social

Au regard de ses missions, la CNSA a des responsabilités particulières en matière de développement durable. Elle s'engage à contribuer au plan-cadre Ucanss pour un développement durable dans des conditions adaptées à un établissement sans réseau déconcentré.

Dans ce cadre, la Caisse s'engage notamment à réduire les consommations d'électricité de 2 % sur la période ouverte par la COG.

En tant qu'employeur socialement responsable contribuant aux politiques publiques d'insertion professionnelle, la CNSA agit en :

- respectant l'égalité hommes femmes ;
- recrutant, dans des proportions adaptées, des personnes connaissant des difficultés d'insertion professionnelle (jeune sans emploi, chômeur de plus de 45 ans...) ;
- respectant l'objectif fixé par la loi du 10 juillet 1987 d'un taux de 6 % de travailleurs handicapés dans les organismes publics ;
- participant à la mise en œuvre du volet social de la convention de développement durable signée en décembre 2008 pour la sécurité sociale.

La CNSA rend accessible aux personnes en situation de handicap les différents médias par lesquels elle communique (standard téléphonique, site internet et extranet...).

La contribution de la CNSA au développement durable fait l'objet d'un développement spécifique dans le rapport annuel d'activité.

## 4.3 Développer les instruments de pilotage interne

### 4.3.1 Développement du contrôle interne, préalable à la certification des comptes

La politique de gestion administrative et budgétaire de la CNSA participe à la sécurisation et à la maîtrise des finances publiques. Elle vise à associer la CNSA à l'effort de maîtrise des dépenses et de modernisation de la gestion publique, ce notamment aux fins de permettre une certification des comptes 2012 de la CNSA.

L'État détermine des indicateurs d'efficacité, d'efficience et de qualité de service<sup>41</sup>, dont la CNSA rend compte dans le cadre des comités de suivi de la COG et, une fois par an, des échanges avec le Conseil. Leur évolution est également analysée dans la partie consacrée au bilan d'étape de l'exécution de la COG du rapport d'activité annuel de la CNSA.

L'État s'assure de l'évolution conforme des nomenclatures comptables et des SI des régimes d'assurance maladie aux besoins budgétaires de la CNSA.

La CNSA s'engage sur la mise en place d'un contrôle de gestion. L'objectif est :

- d'améliorer la connaissance des coûts pour en assurer la maîtrise ;
- de concourir à la réduction des écarts en termes de coûts, de productivité et de qualité de service, entre les directions de la CNSA.

La CNSA développe un dispositif de contrôle interne qu'elle a mis en place à partir de 2009 afin de garantir la qualité de sa gestion administrative et financière. L'analyse des risques, l'optimisation des processus et des contrôles associés doivent permettre de maîtriser et diminuer les risques<sup>42</sup>, d'accroître l'optimisation des ressources, et de garantir la sincérité des comptes.

Dans le cadre du développement du contrôle interne sur la gestion et le suivi des concours de l'APA et de la PCH, la CNSA met en place un dialogue régulier avec les conseils généraux. La Caisse peut effectuer des contrôles de cohérence sur les différentes données transmises. En cas de difficultés, elle informe le trésorier-payeur général et la DGFIP des erreurs constatées.

### 4.3.2 Sécurisation de la politique de placement

Afin d'assurer une gestion prudente des sommes qui lui sont confiées, la CNSA définit, dans le cadre d'un règlement financier approuvé par les tutelles, sa politique de placement et le cadre prudentiel dans lequel elle s'inscrit<sup>43</sup>. Elle présente annuellement le bilan de l'exercice passé et sa stratégie opérationnelle de placement pour l'année à venir, dans le cadre du comité de suivi que l'État met en place.

La CNSA associe le contrôleur général économique et financier au comité de placement qui établit la stratégie de placement et examine périodiquement le bilan de sa mise en œuvre. Il est tenu régulièrement informé des décisions prises en application de cette stratégie par le comité de trésorerie qui réunit la direction financière et l'agence comptable. Elle informe mensuellement les administrations de tutelle du détail de ses placements de trésorerie.

Dans le cadre de la gestion de l'OGD, la CNSA met en place un comité de conjoncture trimestriel avec les régimes d'assurance maladie afin d'améliorer le suivi et, en particulier, l'analyse des règles de provisionnement.

41) Cf. indicateurs définis en annexes.

42) Les risques actuellement identifiés sont soit de nature exclusivement interne (sécurisation du circuit de paye), soit entre la CNSA et ses partenaires (risques dans la gestion de l'OGD avec les ARS et les quinze régimes d'assurance maladie ; risques dans la gestion des concours avec les conseils généraux ; risque dans la gestion des subventions émergeant sur les sections IV et V du budget de la CNSA, versées à des associations locales, des têtes de réseau, aux conseils généraux, aux OPCA, aux MDPH, ou encore à des organismes de recherche).

43) En raison du rythme de décaissement des plans d'aide à l'investissement, la CNSA bénéficie aujourd'hui d'excédents de trésorerie significatifs, destinés à être décaissés à un horizon de court ou moyen terme de l'ordre de quatre à six ans. Conformément aux règles de la comptabilité publique et au regard des principes indispensables de gestion des risques, l'optimisation des excédents de trésorerie de la CNSA doit passer par des placements sûrs permettant en toute circonstance la restitution du capital placé. L'horizon maximum de ses placements doit être cohérent avec la durée de vie des excédents de trésorerie de la CNSA.

### 4.3.3 Sécurisation de la procédure de mise en œuvre des conventions au titre des sections IV et V du budget de la CNSA

La CNSA gère un montant important de subventions passées au titre des sections IV et V de son budget. Il en résulte une gestion administrative et financière conséquente dans la formalisation, le suivi et le contrôle des contrats. Ces dépenses sont, par ailleurs, les seules dont la CNSA assure directement la gestion ou pour lesquelles elle dispose d'une grande latitude – contrairement aux dépenses des ESMS liées à leur activité ou aux allocations gérées par les conseils généraux.

Dans ce cadre, la CNSA s'engage à porter une attention particulière pour maîtriser les risques, rechercher la performance et éviter les dysfonctionnements susceptibles d'être de nature systémique. La mise en place du contrôle interne contribue notamment à cette gestion du risque<sup>44</sup>.

La CNSA élabore, préalablement à tout visa, une convention type pour les subventions en nombre et les conventions-cadres. Tout changement de clause par rapport à la convention type est signalé avec la demande de visa ou d'avis.

La CNSA met en place un plan de contrôles adapté pour les nouveaux types de convention : elle effectue, pour les conventions-cadres, un contrôle de qualité des procédures de gestion et de contrôle de son délégataire, a posteriori. Elle réalise pour les conventions simples en gestion directe un contrôle de service en s'assurant que la dépense est réelle et justifiée<sup>45</sup>. Les différentes conventions mentionnent systématiquement la possibilité pour la CNSA de réaliser un audit. Le pourcentage du montant des subventions versées ayant fait l'objet d'un contrôle sur place s'élève au minimum à 5 %.

Pour rappel, la CNSA délègue aux ARS la gestion des dossiers de subventions de la section IV du budget liée au renforcement de la professionnalisation des métiers de service auprès des personnes âgées et des personnes handicapées<sup>46</sup> dans les départements n'ayant pas signé de convention avec la CNSA afin de favoriser la proximité et la facilité des échanges. La CNSA privilégie par ailleurs un financement forfaitaire pour les subventions de faibles montants afin d'en simplifier la gestion et le contrôle.

L'État étudie la pertinence d'un allègement du visa du contrôleur financier sur les conventions après évaluation des engagements et réalisations de la CNSA.

### 4.4 Assurer la certification des comptes à compter de l'exercice 2012

Suite à l'audit préparatoire à la certification des comptes effectué en 2011, la CNSA s'engage à nommer un commissaire aux comptes à partir de l'exercice 2012. Dans l'attente d'une évolution de la réglementation permettant de donner un fondement légal à cette nomination, celle-ci interviendra sur une base contractuelle, l'État s'engageant à prendre les dispositions législatives et réglementaires nécessaires.

Outre la nomination sur une base légale d'un commissaire aux comptes, ces dispositions viseront également à clarifier le référentiel comptable applicable à la CNSA pour prévoir une application du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale. Ceci permettra d'assurer l'homogénéité de ses données comptables avec celles des régimes d'assurance maladie qu'elle retrace dans ses comptes.

44) Cf. 4.3.1 Mise en place du contrôle interne, préalable à la certification des comptes.

45) Les conventions relatives aux subventions accordées par la CNSA ne relèvent ni d'une logique de subvention de fonctionnement, ni d'une logique de subvention d'équilibre, mais d'une logique de projet. Il convient d'avoir l'assurance que seules les dépenses inhérentes au projet sont financées et que le projet n'a pas fait l'objet d'un surfinancement.

46) Cf. sous-partie 1.2.3. Améliorer la qualité de prise en charge.

# V - Piloter et évaluer la mise en œuvre de la COG

## 5.1 Formaliser un suivi de la COG

L'État met en place un comité de suivi de la COG qu'il réunit au moins une fois par an, au sein duquel il analyse avec la CNSA les progrès dans la mise en œuvre des actions appelées par cette COG, au regard des indicateurs précisés en annexe 5.

Ces points de situation s'appuient sur :

- les tableaux de reporting que le comité définit pour suivre l'évolution des actions et indicateurs définis à l'annexe 5 ;
- un suivi précis du développement et de l'adaptation des SI.

Dans le cas où le comité de suivi constate la non-atteinte d'un objectif, la CNSA propose les moyens de remédier au défaut constaté et définit un nouveau calendrier en accord avec ses tutelles. Si ces dernières estiment que l'objectif n'est pas atteignable, elles le réévaluent ou le remplacent.

## 5.2 Associer les membres du Conseil à la démarche objectifs/résultats

- Le Conseil de la CNSA, composé d'acteurs représentant l'ensemble du secteur médico-social, est étroitement associé à la démarche objectifs/résultats décrite dans la présente COG.
- Les administrateurs doivent disposer notamment :
  - des tableaux de reporting ;
  - des documents retraçant l'évolution consolidée des différents indicateurs retenus ;
  - des éléments explicitant les mesures correctrices mises en œuvre en cas de besoin ;
  - des documents illustrant les étapes intermédiaires ou le rendu final des recherches menées sur les sujets médico-sociaux.

Le rapport d'activité annuel de la CNSA, soumis au Conseil, intègre une partie consacrée à un bilan d'étape de l'exécution de la COG.

## 5.3 Adapter la COG quand le contexte évolue

La présente convention est adaptée par voie d'avenant au cours de la période 2012-2015 à la demande de l'une ou de l'autre des parties pour tenir compte d'éléments extérieurs nouveaux s'imposant à la CNSA et susceptibles de modifier de façon significative les priorités choisies entre les différentes missions, les objectifs fixés, les charges soutenues par la Caisse et les moyens attribués.

## 5.4 Bilan et évaluation finale de la COG

La dernière année couverte par la convention donne lieu à une évaluation contradictoire de la COG par l'État et la CNSA. Cette évaluation vise à apprécier :

- le degré de réalisation des objectifs,
- la qualité et la sécurisation des procédures mises en œuvre pour les atteindre,
- les résultats obtenus.

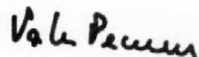
L'évaluation explicite les écarts éventuels. Dans ce cadre, elle distingue les motifs internes et les raisons externes ne pouvant être imputées à la CNSA.

Le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé



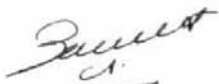
Xavier BERTRAND

La ministre du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État, porte-parole du Gouvernement



Valérie PÉCRESE

La ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

La secrétaire d'État auprès de la ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale



Marie-Anne MONTCHAMP

Le président du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie



Francis IDRAC

Le directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie



Luc ALLAIRE

Fait à Paris, le 24 avril 2012



# Annexes

<b>Annexe 1</b> - Calendrier prévisionnel des principales échéances relatives à l'élaboration des objectifs nationaux, à la notification des dotations régionales et au suivi de l'exécution des campagnes.....	48
1. <i>Construction des objectifs N+1</i> .....	48
2. <i>Construction et notification des dotations régionales N+1 et des dotations anticipées N+ 2 à N+ 5 et suivi de campagne</i> .....	48
<b>Annexe 2</b> - Objectifs de déploiement des systèmes d'information pilotés ou coordonnés par la CNSA.....	50
1. <i>La gestion de répertoires et référentiels</i> .....	51
2. <i>La programmation de l'offre nouvelle et le suivi de l'exécution des programmes</i> .....	51
3. <i>La gestion des ressources allouées au système de prise en charge de la perte d'autonomie (tarification, allocation de ressources, suivi des dépenses)</i> .....	52
4. <i>La connaissance des coûts des structures prenant en charge la perte d'autonomie</i> .....	52
5. <i>La connaissance de l'activité des structures intervenant dans le champ de la perte d'autonomie</i> .....	53
6. <i>L'évaluation de la qualité du service rendu par ces structures</i> .....	55
7. <i>La connaissance des publics pris en charge dans les différents dispositifs</i> .....	56
8. <i>Deux démarches transversales : l'appui à la mise en place d'un système d'information des établissements et services médico-sociaux et la contribution à la construction d'un portail d'information des usagers sur les réponses à la perte d'autonomie</i> .....	56
<b>Annexe 2 bis</b> - Suivi des objectifs SI.....	58
<b>Annexe 3</b> - Données remontées par la CNSA (compensation individuelle).....	60
<b>Annexe 3</b> - Données remontées par la CNSA (compensation collective).....	68
<b>Annexe 3 bis</b> - Liste des indicateurs du lot 1 du SipaPH.....	73
<b>Annexe 4</b> - Tableau des indicateurs du suivi de la COG 2012-2015.....	86

## Annexe 1 - Calendrier prévisionnel des principales échéances relatives à l'élaboration des objectifs nationaux, à la notification des dotations régionales et au suivi de l'exécution des campagnes

Échéance	Rôle État	Rôle CNSA	Rôle ARS
<b>1. Construction des objectifs N+1</b>			
Début juin N		Adresse à la DSS et à la DGCS les premières propositions comprenant : – les propositions de construction des objectifs N+1 ; – les propositions d'enveloppes anticipées à notifier en N+1 (échéance N+2 à N+4 ou N+5)	
juin-septembre N	DSS/DB : organisent les échanges avec les autres administrations centrales et les cabinets concernés et la CNSA en vue des arbitrages interministériels	Réalise des scénarios complémentaires à la demande de l'État. Est associé en tant qu'expert aux échanges entre administrations	
Fin septembre N	RIM arbitrant les objectifs de l'année N+1 et les EA à notifier en N+1	Est associé en tant qu'expert à la préparation de la RIM	
Novembre - décembre N	DSS/DB : organisent les échanges avec les autres administrations centrales et la CNSA sur la préparation de l'arrêté fixant les objectifs nationaux N+1 et les EA à notifier en N+1 en vue d'une publication dans les 15 jours suivants la publication de la LFSS	Expertise : le chiffrage des opérations de transfert et fongibilité en lien avec les directions concernées ; le chiffrage des objectifs (notamment écart OGD/DE)	

Échéance	Rôle État	Rôle CNSA	Rôle ARS
<b>2. Construction et notification des dotations régionales N+1 et des dotations anticipées N+ 2 à N+ 5 et suivi de campagne</b>			
Fin mars N		Présente à son Conseil le bilan de réalisation des plans nationaux et les bilans des autorisations/ installations de N-1	
Avril N			Fournissent à la CNSA les PRIAC actualisés
Juin N		Soumet au CNP les propositions de principes de répartition des enveloppes anticipées à notifier en N+1 (et le cas échéant des mesures nouvelles N+1) : soit la reprise des principes appliqués l'année précédente, soit des propositions d'évolutions de ces principes	

15 juin N	CNP : formule des orientations relatives aux principes de répartition		
Fin juin N		Conseil de la CNSA : se prononce sur les principes de répartition	idem
15 décembre N		Prénotifie aux ARS les enveloppes d'autorisations d'engagement à notifier en N+1 (et le cas échéant des mesures nouvelles N+1) pour observations sur la répartition thématique (par catégories d'ESMS)	
31 janvier N+1			Fournissent à la CNSA le bilan d'exécution de la campagne N Proposent une répartition thématique de leurs dotations anticipées indicatives
Janvier février N+1	DGCS/DSS préparent la circulaire de campagne médico-sociale en liaison avec la CNSA et la soumettent au CNP /SG	Prépare l'instruction budgétaire CNSA en liaison avec DGCS/DSS et la soumet au CNP /SG	
10 février	CNP valide la circulaire et l'instruction de campagne		
15 février N+1	DGCS/DSS adressent la circulaire de campagne médico-sociale aux ARS	Adresse l'instruction budgétaire CNSA aux ARS. Publie la décision du directeur fixant les dotations régionales de l'année N+1 et les dotations régionales anticipées N+2 à N+4 ou N+5	
Mai juin N+1			Fournissent à la CNSA : les prévisions d'exécution de la campagne N+1 les prévisions de réalisations de mesures nouvelles en N+2 (crédits de paiement)
15 octobre N+1		Adresse le cas échéant aux ARS l'instruction budgétaire de fin de campagne (délégation des dernières mesures nouvelles) après validation par le CNP/SG Publie la décision du directeur modifiant en conséquence les dotations régionales de l'année N+1	

## Annexe 2 – Objectifs de déploiement des systèmes d'information pilotés ou coordonnés par la CNSA

Dans ses différents domaines d'intervention, la CNSA est confrontée à la nécessité de collecter, pour ses propres besoins de gestion et de pilotage ou pour le compte d'autres acteurs dont l'État, des informations produites par les réseaux sur lesquels elle s'appuie ou qu'elle finance (MDPH, ARS, conseils généraux), par les acteurs de terrain (établissements et services sociaux et médico-sociaux - ESMS notamment) ou par ses partenaires (Assurance maladie, CAF, Service public de l'emploi, OPCA, etc.).

Cette collecte d'informations peut prendre la forme d'enquêtes statistiques où, dès lors qu'elle devient récurrente voire continue, peut requérir la mise en place d'un système d'échanges automatisé. Elle mobilise ainsi plusieurs types de compétences :

- des compétences métiers, sur les différents champs d'intervention, pour l'expression des besoins d'information et l'identification des données pertinentes ;
- des compétences d'assistance à maîtrise d'ouvrage pour l'identification des besoins d'information et la normalisation des données ainsi que pour l'accompagnement des acteurs devant les fournir ;
- des compétences techniques pour l'élaboration des normes d'échanges automatisés et la maîtrise d'œuvre des systèmes informatiques ;
- des compétences statistiques pour l'analyse et la restitution des données collectées.

L'historique d'un secteur où cette réflexion sur les systèmes d'information est très en retard et l'état très variable de maturation des acteurs dans le domaine des échanges de données ainsi que le faible développement des outils d'échanges automatisés, dû notamment à la multiplicité des intervenants (17 000 ESMS par exemple) sans réseau organisé pour faciliter ces échanges<sup>47</sup>, conduisent à différencier et hiérarchiser les objectifs de la COG en matière de systèmes d'information, pour fixer des ambitions réalistes, compatibles avec les moyens à déployer. Sur certains sujets, l'absence de données immédiatement disponibles ou de langage commun entre les acteurs peut ainsi conduire à limiter l'ambition à la normalisation des données utiles, sélectionnées en fonction de leur enjeu en matière de pilotage et à l'accompagnement des partenaires dans le lancement des travaux internes nécessaires à la production de ces données, sans donner lieu à l'échéance de la COG à l'engagement de travaux visant à la construction d'un système informatisé de collecte. De même, l'importance de l'investissement humain et financier nécessaire à la construction de SI thématiques, impose de réserver cette option aux échanges à forte volumétrie et flux continu et à envisager de répondre aux besoins plus ponctuels, même s'ils sont récurrents, par des dispositifs plus légers de type enquête s'appuyant au besoin sur un outil web.

La présente fiche propose ainsi les priorités d'action en matière de SI pour la période 2012-2015 sur les différents champs de connaissance du domaine de la perte d'autonomie, représentés dans le schéma annexe en les croisant avec les principaux réseaux d'acteurs concernés et en identifiant les administrations de l'État et les opérateurs responsables des actions et projets. Ces priorités se réfèrent aux objectifs métiers retenus dans la COG.

Pour simplifier l'exercice, les outils et projets ont été ainsi regroupés par grandes fonctions assignées aux systèmes d'information de la perte d'autonomie, la distinction entre le champ de la compensation individuelle et celui de la connaissance en matière de compensation collective étant faite au sein de chacune de ces fonctions :

- la gestion de répertoires et référentiels ;
- la programmation de l'offre nouvelle et le suivi de l'exécution des programmes ;
- la gestion des ressources allouées au système de prise en charge de la perte d'autonomie : allocation de ressources aux ESMS, suivi de la consommation de ces ressources ;
- la tarification des structures et la connaissance des coûts de production des services offerts par les structures prenant en charge la perte d'autonomie ;
- la connaissance de l'activité des mêmes structures ;
- l'évaluation de la qualité du service rendu par ces structures ;
- la connaissance des publics pris en charge dans les différents dispositifs et de leur parcours.

47) Les 100 conseils généraux sont ainsi autonomes pour leurs choix de développement des SI et ne se sont pas dotés d'une structure de coordination. Les grands réseaux de l'aide à domicile commencent seulement, avec l'aide de la CNSA, à structurer leur SI interne.

## 1. La gestion de répertoires et référentiels

Le principal répertoire actuellement utilisé dans les systèmes d'information, FINESS, est un outil structurant pour les ARS, sur l'ensemble de leurs champs d'intervention, les directions d'administration centrale et la CNSA (DGCS et CNSA pour les SI des ESMS, DGOS sur le champ sanitaire), l'assurance maladie pour le versement des financements aux ESMS, les conseils généraux pour la gestion des établissements qu'ils financent et les MDPH, pour le suivi des orientations vers ces établissements.

La transversalité du répertoire justifie une gestion de ses évolutions à un niveau inter direction – Secrétaire général et DSSIS – appuyé sur la DREES et l'ASIP santé pour la conception de la nomenclature et sur les réseaux déconcentrés pour l'actualisation des données.

La CNSA est utilisatrice de ce référentiel et n'a pas vocation à en assurer le pilotage (la DREES continuera d'organiser et d'animer son réseau de correspondants dans les ARS). En revanche, elle propose d'intégrer dans les systèmes qu'elle pilote et qui utilisent les données FINESS une fonctionnalité permettant la validation en ligne des données saisies par les utilisateurs de ses systèmes (ARS, MDPH), par interrogation de la base FINESS.

## 2. La programmation de l'offre nouvelle et le suivi de l'exécution des programmes

La CNSA a construit deux outils permettant le suivi des programmations régionales sur le champ des établissements et services médico-sociaux et des ESAT :

- e-PRIAC, outil permettant de collecter les programmations régionales, selon un cadre normalisé, et d'en réaliser une agrégation nationale ;
- SELIA (suivi en ligne des installations et autorisations), qui permet de suivre, à l'échelle de chaque projet, les prévisions et les réalisations d'autorisations et d'installations de places nouvelles, en les rattachant à l'année de notification des crédits correspondants et leurs dates d'ouverture effective.

Pour ces deux outils, seule une maintenance corrective et évolutive est envisagée dans le cadre de la COG, sans modifications majeures :

- l'élaboration des PRS et des schémas régionaux d'organisation sociale et médico-sociale devrait faire évoluer le contenu d'e-PRIAC, sans en changer fondamentalement l'architecture ;
- la précision et le niveau de détail<sup>48</sup> des informations demandées aux ARS dans SELIA devraient s'accroître en cohérence avec le passage à une gestion d'enveloppe distinguant autorisations d'engagement et crédits de paiement.

Par ailleurs, les autres travaux à engager dans ce domaine ne devraient pas déboucher à l'échéance de la COG sur la construction de nouveaux systèmes d'information :

- Il est prématuré d'envisager la conception de nouveaux outils de collecte des besoins des populations en vue d'alimenter l'élaboration des PRS et des programmations. La période couverte par la COG pourrait en revanche être mise à profit, avec l'apport du guide des données locales récemment réalisé par la CNSA, pour réaliser les études préalables visant à identifier les données pertinentes et leurs sources, en vue de définir ultérieurement les modes de collecte et de restitution appropriés. De même, l'élaboration d'un outil de consolidation des programmations départementales ne peut être envisagée à l'échéance de la COG puisqu'elle nécessiterait au préalable d'établir un consensus des acteurs sur leur méthodologie de construction et la normalisation de leur contenu et de leur présentation.
- La CNSA ne peut être l'opérateur technique d'une future plate-forme nationale de publication, voire de dématérialisation des appels à projet (sur le modèle du BOAMP et des plates formes de dématérialisation des procédures de marchés) qui ne relève pas de son métier, dont le champ excède les seuls ESMS qu'elle finance, et exige une continuité d'exploitation et une traçabilité des échanges que seuls peuvent assurer des services spécialisés<sup>49</sup>.
- La question du suivi de la mise en œuvre des appels à projets est distincte de la précédente : l'objectif serait de pouvoir rendre compte de la façon dont la nouvelle procédure se met en œuvre. La réponse à ce besoin de connaissance qualitative ne passera pas par la mise en place d'un système d'information mais plutôt par un système d'enquête complémentaire du travail d'accompagnement du métier des ARS sur ce point. L'outil SELIA sera simplement modifié à la marge afin de suivre le nombre de places autorisées issues d'un appel à projet.

48) Par exemple : mode d'autorisation (consécutif à appel à projet ou non).

49) En outre, le projet de décret relatif à l'appel à projet écarte le principe d'une publication nationale au profit d'une publication locale.

### 3. La gestion des ressources allouées au système de prise en charge de la perte d'autonomie (tarification, allocation de ressources, suivi des dépenses)

#### 3.1 Sur le champ d'intervention des conseils généraux et des MDPH

Les outils existants sont constitués d'enquêtes auprès des départements relatives au suivi des dépenses d'APA et de PCH, réalisées à la fois par la CNSA pour la répartition des concours financiers et par la DREES sur un mode plus détaillé et intégrant des données de connaissance des publics bénéficiaires.

La période de la COG sera mise à profit pour harmoniser les contenus de ces enquêtes et collecter des données cohérentes.

#### 3.2 Sur le champ des ESMS

La principale évolution réside dans la construction, consécutive au rapport IGAS-IGF, et engagée sous le pilotage opérationnel de la CNSA avec l'appui du secrétariat général et des directions d'administration centrale et avec la collaboration des ARS, d'un SI partagé d'allocation de ressources (HAPI : harmonisation et partage d'information) visant à la fois à fournir aux ARS un outil commun de gestion des campagnes médico-sociale au niveau régional et territorial et d'assurer un reporting détaillé à l'échelle de l'établissement, fondé sur les données saisies en continu dans cet outil, et des restitutions adaptées aux besoins des différents échelons.

Ce projet a été lancé pour la campagne 2012. Il constitue, avec l'évolution de SELIA, le principal outil permettant de répondre à l'objectif d'une gestion en crédits de paiement de l'objectif global de dépenses (cf. chapitre 1 de la COG). En permettant une lecture simultanée de données de tarification par la CNSA et les ARS, il sera le support de leur dialogue de gestion. Les moyens consacrés à cet outil doivent être mis au regard des économies qu'il pourra procurer aux deux échelons, par la suppression d'enquêtes spécifiques sur la gestion des campagnes et le gain de temps dans l'exploitation automatisée des données.

Il pourra évoluer pour prendre en compte les évolutions éventuelles du système de tarification (notamment les SSIAD), mais aussi pour intégrer les données issues des applications SAISEHPAD et GALAAD (cf. point relatif à la tarification des EHPAD).

La création d'un système de tarification des SSIAD. Le projet de réforme de la tarification des SSIAD implique la collecte de données individuelles relatives aux patients pris en charge et l'application d'un algorithme visant à les distinguer selon la lourdeur de cette prise en charge. La collecte des données relatives à l'activité et aux coûts de chaque service a été effectuée en 2010 par la DGCS via la plate-forme SPEI de la DREES en vue de déterminer les paramètres du nouveau modèle tarifaire. La CNSA prendra le relais en 2012, en renouvelant et adaptant au besoin l'enquête 2010 puis en construisant si nécessaire (notamment si les modalités de tarification définitives prévoient la possibilité pour les SSIAD d'adresser des données en continu) un système d'information dédié.

Pour identifier les évolutions à apporter aux différentes applications déjà développées sur le champ des ESMS et garantir une bonne articulation entre eux et avec le nouveau système HAPI, une étude d'urbanisation sera lancée par la CNSA au cours du premier semestre 2012. Cette étude prendra notamment en compte les besoins propres des ARS et des administrations centrales concernées.

### 4. La connaissance des coûts des structures prenant en charge la perte d'autonomie

Ce domaine concerne principalement le champ des ESMS. Il regroupe l'ensemble des outils ayant pour objet d'éclairer l'allocation des ressources par la connaissance et la comparaison des coûts de production des services et même, pour certaines structures (EHPAD et SSIAD), à déterminer les moyens financiers alloués en fonction des données qu'elles fournissent.

En allant des outils à visée générale aux outils plus spécifiques, les projets à prendre en compte dans la COG sont les suivants :

a) La maintenance corrective et évolutive par la CNSA de l'outil REBECA de collecte de données de coûts et d'activité des ESMS du secteur personnes handicapées, sur la base du cadre réglementaire normalisé fixé par la DGCS. L'importance des évolutions à apporter à l'outil est liée à deux arbitrages majeurs :

- sur le champ des ESMS pour personnes handicapées, les évolutions dépendent de celles à apporter à la conception même des indicateurs d'activités et de coûts (indicateurs physico-financiers) très inégalement produits par les établissements (20 % de données remontées, contre 80 % sur les données budgétaires et comptables). À l'échéance de la COG, l'objectif pourrait être d'avoir réalisé une revue de ces indicateurs pour identifier les données de base à recueillir pour les construire, en privilégiant ceux bâtis à l'aide de données existant dans les systèmes de gestion des établissements, puis dans une deuxième phase, de faire évoluer l'outil technique pour permettre une collecte directe auprès des ESMS. Ce travail pourrait s'appuyer sur les études menées par l'ANAP sur les données de pilotage des ESMS ;
- le choix de l'extension de l'outil aux ESMS pour personnes âgées répondrait notamment aux attentes de la DSS en matière de gestion du risque dans ces établissements visant à connaître la nature et le détail des dépenses de soins. Il s'agit d'un chantier lourd, dont le champ doit être précisé, et qui pourrait s'envisager selon deux modalités différentes :
  - La construction d'un SI de type REBECA, visant une collecte exhaustive, suppose une adaptation des nomenclatures comptables aux besoins d'information, dans le sens d'un plus grand niveau de détail<sup>50</sup>. Compte tenu de l'investissement nécessaire, elle n'aurait de sens que si son champ était étendu à l'ensemble des dépenses des EHPAD, notamment celles relatives à l'hébergement des personnes âgées, pour répondre à l'ensemble des besoins de connaissance, en particulier sur le reste à charge des résidents (cf. mission ajoutée au 11° de l'article L. 14-10-1 par la LFSS). Une telle option suppose par ailleurs de déterminer les modalités de pilotage du projet et la coordination des différents acteurs (DGOS et DGFIP sur les EHPAD publics à gestion hospitalière) ; et la production par la DGCS et DGOS des textes réglementaires permettant la production obligatoire de ces données.
  - La réalisation d'enquêtes plus fines de coûts analytiques sur échantillon (du type études de coûts associées au PMSI) pourrait constituer une alternative satisfaisante à l'échéance de la COG dans la mesure où elle permettrait d'obtenir des résultats plus détaillés et plus fiables (grâce à l'accompagnement des établissements de l'échantillon). Une telle étude de coûts est en outre nécessaire pour consolider le dispositif de tarification au GMPS en permettant un rapprochement entre les recettes produites et les dépenses observées. La réalisation par l'ATIH d'étude de coûts sur échantillon dans le secteur médico-social est inscrite dans son contrat d'objectifs et de performance, avec en priorité le lancement, à l'horizon de 2012, d'une première étude portant sur les EHPAD.

b) L'outil de suivi des conventions tripartites de médicalisation SAISEHPAD devrait être intégré dans le système de gestion de campagne (cf. point 3) ou articulé avec lui.

## 5. La connaissance de l'activité des structures intervenant dans le champ de la perte d'autonomie

### 5.1 Sur le champ d'intervention des conseils généraux et des MDPH

La CNSA a engagé depuis sa création, conformément à la mission donnée par l'article L 247-2 du CASF, la construction d'un système d'information partagé avec les MDPH (SipaPH) couvrant la connaissance de l'activité de celles-ci et notamment des décisions des CDAPH et la connaissance des caractéristiques de la population handicapées qu'elles accueillent.

Pour assurer cette mission, la CNSA a dû composer avec la liberté d'organisation et de choix laissée aux MDPH et aux conseils généraux pour la construction de leurs propres systèmes de gestion, en agissant en appui au réseau (fourniture de spécifications fonctionnelles ; échanges avec les éditeurs de logiciels, appui financier) et sur le mode incitatif. Cette démarche a permis d'assurer la couverture de la quasi-totalité du territoire par des systèmes de gestion propres des MDPH, en substitution aux anciens outils de l'État, mais n'a pas encore produit ses effets en termes de remontées d'information automatisées, la CNSA étant actuellement en phase de test des premiers « extracteurs » développés par les éditeurs.

C'est pourquoi les priorités d'action relatives au SipaPH visent l'achèvement et la consolidation de l'outil :

- la généralisation de la collecte automatisée des informations par le développement des extracteurs pour limiter les risques de rupture des séries statistiques sur les indicateurs, en particulier ceux servant à l'élaboration du PAP et du RAP du programme Handicap et dépendance. Cette priorité pourra conduire l'État à prendre les dispositions législatives et réglementaires permettant de conditionner une partie du concours financier versé aux conseils généraux pour le fonctionnement des MDPH à la fourniture des données.
- L'appui aux MDPH pour le développement d'échanges d'information avec les ESMS pour suivre les orientations vers ces structures décidées par la CDAPH. Ce projet pourrait comprendre, à l'échéance de la COG :

<sup>50</sup> Par exemple, la nomenclature M22 des ESMS publics ne distingue que « rémunération du personnel médical » et « rémunération du personnel non médical ».

- l'analyse des dispositifs expérimentaux existant dans quelques départements ;
- l'identification et la normalisation des données pertinentes pour organiser les échanges établissements/MDPH et alimenter le système d'information de celles-ci ;
- l'appui à l'élaboration et si possible au déploiement des solutions techniques (non nécessairement automatisées) support de ces échanges ;
- la définition des modalités d'intégration de ces données dans le SipaPH.

c) La fiabilisation du SipaPH par la certification des identifiants des personnes via le système national de gestion des identifiants (SNGI) géré par la CNAVTS, afin de garantir l'absence de doublons et d'erreur d'identité et permettre ainsi aux MDPH de prévenir la fraude. La CNAVTS (DSINDS de Tours) conditionne toutefois l'accès des MDPH au SNGI à l'attribution à la CNSA d'un rôle de tiers de confiance (garantissant le respect des contraintes de sécurité) et d'interlocuteur technique unique, chargé de mettre en place et d'administrer sous sa responsabilité un réseau sécurisé. Il s'agit d'un chantier lourd et coûteux en charges de gestion mais assurant une mutualisation des coûts d'accès des MDPH et pouvant permettre d'obtenir de réels gains d'efficacité dans la gestion des prestations par celles-ci, et de limiter fortement le risque de fraude qui ne peut pas être mesuré aujourd'hui. La CNSA réalisera une étude préalable pour évaluer les charges financières et les moyens humains et techniques nécessaires avant le déploiement de ce service après arbitrage sur les modalités de celui-ci avant la fin du premier semestre 2013.

Au-delà de ces priorités, la maintenance de l'outil prendra en compte l'élargissement progressif du périmètre des données (sphères famille, emploi et éducation nationale), pour consolider la vocation d'outil d'aide à la décision publique du SipaPH, en privilégiant celles permettant une alimentation centralisée (par exemple les données détenues par les CAF via le SI de la CNAF) et les économies de gestion administrative des acteurs publics concernés.

En effet, la CNSA accompagne les travaux visant à la dématérialisation d'échanges d'informations électroniques des MDPH avec leurs partenaires sur les « sphères » famille, copilotée avec la CNAF et la CCMSA, emploi, copiloté avec l'AGE-FIPH et Pôle emploi et éducation, copilotée avec l'Éducation nationale. Ces travaux pourraient aboutir, à l'échéance de la COG, à la formalisation de la cartographie des flux existants entre les acteurs locaux, à des propositions de simplification en vue de leur automatisation et au début de mise en œuvre de certains flux d'échanges automatisés, sous le pilotage du partenaire concerné.

Ce projet complexe et structurant pour l'organisation des MDPH est complété par le chantier de l'expérimentation de dématérialisation des formulaires de demandes de prestations auprès des MDPH, conduit par la DGCS avec la maîtrise d'œuvre de la DGME et l'appui de la CNSA. Celle-ci diffusera les spécifications validées dans le cadre de l'expérimentation à l'ensemble des MDPH et des conseils généraux en vue de favoriser le déploiement de ce type de dispositif

L'ensemble de ces chantiers de dématérialisation doivent être considérés comme les éléments d'un même projet (la DGCS propose d'ailleurs de mettre en place un comité de suivi, dont le rôle sera d'assurer une cohérence d'ensemble), le risque étant dans le cas contraire d'aboutir à un SI « puzzle » qui générerait à terme plus de difficultés que d'efficacité dans les traitements. Sans viser une organisation « zéro papier », utopique, la dématérialisation coordonnée des échanges apporterait contribuerait à l'amélioration de leur fiabilité des échanges et de leur qualité, tout en permettant des gains d'efficacité dans les MDPH.

## 5.2 Sur le champ des ESMS

Le seul système de collecte automatisé sur ce champ est REBECA, qui recueille quelques données et indicateurs d'activité en sus des données budgétaires et comptables. La seule extension envisageable à l'échéance de la COG est la collecte des données budgétaire et comptable des EHPAD, à condition toutefois que les nomenclatures comptables aient pu évoluer pour que les données collectées soient utiles à la connaissance des coûts de fonctionnement. Il conviendra en outre de trancher si la collecte de données est limitée à celles de la section soins ou de la totalité des sections. En revanche, les travaux menés avec l'ANAP sur l'identification des données pertinentes de pilotage (à l'échelle de l'établissement et pour ses échanges avec ses financeurs) sur les différents domaines coûts, activité, qualité de service et connaissance des publics accueillis) pourraient permettre d'aboutir à cette échéance à la définition des données cibles et à leur normalisation, permettant de passer ultérieurement à la construction du ou des outils techniques de collecte<sup>51</sup>.

51) Il est probable que la diversité des activités et des publics des ESMS conduisent à envisager des périmètres de données différents et des outils adaptés pour certaines catégories.



Dans cette attente, la connaissance de l'activité des structures pourra donner lieu à des enquêtes spécifiques pilotées par la CNSA mais appuyées sur la plate-forme SPEI de la DREES, à l'instar de l'enquête MAUVE sur Équipes spécialisées Alzheimer.

Après l'enquête PASA UHR déjà programmée, la CNSA se dotera d'un outil d'enquête propre pour 2013, ou se rapprochera du ministère pour étudier l'éventuelle mutualisation d'un outil existant.

### 5.3 Sur le champ des MAIA

La CNSA a financé et fait réaliser en 2011 une étude préalable à la construction d'un futur système d'information des MAIA<sup>52</sup> afin d'établir une cartographie des échanges entre acteurs locaux de la prise en charge et de proposer les scénarios possibles pour ce SI, qui reprendra largement des briques de solution déjà existantes. Sur la base de cette étude, l'État définira les modalités de financement et de maîtrise d'ouvrage de ce projet transversal qui associera l'ASIP santé.

À la demande de l'État, la CNSA conduit les études préalables en vue de l'élaboration d'un outil d'évaluation multidimensionnelle informatisé à partir de l'adaptation du GEVA à la situation des personnes âgées en perte d'autonomie, à destination dans un premier temps des gestionnaires de cas des maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes malades d'Alzheimer (MAIA). Elle financera le développement de l'outil informatique ainsi que son déploiement dans les MAIA. La première version dématérialisée de l'outil sera livrée au début de l'année 2012. L'application informatique permettant la saisie des données et la production d'informations statistiques et de donnée de pilotage sera livrée début 2013.

### 5.4 Sur le champ des services d'aide à domicile

La CNSA s'est engagée dans une démarche de rapprochement des acteurs (fédérations de l'aide à domicile et financeurs) en vue de la normalisation dans le cadre des processus de l'AFNOR de leurs échanges d'information. Finançant en effet la modernisation des SI des têtes de réseaux (UNA, ADMR) elle les a incités à accepter le principe de cette normalisation visant à garantir un certain niveau d'interopérabilité des SI, et de ce fait des économies de gestion tant au niveau des SAAD qu'au niveau des financeurs des prestations (CG, CAF, caisses de retraite...). Cette démarche pourrait permettre de réaliser dans les 2 ans les travaux d'identification des données pertinentes (prestations d'AMOA) et d'élaboration des normes d'échange (soutien éventuel de la CNSA à un projet présenté par l'association de « prénormalisation » EDI-SANTE) puis d'en assurer la diffusion. Le soutien de l'État pourrait prendre la forme d'une validation réglementaire des normes d'échanges qui deviendraient ainsi opposables à l'ensemble des acteurs.

D'autre part, la CNSA s'est engagée en soutien de l'ANSP et de l'ACCOSS dans la mise en œuvre d'un mécanisme de tiers payant dans le cadre du CESU APA/PCH ; le but étant d'inciter les départements à verser sous forme de CESU les prestations APA et PCH. Ce dispositif permettra notamment aux départements de ne payer que la part des cotisations sociales correspondant aux salaires effectivement versés par le bénéficiaire APA (les CESU non utilisés par les bénéficiaires sont remboursés au financeur). Les recettes ainsi dégagées correspondent à un pourcentage susceptible d'atteindre 10 à 15 % du montant des allocations versées. À l'échéance de la COG, la grande majorité des départements devrait avoir mis ce dispositif en place.

Par ailleurs, d'autres besoins de connaissances pourront être couverts par des enquêtes spécifiques à l'instar de celle que la CNSA a proposée pour l'analyse du contenu des plans d'aides APA dans le cadre de la mission qui lui a été confiée par l'État. Selon l'ampleur de ces chantiers, ils pourront donner lieu à un avenant à la COG.

## 6. L'évaluation de la qualité du service rendu par ces structures

Dans ce domaine, la priorité n'est pas à la construction de système d'échanges automatisés mais d'abord à l'élaboration des indicateurs d'évaluation de la qualité. Cette mission relève au premier chef de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), constituée sous forme de GIP dont la CNSA est membre et auquel elle apporte une partie de son financement, conjointement avec l'État. Les travaux déjà réalisés par l'ANESM l'ont conduit à organiser des enquêtes récurrentes auprès des établissements, exhaustives ou sur échantillon (sur la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, sur la bientraitance dans les EHPAD), complétées par des enquêtes ponctuelles sur échantillon.

52) Qui pourraient devenir des services médico-sociaux dans leur phase de généralisation.

Ces enquêtes s'appuient sur les plateformes techniques de la DREES (SPEI) ou de la DGCS (outils CINODE et SOLEN)

Dans la perspective de la montée en charge de la collecte des données ainsi élaborées auprès des établissements, il est proposé que la CNSA assure le support technique de ces travaux (la maîtrise d'ouvrage et la conception statistique restant prises en charge par l'ANESM), notamment s'ils devaient déboucher sur la création d'un système d'information pérenne en relais des enquêtes récurrentes.

Par ailleurs, la CNSA assurera en direct le financement de la reconduction des enquêtes existantes, pour le compte de l'ANESM, sur le champ de sa compétence.

## 7. La connaissance des publics pris en charge dans les différents dispositifs

La fonction de connaissance des publics est couverte à la fois par des enquêtes spécifiques menées notamment par la DREES (enquêtes APA-PCH) et en partie par les systèmes d'information automatisés existants<sup>53</sup>.

Les travaux à conduire sur la durée de la COG comprendront :

- La recherche d'une meilleure articulation entre les enquêtes DREES et les données collectées par la CNSA sur le champ des personnes handicapées via le SipaPH, en vue d'éviter les redondances, les enquêtes DREES ayant vocation à terme à ne recueillir que les données non fournies par ce système ;
- L'enrichissement du SipaPH par l'intégration des résultats anonymisés des évaluations réalisées avec le GEVA. Cet objectif implique surtout le déploiement, chez les partenaires des MDPH concourant à l'évaluation, d'outils interopérables avec le GEVA (« GEVA-compatibles »). La CNSA conduira une action d'assistance à maîtrise d'ouvrage auprès des réseaux partenaires des MDPH pour le développement et le déploiement de ce type d'outil.
- Sur le champ des personnes âgées, l'outil de suivi des validations des coupes AGGIR et PATHOS, GALAAD, légué début 2010 à la CNSA par la CNAMTS, dont le réseau des DRSM assurait jusqu'ici la maintenance, devra vraisemblablement faire l'objet d'une refonte complète à l'échéance de la COG afin de permettre des évolutions possibles du référentiel PATHOS<sup>54</sup>. Cette refonte ne devrait toutefois pas intervenir avant 2013, afin de laisser le temps nécessaire au déroulement des travaux relatif au référentiel et au recueil des besoins fonctionnels des utilisateurs. Dans cette attente, la CNSA se limitera à la maintenance corrective de l'application, à l'intégration de processus de sécurisation et de traçabilité des accès conformément aux demandes de la CNIL et à l'établissement des interfaces avec le système de gestion des campagnes.

## 8. Deux démarches transversales : l'appui à la mise en place d'un système d'information des établissements et services médico-sociaux et la contribution à la construction d'un portail d'information des usagers sur les réponses à la perte d'autonomie

Même si cette note traite des systèmes d'information de manière large, à savoir l'ensemble des dispositifs permettant des échanges et remontées de données, le terme de « système d'information » est également utilisé de façon plus restrictive pour désigner des remontées de données issues d'extractions automatisées à partir de systèmes constitués et renseignés au fil de l'eau. Il s'oppose alors à la notion d'« enquêtes » (remontées des informations pouvant provenir de sources différentes, renseignées à un moment donné par les répondants ; la collecte des informations peut toutefois être informatisée par le biais d'une plateforme web).<sup>55</sup>

Dans le champ de la compensation collective, les nombreuses données issues des établissements et services médico-sociaux remontent par le biais d'enquêtes. Seul l'outil REBECA peut être vraiment considéré comme un système d'information dans la mesure où les données des comptes administratifs et budgets exécutés qui l'alimentent sont issues des systèmes comptables des ESMS concernés.

53) Par exemple :

Secteur PH : données individuelles anonymisées du SipaPH.

Secteur PA : GALAAD contient sous forme anonymisée les profils des résidents en EHPAD, évalués au travers de la grille AGGIR (dépendance) et du référentiel PATHOS (soins requis).

54) L'outil informatique ne distingue pas la fonction collecte de données de l'algorithme de calcul du PMP, rendant toute évolution de celui-ci impossible sans réécrire l'application.

55) Le SipaPH est un système d'information dans la mesure où il permet de faire remonter les informations contenues dans les systèmes d'information de gestion des MDPH ; le suivi de l'activité des AJ-HT est une enquête dont la collecte est toutefois informatisée.



Le passage d'un dispositif d'enquêtes à un système d'information répondrait à un enjeu de rationalisation et de simplification des remontées de données. Il suppose toutefois une double démarche de normalisation : une normalisation des données puis une normalisation technique.

Sur la période de la COG, il est proposé d'engager la démarche préalable à la mise en place d'un SI ESMS, en engageant sur les deux premières années le travail de normalisation des données, pour l'ensemble des ESMS, à partir des besoins identifiés aujourd'hui. C'est ce travail que l'ANAP a vocation à alimenter (cf. 4.a).

À l'issue de cette période, la poursuite du chantier vers une normalisation technique pourra être décidée, en commençant par exemple par une catégorie d'ESMS (cf. SSIAD,) pouvant déboucher sur la publication de normes opposables (visant à la fois la nature des données et les normes d'échanges techniques). Le passage à une collecte automatisée de données passera ensuite par une phase de travail avec les fédérations d'établissements et les éditeurs de logiciels de gestion des établissements pour l'intégration des normes dans ces logiciels, puis par la construction des infrastructures techniques.

L'État engagera la réflexion avec le Secrétariat du CNP des ARS, la DSSIS, l'ANAP et la CNSA pour définir les modalités de la maîtrise d'ouvrage de ce système d'information.

Par ailleurs, à la demande de l'État, la CNSA réalisera, en liaison avec les administrations centrales, l'ASIP, l'ADF et les réseaux professionnels 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). La mise en concurrence pour le recrutement d'un prestataire chargé de cette étude sera lancée au cours du premier quadrimestre 2012.

Sur la base de cette étude, l'État décidera, avec les acteurs concernés, des modalités de mise en œuvre de ce projet et de son financement



## Annexe 2 bis - Suivi des objectifs SI

SI (existant ou non)	Objectif : évolutions fonctionnelles/autre		Objectif inscrit dans la COG et calendrier		Agenda		Commentaire
	Nom	Fonctionnal.	Étude	Réal°	Année	Durée de la COG	
<b>Outillage ARS</b>							
e-PRIAC	Suivi de la programmation	Maintenance corrective et évolutive : adaptation au suivi en AE et en CP	x		2012		
SELIA	Gestion des autorisations	Maintenance corrective et évolutive : adaptation au suivi en AE et en CP évolutions fonctionnelles confortant l'interopérabilité HAPI	x			x	En lien avec étude urbanisation
HAPI	Tarifification ESMS champ ARS	Effectivité de l'emploi de l'outil HAPI aux fins de tarifification (et non reporting) par les ARS	x		2012		Déploiement V1 en 2012
REBECA	Remontée des comptes administratifs (PH)	Évolutions fonctionnelles confortant l'interopérabilité avec les outils connexes aux besoins de tarifification : suivi places, médicalisation, approbation des comptes administratifs pour intégration des résultats approuvés à la tarifification, indicateurs MS...	x			x	En lien avec étude d'urbanisation et selon avancement MO État (choix indicateurs)
GALAAD	Référentiel évaluation soins	Extension aux EHPAD ? Intégration d'indicateurs de performance ?	x		2012		En lien avec étude urbanisation, dans le cadre du schéma directeur des ARS (articulation REBECA-PRISME)
		Refonte en lien avec les évolutions de PATHOS (suite travaux comité scientifique : 2012)	x		2013		

Tarifification des SSIAD (pas de SI)	Analyse besoin automatisation des remontées de données pour tarification des SSIAD	X	2012	2012 : actualisation de l'enquête
	Alignement avec l'évolution de HAPI	X		En lien avec le calendrier de la réforme de la tarification des SSIAD
Étude d'urbanisation SI-MS du champ ARS	Urbanisation des SI-ARS : e-SELIA, HAPI, REBECA, GALAAD, SAISEPHAD Outilage GDR Conception du « SI des ESMS » permettant la collecte au niveau établissements des indicateurs (GDR, ANAP, HCAM, ANESM expérimentation art.67...)	X	2012	Étude devant permettre : - décision 2013 sur le traitement des comptes administratifs pour mise en production 2014 (GDR) - proposition [2013] sur les modalités de suivi/synthèse des indicateurs MS (TBB ANAP, expérimentation art.67...) incluant collecte au niveau des établissements
<b>Outillage MDPH : suivi données d'activité</b>				
SipaPH	Exhaustivité du renseignement par les MDPH sur les données du lot 1	X	2012	
	Élargissement progressif du périmètre des données au-delà du lot 1	X		Développement du périmètre fonctionnel de SipaPH + intégration de données issues d'autres opérateurs
	Amélioration du renseignement du RAP 157 et du PQE et contribution à l'alimentation TBB Pilote AAH	X		
	Certification des identifiants	X	2012	Lutte contre la fraude en MDPH
<b>Communication grand public</b>				
Portail grand public	Conception	X	2012	Réalisation selon résultats étude
<b>Autre outillage : professionnels, secteur</b>				
SI MAIA	Gestion des cas GEVA-A	X	2012 (V1)	Voir nouvelle version

### Annexe 3 - Données remontées par la CNSA (compensation individuelle)

Données	Mode de collecte	Périodicité/disponibilité	Transmission à l'État	Commentaires/Caractéristiques	Utilisation faite/utilité
<p><b>Remarque :</b> les données dont dispose la CNSA sont issues des MDPH et concernent l'activité de la MDPH (demandes, décisions, évaluation...) et les caractéristiques des personnes. Les données relatives aux paiements ou aux bénéficiaires incombent aux organismes payeurs (conseil général pour la PCH et l'ACTP, CNAF pour l'AAH et l'AAEH. Un certain nombre de données incombent aux partenaires (Éducation nationale, ESMS, emploi, pour les suites données aux décisions d'orientation. Sans retour d'information auprès de la MDPH, le délai de réalisation des décisions de paiement ne peut être connu de la MDPH).</p>					
<p><b>Compensation individuelle</b></p>					
<p><b>Budgets consolidés des MDPH</b> ressources dépenses effectifs</p>	<p>Issues des <b>CG et/ou des MDPH</b> dans le cadre d'échanges avec la CNSA sur les <b>maquettes budgétaires</b></p>	<p>Une fois par an données remontées par les conseils généraux et/ou les MDPH avant le 20 avril N+1 (convention CNSA/CG), dans les faits, collecte jusqu'en août N+1 Analyse par la CNSA des comptes consolidés présentée en octobre N+1</p>	<p>.Destinataire de la présentation consolidée en octobre N+1</p>	<p>Ensemble des ressources et des dépenses de la MDPH, qu'elles soient ou non intégrées au budget du GIP  Transmission de l'étude des données MDPH aux CG et MDPH</p>	<p>Connaître le coût réel d'une MDPH, et la répartition entre les différents financeurs. Faire évoluer la participation de la CNSA. Faciliter les comparaisons entre MDPH</p>
<p><b>Fonctionnement et organisation des MDPH</b> accueil évaluation projet de vie plans personnalisés de compensation organisation des CDAPH locaux territorialisation partenariats et conventions médiation/conciliation</p>	<p>Issues des MDPH via une <b>enquête annuelle</b> de la CNSA depuis 2007 (données 2006)</p>	<p>Une fois par an, données remontées par les MDPH avant le 2 avril N+1 (convention CNSA/CG), dans les faits, collecte jusqu'en juin N+1 Analyse par la CNSA présentée au Conseil de juin N+1 Restitution comparée restituée aux conseils généraux et MDPH en juin N+1 et intégration dans la synthèse des rapports annuels des MDPH présentée au Conseil de la CNSA en octobre N+1</p>	<p>.Mise à disposition progressive des données par département sur l'extranet de la CNSA à partir de 2011 .Destinataire des restitutions comparées en juin N+1 .Destinataire de la synthèse nationale analysée dans le cadre de la synthèse des rapports des conseils généraux en octobre N+1</p>	<p>Données déclaratives MDPH, fragiles issues de procédures de recueil très peu informatisées pour toute la durée de la COG</p>	<p>Connaître les différents modes d'organisation et de fonctionnement des MDPH</p>

<p><b>Suivi de l'activité des MDPH</b> nombre et nature des demandes nombre et nature des décisions (accords/refus) recours délais moyens de traitement stocks de demandes nombre de personnes ayant déposé une demande activité de l'accueil activité et nature de l'évaluation projets de vie contenu des plans personnalisés de compensation contentieux (médiation/conciliation)</p>	<p>Issues des MDPH via une <b>enquête annuelle</b> de la CNSA depuis 2007 (données 2006)</p>	<p>Une fois par an, données remontées par les MDPH avant le 2 avril N+1 (convention CNSA/CG), dans les faits, collecte jusqu'en juin N+1 Analyse par la CNSA présentée au Conseil de juin N+1 Restitution comparée restituée aux conseils généraux et MDPH en juin N+1 et intégration dans la synthèse des rapports annuels des MDPH présentée au Conseil de la CNSA en octobre N+1</p>	<p>.Mise à disposition progressive des données par département sur l'extranet de la CNSA à partir de 2011 .Destinataire des restitutions comparées en juin N+1 .Destinataire de la synthèse nationale analysée dans le cadre de la synthèse des rapports des conseils généraux en octobre N+1</p>	<p>Données déclaratives MDPH. Ces données nécessitent d'être «retravaillées» pour certaines ou ne sont pas encore disponibles dans toutes les MDPH</p>	<p>Suivre et analyser l'activité des MDPH Rendre possible les comparaisons entre MDPH Aider à la décision dans le cadre de l'élaboration des schémas départementaux et pour les orientations de la politique nationale Renseigner les indicateurs du PAP 157: 1.1.1 : délai moyen de traitement des dossiers relatifs aux enfants 1.1.2 : délai moyen de traitement des dossiers relatifs aux adultes Renseigner les indicateurs du PQE à partir de 2012 (à partir du SipaPH): 2.3.b : taux de recours contentieux concernant la PCH</p>
<p><b>Données issues de l'évaluation : Caractéristique des personnes</b> sexe/âge... Type de déficience évaluation des besoins</p>	<p>Issues des MDPH via le <b>SipaPH</b> À partir de 2014</p>	<p>À partir des dates indiquées ci-contre: .Alimentation mensuelle des données individuelles .Tableaux de restitution des données agrégées au mois M+1 des mois précédents .Analyse annuelle approfondie CNSA à partir des données individuelles en juin N+1</p>	<p>.Accès direct aux données individuelles, selon les droits prévus par le décret du 22 août 2008 .Accès aux tableaux de restitution pré-formatés .destinataire des analyses</p>	<p>Données issues des SI des MDPH</p>	<p>Idem</p>
<p><b>Données issues de l'évaluation : Caractéristique des personnes</b> sexe/âge... Type de déficience évaluation des besoins</p>	<p>Issues des MDPH via le <b>SipaPH</b> À partir de 2014</p>	<p>À partir des dates indiquées ci-contre : .accès direct aux données individuelles et agrégées conformément au décret du 22 août 2008 .accès aux tableaux de restitution pré-formatés .destinataire des analyses</p>	<p>Tableaux de restitution à définir dans le cadre de la gouvernance du SipaPH Informatisation préalable des éléments de l'évaluation : périmètre des données et format d'échange à définir</p>	<p>Tableaux de restitution à définir dans le cadre de la gouvernance du SipaPH Informatisation préalable des éléments de l'évaluation : périmètre des données et format d'échange à définir</p>	<p>Connaître les caractéristiques des personnes, leurs besoins et les réponses apportées pour aider à la décision dans le cadre de l'élaboration des schémas départementaux et pour les orientations de la politique nationale</p>

Données	Mode de collecte	Périodicité/disponibilité	Transmission à l'État	Commentaires/Caractéristiques	Utilisation faite/utilité
<p><b>Suivi de l'AAH</b></p> <p>Nombre de demandes &lt;</p> <p>Nombre de décisions (accords/refus L821-1 L821-2)</p>	<p>Données issues d'<b>ITAC (ancien logiciel)</b> - dernières données disponibles : 2007</p>	<p>Analyse conjointe DREES-CNSA ponctuelle fournie en 2009 à partir des données 2007, ITAC</p>		<p>Les données ITAC 2007 ont permis une analyse nationale, ce qui n'a plus été le cas à partir de 2008 (du fait de la bascule des MDPH vers leur nouveau SI)</p> <p>Une analyse statistique identique à celle réalisée en 2009 est devenue impossible en l'absence de données individuelles au niveau national</p> <p>Depuis 2008, la connaissance de l'AAH n'est plus que produite par les données de l'enquête annuelle (voir « Suivi de l'activité des MDPH »)</p>	<p>Repérer la dynamique de la prestation pour définir un plan d'action</p> <p>les indicateurs PAP relatifs à l'AAH concernant les paiements sont par conséquent fournis par la CNAF</p>
	<p><b>Issues des MDPH via le SipaPH à partir de 2012</b></p>	<p>.Alimentation mensuelle des données individuelles</p> <p>.tableaux de restitution des données agrégées au mois M+1 des mois précédents</p> <p>.analyse annuelle approfondie CNSA à partir des données individuelles en juin N+1</p>	<p>.Accès direct aux données individuelles et agrégées conformément au décret du 22 août 2008</p> <p>.accès aux tableaux de restitution pré-formatés</p> <p>.destinataire des analyses</p>		



<p><b>Suivi des décisions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- suite donnée à une décision d'orientation</li> <li>- délai de mise en œuvre de la décision d'orientation</li> <li>- délai de réalisation du paiement</li> </ul>	<p><b>SipaPH</b> à partir de l'alimentation des SI des MDPH concernant la date de réalisation de la décision par les partenaires (CG, CAF, CPAM, ESMS, Pole Emploi, Éducation nationale</p>	<p>Non disponible avant l'alimentation du Sipaph des données de réalisation de décision (qui nécessitent que les MDPH disposent de retours d'information de la part de leurs partenaires)</p>	<p>À partir des données du Sipaph :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.accès direct aux données individuelles et agrégées, conformément au décret du 22 août 2008</li> <li>.accès aux tableaux de restitution pré-formatés</li> <li>.destinataire des analyses</li> </ul>	<p>L'indicateur du délai moyen de réalisation des décisions d'orientation est identifié prioritaire dans le SIPA-PH</p> <p>les données de suivi des décisions sont prévues dans le Sipaph mais le calcul de ces indicateurs implique que les MDPH aient des retours d'information des ESMS afin de pouvoir renseigner pour chaque personne les suites données aux décisions d'orientation, et des retours d'information des payeurs pour connaître le délai moyen de paiement</p> <p>Remarque : en l'état actuel, le SIPA-PH contient les données des SI MDPH, mais pas les données des SI des conseils généraux, ni des autres partenaires</p>	<p>Disposer d'une analyse des besoins satisfaits et des besoins non satisfaits permettant de nourrir les travaux de programmation et planification en offre d'ESMS au niveau local par les ARS et les conseils généraux ainsi qu'au niveau national</p> <p>.Attention, les MDPH n'ont pas les moyens d'obtenir ces données en l'absence d'échanges informatisés avec tous les ESMS qui sont irréalisables dans la durée de la COG. C'est la définition de l'indicateur lui-même qui pose problème.</p> <p>Renseigner l'indicateur PQE :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- indicateur 2.2.b : délai de réalisation des décisions d'orientation en ESMS</li> </ul> <p>Renseigner les indicateurs PAP 157</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- indicateur 1.2.2 : délai moyen de réalisation des décisions d'orientation en ESMS prises par la CDAPH</li> <li>- indicateur 1.2.1 : délai moyen de réalisation des mesures à caractère financier décidées par la CDAPH</li> </ul>
<p><b>Satisfaction des usagers</b></p>	<p>Questionnaires remplis par des usagers des MDPH dépouillés par un prestataire unique pour toutes les MDPH utilisant le dispositif national</p>	<p>Une fois par trimestre</p>	<p>Résultats trimestriels</p>	<p>Analyse des grandes tendances d'évolution : dispositif national trop peu utilisé par les personnes handicapées donc autre dispositif à mettre en place à partir de 2013 en lien avec les MDPH, Cg et associations</p>	<p>Suivi de l'évolution de la satisfaction des usagers</p>

<p><b>Suivi de la montée en charge de la PCH</b> Nb de demandes de PCH (enfants/adultes) Nb de décisions PCH (accordées/refusées - enfants/adultes) contenu de la PCH par élément</p>	<p>Issues des MDPH via une <b>enquête mensuelle</b> CNSA depuis 2006</p>	<p>Tous les mois Analyse par la CNSA deux fois par an présentée aux Conseils de la CNSA : en octobre N sur les 6 premiers mois de l'année N et en juin N+1 sur l'année N</p>	<p>.Mise à disposition progressive des données par département sur le site extranet de la CNSA .destinataire des analyses semestrielles et annuelles</p>	<p>Données déclaratives MDPH</p>	<p>Suivre la montée en charge de la PCH depuis 2006 Renseigner les indicateurs du PQE : indicateur 2.3.a : nombre de décisions de PCH rendues indicateur 2.3.b : contenu de la prestation de compensation</p>
<p><b>Bénéficiaires/personnes payées</b> Nb de bénéficiaires d'un paiement de PCH entre le 1er janvier et le 31 décembre N-1 (en ne comptant qu'une fois le même bénéficiaire) (enfants/adultes)</p>	<p>Données issues des conseils généraux (services PA/PH)</p>	<p>Une fois par an : transmis par les conseils généraux avec les données financières entre février et juillet N+1</p>	<p>Transmission à la DGCS des données par département</p>	<p>Données d'information analytiques transmises aux CG lors de la régularisation du concours</p>	<p>Contrôle de cohérence pour le suivi des dépenses (calcul du coût par bénéficiaire...) Critère de calcul de répartition du concours</p>
<p>Nb de bénéficiaires d'un paiement de ACTP entre le 1er janvier et le 31 décembre N-1 (en ne comptant qu'une fois le même bénéficiaire)</p>	<p>données issues des conseils généraux (services PA/PH)</p>	<p>Une fois par an : transmis par les conseils généraux avec les données financières entre février et juillet N+1</p>	<p>Transmission à la DGCS des données par département</p>	<p>Données d'information analytiques transmises aux CG lors de la régularisation du concours</p>	<p>Contrôle de cohérence pour le suivi des dépenses (calcul du coût par bénéficiaire...) Critère de calcul de répartition du concours</p>
<p><b>Dépenses de PCH et d'ACTP:</b> Dépenses mensuelles de PCH/par département (enfants/adultes) dépenses mensuelles d'ACTP/par département</p> <p>Dépenses annuelles de PCH/par département (enfants/adultes) dépenses annuelles d'ACTP/par département</p>	<p>Données issues de la DGFIP (consolidation des données des paieries départementales)</p> <p>Données transmises par les <b>conseils généraux à la CNSA</b></p>	<p>Tous les mois +1 (parfois délai plus important) - diffusées dans la lettre financière mensuelle de la CNSA (M+1) Une fois par an données transmises par les conseils généraux à la clôture de leurs comptes (entre février et juillet N+1) présentation des données aux Conseils de juin et octobre N+1 (en fonction de la date d'arrivée des données et en complétant avec les données mensuelles de la DGFIP) Analyses portant sur l'évolution des dépenses et sur des comparaisons interdépartementales</p>	<p>Transmission mensuelle à toutes les directions de l'État concernées des données consolidées via la lettre financière Transmission mensuelle à la DGCS des données par département</p> <p>Transmission à l'Etat des données consolidées (dossiers du Conseil) Transmission à la DGCS des données par département</p>	<p>Données validées par le TPG Données par comptes comptables (dépenses brutes pour la PCH et l'ACTP)</p> <p>Données validées par le TPG (mandats) et le président du CG Données de dépenses et de recettes (mandats, admissions en non valeur, mandats annulés, titres, titres annulés)</p>	<p>Suivi des dépenses et contrôle de cohérence Travail de prospective sur l'évolution des dépenses pour aide à la décision Calcul des concours et du solde à régulariser Renseigner les indicateurs du PQE : indicateur 2.3 : suivi de la PCH indicateur 4.2 : part des dépenses d'APA et de PCH financées par la CNSA</p>

Données	Mode de collecte	Périodicité/disponibilité	Transmission à l'État	Commentaires/Caractéristiques	Utilisation faite/utilité
<b>Suivi de l'APA</b> Nombre de bénéficiaires de l'APA en décembre (distinction domicile/établissement)	Données issues des Conseils généraux (services PA/PH)	Une fois par an : transmis par les conseils généraux avec les données financières entre février et juillet N+1	Transmission à la DGCS des données par département	Données d'information analytiques transmises aux CG lors de la régularisation du concours	Contrôle de cohérence pour le suivi des dépenses (calcul du coût par bénéficiaire...)
<b>Dépenses d'APA</b> Dépenses mensuelles/par département (€)	Données issues des <b>comptes des conseils généraux (via les paieries)</b> , consolidées par la <b>DGFIP</b>	Tous les mois+1 (parfois délai plus important) - données consolidées diffusées dans la lettre financière mensuelle de la CNSA (M+1)	Transmission mensuelle à toutes les directions de l'État concernées des données consolidées via la lettre financière Transmission mensuelle à la DGCS des données par département	Données validées par le TPG données par comptes comptables : compte de dépense et de recette (récupération des indus)	Suivi des dépenses et contrôle de cohérence  Travail de prospective sur l'évolution des dépenses pour aide à la décision attention la CNSA n'a pas les compétences pour faire des projections.  Calcul des concours et du solde à régulariser  Renseigner l'indicateur 4.2 des PQE : part des dépenses d'APA et de PCH financées par la CNSA
<b>Dépenses annuelles par département (€)</b>	Données transmises par les conseils généraux à la CNSA	Une fois par an Données transmises par les conseils généraux à la clôture de leurs comptes (entre février et juillet N+1) et présentées au Conseil des données de juin et octobre N+1 (en fonction de la date d'arrivée des données et en complétant avec les données mensuelles de la DGFIP) Analyses portant sur l'évolution des dépenses et sur des comparaisons interdépartementales	Transmission à l'État des données consolidées (dossiers du Conseil) Transmission à la DGCS des données par département	Données validées par le TPG et le président du CG données de dépenses et de recettes (mandats, admissions en non valeur, mandats annulés, titres, titres annulés)	

Données	Mode de collecte	Périodicité/disponibilité	Transmission à l'État	Commentaires/ Caractéristiques	Utilisation faite/utilité
<b>Professionnalisation des aidants</b> Montants financiers dédiés à la formation des aidants à domicile par la CNSA, le conseil général et l'OPCA du secteur/département/an Montants financiers dédiés à la formation des salariés des ESMS par la CNSA et par le dispositif de formation de droit commun et la région?/an/par région et par département Nombre de professionnels formés dans les services/département/an professionnalisant-qualifiant Montants financiers dédiés à la formation des aidants familiaux par la CNSA et le conseil général/département/an (spécifique ou non Alzheimer) Nombre d'aidants familiaux formés/an/département (spécifique ou non Alzheimer)	Exploitation des <b>bilans d'exécution des conventions section 4</b> signés par la CNSA avec les conseils généraux, les fêtes de réseau et les OPCA  (nouvelle version du <b>logiciel de subvention de la CNSA</b> nécessaire pour automatisation)	Données annuelles	Transmission des analyses annuelles, national et par département selon la nature des actions	Montants CNSA et CG : pas de problème Montants OPCA isolés : pas de problème Consolidation des trois sources de financement : pas de problème, dès 2011  Consolidation des nombres de personnes selon les deux types de conventions: plus compliqué : risque de double compte : pas avant 2013	Analyses la réponse aux besoins de professionnalisation  Calibrer le montant des interventions de la CNSA et le budget de la section IV

## DONNÉES DE GESTION CNSA

<p><b>Politique de soutien aux études, recherches et actions innovantes</b> crédits engagés/crédits versés nombre de dossiers financés</p>	<p>Suivi assuré dans un logiciel de gestion des subventions de la CNSA</p>	<p>Rempli au fil de l'eau par la CNSA publication mensuelle dans la lettre financière du suivi des décaissements à ce titre bilan annuel dans le cadre de la clôture des comptes</p>	<p>Nombre et nature des dossiers transmis à l'Etat à mi-année pour la préparation du programme d'action N+1 bilan financier au Conseil d'octobre</p>	<p>Suivi des dossiers : - par axe thématique - par porteur de projet (dont statut) par année - par type de projet</p>	
<p><b>Suivi budgétaire de la CNSA</b> Montants exécutés au regard du budget voté par le Conseil Niveau de consommation des crédits de la section VI (frais de gestion) Exécution du budget de la CNSA</p>	<p>Données comptabilisées dans l'outil comptable WIN M9 (GFI)</p>	<p>Suivi réalisé dans le cadre de l'arrêté mensuel des comptes Suivi réalisé dans le cadre de l'arrêté mensuel des comptes Suivi réalisé dans le cadre de l'arrêté annuel des comptes - présentation au Conseil en Mars N+1</p>	<p>Présentation dans le cadre du dossier du Conseil</p>	<p>Données issues de la balance comptable retraitées pour une répartition par section Données issues de la balance comptable réparties par grands postes : personnel, fonctionnement courant, investissements, immobilier</p>	<p>Connaissance du niveau de l'exécution budgétaire mois par mois Détermine le résultat de l'année et le niveau des fonds propres de la CNSA</p>
	<p>SipaPH Exhaustivité prévue à partir de 2012</p>	<p>.Alimentation mensuelle des données individuelles .tableaux de restitution des données agrégées au mois M+1 des mois précédents .Analyse annuelle approfondie CNSA à partir des données individuelles en juin N+1</p>	<p>.Accès direct aux données individuelles et agrégées conformément au décret du 22 août 2008 .Accès aux tableaux de restitution pré-formatés .destinataire des analyses</p>	<p>Données issues des SI des MDPH</p>	

### Annexe 3 - Données remontées par la CNSA (compensation collective)

Données	Mode de collecte	Périodicité/ disponibilité	Transmission à l'État	Commentaires/ Caractéristiques	Utilisation faite/utilité
<b>Compensation collective</b>					
<p><b>Suivi des réalisations de places nouvelles</b></p> <p>nombre de places autorisées/année/année budgétaire</p> <p>nombre de places installées/année/année budgétaire</p> <p>montants engagés correspondant aux places autorisés</p> <p>montants consommés correspondant aux places installées</p> <p>Places créées depuis 2006 de toutes les places des ESMS PA-PH financées par l'assurance maladie (mesures nouvelles + redéploiements)</p> <p>ESAT : saisie possible, en parallèle du suivi assuré par la DGCS.</p> <p>Connaissance des places créées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.par catégories d'établissements,</li> <li>.par publics concernés (enfants, adultes, personnes âgées, par type de déficience,</li> <li>.par mode d'accompagnement</li> <li>.par territoire (région, département)</li> <li>.créés ou non dans le cadre d'un AAP (nouveau, à créer)</li> </ul>	<p>Auprès des ARS via l'outil <b>SELIA</b></p>	<p>Renseigné en flux par les ARS</p> <p>Deux extractions annuelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Au 30 avril pour la préparation de l'OGD N+1 (crédits de paiement en volume au regard des prévisions d'installation)</li> <li>- Au 30 décembre pour le bilan annuel de créations de places. Diffusion de ces données après retraitement en février-mars N+1 (pour le 1<sup>er</sup> Conseil de l'année)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Bilan annuel de créations de places :</li> <li>transmission pour la préparation du 1<sup>er</sup> conseil de l'année.</li> <li>. Préparation OGD :</li> <li>transmission des données le 30 juin.</li> </ul>	<p>Suivi de la mise en œuvre des plans gouvernementaux au travers du suivi des autorisations et des installations des places nouvelles, prévision des besoins financiers en crédits de paiement (CP) en N+1 et N+2, suivi financier des installations de places nouvelles pour un objectif de calibrage de l'OGD/ONDAM</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Faire le bilan des créations de places en N- 1, disponible en mars</li> <li>. Éclairer la construction de l'OGD pour les crédits de paiements à partir des prévisions d'installation</li> <li>. Nourrir le dialogue de gestion CNSA-ARS pour éclairer la capacité à faire</li> <li>. Connaître le coût à la place des nouvelles places installées</li> <li>Éclairer les besoins de financement (PLFSS)</li> </ul>

<p><b>Besoins prioritaires programmés par les ARS en lien avec la planification régionale, en transformation de l'offre et création de places</b></p> <p>Nb de places programmées dans les PRIAC/année/<b>sur calendrier des autorisations d'engagement délivrées</b></p> <p>Montants correspondant à ces programmations</p> <p>Besoins en ETP correspondant</p> <p>Besoins en investissement (€) Places créées depuis 2006 de toutes les places des ESMS PA-PH financées par l'assurance maladie (mesures nouvelles+redéploiements)</p> <p>ESAT : saisie possible, en parallèle du suivi assuré par la DGCS.</p> <p>Connaissance des places créées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.par catégories d'établissements,</li> <li>.par publics concernés (enfants, adultes, personnes âgées [par type de déficience?],</li> <li>.par mode d'accompagnement</li> <li>.par territoire (région, département)</li> <li>.créés ou non dans le cadre d'un AAP (nouveau, à créer)</li> </ul> <p>Programmation de la contractualisation</p>	<p>Auprès des ARS via l'outil <b>e-PRIAC</b></p>	<p>PRIAC publiés le 30 avril par les ARS et transmis à la CNSA. Extraction nationale à la suite</p>	<p>Bilan des PRIAC pour le conseil de la CNSA de mi-année</p>	<p>Connaissance de la programmation traduite et organisée en priorités :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>.par catégorie d'établissements ou mode d'accompagnement</li> <li>.par public : enfants, adultes, personnes âgées</li> <li>.par territoire : région et département</li> <li>.par mode de création : création, extension, transformation, transfert du sanitaire</li> </ul>	<p>Calibrer les plans de créations de places (liens avec les SROMS) en éclairant sur les besoins de financement à 4 ans (PLFSS)</p> <p>Identifier la répartition des moyens entre catégories d'ESMS, part des transformations, territoires infra régionaux</p> <p>Gestion prévisionnelle des crédits en AE-CP</p>
<p><b>Suivi des crédits de paiements notifiés par la CNSA aux ARS</b></p> <p>montants des dotations budgétaires attribuées par les ARS à chaque établissement au cours de l'année (agrégat dépenses encadrées)</p>	<p>Auprès des ARS via le SI allocation de ressources (HAPI, à partir de 2012), et par enquêtes ad hoc</p>	<p>En fonction du calendrier de la campagne budgétaire de deux mois : extraction dans le mois suivant la fin de campagne, extractions mensuelles en fonction des échéances des COPIL ONDAM</p>	<p>Accès aux données brutes pour l'État</p>	<p>Informations fournies par les ARS sur la base des éléments issus de la campagne budgétaire.</p> <p>Au niveau national : agrégation de la campagne budgétaire au regard de l'allocation de ressources.</p> <p>Au niveau régional : homogénéisation de la conduite de la campagne, et connaissance des montants selon le type de crédits (reconductible/CNR). Ces informations doivent être comparées aux données de versement transmises par la CNAAMTS</p>	<p>Homogénéisation des pratiques tarifaires. Suivi des engagements des ARS en crédits de paiement, au regard des dotations régionales</p>

<p><b>Connaissance des montants budgétaires exécutés et connaissance de la structuration des coûts unitaires</b> des établissements et services pour personnes handicapées ainsi que des SSIAD PA et PH, données issues du cadre réglementaire prévues pour la transmission des comptes administratifs des établissements. les données sont : nombre de places autorisées, effectif du personnel par ETP et par statut et par grande catégorie de fonction, nombre de mois de fonctionnement de la structure, statut majoritaire du personnel, dotation de l'établissement, CNR, Gr1 de dépenses charges d'exploitation courante, Gr2 charges afférentes au personnel, Gr3 charges afférentes à la structure, avec déclinaison BE/CA, déficit/excédent, base de calcul des tarifs, référent N° FINESS</p>	<p>Auprès des ARS via l'outil <b>REBECA</b> (données issues directement des comptes administratifs des ESMS)</p>	<p>Saisie entre juin et septembre N (des comptes N-1)</p>	<p>Accès aux données brutes pour l'État</p>	<p>Connaissance des coûts unitaires (coûts à la place, taux d'encadrement, activité)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>par établissement et catégorie d'établissements</li> <li>par groupe de dépenses (exploitation courante, personnel, par grande catégorie-, structure)</li> <li>remontées des indicateurs physico-financiers</li> <li>Evolution attendue afin d'intégrer les EHPAD</li> </ul>	<p>Appui aux ARS : disposer au niveau régional d'éléments comparatifs de coûts. Au niveau national : disposer d'éléments sur la structuration de coûts par déclinaison territoriale, et tendances évolutives sur période</p>
<p><b>Dépenses réelles d'assurance maladie pour le fonctionnement des ESMS</b></p> <p>données de paiement transmis par l'agence comptable de la CNAMTS concernant les établissements en dotation globale, données sur les établissements en prix de journée fournies au travers du SNIIRAM)</p>	<p>Données de versements transmises par l'AC-CNAMTS</p>	<p>Transmission mensuelle par l'AC CNAMTS pour le RG + synthèse annuelle, à la clôture des comptes de la CNAMTS, fin février et, enfin, de façon infra annuelle en application des conventions financières passées par la CNSA avec chaque RAM à intégrer possiblement dans HAPI</p>	<p>Traitement des données pour le « groupe statistique de suivi de l'ONDAM » + Copil ONDAM</p>	<p>Connaissance des montants versés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pour PH : par catégorie « établissements »/services »</li> <li>pour PA : selon les 3 catégories : EHPA/EHPAD/SSIAD-PA ainsi qu'actes infirmiers de soins (AIS)</li> </ul>	<p>L'indicateur de l'euro par habitant, construit à partir de ces données, rentre dans l'équation servant à répartir les crédits en enveloppes régionales</p> <p>Données nécessaires à l'anticipation des sur/sous consommations de l'OGD.</p> <p>Renseigner les indicateurs des PQE : Indicateur 2.1 - 2e sous-indicateur : écarts d'équipement interrégionaux et interdépartementaux en ESMS pour enfants et adultes handicapés en euros par habitant</p> <p>. Indicateur 2.3 - 2e sous-indicateur : écarts d'équipement interrégionaux et interdépartementaux en ESMS pour personnes âgées en euros par habitant</p>



<p><b>Suivi du conventionnement des EHPAD</b>  nombre de conventions tripartites signées  montant des crédits d'assurance maladie par convention  nombre d'emplois financés par la médicalisation  Suivi des options tarifaires Connaissance des montants :  .par convention  .par nombre de place  .selon l'option tarifaire tarif global tarif partiel</p> <p>L'outil porte uniquement sur l'hébergement permanent, en excluant les accueils de jour et hébergements temporaires. Et les informations sur le personnel sont limitées au soin, et sur une vision prévisionnelle</p>	<p>Auprès des ARS via l'outil <b>SAISEHPAD</b></p>	<p>Rempli au fil de l'eau par les ARS</p> <p>Attraction et traitement réalisé par la CNSA trois fois par an, en amont des Conseils de la CNSA</p>	<p>Analyse des extractions livrée à chaque Conseil</p>	<p>À ce stade, suivi du processus de conventionnement des EHPAD avec passage au GMPS, option tarif partiel ou tarif global, niveau de GMP et de GMPS, recrutement des infirmières, aides-soignantes et aides médico-psychologiques</p>	<p>Élaborer l'enveloppe de médicalisation de l'ONDAM.  Suivre la montée en puissance de la médicalisation - utilisé dans le cadre des échanges techniques avec les ARS</p>
<p><b>Suivi de l'activité accueils de jour et hébergements temporaires pour personnes âgées dépendantes, ainsi que de l'activité des PASA, UHR et ESA</b> à compter de 2011  nombre de jours autorisés  nombre de jours réalisés dont malades Alzheimer  nombre de personnes différentes accueillies dont malades Alzheimer  durée des séjour pour l'HT/nombre de jours par semaine pour l'A)</p>	<p>Remontée des données d'activité (CNSA-DREES)</p>	<p>Tous les ans depuis 2010  données N-1 collectées entre avril et juin N  résultats disponibles en octobre N</p>	<p>Résultats transmis en octobre, données brutes disponibles à la DREES</p>	<p>Enquête réalisée en N sur l'activité N-1 auprès de tous les établissements installés en N-1, à partir d'une extraction FINES en avril N. Remplace le rapport d'activité depuis la circulaire du 25/2/2010</p>	<p>Renseigner les indicateurs de suivi du plan Alzheimer (mesure 1)</p>
<p><b>Nouvelle tarification des SSIAD.</b> À partir de données « patients » utilisées pour la fixation des tarifs et la valeur du point, et de données d'activité associées. Les items du costing sont globalement niveau de GIR, passage d'une infirmière, insuffisance urinaire ou fécale, utilisation de certains dispositifs médicaux (lits médicalisés, déambulateur), présence du SSIAD en milieu rural ou urbain, isolement ou non du patient. + coûts de structures forfaitaires</p>	<p>Auprès des SSIAD par la DGCS avec l'appui de la DREES en 2010-2011  enquête reprise par la CNSA avec l'appui de la DREES à partir de 2012  (Saisie directe par les SSIAD)</p>	<p>Annuelle à partir de 2012</p>	<p>Accès aux données brutes pour l'État</p>	<p>Disponibilité des données nécessaire au calcul des futurs tarifs</p>	<p>Pour les ARS : outil tarifaire.  Pour le niveau national (avec restitutions régionales) : entrepôt de données sur les caractéristiques des patients et les données d'activité, en évolution sur période</p>

Données	Mode de collecte	Périodicité/ disponibilité	Transmission à l'État	Commentaires/ Caractéristiques	Utilisation faite/utilité
<b>Suivi de l'activité et des budgets des centres de ressources autisme</b>	Auprès des CRA par une enquête de la CNSA	Tous les ans, au printemps	Au second semestre de l'année	Rattaché au Plan autisme	Homogénéisation des pratiques, renforcement de l'expertise sur cette thématique, et appui à venir sur la planification régionale
<b>Caractéristiques des personnes âgées accueillies en EHPAD</b> Descriptif des profils / pathologie / sévérité des personnes hébergées en EHPAD (50 pathologies descriptives, 240 ordonnances)	Auprès des EHPAD via l'outil GALAAD. (Données collectées par le médecin coordonnateur de l'établissement, validées par le médecin de l'ARS, entreposées dans l'outil GALAAD par région.)	Saisie en flux; restitutions réalisées chaque année (janvier N+1)	Janvier : restitution par la gouvernance opérationnelle (CNSA)	Suivi du processus de validation des coupes AGGIR PATHOS. Associé à des enquêtes de coûts standard (avec l'ATH). Gouvernance reprise à l'assurance maladie depuis avril 2010	Évaluer le degré de dépendance et la charge en soins des patients accueillis en EHPAD. Ces données servent à la fois à la tarification ainsi qu'à la connaissance des publics accueillis en EHPAD
<b>Aide à l'investissement</b> Montant des plans d'aide à l'investissement de la CNSA Nombre de dossiers financés par an Durée de réalisation des travaux montant total de l'investissement mobilisé sur ces opérations (d'où effet levier)	Données CNSA inscrites dans les conventions avec les gestionnaires retenus [données ARS transmises à la CNSA si déconcentration des crédits du PAI]	Tous les ans (entre octobre et décembre)	Présentation de la campagne N et analyse présentées dans le dossier du Conseil de mars N+1	Depuis 2006 connaissance des dossiers : - par public (enfants/adultes/ personnes âgées) - par type et tailles de structures (dont Alzheimer : PASA et UHR) par territoire (région, département) - par statut du gestionnaire	Suivi et gestion des crédits de l'aide à l'investissement (notamment échelonnement des versements)
<b>Réintroduction des médicaments dans le budget soins des EHPAD</b> Suivi de l'expérimentation d'un point de vue quantitatif (volumes budgétaires alloués)	Les établissements expérimentateurs transmettent leurs données aux ARS, qui les regroupent pour envoi à la CNSA	La durée de l'expérimentation (2010/2011)		Après expérimentation, données ayant vocation à être intégrées à HAPI (éventuellement volet spécifique « médicaments en EHPAD »)	

## Annexe 3 bis - Liste des indicateurs du lot 1 du SipaPH

Prior.	Effort	Coef.	Code	Libellé	SOURCES	VENTILATIONS (à titre indicatif/ Non encore finalisées)
<b>Thématique 1</b>						
<b>1</b>	Faible	<b>4</b>	1.1	Nombre de personnes ayant déposé au moins une demande à la MDPH	SI MDPH	Géographie : Départemental Tranche d'âge Sexe Temps
<b>1</b>	Faible	<b>4</b>	1.2	Nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un accord de la CDAPH	SI MDPH	Géographie : Départemental Tranche d'âge Sexe, âge de la première demande : -60 ans, +60 ans Régimes de protection sociale Temps
<b>1</b>	Faible	<b>4</b>	1.3	Nombre moyen de demandes déposées à la MDPH par personne	SI MDPH	Géographie : Départemental Tranche d'âge Sexe Temps
<b>1</b>	Faible	<b>4</b>	1.4	Nombre moyen d'accords pris par la CDAPH par personne	SI MDPH	Géographie : Départemental Tranche d'âge Sexe Temps
<b>1</b>	Faible	<b>6</b>	1.5	Nombre de personnes ayant une reconnaissance administrative du handicap par la MDPH	SI MDPH	Géographie : Départemental Tranche d'âge Sexe Régime de protection sociale Type de déficiences Limitations d'activité Niveau de formation initiale Type de besoins Type de ressources propres Type d'hébergement Temps
<b>1</b>	Faible	<b>6</b>	1.6	Taux de personne ayant une reconnaissance administrative du handicap par la MDPH	SI MDPH	Géographie : Départemental Tranche d'âge Régime de protection sociale Type de déficiences Limitations d'activité Type de prestations et orientations Niveau de formation initiale Durée de validité du droit Type de besoins Type de ressources propres Type de logement : Établissement, domicile Temps
<b>1</b>	Faible	<b>7</b>	1.7	Nombre de personnes bénéficiant d'une retraite à taux plein au titre de la nouvelle disposition dans le cadre de la réforme des retraites	DSS	Géographique : national, régional, académique, départemental Temps

Prior.	Effort	Coef.	Code	Libellé	SOURCES	VENTILATIONS (à titre indicatif/ Non encore finalisées)
1	Faible	7	1.15	Proportion de personnes ayant une reconnaissance d'un handicap	INSEE (HID, Handicap santé)	x
1	Faible	7	1.16	Nombre de personnes titulaires de la carte d'invalidité	x	Géographie : Départemental Tranche d'âge Sexe Temps Type de déficiences Limitations d'activité
1	Faible	7	1.17	Nombre de personnes titulaires de la carte de priorité pour personne handicapée	x	Géographie : Départemental Tranche d'âge Sexe Temps Type de déficiences Limitations d'activité
1	Faible	7	1.18	Nombre de personnes titulaires de la carte de stationnement	x	Géographie : Départemental Tranche d'âge Sexe Temps Type de déficiences Limitations d'activité
<b>Thématique 2</b>						
1	Faible	7	2.1	Nombre d'accueils  Nombre d'accueils assurés par les MDPH ou par ses antennes territoriales ou par ses partenaires conventionnés, au cours de l'année considérée	SI MDPH	Géographie : Départemental Type d'accueil (accueil physique, contact téléphonique, courriel, courrier) Nombre d'ETP affectés à l'accueil Type de compétence : interne à la MDPH, externe sous conventionnement Temps
1	Faible	5	2.2	Nombre de demandes déposées à la MDPH	SI MDPH	Géographie : Départemental Temps Nature de la demande Type de prestations et orientations Situation professionnelle Niveau de formation initiale Régime de protection sociale Type de déficiences Limitations d'activité Tranche d'âge Sexe
1	Faible	4	2.3	Stock de demandes déposées à la MDPH	SI MDPH	Géographie : Départemental Temps Type de prestations et orientations Nature de la demande Situation professionnelle Type de déficiences Limitations d'activité Sexe Tranche d'âge Niveau de formation initiale

<b>1</b>	Faible	<b>4</b>	2.4	Part des premières demandes dans le total des demandes déposées	SI MDPH	Géographie : Départemental Type de prestations et orientations Nature de la demande Tranche d'âge Temps
<b>1</b>	Faible	<b>4</b>	2.5	Taux de demandes pour mille habitants	SI MDPH	Géographie : Départemental Type de prestations et orientations Nature de la demande Tranche d'âge du demandeur Temps
<b>1</b>	Faible	<b>4</b>	2.6	Nombre de décisions prises par la CDAPH	SI MDPH	Géographie : Départemental Type de prestations et orientations Nature de la demande Tranche d'âge du demandeur Nature de la décision : attribution, sursis, rejet Motivation de la décision : Inéligible, administratif, etc. (nomenclature à définir) Temps
<b>1</b>	Faible	<b>4</b>	2.7	Taux d'accord	SI MDPH	Type de prestations et orientations Nature de la demande Tranche d'âge du demandeur Temps
<b>1</b>	Faible	<b>4</b>	2.8	Nombre d'éléments de Prestations de compensation (PCH) attribués	SI MDPH	Temps Géographie : Départemental
<b>1</b>	Faible	<b>4</b>	2.9	Délai moyen de traitement des demandes (en nombre de mois)	SI MDPH	Géographie : Départemental Inférieur à 4 mois ou non (Délai réglementaire) Type de prestations et orientations Nature de la demande Situation professionnelle Type de déficiences Limitations d'activité Temps
<b>1</b>	Faible	<b>7</b>	2.10	Répartition des évaluations réalisées à la MDPH	SI MDPH	Géographie : Départemental Type d'aide extérieure à l'évaluation Type d'appartenance de l'équipe d'évaluation Lieu de l'évaluation Temps
<b>1</b>	Faible	<b>6</b>	2.14	Nombre de recours gracieux	SI MDPH	Géographie : Départemental Objet du recours : montant des aides accordées, refus de la demande... Type de prestations et orientations Nature de la demande Tranche d'âge Tranche d'âge du demandeur Conclusion du recours Temps

Prior.	Effort	Coef.	Code	Libellé	SOURCES	VENTILATIONS (à titre indicatif/ Non encore finalisées)
1	Faible	6	2.15	Nombre de recours contentieux	SI MDPH	Géographie : Départemental Objet du recours : montant des aides accordées, refus de la demande... Type de prestations et orientations Nature de la demande Tranche d'âge Tranche d'âge du demandeur Conclusion du recours Temps
1	Faible	5	2.16	Nombre d'interventions du fonds départemental de compensation	SI MDPH	Géographie : Départemental Temps
1	Faible	4	2.18	Durée moyenne d'attribution des décisions	SI MDPH	Géographie : Départemental Type de prestations et orientations Temps
1	Faible	7	2.19	Nombre de contestations	SI MDPH	Géographie : Départemental Temps Type de contestation
1	Faible	4	2.25	Nombre moyen de décisions par personne	SI MDPH	Géographie : Départemental Sexe Tranche d'âge Temps
1	Faible	5	2.28	Taux de refus Nombre de refus de demandes de prestations et orientations/Nombre total de décisions	SI MDPH	Géographie : Départemental Type de prestation et orientation Nature de la demande Situation professionnelle Type de déficiences Limitations d'activité Sexe Tranche d'âge Niveau de formation initiale Temps
1	Faible	5	2.43	Montant moyen attribué par la CDAPH	SI MDPH	Temps Géographie : Départemental Type de prestations et orientations
1	Faible	6	2.44	Nombre de bénéficiaires d'une décision en cours de validité prise par la CDAPH	SI MDPH	Géographie : Départemental Nature de la demande Situation professionnelle Type de déficiences Limitations d'activité Type de prestation et orientation Tranche d'âge Sexe Niveau de formation initiale Temps
1	Faible	4	2.45	Nombre de cas de médiations traitées	x	Géographie : Départemental Temps

Thématique 3						
1	Faible	7	3.1	Nombre d'élèves et étudiants handicapés scolarisés	Enquêtes n°3 et 12 EN + Site Handi-u	Géographie : Académique, Départemental Tranche d'âge Type de déficiences Limitations d'activité Type de structure d'accueil dans la scolarisation Niveau d'enseignement ou de formation Dispositifs d'enseignement Niveau d'enseignement ou de formation de l'année précédente Dispositifs d'enseignement de l'année précédente Bénéficiant ou non d'un partenaire médico-social Temps Secteur : public ou privé sous contrat ou autres (domicile : interdit)
1	Faible	6	3.2	Proportion d'élèves et étudiants handicapés scolarisés parmi l'ensemble des élèves et étudiants scolarisés	Enquête EN	Géographie : Académique, Départemental Tranche d'âge Type de déficiences Limitations d'activité Type de structure d'accueil dans la scolarisation Niveau d'enseignement ou de formation Dispositifs d'enseignement Bénéficiant ou non d'un partenaire médico-social Temps
1	Faible	6	3.3	Taux de scolarisation des enfants handicapés (ramené à la population générale)	Enquête EN + SI INSEE	Géographie : Académique, Départemental Temps Niveau d'enseignement ou de formation Dispositifs d'enseignement
1	Faible	4	3.5	Nombre d'avis d'aménagement de scolarité formulé par la CDAPH	SI MDPH	Géographie : Académique, Départemental Temps
1	Faible	4	3.6	Nombre de décisions d'AVS-i	SI MDPH	Géographie : Académique, Départemental Type de déficiences Limitations d'activité Catégorie d'établissement Type d'enseignement Tranche horaire (0-6; 7-12; + de 12) Temps
1	Faible	4	3.7	Nombre de décision d'avis de transport scolaire formulé par la CDAPH	SI MDPH	Géographie : Académique, Départemental Temps

Prior.	Effort	Coef.	Code	Libellé	SOURCES	VENTILATIONS (à titre indicatif/ Non encore finalisées)
1	Faible	4	3.8	Nombre d'avis d'aménagement d'examens formulé par la CDAPH	SI MDPH	Géographie : Académique, Départemental Temps
1	Faible	4	3.9	Nombre de décisions d'avis d'adaptation du matériel pédagogique	SI MDPH	Géographie : Académique, Départemental Temps
1	Faible	6	3.11	Taux de réussite aux examens des élèves handicapés	SI OCEAN	Géographie : Académique, Départemental Type de diplôme Brevet Baccalauréat (séries du bac) CAP (type de CAP) Type de déficiences Limitations d'activité Sexe Tranche d'âge Type de filières Niveau de scolarisation (LMD) Caractéristiques des personnes : handicapées ou non Temps
1	Faible	6	3.13	Nombre d'enseignants référents pour 1000 élèves handicapés	Enquête DEPP	Géographie : Académique, Départemental Niveau d'enseignement ou de formation Type de déficiences Limitations d'activité Secteur : public ou privé Type d'enseignants Scolarisés ou non Temps
1	Faible	6	3.21	Nombre moyen d'heures d'accompagnement d'élèves handicapés scolarisés effectuées de façon hebdomadaire par une AVS-i Somme des heures d'accompagnement effectuées hebdomadaires par élève/Nombre d'élèves handicapés scolarisés	Enquête DEPP	Géographie : Académique, Départemental Niveau d'enseignement ou de formation Type de déficiences Limitations d'activité Secteur : public ou privé Temps



Thématique 4						
1	Faible	6	4.1	Nombre de travailleurs handicapés employés dans les entreprises assujetties à l'obligation d'emploi	DDTEFP	Géographie : Départemental Degré d'ancienneté dans l'établissement Durée du temps de travail Nature de contrat Secteur : public ou privé Secteur d'activité Sexe Tranche d'âge Nature de la demande Situation professionnelle Type de prestation et orientation (reconnaisances) Temps
1	Faible	4	4.2	Nombre de demandes d'orientation professionnelle déposées	SI MDPH	Géographie : Départemental Nature de la demande Situation professionnelle Type de déficiences Limitations d'activité Type de décision et orientation : hiérarchie orientation professionnelle Tranche d'âge Sexe Niveau de formation initiale Temps
1	Faible	6	4.3	Nombre de décisions d'orientation professionnelle prises	SI MDPH	Géographie : Départemental Nature de la demande Situation professionnelle Type de déficiences Limitations d'activité Type de prestation et orientation Tranche d'âge Sexe Niveau de formation initiale Temps
1	Faible	6	4.4	Nombre de bénéficiaires d'une décision d'orientation professionnelle en cours de validité prise par la CDAPH	SI MDPH	Géographie : Départemental Nature de la demande Situation professionnelle Type de déficiences Limitations d'activité Type de prestation et orientation Tranche d'âge Sexe Niveau de formation initiale Temps

Prior.	Effort	Coef.	Code	Libellé	SOURCES	VENTILATIONS (à titre indicatif/ Non encore finalisées)
1	Faible	7	4.5	Part des sorties du chômage des personnes en situation de handicap pour reprise d'emploi Nombre de sorties du registre de pôle emploi des PH pour reprise d'emploi/nombre total de sorties de pôle emploi des PH x 100 Comparaison avec la part des sorties pour reprises d'emploi pour l'ensemble du public	Pôle emploi (DES Persee)	Géographie : Départemental Temps
1	Faible	7	4.7	Part des travailleurs handicapés dans les entrées en contrat de professionnalisation Nombre d'entrées de personnes en situation de handicap en contrat de professionnalisation l'année N/nombre total d'entrées en contrat de professionnalisation l'année Nx 100	DARES	Géographie : Départemental Sexe Tranche d'âge Temps
1	Faible	7	4.8	Part des personnes handicapées dans les entrées en apprentissage Nombre d'entrées de personnes en situation de handicap en contrat d'apprentissage/nombre total d'entrées en apprentissage x 100	DARES	Géographie : Départemental Sexe Tranche d'âge Temps
1			4.11	Taux d'emploi des TH dans les entreprises assujetties	DDTEFP	Géographie : Départemental Secteur d'activités : construction, industrie, services Taille d'entreprises Catégorie d'entreprises agricoles : production agricole, coopératives de transformation, tertiaire agricole Temps
1	Faible	7	4.12	Part des TH parmi les CDD et CDI suivis par les organismes d'insertion professionnelle Nombre annuel de CDI et de CDD de TH suivis par les organismes d'insertion professionnelle/nombre total de personnes suivies par ces organismes	AGEFIPH	Géographie : Départemental Type d'organismes Type de ressortissants Temps

<b>1</b>	Faible	<b>7</b>	4.13	Part des établissements assujettis à l'OETH qui n'emploient directement aucun TH (secteur privé)	AGEFIPH	Géographie : Départemental Secteur d'activité Taille d'entreprise Temps
<b>1</b>	Faible	<b>7</b>	4.14	Nombre d'accords d'entreprises pour l'emploi des personnes handicapées	DDTEFP (à venir : extranet AGEFIPH)	Géographie : Départemental Secteur d'activité Taille d'entreprise Temps
<b>1</b>	Faible	<b>7</b>	4.25	Taux d'évolution des demandes d'emploi des travailleurs handicapés (DETH)	DARES	Géographie : Départemental Tranche d'âge Sexe Temps
<b>Thématique 7</b>						
<b>1</b>	Faible	<b>4</b>	7.1	Nombre d'aides techniques attribuées au titre de la PCH	SI MDPH	Géographie : Départemental Temps
<b>1</b>	Faible	<b>4</b>	7.2	Montant moyen accordé au titre de l'élément aides techniques de la PCH	SI MDPH	Géographie : Départemental Temps
<b>1</b>	Faible	<b>4</b>	7.3	Nombre d'aménagements de logement attribués au titre de la PCH	SI MDPH	Géographie : Départemental Temps
<b>1</b>	Faible	<b>4</b>	7.4	Montant moyen attribué au titre de la PCH pour l'aménagement du logement	SI MDPH	Géographie : Départemental Temps
<b>1</b>	Fort	<b>12</b>	7.5	Nombre de bénéficiaires d'une prestation ou aide individuelle décidé par la CDAPH	SI CNAF SI CCMSA	Géographie : Départemental Régime de protection sociale Catégorie socio-professionnelle Par situation familiale Par type de prestations et orientations (hiérarchie prestation) Type de handicaps (ou limitations d'activité) Situation professionnelle Tranche de revenus moyens Taux d'incapacité Niveau de formation initiale Caractéristiques de la PH Tranches d'âges Motivation de la décision (par exemple cessation d'activité des parents pour complément AEEH 2 et +) Temps

Prior.	Effort	Coef.	Code	Libellé	SOURCES	VENTILATIONS (à titre indicatif/ Non encore finalisées)
1	Fort	12	7.6	Taux de bénéficiaires d'une prestation ou aide individuelle décidé par la CDAPH rapporté à une population de référence	SI CNAF SI CCMSA	Géographie : Départemental Régime de protection sociale Catégorie socio-professionnelle Par situation familiale Par type de prestations et orientations (hiérarchie prestation) Type de handicaps (ou limitations d'activité) Situation professionnelle Tranche de revenus moyens Taux d'incapacité Niveau de formation initial Caractéristiques de la PH Tranches d'âges Motivation de la décision (par exemple cessation d'activité des parents pour complément AEEH 2 et +) Temps
1	Faible	5	7.7	Nombre de prestations ou aides individuelles accordées par la CDAPH	SI MDPH	Géographie : Départemental Nature de la demande Situation professionnelle Type de handicaps (ou limitations d'activité) Type de prestations et orientations Tranche d'âge Sexe Taux d'incapacité Temps
1	Faible	6	7.8	Nombre de personnes ayant un droit en cours de validité d'AAH et de RQTH	SI MDPH	Géographie : Départemental Nature de la demande Situation professionnelle Type de déficiences Limitations d'activité Type de prestation et orientation : hiérarchie ORP Sexe Tranche d'âge Niveau de formation initiale Type de double reconnaissance AAH et RQTH : au sens de l'article 821.1 au sens de l'article 821.2 Temps
1	Moyen	8	7.9	Montant moyen versé aux personnes par les organismes payeurs	SI CNAF SI CCMSA	Géographie : Départemental Axe temporel : année, mois Type de versements (mensuel, ponctuel) Caractéristiques : âge, sexe Tranche de montant Type de prestations et orientations Type de handicaps (ou limitations d'activité) Temps

<b>1</b>				Nombre des bénéficiaires de l'AEEH par AEEH seule et compléments, avec ou sans droit d'option	SI CNAF SI CCMSA	X
<b>1</b>	Faible	<b>7</b>	7.27	Nombre de forfaits (cécité et surdité) attribués par la CDAPH	SI MDPH	Géographie : Départemental Temps
<b>1</b>	Faible	<b>7</b>	7.28	Nombre de personnes faisant l'objet de décisions d'invalidité au travail de personnes en arrêt de travail pour cause d'AT-MP	DGT	Géographie : Départemental Temps
<b>1</b>	Faible	<b>4</b>	7.30	Taux de compléments d'AEEH attribués Nombre de compléments d'AEEH attribués par la CDAPH/Nombre d'AEEH attribuées	SI MDPH	Géographie : Départemental Temps
<b>1</b>	Faible	<b>4</b>	7.31	Part des droits d'option attribués Nombre de droits d'option instruits et passés en CDAPH avec décision favorable conjointe d'attribution de complément AEEH et PCH/Nombre de compléments AEEH attribués par la CDAPH	x	Géographie : Départemental Temps
<b>1</b>	Faible	<b>4</b>	7.32	Part des PCH enfants, choisies par les familles Nombre de PCH choisies par les familles dans le cadre du droit d'option/ Nombre de compléments AEEH attribués par la CDAPH	x	Géographie : Départemental Temps
<b>1</b>				Nombre de bénéficiaires d'une pension d'invalidité	CNAMTS CCMSA	Géographie : Départemental Temps Régime général, agricole (salariés, exploitants) Catégorie d'invalidité
<b>1</b>				Nombre de bénéficiaires d'une rente accident du travail-maladies professionnelles, relevant du régime général	CNAMTS CCMSA	Géographie : Départemental Temps Régime général, agricole (salariés, exploitants)

Prior.	Effort	Coef.	Code	Libellé	SOURCES	VENTILATIONS (à titre indicatif/ Non encore finalisées)
1				Nombre de décisions favorables du service médical pour l'attribution de pensions d'invalidité ou de rente accidents du travail-maladies professionnelles parmi les assurés du régime général	CNAMTS	Géographie : Départemental Temps pension d'invalidité/AT-MP sexe âge taux d'IPP diagnostic
<b>Thématique 8</b>						
1	Faible	8	8.1	Taux d'équipement Taux d'équipement : Nombre de places installées pour 1000 habitants	SI FINESS/ STATISS	Géographie : Départemental Catégorie d'ESMS Type de déficiences Limitations d'activité Tranche d'âge : enfant, adulte Mode de fonctionnement de l'établissement Temporalité de l'accueil Année de financement Temps
1	Faible	5	8.2	Nombre de décisions d'orientations d'amendement Creton	SI MDPH	Géographie : Départemental catégorie d'ESMS Type de déficiences Limitations d'activité Tranche d'âge Sexe Temps
1	Faible	8	8.3	Nombre de places installées en ESMS	SI FINESS/ STATISS	Géographie : Départemental Catégorie d'ESMS Type de déficiences Limitations d'activité Tranche d'âge : enfant, adulte Mode de fonctionnement de l'établissement Temporalité de l'accueil Année de financement Temps
1	Faible	8	8.4	Nombre de places autorisées en ESMS	SI FINESS/ STATISS	Géographie : Départemental Catégorie d'ESMS Temps
<b>Thématique 9</b>						
1	Faible		9.2	Coût moyen d'une place en ESMS	SI REBECA	Axe géographique : national, régional Temporalité de l'accueil Mode de fonctionnement de l'établissement Catégorie d'ESMS Temps

<b>1</b>	Faible	<b>5</b>	9.3	Taux d'encadrement dans les établissements et services pour PH Nombre d'ETP total d'encadrement/Nombre de PH prises en charge X100	SI REBECA	Géographie : Départemental Catégorie d'ESMS Temporalité de l'accueil Mode de fonctionnement de l'établissement Type de déficiences Limitations d'activité Temps
<b>1</b>	Faible	<b>5</b>	9.4	Suivi des comptes de résultats des ESMS Moyenne du ratio (Montant des produits/ Montant des dépenses des établissements)	SI REBECA	Géographie : Départemental Temps
<b>1</b>	Fort	<b>10</b>	9.5	Montant des dépenses individuelles	SI CNAF SI CCMSA	Géographie : Départemental Payeur (CAF, MSA, Conseil général Financier : État, CG, CNSA Type de prestation et orientation Temps
<b>1</b>	Faible	<b>5</b>	9.23	Montant du concours CNSA pour la PCH	SI CNSA	Géographie : Départemental Temps
<b>Indicateurs de contexte</b>						
<b>1</b>	Faible	<b>4</b>	A.1	Nombre de MDPH mettant en œuvre certains dispositifs	Enquête CNSA	Géographie : Départemental Temps Dispositif : Téléphone vert, Veille en soin infirmier, livret d'information, cellule de préorientation des dossiers, utilisant le GEVA de façon partielle, utilisant le GEVA de façon totale, référent professionnel, médiateur
<b>1</b>	Faible	<b>4</b>	A.9	Nombre de personnes désignées sur la liste de conciliation	Enquête CNSA	Géographie : Départemental Temps
<b>1</b>	Faible	<b>4</b>	A.10	Nombre de modules de formation organisés par la CNSA pour les MDPH	Enquête CNSA	Géographie : Départemental Temps
<b>1</b>	Faible	<b>6</b>	A.22	Nombre d'ETP au sein de la MDPH	Enquête CNSA	Géographie : Départemental Financier ou organisme ayant mis à disposition le personnel : État (DDASS/ARS, DDEFP, EN, CPAM), Conseil général Mission de la MDPH : accueil, équipe pluridisciplinaire, agent instructeur, direction Temps
<b>1</b>	Faible	<b>6</b>	A.23	Nombre moyen d'ETP au sein de la MDPH Nombre moyen d'ETP par habitant (<60 ans)	Enquête CNSA	Géographie : Départemental Financier ou organisme ayant mis à disposition le personnel : État (DDASS/ARS, DDEFP, EN, CPAM, ), Conseil général Mission : accueil, équipe pluridisciplinaire, agent instructeur, direction Temps

## Annexe 4 : tableau des indicateurs du suivi de la COG 2012-2015

COG	Objectifs priorit.	N°	Actions	Indicateurs de suivi	Indicateurs de résultat	objectif cible
1.1	Assurer un suivi fin des dépenses de l'OGD (1)	1	Mettre en place un SI de tarification pour la campagne budgétaire 2012	Déploiement opérationnel du SI au 30/03/2012	Pourcentage d'ESMS tarifés via le nouveau SI en fin de campagne 2012	Exhaustivité des ESMS du champ ARS tarifés via HAPI
		2	Assurer une remontée fiable des places installées en N et à installer en N+1 pour conforter la prévision de CP et assurer la robustesse de ONDAM	Bilan national et décliné par région des places autorisées et installées de N-1 fourni en début de N Bilan et perspectives des places autorisées et installées de l'année N fourni au 31 mai de l'année N et actualisation au 15 septembre de l'année N Ratios de réalisation/ création des places au regard des programmes Ratio de places financées/ autorisées/installées	Taux d'autorisation, Taux d'installation, Taux d'adéquation des réalisations/objectifs des plans nationaux (indicateurs repris en annexe 7 LFSS)	Taux d'autorisation de 100 % sur les places notifiées, taux d'installation entre 90 et 100 % l'année de budgétisation des crédits de paiement dans l'ONDAM
		3	Répartir les dotations de façon à réduire les inégalités territoriales	Proposition à l'État (CNP) d'indicateurs permettant la prise en compte des besoins de santé régionaux pour la population en perte d'autonomie et poids de ces indicateurs dans les critères de répartition des dotations régionales limitatives	Poids de la situation territoriale pris en compte dans la répartition des autorisations d'engagements	Réduction des écarts de ressources entre régions sur la durée de la COG selon un % annuel à préciser en comité de suivi
		4	Réaliser le reporting régulier de la consommation de l'OGD en AE et CP et assurer la qualité de la projection annuelle réalisée	Suivi de l'exécution de la dépense (données comptables AM) État de la consommation budgétaire (enquête tarifaire puis SI allocation de ressources)	Produire une note de conjoncture mensuelle sur la base des données AM à m+1, Produire pour le 30 mai le bilan de l'exécution budgétaire phase 1, Actualisation le 15 septembre et bilan pour le 31 janvier	Écart de prévision contenu dans une fourchette de -0,5 % à + 0,5 % de l'OGD
		5	Mettre en place les mesures de régulation décidées par l'État, en cas de dépassement ou de sous-consommation de l'objectif de dépense	Taux de consommation des enveloppes régionales	État d'avancement des mesures correctrices décidées (analyse juridique - décision - mise en place)	Respect du niveau d'ONDAM voté et du niveau d'OGD arbitré



13	Mettre en œuvre une politique de gestion du risque (2)	6	Analyser au niveau national les dépenses de soins des EHPAD à partir du suivi réalisé	cf. indicateurs arrêtés dans le cadre du programme GDR - Efficience EHPAD (1re liste pour 2011, puis liste complète à compter de 2012)	Production et suivi des coûts complets en EHPAD/Taux d'occupation/GMPS de la population accueillie	Réduction des écarts historiques de dotation - convergence des coûts quelque soit le mode de financement
		7	Assurer la formation de Pathos et d'AGGIR, et le partage d'informations relatives à la médicalisation avec les ARS dans le cadre des orientations définies par la gouvernance des référentiels	Nombre de réunions d'information, d'instructions et mise à disposition d'informations sur site internet. Remise à jour annuelle du guide de codage et rédaction de mémos spécifiques (ex. : Maladie Alzheimer; troubles du comportement)	Nombre de médecins coordonnateurs formés (PATHOS), Nombre d'IDE et médecins coordonnateurs formés (AGGIR), Suivi et analyse des écarts de codage (coupe/validation, repérage des atypies régionales)	Professionnalisation et uniformisation des pratiques de codage
		8	Réaliser l'analyse des remontées des indicateurs de qualité et d'efficience des EHPAD dans un premier temps	cf. indicateurs arrêtés dans le cadre du programme GDR - Qualité EHPAD (1re liste pour 2012, puis liste complète à compter de 2013)	Production des données alimentant les indicateurs du programme GDR	Adéquation niveau de soin servi/besoins en soins de la population. cf. Objectifs cible fixés dans le cadre du programme GDR

COG	Objectifs priorit.	N°	Actions	Indicateurs de suivi	Indicateurs de résultat	objectif cible
1.4	Structurer les échanges avec les ARS, sur la programmation et la gestion des campagnes budgétaires (3)	9	Construire et développer des échanges avec les ARS pour l'élaboration de leur planification (SROSMS, PRIAC...) et de leur programmation	Nombre d'ateliers animés sur la planification/ programmation, Nombre de groupe de travail thématique ciblé, Nb de documents supports produits et mis à disposition sur site internet	Pourcentage de schémas adoptés dans les délais réglementaires, Pourcentage de PRIAC adoptés dans les délais réglementaires	100 % d'adoption des schémas et PRIAC dans les délais réglementaires et taux d'appel à projet lancés/actions programmées
		10	Appuyer les équipes des ARS dans la gestion de l'OGD et la mise en œuvre du cadre tarifaire national et identifier les équipes en difficulté pour assurer un suivi personnalisé	Nombre de journées techniques nationales, Nombre annuel de personnes formées, Participation à l'élaboration des programmes de formation ANAP et EHESP, Nombre de déplacements en régions en soutien spécifique sur des problématiques de tarification % de CNR attribué au regard de la dotation régionale et par nature d'emploi, % de suractivité constatée par région sur les établissements PH en PJ	%ARS ayant pris la totalité des arrêtés tarifaires dans le cadre du calendrier de campagne niveau de consommation des dotations régionales, % d'établissements en déficits par région, % du montant des déficits par rapport à dotation régionale, taux d'occupation moyen régional par catégorie de structures, % d'établissements en situation de convergence tarifaire, % montant dépassement par rapport à dotation régionale	Suppression de toute situation de dépassement d'enveloppe Tendre vers un taux d'adéquation de 100 % entre enveloppe régionale limitative et versements d'assurance maladie
		11	Conduire en lien avec les ARS une action de convergence des coûts entre mêmes structures de leur périmètre	Contribution à l'étude de coût ATIH- EHPAD Réalisation de l'enquête SSIAD en 2012 et contribution à la réforme tarifaire, Appui aux travaux de la mission IGAS-IGF 2012 relative notamment à la tarification PH Contribution aux réformes tarifaires PH selon méthodologie IGAS-IGF	Détermination des taux d'effort régionaux au titre de la convergence (économies ciblées)	Réduire les écarts de coûts sur les EHPAD
		12	Soutenir les ARS dans la mise en place du SI tarification et ses évolutions	NB d'agents ARS formés entre septembre 2011 et février 2012, NB d'agents ARS formés annuellement en formation continue sur la durée de la COG NB de documents supports produits et mis à disposition	Idem 1	Idem 1

2.1	Concourir à l'harmonisation des pratiques des MDPH, et améliorer la remontée d'informations et de données (4)	13	Étude comparative sur les procédures (accueil, instruction, évaluation, décisions) mise en place dans les MDPH	Cahier des charges fin 2012, réalisation de l'étude en 2013,	Résultat et diffusion aux MDPH et CG fin 2013	Fournir aux MDPH des éléments de parangonnage des organisations
		14	Favoriser l'appropriation du guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA) par les équipes des MDPH	Poursuite du plan d'action pour l'appropriation du GEVA, soutien des MDPH à l'élaboration d'une information des données de l'évaluation compatible avec les SI partenaires		Enrichissement SipaPH
		15	Harmonisation des pratiques pour l'élaboration des plans personnalisés de compensation	Organisation de travaux avec les MDPH	Élaboration d'un guide spécifique pour un référentiel commun d'élaboration des PPC	Déploiement de pratiques homogènes de construction des PPC
		16	Contribuer à l'amélioration de la connaissance des disparités territoriales d'attribution de l'AAH, et favoriser des actions correctrices	Fourniture à l'État (DGCS) des données nécessaires au tableau de bord AAH (analyse qualitative)	Complétude du tableau de bord AAH (100 % des données renseignées)	Indicateur du PAP 157,1,1,3, réduire l'écart
		17	Assurer la remontée d'informations relatives à la reconnaissance à l'orientation des personnes en ESMS	Mise en place d'un groupe de travail multipartite	Délai de réalisation des décisions d'orientation en ESMS (Cf inc 2,2 PQE) guide de bonnes pratiques et étude cartographie des relations entre les ESMS et en vue de la dématérialisation	Cible à fixer

COG	Objectifs priorit.	N°	Actions	Indicateurs de suivi	Indicateurs de résultat	objectif cible
1	Développer la connaissance relative à l'APA et la PCH (5)	18	Développer la collaboration avec la DREES sur la thématique APA pour mieux comprendre les disparités départementales d'attribution de l'APA	Production d'études quantitatives et qualitatives, relatives aux plans d'aide individuels	Cahier des charges (2 <sup>e</sup> semestre 2012) et résultats en 2013 et	Plans d'harmonisation des pratiques avec CG volontaires à l'horizon de la COG
		19	Faire remonter et analyser de façon détaillée les données PCH	Étude mensuelle sur le suivi de la PCH et analyse consolidée annuelle (budget, contenu de l'aide, évolutions pluriannuelles) lancement de travaux d'étude sur les données disponibles et lancement travaux d'étude avec la DREES	Transmission mensuelle des données de nombre de demandes de décisions et de taux d'accord	Mise en place des tableaux de bord dans le SipaPH
2.5	Renforcer l'efficacité des actions de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile (6)	20	Définir la doctrine pour le soutien des programmes des réseaux nationaux et des collectivités territoriales	Élaboration d'une note de cadrage stratégique sur la répartition des enveloppes	Niveau de consommation des enveloppes	Respect des priorités et se rapprocher des enveloppes cibles
		21	Réaliser un reporting des actions financées	Mise en place des tableaux normalisés de reporting avec les indicateurs associés	Taux d'adhésion aux dispositifs	Exhaustivité des remontées. Consolidation des données annuelles dans le cadre d'un tableau de bord
		22	Évaluation externe des actions menées	Formalisation de cette exigence dans les conventions ou actions menées	Pourcentage d'évaluation réalisée sur les programmes déterminés	100 % d'évaluation des programmes et prise en compte des résultats, des évaluations pour l'attribution des financements

4.2	Développer l'efficacité interne de la caisse (7)	23	Mettre en œuvre une politique GRH active	Rédaction d'un référentiel des compétences et des métiers 2012 et mise en place GPEC Suivi annuel du plafond d'emploi selon la trajectoire déterminée par la COG Suivi des redéploiements permettant de vérifier la mise en œuvre effective du renforcement ciblé des emplois		Référentiel métier rédigé en 2012
		24	Assurer un suivi de la masse salariale	Suivi de l'évolution du salaire moyen par tête (SMPT)		
		25	Assurer une maîtrise des dépenses de fonctionnement courant		Dépenses de fonctionnement courant hors dépenses des SI liés au suivi de l'OGD	Baisse
		26	Créer un système de contrôle de gestion interne	Réaliser une cartographie des risques 2012	Procédure écrite pour chacun des risques recensés	100 % des procédures rédigées d'ici 2012 et mécanismes automatiques de détection des risques mis en place. Transmission annuelle d'un rapport relatif à l'application du contrôle interne
		27	Développer une politique de placement financier saine	Définition d'une politique de placement approuvée en comité de placement et restitution sur mise en œuvre Réunion régulière avec le contrôleur financier et annuelle avec l'État	Nombre de placements à maturité supérieure à leur horizon de décaissement inférieur à x % (à déterminer avec le directeur financier) ; nombre de réunion avec le contrôleur financier, information mensuelle sur la nature des placements	
		28	Mettre en œuvre la certification des comptes			Certification des comptes 2012



