Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale

PRINTEMPS SOCIAL DE L'EVALUATION :
EVALUATION EN CONTINU DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE
LES CENTRES DE RESSOURCES TERRITORIAUX (CRT)

La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) a confié à M. Thierry Frappé (Rassemblement National) et Mme Annie Vidal (Ensemble pour la République) l'évaluation de l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, lequel a donné naissance aux centres de ressources territoriaux (CRT). Cette mission vient prolonger l'évaluation qui avait été lancée sur le même sujet en 2024 par M. Thierry Frappé et Mme Monique Iborra mais qui n'avait pu être menée à son terme en raison de la dissolution de l'Assemblée nationale.

En amont de l'audition des administrations centrales lors du Printemps de l'évaluation, les rapporteurs ont adressé des questionnaires à l'ensemble des agences régionales de santé (ARS) ainsi qu'aux cinq CRT visités en 2024. Ils ont auditionné des agences régionales de santé, des représentants d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et de services à domicile, Départements de France et la direction générale de la cohésion sociale, pilote de ce dispositif. Ils sont également allés sur le terrain, à la rencontre de l'équipe d'un CRT. Ils se sont enfin appuyés sur les travaux qui avaient été conduits dans le cadre du Printemps social de l'évaluation en 2024.

I. CREES DANS UNE OPTIQUE D'EHPAD « HORS LES MURS », LES CENTRES DE RESSOURCES TERRITORIAUX CONNAISSENT UN DEPLOIEMENT TRES PROGRESSIF

1. Retour sur la genèse des CRT

➢ 2020-2023 : l'expérimentation DRAD, une préfiguration des CRT

Dans le cadre des **expérimentations dites « de l'article 51 »** [1], avait été introduit un dispositif d'accompagnement renforcé à domicile (DRAD) visant à assurer un accompagnement global, continu et renforcé des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie qui souhaitent rester à domicile, en apportant l'expertise de l'Ehpad au domicile.

Portés par la Croix-Rouge française, le groupe Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve (HSTV) et la Fédération nationale de la Mutualité française, **vingt-trois DRAD** ont été déployés entre 2020 et 2023, répartis sur dix-neuf départements et dix régions. Chaque DRAD avait vocation à accompagner à domicile une file active moyenne de vingt-cinq patients, recevant pour ce faire une dotation mensuelle de **1 096 euros par patient**. Cette expérimentation a pris fin en décembre 2023, et dix-neuf DRAD sur vingt-trois sont devenus des CRT.

Il convient de noter que des dispositifs reposant sur la même philosophie d'un Ehpad « hors les murs » avaient déjà pu voir le jour localement, à l'image du **dispositif M@DO** (maison de retraite à domicile) porté par le conseil départemental de Corrèze depuis 2012.

➢ LFSS 2022 : le vote de l'article 47, ou la volonté d'aller vers un Ehpad « hors les murs »

Dès la fin 2021, **sans attendre le terme de l'expérimentation DRAD**, le Gouvernement a fait le choix de faire entrer ce dispositif dans le droit commun. L'article 47 de la LFSS 2022 a ainsi prévu que les Ehpad pourraient désormais assumer la mission de centre de ressource territorial, en proposant des actions visant :

- d'une part, à « *aider les professionnels du territoire intervenant auprès des personnes âgées* » (**volet 1**) par des formations, des téléconsultations, et la mise à disposition de ressources humaines et de plateaux techniques de l'établissement ;
- d'autre part, à proposer un accompagnement renforcé à domicile des personnes âgées ou des aidants, dans le but de prévenir leur perte d'autonomie (**volet 2**).

Les Ehpad peuvent, pour ce faire, bénéficier de financements complémentaires délégués par les ARS. L'étude d'impact annexée au PLFSS estimait alors le coût des CRT à 78 millions d'euros en 2025, pour une moyenne de quatre CRT par département, et pour assurer le suivi de 1 % des personnes âgées dont la perte d'autonomie est la plus importante (**GIR 1 et 2**), soit 2 000 personnes en 2030.

➢ Avril 2022 : publication du cahier des charges

En avril 2022 a été publié le décret précisant les missions des CRT et leur cahier des charges [2]. Ces textes s'écartent un peu du modèle initialement envisagé en prévoyant que la mission de CRT peut être portée par un Ehpad, en lien avec des services à domicile, mais **aussi par un service à domicile** sur la base d'un conventionnement avec un Ehpad pour la mise à disposition des ressources nécessaires au volet 1, ainsi que d'un médecin coordonnateur et d'un hébergement d'urgence dans le cadre du volet 2. Avec cette ouverture aux services à domicile, **on s'éloigne ainsi d'emblée de la vision d'un Ehpad « hors les murs »**.

---

(1) Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(2) Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées.

Le cahier des charges définit le public cible du volet 2 comme les « *personnes âgées en situation de perte d'autonomie (GIR 1 à 4) pour lesquelles un accompagnement "classique" des services du domicile n'est plus suffisant et qui seraient de prime abord orientées* » vers un Ehpad. Il prévoit un financement à hauteur de **400 000 euros par CRT** (480 000 euros outre-mer), librement réparti entre le volet 1 et le volet 2, sous réserve d'accompagner **une file active minimale de trente bénéficiaires** sur le volet 2, financée à hauteur de **900 euros par mois** et par bénéficiaire. Par déduction, la somme dévolue au volet 2 pour cette file active minimale avoisine ainsi 324 000 euros.

➢ Juillet 2023 : extension et sécurisation budgétaire du dispositif

Dans une instruction publiée le 10 juillet 2023 [3], le Gouvernement prévoit que le budget dédié aux CRT sera progressivement porté à **200 millions d'euros** d'ici 2028, pour financer **500 CRT** sur l'ensemble du territoire. Pour donner de la visibilité aux ARS, l'instruction acte la répartition entre elles de cette somme selon un **critère populationnel** (poids de la population de GIR 1 à 4 projetée en 2028). Le montant réparti leur est d'emblée ouvert sous forme d'autorisations d'engagement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

2. Un déploiement plutôt laborieux et hétérogène selon les territoires

Trois ans et demi après le vote de l'article 47, le dispositif des CRT est encore en cours de déploiement. Au 31 décembre 2024, 274 CRT avaient été autorisés et 175 avaient débuté leurs activités. Fin 2025, 405 CRT sur 500 devraient avoir été autorisés. Globalement, la mise en place et le démarrage des activités des CRT s'avèrent très progressifs et bien plus lent que prévu, surtout s'agissant du volet 2.

➢ Une mise en œuvre très hétérogène selon les régions

Confrontés à l'absence de vision centralisée du niveau de déploiement des CRT dans les différentes régions, les rapporteurs ont adressé un questionnaire à l'ensemble des ARS. L'ARS La Réunion ainsi que toutes les ARS de France métropolitaine ont répondu, à l'exception de l'ARS Île-de-France.

Les réponses à ce questionnaire font apparaître **une hétérogénéité globale** dans le déploiement des CRT. Elle tient d'abord à la stratégie adoptée par les ARS : certaines (ARS Occitanie) ont procédé d'abord par un appel à manifestation d'intérêt (AMI), qui leur a permis d'identifier la majorité des porteurs potentiels, tandis que la plupart des autres procèdent directement par appels à candidatures successifs, étalés jusqu'en 2028.

Certaines **régions apparaissent plus avancées**, à l'image de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur – avec l'ensemble des 42 CRT programmés en activité – ou encore du Grand Est, de la Bretagne et des Pays de la Loire. Dans ces régions, le déploiement des CRT apparaît facilité par des expériences antérieures d'ouverture de l'Ehpad vers le domicile (Ehpad hors les murs, DRAD, incubateur Divadom).

L'hétérogénéité apparaît aussi dans **l'accompagnement proposé** par les ARS, lequel s'avère crucial pour guider les porteurs de projet en amont et en aval de la procédure de sélection. Si toutes les ARS semblent « jouer le jeu », certaines apparaissent particulièrement impliquées (mise en place de groupes de travail thématiques, de réunions avec l'ensemble des acteurs du territoire...).

On relève également **une hétérogénéité de l'implication des conseils départementaux**. Si ceux-ci ont fréquemment été associés au choix des porteurs de CRT, on note globalement leur faible implication pour le déploiement du dispositif, alors que ceux-ci sont chefs de file pour l'accompagnement à domicile des personnes âgées. Certaines ARS relèvent une défiance des conseils

---

(3) Instruction N° DGCS/SD3A/CNSA/2023/111 du 10 juillet 2023 relative aux autorisations d'engagement de dépenses pour les centres de ressources territoriaux pour les personnes âgées et les services infirmiers à domicile.

départementaux face aux CRT. À l'inverse, dans certains territoires, les conseils départementaux s'inscrivent pleinement en soutien de ce dispositif (cofinancement de deux CRT supplémentaires par le conseil départemental de la Vendée).

- Un accompagnement tardif au niveau national et parfois peu coordonné avec l'accompagnement des ARS

La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a missionné tardivement l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (Anap) pour accompagner le déploiement des CRT à travers la mise en place d'une communauté de pratiques et le déploiement d'une boîte à outils. Les rapporteurs regrettent que cet accompagnement ne soit pas davantage coordonné avec celui proposé, à l'échelle territoriale, par les ARS, qui sont nombreuses à déplorer de ne pas être intégrées à la communauté de pratiques. Les rapporteurs estiment qu'il convient de **repositionner au plus vite l'accompagnement proposé par l'Anap,** pour le placer en appui des ARS, lesquelles sont maîtres d'œuvre dans le déploiement des CRT.

- Une montée en charge très progressive

Les rapporteurs observent une lenteur globale dans le démarrage des activités des CRT. Il est fréquent que dix-huit mois s'écoulent entre la désignation d'un CRT et l'intégration des premiers patients dans le cadre du volet 2. À l'heure actuelle, les CRT ouverts en 2023 sont pratiquement les seuls à atteindre la file active de trente patients ; la file active moyenne sur les CRT en activité est de seize patients.

Cette lenteur tient à la nécessité pour le CRT de **préciser son positionnement dans l'écosystème local** de l'aide à domicile, souvent très complexe, en conventionnant avec l'ensemble des acteurs concernés : services d'aide à domicile, services de soins infirmiers, hospitalisation à domicile, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), dispositifs d'appui à la coordination (DAC), etc. Ce travail est facilité lorsque le CRT est un Ehpad qui dispose d'un service à domicile, ainsi doté de la double culture Ehpad/domicile.

L'ouverture du CRT s'accompagne du **recrutement d'une équipe pluridisciplinaire** constituée d'un chef de projet, généralement un infirmier de coordination (IDEC), de plusieurs assistants de soins en gérontologie (ASG) chargés des visites à domicile, ainsi que de temps plus ou moins étendus de médecin coordonnateur, d'ergothérapeute, de diététicien, d'enseignants en activité physique adaptée, d'assistant social, etc. Plusieurs CRT visités par les rapporteurs soulignent **des difficultés à recruter** certains personnels, notamment les ASG, sans lesquelles le suivi à domicile des patients n'est pas concevable. Il convient de noter que la **nécessité** d'avoir un temps de médecin coordonnateur (ou libéral) sur le CRT est un facteur limitant dans les zones où la ressource médicale est particulièrement rare.

Le démarrage laborieux des CRT s'explique également par **des difficultés en matière de systèmes d'information**. Aucune solution nationale ni même régionale n'a été mise au point et les CRT, s'ils peuvent bénéficier de l'appui de l'Anap ou du groupement régional d'appui à la e-santé (GRADeS), doivent déterminer eux-mêmes leurs propres solutions, en recherchant l'interopérabilité avec les multiples partenaires du domicile. L'ensemble des CRT visités ont souligné la complexité de ce dossier, fortement consommateur de temps et de ressources.

Enfin, les CRT sont également nombreux à éprouver **des difficultés à mettre en place l'astreinte soignante** 24 heures/24 et 7 jours/7, qui fait partie des attendus du cahier des charges pour la prise en charge des patients du volet 2. Si cette astreinte soignante est indispensable pour garantir aux personnes suivies un niveau de surveillance comparable à celui d'un Ehpad, les CRT doivent faire preuve d'inventivité pour la déployer, car elle ne peut être financée intégralement sur les ressources du CRT.

En dépit de ces difficultés, de nombreux interlocuteurs rapportent **une réelle dynamique de terrain** dans la mise en place des CRT, et **une tendance à l'accélération du processus**, corroborée par les statistiques, à partir de la fin 2024, les retours d'expérience des premiers porteurs permettant de lever certaines difficultés pour les autres.

II. S'IL PRESENTE DES PLUS-VALUES INDENIABLES, LE DISPOSITIF DES CRT DEVRA ETRE EVALUE SOUS L'ANGLE DE L'EFFICIENCE

À ce stade, la DGCS n'a pas été en mesure de fournir les données quantitatives et qualitatives relatives au déploiement et à l'activité des CRT. La remontée d'informations, effectuée à travers les ARS, apparaît encore limitée et hétérogène, ce qui limite la portée de la présente évaluation.

Les travaux conduits par les rapporteurs leur permettent néanmoins d'ores et déjà de souligner certaines plus-values des CRT, ainsi que certains risques et limites. Ils ne permettent cependant pas de statuer sur l'efficience du dispositif, dans un contexte de ressources limitées pour financer la dépendance. Cette efficience devra impérativement être évaluée dès lors que le Gouvernement bénéficiera des données agrégées des rapports d'activité de l'ensemble des CRT.

1. Là où ils fonctionnent, les CRT constituent indéniablement un apport appréciable

- Une mise en musique salutaire des acteurs de l'accompagnement à domicile

De nombreux acteurs rencontrés par les rapporteurs ont souligné que les CRT venaient **combler un vide manifeste** dans l'accompagnement à domicile des personnes âgées. Alors que ces personnes âgées sont de plus en plus nombreuses à être en perte d'autonomie et à souhaiter rester chez elles plutôt que d'aller en Ehpad, **de nombreux angles morts** sont à déplorer dans les dispositifs actuels d'accompagnement à domicile. De ce fait, beaucoup de personnes âgées dépendantes sont maintenues à domicile dans **des situations dramatiques**, sans bénéficier de l'aide dont elles – ou leurs aidants – auraient besoin.

Le CRT permet, en premier lieu, de **repérer ces situations difficiles** à domicile, et de **mettre en place les aides** auxquelles les personnes ont droit : passage d'un service d'aide ou de soins à domicile, portage de repas, etc. Ce faisant, il permet de **soutenir les aidants,** en les guidant et en les appuyant dans les démarches administratives à accomplir.

Le CRT permet également, *via* les visites à domicile réalisées par les assistants de soins en gérontologie, de davantage **personnaliser les accompagnements**, en adaptant les horaires de coucher et de prise des traitements aux habitudes des personnes âgées, par exemple.

Le CRT remplit aussi une **fonction de lien social** qui n'est pas assurée par les services à domicile, davantage concentrés sur des actes techniques. Il permet de mettre en place **un accompagnement global de la personne** dans toutes ses dimensions, en appréhendant l'ensemble des aspects de cet accompagnement, de la prise des traitements au remplissage du réfrigérateur. Ainsi, comme l'ont souligné les responsables d'un CRT visité par les rapporteurs, il permet de « redonner de la vie aux jours », plutôt de donner des jours à la vie.

Par cette vocation globale, le CRT assure ainsi une fonction de coordination, de mise en musique de l'ensemble des acteurs du domicile. Il pousse à la coopération et incite à travailler dans une logique de parcours et d'accompagnement des personnes, mobilisant à cette fin l'ensemble des ressources du territoire. En cela, le CRT est **un dispositif qui a sa place et qui est pertinent sur le fond**.

- Une plus-value majeure : un impact très positif sur l'attractivité des métiers liés à l'accompagnement des personnes âgées

Le caractère englobant, cohérent de l'accompagnement mis en place par les CRT a **un impact très positif sur le bien-être au travail** des personnels recrutés dans ce cadre. Les rapporteurs estiment qu'il s'agit ici de l'une des **plus-values les plus évidentes** de ce dispositif. L'ensemble des porteurs

auditionnés et rencontrés soulignent un effet très bénéfique sur le recrutement et la fidélisation des personnels. Le travail au sein du CRT ouvre des perspectives d'évolution pour le personnel de l'Ehpad, offrant davantage d'autonomie et une moindre pénibilité physique.

➢ Un impact à préciser sur les entrées en EHPAD

Au-delà de ces éléments positifs, les rapporteurs estiment qu'il importe, pour évaluer l'efficacité des CRT, d'apprécier leur capacité à éviter ou retarder l'entrée en Ehpad des personnes accompagnées. Lors des auditions et déplacements, les porteurs ont souligné que le CRT permettait **une transition plus fluide** entre le domicile et l'Ehpad, en évitant les ruptures, les entrées précipitées après une chute. En favorisant les liens entre l'Ehpad et le domicile, dans le cadre des volets 1 et 2, le CRT atténue l'image négative de l'Ehpad.

Les rapporteurs estiment néanmoins que le CRT ne saurait se limiter à cette fonction. Il est attendu qu'il constitue une alternative à l'Ehpad pour des personnes âgées dépendantes qui, à défaut, n'auraient eu d'autre choix que d'être institutionnalisées. Il importera donc d'évaluer précisément, au regard des données des rapports d'activité, la capacité des CRT à constituer une alternative à l'Ehpad.

2. Mais ce dispositif apparaît insuffisamment optimisé à plusieurs égards

Sans nier les apports susmentionnés, les rapporteurs s'interrogent sur l'efficience du dispositif des CRT, face à l'enjeu massif du vieillissement démographique à venir.

➢ Un positionnement incertain dans le paysage actuel de l'accompagnement à domicile, qui laisse un sentiment de millefeuille et de doublons

Les rapporteurs notent que le CRT est surtout conçu comme **un dispositif qui vient pallier les carences** dans l'accompagnement à domicile des personnes âgées, « boucher les trous dans la raquette », comme ils l'ont entendu souvent lors de leurs déplacements. Ils estiment que l'utilité du CRT découle ainsi en grande partie des manques de certaines politiques locales ; il est, en quelque sorte, **positionné en variable d'ajustement** des services actuellement prévus dans le droit commun. Par exemple, le CRT peut dépêcher des assistantes sociales auprès des personnes âgées pour les aider à accomplir leurs démarches administratives, alors que cette mission incombe normalement aux départements.

Les rapporteurs alertent ainsi sur l'impératif de ne pas refinancer, à travers les CRT, des actions qui sont normalement déjà financées par d'autres dispositifs de droit commun.

Les rapporteurs s'interrogent également sur l'articulation entre les CRT et d'autres dispositifs, également positionnés sur la coordination des interventions auprès des personnes âgées dépendantes. C'est le cas notamment **des DAC**, positionnés en appui des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des personnes cumulant diverses difficultés et aux besoins de santé complexes – souvent des personnes âgées dépendantes. L'articulation CRT-DAC est un problème qui a été soulevé de manière récurrente par les interlocuteurs de la mission.

La question se posera également de **l'articulation entre le CRT et le service public départemental de l'autonomie (SPDA)**, dont la généralisation a été récemment annoncée, en application de la loi dite « Bien vieillir »[4]. La mission du SPDA, porté par les conseils départementaux, est, selon les termes de la loi, de faciliter « *les démarches des personnes âgées, des personnes handicapées et des proches aidants, en garantissant que les services et les aides dont ils bénéficient sont coordonnés, que la continuité de leur parcours est assurée et que leur maintien à domicile est soutenu, dans le respect de leur volonté et en réponse à leurs besoins* ». Elle semble recouper fortement les missions des CRT et il importera de veiller à ne pas financer de la « coordination de coordinateurs ».

(4) Voir article 2 de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie.

Au total, les rapporteurs estiment qu'il persiste **un certain flou sur le positionnement exact des CRT**, auquel sont directement confrontés les porteurs qui apportent chacun leurs propres réponses sur le terrain. Des questions de frontière multiples se posent, laissant parfois **un sentiment d'illisibilité, de millefeuille** qui nuit à l'efficacité de la politique publique voulue par le législateur.

➢ Des incertitudes sur le public cible

Les rapporteurs s'interrogent également sur le ciblage des interventions du CRT. Ce dispositif avait initialement vocation à se concentrer sur les publics les plus dépendants (GIR 1 et 2) pour faire en sorte que le domicile puisse constituer une alternative à l'Ehpad. Or, ce ciblage a été élargi aux GIR 1 à 4 dans le cadre du cahier des charges, et il s'avère que, **dans la réalité, ce sont souvent des GIR 3 et 4, parfois des GIR 2, qui sont accompagnés**. Ce point a été confirmé lors des visites des terrains des députés ; les porteurs ont mis en avant leur sentiment d'être plus utiles auprès des GIR 3 et 4, **pour intervenir plutôt en prévention de la perte d'autonomie**.

Les rapporteurs estiment que **ce glissement interroge**. Ils alertent sur la tentation qu'il pourrait y avoir à se concentrer sur un public moins compliqué, qui serait évidemment très satisfait de bénéficier de prestations supplémentaires, mais ne constituerait pas le cœur de cible du dispositif.

Au-delà, les rapporteurs ne peuvent que constater **les limites de tout dispositif qui se fonde sur le critère du GIR**, du fait même des lacunes de cet outil qui sont désormais bien connues. Elles ont encore été rappelées par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) [5], qui souligne que « *la grille Aggir évalue un niveau de réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne et non le niveau des besoins d'aide* », précisant que « *les insuffisances de la grille sont particulièrement manifestes pour les personnes atteintes de troubles neuro-cognitifs* », des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer pouvant fréquemment être classées en GIR 5 ou 6.

Les rapporteurs appellent ainsi à **réviser de toute urgence la grille Aggir** pour apprécier plus finement la dépendance. Il pourrait notamment être envisagé de s'inspirer de la démarche SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) employée au Canada, pour déterminer des profils plus fins en tenant compte de l'ensemble des ressources disponibles autour de la personne, qui sont des paramètres déterminants pour mesurer l'autonomie.

➢ Systèmes d'information et télésurveillance : une déperdition importante de temps et de ressources

Les auditions et déplacement effectués par les rapporteurs les conduisent à constater une situation très largement sous-optimale sur la question des systèmes d'information sur lesquels les CRT peuvent s'appuyer pour effectuer le suivi de leurs patients. De l'aveu même de M. Florian Kastler, chef du bureau de la prévention de la perte d'autonomie à la DGCS, « ***on achoppe sur la question des systèmes d'information*** ».

D'une part, il n'existe **pas d'outil numérique commun** pour le partage d'informations entre les différents services qui interviennent au domicile et le CRT.

D'autre part, le cahier des charges des CRT prévoit que ces derniers sont appelés à mettre en place **des outils de télésurveillance** pour assurer un suivi renforcé des patients au domicile. Au-delà de la téléassistance d'ores et déjà prise en charge dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), il s'agit d'outils de domotique, par exemple de capteurs permettant de détecter des chutes ou des changements dans les habitudes de vie.

Les rapporteurs ont été alertés par les ARS sur **le démarchage commercial intense** auquel sont soumis les porteurs de CRT pour investir dans des formules de télésurveillance qui les engagent sur

---

(5) « Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire », Dr Julien Emmanuelli, Jean-Baptiste Frossard, Bruno Vincent, Igas, février 2024.

plusieurs années, sans nécessairement répondre à un réel besoin, et parfois sans cohérence avec la téléassistance proposée par le département. Plusieurs ARS ont ainsi déploré que les CRT aient contractualisé avec des sociétés sans en avoir réellement apprécié les conséquences à moyen terme.

Les rapporteurs s'interrogent sur la pertinence de **faire de la mise en place de la télésurveillance une responsabilité des CRT**. C'est source d'injustice, dans la mesure où les personnes âgées du CRT peuvent bénéficier des outils domotiques sans aucun reste à charge, alors que ces équipements ne sont pas du tout pris en charge pour les autres. En outre, cela signifie qu'un patient sortant du CRT devrait se voir, du jour au lendemain, privé de toute domotique, ce qui rend cette sortie peu vraisemblable, sauf pour entrer en Ehpad.

Les rapporteurs estiment ainsi qu'il y a manifestement, sur ces questions de systèmes d'information et de télésurveillance, **un défaut d'accompagnement de l'échelon national**, qui conduit à une situation inefficiente.

- Des doutes sur l'aptitude des Ehpad à prendre en charge cette nouvelle mission au regard de leur situation financière et RH

Les rapporteurs soulignent qu'**il a été demandé aux Ehpad de mettre en œuvre le dispositif des CRT alors que la plupart se trouvent déjà en grande difficulté**, sur le plan financier et sur le plan des ressources humaines.

Cette situation n'est **pas propice à une dynamique de projet**, car elle empêche de nombreux Ehpad, trop empêtrés dans leurs problèmes, de se positionner comme CRT. Ainsi plusieurs ARS ont fait remonter des difficultés importantes pour réussir à trouver des porteurs suffisamment robustes.

En outre, cette fragilité emporte **un risque quant à l'utilisation de la dotation** prévue pour les CRT. En effet, le CRT n'ayant pas de personnalité juridique distincte de celle de l'établissement support, la dotation de 400 000 euros qui le finance est simplement versée au budget de cet établissement. Certes, une comptabilité analytique est obligatoire pour retracer les dépenses propres au CRT. Cependant, certaines dépenses bénéficient à la fois au CRT et à l'Ehpad, en particulier sur le volet 1 et sur le volet des ressources humaines.

Il importera ainsi d'**être particulièrement vigilant à ce que la dotation du CRT ne vienne pas prendre en charge des dépenses que l'Ehpad ne peut plus se permettre** du fait de sa situation financière.

- Au total, un rapport coûts/bénéfices qui devra être attentivement analysé

Les rapporteurs estiment que le coût du CRT est loin d'être négligeable si on le rapporte au nombre de patients suivis. Si l'on se fonde sur une file active de trente patients (souvent non atteinte à ce jour), cela représente **un coût de 10 800 euros par bénéficiaire et par an** pour la collectivité, sans compter le coût des autres interventions au domicile. À titre d'exemple, le service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) coûte entre 10 000 et 13 000 euros par an pour les GIR 1 et 2, hors ticket modérateur ; et le coût d'une place en service de soins infirmiers à domicile (Ssiad) est estimé à 16 000 euros annuels en moyenne.

Pourtant, tous les CRT visités par les rapporteurs estiment que la dotation de 400 000 euros qui leur est allouée **sera trop juste** pour mettre en place l'ensemble des actions prévues par le cahier des charges.

3. Et le dimensionnement des CRT interroge face aux évolutions démographiques prévisibles

Au-delà de l'efficience du dispositif des CRT, les rapporteurs estiment que c'est son dimensionnement qui interroge, face aux enjeux démographiques massifs qui sont devant nous.

➢ Des files actives souvent plafonnées à trente patients

Le cahier des charges des CRT prévoit qu'ils ont vocation à prendre en charge au moins trente patients dans le cadre du volet 2. Or, les rapporteurs ont pu vérifier, à travers leurs auditions et leurs déplacements, que **ce nombre de trente était souvent considéré comme un objectif**.

Lors de son audition, M. Florian Kastler (DGCS) a souligné qu'il ne s'agissait pas de trente patients mais de trente places, qui pouvaient représenter bien plus de trente patients suivis en une année, la file active ayant vocation à tourner. Le cahier des charges mentionne en effet l'hypothèse d'une prise en charge temporaire par le CRT, par exemple en sortie d'hospitalisation. Dans les faits, cela semble bien peu se vérifier ; l'essentiel des sorties de CRT sont dues à des décès ou à des entrées en Ehpad. **La capacité des porteurs à faire tourner la file active apparaît donc faible.**

➢ Une goutte d'eau dans l'océan de ce qu'il faudrait faire pour absorber les évolutions démographiques

Au regard des enjeux démographiques, vos rapporteurs estiment que le dispositif des CRT apparaît ainsi sous-dimensionné : trente personnes suivies par 500 CRT à terme, cela représente **15 000 personnes âgées dépendantes suivies à la fin de la décennie**, à rapporter aux **plus de 3 millions de personnes âgées qui devraient se trouver en situation de perte d'autonomie** à l'horizon 2030 [6].

L'Igas estime, dans son rapport paru en février 2024 [7], qu'à pratiques inchangées en termes de capacités de maintien à domicile, il faudrait créer entre 103 000 et 140 000 places en Ehpad/unités de soins de longue durée et résidences autonomie à l'horizon 2030 pour absorber cette augmentation de la population âgée en perte d'autonomie. En l'absence d'un grand plan d'ouverture de places en Ehpad, c'est le domicile qui a vocation à absorber cette augmentation. On voit donc qu'il y a **un rapport de un à dix entre le dimensionnement des CRT et ce que seront les besoins d'accompagnement renforcé à domicile** à l'horizon 2030. Et l'on constate également que les CRT seront appelés à prendre en charge massivement **des GIR 1 et 2,** à rebours de la tendance observée actuellement.

En conséquence, les rapporteurs font leurs les paroles de la directrice de la performance médico-sociale de l'Anap, lors de son audition en 2024 : « *On se questionne sur l'ambition finale. Si c'est vraiment le modèle d'Ehpad du futur qu'on veut construire, il va falloir monter en puissance pour couvrir le besoin.* ***L'ambition n'est pas à la hauteur des enjeux démographiques.*** »

III. QUEL AVENIR POUR LES CRT ?

Face au déploiement plus lent que prévu des CRT, le Gouvernement a décidé d'en reporter l'évaluation, initialement prévue en 2024, à la fin de l'année 2025. À partir du quatrième trimestre, l'Anap devrait ainsi démarrer l'évaluation de ce dispositif à partir des remontées de rapports d'activité des CRT de façon à permettre, le cas échéant, une **révision du cahier des charges en 2026**. Les rapporteurs estiment que certaines évolutions apparaissent en effet indispensables pour garantir l'efficience du dispositif et l'atteinte des objectifs fixés par le législateur.

➢ Questionner le positionnement et le périmètre du volet 1

Le volet 1 porte la mission de pôle de ressources de l'Ehpad à destination des autres acteurs du territoire. En réalité, cette mission n'est pas directement en lien avec l'accompagnement des personnes prévu dans le cadre du volet 2 ; elle ne vise pas le même public et ne porte pas sur le même périmètre d'intervention. De nombreuses collectivités n'avaient pas attendu les CRT pour déployer des dispositifs de ce type. Si le volet 1 a permis d'apporter une source de financement complémentaire –

(6) Données tirées du modèle Livia de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

(7) Op. cit., février 2024.

voire un financement relais, il n'est pas certain que le CRT soit la bonne échelle pour coordonner et déployer ces dispositifs ressources. La liste des actions financées par les CRT dans le cadre du volet 1 apparaît souvent assez disparate, sans réelle logique d'ensemble et sans articulation avec les dispositifs similaires portés par d'autres acteurs, **donnant parfois l'impression d'un saupoudrage**.

Les rapporteurs s'interrogent ainsi sur l'opportunité de **recentrer la dotation des CRT sur le financement du volet 2,** lequel apparaît nettement prioritaire face au vieillissement de la population. La mise en œuvre du volet 1 pourrait davantage ressortir de la compétence du service public départemental de l'autonomie (SPDA), probablement positionné à une meilleure échelle pour ce type de dispositifs. Un recentrage des CRT sur leur volet 2 pourrait par ailleurs être associé à **une évolution de leur appellation**, la notion de « centre de ressources territorial » n'étant pas très explicite pour nombreux acteurs.

- Envisager une modulation de la dotation en fonction de la file active

Les rapporteurs pensent qu'il n'est plus possible de verser dans son intégralité la dotation annuelle de 400 000 euros aux CRT sans contrôler de près leur activité dans le cadre du volet 2. À l'heure actuelle, les CRT reçoivent la dotation complète à compter de leur date d'ouverture officielle, quand bien même ils ne suivent, plusieurs mois après, qu'une poignée de patients. Les rapporteurs veulent bien admettre qu'une période de montée en charge est nécessaire, mais **il convient d'en fixer le terme**, au-delà duquel les CRT devront avoir mis en œuvre les principales missions qui sont attendues d'eux, à commencer par le suivi renforcé d'au moins trente patients.

En rythme de croisière, les rapporteurs estiment qu'il devra être envisagé de **moduler la dotation versée aux CRT** en fonction du nombre et des caractéristiques de la population accompagnée. On pourrait envisager une dotation socle pour l'ensemble des CRT, assortie d'une dotation à la file active, pondérée selon le niveau de dépendance des personnes accompagnées.

- Préciser le public cible

Il importera également de mieux définir à la fois le public cible et le territoire d'intervention du CRT. La définition du public cible devra permettre de cibler prioritairement les personnes pour qui l'institutionnalisation apparaîtrait inéluctable, faute d'accompagnement renforcé. Même si cet indicateur ne saurait constituer un absolu, cette redéfinition impliquera nécessairement un recentrage des publics accompagnés sur les GIR 1 et 2. Elle impliquera par ailleurs de mieux prendre en compte la question des troubles neuro-dégénératifs, qui sont mal traduits par les critères du GIR.

En outre, il paraîtrait souhaitable de traiter également, dans le cadre des CRT, la problématique des personnes handicapées vieillissantes, quitte à envisager des CRT spécifiquement dédiés à leur prise en charge.

- Mieux définir le territoire d'intervention

Il importe que le territoire d'intervention soit mieux défini dans le cahier des charges, et davantage circonscrit : un CRT ne peut pas raisonnablement rayonner sur l'ensemble du département ; il doit impérativement s'agir d'un territoire de grande proximité. Cela impliquera de créer davantage de CRT, éventuellement sous la forme observée dans les Hauts-de-France d'une même structure juridique porteuse de plusieurs CRT, rayonnant autour de différentes antennes, dans le but de mutualiser certains coûts.

- Extraire la télésurveillance du cahier des charges

Comme les rapporteurs l'ont exposé, l'introduction de la télésurveillance dans le cahier des charges des CRT induit une surenchère commerciale non corrélée aux besoins des bénéficiaires ; elle est source d'injustice et d'incohérence pour les personnes qui ne sont pas incluses dans un CRT ou qui pourraient en sortir. Il importe donc de ne plus faire reposer le financement de la télésurveillance sur

les CRT. Si ceux-ci peuvent aider à la mise en place de ces outils pour leurs patients, il convient de **prévoir un financement départemental pour la domotique**, sur le même modèle que la téléassistance, en redéployant à cette fin les crédits de la conférence des financeurs.

➢ Préciser les modalités de l'astreinte soignante

La mise en place d'une astreinte soignante 24 heures/24 et 7 jours/7 est souvent à la fois une condition et un obstacle à la mise en place du volet 2. Généralement peu sollicitée – le plus souvent pour de la réassurance téléphonique – cette astreinte soignante représente un coût déraisonnable si elle est mise en place exclusivement sur les ressources du CRT. Il importe de préciser, dans le cahier des charges, les attendus de cette astreinte soignante, qui pourra être mutualisée avec celle de l'Ehpad.

➢ Parachever la réforme des services autonomie à domicile

Le manque de structuration et la fragilité des services à domicile sont des facteurs qui compliquent fortement le positionnement et l'action au quotidien des CRT, lesquels ne peuvent que s'appuyer sur eux. Le succès du dispositif des CRT est ainsi étroitement dépendant de la réforme des services à domicile. Il apparaît donc prioritaire de mener à son terme la réforme des services autonomie à domicile, qui permettra d'aller vers une meilleure structuration des acteurs du domicile.

➢ Reconsidérer la cohérence d'ensemble et la pertinence de la stratégie domiciliaire

Au-delà de la question des CRT, les rapporteurs invitent le Gouvernement à réinterroger la cohérence d'ensemble de sa stratégie domiciliaire au regard des évolutions démographiques prévisibles. Comme le montre le rapport précité de l'Igas, même en montant en charge, le domicile ne pourra probablement pas absorber l'accroissement de la population en situation de perte d'autonomie**.** Ainsi que l'a illustré une note du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) en 2021 [8], **l'accompagnement renforcé les personnes dépendantes à domicile est plus coûteux qu'en Ehpad car il induit une dispersion des moyens**. Il importe donc de **continuer à investir dans les Ehpad**, en veillant à aller davantage vers un « Ehpad domicile », de façon à concilier les contraintes budgétaires avec les aspirations des personnes âgées dépendantes.

Or, comme l'a souligné l'Anap lors de son audition, la grande majorité des projets validés dans le cadre des investissements du Ségur de la santé sont allés à des Ehpad hospitaliers très en difficulté. Les 1,5 milliard d'euros mobilisés ont permis de moderniser entre 10 et 15 % du parc immobilier. Comme l'a exprimé Mme Marie-Sophie Ferreira (Anap) lors de son audition, « ***il est difficile de penser l'Ehpad du futur avec les locaux de l'Ehpad d'hier*** **»…**

(8) « Comparaison des coûts de prise en charge d'une personne en perte d'autonomie selon le lieu de vie (domicile ou Ehpad) », HCFEA, 16 novembre 2021.