

SYNTHÈSE RÉGIONALE

RAPPORT D'ACTIVITÉS 2024 DES CENTRES DE RESSOURCES TERRITORIAUX - CRT

Ambre Laplaud
Dr en droit de la santé
Cheffe de projets « Innovation Recherche »

Paul Guérineau
Designer de services

SOMMAIRE

Introduction - p.3

1. Le contexte des DRAD vers les CRT - p.3
2. Un enjeu de cohérence, de stratégie et de légitimité des CRT du national au territorial - p.4
3. La mission conférée au Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine : réaliser une synthèse régionale sur l'année d'activité 2024 - p.5
4. La méthodologie suivie par le Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine - p.5
5. Enjeux d'accompagnement et de soins de la personne vieillissante - p.6

Structuration du rapport de synthèse régionale - p.7

1. Périmètre de l'étude et méthodologie - p.7
2. Collecte des données quantitatives : exploitation du système SIDOBA - p.9
3. Complétude des données et limites identifiées - p.10
4. Processus de validation et de correction des données - p.10
5. Méthode d'analyse et de traitement des données - p.11
6. Limites méthodologiques et précautions d'analyse - p.11

Synthèse des données collectées : les principaux chiffres clés

Analyse régionale des données issues de la plateforme SIDOBA - p.14

1. La cartographie des partenariats - p.14
2. Indicateurs du Volet 1 : mission de ressource territoriale - p.21
3. Indicateurs du Volet 2 : coordination renforcée à domicile - p.23
4. Services proposés et organisation des CRT - p.36

Données financières - p.43

1. Charges totales : une hétérogénéité marquée - p.43
2. Répartition par groupes de charges - p.46
3. Limites majeures de données récoltées - p.51

Recommandation majeure : Une méthodologie fondée sur une évaluation multidimensionnelle, dans une perspective longitudinale pluriannuelle - p.52

1. Repenser l'efficacité par la qualité du service rendu - p.52
2. La qualité de l'accompagnement du point de vue des usagers, de leurs aidants et des professionnels - p.52
3. La pertinence de l'accompagnement au regard des besoins complexes - p.53
4. La contribution à la fluidité et à la cohérence du système de santé territoriale - p.53
5. Les trajectoires de vie comme indicateur synthétique de qualité - p.54
6. Le piège de la comparaison des coûts unitaires - p.54
7. Co-construction avec les CRT et participation des usagers - p.57

Conclusion "provisoire" sur l'analyse : coût-efficacité-qualité des CRT en 2024 - p.58

ANNEXES - Fiches CRT individuelles - p.61

INTRODUCTION



La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie constitue un défi sociétal majeur dans un contexte de vieillissement démographique accéléré. En France, les mutations profondes du secteur médico-social ont conduit à repenser le modèle traditionnel de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), longtemps envisagé comme l'unique solution institutionnelle face à la dépendance. Les débats publics récents, amplifiés par la médiatisation de dysfonctionnements graves au sein de certains établissements et par la crise sanitaire de la Covid-19, ont mis en lumière les limites d'une approche exclusivement centrée sur l'hébergement institutionnel.

Ces événements ont catalysé une réflexion d'ampleur sur la nécessité de transformer en profondeur l'organisation territoriale de l'accompagnement du grand âge.

➤ 1. Le contexte des DRAD vers les CRT

C'est dans ce contexte que s'inscrit l'émergence des Centres de Ressources Territoriaux (CRT), dispositifs innovants visant à dépasser la dichotomie traditionnelle entre domicile et institution. Les CRT s'inscrivent dans la continuité des expérimentations de dispositifs renforcés d'accompagnement à domicile (DRAD), lancées officiellement en 2020 dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale. Portés par la Croix-Rouge française, le groupe Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve et la Mutualité Française sur 23 territoires expérimentaux (dont 3 en Nouvelle-Aquitaine), ces dispositifs pionniers ont démontré la pertinence d'un modèle organisationnel fondé sur l'ouverture des EHPAD vers leur territoire et la mutualisation des expertises au service du maintien à domicile. Fort de ces enseignements, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a consacré cette évolution en créant officiellement la mission de centre de ressources territorial, reconnue par le décret n°2022-731 du 27 avril 2022.

Le concept de CRT repose sur une double ambition structurante. D'une part, il s'agit de renforcer les liens entre l'EHPAD et les acteurs gérontologiques du territoire afin de faire bénéficier ce dernier de l'expertise et des ressources disponibles au sein de l'établissement, tout en améliorant la cohérence du parcours d'accompagnement des personnes âgées, indépendamment de leur lieu de vie (Volet 1). D'autre part, les CRT visent à proposer un accompagnement renforcé au domicile en mobilisant les compétences des professionnels de l'EHPAD (médecin coordonnateur, infirmier coordonnateur, ergothérapeute, aide-soignant) en coopération étroite avec les services d'aide et de soins à domicile du territoire (Volet 2). Cette approche intégrée traduit une évolution paradigmatique : d'un modèle centré sur les places disponibles ("la file active") vers une logique de parcours plaçant la personne âgée au cœur du dispositif.

Le cadre réglementaire prévoit explicitement que la mission de CRT peut être portée soit par un EHPAD, soit par un service à domicile (SAAD, SSIAD ou SPASAD) en coopération avec les autres acteurs du territoire. Toutefois, force est de constater que l'intégration des services à domicile comme porteurs de CRT s'est révélée particulièrement difficile. Cette difficulté s'explique en grande partie par la concomitance du déploiement des CRT avec une réforme structurelle d'envergure du secteur de l'aide à domicile. En effet, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a également créé les services autonomie à domicile (SAD), imposant aux structures existantes (SAAD, SSIAD, SPASAD) de se transformer et de se regrouper selon un calendrier contraint : conformité au cahier des charges exigée pour juin 2025 pour les SAAD, et transformation obligatoire des SSIAD en SAD mixte avant le 31 décembre 2025 sous peine de perte d'autorisation. Cette réforme impose aux services à domicile des restructurations organisationnelles majeures (fusion, création d'entité juridique unique, obligation de coordination aide-soins), mobilisant une part substantielle de leurs capacités managériales et financières au moment même où ils auraient pu candidater pour porter des CRT. Cette conjonction de deux réformes structurantes explique largement la prépondérance des EHPAD comme porteurs de CRT, ces derniers n'étant pas soumis à des exigences de transformation aussi contraignantes dans le même temps.

➤ 2. Un enjeu de cohérence, de stratégie et de légitimité des CRT du national au territorial

Toutefois, le déploiement des CRT suscite désormais des interrogations croissantes quant à son effectivité et à sa cohérence dans la stratégie domiciliaire nationale. Le rapport d'évaluation parlementaire conduit par les députés Thierry Frappé et Annie Vidal dans le cadre de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, rendu public en juin 2025, dresse un constat préoccupant. À fin 2024, si 274 CRT étaient autorisés sur l'ensemble du territoire national, seuls 175 étaient effectivement en activité, avec une file active moyenne de seulement 16 bénéficiaires pour un objectif minimal de 30 usagers. Les rapporteurs soulignent qu'il est fréquent de compter 18 mois entre la désignation d'un CRT et l'intégration de ses premiers bénéficiaires, révélant ainsi un décalage significatif entre les ambitions affichées et la réalité opérationnelle du terrain.

Les difficultés identifiées par le rapport parlementaire sont multiples : positionnement flou des CRT dans le paysage déjà complexe de la coordination à domicile, avec un risque avéré de doublons avec les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) et les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) ; obstacles au recrutement, notamment pour la mise en place de l'astreinte soignante 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ; absence de solution informatique interopérable efficiente ; et coût élevé rapporté au nombre de bénéficiaires, estimé à environ 10 800 euros par an et par bénéficiaire pour 30 bénéficiaires par CRT, sans certitude avérée sur la capacité du dispositif à éviter l'institutionnalisation. De surcroît, le rapport alerte sur la fongibilité des fonds versés aux établissements dans leur budget global, sans garantie qu'ils soient effectivement affectés à cette mission spécifique, questionnement d'autant plus prégnant au regard de la situation financière critique de nombreux EHPAD.

3. La mission conférée au Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine : réaliser une synthèse régionale sur l'année d'activité 2024

Face à ces constats critiques, l'analyse régionale approfondie menée par le Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine prend une dimension particulièrement stratégique. En effet, l'enjeu central réside désormais dans la capacité à objectiver finement l'activité réelle des CRT, à dépasser les données déclaratives agrégées pour appréhender les dynamiques concrètes d'accompagnement des personnes âgées et à identifier les facteurs organisationnels, territoriaux et humains qui conditionnent la réussite ou l'échec de ces dispositifs. La production de données empiriques, ancrées dans la réalité opérationnelle des CRT et reflétant fidèlement leur activité quotidienne, devient ainsi un impératif méthodologique et politique incontournable pour éclairer les décisions d'adaptation ou de révision du cahier des charges des CRT, par les pouvoirs publics.

L'exigence de légitimité des CRT dans leur mission d'intervention auprès des personnes âgées en perte d'autonomie repose également sur cette capacité à démontrer leur valeur ajoutée effective, tant en termes de qualité d'accompagnement que d'efficience économique. Au-delà des indicateurs quantitatifs standardisés, il s'agit de documenter les processus qualitatifs de coordination, les modalités concrètes de personnalisation de l'accompagnement, l'articulation effective avec les partenaires du territoire et l'impact réel sur les trajectoires de vie des bénéficiaires. Cette approche évaluative conditionne la crédibilité opérationnelle et professionnelle des CRT, ainsi que leur inscription pérenne dans le paysage institutionnel de l'accompagnement du grand âge.

La région Nouvelle-Aquitaine, territoire particulièrement concerné par les enjeux du vieillissement démographique et caractérisé par une grande diversité géographique et organisationnelle, constitue un terrain d'observation privilégié de cette transformation. L'étude régionale présentée dans ce rapport porte sur 17 CRT autorisés lors de la première vague de déploiement, répartis sur 11 départements de la région. Ces structures, héritières pour certaines d'expérimentations DRAD antérieures, présentent des profils variés tant par leur ancrage territorial (urbain, périurbain, rural) que par la nature de leur structure porteuse (EHPAD, EHPAD adossé à un centre hospitalier, service à domicile). Cette hétérogénéité reflète la richesse mais aussi la complexité du processus de territorialisation de l'action publique gérontologique, dans un contexte où les services à domicile, confrontés simultanément à leur propre réforme structurelle, ont été peu nombreux à pouvoir s'engager comme porteurs de CRT.

4. La méthodologie suivie par le Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine

L'analyse approfondie menée par le Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine entre septembre et novembre 2025 s'appuie sur une méthodologie mixte combinant données quantitatives issues du Système d'information de l'offre de la branche autonomie (SIDOBA) et données qualitatives recueillies lors d'entretiens semi-directifs avec les responsables de CRT.

Cette approche permet d'appréhender de manière nuancée les réalités opérationnelles des CRT, leurs forces et leurs fragilités, au-delà des seuls indicateurs de performance standardisés.

L'objectif n'est pas seulement d'établir un état des lieux statique, mais bien de comprendre les dynamiques à l'œuvre, les processus d'innovation organisationnelle et les leviers de transformation susceptibles d'éclairer les décisions stratégiques futures, dans un contexte national marqué par les interrogations soulevées par l'évaluation parlementaire.

➤ 5. Enjeux d'accompagnement et de soins de la personne vieillissante

Les enjeux soulevés par cette étude dépassent largement le cadre technique de l'organisation des services. Ils interrogent en profondeur la conception même de l'accompagnement de la vulnérabilité liée à l'âge, la place de l'altérité dans les institutions du soin et la capacité du système à favoriser l'autonomie et la dignité des personnes âgées. Comme l'ont souligné de nombreux travaux récents (Libault, 2019 ; Défenseur des droits, 2021), l'enjeu fondamental réside dans la personnalisation de l'accompagnement et dans le respect du projet de vie de chaque personne, qu'elle réside en établissement ou à domicile. Les CRT apparaissent ainsi comme un dispositif potentiellement structurant pour concrétiser cette ambition, à condition toutefois de surmonter les obstacles organisationnels, financiers et culturels qui jalonnent encore leur déploiement et qui ont été mis en lumière par l'évaluation parlementaire.

STRUCTURATION DU RAPPORT DE SYNTHÈSE RÉGIONALE

Ce rapport s'articule autour de plusieurs axes d'analyse complémentaires.

La méthodologie déployée pour cette étude régionale présente des avantages et des limites (cf infra). L'analyse des profils des bénéficiaires, des modalités organisationnelles, des partenariats développés et de l'efficacité économique constituera un élément de la démarche. Cette investigation quantitative sera enrichie par l'identification des freins et leviers identifiés par les acteurs de terrain, ainsi que par la mise en lumière de bonnes pratiques et d'innovations organisationnelles particulièrement prometteuses.

Enfin, nous formulerons des recommandations stratégiques visant à soutenir la consolidation et le développement des CRT en Nouvelle-Aquitaine, en tenant compte des préconisations nationales issues du rapport parlementaire.

L'ambition de ce travail est triple : d'une part, fournir aux décideurs publics régionaux et départementaux, ainsi qu'aux porteurs de projets, un état des lieux rigoureux et objectif permettant d'éclairer leurs choix stratégiques dans un contexte national marqué par des interrogations croissantes sur la pertinence du dispositif ; d'autre part, contribuer à la réflexion scientifique et professionnelle sur les mutations en cours dans le secteur médico-social ; enfin, contribuer à analyser la légitimité opérationnelle et éthique des CRT en objectivant leur activité réelle et leur valeur ajoutée dans l'accompagnement des personnes âgées, analyse reposant sur une évaluation d'impact à co-construire avec les CRT de Nouvelle-Aquitaine.

À travers l'analyse des CRT de la région, c'est bien, indirectement, la question plus large de la transformation du modèle français d'accompagnement du grand âge qui se trouve interrogée, au carrefour des enjeux d'efficacité, d'équité territoriale, de cohérence organisationnelle et de reconnaissance de la dignité des personnes âgées.



CARTOGRAPHIE DES CRT EN NOUVELLE-AQUITAINE 2024 (Vague 1)

L'ARS Nouvelle-Aquitaine poursuit le déploiement de la mission de Centre de Ressources Territorial (CRT) pour les personnes âgées afin d'atteindre l'objectif fixé par le Schéma Régional de Santé (SRS 2023-2028) : 52 CRT d'ici à 2030. Compte tenu de l'offre existante de 17 CRT, le présent appel à candidatures vise la création de 35 nouveaux CRT dans la région.

17 CRT en Nouvelle-Aquitaine

13 CRT sont portés par des EHPAD

3 CRT sont portés par des SSIAD

1 CRT est porté par une Résidence



- Deux Sèvres (79):**
 - EHPAD le Cèdre Bleu CH Niort - Niort
- Vienne (86):**
 - EHPAD Les Chaitaigniers - Chauvigny
- Charente Maritime (17):**
 - EHPAD Darcy Brun (Fondation Diaconesses de Reully) - Etaules
 - EHPAD Rieux Coudréau (Association Trema) - Dompierre sur mer
- Charente (16):**
 - EHPAD Les Jardins de la Garenne - Angoulême
 - EHPAD Les Marronniers - Rouillac
- Haute Vienne (87):**
 - Résidence du Châtenet - Rochechouart
 - SSIAD Soins et santé - Limoges
 - EHPAD Le Hameau du Buis - Boisseuil
- Creuse (23):**
 - EHPAD Les Signolles - Ajain
- Dordogne (24):**
 - EHPAD La Madeleine (Association Ste Marthe la Madeleine) - Bergerac
- Gironde (33):**
 - EHPAD Jacqueline Aurioi - Saint Seurin sur l'Isle
 - SSIAD Aidomi - Bordeaux
 - SSIAD Nord Bassin - Biganos
- Lot et Garonne (47):**
 - EHPAD Pompeyrin - Agen
- Landes (40):**
 - EHPAD Léon Dubédât - Biscarrosse
- Pyrénées Atlantiques (64):**
 - EHPAD Jeanne d'Albret - Orthez

○ Villes ● CRT en EHPAD ● CRT en SSIAD ● CRT en Résidence

*CRT: Centre de ressources territorial

Des rapports d'activité à une synthèse régionale par le Gérontopôle NA

1. Périmètre de l'étude et méthodologie

L'étude porte sur l'intégralité des 17 Centres de Ressources Territoriaux autorisés lors de la première vague de déploiement en Nouvelle-Aquitaine, répartis sur 11 départements : Charente (16), Charente-Maritime (17), Creuse (23), Dordogne (24), Gironde (33), Landes (40), Lot-et-Garonne (47), Pyrénées-Atlantiques (64), Deux-Sèvres (79), Vienne (86) et Haute-Vienne (87).

Cette exhaustivité garantit une représentativité territoriale quasi-optimale (la Corrèze n'ayant pas de CRT sur son territoire) et permet d'appréhender la diversité des contextes d'implantation des CRT : territoires urbains, périurbains, ruraux, littoraux ; structures portées par des EHPAD publics, privés non lucratifs ou lucratifs ; CRT adossés à des centres hospitaliers ou portés par des services à domicile.

Les 17 CRT étudiés sont identifiés par leur numéro FINESS et ont tous produit un rapport d'activité 2024 via le système SIDOBA.

Parmi les 17 CRT autorisés en Nouvelle-Aquitaine, 3 structures sont héritières des expérimentations DRAD (Dispositifs Renforcés d'Accompagnement à Domicile) lancées en 2020 dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (FINESS 160004271, 870017977, 870003753).

Ces structures disposent de 4 années d'expérience opérationnelle sur l'accompagnement renforcé à domicile (équivalent du Volet 2 actuel), acquise durant la phase expérimentale DRAD. En revanche, le Volet 1 (mission de ressource territoriale) constitue pour elles une exigence nouvelle du cahier des charges CRT, qu'elles ont dû développer ex nihilo lors de leur transformation en CRT fin 2023 - début 2024, au même titre que les structures nouvellement créées.

Cette situation hybride confère aux ex-DRAD une maturité différenciée :

- Volet 2 : maturité opérationnelle de 4-5 ans (processus rodés, équipes formées, partenariats structurés)
- Volet 1 : phase de construction récente (< 1 an), comparable aux nouveaux CRT".

Cette hétérogénéité en termes d'ancienneté constitue une variable importante de l'analyse, permettant d'identifier les effets d'apprentissage et de montée en compétence des équipes.

L'évaluation des Centres de Ressources Territoriaux en Nouvelle-Aquitaine nécessitait une approche méthodologique rigoureuse permettant d'appréhender à la fois les dimensions quantitatives de l'activité et les dynamiques qualitatives des pratiques professionnelles. La méthodologie déployée par le Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine entre septembre et novembre 2025 repose sur une triangulation des données, articulant trois sources complémentaires : les données administratives issues du Système d'information de l'offre de la branche autonomie (SIDOBA), des entretiens qualitatifs semi-directifs menés auprès des responsables de CRT, ainsi que la collecte de documents. Cette approche vise à dépasser les limites de chaque source prise isolément et à construire une vision la plus fidèle possible de la réalité opérationnelle des CRT sur le territoire régional.

De septembre à novembre 2025, le Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine a invité chaque responsable de CRT à participer à un entretien qualitatif semi-structuré. Ces entretiens semi-directifs visaient à recueillir le point de vue des acteurs de terrain sur les réalités opérationnelles de leur mission, les difficultés rencontrées, les leviers mobilisés, ainsi que leur perception de la valeur ajoutée du dispositif CRT pour les bénéficiaires et pour le territoire.

Un guide d'entretien structuré a été élaboré en amont par l'équipe du Gérotopôle, garantissant l'homogénéité de la collecte de données tout en laissant une souplesse suffisante pour explorer les spécificités de chaque CRT.

Le guide couvrait les thématiques suivantes : modalités d'organisation des deux volets de mission (Volet 1 et Volet 2) ; caractéristiques des publics ciblés et trajectoires des bénéficiaires ; outils mobilisés pour le repérage, l'évaluation et le suivi des personnes (outils numériques, grilles d'évaluation, systèmes d'information) ; moyens de déplacement et couverture territoriale ; retours d'expérience des différentes parties prenantes (bénéficiaires, aidants, professionnels de l'équipe, partenaires) ; identification des principaux freins à l'activité et des leviers de réussite ; innovations organisationnelles et pratiques remarquables développées.

Les entretiens ont été réalisés en visioconférence ou par téléphone, selon les préférences des responsables de CRT. Chaque entretien a fait l'objet d'une prise de notes structurée dans un document Excel préformaté, facilitant la synthèse ultérieure et l'analyse comparative entre structures.

Sur les 17 CRT sollicités, 14 ont accepté de participer à un entretien, soit un taux de participation de 82 %. Trois CRT n'ont pas donné suite aux sollicitations du Gérotopôle, malgré plusieurs relances. Toutefois, ces trois structures ont été destinataires des fiches de synthèse individuelles produites à partir des données SIDOBA, leur permettant de valider, corriger ou compléter les informations les concernant.

Les participants aux entretiens ont également été invités à transmettre tout document complémentaire qu'ils jugeaient pertinent pour enrichir le travail de synthèse régionale : plaquettes de présentation du CRT, rapports qualitatifs d'activité 2024 ou 2025, dossiers de candidature initiaux, supports de communication à destination des partenaires ou des bénéficiaires, outils d'évaluation développés en interne. Cette collecte documentaire a permis d'accéder à une matière riche et diversifiée, témoignant de la créativité et de l'engagement des équipes dans la construction d'une offre de service adaptée aux besoins de leur territoire.

➤ 2. Collecte des données quantitatives : exploitation du système SIDOBA

L'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine a transmis au Gérotopôle l'extraction exhaustive des données renseignées par les 17 CRT sur la plateforme du Système d'information de l'offre de la branche autonomie (SIDOBA) au titre de l'année d'activité 2024. Cette base de données structurée comprend 76 indicateurs répartis en plusieurs catégories : caractéristiques des bénéficiaires (âge, sexe, niveau de dépendance GIR), modalités d'admission et de sortie, services proposés, organisation des équipes (ETP par volet), partenariats développés, et données budgétaires.

L'analyse des données SIDOBA s'est déroulée en deux temps. Dans un premier temps, une analyse en moyenne régionale a été réalisée afin d'identifier les tendances générales et les ordres de grandeur caractérisant l'activité des CRT en Nouvelle-Aquitaine.

Toutefois, cette approche agrégée s'est rapidement révélée insuffisante et peu représentative de la réalité hétérogène des CRT. Les moyennes régionales masquaient en effet des disparités considérables entre structures, rendant les résultats peu pertinents pour éclairer les décisions opérationnelles et stratégiques.

Face à ce constat, une seconde approche a été privilégiée : une analyse CRT par CRT, permettant d'identifier les profils spécifiques de chaque structure, de repérer les CRT les plus performants ainsi que ceux en difficulté, et de documenter finement les écarts entre structures comparables (même typologie, même ancrage territorial).

➤ 3. Complétude des données et limites identifiées

Si l'ensemble des 17 CRT ont effectivement renseigné le formulaire SIDOBA, force est de constater que certaines données présentent un taux de complétude insuffisant. En particulier, les informations relatives à la répartition des équivalents temps plein (ETP) entre le Volet 1 (mission de ressource territoriale) et le Volet 2 (accompagnement renforcé à domicile), le nombre de personnes âgées du Volet 2 ayant bénéficié d'une action du Volet 1, ainsi que la ventilation budgétaire détaillée par groupes de charges n'ont pas été systématiquement renseignées, voire sont erronées, pour certaines structures.

Ces lacunes peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs : nouveauté du système de reporting pour certaines structures, difficultés techniques d'extraction de données à partir de systèmes d'information internes parfois obsolètes, charge administrative perçue comme excessive par des équipes déjà surchargées, multiplicité de sollicitations pour renseigner leur activité (ARS, ANAP notamment).

➤ 4. Processus de validation et de correction des données

Une fois les données quantitatives et qualitatives collectées et analysées, le Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine a produit pour chaque CRT une fiche de synthèse individuelle récapitulant les principaux indicateurs d'activité, les caractéristiques organisationnelles et les éléments saillants issus des entretiens. Ces fiches ont été transmises à l'ensemble des 17 CRT, y compris ceux n'ayant pas participé aux entretiens, avec une demande explicite de relecture, correction et validation des informations présentées.

A date de livraison du rapport :

- 11 CRT ayant validé leur fiche de synthèse
- 6 CRT n'ayant pas répondu malgré des relances

Pour les dernières structures, un retour tacite a été considéré : en l'absence de correction transmise dans les délais impartis, les fiches ont été considérées comme validées par défaut.

Cette démarche de validation croisée garantit la fiabilité et l'exactitude des données présentées dans ce rapport, tout en respectant le principe contradictoire essentiel dans tout travail d'évaluation.

➤ 5. Méthode d'analyse et de traitement des données

L'analyse des données quantitatives a été réalisée à l'aide de statistiques descriptives (moyennes, médianes, écarts-types, distributions) permettant de caractériser le profil régional des CRT et d'identifier les structures atypiques. Une attention particulière a été portée à la dispersion des indicateurs, révélatrice de l'hétérogénéité des pratiques et des performances.

Pour certains indicateurs clés (nombre de bénéficiaires, répartition budgétaire, motifs de sorties), des hypothèses de corrélation sont proposées afin d'explorer postulats avec d'autres variables (ancienneté du CRT, taille de l'équipe, caractéristiques territoriales), nécessaires lors d'une 2^{de} analyse, a posteriori.

L'analyse qualitative des entretiens a suivi une démarche thématique, identifiant les récurrences, les singularités et les tensions transversales aux discours des responsables de CRT. Les verbatims ont été retranscrits dans les synthèses des entretiens, tout en restant ouverts à l'émergence de thématiques imprévues. Cette approche a permis de dégager les principaux freins et leviers au déploiement des CRT, d'identifier des bonnes pratiques transférables, et de documenter les innovations organisationnelles développées localement.

La triangulation finale des données quantitatives (SIDOBA), qualitatives (entretiens) et documentaires (supports produits par les CRT) a constitué le cœur de la démarche analytique, permettant de croiser et de valider les informations, d'identifier les convergences et les divergences entre sources, et de construire une vision la plus complète et nuancée possible de la réalité des CRT en Nouvelle-Aquitaine. Cette rigueur méthodologique conditionne la robustesse des constats formulés et la pertinence des recommandations stratégiques qui seront proposées.

➤ 6. Limites méthodologiques et précautions d'analyse

Plusieurs limites méthodologiques doivent être soulignées afin de contextualiser les résultats présentés dans ce rapport. Premièrement, l'analyse porte exclusivement sur l'année d'activité 2024, constituant une photographie à un instant donné de dispositifs encore en phase de montée en charge pour la plupart. En effet, certains CRT n'ont pas encore atteint leur rythme de croisière, ce qui peut biaiser les comparaisons de performance, notamment avec les structures héritières des DRAD, bénéficiant d'une expérience opérationnelle de plusieurs années sur le Volet 2. Une analyse longitudinale sur plusieurs années serait nécessaire pour apprécier les dynamiques d'évolution et de maturation des CRT.

Deuxièmement, les données SIDOBA présentent des limites de granularité et de complétude qui restreignent la finesse de certaines analyses. La catégorisation en fourchettes des effectifs de partenaires, l'absence de données sur la répartition précise des ETP entre volets, l'admission dans le volet de bénéficiaires dont le GIR n'a pas été évalué (sans en connaître les raisons), l'hétérogénéité des modalités de renseignement des indicateurs budgétaires (etc.) constituent autant de contraintes méthodologiques qui invitent à la prudence dans l'interprétation de certains résultats.

Troisièmement, la non-participation de trois CRT aux entretiens qualitatifs constitue une limite, même si les données quantitatives sont disponibles pour ces structures. L'absence de leur point de vue sur les freins, leviers et innovations développées constitue une perte d'information qui aurait pu enrichir l'analyse comparative. Toutefois, le taux de participation global demeure satisfaisant et garantit une représentativité acceptable du corpus qualitatif.

Quatrièmement, cette étude ne comporte pas de volet évaluatif direct auprès des bénéficiaires des CRT. Les retours d'expérience des personnes âgées accompagnées et de leurs aidants sont rapportés de manière indirecte par les responsables de CRT lors des entretiens, sans collecte directe de témoignages ou administration de questionnaires de satisfaction. Cette limite est importante car elle prive l'analyse du point de vue des premiers concernés, dont la parole est pourtant essentielle pour apprécier la qualité et la pertinence de l'accompagnement proposé. Une étude complémentaire centrée sur l'expérience vécue des bénéficiaires constituerait un prolongement nécessaire de ce travail.

Enfin, les analyses d'efficacité économique présentées dans ce rapport reposent sur des indicateurs globaux de dépenses par groupe de charge et de répartition par volet. Corréler ces éléments à l'analyse proposée de coût moyen par bénéficiaire ne peut, à eux seuls, refléter la complexité de la valeur créée par les CRT. L'absence de données d'impact (bénéfice de la sécurisation du domicile sur la prévention des chutes, facilitation du parcours en post hospitalisation, maintien de l'autonomie, qualité de vie des bénéficiaires, soulagement des aidants) limite la portée des conclusions en termes de rapport coût-efficacité-qualité. Une évaluation d'impact rigoureuse, analysant les trajectoires de personnes accompagnées par un CRT, serait nécessaire pour objectiver pleinement la plus-value du dispositif.



Synthèse des données collectées :

Les principaux chiffres clés

L'exploitation des données SIDOBA et des entretiens qualitatifs permet de dresser un premier portrait quantitatif de l'activité des CRT en Nouvelle-Aquitaine pour l'année 2024. Ces chiffres clés constituent le socle factuel sur lequel reposent les analyses développées dans les sections suivantes du rapport.

Indicateurs	Valeurs
Nombre de CRT analysés	17
Départements couverts	11 / 12 (Corrèze absente)
Indicateurs SIDOBA exploités	76
Nombre total de bénéficiaires personnes âgées (Volet 1)	966
Nombre total de bénéficiaires aidants (Volet 1)	587
Nombre total de professionnels (Volet 1)	1 010
Nombre total de bénéficiaires accompagnés (Volet 2)	574
Nombre de bénéficiaires atteints de maladie neuro-dégénérative (Volet 2)	319
File active moyenne par CRT (Volet 2)	34
Âge moyen des bénéficiaires (Volet 2)	83,1 ans
CRT proposant la téléassistance	14/17 (82 %)
CRT avec astreinte soignante de nuit	7/17 (41 %)
Contexte d'admission principal (Volet 2)	Isolement social (très fréquent dans 13/17 CRT)
Motif de sortie principal (Volet 2)	Admission en EHPAD (fréquent/très fréquent dans 14/17 CRT)
Taux de participation aux entretiens qualitatifs	14/17

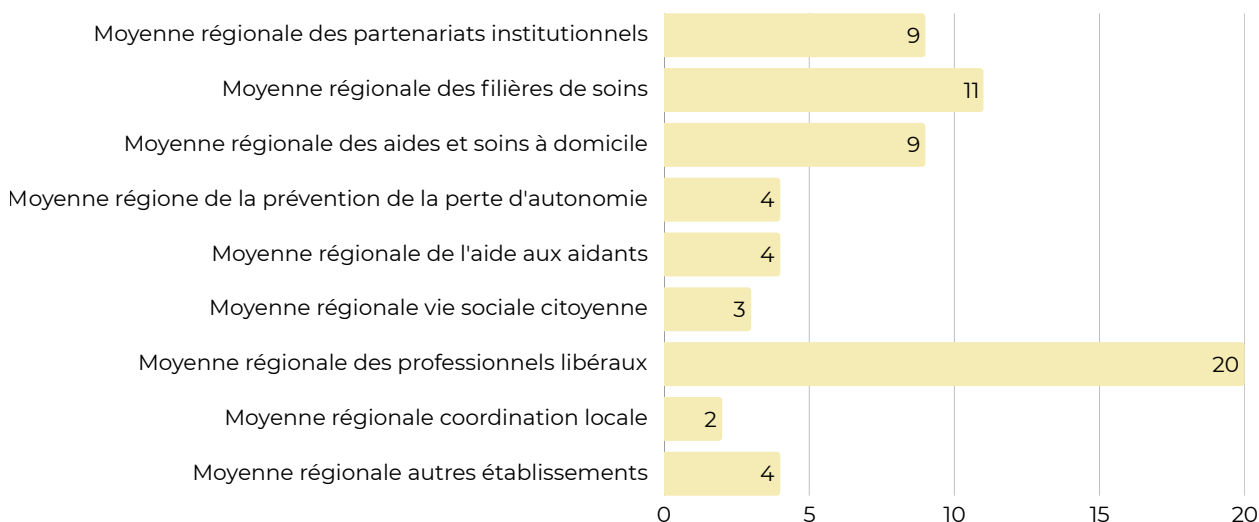
ANALYSE RÉGIONALE DES DONNÉES ISSUES DE LA PLATEFORME SIDOBA

L'exploitation des 76 indicateurs SIDOBA renseignés par les 17 CRT de Nouvelle-Aquitaine pour l'année 2024, croisée avec les données qualitatives recueillies lors de 14 entretiens semi-directifs, permet de dresser un portrait détaillé et nuancé de l'activité des Centres de Ressources Territoriaux. Cette analyse articule dimensions quantitatives et qualitatives pour révéler tant les tendances régionales que les disparités territoriales significatives entre structures.

1. La cartographie des partenariats

La cartographie des partenariats présentait une difficulté méthodologique particulière. Les indicateurs SIDOBA ne permettent de renseigner que des fourchettes d'effectifs (0-5 partenaires, 5-10, 10-20, 20-30, plus de 30), et non des nombres précis. Cette catégorisation induit nécessairement une perte d'information et rend délicate toute analyse fine des dynamiques partenariales. Pour calculer les moyennes régionales par type de partenaires, nous avons retenu la valeur médiane de chaque fourchette (par exemple 7,5 pour la fourchette 5-10 partenaires, 15 pour la fourchette 10-20), tout en étant conscients des biais inhérents à cette approximation. Cette limite technique du système SIDOBA appelle à une réflexion sur l'amélioration des outils de reporting permettant de mieux documenter la richesse et la complexité des écosystèmes partenariaux mobilisés par les CRT.

Moyenne régionale des partenariats des CRT



Des moyennes ne reflétant pas les disparités partenariales :

Type de partenaires	Moyenne régionale	Analyse
Professionnels libéraux	20,3	Bien développé
Filières de soins	11,9	Correct
Aide et soins à domicile	9,2	Inégal : 41 % ont <5, mais 6 % ont >30
Institutionnels et financiers	9,1	Très inégal : 59 % ont <5, mais 6 % ont >30
Aide aux aidants	4,8	Peu développé
Prévention de la perte d'autonomie	4,3	Faible
Autres établissements	4,0	Très faible
Vie sociale et citoyenne	3,0	Quasi inexistant
Coordination locale	2,5	Inexistant

Partenariats sanitaires : un socle solide

% de CRT	Nb de PL partenaires	Analyse
25 % des CRT (4/16)	+30	très bien représentés
25 % des CRT (4/16)	Entre 21 et 30	bien représentés
25 % des CRT (4/16)	Entre 10 et 20	représentés
~ 19 % des CRT (3/16)	Entre 5 et 9	peu représentés
6 % des CRT (1/16)	Moins de 5	sous représentés

OBSERVATIONS :

Les CRT sont bien insérés dans les réseaux de santé de proximité (médecins traitants, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes). 75 % des CRT ont plus de 10 partenaires professionnels libéraux. Il y a un seul CRT très isolé avec moins de 5 professionnels libéraux partenaires. Les entretiens confirment que ces partenariats sont essentiels au repérage précoce des situations fragiles et à la coordination des soins.



Erreur

Un CRT a une donnée manquante



Recommandation :

Peu d'orientation vers la filière de la santé sensorielle. Il serait intéressant de structurer davantage la prévention, le dépistage et de proposer un parcours intégré (ceci étant une priorité de santé publique portée également par le Centre de ressources et de preuves de la CNSA).

Filières de soins : un équilibre régional

% de CRT	Nb de partenaires dans la filière de soins	Analyse
~ 12 % des CRT (2/17)	Entre 21 et 30 partenaires	Très bien représentés mais seulement auprès d'un groupe restreint de CRT
41 % des CRT (7/17)	Entre 10 et 20 partenaires	Bien représentés
35 % des CRT (6/17)	Entre 5 et 9 partenaires	représentés
12 % des CRT (2/17)	Entre 5 et 9	peu représentés

OBSERVATIONS :

Le maillage avec les filières de soins (services hospitaliers spécialisés, HAD, réseaux de santé, équipes mobiles) présente une distribution relativement équilibrée. Une grande majorité des CRT (76 %) ont une connexion satisfaisante avec les filières de soins (5-20 partenaires). Cependant 2 CRT semblent isolés ce qui interroge sur leur ancrage territorial, la zone pouvant être également sous-dotée.

Les CRT les mieux connectés aux filières de soins sont généralement ceux adossés à des centres hospitaliers ou ayant hérité d'une expérience DRAD. Ces partenariats facilitent les sorties d'hospitalisation sécurisées et l'accès aux expertises spécialisées (des équipes mobiles de gériatrie, une filière pour les maladies neuro-dégénératives, des réseaux de soins palliatifs...).

Aide et soins à domicile : des partenariats polarisés

% de CRT	Nb de SAD/SSIAD partenaires	Analyse
6 % des CRT (1/17)	+30 partenaires	Exceptionnellement bien représentés sur un seul CRT
~ 29 % des CRT (5/17)	Entre 10 et 20 partenaires	Bien représentés
~ 24 % des CRT (4/17)	Entre 5 et 9 partenaires	moyennement représentés
41 % des CRT (7/17)	Moins de 5 partenaires	insuffisamment représentés

OBSERVATIONS : de fortes disparités

On remarque une forte bimodalité : 41 % des CRT ont moins de 5 partenaires SAD/SSIAD (très isolés) tandis que 35 % sont bien représentés. Un CRT est exceptionnellement connecté (>30 partenaires). Les résultats laissent à craindre que pour 7/17 CRT, il y ait un risque de sous-représentation de partenaires SAD/SSIAD. Une analyse territoriale de ces CRT mériterait d'être réalisée, les CRT étant potentiellement sur un territoire, où les SAD/SSIAD sont déjà sous tension pour répondre aux besoins de la population. Par ailleurs, cela pourrait également signifier que ces CRT pourraient avoir un accès limité aux services d'aides/soins à domicile disponibles localement.

Les entretiens révèlent que ces inégalités reflètent les tensions concurrentielles entre CRT et services à domicile, potentiellement exacerbées par la réforme SAD en cours. Certains territoires présentent une réelle coopération (CRT et SAAD/SSIAD se complètent), d'autres ressentent une concurrence parfois délétère.

Institutionnels et financiers : inégalités territoriales majeures

% de CRT	Nb de SAD/SSIAD partenaires	Analyse
6 % des CRT (1/17)	+30 partenaires	Exceptionnellement bien représentés sur un seul CRT
~ 12 % des CRT (2/17)	Entre 21 et 30 partenaires	Très bien représentés
~ 12 % des CRT (2/17)	Entre 10 et 20 partenaires	Bien représentés
59 % des CRT (10/17)	Moins de 5 partenaires	insuffisamment représentés

OBSERVATIONS : Une très forte polarisation

59 % des CRT ont moins de 5 partenaires institutionnels (ex : ARS, Conseil départemental, Commune et Intercommunalité), révélant une grande inégalité d'accès aux partenaires institutionnels voire financeurs complémentaires ou acteurs de l'aide sociale pour mobiliser les aides au profit des bénéficiaires du Volet 2 (caisse de retraite, MSA, CAF...). Cet isolement potentiel est largement contrasté par le fait que 3 CRT ont entre 21 et + de 30 partenaires.

Les entretiens montrent que les CRT les mieux connectés bénéficient d'un ancrage historique fort (parfois ex-DRAD, relevant d'un grand groupe) ou d'une implication personnelle forte du directeur de la structure porteuse et/ou du responsable du CRT dans les réseaux institutionnels.

Institutionnels et financiers : inégalités territoriales majeures

Les partenariats avec les structures d'aide aux aidants (plateformes de répit, associations d'aidants, services de répit) restent peu développés dans la majorité des CRT.

% de CRT	Nombre de partenaires	Analyse
6 % des CRT (1/17)	Entre 10 et 20	Bien connecté
35 % des CRT (6/17)	Entre 5 et 9	Moyennement connectés
59 % des CRT (10/17)	Moins de 5	Peu connectés

OBSERVATIONS :

La plupart des CRT ne sont pas positionnés comme acteurs structurants du soutien aux aidants

Les entretiens laissent sous-entendre que l'épuisement des aidants peut constituer un motif d'admission dans le Volet 2, motif qui ne ressort pas nécessairement des indicateurs car pouvant être renseigné dans "autre" ou "situation complexe". Ce décalage entre l'importance de l'enjeu et la faiblesse des partenariats interroge. Les responsables de CRT évoquent le manque de temps et de ressources pour développer ce volet, ainsi que la difficulté à identifier les structures d'aide aux aidants sur certains territoires.

Coordination locale, prévention et vie sociale : angles morts du partenariat

Les quatre derniers types de partenaires présentent des niveaux de structuration très faibles à inexistant, révélant des angles morts significatifs dans l'approche partenariale des CRT.

Prévention de la perte d'autonomie

% de CRT	Nombre de partenaires	Analyse
6 % (1/17)	Entre 10 et 20	Bien connecté
24 % (4/17)	Entre 5 et 9	Moyennement connectés
71 % (12/17)	Moins de 5	Peu connectés

OBSERVATIONS :

71 % des CRT ont moins de 5 partenaires en prévention. La prévention primaire reste fragmentée et ne bénéficie pas d'une structuration locale forte. Les CRT ne sont pas nécessairement positionnés comme acteurs de prévention-dépistage (notamment santé sensorielle auprès des 60+).

Hypothèse explicative : La prévention relève notamment des Conférences des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie (CFPPA), avec risque perçu de doublon, cependant la partie "suivi intégré" pourrait relever des compétences des CRT. Malheureusement, les CRT semblent privilégier les situations relevant du Volet 2 au détriment d'une approche préventive.

Autres établissements

% de CRT	Nombre de partenaires	Analyse
6 % (1/17)	Entre 10 et 20	Bien connecté
18 % (3/17)	Entre 5 et 9	Moyennement connectés
77 % (13/17)	Moins de 5	Peu connectés

OBSERVATIONS :

77 % des CRT ne sont pas réellement connectés aux autres établissements médico-sociaux (autres EHPAD, FAM, foyers de vie, habitats intermédiaires). Cette faiblesse pourrait expliquer en partie la marginalité des sorties vers les habitats intermédiaires constatées dans l'analyse des trajectoires.

Les bénéficiaires des CRT pourraient ne pas être bien orientés vers les solutions institutionnelles alternatives en cas de besoin (sortie d'hospitalisation, perte d'autonomie progressive).

Vie sociale et citoyenne

% de CRT	Nombre de partenaires	Analyse
12 % (2/17)	Entre 5 et 9	Moyennement connectés
88 % (15/17)	Moins de 5	Peu connectés

OBSERVATIONS :

On observe une quasi absence de structuration du domaine. 88 % des CRT ne sont pas positionnés comme acteurs de la vie sociale, des loisirs et de la citoyenneté. La lutte contre l'isolement social (pourtant motif d'admission n°1) ne passe pas systématiquement par des activités culturelles, sportives ou sociales structurées.

Les entretiens évoquent le manque de temps, la priorité donnée aux besoins sanitaires et sociaux urgents, et la difficulté à identifier et mobiliser les acteurs associatifs locaux (parfois l'offre n'existe pas sur le territoire ou n'est pas repérée).

Coordination locale

% de CRT	Nombre de partenaires	Analyse
100 % (17/17)	Moins de 5	Tous peu connectés

OBSERVATIONS :

Les résultats sont peu équivoques : il y a une absence de coordination locale formalisée. Tous les CRT, sans exception, rapportent très peu de partenariats de coordination locale. Cela suggère que les CRT fonctionnent probablement en silo, sans réseaux multi-acteurs formalisés ni gouvernance locale associant ville, département, ARS, et acteurs de santé / social.

Nuance méthodologique : Certains CRT participent effectivement à des instances de coordination territoriale (DAC, CPTS...). Ceci peut résulter du fait que les institutions présentes sur le territoire sont potentiellement peu nombreuses, leurs compétences s'appliquant sur un territoire de plus grande échelle que le territoire du CRT (par exemple : DAC, CPTS notamment).



Recommandation

Cette limite méthodologique appelle à clarifier ce que recouvre précisément cette catégorie dans le système de reporting.

2. Indicateurs du Volet 1 : mission de ressource territoriale

Le Volet 1 vise à faire bénéficier le territoire de l'expertise et des ressources du CRT, indépendamment de l'accompagnement renforcé à domicile (Volet 2). Les données SIDOBA quantifient l'activité auprès de trois publics cibles :

Public	Nombre total (17 CRT)	ETP mobilisés
Personnes âgées	966	27,3 ETP (soit 33 % des ETP totaux)
Aidants	587	
Professionnels	1 010	

OBSERVATIONS : des disparités importantes entre CRT

L'analyse par structure révèle une hétérogénéité majeure. Certains CRT n'ont aucune activité Volet 1 auprès des professionnels (valeur = 0 dans SIDOBA), tandis que d'autres en accompagnent plus de 170. Cette variation traduit des choix stratégiques différenciés et des niveaux de maturité variables dans le déploiement du Volet 1.

Actions auprès des personnes âgées et des aidants

Les entretiens révèlent que les actions Volet 1 auprès des personnes âgées et aidants se déclinent selon plusieurs modalités :

- Évaluations ponctuelles à la demande sans intégration dans le Volet 2
- Conseils et orientation vers les ressources du territoire, y compris au niveau des aides techniques,
- Ateliers collectifs de prévention (prévention des chutes, nutrition, mémoire) parfois itinérants,
- Groupes de parole et formations pour aidants
- Du soutien à la mobilité pour aider à aller vers les actions de prévention du territoire ou des sorties sociales et culturelles



Avertissement

Les indicateurs de la plateforme SIDOBA présentent certaines limites : le système ne permet de renseigner que des fourchettes d'actions réalisées (0-9, 10-19, 20-30, plus de 30), rendant impossible une quantification précise de l'activité Volet 1. Cette granularité insuffisante empêche toute analyse fine du volume d'activité par type d'action. On notera la même problématique concernant les actions du Volet 2.

Actions auprès des professionnels

1 010 professionnels ont bénéficié d'au moins une prestation Volet 1 en 2024. Les entretiens identifient les actions suivantes :

- Formations continues (maladie d'Alzheimer, bientraitance, ergonomie, soins palliatifs)
- Analyse de pratiques professionnelles et groupes d'échange
- Expertises et avis consultatifs sur situations complexes
- Participation aux réunions de coordination territoriale (CLIC, MAIA, DAC)
- Des temps de sensibilisation

Une vigilance demeure dans l'analyse des données quantitatives. Certaines actions sont moins chronophages et donc moins coûteuses pour le CRT que d'autres, par exemple du temps de sensibilisation (permettant de toucher un nombre maximal de professionnels, notamment des services d'aides et de soins à la personne) comparativement à des formations qualifiantes et certifiées (sur 2 à 3 jours) permettant une réelle montée en compétences et une revalorisation des professionnels ayant bénéficié de cette formation.

Un enjeu est par ailleurs identifié : le développement du Volet 1 auprès des professionnels se heurte à des difficultés de disponibilité des équipes CRT (parfois en lien avec la priorité donnée au Volet 2), à des problèmes de communication et de visibilité du CRT auprès des acteurs du territoire, et parfois à une problématique d'indisponibilité des professionnels des partenaires issus des métiers déjà sous tension.

On peut citer par exemple la demande de services d'aide et de soins à domicile (en tant que partenaires du CRT) de faire bénéficier les agents du SAD/SSIAD avec une contrepartie financière des heures passées en formation.

➤ 3. Indicateurs du Volet 2

3.1 Profil des bénéficiaires du Volet 2

» Caractéristique démographiques

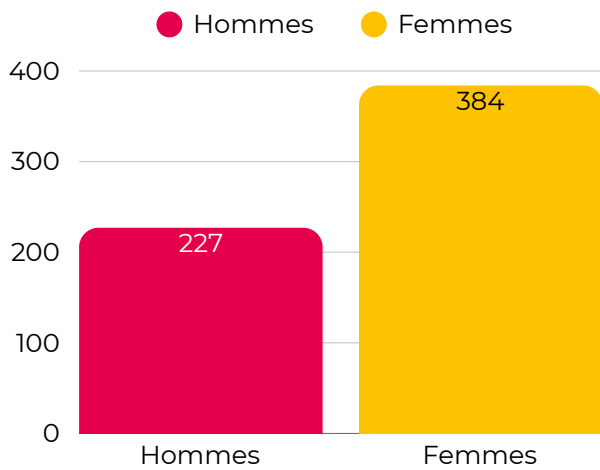
Les données SIDOBA révèlent une remarquable homogénéité du profil démographique des bénéficiaires accompagnés par les CRT en Nouvelle-Aquitaine :

Indicateur	Valeur	Nb d'ETP Volet 2
Âge moyen	83,1 ans (plage : 77-87 ans selon les CRT)	55,077 ETP répartis sur 16 CRT. 58,577 ETP sur les 17 CRT Pour le plus doté : 6,750 ETP Plus petit : 1,220 ETP Moyenne : 3,45 ETP
Âge médian	83 ans	
Écart-type	2,78 ans (très faible variation)	
Répartition par sexe	62,8 % de femmes (384) / 37,2 % d'hommes (227)	

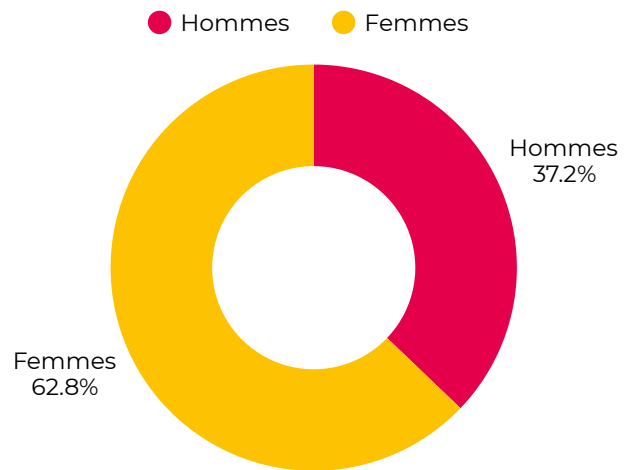


Erreur

Un CRT n'a pas renseigné le nombre d'ETP dédié au Volet 2
 Cette donnée a été récupérée directement auprès du responsable du CRT.



Profils des bénéficiaires à échelle régionale



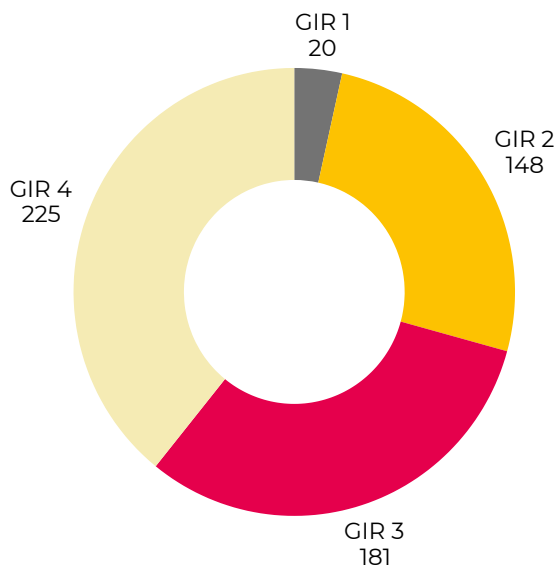
Profils des bénéficiaires à échelle régionale en %

OBSERVATIONS :

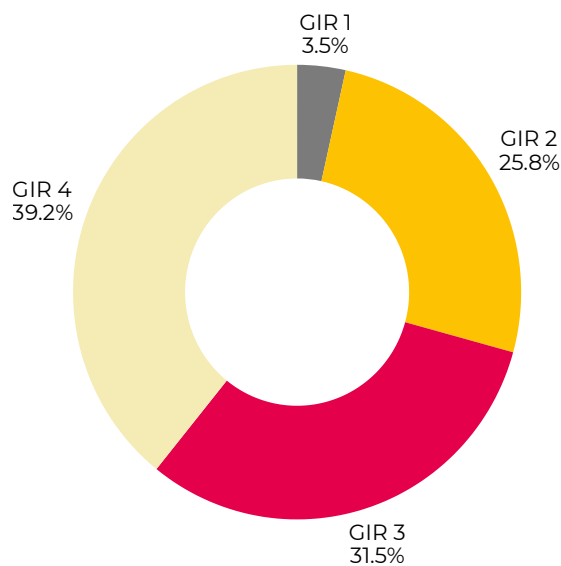
Les résultats témoignent d'une certaine cohérence entre CRT (faible écart-type, médiane très proche de la moyenne). Ceci suggère un ciblage homogène du public sur l'ensemble du territoire régional. La surreprésentation féminine (63 %) reflète à la fois l'espérance de vie différenciée et la vulnérabilité accrue des femmes âgées vivant seules, l'isolement étant un facteur d'admission fréquemment évoqué lors des entretiens.

» Niveau de dépendance (répartition par GIR)

L'analyse de la répartition des 574 bénéficiaires selon la grille AGGIR révèle un profil de dépendance modérée à lourde :



Profils des bénéficiaires à échelle régionale en chiffres



Profils des bénéficiaires à échelle régionale en %



Avertissement - Note méthodologique

28 bénéficiaires n'ont pas eu d'évaluation GIR renseignée dans SIDOBA, soit 4,9 % de la file active du Volet 2. Cette donnée atypique, concentrée sur quelques CRT (un CRT compte 11 GIR non évalués), interroge sur les modalités d'admission et d'évaluation. En effet, ces bénéficiaires sans GIR évalué constituent un angle mort dont la conformité ne peut être vérifiée.

OBSERVATIONS :

Selon l'analyse croisée quantitatif-qualitatif, plus de 60 % des bénéficiaires présentent une dépendance importante à sévère (GIR 2-3). Les entretiens soulignent que cette population nécessite une coordination renforcée et une expertise spécifique que seul le CRT peut mobiliser. Les responsables de CRT interrogés rapportent que l'accompagnement des GIR 2-3 représente la valeur ajoutée majeure du dispositif, car ces situations complexes débordent les capacités disponibles du droit commun.

Les GIR 4 (39,2 %) reflètent une intervention précoce, conformément à la mission préventive des CRT. Cependant, la proportion de bénéficiaires en GIR 4, corrélés au nombre de bénéficiaires n'ayant pas eu d'évaluation de leur GIR et couplés au retour d'expérience selon lesquels parfois la problématique s'est posée d'accompagner des personnes en GIR 5 voire 6 interroge sur les missions mêmes du CRT.



Questionnements sur le périmètre d'intervention : GIR 4 et absence d'évaluation

Les entretiens nourrissent des questionnements. Plusieurs responsables de CRT expliquent que les GIR 4 accompagnés présentent parfois des fragilités mal évaluées avec la grille AGGIR, notamment l'isolement social, situations médico-sociales complexes, les difficultés administratives et de parcours de santé. Dans ces cas, le GIR 4 ne reflète qu'imparfaitement la vulnérabilité réelle de la personne.



« On n'a pas intégré la grille GIR. »

et

« La question s'est posée cette année pour une situation d'une personne GIR 5 mais on essaie de respecter les critères. »

Dès lors, le GIR 4 peut recouvrir des situations très hétérogènes : d'un côté, des personnes effectivement peu dépendantes relevant du droit commun ; de l'autre, des personnes fragiles nécessitant l'expertise du CRT malgré un GIR modéré.



Avertissement : Les GIR non évalués, un angle mort des profils des bénéficiaires

28 bénéficiaires (4,9 %) n'ont pas eu d'évaluation GIR renseignée. Cette absence d'évaluation soulève plusieurs questions :

- S'agit-il d'une absence effective d'évaluation ou de l'absence de besoin d'évaluer le GIR ?
- Certains bénéficiaires sont-ils admis en urgence sans évaluation préalable ?
- Comment des personnes en GIR 5 ou 6 (autonomes ou peu dépendantes) sont-elles exceptionnellement accompagnées ? Sont-elles des profils atypiques ?

Les entretiens confirment que quelques CRT ont effectivement accompagné des personnes en GIR 5, voire GIR 6, dans des situations particulières : sortie d'hospitalisation nécessitant un accompagnement transitoire intensif, crise psychosociale aiguë, absence totale d'aidants sur un territoire rural isolé. Ces situations restent exceptionnelles mais interrogent la frontière entre CRT et dispositifs de droit commun.



Un dilemme éthique et opérationnel évoqué par des responsables de CRT

- *D'un côté, refuser une admission au motif d'un GIR insuffisant peut conduire à abandonner une personne en détresse*
- *De l'autre, accepter des GIR 5-6 risque de diluer la mission spécifique du CRT et d'alimenter les critiques sur son positionnement flou*

» Prévalence des maladies neuro-dégénératives

319 bénéficiaires (55,6 % de la file active Volet 2) sont atteints de maladies neuro-dégénératives (Alzheimer, Parkinson, démences apparentées). Cette forte prévalence confirme le positionnement des CRT comme acteurs majeurs de l'accompagnement des troubles cognitifs à domicile.

Les entretiens révèlent que la prise en charge des maladies neuro-dégénératives constitue un motif d'admission fréquent, particulièrement lorsque les aidants familiaux sont épuisés ou lorsque les troubles du comportement rendent le maintien à domicile précaire. Plusieurs CRT ont développé des expertises spécifiques (formations des équipes, partenariats avec les ESA, outils d'évaluation adaptés) pour répondre à ces situations complexes.

3.2 Nombre de bénéficiaires du Volet 2 ayant également bénéficié d'actions du Volet 1



Indicateur "Bénéficiaires du Volet 1 et 2", des données inexploitables

L'analyse des données SIDOBA révèle des erreurs de saisie massives sur l'indicateur « Nombre de personnes âgées du Volet 2 ayant bénéficié de prestations du Volet 1 et du 2 », rendant cet indicateur inexploitable pour une analyse régionale fiable.

Anomalies détectées :

Type d'anomalie	Nombre de CRT concernés
Erreurs (Volet 1+Volet 2 > Volet 2)	5 CRT sur 17 (29,4 %)
Saisies suspectes (Volet 1+Volet 2 = 100 % du Volet 2)	2 CRT sur 17 (11,8 %)
Total CRT avec saisie douteuse	7 CRT sur 17 (41,2 %)

Nature des erreurs :

Certains CRT ont déclaré un nombre de bénéficiaires « Volet 1 ET Volet 2 » supérieur au nombre total de bénéficiaires Volet 2 (ratios allant de 135 % à 276 %), ce qui est logiquement impossible. D'autres CRT ont déclaré un nombre de bénéficiaires Volet 1+Volet 2 exactement égal au total Volet 2 (100 %), suggérant soit une confusion dans la saisie : au lieu d'identifier spécifiquement les bénéficiaires cumulant les deux volets, certains CRT ont probablement reporté le total de leurs bénéficiaires Volet 2, soit que tous les bénéficiaires du Volet 2 ont effectivement bénéficié du Volet 1.

Impact sur l'analyse :

La moyenne régionale initialement calculée (86,9 % des bénéficiaires Volet 2 cumulant Volet 1+Volet 2) est artificiellement gonflée par ces erreurs de saisie. En excluant les 7 CRT présentant des anomalies manifestes, le ratio recalculé sur les 10 CRT reste peu fiable : il repose sur moins de 60 % des CRT (10/17), et ne permet pas de distinguer les articulations simultanées (Volet 2+Volet 1 en complément).



Erreur

Au vu de l'ampleur des erreurs de saisie (41 % des CRT concernés), l'indicateur « Bénéficiaires Volet 1 ET Volet 2 » ne peut être considéré comme indicatif à l'échelle régionale. L'articulation entre les deux volets devra être documentée par d'autres sources (entretiens qualitatifs, études de cas territoriaux) plutôt que par cet indicateur quantitatif SIDOBA.



Recommandation :

Clarifier la définition et le mode de saisie de cet indicateur dans SIDOBA pour les prochaines campagnes de collecte, en distinguant explicitement les différentes configurations d'articulation Volet 1 / Volet 2.

En synthèse

L'analyse des indicateurs du Volet 2 révèle un profil de bénéficiaires cohérent avec la mission des CRT : grand âge (83 ans), forte dépendance (60 % en GIR 2-3 et une forte prévalence des maladies neuro-dégénératives dans la file active), surreprésentation féminine. Toutefois, le poids significatif des GIR 4 (39 %), l'existence de GIR non évalués (5 %) et les retours d'expérience faisant état d'admissions de GIR 5-6 interrogent le périmètre effectif d'intervention des CRT.

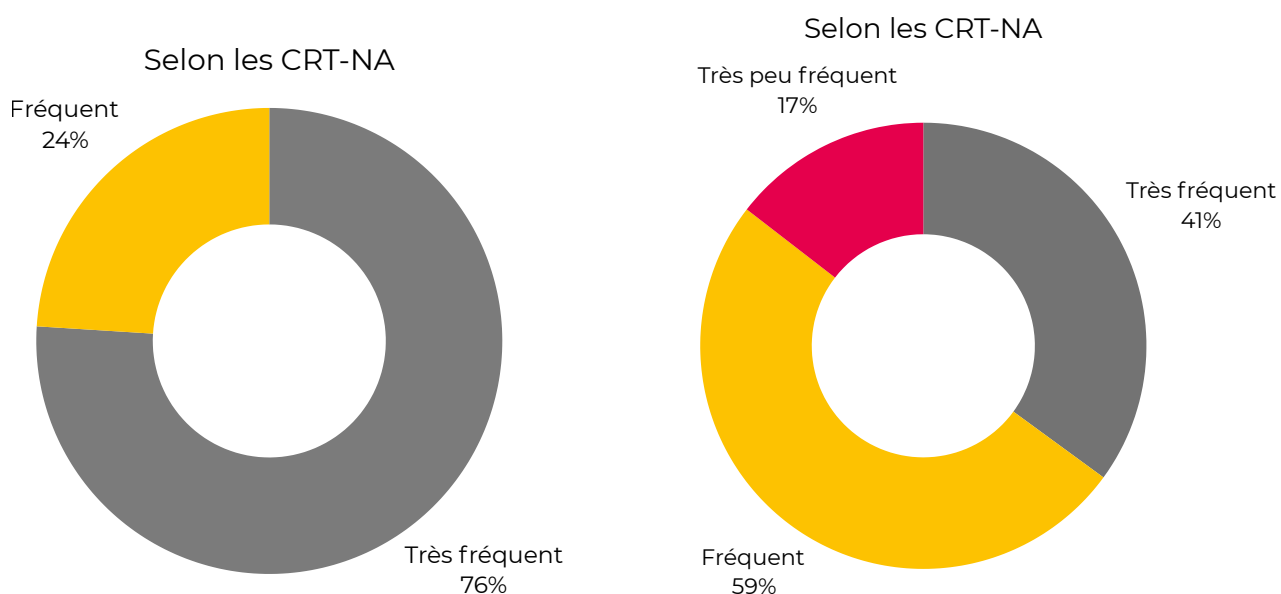
Ces questionnements ne remettent pas en cause la pertinence du dispositif CRT pour les situations les plus complexes (GIR 2-3 + fragilités multidimensionnelles). Ils soulignent en revanche la nécessité de clarifier les critères d'éligibilité, de développer des outils d'évaluation complémentaires au GIR, et de veiller à ce que les CRT ne deviennent pas des dispositifs de substitution au droit commun.

Ces réflexions seront prolongées dans les sections suivantes du rapport consacrées à l'analyse des contextes d'admission (notamment concernant l'admission pour "plan APA insuffisant"), des trajectoires de sortie, et des recommandations stratégiques pour le déploiement futur des CRT en Nouvelle-Aquitaine.

3.3 Contextes d'admission dans le Volet 2

L'analyse des 5 contextes d'admission renseignés dans SIDOBA (isolement social, situation au domicile complexe, plan APA insuffisant, sortie d'hospitalisation, autre) met en évidence des tendances régionales fortes

Répartition des motifs d'entrée dans le dispositif à échelle régionale (%arrondies) :



Isolement social : très fréquent
Motif d'admission le plus dominant

Situation complexe à domicile : très fréquent
Deuxième motif d'entrée en importance relative

» **L'isolement social : facteur d'admission dominant**

- Très fréquent dans 13 CRT sur 17 (76 %)
- Fréquent dans 4 CRT sur 17 (24 %)

On constate une convergence qualitative : l'ensemble des responsables de CRT interrogés confirment que l'isolement social représente le principal facteur de vulnérabilité des personnes admises. Cet isolement revêt plusieurs dimensions évoquées lors des entretiens :

- Isolement géographique : personnes résidant en zone rurale éloignée des services, absence de transports
- Isolement familial : absence d'aidants proches, éloignement géographique des enfants
- Isolement social : rupture des liens sociaux après décès du conjoint, perte d'autonomie limitant les sorties

D'après les entretiens qualitatifs, les responsables de CRT évoquent qu'ils interviennent souvent dans des situations où pour les professionnels du droit commun, la personne semble n'avoir plus aucune solution.

» Situation au domicile complexe

- Très fréquent dans 7 CRT (41 %)
- Fréquent dans 10 CRT (59 %)

Les entretiens précisent ce que recouvre la notion de "situation complexe" : cumul de pathologies chroniques, troubles cognitifs associés à des troubles du comportement, refus des aides extérieures, domicile inadapté (absence d'accessibilité, insalubrité), précarité économique limitant l'accès aux aides.

» Autres contextes d'admission

Au-delà de l'isolement social et de la situation au domicile complexe, trois contextes complémentaires se dégagent avec des niveaux d'importance variables.

Contexte	Fréquence régionale	Analyse
Plan APA insuffisant	Fréquent (9 CRT), Très fréquent (3 CRT)	70,6 % : facteur structurant
Sortie d'hospitalisation	Peu fréquent (7 CRT), Très peu fréquent (6 CRT), Fréquent (4 CRT)	23,5 % : contexte minoritaire
Autre (épuiement aidant, refus des aides)	Peu fréquent (1 CRT), Non renseigné (10 CRT)	Invisible statistiquement mais significatif qualitativement

Plan APA insuffisant : un facteur structurant (70,6 %)

12 CRT sur 17 identifient l'insuffisance des plans APA comme contexte d'admission fréquent ou très fréquent. Cette donnée confirme que les CRT interviennent en complément structurel de l'APA pour les situations complexes.

On peut faire l'hypothèse que les bénéficiaires des CRT nécessitent une certaine réactivité quant à la révision de leur plan APA, dont la périodicité pouvant être inadaptée aux situations évolutives. Le CRT se présente alors comme une solution d'intervention "rapide".

Ce constat valide le positionnement des CRT comme dispositif de renforcement (non de substitution) du droit commun, et explique en partie la prévalence des GIR 4 (39,2 %) : le CRT intervient précisément là où le différentiel entre besoins réels et couverture APA est maximal.

Sortie d'hospitalisation : contexte minoritaire (23,5 %).

Seuls 4 CRT sur 17 identifient les sorties d'hospitalisation comme contexte d'admission fréquent. Cette faible proportion reflète la prédominance des DAC dans la gestion des sorties hospitalières, les délais de réponse CRT parfois inadaptés aux contraintes hospitalières, et une méconnaissance des CRT par les services hospitaliers.

Les entretiens nuancent ce constat. Si les CRT interviennent peu en sortie immédiate, ils peuvent être sollicités en « rattrapage » de sorties mal sécurisées par le droit commun.

Épuisement des aidants : invisible statistiquement, potentiellement significatif qualitativement.



Indicateur “Autre” et paradoxe méthodologique

Cet indicateur peut représenter un paradoxe méthodologique majeur : le contexte « Autre » est quasiment vide de renseignements des déclarations SIDOBA (1 CRT seulement), alors que les entretiens révèlent que l'épuisement des aidants constitue un motif d'admission récurrent.

On peut émettre l'hypothèse que l'épuisement des aidants est reclassé dans « Situation au domicile complexe » ou « Isolement social », créant un angle mort statistique sur une réalité opérationnelle pourtant essentielle. Ou bien, dans une version plus optimiste, les aidants bénéficient des actions du Volet 1 et présentent de meilleures conditions de vie.



Recommandation :

Enrichir la nomenclature SIDOBA avec des contextes d'admission spécifiques (« Épuisement aidant familial », « Absence d'aidants », « Refus des aides ») pour mieux documenter la diversité des situations prises en charge ou laisser la rédaction libre pour ne pas risquer de sous-estimer certaines situations.

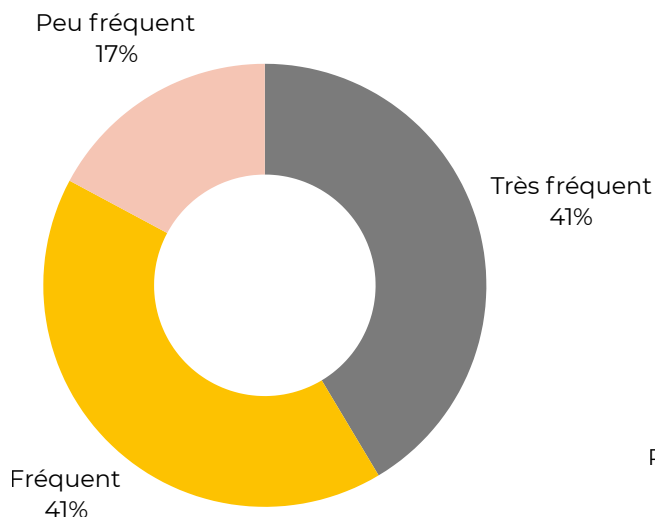
Lors des entretiens qualitatifs, des responsables de CRT ont également mentionné la difficulté de remplir ces indicateurs : certaines situations cumulent les motifs d'entrée (par exemple isolement et plan APA insuffisant). Les indicateurs de SIDOBA ne permettent donc pas de refléter l'exactitude des situations et des domaines d'actions des CRT.

3.4 Motifs de sortie du dispositif

L'analyse des trajectoires de sortie révèle une concentration sur deux issues principales :

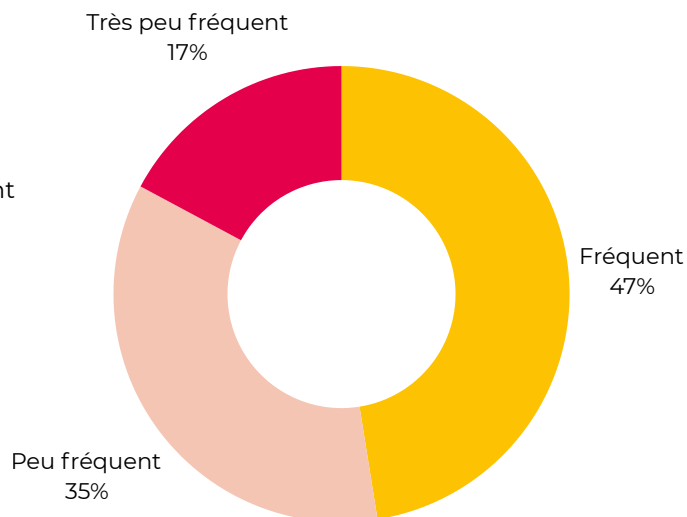
Répartition des motifs de sortie du dispositif à échelle régionale (% arrondies) :

Selon les CRT-NA



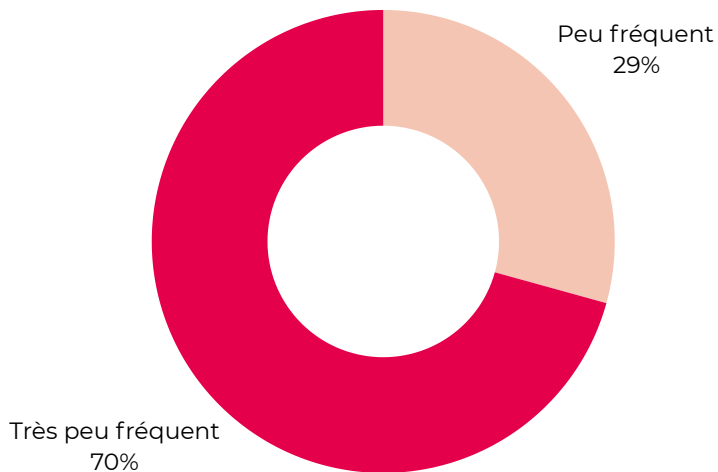
Admission en EHPAD : Fréquent
Motif de sortie le plus fréquent globalement

Selon les CRT-NA



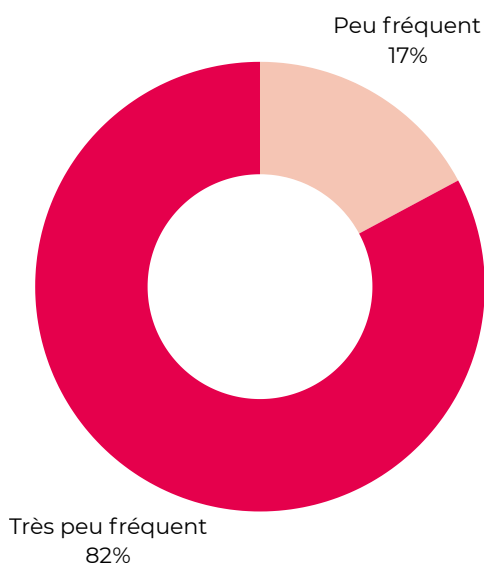
Décès : Peu fréquent
Deuxième motif de sortie en importance relative

Selon les CRT-NA



Admission en habitat intermédiaire : Très peu fréquent
Reste une orientation minoritaire

Selon les CRT-NA



Admission en établissement de soins longue durée (ESLD) : Très peu fréquent
Orientation très marginale, presque inexistante dans certains CRT

Synthèse

	Les sorties des CRT se concentrent principalement sur :	Causes
1	L'admission en EHPAD	Orientation institutionnelle classique
2	Les décès	Reflet de la population très âgée et dépendante accueillie

Tandis que les alternatives telles que l'habitat intermédiaire et l'ESLD restent très marginales, suggérant une offre limitée ou une préférence pour le maintien à domicile via les CRT.

» Admission en EHPAD : issue dominante

- Très fréquent dans 7 CRT (41 %)
- Fréquent dans 7 CRT (41 %)

• **Total : 14 CRT sur 17 (82 %) considèrent l'EHPAD comme une sortie fréquente ou très fréquente**

Paradoxe soulevé par les entretiens : Alors que la mission des CRT vise explicitement à éviter ou retarder l'institutionnalisation, l'admission en EHPAD demeure l'issue principale pour une large majorité de bénéficiaires. Les responsables de CRT expliquent ce paradoxe apparent par plusieurs facteurs :

- Le CRT intervient déjà sur des situations très dégradées, en “dernier recours” avant institutionnalisation
- Le maintien à domicile permis par le CRT peut durer longtemps selon les structures, retardant effectivement l'entrée en EHPAD. Certaines personnes âgées ont été admises dès l'autorisation du CRT et bénéficient toujours des prestations du Volet 2.
- L'aggravation naturelle de la dépendance (progression des pathologies neuro-dégénératives) ou la complexité au domicile rend l'EHPAD inévitable à terme.



« Les CRT ont réellement permis [...] de maintenir les personnes au domicile plus longtemps et dans les meilleures conditions »

Ce verbatim évoque bien l'idée que :

- Les CRT accompagnent les transitions (et pas seulement "évitent l'EHPAD")
- Ils sécurisent les entrées en EHPAD quand elles deviennent nécessaires
- Ils travaillent sur la continuité domicile-institution.

» Décès : seconde cause de sortie

- Fréquent dans 8 CRT (47 %)
- Peu fréquent dans 6 CRT (35 %)
- Très peu fréquent dans 3 CRT (18 %)

Cette fréquence significative du décès comme motif de sortie reflète le grand âge et la fragilité des bénéficiaires. Plusieurs CRT ont développé des compétences en accompagnement de fin de vie à domicile, en lien avec les HAD et équipes mobiles de soins palliatifs.

» Autres orientations marginales

Orientation	Fréquence
Habitat intermédiaire	Très peu fréquent : 12 CRT (70 %) / Peu fréquent : 5 CRT (29 %)
Établissement soins longue durée (ESLD)	Très peu fréquent : 14 CRT (82 %) / Peu fréquent : 3 CRT (18 %)

Ces alternatives à l'EHPAD restent très marginales, suggérant soit une offre territoriale limitée en habitats intermédiaires et ESLD, soit une méconnaissance de ces solutions par les CRT et les familles. Les entretiens confirment la faible disponibilité de ces structures alternatives sur de nombreux territoires.

Les responsables de CRT évoquent l'absence d'indicateur relatif aux sorties du dispositif lorsque le CRT n'apporte plus de plus-value à la situation au bénéficiaire. Ce manque laisse un gap ne permettant pas de repérer les situations pour lesquelles il pourrait y avoir des besoins non convertis, ni par le droit commun ni par les CRT.



Avertissement

Biais de représentativité des catégories de fréquence

L'analyse des contextes d'admission et des motifs de sortie repose sur des catégories qualitatives de fréquence (« Très fréquent », « Fréquent », « Peu fréquent », « Très peu fréquent ») déclarées par chaque CRT dans SIDOBA. Cette modalité de collecte présente une limite méthodologique importante qu'il convient d'explicitier : l'absence de définition standardisée des seuils de fréquence et la forte hétérogénéité des files actives induisent un biais de représentativité dans l'interprétation des données agrégées.

Hétérogénéité des files actives et conséquences sur la représentativité

Les 17 CRT analysés présentent des files actives Volet 2 très hétérogènes, allant de 13 à 124 bénéficiaires, avec une moyenne régionale de 34 bénéficiaires et un écart-type significatif. Cette dispersion crée une asymétrie dans la représentativité des déclarations de fréquence : un CRT accompagnant 15 bénéficiaires et un CRT accompagnant 80 bénéficiaires n'ont pas la même « base de référence » lorsqu'ils évaluent si un contexte d'admission est « fréquent » ou « très fréquent ».

Absence de seuils standardisés et subjectivité des déclarations

Le système SIDOBA ne fournit aucune définition opérationnelle des catégories de fréquence. Les questions posées sont formulées ainsi : « Le contexte d'admission [X] est-il : Très fréquent / Fréquent / Peu fréquent / Très peu fréquent ? ». Aucun seuil quantitatif ou qualitatif n'est précisé : À partir de combien de cas un contexte est-il considéré comme « fréquent » ? Faut-il raisonner en nombre absolu de bénéficiaires, en proportion de la file active, ou en comparaison avec d'autres contextes d'admission ?

Cette absence de cadrage induit nécessairement une subjectivité dans les déclarations. Chaque responsable de CRT interprète librement les seuils de fréquence en fonction de sa propre perception, de la taille de sa structure, et des comparaisons qu'il établit implicitement avec d'autres contextes d'admission ou avec son expérience antérieure. Un même volume absolu de situations (par exemple, 8 admissions pour sortie d'hospitalisation) peut être qualifié de « Fréquent » par un CRT avec une file active de 20 bénéficiaires (40 % de la file), mais de « Peu fréquent » par un CRT avec une file active de 70 bénéficiaires (11 % de la file) (exemple non issu de l'analyse des CRT).

Conséquences pour l'analyse régionale

Ces limites méthodologiques ont plusieurs implications pour l'interprétation des résultats présentés dans ce rapport :

A.. Impossibilité de comparer rigoureusement les CRT entre eux

Lorsqu'un CRT déclare un contexte « Très fréquent » et un autre « Fréquent », cette différence peut refléter soit une réelle différence de pratiques ou de public, soit simplement une différence de taille de file active ou d'interprétation subjective des seuils. L'analyse comparative CRT par CRT nécessite donc une prudence accrue.

B. Sur-représentation potentielle des petites files actives dans les catégories « Très fréquent »

Un CRT avec une petite file active atteint plus facilement des proportions élevées (>50 %, >70 %) avec un nombre absolu de cas modeste, ce qui peut conduire à déclarer « Très fréquent » plus facilement qu'un CRT avec une grande file active traitant pourtant un volume absolu supérieur. Les tendances régionales (« 13 CRT déclarent l'isolement social comme Très fréquent ») peuvent ainsi masquer le poids réel des phénomènes en volume absolu.

C. Difficulté à estimer les volumes absolus à l'échelle régionale

Les catégories qualitatives ne permettent pas de reconstituer le nombre total de bénéficiaires concernés par chaque contexte d'admission à l'échelle régionale. Par exemple, si 9 CRT déclarent le plan APA insuffisant comme Fréquent ou Très fréquent, cela ne renseigne pas sur le nombre absolu de personnes admises pour ce motif (nombre qui pourrait osciller en fonction de la taille de la file active).



Recommandations méthodologiques pour les futures collectes SIDOBA

Afin de remédier à ces limites et d'améliorer la robustesse des analyses futures, plusieurs évolutions du système de collecte SIDOBA pourraient être envisagées :

- collecte en nombre absolu plutôt qu'en catégories qualitatives : Demander aux CRT de renseigner le nombre exact de bénéficiaires admis pour chaque contexte (« Combien de bénéficiaires ont été admis pour isolement social ? ») permettrait de calculer les proportions de manière homogène et de reconstituer les volumes régionaux,
- définition de seuils standardisés : si les catégories qualitatives sont conservées, il conviendrait de les définir explicitement (par exemple : « Très fréquent = >50 % de la file active », « Fréquent = 30-50 % », « Peu fréquent = 10-30 % », « Très peu fréquent = <10 % ») afin d'homogénéiser les déclarations. Cependant, ces moyennes seront moins représentatives que la précédente hypothèse,
- pondération des résultats par la taille des files actives : dans les analyses régionales, intégrer une pondération permettant de donner plus de poids aux déclarations des CRT avec des files actives importantes, afin de mieux refléter les volumes réels de situations traitées à l'échelle régionale. Cette dernière solution pourrait venir compléter utilement la première hypothèse.

Ces recommandations visent à renforcer la fiabilité et la comparabilité des données collectées, tout en préservant la faisabilité opérationnelle du reporting pour les équipes de terrain.

➤ 4. Services proposés et organisation des CRT

L'analyse des services proposés et des modalités organisationnelles des CRT révèle une grande diversité de configurations, reflet à la fois de l'adaptation aux spécificités territoriales et des contraintes structurelles auxquelles sont confrontés ces dispositifs. Cette section examine successivement l'offre de téléassistance, la mise en place des astreintes soignantes, les outils numériques déployés, les moyens de mobilité, et l'organisation des équipes à travers la répartition des ETP entre les deux volets.

4.1. Téléassistance : une offre largement déployée mais aux modalités hétérogènes

14 CRT sur 17 (82 %) proposent la téléassistance à leurs bénéficiaires. Cette proportion élevée témoigne de la volonté d'offrir une sécurisation 24h/24 du domicile, conformément aux objectifs du dispositif CRT et au cahier des charges.



Avertissement méthodologique

L'indicateur SIDOBA ne permet qu'une réponse binaire (oui/non) sans détail sur les conditions de mise en œuvre, ce qui masque une réalité opérationnelle bien plus nuancée.

Les entretiens qualitatifs révèlent que cette apparente homogénéité cache en réalité des modalités d'application très hétérogènes :

Trois stratégies principales identifiées :

1. Proposition systématique

- Le CRT propose la téléassistance à tous les bénéficiaires
- Cette approche respecte pleinement le cahier des charges du CRT

2. Proposition subsidiaire (non-duplication)

- Le CRT ne propose la téléassistance que si le bénéficiaire n'en dispose pas déjà
- Évite les doublons avec d'autres dispositifs déjà financés par le droit commun
- Optimise l'utilisation des ressources financières du CRT
- Respecte la liberté de choix du bénéficiaire

3. Non-proposition structurelle

- 3 CRT ne proposent pas la téléassistance
- Justifications évoquées : difficultés de financement, existence de solutions alternatives déjà bien établies sur le territoire, convention avec d'autres services disposant de téléassistance



Enjeux opérationnels soulevés par les entretiens

Plusieurs responsables de CRT soulignent les limites de la téléassistance classique :

- Problème de fiabilité du matériel : certains CRT mentionnent une "perte de confiance" dans les systèmes d'actimétrie
- Coût des levées de doute : un CRT cite un forfait mensuel de 1 500 € + 40 € par levée de doute, avec basculement dans le droit commun si intervention soignante nécessaire
- Faible taux d'utilisation effective : peu d'alertes déclenchées malgré l'équipement, questionnant le rapport coût-efficacité



« Les CRT ont réellement permis [...] de maintenir les personnes au domicile plus longtemps et dans les meilleures conditions »



Recommandation pour les futures collectes SIDOBA

Enrichir l'indicateur binaire actuel en ajoutant des questions sur les modalités de mise en œuvre (proposition systématique vs subsidiaire), le taux d'équipement effectif des bénéficiaires, le nombre d'alertes traitées annuellement et le coût de ce service. Cela permettrait d'objectiver l'utilisation réelle et l'efficacité de ce service.

4.2. Astreinte soignante de nuit : un défi majeur non résolu

Un écart significatif au cahier des charges

Seulement 7 CRT sur 17 (41 %) disposent d'une astreinte soignante de nuit, alors que le cahier des charges exige explicitement un service disponible 24h/24, 7j/7.

Cette situation constitue l'un des écarts les plus importants entre les exigences réglementaires et la réalité opérationnelle des CRT en Nouvelle-Aquitaine. 59 % des CRT ne respectent donc pas formellement cette obligation, révélant un enjeu structurel majeur dans le déploiement du dispositif.

Analyse des causes : un faisceau de difficultés convergentes

Les entretiens qualitatifs permettent d'identifier quatre facteurs explicatifs principaux :

A. Coût financier significatif de l'astreinte

L'astreinte soignante de nuit représente un poste budgétaire conséquent pour des structures aux ressources limitées. Les entretiens font état de certains éléments chiffrés (ces derniers nécessiteront une analyse plus approfondie dans des études postérieures).

- Forfait mensuel : un CRT cite 1 500 €/mois via une convention avec cabinet d'IDE, soit environ 18 000 €/an. Des coûts variables s'ajoutent : 40 € par levée de doute, avec basculement dans le droit commun (facturation au médecin coordonnateur) si l'intervention soignante est nécessaire.
- un coût et des contraintes RH importantes, y compris au niveau organisationnel lorsque l'astreinte n'est pas externalisée par le CRT.



« On a une convention avec le cabinet IDE SOS infirmier 17, dédié à la prise en charge de l'urgence de 18h à 8h, weekend et jours fériés. »

Ces montants représenteraient une part significative du budget global de certains petits CRT, expliquant les arbitrages défavorables à cette prestation.

B. Difficultés structurelles de recrutement

Les responsables de CRT évoquent unanimement les obstacles suivants :

- Pénurie d'infirmiers acceptant les astreintes de nuit
- Concurrence avec les SSIAD voire la HAD déjà en tension sur les recrutements
- Attractivité limitée : rémunération perçue comme insuffisante au regard des contraintes (disponibilité nocturne, déplacements potentiels en urgence)

C. Faible sollicitation effective des astreintes

Plusieurs CRT ayant initialement mis en place une astreinte (pas nécessairement soignante) rapportent un taux de sollicitation assez faible.

Ce décalage entre le coût structurel de l'astreinte et sa faible utilisation conduit certains CRT à arbitrer en faveur du renforcement de l'accompagnement de jour, perçu comme plus efficient.

D. Développement de solutions alternatives

Face à ces contraintes, certains CRT ont développé des stratégies de contournement :

Stratégies identifiées :

- Téléassistance renforcée couplée à procédure d'alerte vers des services d'urgence selon un protocole défini,
- Le CRT assure une coordination en journée pour sécuriser les suites

Les CRT mettent en avant l'avantage du coût réduit, de la mobilisation directe des services urgences qui ne feraient pas "perdre de chance" au bénéficiaire en retardant sa prise en charge. Cependant, il s'agit d'une non-conformité au cahier des charges. Afin de se mettre en conformité, certains CRT précise qu'ils réfléchissent à un projet de déploiement d'astreinte soignante.



Avertissement méthodologique

L'indicateur SIDOBA ne permettait qu'une réponse binaire (oui/non), empêchant de renseigner :

- Les solutions alternatives temporaires
- Les projets d'astreinte en cours de déploiement
- Les partenariats de mutualisation avec d'autres services

Cette limite méthodologique masque la diversité des stratégies développées localement pour tenter de répondre à l'exigence de disponibilité 24h/24, et conduit à une sous-estimation des efforts réels des CRT pour sécuriser leurs bénéficiaires.



Questionnement sur la pertinence de l'exigence réglementaire

Les résultats du terrain invitent à interroger l'adéquation entre l'exigence réglementaire et les besoins réels :

- La très faible sollicitation nocturne constatée suggère que la téléassistance couplée à des partenariats de recours pourrait suffire pour la majorité des situations
- Le coût structurel de l'astreinte soignante semble disproportionné au regard de son utilisation effective
- Les arbitrages budgétaires opérés par les CRT (renforcement du jour plutôt que couverture nocturne peu sollicitée) apparaissent pragmatiques et efficaces mais méritent d'être évalués pour avoir une force probante.



Recommandations :

À court terme :

1. Enrichir l'indicateur SIDOBA : ajouter des questions sur les modalités de couverture nocturne (interne, externalisée, mutualisée), le nombre de sollicitations annuelles, les motifs des sollicitations et les coûts associés
2. Documenter les retours d'expérience : analyser les CRT disposant d'une astreinte pour objectiver son utilisation réelle et son impact sur la sécurisation

À moyen terme :

1. Révision du cahier des charges en fonction des résultats évalués et des retours d'expérience.
2. Soutien financier ciblé : flécher des financements spécifiques pour les CRT souhaitant mettre en place ou renforcer leur astreinte soignante
3. Mutualisation territoriale : encourager les conventions entre CRT et les institutions intervenants déjà la nuit au domicile à l'échelle des territoires, avec appui de l'ARS dans la négociation.

4.3. Outils numériques et systèmes d'information : une mosaïque technologique

Les entretiens qualitatifs mettent en exergue une diversité de solutions numériques déployées. L'analyse de ces outils numériques déployés par les CRT révèle une grande hétérogénéité technologique, avec toutefois quelques solutions dominantes.

- Outils de coordination et de partage d'information : Paaco-Globule est l'outil dominant
- Lorsque le CRT est porté par un EHPAD, usage de logiciels métiers spécifiques EHPAD
- Gestion des admissions par Via Trajectoire

Certains outils interviennent en complément :

- Outils de télésuivi et d'aide à la décision complémentaire à la téléassistance : Présage, My Attentive,
- des outils de cahiers de liaison numériques et suites collaboratives avec Suite Google +



Constats transversaux : l'absence de solution information interoperable généralisée

Les entretiens confirment ce que le rapport parlementaire avait identifié comme un frein majeur :

- Multiplicité des outils empêchant la fluidité des échanges
- Incompatibilités entre systèmes : exemple cité d'un CRT signalant un "Problème d'interopérabilité entre le SI métier de l'EHPAD et Paaco-Globule"
- Renseignements multiples : les professionnels doivent souvent saisir les mêmes informations dans plusieurs logiciels (logiciel EHPAD, Paaco, etc.)

En lien avec les outils, les CRT évoquent également une charge administrative perçue comme excessive. Ainsi, plusieurs CRT évoquent la multiplicité des sollicitations de reporting :

- Rapport d'activité SIDOBA annuel
- Sollicitations ANAP (Agence nationale d'appui à la performance)
- Demandes ad hoc de l'ARS
- Remontées d'indicateurs pour les financeurs complémentaires



« C'est beaucoup de retranscription administrative. Pour un retour CNSA : 1 matinée à 2 personnes »

Cette charge administrative mobilise un temps significatif des équipes, au détriment de l'accompagnement direct des bénéficiaires.



Recommandation

Il faudrait des outils de reporting qui puissent intégrer les données de façon homogène suivant les institutions requérantes.

Certains CRT évoquent également un manque de formation et d'accompagnement au déploiement de leur CRT.



« Nous étions 3 au départ : pas de bureau, pas d'ordinateur, pas de formation au logiciel... On est parti de loin ! (...) On a imaginé comment le service allait apparaître avec le logiciel »



Recommandations :

1. Harmonisation des outils de coordination : privilégier l'interopérabilité ou converger vers un nombre restreint de solutions compatibles
2. Formation initiale systématique : prévoir un parcours de formation aux outils numériques dès l'autorisation du CRT
3. Evaluer les outils d'aide à la décision pour valider ou non leur généralisation et la prise en charge des coûts afférents par les CRT

4.4. Moyens de mobilité : un enjeu d'accessibilité territoriale

Les entretiens qualitatifs mettent en lumière la mobilité. Cette dernière constitue un facteur clé de l'accessibilité des services CRT, particulièrement en zones rurales ou périurbaines où les bénéficiaires sont dispersés géographiquement et souvent dépourvus de moyens de transport personnels.

Les CRT font état de différents usages des moyens de transport.

- les voitures de service apparaissent comme solution majoritaire
 - Véhicules dédiés au CRT ou partagés avec d'autres services de la structure porteuse (EHPAD, SSIAD)
 - Utilisés pour les visites à domicile (VAD) et le transport des bénéficiaires vers les activités collectives
 - avec des capacités variables : de 5 à 9 places selon les véhicules,
- parfois minibus ou bus adapté PMR permettant un usage collectifs vers les activités du Volet 1 (ateliers, animation en EHPAD...), souvent mutualisé avec l'EHPAD,
- une convention avec les services de transports proposés par l'intercommunalité
- l'usage du taxi comme solution de secours ou complémentaire, présente un coût élevé mais une plus grande flexibilité.

Cette stratégie témoigne d'une recherche de mutualisation territoriale, mais soulève des difficultés de coordination (disponibilité limitée, négociation sur les temps d'affectation).

Des enjeux opérationnels identifiés

1. Coût et financement des moyens de transport : l'achat et l'entretien des véhicules représentent un poste budgétaire conséquent
2. Disponibilité et gestion des plannings : conflits de priorité entre besoins CRT et besoins EHPAD, disponibilité limitée des chauffeurs (certains CRT n'ont pas de chauffeur dédié)
3. Couverture territoriale et équité d'accès : des temps de trajet importants entre bénéficiaires (30-45 minutes parfois), des difficultés à proposer des activités collectives fréquentes aux bénéficiaires les plus isolés et donc un risque d'inéquité d'accès entre bénéficiaires proches du CRT et bénéficiaires éloignés.



Recommandations

1. Faire apparaître dans les outils de reporting, par exemple : les moyens mobilisés pour assurer la mobilité, les coûts spécifiques à cet usage, le nombre de personnes qui en bénéficient
2. Faire apparaître dans les budgets des CRT une ligne spécifique pour la mobilité (y compris avec le temps RH)
3. Encourager les conventions territoriales et les partenariats avec les collectivités territoriales
4. Réfléchir à la mutualisation de la flotte et une gestion des plannings harmonisée

DONNÉES FINANCIÈRES

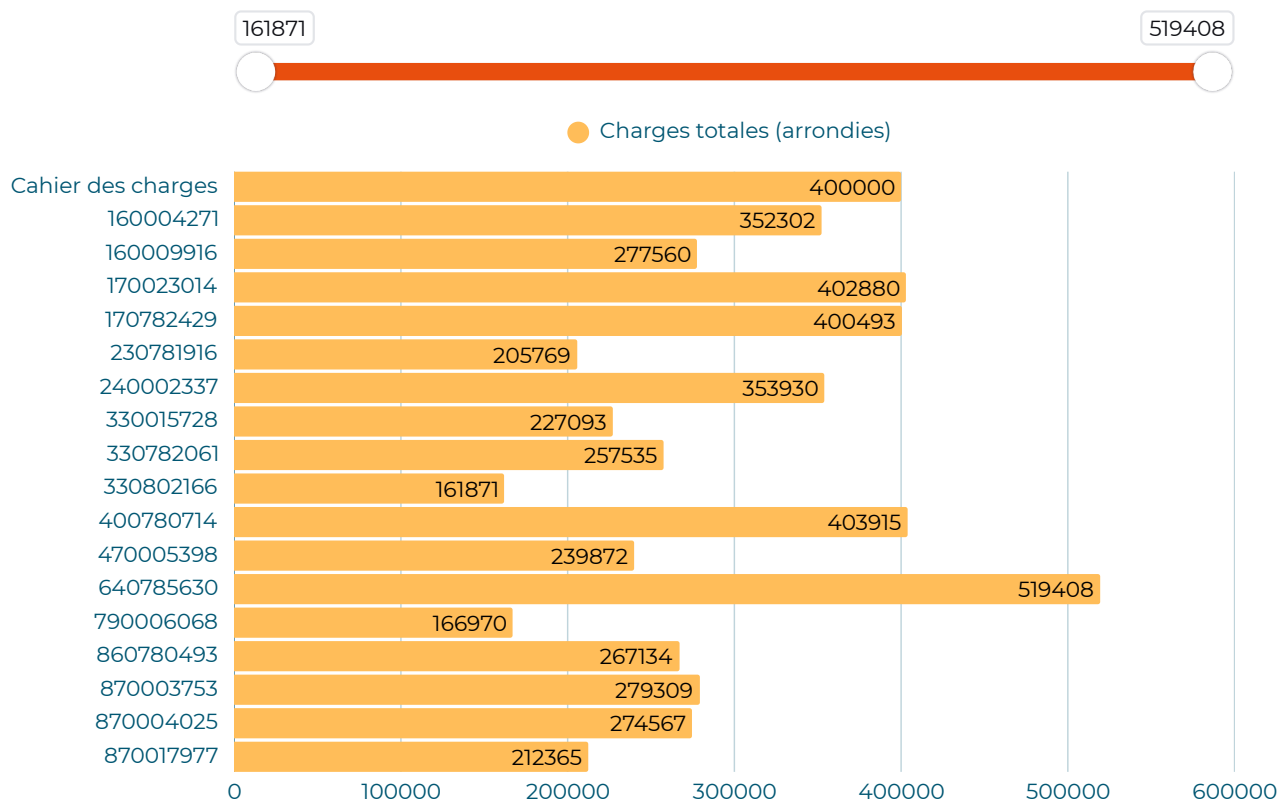
L'analyse financière des Centres de Ressources Territoriaux constitue un enjeu stratégique majeur dans un contexte où le rapport parlementaire de juin 2025 a soulevé des interrogations sur le coût élevé du dispositif (estimé à 10 800 € par an et par patient pour 30 bénéficiaires). Cette section examine les charges totales, leur répartition par groupe et par volet, ainsi que le coût par bénéficiaire, en identifiant les disparités entre CRT et les facteurs explicatifs des écarts d'efficience.

➤ 1. Charges totales : une hétérogénéité marquée

Données quantitatives régionales :

Les 17 CRT de Nouvelle-Aquitaine ont renseigné leurs charges totales 2024 dans SIDOBA, représentant un budget régional cumulé de **5 002 974 €**.

Indicateur	Valeur
Budget régional total	5 002 974 €
Moyenne par CRT	294 293 €
Médiane	274 567 €
Minimum	161 871 €
Maximum	519 408 €
Écart-type	94 383 €
Coefficient de variation	32,1 %



Analyse de la dispersion

Le coefficient de variation de 32,1 % révèle une hétérogénéité significative des budgets CRT, avec un rapport de 1 à 3,2 entre le CRT le moins doté et le plus doté.

Répartition des CRT par tranche budgétaire :

Tranche budgétaire	Nombre de CRT	Pourcentage
< 200 000 €	2 CRT	12 %
200 000 - 300 000 €	10 CRT	59 %
300 000 - 400 000 €	3 CRT	18 %
> 400 000 €	2 CRT	12 %

OBSERVATIONS :

59 % des CRT se situent dans une fourchette relativement homogène (200 000 - 300 000 €), suggérant l'existence d'un "modèle budgétaire modal" autour de 270 000-290 000 €.

Facteurs explicatifs des écarts budgétaires

Les entretiens qualitatifs et l'analyse croisée permettent d'identifier plusieurs facteurs explicatifs :

1. Taille de la file active Volet 2

Corrélation positive entre budget et nombre de bénéficiaires Volet 2, mais non proportionnelle :

- CRT avec 7 bénéficiaires : 352 302 € (50 329 €/bénéf.)
- CRT avec 25 bénéficiaires : 403 915 € (16 157 €/bénéf.)

Cet écart illustre l'importance de la montée en charge de la file active. Les coûts structurels — tels que l'ingénierie de coordination, la mise en place de l'astreinte soignante 24h/24 et 7j/7, ainsi que les moyens de mobilité — pèsent lourdement sur les petites files actives mais se diluent à mesure que le centre se rapproche de l'objectif minimal de 30 usagers.

2. Ancienneté et maturité du CRT

La maturité opérationnelle des structures joue un rôle clé dans la structuration budgétaire. Les Centres de Ressources Territoriaux héritiers des expérimentations DRAD (ex-DRAD) présentent des profils spécifiques :

- Optimisation des ressources : Forts de 4 années d'expérience sur le Volet 2, certains ex-DRAD ont stabilisé leurs processus et maintiennent des budgets modérés grâce à des partenariats déjà structurés.
- Extension de l'offre : À l'inverse, d'autres structures historiques affichent des budgets plus élevés (entre 400 000 € et 500 000 €) traduisant le développement d'offres de services étendues ou une intégration plus complexe de la nouvelle mission "Ressource Territoriale" (Volet 1).

3. Choix organisationnels structurants

- Astreinte soignante internalisée
- Moyens de mobilité : achat de véhicules vs conventions avec taxis/intercommunalité
- Développement du Volet 1 : formations qualifiantes vs sensibilisations courtes
- Mutualisation avec l'EHPAD porteur : partage des fonctions support (secrétariat, comptabilité, médecin coordonnateur)

4. Contexte territorial

- Zones rurales : coûts de déplacement plus élevés, temps de trajet importants
- Zones urbaines/périurbaines : accès facilité, mutualisation avec partenaires

Limites méthodologiques

Avertissement sur la fiabilité des données : après analyse des données renseignées sur SIDOBA, il ressort que certains CRT ont rempli des montants au niveau des groupes de charges, mais en les additionnant, le résultat n'est pas cohérent avec les charges totales déclarées. Par ailleurs, certains CRT n'ont pas non plus renseigné les différents groupes de charges.



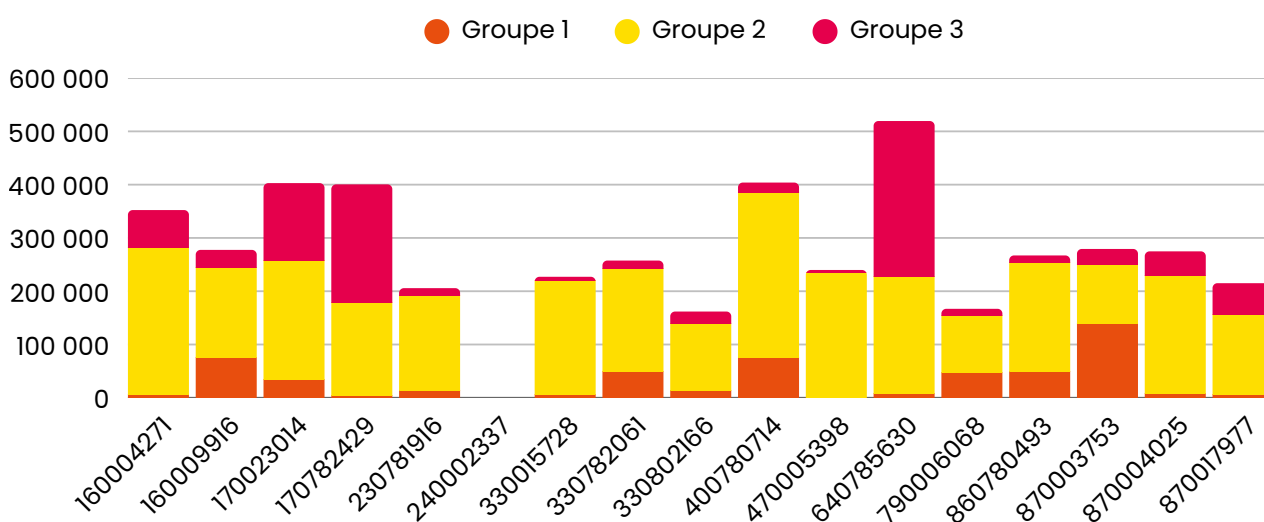
Cette incohérence suggère :

- Des erreurs de saisie dans SIDOBA
- Une compréhension variable des catégories comptables par les CRT
- La nécessité de recouper les données avec les rapports financiers certifiés

Pour cette analyse, nous nous appuyons sur les charges totales déclarées (ligne 14 de SIDOBA), qui apparaissent plus fiables que la somme des groupes de charges.

➤ 2. Les trois groupes de charges : définitions SIDOBA

Répartition des Groupes de charges par CRT valeurs arrondies (si communiquées dans SIDOBA)



D'après le formulaire SIDOBA, les trois groupes de charges sont définis comme suit et représentent dans les faits, une quote part moyenne du budget :

Groupe 1 - Fournitures, matériel et astreinte	Groupe 2 - Charges de personnel	Groupe 3 - Transports, SI et locaux
<ul style="list-style-type: none"> • Achats de fournitures et de matériel • Activités ateliers toutes thématiques (personnes âgées, aidants, professionnels) • Charges astreinte et levées de doute • Autres charges du groupe 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Charges de chefferie de projet • Charges du médecin coordonnateur du CRT • Charges du coordinateur • Charges du personnel soignant • Charges d'animateur • Autres charges du groupe 2 	<ul style="list-style-type: none"> • Charges liées à l'organisation des transports • Charges consacrées au système d'information (SI) • Charges consacrées aux solutions de téléassistance • Locations immobilières • Autres charges du groupe 3
11,5 % du budget en moyenne	66,9 % du budget en moyenne	21,5 % du budget en moyenne

Répartition moyenne régionale :

Groupe de charges	Montant moyen	Part moyenne	Médiane
Groupe 1	33 552 €	11,5 %	13 307 €
Groupe 2	194 587 €	66,9 %	199 376 €
Groupe 3	62 610 €	21,5 %	26 348 €
TOTAL	290 749 €	100 %	-

OBSERVATIONS

A. Prépondérance des charges de personnel (Groupe 2 : 67 %)

Les charges de personnel représentent les deux tiers du budget total des CRT, ce qui est parfaitement cohérent avec :

- 82 ETP totaux (déclarés sur SIDOBA) mobilisés à l'échelle régionale (27 ETP Volet 1 + 55 ETP Volet 2)
- Un salaire moyen chargé estimé à 35 000-40 000 €/an pour les professionnels du secteur médico-social
- La nature intensive en ressources humaines du dispositif CRT (coordination, accompagnement, animation)

Calcul de cohérence (à titre indicatif):

- $82 \text{ ETP} \times 35\,000 \text{ €/an} = 2\,870\,000 \text{ €}$ de masse salariale régionale théorique
- Budget régional Groupe 2 observé : $194\,587 \text{ €} \times 17 \text{ CRT} = 3\,307\,979 \text{ €}$
- Écart de +15 %, qui peut s'expliquer par :
 - Salaires effectifs supérieurs à 35k € (médecins coordonnateurs, IDEC expérimentés)
 - Primes et indemnités
 - Charges patronales réelles plus élevées
 - coût RH de l'astreinte soignante quand elle est internalisée

B. Charges de fournitures, ateliers et astreinte (Groupe 1 : 11,5 %) :

une grande variabilité

Le Groupe 1 représente en moyenne 11,5 % du budget, mais avec une **dispersion très importante** :

- Minimum : 0,2 % (478 €)
- Maximum : 49,9 % (139 279 €)
- **Rapport de 1 à 290** entre les extrêmes

Facteurs explicatifs de la variabilité (hypothèses):

a) Intensité des activités Volet 1 :

- CRT organisant de nombreux ateliers (prévention chutes, nutrition, mémoire) : ce qui peut nécessiter des fournitures importantes ou un recours à des prestataires,
- CRT centré sur le Volet 2 : fournitures limitées
- CRT ayant mutualisé les actions du Volet 1 avec les partenaires

b) Modalités d'astreinte :

- Astreinte externalisée : coût important en Groupe 1
- Astreinte internalisée : coût porté en Groupe 2 (salaires)
- Pas d'astreinte : Groupe 1 très faible et pas d'impact sur le Groupe 2 (salaires)

c) Aides techniques pour bénéficiaires Volet 1 et Volet 2 :

- Achat de matériel pour les activités du Volet 1 et actions du Volet 2 (ex : achat d'aides techniques, déambulateurs, barres d'appui, matériel d'activité physique adaptée...)
- Variable selon profil de dépendance des bénéficiaires

C. Charges de fonctionnement (Groupe 3 : 21,5 %) : reflet de l'organisation

Le Groupe 3 représente en moyenne 21,5 %, mais avec une forte dispersion :

- Minimum : 2,3 % (5 403 €)
- Maximum : 56,2 % (291 705 €)

Facteurs explicatifs (hypothèses) :

a) Moyens de mobilité :

- Véhicules dédiés : achat + assurance + entretien + carburant
- Mutualisation avec l'EHPAD permettant un coût réduit
- Conventions taxis/intercommunalité : coût variable selon utilisation

b) Système d'information et outils numériques

- Licences logicielles : pour outils de coordination, outils métiers
- Équipement informatique : ordinateurs, tablettes pour VAD
- Maintenance et support technique
- téléassistance (tous les CRT ne la mettant pas systématiquement en place pour leurs bénéficiaires)

c) Locaux :

- CRT dans l'EHPAD : quote-part faible (chauffage, électricité)
- Locaux dédiés : loyer + charges significatives



« Il y a beaucoup d'actions "non chiffrables" : participation à des salons, des forums... C'est du temps d'aller-vers et de rencontres institutionnelles avec des groupes de travail. C'est principalement du temps positionné sur du volet 1 mais qui permet de rendre effectif le volet 2 ».

VARIABILITÉ INTER-CRT : TROIS PROFILS TYPES

Pourquoi créer des "profils" de CRT ?

La typologie par profils permet de comprendre les modèles organisationnels différents des CRT plutôt que de simplement regarder les moyennes régionales qui peuvent masquer des réalités très différentes.

Type de profil	Profil A "Mutualisé/ efficient"	Profil B "Équilibré standard"	Profil C "Autonome avec moyens"
% des CRT	40 %	40 %	20 %
Groupe 1	<5 %	5-20 %	>20 %
Groupe 2	>75 %	60-75 %	
Groupe 3	15-20 %	20-30 %	>35 %
Caractéristiques	Faible astreinte, peu d'investissements relatifs aux fournitures et matériels	CRT intervenant à tout niveau y potentiellement au niveau de l'astreinte, Investissement modéré sur les ateliers	Astreinte soignante coûteuse Programme d'ateliers Volet 1 très développé (formations qualifiantes, matériel) Aide technique importante, SI coûteux



Avertissement : Limites de cette typologie

Basée uniquement sur les charges : ne dit rien sur la qualité de l'accompagnement

En résumé

Cette typologie est un outil d'analyse exploratoire qui permet de :

- Dépasser les moyennes régionales
- Identifier des modèles organisationnels
- Poser des questions sur les choix stratégiques
- Guider les décisions futures

Mais elle doit être complétée par :

- Entretiens qualitatifs approfondis avec les CRT de chaque profil
- Évaluation d'impact (qualité, satisfaction, résultats cliniques)
- Analyse coût-efficacité rigoureuse



Limites de l'analyse coût-efficacité et nécessité d'une évaluation de la qualité du service rendu

Des données SIDOBA insuffisantes pour une analyse coût-efficacité-qualité robuste

L'analyse du rapport coût-efficacité des Centres de Ressources Territoriaux constitue un enjeu stratégique majeur, particulièrement au regard des interrogations soulevées par le rapport parlementaire de juin 2025 sur le coût estimé du dispositif (10 800 € par an et par patient pour 30 bénéficiaires). Toutefois, l'exploitation des données SIDOBA 2024 révèle des lacunes méthodologiques importantes qui empêchent de conduire une évaluation fiable du rapport coût-efficacité-qualité des CRT en Nouvelle-Aquitaine.

3. Limites majeures des données collectées

Comme démontré dans les sections précédentes, trois catégories majeures d'insuffisances compromettent la fiabilité de l'analyse : les incohérences financières, la granularité insuffisante des indicateurs d'activité, l'absence d'évaluation de GIR sans en connaître les raisons, l'absence et l'incomplétude des données RH... Ces limites techniques, aussi importantes soient-elles, ne constituent cependant pas l'obstacle principal à une analyse d'efficacité robuste.



L'efficacité ne peut se mesurer sans évaluer la qualité du service rendu aux usagers

Au-delà des limites de fiabilité et de complétude des données, l'analyse coût-efficacité se heurte à une difficulté conceptuelle fondamentale : l'absence d'indicateurs permettant d'objectiver la qualité du service rendu et la valeur créée pour les usagers et le système de santé.

RECOMMANDATION MAJEURE : UNE MÉTHODOLOGIE FONDÉE SUR UNE ÉVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE, DANS UNE PERSPECTIVE LONGITUDINALE PLURIANNUELLE

➤ 1. Repenser l'efficacité par la qualité du service rendu

L'efficacité d'un dispositif médico-social comme les CRT ne peut se réduire à un simple calcul de coût par bénéficiaire ou par action réalisée. Celle-ci a été menée dans les fiches individuelles, uniquement pour débiter un travail d'élaboration de certaines hypothèses.

L'efficacité doit s'apprécier au regard de la qualité effective du service rendu aux personnes accompagnées et de la plus-value réelle apportée au système de santé territorial. Cette approche suppose de documenter finement plusieurs dimensions de la valeur créée par les CRT.

➤ 2. La qualité de l'accompagnement du point de vue des usagers, de leurs aidants et des professionnels

La légitimité des CRT repose d'abord sur leur capacité à améliorer concrètement la vie quotidienne des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches, tout en transformant les pratiques professionnelles sur le territoire.

Cette dimension qualitative pourrait être mesurée à travers :

- le vécu et la satisfaction des bénéficiaires (impact sur les sentiments de solitude, de sécurité au domicile, de la personnalisation du suivi conformément aux choix de vie, qualités relationnelles avec les professionnels du CRT...),
- le soulagement et le soutien apporté aux aidants (réduction de la charge mentale, voire physique, accès à des temps de répit, soutien face aux situations complexes...),

- la préservation de l'autonomie et de la dignité via le soutien aux capacités fonctionnelles, cognitives, sociales et citoyennes,
- la plus-value perçue par les professionnels partenaires (coordination facilitée, mobilisation d'une expertise pluridisciplinaire gériatrique et sa réactivité, soutien complémentaire au droit commun, montée en compétences...)

Ces trois dimensions - usagers, aidants et professionnels - ne sont actuellement pas mesurées dans SIDOBA, alors qu'elles constituent le cœur même de la mission des CRT. Sans recueil systématique de la parole des usagers, de leurs aidants et des professionnels du territoire, il est impossible d'affirmer que les CRT remplissent effectivement leur double promesse : amélioration de la qualité de vie à domicile (Volet 2) et structuration de l'offre territoriale gériatrique (Volet 1).

Le point de vue des professionnels est particulièrement stratégique car il permet d'évaluer la valeur ajoutée du CRT non seulement pour les bénéficiaires directs du Volet 2, mais aussi pour l'ensemble du système d'accompagnement territorial. Un CRT qui facilite réellement le travail des SSIAD, des médecins traitants, des IDE libéraux et des services sociaux crée une valeur diffuse qui bénéficie à bien plus de personnes âgées que les seuls bénéficiaires du Volet 2, mais cette valeur reste invisible dans les indicateurs actuels.

➤ 3. La pertinence de l'accompagnement au regard des besoins complexes

La valeur ajoutée des CRT réside dans leur capacité à intervenir là où le droit commun ne suffit plus. Cette pertinence pourrait être objectivée par :

- L'adéquation entre profil des bénéficiaires et expertise mobilisée (l'élément cardinal de la complexité, la mobilisation effective de l'expertise pluridisciplinaire...),
- la réponse à des besoins non couverts par le droit commun (astreinte soignante, coordination renforcée lors de transitions critiques, domicile inadapté...)
- l'évitement de ruptures de parcours (prévention des hospitalisations évitables, sorties d'hospitalisation, continuité de l'accompagnement malgré l'évolution de la situation...).

➤ 4. La contribution à la fluidité et à la cohérence du système de santé territorial

Au-delà de l'accompagnement individuel, les CRT sont censés participer à une structuration de l'offre gériatrique territoriale. Cette plus-value systémique pourrait être évaluée par :

- le renforcement des compétences des acteurs du territoire (via le Volet 1),
- l'essaimage d'innovation,
- l'optimisation des ressources (mutualisation des ressources, "la bonne orientation pour le bon bénéficiaire au bon endroit" permettant la réduction des interventions redondantes ou non coordonnées)
- la plus-value de la prévention primaire et secondaire via la détection précoce, le dépistage et la prise en charge intégrée des fragilités (y compris sensorielles) favorisant le maintien de l'autonomie.

5. Les trajectoires de vie comme indicateur synthétique de qualité

L'analyse des trajectoires des bénéficiaires constitue un indicateur particulièrement pertinent de la qualité du service rendu. L'évaluation pourrait porter sur :

- qualité du maintien à domicile dans des conditions dignes (pas seulement "éviter l'EHPAD" mais "vivre bien chez soi" et conformément au projet de vie de la personne y compris en accompagnement de fin de vie)
- la qualité des transitions si elles deviennent nécessaires (la préparation et l'accompagnement des entrées en établissement, le respect du choix de la personne dans ces orientations, permettant la prévention des institutionnalisations "par défaut" - absence d'alternative -vs institutionnalisations "choisies", l'évolution de la dépendance rendant l'EHPAD pertinent).



Cette approche par les trajectoires permet de dépasser le débat simpliste " le CRT a-t-il évité l'EHPAD ?" pour poser la vraie question : "le CRT a-t-il permis à la personne de vivre la meilleure vie possible à domicile compte tenu de sa situation ?"



Les limites d'une analyse purement comptable

En l'absence de ces indicateurs de qualité du service rendu, l'analyse ne peut porter que sur les coûts et volumes d'activité, qui ne disent rien de la valeur effective créée pour les usagers.

6. Le piège de la comparaison des coûts unitaires

Deux CRT peuvent présenter le même coût moyen par bénéficiaire tout en offrant des services de qualité radicalement différente :

- Le CRT A accompagne des situations de grande complexité (GIR 2-3, maladies neuro-dégénératives avancées, isolement social majeur) avec une approche personnalisée, pluridisciplinaire, incluant astreinte soignante et soutien intensif aux aidants,
- Le CRT B accompagne des situations plus légères (GIR 4 majoritairement) avec une coordination minimale et peu de services différenciés du droit commun.

Affirmer que ces deux CRT ont la même efficacité parce qu'ils ont le même coût unitaire serait profondément erroné. Le CRT A crée probablement une valeur toute autre pour ses usagers et pour le système de santé, même si son coût unitaire pourrait être plus élevé.

La diversité des contextes territoriaux et organisationnels

De même, comparer les coûts entre CRT sans tenir compte de leurs spécificités conduit à des conclusions trompeuses :

- **Complexité des situations accompagnées** : un CRT ciblant les situations les plus lourdes aura potentiellement structurellement un coût plus élevé ("potentiellement" en raison de coûts inégaux relatifs aux outils numériques des CRT, impactant nécessairement le coût global, cf. supra),
- **Contexte territorial** : un CRT rural avec forte dispersion géographique aura potentiellement des coûts de déplacement supérieurs, mais assure l'équité d'accès sur des territoires autrement délaissés
- **Respect du cahier des charges** : un CRT proposant l'astreinte soignante 24h/24 conformément aux exigences réglementaires aura un coût supérieur à un CRT ne la proposant pas, mais offre "a priori" un niveau de sécurisation supérieur.

Pénaliser financièrement les CRT les plus coûteux sans analyser les raisons de ces coûts serait contre-productif et conduirait paradoxalement à dégrader la qualité globale du service rendu.



2024 : une année de lancement peu représentative

L'année 2024 présente des caractéristiques spécifiques qui limitent la représentativité de l'analyse.

Phase de montée en charge d'une temporalité hétérogène selon les deux volets

Pour de nombreux CRT nouvellement autorisés (hors ex-DRAD), l'année 2024 correspond à une phase d'amorçage caractérisée par :

- D'assez courts délais entre l'autorisation administrative et le démarrage opérationnel (recrutement des équipes, aménagement des locaux, mise en place des outils, lancement de la communication...)
- Une file active inférieure à la cible : plusieurs CRT n'atteignent pas encore les 30 bénéficiaires du Volet 2 fixés comme objectif minimal par le cahier des charges
- Des coûts fixes non dilués : les charges structurelles (coordination, systèmes d'information, véhicules, astreinte) pèsent proportionnellement plus lourd sur une petite file active, gonflant artificiellement le coût unitaire
- et pour les ex-DRAD, un Volet 1 à structurer.

Le rapport parlementaire soulignait d'ailleurs qu'il est fréquent de compter 18 mois entre la désignation d'un CRT et l'intégration de ses premiers bénéficiaires (cf. supra), ce qui signifie que certains CRT autorisés en 2023 n'ont réellement démarré leur activité qu'en 2024, voire fin 2024. Cette tendance était confirmée en entretiens, les responsables de CRT évoquant bien plus naturellement l'année 2025 voire les projets 2026 que l'année de lancement.

Indicateur	CRT ex-DRAD	CRT nouveaux	Écart
Coût moyen/bénéficiaire	7 679 €	11 858 €	-35 %
File active moyenne Volet 2	36 bénéficiaires	33 bénéficiaires	+9 %
Astreinte soignante 24/7	100 % (3/3)	29 % (4/14)	-
Téléassistance	67 % (2/3)	taux variable	-
Expérience Volet 2	4-5 ans (DRAD 2020)	< 1 an	+48 mois
Expérience Volet 1	< 1 an (nouveau)	< 1 an (nouveau)	Comparable

OBSERVATIONS : Les ex-DRAD assurent une plus grande conformité au cahier des charges comparativement aux nouveaux CRT. Les CRT ex-DRAD présentent un coût moyen par bénéficiaire de 7 679 €, inférieur de 35 % à la moyenne des autres CRT (11 858 €). Toutefois, cette moyenne est fortement influencée par des CRT présentant de petites files actives voire des coûts fixes non dilués. Cependant, pour les CRT ex-DRAD, c'est un paradoxe apparent : le coût par bénéficiaire est inférieur à la moyenne régionale malgré conformité supérieure au cahier des charges (du moins concernant le Volet 2). Ainsi, cette absence d'avantage sur le Volet 1 relativise l'hypothèse de "maturité globale" des "CRT Ex-DRAD".

Effets d'apprentissage et optimisation progressive

Les CRT héritiers des expérimentations DRAD bénéficient d'une expérience opérationnelle de plusieurs années, leur conférant :

- Une maturité organisationnelle : processus rodés, équipes stabilisées, partenariats structurés
- Une notoriété territoriale : repérage facilité, confiance des prescripteurs
- Une optimisation de l'organisation : mutualisation éprouvée, arbitrages affinés sur la base de l'expérience

À l'inverse, les CRT nouvellement créés doivent construire leur légitimité territoriale, développer leurs partenariats, former leurs équipes et ajuster progressivement leur modèle organisationnel. Cette courbe d'apprentissage implique nécessairement des ajustements en phase de démarrage, avec une qualité de service qui s'améliorera progressivement avec l'expérience.

Comparer la qualité du service rendu par un CRT ex-DRAD mature avec celle d'un CRT nouvellement créé sur la seule année 2024 serait méthodologiquement contestable et conduirait à sous-estimer le potentiel des structures récentes une fois leur rythme de croisière atteint.



Recommandation : Une méthodologie fondée sur une évaluation multidimensionnelle, dans une perspective longitudinale pluriannuelle

Une évaluation robuste devrait articuler plusieurs dimensions complémentaires, en plaçant l'utilisateur au cœur de la démarche.

➤ 7. Co-construction avec les CRT et participation des usagers

Cette évaluation ne peut être imposée unilatéralement mais doit être co-construite avec les CRT de Nouvelle-Aquitaine et les représentants des usagers, dans une logique de recherche-action associant :

- Les équipes de terrain (pour garantir la faisabilité opérationnelle des protocoles de collecte et la pertinence des questions posées)
- Les usagers et leurs représentants (pour définir les critères de qualité les plus importants du point de vue des personnes accompagnées)
- Ouvrir dans l'idéal à des chercheurs en santé publique, gérontologie sociale et sciences sociales (pour la rigueur méthodologique et l'analyse qualitative)
- Les instances de tutelle (ARS, Conseil départemental, CNSA) pour l'alignement avec les priorités de pilotage stratégique

Une telle démarche permettrait de légitimer le dispositif CRT par la démonstration de sa valeur ajoutée effective pour les usagers et le système de santé, plutôt que par des intentions ou des volumes d'activité. Elle permettrait également d'identifier les leviers d'amélioration continue de la qualité du service rendu et de partager les innovations les plus prometteuses.

CONCLUSION “PROVISOIRE” SUR L’ANALYSE COÛT-EFFICIENCE-QUALITÉ DES CRT EN 2024

L'analyse des données 2024 des 17 CRT de Nouvelle-Aquitaine semble confirmer la pertinence du dispositif face aux situations complexes de perte d'autonomie à domicile. Les CRT répondent à un besoin identifié de coordination renforcée pour des personnes âgées cumulant des fragilités (GIR 2-3 majoritaires, 56 % atteints de maladies neuro-dégénératives) et confrontées à l'isolement social (contexte d'admission le plus fréquent dans 100 % des CRT).

Le profil des bénéficiaires (âge moyen 83 ans, forte dépendance, complexité médico-sociale) justifierait l'intervention d'une expertise pluridisciplinaire et d'une coordination renforcée 24/7, services que le droit commun (SSIAD, aide à domicile) ne peut plus assurer seul.

Les données financières révèlent une hétérogénéité importante des coûts entre CRT (rapport de 1 à 3,2), avec un coût moyen par bénéficiaire variant de 3 932 € à 43 284 €. Si l'écart de 35 % entre CRT ex-DRAD et CRT nouveaux s'explique en partie par la maturité organisationnelle acquise sur 4 ans d'expérience (DRAD 2020-2024), des disparités persistent même entre CRT de même ancienneté.

Ces écarts ne reflètent pas nécessairement des différences d'efficacité réelle, mais plutôt :

- Des contextes territoriaux variables (ruralité, dispersion géographique, offre de services locaux)
- Des choix organisationnels différents (mutualisation EHPAD, externalisation de certains services, dimensionnement équipe)
- Des publics accompagnés de complexité variable (GIR moyen, proportion maladies neuro-dégénératives, cumul de fragilités).

La majorité des CRT sont en phase d'amorçage en 2024, avec des difficultés prévisibles de démarrage (structuration du Volet 1, file active inférieure à la cible, partenariats à structurer, mutualisation à établir...).

Concernant le Volet 1, la mission de ressource territoriale demeure insuffisante sur plusieurs secteurs prioritaires. Cette faiblesse du Volet 1 s'explique également en partie par le fait qu'il constitue une mission nouvelle pour tous les CRT, y compris les ex-DRAD (qui n'intervenaient que sur l'accompagnement renforcé durant l'expérimentation) et qu'il nécessite un travail de cartographie des actions réalisées pour ce public sur le territoire afin de venir en subsidiarité, en complémentarité et non en concurrence de l'offre existante.

Recommandations :

1. Proposer une définition officielle de "file active" pour répondre aux attentes de certains CRT,
2. Poursuivre le développement de partenariats dans les secteurs prioritaires (aide aux aidants, prévention de la perte d'autonomie, Vie sociale, Coordination locale notamment)
3. Cartographier l'offre territoriale sur ces secteurs
4. Comprendre et aider si nécessaire à renforcer les files actives de 2024 à 2026 jusqu'à 30 bénéficiaires pour ceux qui ne les atteignent pas.
5. Mettre en place et faire vivre une Communauté de pratiques régionale offrant des rencontres trimestrielles entre CRT pour un partage d'expériences et une résolution collective de problèmes (ex : l'astreinte de nuit, outils de reporting et de suivi d'activité...),
6. Via la Communauté, construire une veille partagée sur les actions du Volet 1 (listing des sujets de sensibilisation, de formation, de prévention, de soutien aux aidants...)

Perspectives : vers une montée en maturité progressive et l'évaluation d'impact social

Les données 2024 doivent être interprétées comme une photographie d'un dispositif en construction. Les entretiens qualitatifs font état de projets de restructuration de certaines offres de service : nouvelles formations et sensibilisations pour les professionnels afin de partager une culture commune de l'accompagnement du bien-vieillir, de nouveaux partenariats pour la lutte contre l'isolement, de l'hébergement temporaire d'urgence de nuit, de nouveaux outils numériques et le retrait des pratiques d'autres...

En l'état actuel des données disponibles dans SIDOBA, il n'est pas possible de conduire une analyse robuste de l'efficacité des CRT en Nouvelle-Aquitaine, car l'efficacité ne peut se mesurer sans indicateurs de qualité du service rendu et de plus-value pour les usagers.

Les lacunes de complétude et de cohérence des données financières, la granularité insuffisante des indicateurs d'activité et surtout l'absence totale d'indicateurs de qualité du service rendu du point de vue des bénéficiaires limitent l'analyse à un simple constat descriptif des coûts et des volumes d'activité, qui ne dit rien de la valeur effectivement créée.

Recommandations :

1. Faire évoluer les indicateurs SIDOBA pour affiner les données
2. Intégrer dans SIDOBA des indicateurs de qualité (issu potentiellement de la démarche d'évaluation d'impact social qui sera proposée par le Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine postérieurement sur les bénéficiaires, aidant, professionnel, trajectoires de vie et de parcours...

Les constats formulés dans ce rapport (disparités budgétaires entre CRT, coût moyen par bénéficiaire, répartition des charges par groupe) doivent donc être interprétés avec une grande prudence et ne sauraient fonder des jugements définitifs sur la performance des structures (qu'elles aient des charges limitées ou au contraire, qu'elles dépassent la dotation globale des 400 000 €).

L'année 2024, marquée par la phase de montée en charge de nombreux CRT nouvellement autorisés, constitue une période de référence peu représentative de leur capacité à rendre un service de qualité à terme. Une évaluation pertinente nécessitera un suivi longitudinal sur plusieurs années d'exercice (2024-2026 au minimum) permettant d'apprécier la trajectoire d'amélioration de la qualité du service une fois les structures stabilisées.

Enfin, et de manière plus fondamentale, toute analyse d'efficacité rigoureuse suppose le déploiement d'une évaluation spécifiquement centrée sur la qualité du service rendu aux personnes âgées et à leurs aidants, associant recueil systématique de leur point de vue, analyse qualitative des pratiques professionnelles, suivi des trajectoires de vie et mesure de la plus-value pour le système de santé territorial. Cette évaluation, co-construite avec les CRT de Nouvelle-Aquitaine et les représentants des usagers, constitue un chantier méthodologique et stratégique prioritaire pour objectiver la valeur ajoutée réelle du dispositif et éclairer les décisions d'ajustement du cahier des charges et de pérennisation du financement.

Recommandations :

1. Lancer une évaluation qualitative régionale et la coupler avec une analyse médico-économique
2. Co-construire avec les CRT un protocole d'évaluation multidimensionnelle
3. Associer les représentants des usagers à la définition des critères de qualité prioritaires
4. Approche longitudinale : évaluation sur 3 ans (2024-2026) pour apprécier la trajectoire de maturation



L'enjeu n'est pas de savoir si les CRT coûtent cher, mais de savoir s'ils remplissent effectivement leur promesse : permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de vivre mieux, plus longtemps, chez elles, dans la dignité et le respect de leurs choix.

ANNEXES

FICHES CRT INDIVIDUELLES

<u>CRT Les Marronniers (Charente)</u>	<u>p.62</u>
<u>CRT Les Jardins de la Garenne (Charente)</u>	<u>p.71</u>
<u>CRT de l'Aunis (Charente-Maritime)</u>	<u>p.80</u>
<u>CRT Darcy Brun (Charente-Maritime)</u>	<u>p.90</u>
<u>CRT ATOME (Creuse)</u>	<u>p.98</u>
<u>CRT Senesco (Dordogne)</u>	<u>p.106</u>
<u>CRT Saint-Seurin-sur-l'Isle (Gironde)</u>	<u>p.118</u>
<u>CRT SSIAD AIDOMI (Gironde)</u>	<u>p.129</u>
<u>CRT SSIAD Nord Bassin (Gironde)</u>	<u>p.139</u>
<u>CRT Landes Nature Côte d'Argent (Landes)</u>	<u>p.147</u>
<u>CRT Agen Nérac (Lot-et-Garonne)</u>	<u>p.159</u>
<u>CRT Cèdre Bleu (Deux-Sèvres)</u>	<u>p.169</u>
<u>CRT Cœur de Vienne (Vienne)</u>	<u>p.179</u>
<u>CRT de la Résidence du Châtenet (Haute-Vienne)</u>	<u>p.191</u>
<u>CRT SSIAD Soins et Santé (Haute-Vienne)</u>	<u>p.202</u>
<u>CRT Hameau du Buis (Haute-Vienne)</u>	<u>p.213</u>
<u>CRT Nord Ouest Béarn (Pyrénées-Atlantiques)</u>	<u>p.224</u>

• Cartographie du territoire du CRT



• Résultats et objectifs clés :

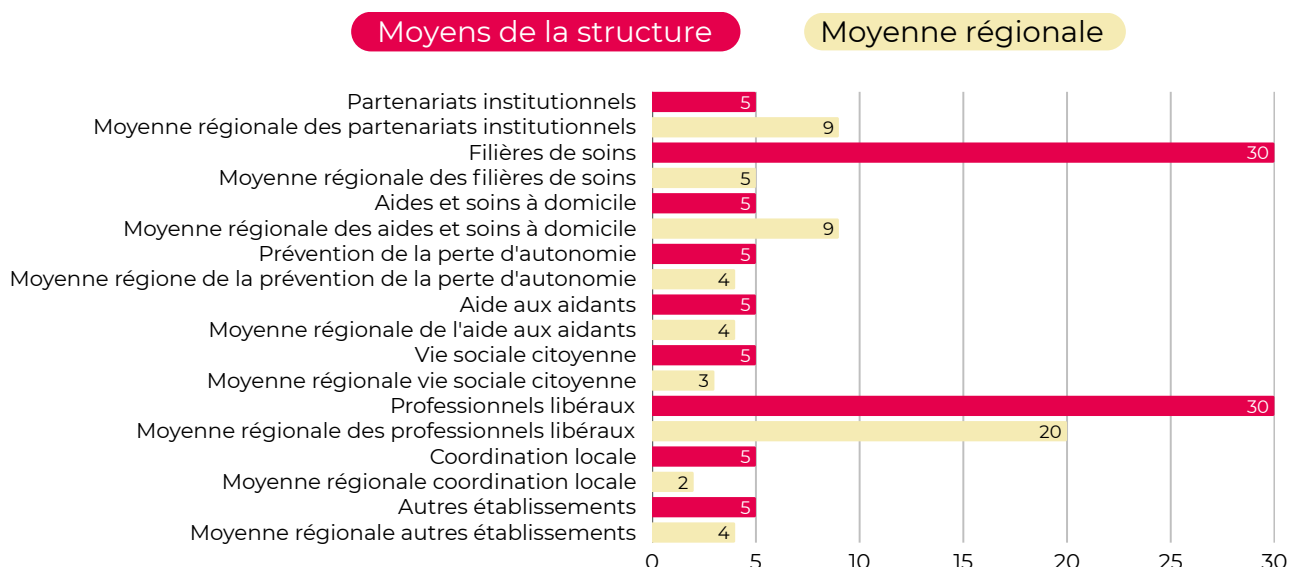
DRAD autorisé en CRT en 2024

Objectif : proposer une prise en charge holistique dans le cadre d'un suivi coordonné renforcé

• Les partenariats :



• Comparaison des partenariats entre la structure et la moyenne régionale :





Une cartographie des partenariats sur le territoire et de leur degré d'implication serait utile pour avoir des données tant qualitatives que quantitatives.

• Comprendre la répartition sur le Volet 1 :

Nombre de professionnels affectés au volet 1 : **5 ETP**

Volet 1			
Public cible	Personnes âgées : 0	Aidants : 10	Professionnels : 41
Actions	Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention	Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants	Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques
Détails	<p>Axe trop peu développé mais un début de partenariat en structuration avec le CH de Cognac</p>	<p>partenariat avec le BUS de LEA permettant de renforcer l'accessibilité des aidants car ce territoire de Charente est en "zone blanche".</p> <p>Le CRT met en place un accompagnement sur la foire (4 fois dans l'année) afin de promouvoir l'association sur le territoire, dans une action grand public.</p>	<p>Cette action a été fortement ciblée.</p> <ul style="list-style-type: none"> formation qualifiante des professionnels des EHPAD à la démarche Montessori <ul style="list-style-type: none"> 18 établissements intéressés sur 27 sollicités (certains ayant déjà bénéficié de cette formation) 49 salariés (profils : IDE, AS, ASH) 3 sessions de formations <p><i>"on voulait marquer le coup pour la première année"</i></p> <p>En prévision sur 2025 :</p> <ul style="list-style-type: none"> formation des cadres et des directions à la méthode sur 1 journée pour une culture commune proposition d'une formation aux aides à domicile des partenaires sur le bucco-dentaire <ul style="list-style-type: none"> Problème : les formations ne doivent pas durer plus de 2h <p><i>"Je n'ai aucune aide à domicile que nous avons formée... il aurait fallu en plus financer le temps de ces professionnels en formation..."</i></p> <p>> Orientation vers de la sensibilisation pour répondre au créneau de 2h > les familles d'accueil du Conseil départemental seraient preneuses</p> <p>> 2026 : remontée de besoins > souhait de proposer "réflexion éthique"</p>
Nombre d'action	0 < ... < 9	0 < ... < 9	0 < ... < 9

• Comprendre la répartition le Volet 2 :

Nombre de professionnels affectés au volet 2 : **5,0 ETP**

Volet 2					
Public cible	Personnes âgées : 39	inclues dans Volet 1 : 0			
Classification des Actions	Sécurisation de l'environnement de la personnes	Gestion de la situation de crise et soutien aux aidants	Coordination renforcée autour de la personne	Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement	Appui au parcours de vie
Détails	<p>Bilan ergothérapie et adaptation du logement au cas par cas selon les besoins du bénéficiaire et mise en place d'un plan d'action.</p> <p>Accompagnement à la mise en place d'une solution de téléassistance.</p>	<p>Astreinte et levée de doute soignante 7j/7 et 24h/24</p> <p>Accompagnement vers l'HT et l'AJ</p>	<p>Analyse et mise en place du parcours de santé (lien ville/hôpital > IDEL, MT, association à domicile) > soit les gens n'ont rien et le CRT crée la coordination, soit ils ont mais ce n'est pas bien coordonnés > le CRT structure la coordination renforcée.</p>	<p>Participation aux activités sur l'établissement pour le maintien des facultés</p> <ul style="list-style-type: none"> • restauration en EHPAD sur le repas du midi) • des activités : favorisant la motricité globale, manuelles et créatives, la stimulation de la mémoire, ludiques, lecture, jeux de société. <p>Proposition de participation à des ateliers "équitation", sorties culturelles avec théâtre, cinéma, repas raclette...</p> <p><i>"L'objectif est de créer une communauté CRT. Les bénéficiaires du CRT sont associés au CVS de l'EHPAD."</i></p>	<p>Aide à la prise de rendez-vous</p> <p>Accompagnement aux rendez-vous</p> <p>A minima 1 visite/semaine par une ASG</p> <p>Temps d'échange avec les professionnels du dispositif.</p>
Nombre d'actions réalisées	20<...<29	10 <...< 19	+30	+ 30	<...<9

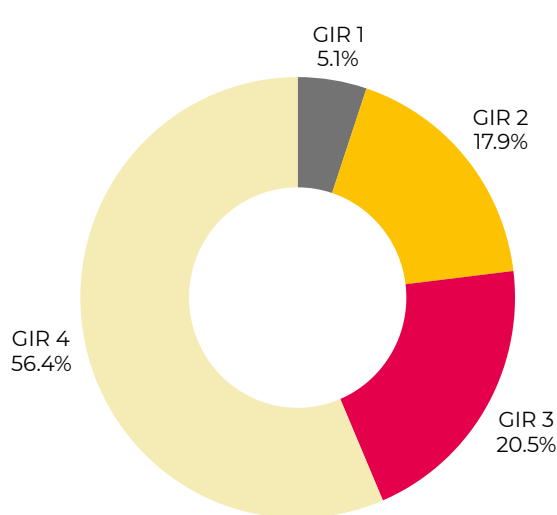
• Comparaison profils des bénéficiaires du Volet 2 :

➤ Les profils GIR

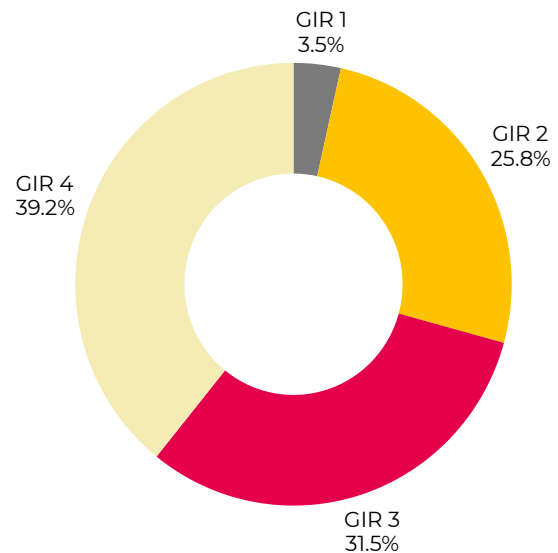


Informations

- Tous les bénéficiaires du volet 2 ont eu une évaluation de leur GIR.
- Nb de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives : 17

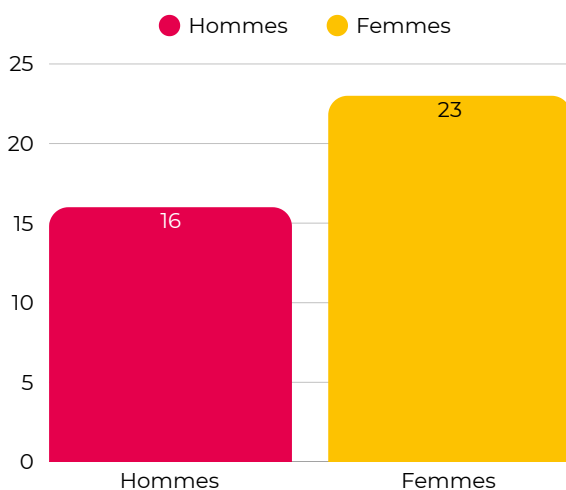


Profils des bénéficiaires dans la structure

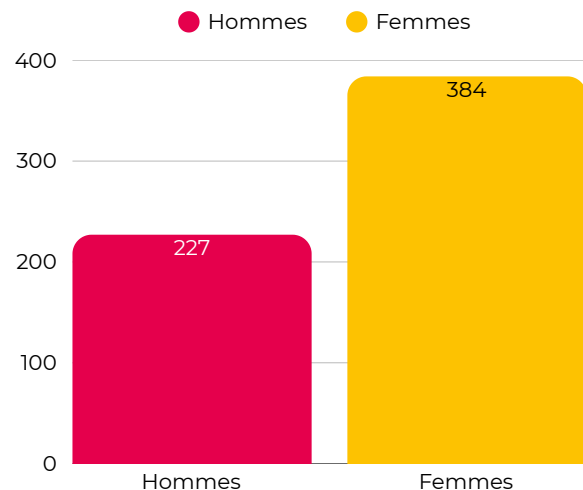


Profils des bénéficiaires à échelle régionale

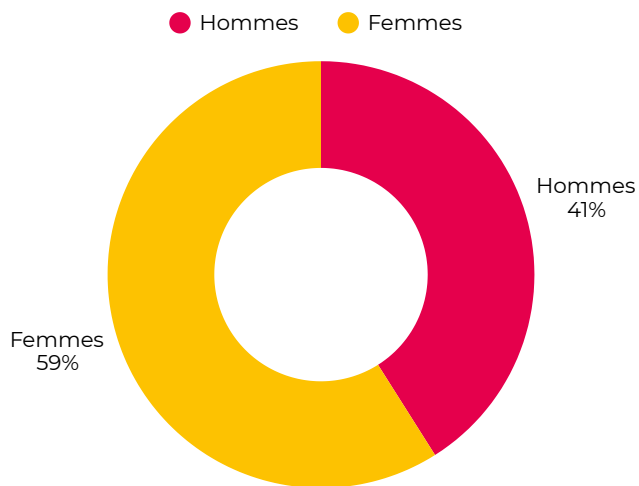
➤ Répartition des profils par genres (H/F)



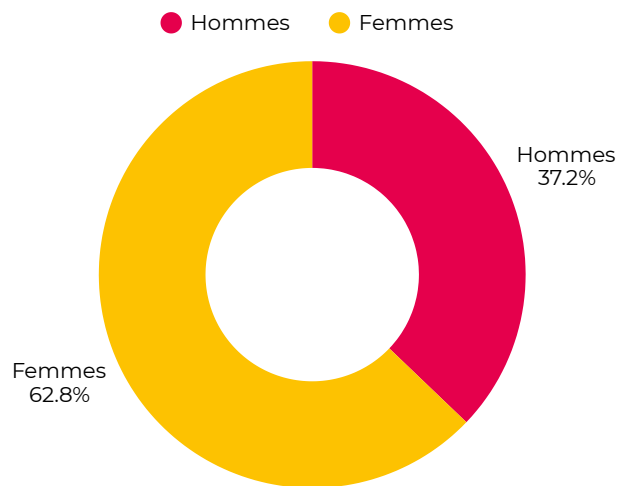
Profils des bénéficiaires dans la structure



Profils des bénéficiaires à échelle régionale



Répartition moyenne des bénéficiaires dans la structure



Répartition moyenne des bénéficiaires à échelle régionale

Ratio femmes/hommes : 1,44 (soit 1,44 femmes pour 1 homme)

➤ Âge moyen des bénéficiaires



82 ans (structure)



RÉGION
Nouvelle-Aquitaine

83,1 ans (moyenne régionale)

• Motifs d'entrée dans le dispositif de la structure :

1	Isolement social : très fréquent
2	Plan APA insuffisant : fréquent
	Situation complexe à domicile : fréquent
3	Sortie d'hospitalisation : peu fréquent
4	Autre

- **Classement des motifs de sortie de la structure :**

1	Admission en EHPAD : fréquent
2	Décès : peu fréquent
3	Admission en habitat intermédiaire : très peu fréquent
4	Admission en établissement de soins longue durée : très peu fréquent
?	Autre : Sortie à la demande du bénéficiaire




- **Réalisations et points forts :**

Ancien DRAD Connaissance du terrain, des réseaux et partenariats déjà structurés pour le volet 2 à tel point que des usagers du sont refusés dans le volet 2

Astreinte soignante *“Avec le système d’astreinte, je suis persuadé que l’on contribue à faire des économies substantielles”*

La coordination Evolution positive des situations après 6 mois d’accompagnement, *“pour de la qualité, on fait du renforcé”*.

- **Outils utilisés**

Outils digitaux		Usages et retour d’expérience
PAACO-GLOBULE		Améliore la traçabilité et la coordination
VIATRAJECTOIRE		Peu utilisé
Titan (EHPAD et CRT)		Interface adapté pour le suivi d’activité du CRT
Télésurveillance	NON	Les usagers ont en général leur propre prestataire, ils ont le choix, aucune solution n’est imposée. L’outil est pris en charge sur le droit commun et non par le CRT.

• Classement des motifs de sortie de la structure :

Retour 1 :	Retour 2 :	Retour 3 :	Retour 4 :
L'astreinte soignante coûte très cher.	Il manque du temps RH pour un chauffeur.	La situation s'est posée une fois d'inclure ou non une personne en GIR 5.	L'adressage se fait via le DAC, l'EHPAD, l'ADMR, le CH voire les familles.

• Analyse du volet financier

1. Budget global et répartition par groupes de charges

Budget total : 352 301,92 €

Le budget du CRT "Les Marronniers" se décompose en trois groupes de charges distincts :

Groupe	Nature des charges	Montant	% du budget
G1	Fournitures, matériel, ateliers, astreinte	5 326,33 €	1,5%
G2	Personnel d'encadrement et médical	275 991,74 €	78,4%
G3	Transports, SI, téléassistance, immobilier	70 983,85 €	20,1%

➤ Analyse de la structure budgétaire

Groupe 1 :

Ce groupe est très faiblement financé (1,5% du budget total du CRT). Ce montant pour les fournitures, matériel et activités d'ateliers représente une allocation mineure. Cette sous-dotation reflète le retour d'expérience sur la mise en place des actions du volet 1, concentrées pour l'heure, sur la formation et le partage de bonnes pratiques des professionnels et sur l'histoire de la structure ex-DRAD, déjà bien structuré sur le Volet 2.

Ces données peuvent soulever des questions sur :

- La capacité à proposer des ateliers de qualité avec budget matériel aussi réduit,
- L'éventuelle compensation par du volontariat ou des partenariats non monétisés, potentiellement valorisés dans le rapport d'activité et mais non représentative par les indicateurs renseignés.

Groupe 2 :

On observe une surpondération du coût du personnel avec 78,3% du budget total, les charges de personnel- incluant du temps de la direction, un 1 ETP de psychologue coordinatrice, 0,5 ETP d'ergothérapeute, 3 ETP d'ASG, - constituent l'élément majeur du budget. Tous les postes seraient pourvus. Cette proportion est conforme et caractéristique des services médico-sociaux à forte valeur ajoutée humaine.

Cependant, cette concentration mérite attention :

- Elle reflète un modèle basé sur les ressources humaines qualifiées
- Elle limite la flexibilité budgétaire pour l'innovation ou l'extension des services
- Elle crée une dépendance vis-à-vis de la stabilité des dotations

Groupe 3 :

Le budget relatif aux "Infrastructures et technologie" présente une allocation significative aux transports, au SI et à la téléassistance. Cette orientation budgétaire montre une volonté d'équiper le CRT de solutions pour :

- Réduire les barrières géographiques et répondre à un enjeu d'accessibilité (transport des bénéficiaires vers les ateliers)
- Assurer la continuité de service (astreinte, levée de doute administrative)
- Faciliter la coordination (outils digitaux : PaacoGlobule, adaptation aux outils de téléassistance choisies librement par les bénéficiaires...)

2. Répartition Volet 1 / Volet 2 : analyse versus cahier des charges national

➤ Analyse comparative : un sous-financement

Volets	CDC national	CRT Les Maronniers	Écart	% écart
Volet 1	80 000 €	70 461 €	-9 539 €	-11,9%
Volet 2	320 000 €	281 841 €	-38 159 €	-11,9%
Total	400 000 €	352 302 €	-47 698 €	-11,9%

Constat majeur

Le CRT "Les Marronniers" fonctionne avec 88,1% de la dotation nationale prévue.

Cette sous-dotation s'applique proportionnellement aux deux volets, ce qui a priori pourrait suggérer une montée en charge similaire pour les deux volets. Or il reflète surtout la corrélation avec le retour d'expérience à savoir la difficulté à mettre en place les actions de prévention et d'accès aux soins, mais également de lien social ou tout comme l'ensemble du process pédagogique (du choix de la session à sa mise en œuvre et son évaluation). A tel point, qu'il y a une sensation d'être "une caisse enregistreuse des formations".

Volet 2

- Budget par bénéficiaire : 281 841 € / 39 Personnes âgées = 7 227 €
- Cahier des charges pour 30 bénéficiaires : 10 667 €

Pour une personne en situation complexe avec astreinte, coordination, ergothérapie et téléassistance, cette réduction représente a priori une non dépense :

- ~3 440 € par an soit 287 €/ mois par bénéficiaire

Cohérence potentielle avec les besoins :

- Les 39 personnes du volet 2 (avec 17 cas de maladies neuro-dégénératives) justifient des ressources élevées en raison de l'évolutivité des situations,
- Les 47 bénéficiaires du volet 1 participent plutôt à des ateliers collectifs de formation pour les professionnels et par conséquent, cette action contribue indirectement à améliorer la coordination renforcée et la culture commune des professionnels sur un territoire.
- Le nombre de bénéficiaires (39 inclus dans le Volet 2) est supérieur au cahier des charges, ce qui amène la question de la définition de la file active et de la capacité des CRT à leur proposer une coordination renforcée.

L'allocation budgétaire semble respecter la hiérarchie des besoins, même s'il est en en-deçà du cadrage national.

Sous-financement de 11,9% = perte de services ? Des explications à valider.

- Hypothèse 1 : le poids de la complexité de la situation des bénéficiaires du Volet 2
- Hypothèse 2 : le temps de coordination (+ de 30 actions réalisées sur la coordination renforcée et les +30 actions réalisées sur la continuité du projet de vie et de lutte contre l'isolement) sont massivement investies, laissant peu d'opportunité pour proposer d'autres services.
- Hypothèse 3 : le sous-financement peut être lié à l'absence de prise en charge des coûts de la télésurveillance.

Le CRT "Les Marronniers" a probablement combiné une partie ces scénarios.

• Investi dans une démarche qualité :



• Enjeux et Recommandations ?

Priorité 1 : Cartographier les partenariats et du degré d'implication dans le CRT

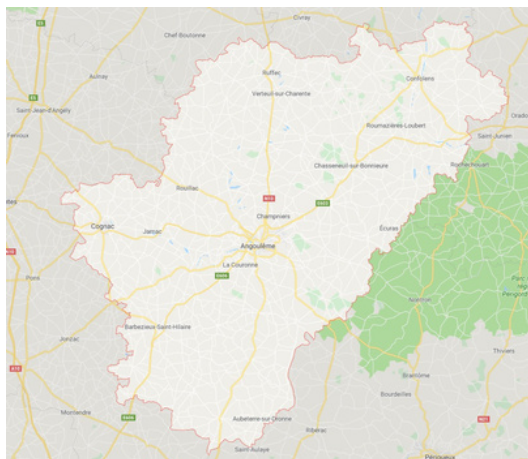
Priorité 2 : Cartographier l'impact du sous-financement

SYNTHÈSE

**CENTRE DE
RESSOURCES
TERRITORIAL**

Département : Charente
 Nom du CRT : "Les Jardins de la Garenne"
 N° FINESS : 160009916
 Date d'autorisation : 3 /11/2023
 Type de territoire : urbain/péri-urbain
 Nb de communes : N/C

• **Cartographie du territoire du CRT**



← Volet 1

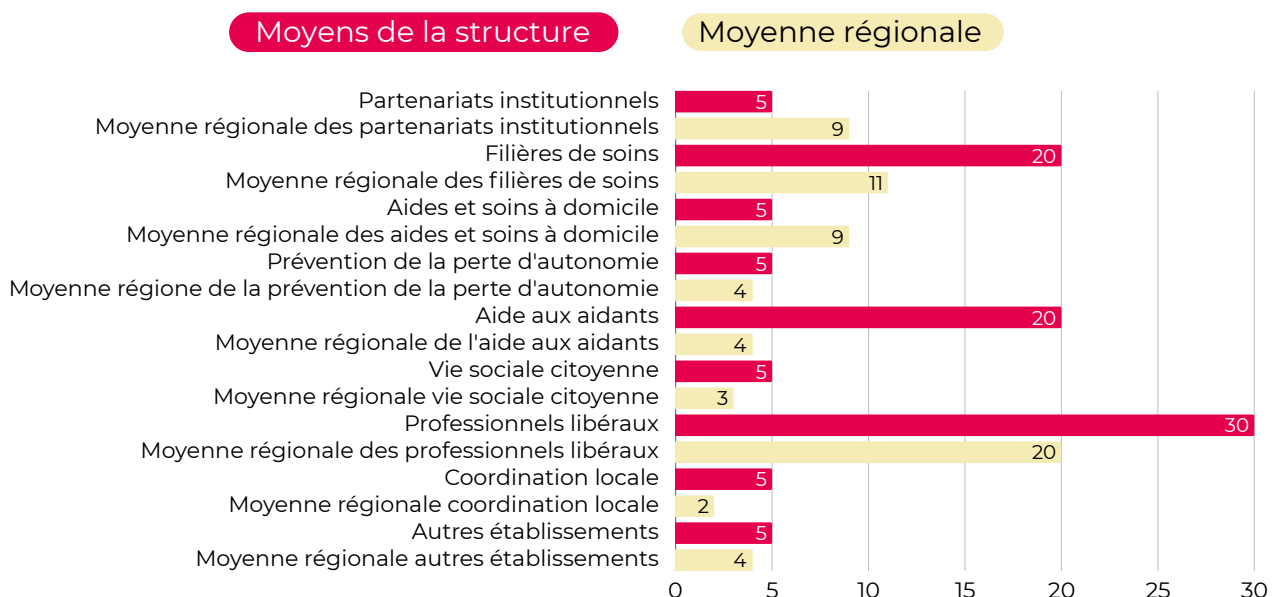
Volet 2 →



• **Résultats clés :**

Un volet 1 très investi sur le principe de l'accessibilité et de la sensibilisation des professionnels du bien-veillir.

• **Comparaison des partenariats entre la structure et la moyenne régionale :**



Le graphique révèle des forces et faiblesses contrastées dans le réseau partenarial du CRT Les Jardins de la Garenne :


- des partenariats au-dessus des moyennes régionales (professionnels libéraux, filières de soins, aides aux aidant et vie sociale et citoyenne, coordination, autres établissements)
- des partenariats en-dessous des moyennes régionales (institutionnels et financiers, aides et soins à domicile).

• Comprendre la répartition sur le Volet 1 :

Nombre de professionnels affectés au volet 1 : **0,5 ETP**

Volet 1			
Public cible	Personnes âgées : 55	Aidants : 43	Professionnels : 176
Actions	Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention	Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants	Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques
Détails	<p>Action de prévention vaccination qui n'a malheureusement pas fonctionné. Le CRT soutient et valorise des actions de prévention présentes sur le territoire.</p> <p>Temps d'information réalisé dans 5 EHPAD, ouverts au public : dénutrition, vaccination, iatrogénie (sur 2024/2025)</p> <p>V1+V2 : ateliers APA en EHPAD, parfois prétexte de lien social (transport assuré par le CRT)</p>	<p>Lutte contre l'isolement en lien avec favoriser l'accès aux soins et à la prévention car le CRT repère et oriente les personnes âgées et aidants vers des ateliers présents sur le territoire.</p> <p>Le CRT permet également aux structures proposant ces ateliers d'aller plus loin dans leur démarche en les conseillant sur des thématiques et publics cibles.</p> <p>Le CRT se charge de la mobilité (au besoin) des participants aux ateliers. Prise de repas par des usagers (V1 repérés pour si besoin les inclure dans le V2 + bénéficiaires V2) en EHPAD, véhiculés par le CRT.</p>	<p>Le CRT propose des sessions de sensibilisation (dès 2023) avec le CH de La Rochefoucauld (service intitulé "CRT Formation", en attente de certification QUALIOP1).</p> <p>1 thématique est choisie /an : communiquer avec les PA atteintes de TND.</p> <p>Recrutement de l'animateur pédagogique et préparation du contenu de la formation.</p> <p>Résultat: 4 journées (sessions de 2h30) test du programme. A la suite de ces test, un retour d'expérience est recueilli.</p> <p>+ 16 journées de déploiement.</p> <p>=> De Janvier à fin septembre c'est 20 sessions de sensibilisation (12 places) qui sont proposées par le CRT/CH.</p> <p>Ces sessions de sensibilisations sont l'occasion de se retrouver et d'échanger sur leurs pratiques professionnelles : domicile, EHPAD, accueillants familiaux...</p> <p>Budget 60k annuel</p>
Nombre d'action	10 < ... < 19	0 < ... < 9	10 < ... < 19

• Comprendre la répartition le Volet 2 :


	Informations <ul style="list-style-type: none"> Mise en place de la téléassistance Mise en place de l'astreinte soignante de nuit
---	--

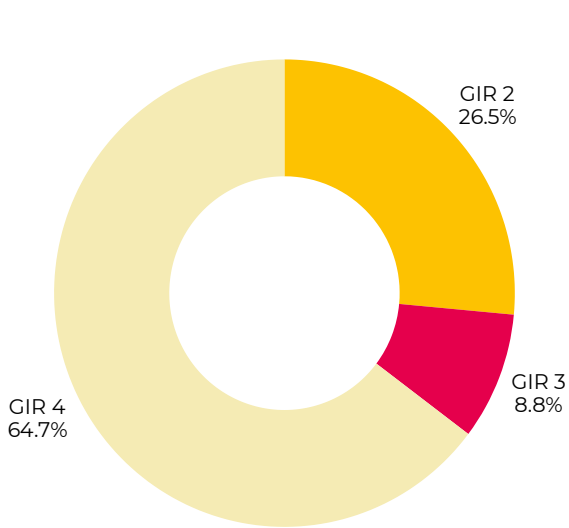
Nombre de professionnels affectés au volet 2 : **2,7 ETP**

Volet 2					
Public cible	Personnes âgées : 34	incluses dans Volet 1 : 6			
Classification des Actions	Sécurisation de l'environnement de la personnes	Gestion de la situation de crise et soutien aux aidants	Coordination renforcée autour de la personne	Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement	Appui au parcours de vie
Détails	Bilan ergothérapie et adaptation du logement au cas par cas selon les besoins du bénéficiaire. Proposition de la téléassistance et télésurveillance via Télégrafik et ses dispositifs connectés	Astreinte et levée de doute assurée mais pas d'astreinte soignante Accueil de jour Gestion de l'HT-SH (évaluation de la situation avant de potentiellement faire le lien avec le DAC) Idem EHPAD-HT en urgence	Adressage majoritairement par le DAC et évaluatrices du Département. Coordination autour du patient via les différents partenaires notamment avec l'utilisation du service régional de coordination de parcours Paaco-Globule RCP (en partenariat avec le CH d'Angoulême et les acteurs du territoire) > temps de communication directe avec les acteurs	Accès à l'ensemble des actions du volet 1	Accès à l'ensemble des actions du volet 1
Nombre d'actions réalisées	+30	0 <...< 9	+30	+ 30	+30

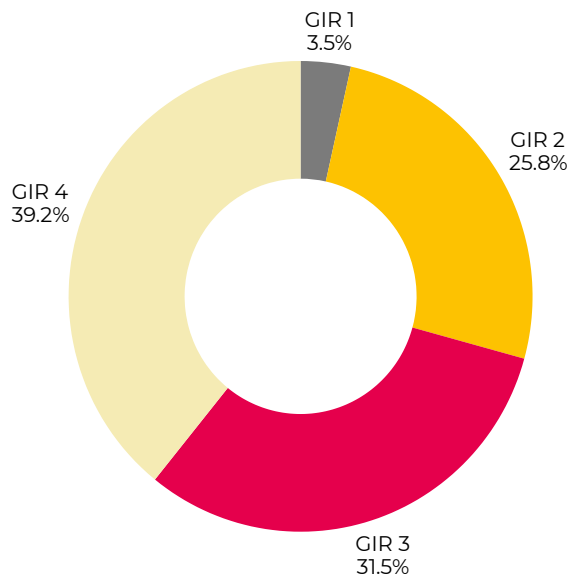
• Comparaison profils des bénéficiaires du Volet 2 :

➤ Les profils GIR

	Informations <ul style="list-style-type: none"> Tous les bénéficiaires du volet 2 ont eu une évaluation de leur GIR. Aucun GIR 1 (des orientations par l'HAD mais pas de plus-value d'ajouter une coordination renforcée, mais orientation de l'aidant vers le V1 "Attention, l'intensité de l'accompagnement ne dépend pas du GIR mais de la structure familiale : ex GIR 1 avec un aidant est loin lourd qu'un et GIR 2 isolé") Nb de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives : 16
---	--

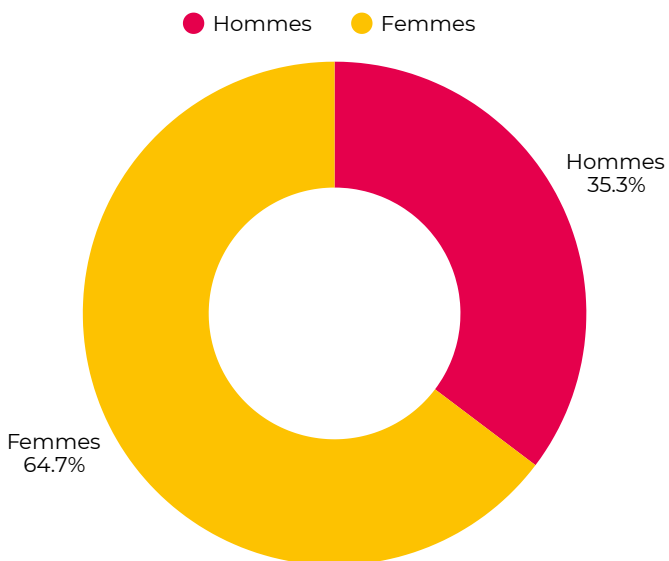
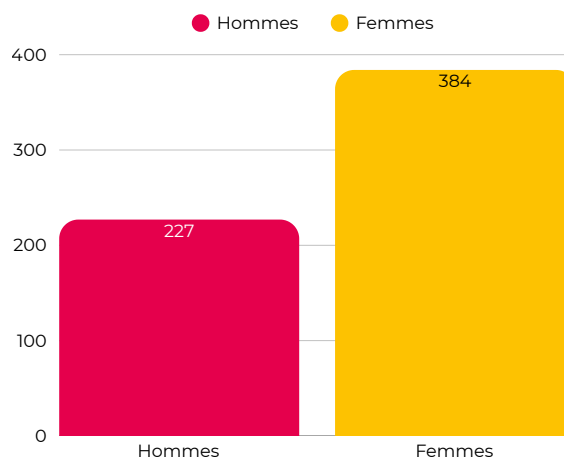
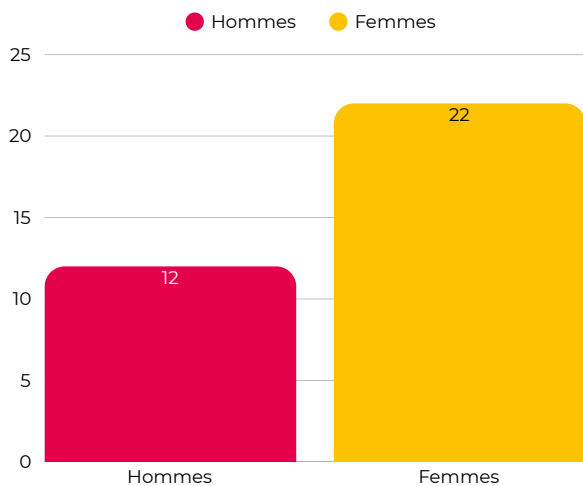


Profils des bénéficiaires dans la structure

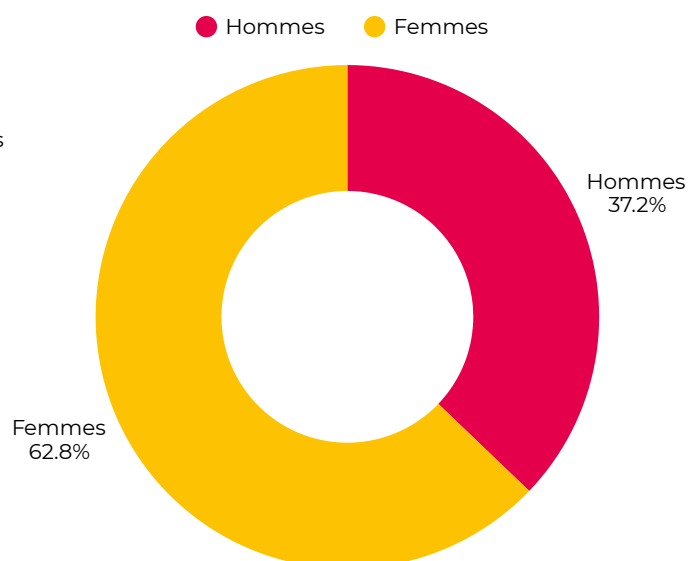


Profils des bénéficiaires à échelle régionale

➤ Répartition des profils par genres (H/F)



Profils des bénéficiaires dans la structure



Profils des bénéficiaires à échelle régionale

Ratio femmes/hommes : 1,69 (soit 1,7 femmes pour 1 homme)

➤ Âge moyen des bénéficiaires



82 ans (structure)



RÉGION
Nouvelle-
Aquitaine

83,1 ans (moyenne régionale)

• Motifs d'entrée dans le dispositif de la structure :

1	Isolement social : très fréquent
	Situation complexe à domicile : très fréquent
2	Plan APA insuffisant : fréquent
3	Sortie d'hospitalisation : très peu fréquent
4	Autre : non renseigné




• Classement des motifs de sortie de la structure :

1	Admission en EHPAD : très fréquent
2	Décès : fréquent
3	Admission en habitat intermédiaire : très peu fréquent
4	Admission en établissement de soins longue durée : très peu fréquent
?	Autre : Sortie à la demande du bénéficiaire mais sans fréquence renseignée

• Réalisations et points forts :

Appartient à un grand groupe	Mutualisation des services, supports du groupe pour la communication et repérage des bénéficiaires potentiels
Communication et visibilité	Présence sur les réseaux sociaux, communication régulière aux partenaires et au grand public pour connaissance de l'offre de service
La mobilité	Volonté d'amener le public vers les actions présentes sur le territoire

• Outils utilisés

Outils digitaux		Usages et retour d'expérience
PAACO-GLOBULE		améliore la traçabilité et la coordination
Télégrafik		Sécurité domiciliaire, astreinte 24/7, prévention des chutes
ARCHE MC2 Dôme (2024 recherche de DU)		Arche MC2 est une plateforme numérique de coordination médico-sociale qui centralise l'ensemble des informations (agenda, cahier de vie, documents) et facilite la communication entre professionnels, aidants et personnes accompagnées pour optimiser le maintien à domicile.
SMAF		Outil de mesure de l'autonomie fonctionnelle

• Retours d'informations de la part du CRT :

Retour 1: Chronologie > des indicateurs proposés après avoir préparé l'activité de son CRT, pas de matrice initialement	Retour 2: facturation > problématique de double facturation si le bénéficiaire est en AJ et au CRT	Retour 3 : facturation > tarif APA/AJ : il y a des SAD qui facturent plus que le tarif affiché (fixé avec le Département sur taux horaire)	Retour 4 : facturation > flexibilité des acteurs de terrain à recevoir des financements complémentaires	Retour 5 : facturation Beaucoup de sollicitations pour des accompagnements aux rdv médicaux
---	--	--	---	---

• Analyse du volet financier

1. Budget global et répartition par groupes de charges

Budget total : 277 560,36 €

Le budget du CRT "Les Jardins de la Garenne" se décompose en trois groupes de charges distincts :

Groupe	Nature des charges	Montant	% du budget
G1	Fournitures, matériel, ateliers, astreinte	74 843,97 €	26,9 %
G2	Personnel d'encadrement et médical	170 537,03 €	61,4 %
G3	Transports, SI, téléassistance, immobilier	32 179,36 €	11,6 %

➤ Analyse de la structure budgétaire

Groupe 1 : Ce groupe est plutôt largement financé (26,9 % du budget total du CRT). Fournitures et matériel représentent une part significative, reflétant l'engagement envers les actions de prévention et les ateliers. Cette allocation finance l'ensemble des activités du Volet 1 (10-19 actions), dont les sessions de sensibilisation mensuelles (20 sessions de 2h30 avec 12 places chacune) et le programme de formation "CRT Formation" en collaboration avec le CH de la Rochefoucauld.

Groupe 2 :

Le personnel représente plus des deux tiers du budget total, reflétant une stratégie centrée sur les ressources humaines qualifiées. Avec 0,5 ETP au Volet 1 et 2,7 ETP au Volet 2 (soit 3,2 ETP total), cette allocation soutient l'accompagnement renforcé des 34 personnes âgées en Volet 2, les bilans ergothérapie, la coordination via PaacoGlobule et la levée de doute administrative (24/7).

Groupe 3 : Le budget relatif aux "Infrastructures et technologie" présente une allocation significative la mobilité, au SI et à la téléassistance. Cette orientation budgétaire cible trois enjeux stratégiques majeurs :

- Accessibilité territoriale : Transport des bénéficiaires vers les ateliers (réduction des barrières géographiques)
- Continuité de service : Astreinte et levée de doute administrative en fonction du traitement des alertes émises par la solution Télégrafik.
- Coordination renforcée : Déploiement de PaacoGlobule pour la traçabilité et la coordination multi-partenaires

2. Répartition volet 1 / volet 2 : analyse versus cahier des charges national

Analyse comparative

Volets	CDC national	CRT Les Jardins de la Garenne	Écart	% écart
Volet 1	80 000 € soit 20%	86 043,71 € soit 31%	+6 043,71 €	+7,6 %
Volet 2	320 000 € soit 80%	191 733,36 € soit 69%	- 128 267 €	-40,2 %
Total	400 000 €	277 560,36 €	-122 440 €	-30,6 %

Constat majeur : Le CRT Les Jardins de la Garenne fonctionne avec 69,4% de la dotation nationale prévue, soit un sous-financement de 30,6% de la dotation nationale prévue.

Paradoxe observé : Bien que le budget global soit inférieur au cadrage national, le CRT alloue 31% du budget au Volet 1 (vs 20% attendu), compensant par un sous-financement plus important du Volet 2 (69% vs 80% attendu).

Volet 1 : Surbudgétisation relative (+7,6%).

Hypothèse explicative : Le CRT a fait le choix stratégique de se positionner comme centre de ressources et de formation territoriale en investissant massivement dans le programme "CRT Formation". Ce choix explique :

1. La mobilisation de 176 professionnels
2. Le partenariat structurant avec le CH de la Rochefoucauld
3. L'investissement complémentaire dans la mobilité

Cette stratégie est ambitieuse et potentiellement très impactante, mais nécessite une évaluation rigoureuse de son efficacité.

Volet 2 :

- Budget par bénéficiaire : 191 733,36 € / 34 personnes âgées = 5 639 € annuel (soit environ 470 €/mois) soit un écart de -47%
- Cahier des charges pour 30 bénéficiaires : 10 667€ (soit environ 889 €/mois)
- soit un écart de -47% entre le rapport d'activité et le cahier des charges

Cet écart révèle un déséquilibre qui pose la question d'un accroissement de la charge de travail sans allocation budgétaire proportionnelle. Cependant, ceci est à relativiser car :

Moyens humains : 2,7 ETP pour 34 bénéficiaires = **12,6 bénéficiaires/ETP**, ce qui est conforme au ratio "recommandé" de 12 bénéficiaires/ETP).

Sous-financement de -47% sur le Volet 2 = perte de services ? Des explications à valider.

La réduction opérationnelle (-47%) semble, a priori, disproportionnée aux besoins réels de cette population très vulnérable (cf. 16 bénéficiaires atteints de maladies neurodégénératives). L'allocation budgétaire respecte théoriquement la hiérarchie des besoins (sécurité d'abord, puis coordination, puis continuité), mais les montants disponibles doivent être suffisants pour assurer une couverture qualitative de ces besoins hiérarchisés. C'est ce sur quoi il conviendra de mettre en œuvre une veille régulière.

Hypothèse 1 : La compensation technologique (télésurveillance 24/7) pour réduire le besoin de visites systématiques à domicile.

Hypothèse 2 : Des profils dont la complexité "sanitaire" est peut-être moindre que dans d'autres territoires (par exemple : aucun bénéficiaire en GIR 1 et 9 en GIR 2 contre 3 en GIR 3 et 22 en GIR 4) sachant que les critères d'admission sont "très fréquents" pour la situation complexe et l'isolement social, diminue l'intensité d'accompagnement requise.

Hypothèse 3 : Au vu de l'hypothèse précédente, le CRT "Les Jardins de la Garenne" remplit une mission de coordination renforcée avant une potentielle institutionnalisation en EHPAD, générant des durées d'accompagnement plus courtes que le maintien à domicile long terme.

Hypothèse 4 : Les décès ayant été "fréquents", la file active a dû être renouvelée régulièrement, nécessitant du temps pour l'analyse des critères d'admission avant mise en place d'un plan d'action. Ce turnover élevé de la file active (décès et admissions EHPAD fréquents) contribue mécaniquement à réduire le coût moyen par bénéficiaire.

Hypothèse 5 : L'appartenance à un grand groupe (Mutualité Française Charente) permet la mutualisation des services supports et l'accès aux ressources du réseau (accueil de jour, EHPAD) et couplé au réseau partenarial (professionnels libéraux, filières de soins, aide aux aidants) facilite la coordination sans nécessiter des interventions directes systématiques.

Le CRT Les Jardins de la Garenne a probablement combiné une partie ces scénarios.

• Investi dans une démarche qualité :



• Enjeux et Recommandations ?

- **Priorité 1** : Cartographier l'impact du sous-financement
- **Priorité 2** : Évaluer l'impact du programme "CRT Formation" (réalisé à chaque session et verbatims sur le contenu mais aussi sur le fait d'"être ensemble")
- **Priorité 3** : Poursuivre le renforcement du Volet 2 malgré un budget déjà correct en proportion

• **Cartographie du territoire du CRT**

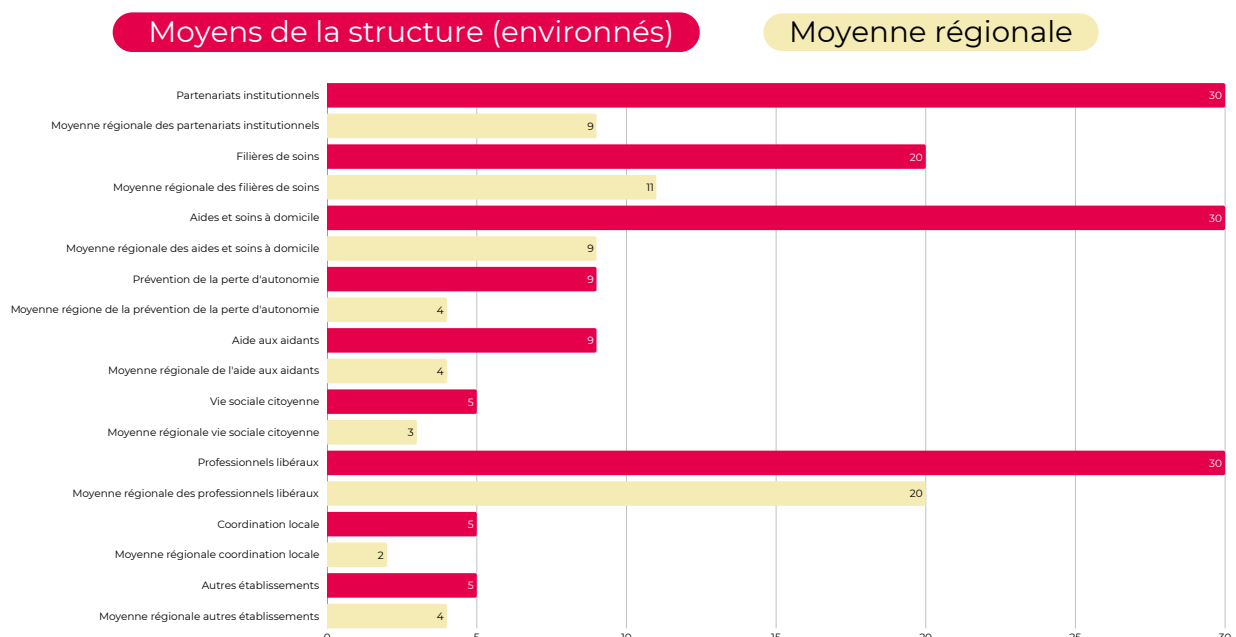
Le CRT de l'Aunis intervient auprès des personnes domiciliées dans l'une des 24 communes suivantes



• **Résultats clés / verbatim**

"On vient donner du + mais il reste de l'accompagnement et du droit commun"

• **Comparaison des partenariats entre la structure et la moyenne régionale :**





Le nombre de partenaires institutionnels est particulièrement supérieur à la moyenne régionale, tout comme le secteur des aides à domicile. Ces deux points mériteraient d'être explicités.

• Comprendre la répartition sur le Volet 1 :

Nombre de professionnels affectés au Volet 1 : **2 ETP**

Volet 1			
Public cible	Personnes âgées : 30	Aidants : 12	Professionnels : 0
Actions	Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention	Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants	Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques
Détails	<p>Favoriser l'accès à un accueil de jour ponctuel ou régulier</p> <p>Participation programmes de prévention</p> <p>Favoriser l'accès à une place d'hébergement temporaire ou sur des EHPAD Tremä.</p> <p>Mise en place de campagne de vaccination.</p> <p>Favoriser l'accès à une place de Service de Soins Infirmiers A Domicile</p> <p>Accompagnement pour bénéficier d'un Service d'Aide à Domicile</p> <p>Accompagnement pour favoriser la mise en place de livraison de repas à domicile</p> <p>Transport pour des rendez vous médicaux ou administratifs avec véhicule du service</p> <p>Prestation spécifique de dépistage des troubles visuels et auditifs</p>	<p>Participation aux animations</p> <p>Invitation à déjeuner</p> <p>Mise en place d'un appui psychologique aux aidants et aidés</p> <p>Partenariat avec la plateforme de répit</p>	<p>Actions de sensibilisation</p> <p>En projet : action de formation pour les professionnels ASH de l'EHPAD et des auxiliaires de vie du CCAS à la gérontologie</p>
Nombre d'action	+ 30	+ 30	0<...<9

• Comprendre la répartition le Volet 2 :



Informations


- Mise en place de la téléassistance
- Astreinte soignante de nuit

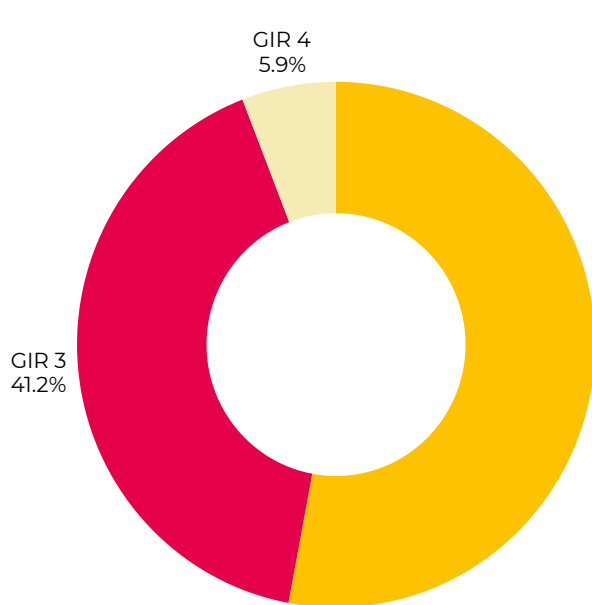
Nombre de professionnels affectés au Volet 2 : **3,1 ETP**

Volet 2					
Public cible	Personnes âgées : 17	inclues dans Volet 1 : 17			
Classification des Actions	Sécurisation de l'environnement de la personnes	Gestion de la situation de crise et soutien aux aidants	Coordination renforcée autour de la personne	Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement	Appui au parcours de vie
Détails	<p>Adaptation du domicile à la dépendance avec l'ergothérapeute : accompagnement en cas d'absence de matériel, de besoins d'aménagement du domicile, de la rénovation de la salle de bain et coordination avec les artisans et les mandataires</p> <p>Formation des personnes et des aidants à la mobilité par un ergothérapeute</p> <p>Sensibilisation aux risques (chute, dénutrition, médicaments...)</p> <p>Accompagnement spécifique à la maladie de Parkinson (15 séances)</p>	<p>Mise en place d'une télésurveillance</p> <p>Possibilité de recourir à un système d'astreinte à son domicile 24/24</p> <p>Suivi avec la psychologue pour les aidants et proposition de temps de rencontre entre aidants (pair-aidance) et aidés soient pris en charge par AES sur ce temps là pour proposer un temps de répit</p>	<p>Organisation de séjours de répit</p> <p>Aide aux démarches administratives</p> <p>Mobilisation des aides de droit commun (APA, Mutuelle, ...)</p> <p>+ réinsertion dans les parcours de soins : <i>"beaucoup de ruptures de parcours car complexe d'appeler une ambulance, d'appeler les cabinets de radiologies, de spécialistes... et relayer les bonnes informations"</i></p>	<p>Accès à l'ensemble des actions du Volet 1</p> <p>Actions de soutien des aidants</p> <p>Participation à des sorties culturelles</p> <p>Programmation de visites d'agrément : l'AES propose de l'aide pour les courses, le suivi du réfrigérateur, la continuité de la sécurisation du domicile...</p>	<p>Accès à l'ensemble des actions du Volet 1</p> <p>Surtout suivi administratif</p>
Nombre d'actions réalisées	+30	+30	+30	+ 30	+30

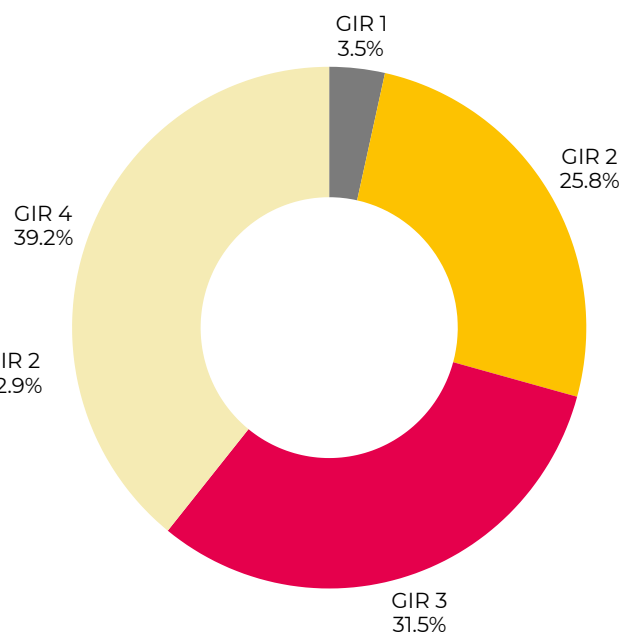
• Comparaison profils des bénéficiaires du Volet 2 :

➤ Les profils GIR

	<p>Informations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les bénéficiaires du Volet 2 ont eu une évaluation de leur GIR. • Aucun GIR 1 • Nb de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives : 10
---	--

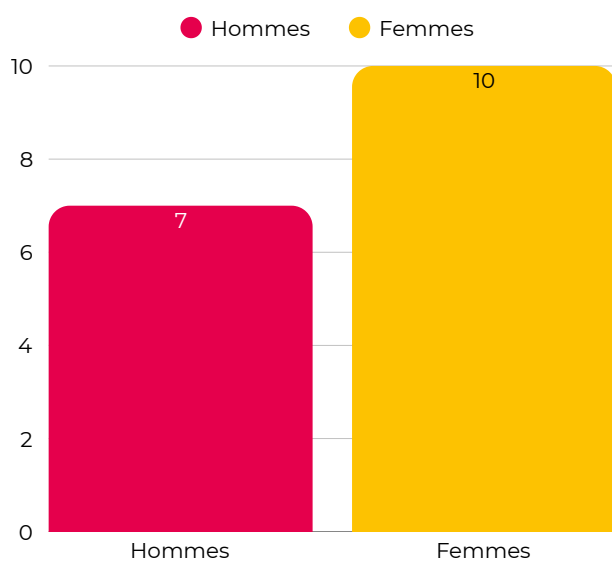


Profils des bénéficiaires dans la structure

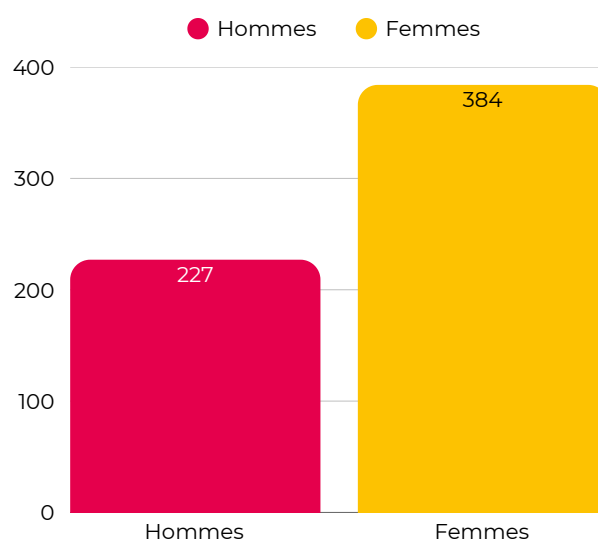


Profils des bénéficiaires à échelle régionale

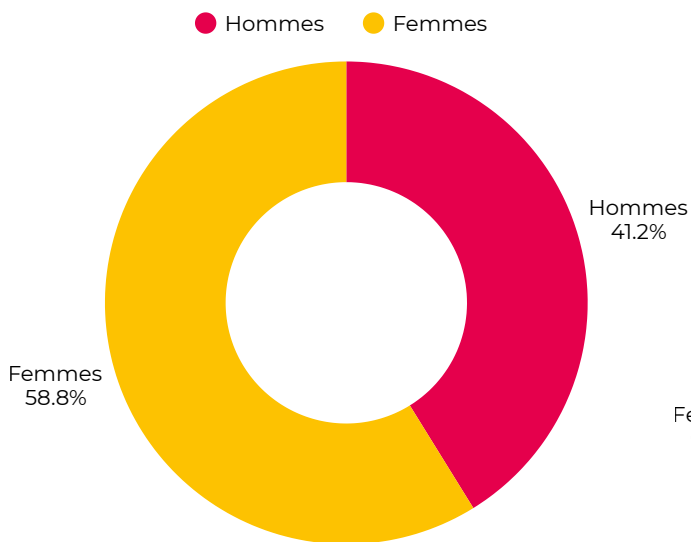
➤ Répartition des profils par genres (H/F)



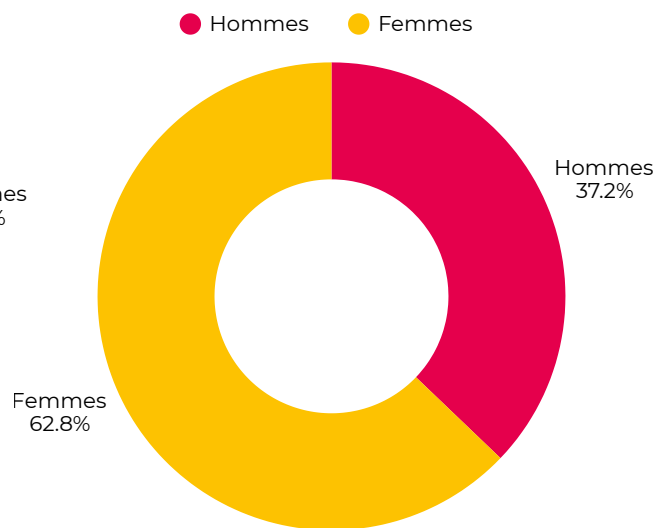
Profils des bénéficiaires dans la structure



Profils des bénéficiaires à échelle régionale



Profils des bénéficiaires dans la structure



Profils des bénéficiaires à échelle régionale

Ratio femmes/hommes : 1,43 (soit 1,43 femmes pour 1 homme)

➤ Âge moyen des bénéficiaires



80 ans (structure)



RÉGION
Nouvelle-Aquitaine

83,1 ans (moyenne régionale)

• Motifs d'entrée dans le dispositif de la structure :

1	Isolement social : très fréquent
2	Plan APA insuffisant : fréquent
	Situation complexe à domicile : très fréquent
3	Sortie d'hospitalisation : très peu fréquent
4	Autre : non renseigné

Verbatim :

« On se cantonne vraiment au territoire d'action » mais beaucoup de sollicitations hors territoire d'action => lien avec l'autre CRT du 17 « on ne les laisse pas sans solution »

Filière sortie d'hospitalisation : étrangement le CRT n'a pas pu bien y répondre... c'est d'abord le DAC qui gère et en fonction prend contact avec le CRT mais souvent trop tard et pour effectuer des soins « ils sort demain, il a besoin d'une toilette, que pouvez-vous faire pour nous ? »

Lien conservé en période d'hospitalisation (pour usager déjà suivi par le CRT)

• Classement des motifs de sortie de la structure :





1	Admission en EHPAD : fréquent
2	Admission en habitat intermédiaire : peu fréquent
3	Admission en établissement de soins longue durée : très peu fréquent
	Décès : très peu fréquent
?	Autre : non renseigné

Verbatim :

Principale sortie : entrée en institution et demande d'arrêt car « intervenant supplémentaire ».

Finalement le CRT dédramatise l'EHPAD > passerelle via l'accueil de jour et passage pour 1jour de CRT pour compléter le plan d'aide proposée en AJ.

- **Outils utilisés**

Outils digitaux		Usages et retour d'expérience
PAACO-GLOBULE		Améliore la traçabilité et la coordination
TitanLink		Logiciel métier de l'EHPAD
Domilink		Usage pour le SSIAD avec le volet CRT
Télégrafik		Téléassistance, sécurisation du domicile

- **Concernant la levée de doute :**

Convention avec cabinet IDE SOS infirmier 17 dédié à la prise en charge de l'urgence jusqu'à 18h -8h, WE et jours fériés.

Forfait mensuel 1500 €+ 40 € par levée de doute et si soins => basculement dans le droit commun avec Medco.

Couplé avec système de téléassistance (télégrafik) en 3ème intention.

20 levées de doute (1 an) et peu de personnes appareillées => une augmentation à 42 levée de doute mais 17 personnes appareillés. L'augmentation du nombre de personnes appareillées qui risque augmenter le nombre d'alertes sur les mois d'activité suivants.

- **Retours d'informations de la part du CRT :**

Retour 1 :	Retour 2 :	Retour 3 :
<i>"On n'a pas intégré la grille GIR mais on accompagne des GIR 4 voire 5 et 6 notamment sur l'isolement social"</i>	Nov 2023 début des accompagnements (certains usagers sont toujours accompagnés par le CRT	Concernant les admissions/sortie : parfois la problématique est résolue par l'ergothérapeute en cas de soins temporaires ou d'aménagement du domicile puis sortie CRT la problématique étant résolue

• Analyse du volet financier

1. Budget global et répartition par groupes de charges

Budget total : 402 880 €

Le budget du CRT "L'Aunis" se décompose en trois groupes de charges distincts :

Groupe	Nature des charges	Montant	% du budget
G1	Fournitures, matériel, ateliers, astreinte	33 455,64 €	8 %
G2	Personnel d'encadrement et médical	224 493,63 €	55,7 %
G3	Transports, SI, téléassistance, immobilier	144 930 €	36 %

➤ Analyse de la structure budgétaire

Groupe 1

Avec seulement 8,3 % du budget total, ce poste apparaît maîtrisé et reflète une gestion efficiente des ressources matérielles. Cette proportion suggère que le CRT privilégie l'investissement humain (G2) et technologique (G3) plutôt que les dépenses de fonctionnement courant.

Groupe 2 :

Composition de l'équipe : CS chef de projet 0,4 ; IDEC 0,5 ; Med CO 0,10 ; ergo 0.3 ; psy 0.2 / 2 ETP AES ; 1 ASG 0,70 ; référente cadre de vie 0.2 MAIS sur le papier mais IDEC + à 0,9 et CS à 0,10.

Le personnel représente plus de la moitié du budget ce qui constitue l'allocation la plus importante. Cette répartition est conforme aux standards d'un service d'accompagnement personnalisé de qualité.

Cette prédominance des ressources humaines (55,7 %) témoigne d'un positionnement qualitatif du CRT, privilégiant l'accompagnement de proximité et la coordination renforcée.

Groupe 3 :

Le budget relatif aux "Infrastructures et technologie" présente une allocation significative dans les infrastructures technologiques, le transport et l'immobilier.

Cet investissement témoigne d'une stratégie au service de la sécurité et de l'autonomie des bénéficiaires.

Cette allocation élevée peut expliquer en partie le sur-financement apparent du Volet 1 si ces coûts technologiques sont imputés majoritairement sur ce volet alors qu'ils bénéficient aux deux volets.

Le territoire littoral étendu (24 communes) génère mécaniquement des coûts de transport et de déplacement importants pour les professionnels.

2. Répartition Volet 1 / Volet 2 : analyse versus cahier des charges national

➤ Analyse comparative : un sur-financement

Volets	CDC national	CRT de l'Aunis	Écart	% écart
Volet 1	80 000 € soit 20 %	201 440 € soit 50 %	+121 440 €	+151,8 %
Volet 2	320 000 € soit 80 %	201 440 € soit 50 %	-118 560 €	-37 %
Total	400 000 €	402 880 €	+2 880 €	+0,7 %

Constat majeur

Le CRT de l'Aunis fonctionne avec un sur-financement de **+0,7 % de la dotation nationale prévue** (402 880 € vs 400 000 €), mais avec une **répartition inversée** par rapport au cahier des charges :

- **50/50 au lieu de 20/80**
- Le Volet 1 est **sur-doté de +151,8 %**
- Le Volet 2 est **sous-doté de -37 %** en valeur absolue

Volet 1 : Sur financement de +151,8 %

Le CRT alloue 201 440 € au Volet 1 au lieu des 80 000 € prévus nationalement.

Avec 30 bénéficiaires personnes âgées, 12 aidants et 0 professionnel :

- Budget par personne (personnes âgées et aidant) : $201\,440 \text{ €} / 42 = 4\,796 \text{ €/an}$ (400 €/mois)
- **Personnel affecté au Volet 1 : 2 ETP pour 42 bénéficiaires**

Même si ce calcul est peu représentatif pour des actions de prévention et d'accès aux soins, il permet de mettre en exergue un investissement particulièrement important entre temps humain et service rendu.

Volet 2 : Sous-financement de -37 %

Avec 17 bénéficiaires personnes âgées :

- Budget par bénéficiaire : $201\,440 \text{ €} / 17 = 11\,849 \text{ €/an}$ (987 €/mois)
- CDC national pour 30 personnes âgées : $320\,000 \text{ €} / 30 = 10\,667 \text{ €/an}$ (889 €/mois)
- **Écart apparent : +1 182 €/an (+11 %)** entre le rapport d'activité et le cahier des charges

Cet écart révèle potentiellement un service rendu plus important que le gold standard national du cahier des charges.

Sur financement

- Hypothèse 1 : Stratégie de prévention primaire renforcée pour réduire les besoins en Volet 2
- Hypothèse 2 : Difficultés de recrutement en Volet 2 (seulement 17 personnes âgées au lieu de 30) avec redéploiement budgétaire sur Volet 1
- Hypothèse 3 : Actions de prévention collective (vaccinations, dépistages sensoriels...) nécessitant plus de ressources
- Hypothèse 4 : Phase de montée en charge progressive du Volet 2

Le CRT de l'Aunis a probablement combiné une partie ces scénarios.

- **Investi dans une démarche qualité :**



- **Enjeux et Recommandations ?**

Priorité 1 : Clarifier la méthodologie d'imputation des coûts entre Volet 1 et Volet 2

Priorité 2 : Analyser les freins au recrutement Volet 2 pour atteindre la cible de 30 bénéficiaires

Priorité 3 : Évaluer l'impact de la stratégie préventive renforcée (Volet 1) sur la réduction des besoins en accompagnement intensif (Volet 2)

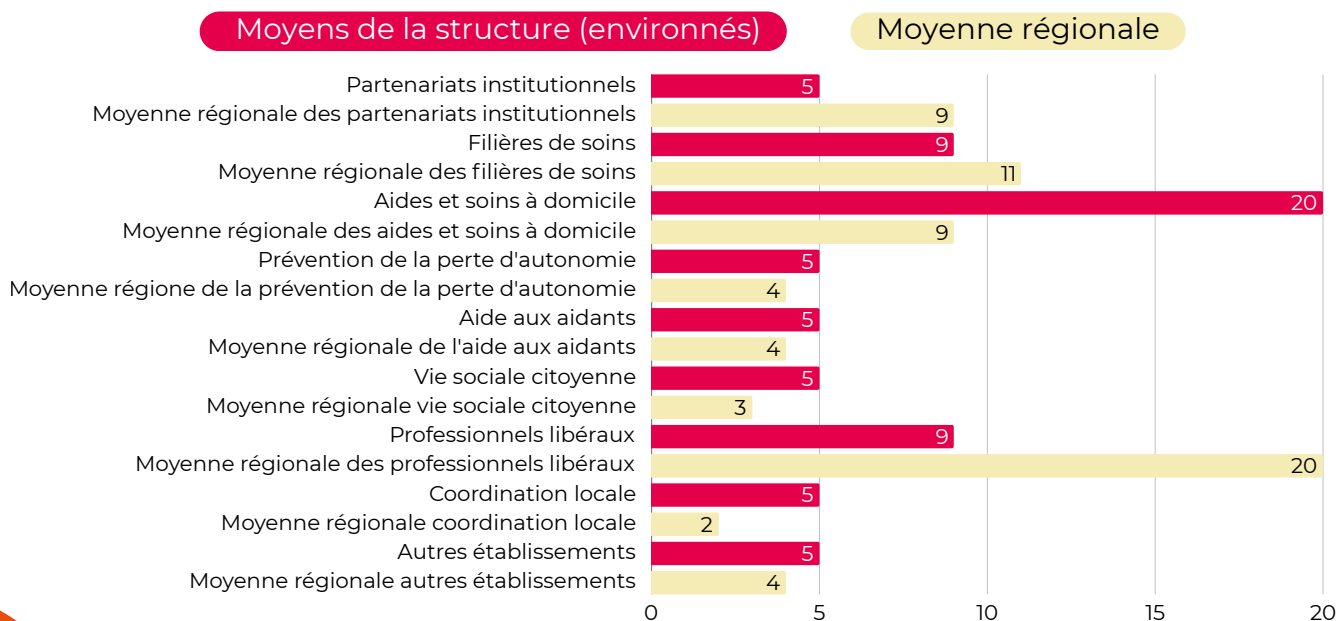
• **Cartographie du territoire du CRT**



• **Résultats clés :**

....

• **Comparaison des partenariats entre la structure et la moyenne régionale :**





Le nombre de partenaires “aides et soins à domicile” semble bien supérieur à la moyenne nationale alors que les professionnels libéraux investis sont sous-représentés dans le CRT.

• Comprendre la répartition sur le Volet 1 :

Nombre de professionnels affectés au Volet 1 : **1,03 ETP**

Volet 1			
Public cible	Personne âgée : 21	Aidants : 20	Professionnels : 28
Actions	Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention	Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants	Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques
Détails			
Nombre d'action	10<...>19	+ 30	0<...<9

• Comprendre la répartition le Volet 2 :



Informations

- Mise en place de la téléassistance
- Pas d'astreinte soignante de nuit

Nombre de professionnels affectés au Volet 2 : **1,840 ETP)**

Volet 2					
Public cible	Personne âgée : 33	inclues dans Volet 1 : 54			
Classification des Actions	Sécurisation de l'environnement de la personnes	Gestion de la situation de crise et soutien aux aidants	Coordination renforcée autour de la personne	Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement	Appui au parcours de vie
Détails					
Nombre d'actions réalisées	10<...<19	0<...<9	10<...<19	10<...<19	10<...<19

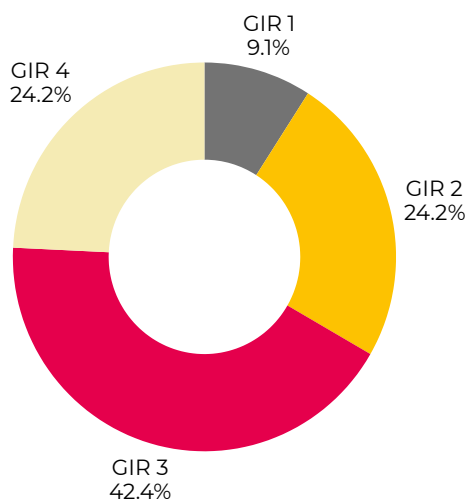
• Comparaison profils des bénéficiaires du Volet 2 :

➤ Les profils GIR

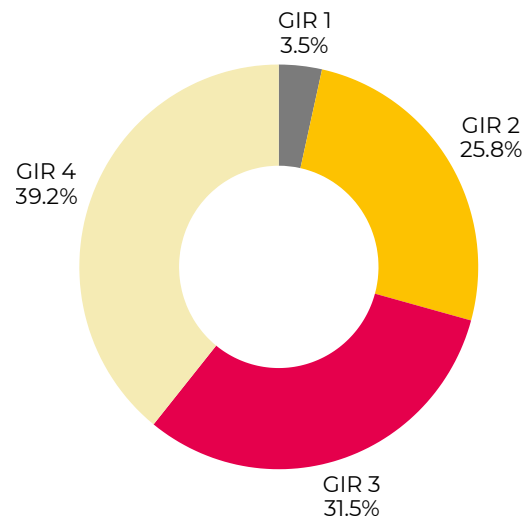


Informations

- Tous les bénéficiaires du volet 2 ont eu une évaluation de leur GIR.
- Un pourcentage de GIR 1 supérieur à la moyenne régionale
- Nb de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives : 33



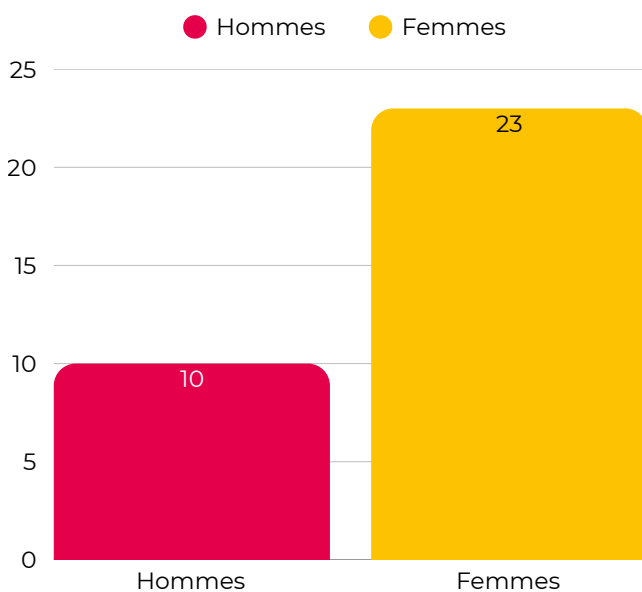
Profils des bénéficiaires dans la structure



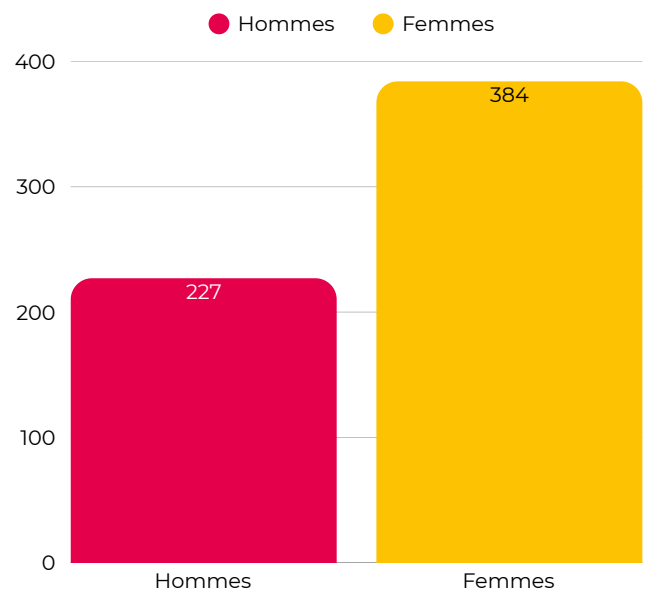
Profils des bénéficiaires à échelle régionale

Le CRT Darcy Brun accueille des bénéficiaires du Volet 2 dont les GIR les plus lourds sont supérieurs ou similaires à la moyenne régionale.

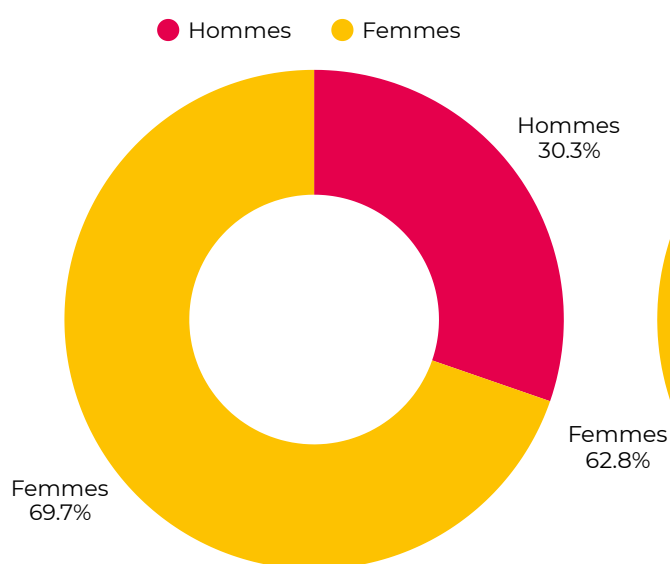
➤ Répartition des profils par genres (H/F)



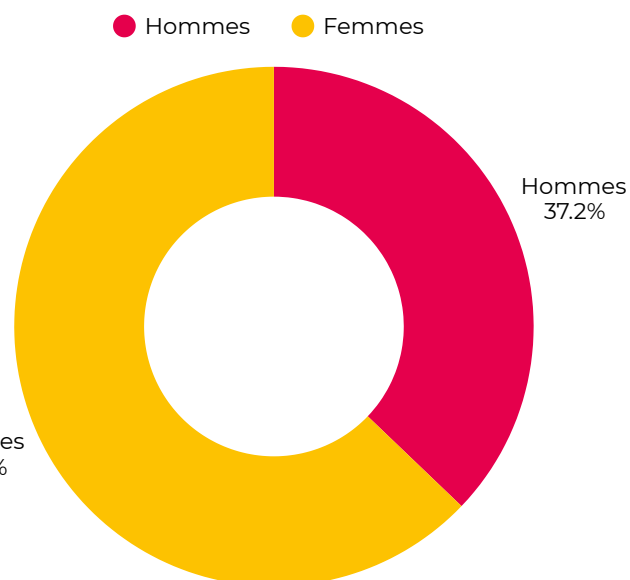
Profils des bénéficiaires dans la structure



Profils des bénéficiaires à échelle régionale



Répartition moyenne des bénéficiaires dans la structure en 2024



Répartition moyenne des bénéficiaires à échelle régionale

Ratio femmes/hommes : 2,3 (soit 2,3 femmes pour 1 homme)

➤ Âge moyen des bénéficiaires



82 ans (structure)



RÉGION
Nouvelle-Aquitaine

83,1 ans (moyenne régionale)

• Motifs d'entrée dans le dispositif de la structure :

1	Isolement social : très fréquent
2	Situation complexe à domicile : fréquent
3	Plan APA insuffisant : peu fréquent
4	Sortie d'hospitalisation : très peu fréquent
5	Autre : non renseigné

- **Classement des motifs de sortie de la structure :**

1	Admission en EHPAD : fréquent
2	Décès : fréquent
3	Admission en établissement de soins longue durée : très peu fréquent
	Admission en habitat intermédiaire : peu fréquent
4	Autre : Déménagement : très peu fréquent



- **Réalisations et points forts :**

....

....

...

- **Outils utilisés**

Outils digitaux		Usages et retour d'expérience
PAACO-GLOBULE		améliore la traçabilité et la coordination
Télégrafik		Sécurité domiciliaire, astreinte 24/7, prévention des chutes

- **Retours d'informations de la part du CRT :**

Retour 1 :

Retour 2 :

Retour 3 :

• Analyse du volet financier

1. Budget global et répartition par groupes de charges

Budget total : 400 493,26 €

Le budget du CRT Darcy Brun se décompose en trois groupes de charges distincts :

Groupe	Nature des charges	Montant	% du budget
G1	Fournitures, matériel, ateliers, astreinte	4 295,64 €	1,1 %
G2	Personnel d'encadrement et médical	175 026,04 €	43,7 %
G3	Transports, SI, téléassistance, immobilier	221 171,58 €	55,2 %

➤ Analyse de la structure budgétaire

Groupe 1

Ce groupe représente une part extrêmement réduite du budget (seulement 1,1%). Avec seulement 4 295,64 €, le CRT dispose d'environ 358 € par mois pour l'ensemble des fournitures, du matériel et des ateliers.

Analyse :

- Absence d'astreinte soignante de nuit explique en partie ce budget réduit
- Suggère une externalisation maximale des fournitures ou une mutualisation avec la structure porteuse et les partenaires pour la mise en place d'ateliers

Hypothèses : Le CRT Darcy Brun s'appuie probablement sur les ressources de sa structure porteuse (EHPAD ou établissement de santé) pour les fournitures et le matériel. Les fournitures et matériels spécifiques sont peut-être comptabilisés dans les prestations externes (G3).

Groupe 2

Le personnel représente moins de la moitié du budget, ce qui révèle un choix organisationnel spécifique privilégiant d'autres modes d'intervention.

Coût moyen par ETP : $175\,026,04 \text{ €} \div 2,87 = 60\,984 \text{ €/ETP}$. Ce coût par ETP suggère un personnel qualifié

Groupe 3

Le budget "Infrastructures et technologie" constitue plus de la moitié du budget total, représentant le poste de dépense le plus important du CRT. Cette répartition est exceptionnelle et structure le modèle organisationnel du CRT Darcy Brun

2. Répartition Volet 1 / Volet 2 : analyse versus cahier des charges national

> Analyse comparative

Volets	CDC national	CRT Darcy Brun	Écart	% écart
Volet 1	80 000 € soit 20%	224 276 € soit 56 %	+114 276 €	+180,3 %
Volet 2	320 000 € soit 80%	176 217 € soit 44 %	-143 783 €	-44,9 %
Total	400 000 €	400 493,26 €	+493 €	+0,1 %

Constat majeur

Le CRT Darcy Brun fonctionne avec un budget global conforme au cahier des charges national (+0,1% seulement), mais présente une répartition inversée entre les deux volets :

- 56% pour le Volet 1 au lieu de 20% prévu
- 44% pour le Volet 2 au lieu de 80% prévu

Cette inversion interroge sur le modèle d'intervention du CRT.

Volet 1 : Analyse du sur-financement apparent (+180%)

Question centrale : Comment expliquer un budget Volet 1 de 224 276 € (2,8 fois le standard) alors que la dotation RH est minimale (1,03 ETP) ?

Le sur-financement apparent du Volet 1 (+180%) ne se traduit pas par une dotation RH renforcée (seulement 1,03 ETP). L'essentiel du budget Volet 1 est absorbé par ailleurs.

Volet 2 : sous-financement du volet 2 (-44,9%)

Rappel du Public cible Volet 2 :

- 33 personnes âgées
- 54 personnes incluses aussi dans Volet 1 (articulation Volet 1 / Volet 2)

Cette articulation Volet 1 / Volet 2 pose la question d'une assimilation dans les faits entre actions de la Volet 1 et action de la Volet 2.

Avec 33 bénéficiaires personnes âgées :

- Budget par bénéficiaire : $176\,217 \text{ €} / 33 = 5\,340 \text{ €/an}$ (445 €/mois)
- CDC national pour 30 personnes âgées : $320\,000 \text{ €} / 30 = 10\,667 \text{ €/an}$ (889 €/mois)
- Écart apparent : $-5327 \text{ €/an} / \text{bénéficiaire}$ (-50%) entre le rapport d'activité et le cahier des charges

Ressources humaines Volet 2 :

- 1,84 ETP pour 33 bénéficiaires
- Ratio : 1 ETP pour 17,9 personnes âgées

Cet écart révèle potentiellement un service rendu inférieur au standard du cahier des charges. En effet, le CRT accueille 33 bénéficiaires (au-delà de la cible de 30 du cahier des charges) avec un public vulnérable (tous atteints d'une maladie neuro-dégénérative), mais dispose d'un budget divisé par 2 par rapport au standard national.

Hypothèses

- Hypothèse 1 : Le CRT privilégie la prévention primaire (Volet 1) pour réduire les besoins d'accompagnement intensif (Volet 2). Les 54 personnes ayant bénéficié de Volet 1 et Volet 2 suggèrent une logique de parcours progressif.
- Hypothèse 2 : Les bénéficiaires sont d'abord orientés vers le CRT pour isolement et situations complexes, plus que pour des besoins post-hospitaliers. Cela suggère un rôle du CRT dans la prévention de la décompensation et le maintien du lien social.
- Hypothèse 3 : Le taux de décès "fréquent" (vs "peu fréquent" en moyenne régionale selon page 7) suggère que le CRT accompagne les bénéficiaires jusqu'en fin de vie
- Hypothèse 4 : Impossibilité de recruter suffisamment de personnel pour le Volet 2 (seulement 1,84 ETP), conduisant à un report budgétaire sur l'externalisation (G3) et les infrastructures (comptabilisées en Volet 1).
- Hypothèse 5 : Le CRT a fait le choix d'un modèle "léger" en RH interne, privilégiant l'achat de prestations externes pour les interventions opérationnelles.

Le CRT Darcy Brun a probablement combiné une partie ces scénarios.

• **Investi dans une démarche qualité :**



• **Enjeux et Recommandations ?**

- **Priorité 1 :** Clarifier et documenter le modèle organisationnel et la méthodologie d'imputation des coûts
- **Priorité 2 :** Évaluer l'adéquation entre ressources humaines et charge de travail (notamment sur le volet 2)
- **Priorité 3 :** Analyser le volet gestion des risques en l'absence d'astreinte soignante de nuit.

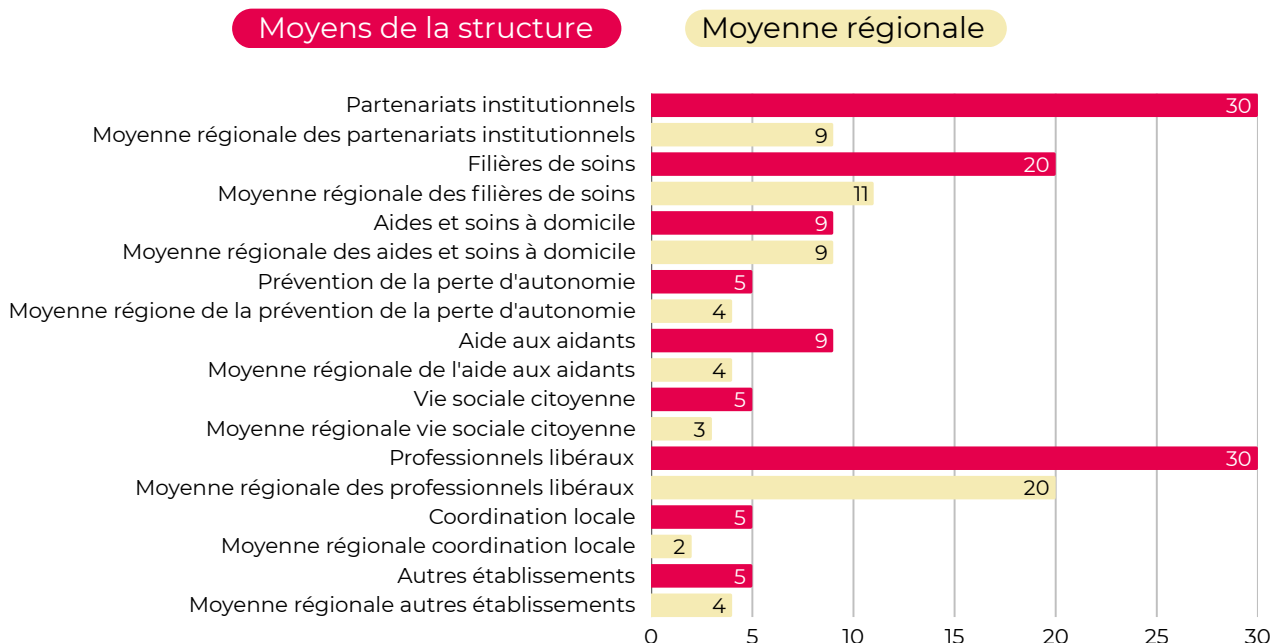
- **Cartographie du territoire du CRT**



- **Résultats clés :**

Le CRT ATOME représente un modèle sobre, centré sur l'humain, avec partenariats institutionnels prégnants, qui peut être performant malgré un sous-financement structurel assez important.

- **Comparaison des partenariats entre la structure et la moyenne régionale :**





Le nombre de partenaires institutionnels est largement supérieur à la moyenne régionale. Le CRT ATOME a dû mettre en œuvre une stratégie partenariale importante sur le territoire de la Creuse.

• Comprendre la répartition sur le Volet 1 :

Nombre de professionnels affectés au volet 1 : **2 ETP**

Volet 1			
Public cible	Personnes âgées : 272	Aidants : 140	Professionnels : 32
Actions	Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention	Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants	Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques
Détails	<p>1. Communication et information</p> <ul style="list-style-type: none"> • Magazine tous les 4 mois diffusé sur 30 communes du territoire avec interviews de professionnels (IPA libérale, pharmaciens, France Alzheimer) • Numéro unique géré en rotation par les coordinatrices pour toutes les demandes <p>2. Ateliers de Prévention Itinérants (API)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 communes ont accueilli les ateliers • 150 personnes différentes inscrites • 500 participations cumulées sur l'année • Financement des frais de déplacement pour les personnes isolées • Retours très positifs des participants via le "livre d'or" <p>3. Activités physiques et bien-être</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100 séances de gym douce/an via partenariat Siel Bleu (70 participants en 2024, majoritairement femmes 70-79 ans) • Atelier d'arts plastiques depuis octobre avec art-thérapeute (MarcheProSanté) <p>4. Événementiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 journées "Bien vieillir à domicile" en juin 2024 avec tables-rondes, stands et présentation de l'offre territoriale • 3 journées organisées dans l'EHPAD avec ateliers spécialisés (diététique, ergothérapie) 		<p>Les temps d'information et de sensibilisation : pour les professionnels du territoire : aides à domicile, professionnels libéraux etc... ces temps permettent de proposer des échanges autour de thématiques communes. Par exemple, en 2024, une table ronde autour de la coordination a été organisée en lien avec : le DAC du territoire, la communauté 360, les SSIAD et les services d'aides à domicile.</p>
Nombre d'action	+30	+ 30	0<...<9

• Comprendre la répartition le Volet 2 :

➤ Les profils GIR



Informations

- Mise en place de la téléassistance
- Mise en place de l'astreinte soignante de nuit

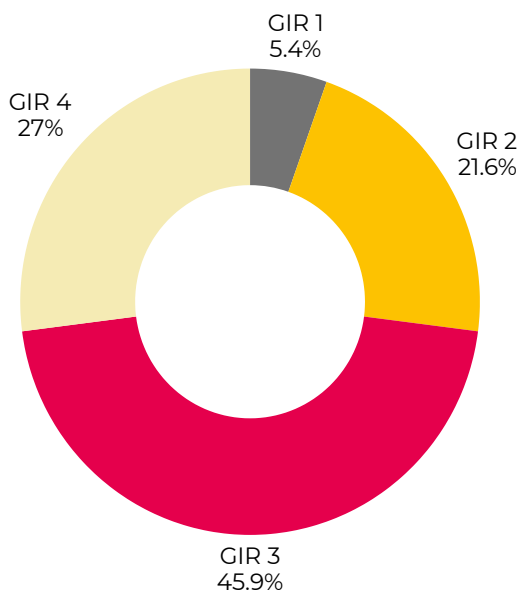
• Comparaison profils des bénéficiaires du Volet 2 :

➤ Les profils GIR

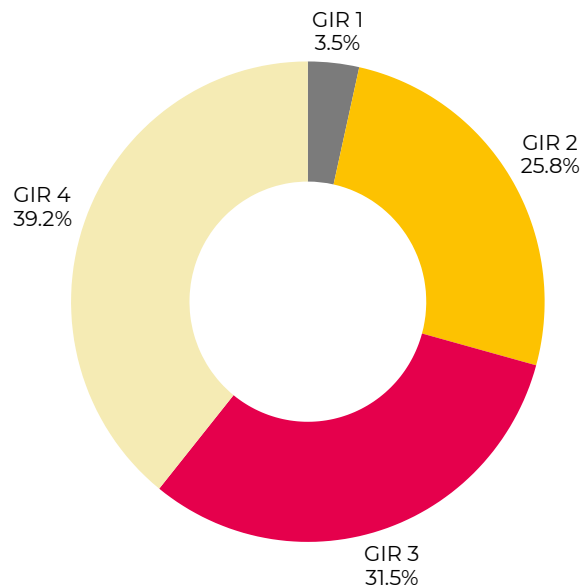


Informations

- 11 bénéficiaires du volet 2 n'ont pas eu une évaluation de leur GIR.
- Nb de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives : 15



Profils des bénéficiaires dans la structure

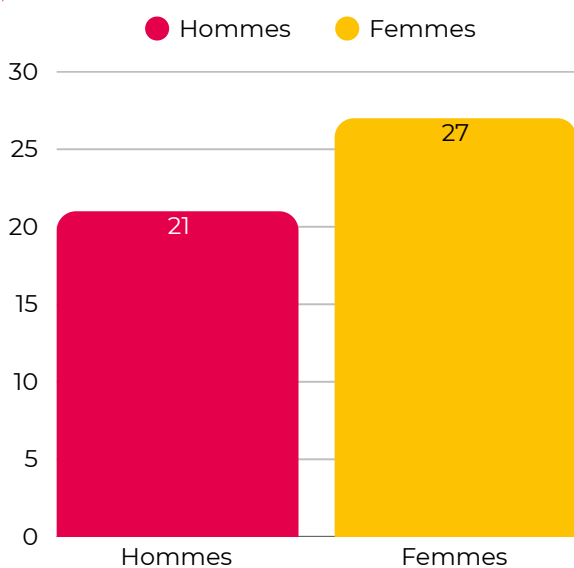


Profils des bénéficiaires à échelle régionale

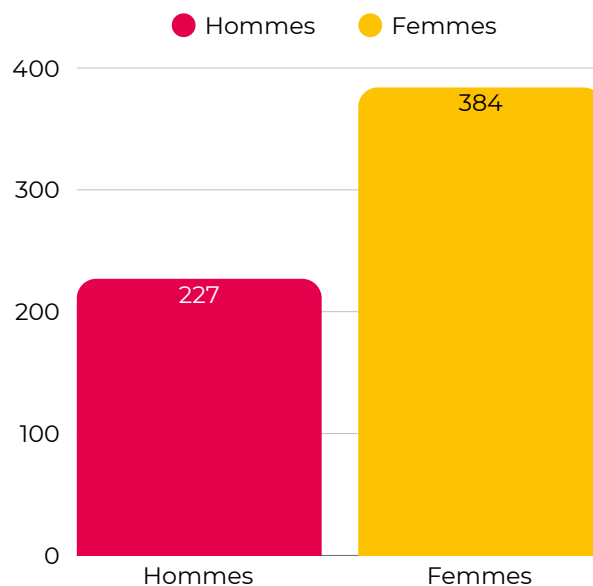


Le CRT ATOME la répartition des GIR est biaisée par le fait que 11 bénéficiaires sur 48 n'ont pas eu d'évaluation de leur GIR.

➤ Répartition des profils par genres (H/F)



Profils des bénéficiaires dans la structure



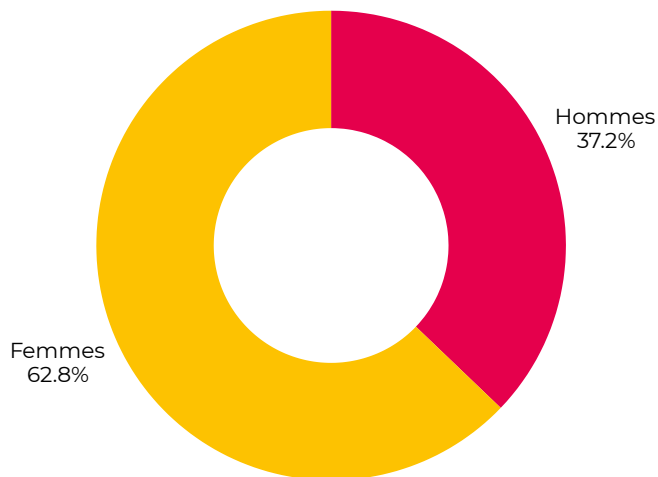
Profils des bénéficiaires à échelle régionale

● Hommes ● Femmes



Répartition moyenne des bénéficiaires dans la structure

● Hommes ● Femmes



Répartition moyenne des bénéficiaires à échelle régionale

Ratio femmes/hommes : 1,29 (soit 1,29 femmes pour 1 homme)

➤ Âge moyen des bénéficiaires



84 ans (structure)



RÉGION
Nouvelle-Aquitaine

83,1 ans (moyenne régionale)

• Motifs d'entrée dans le dispositif de la structure :

1	Isolement social : très fréquent
	Situation complexe à domicile : très fréquent
2	Plan APA insuffisant : fréquent
4	Sortie d'hospitalisation : peu fréquent
5	Autre : non renseigné


- **Classement des motifs de sortie de la structure :**

1	Admission en EHPAD : très fréquent
2	Décès : fréquent
3	Établissement de soins de longue durée : peu fréquent
4	Admission en habitat intermédiaire : très peu fréquent
5	Autre : non renseigné

- **Réalisations et points forts :**

Prévention territoriale ambitieuse	444 bénéficiaires Volet 1, +60 actions, présence forte en Creuse
Partenariats institutionnels	entre 20 et 30 institutionnels, capacité mobilisation remarquable (des actions faites conjointement et en coordination : notamment avec le DAC et les TMS APA pour réaliser des visites d'évaluations conjointes)
Sobriété pragmatique	infrastructure minimale suffisante, pas de superflu

- **Outils utilisés**

Outils digitaux		Usages et retour d'expérience
PAACO-GLOBULE		améliore la traçabilité et la coordination
Viatrajectoire		suivi des admissions dans le CRT
Télégrafik		Sécurité domiciliaire, astreinte 24/7, prévention des chutes, via DomoCreuse
Présage Care		IA pour prédiction des risques de fragilité

- **Retours d'informations de la part du CRT :**

Retour 1 :

Retour 2 :

Retour 3 :

- **Analyse du volet financier**

1. Budget global et répartition par groupes de charges

Budget total : 205 769 €

Le budget du CRT ATOME se décompose en trois groupes de charges distincts :

Groupe	Nature des charges	Montant	% du budget
G1	Fournitures, matériel, ateliers, astreinte	13 382 €	6,5 %
G2	Personnel d'encadrement et médical	179 197 €	87,1 %
G3	Transports, SI, téléassistance, immobilier	13 190 €	6,4 %

➤ Analyse de la structure budgétaire

Groupe 1 : Le Groupe 1 représente une **part modérée du budget**, ce qui est cohérent pour un fonctionnement structuré sans superflu. L'absence d'astreinte limite les dépenses de cette catégorie.

Groupe 2 : Le personnel représente **près de 90% du budget total**, ce qui constitue une allocation exceptionnellement élevée et révèle un choix stratégique fort : privilégier massivement l'investissement humain.

Dotation en personnel : 3,8 ETP

- **Volet 1** : 2 ETP
- **Volet 2** : 1,8 ETP

Coût moyen par ETP : 179 197 € ÷ 3,8 = 47 157 €/ETP. Ce coût par ETP suggère un personnel qualifié.

Groupe 3 : Ce budget minimal témoigne d'un modèle sobre en infrastructure et concentré sur l'humain.

2. Répartition volet 1 / volet 2 : analyse versus cahier des charges national

➤ Analyse comparative

Volets	CDC national	CRT ATOME	Écart	% écart
Volet 1	80 000 € soit 20%	22 635 € soit 11 %	-57 365 €	-71,7 %
Volet 2	320 000 € soit 80%	183 134 € soit 89 %	-136 866 €	-42,8 %
Total	400 000 €	205 769 €	-194 236 €	-48,6 %

Constat majeur

Le CRT ATOME fonctionne avec 51,4% du cahier des charges national (moins de la moitié de la dotation prévue), mais la répartition entre volets est proche de l'esprit du CDC (11%/89% vs 20%/80%), avec même une sur-priorisation du Volet 2.

Sous-financement structurel important mais **allocation cohérente** des ressources disponibles.

Volet 1

Public Volet 1 : 444 bénéficiaires (272 personnes âgées + 140 aidants + 32 professionnels)

Malgré un sous-financement -71,7%, le CRT touche 444 bénéficiaires et réalise +60 actions, témoignant d'une efficacité opérationnelle exceptionnelle et d'une capacité de mobilisation partenariale unique. Cependant, les actions sont peut-être moins ambitieuses et limitées sur des thématiques que certains CRT, ce qui explique la corrélation : Nombre de bénéficiaires/Nombre d'action/ ETP affecté/budget alloué.

Volet 2 : Un sur-effectif et un sous-financement

Public : **48 personnes âgées** (objectif CDC : 30 personnes âgées = **+60% au-delà de l'objectif**), **seulement 4 personnes communes Volet 1 / Volet 2** (articulation limitée)

Avec 48 bénéficiaires personnes âgées :

- Budget par bénéficiaire : $183\,134 \text{ €} / 48 = \mathbf{3\,815 \text{ €/an}}$ (318 €/mois)
- CDC national pour 30 personnes âgées : $320\,000 \text{ €} / 30 = \mathbf{10\,667 \text{ €/an}}$ (889 €/mois)
- **Écart apparent : -6 852 €/an / bénéficiaire (-64%)** entre le rapport d'activité et le cahier des charges

Ressources humaines Volet 2 :

- **1,8 ETP** pour 48 bénéficiaires
- Ratio : **1 ETP pour 27 personnes âgées**

Comment le CRT fonctionne avec budget divisé par 2,8 ?

Le ratio ETP/bénéficiaire semble assez favorable pour permettre une coordination de qualité malgré une file active supérieure au cahier des charges. Les actions sont nombreuses et variées (sécurisation, gestion de crise, coordination) et ne semblent pas orientées vers des soins personnalisés.

Par ailleurs, le territoire creusois est particulièrement touché par l'isolement social (rural, faible densité). Le CRT joue un rôle majeur de lutte contre l'isolement et l'accompagnement de la complexité.

Les motifs de sortie sont cohérents avec les résultats régionaux (admission EHPAD très fréquent, décès fréquent impliquant potentiellement un accompagnement fin de vie).

Hypothèses explicatives du sous-financement

- Hypothèse 1 : Phase montée en charge progressive, y compris en termes de recrutement RH
- Hypothèse 2 : L'absence de financement de l'astreinte soignante la nuit contribue à ce sous-financement
- Hypothèse 3 : L'absence de prise en charge systématique de la télésurveillance contribue également à ce sous-financement

Le CRT ATOME a probablement combiné une partie de ces scénarios.

• Investi dans une démarche qualité :



• Enjeux et Recommandations ?

- **Priorité 1** : Expliquer les conditions relatives à la non évaluation du GIR pour les bénéficiaires du Volet 2
- **Priorité 2** : Renforcer "Continuité projet de vie" et "Appui parcours" du Volet 2

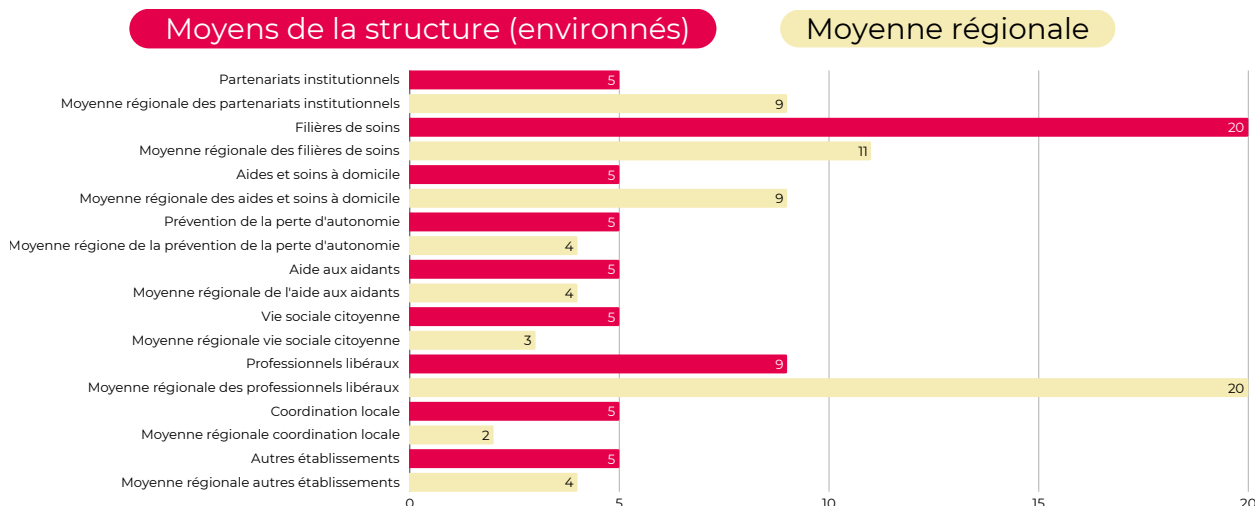
• **Cartographie du territoire du CRT**



• **Résultats clés :**

Un partenariat du CRT Sénesco remarquable avec la filière de soins et une orientation affichée en faveur des personnes atteintes de maladie neuro-dégénérative. Son adossement à l'EHPAD de la Madeleine lui confère une expertise médico-sociale solide et une capacité de coordination renforcée.

• **Comparaison des partenariats entre la structure et la moyenne régionale :**





La force majeure du CRT réside incontestablement dans ses partenariats avec les filières de soins. Les autres partenariats illustrent davantage le concept de l'EHPAD "plateforme" très orienté vers le sanitaire et moins vers les professionnels du domicile et libéraux, à l'exception d'une bonne intégration du dispositif d'appui à la coordination du territoire et d'une attention portée à la dimension sociale et culturelle de l'accompagnement, ce qui est cohérent avec la priorité accordée aux missions de continuité du projet de vie et de lutte contre l'isolement.

• Comprendre la répartition sur le Volet 1 :

Nombre de professionnels affectés au Volet 1 : **0,7ETP**

Volet 1			
Public cible	Personnes âgées : 35	Aidants : 10	Professionnels : 40
Actions	Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention	Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants	Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques
Détails	Ateliers stimulation cognitives à domicile 8 séances Véhicule mis à disposition pour les déplacements (lundi au vendredi) Expérimentation bus numérique avec asso BASE et Medibag	Activités organisées dans des structures extérieures (Agora (EHPAD La Madeleine), Jardin d'Antan (CH Bergerac, Club du 3e Âge, Aqualud (piscine de Bergerac), etc) Repas partagés aidants aidés avec une diététicienne Co organisation de la Journée des aidants avec la plateforme d'accompagnement et répit	Participation aux Journées gériatrique à Villefranche du Périgord en 2024
Nombre d'action	0<...<9	10<...<19	10<...<19

• Comprendre la répartition le Volet 2 :



Informations

- Mise en place de la téléassistance
- Astreinte soignante de nuit assurée


Nombre de professionnels affectés au Volet 2 : **4,7 ETP**

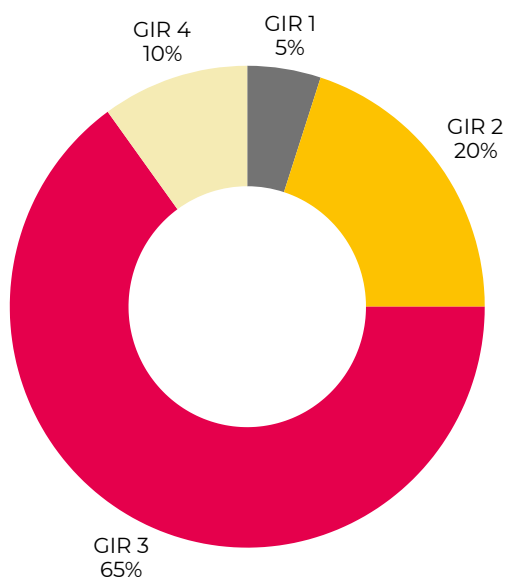
Composition de l'équipe : Cheffe de projet, Coordinatrice de soins, Ergothérapeute, Accompagnatrice numérique / chargée de communication, Educatrice sportive, Psychologue spécialisé en gérontologie, Assistante de service social, Assistante administrative / Assistante de service social, Médecin coordonnateur gériatre, Responsable des transports pour les activités extérieures, Kinésithérapeute

Volet 2					
Public cible	Personnes âgées : 40	incluses dans Volet 1 : 5			
Classification des Actions	Sécurisation de l'environnement de la personnes	Gestion de la situation de crise et soutien aux aidants	Coordination renforcée autour de la personne	Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement	Appui au parcours de vie
Détails	Cassiopea, assistant vocal Virtuose (montre connectée, détecteur de chute, ceinture)	Accès à l'astreinte téléphonique du CRT : 7j/7 - 24h/24	Intervention des professionnels du CRT adaptée à la demande et aux besoins de l'utilisateur et/ou de son entourage. Organisation de temps de réunion pluridisciplinaire hebdomadaire de l'équipe du CRT en vue d'adapter l'accompagnement à l'évolution de la situation, et coordination avec les professionnels intervenants à domicile. CDA 1 fois/mois	Accès à l'ensemble des actions du Volet 1	Accès à l'ensemble des actions du Volet 1
Nombre d'actions réalisées	0<...<9	0<...<9	+30	+30	20<...<29

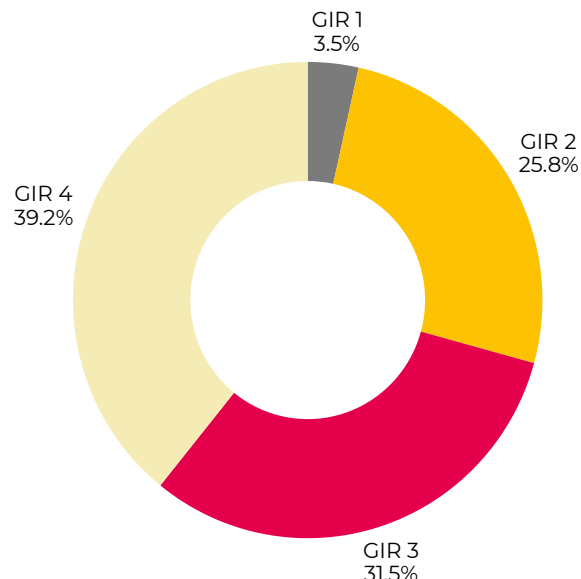
• Comparaison profils des bénéficiaires du Volet 2 :

➤ Les profils GIR

	<p>Informations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les bénéficiaires ont eu une évaluation de leur GIR. • Nb de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives : 39 • Le Volet 2 s'adresse également aux personnes en situation de handicap vieillissante, dans un rayon de 20km autour de Bergerac, avec dérogation si moins de 60 ans.
---	--

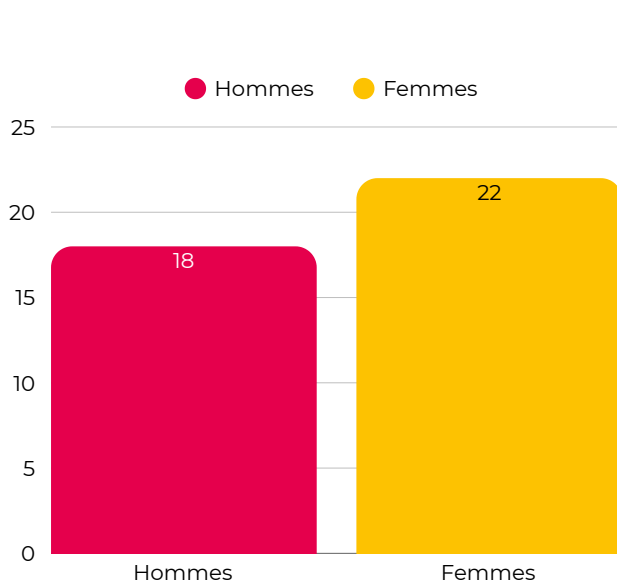


Profils des bénéficiaires dans la structure

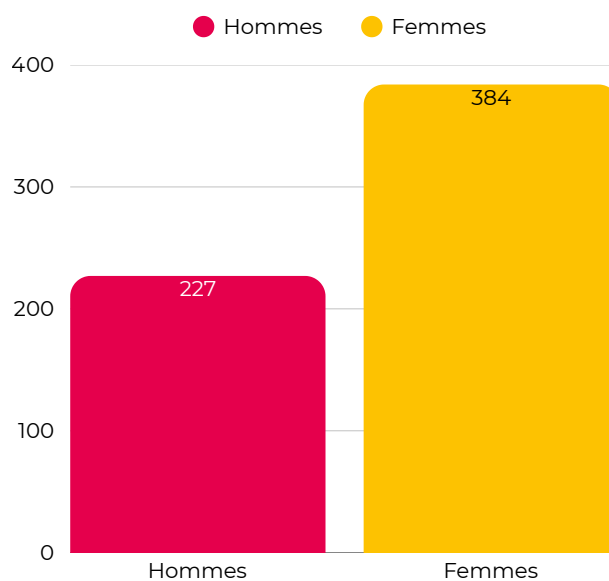


Profils des bénéficiaires à échelle régionale

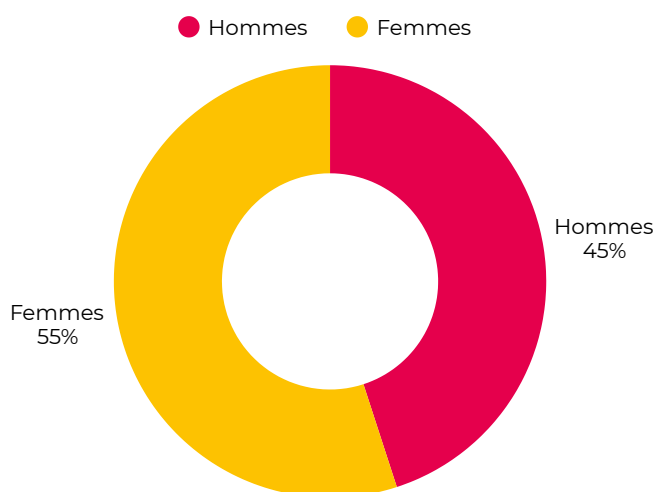
➤ Répartition des profils par genres (H/F)



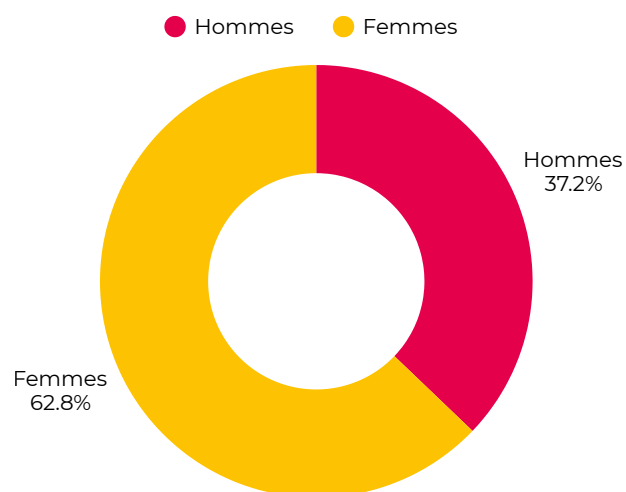
Profils des bénéficiaires dans la structure



Profils des bénéficiaires à échelle régionale



Profils des bénéficiaires dans la structure



Répartition moyenne des bénéficiaires à échelle régionale

Ratio femmes/hommes : 1,29 (soit 1,29 femmes pour 1 homme)

➤ Âge moyen des bénéficiaires



77 ans (structure)



RÉGION
Nouvelle-Aquitaine

83,1 ans (moyenne régionale)

L'âge moyen des bénéficiaires est fortement en dessous de la moyenne régionale.

• Motifs d'entrée dans le dispositif de la structure :

1	Isolement social : très fréquent
2	Situation complexe au domicile : fréquent
	Sortie d'hospitalisation : fréquent
4	Plan APA insuffisant : peu fréquent
5	Autre : non renseigné

- **Classement des motifs de sortie de la structure :**

1	Admission en EHPAD : fréquent
	Décès : fréquent
2	Admission en habitat intermédiaire : peu fréquent
4	Établissement de soins de longue durée : très peu fréquent
5	Autre : non renseigné

- **Réalisations et points forts :**

Equipe qualifiée

Composition complète, permettant d'avoir une expertise gériatrique et accompagnement holistique de la personne









Organisation coordonnée structurée

plus de 30 actions déployées

Actions et services innovants

Déploiement d'outils numériques au service de l'autonomie, diversité des actions du Volet 1, activités extérieures et partenariats locaux

• Outils utilisés

Outils digitaux		Usages et retour d'expérience
PAACO-GLOBULE		Améliore la traçabilité et la coordination
Cassiopée		Service de téléassistance
Virtuose technology		Outil de télésurveillance
Anisen		Outil de vie sociale pour l'animation en EHPAD
Livia		Outil de parcours de vie de l'aidé
Dôme		Outil de coordination entre aidant, aidé et professionnels
Suite Google+		Production de support interne
SMAF		Outil de mesure de l'autonomie fonctionnelle
City Gem		Outil pour la marche éducatrice sportive

• Retours d'informations de la part du CRT :

Retour 1 :	Retour 2 :	Retour 3 :
<i>"La coordination et la confiance en vers les professionnels permet de créer une bonne organisation"</i>	<i>"CRT plus porté sur le "bien-être" plutôt que sur la santé, "car le bien-être mène à la santé physique et mentale"</i>	<i>"Astreinte de nuit: Proposition alternative via convention avec l'HAD pour réorienter les ressources financières vers des services réellement utile. En cas d'urgence, appel direct au 15 préférable pour éviter une étape intermédiaire qui retarde la prise en charge du bénéficiaire"</i>

- **Analyse du volet financier : une analyse partielle (initialement)**

1. Budget global et répartition par groupes de charges

Budget total : 353 929,89 €

Le budget du CRT Senesco se décompose en trois groupes de charges distincts :

Groupe	Nature des charges	Montant <i>(données manquantes et recueillies auprès du responsable du CRT)</i>	% du budget
G1	Fournitures, matériel, ateliers, astreinte	4 438,11 €	1,25 %
G2	Personnel d'encadrement et médical	320 062,90 €	90,46 %
G3	Transports, SI, téléassistance, immobilier	29 428,88 €	8,32 %



Note méthodologique importante :

Ces données budgétaires détaillées n'étaient pas renseignées dans la plateforme nationale SIDOBA lors de l'extraction initiale. Elles ont été recueillies directement auprès du responsable du CRT Senesco suite à une sollicitation de l'équipe d'évaluation. Cette démarche témoigne de la transparence du CRT, mais souligne également une lacune dans le système de remontée d'informations via SIDOBA qui limite la possibilité d'analyses comparatives standardisées à l'échelle régionale. Aucune déclaration ne devrait pouvoir être validée sans que les items soient tous renseignés.

Analyse de la structure budgétaire

Groupe 1

Consommables et ateliers (1,25 % du budget)

- 4 438,11 € pour :
 - Fournitures
 - Matériel pour les ateliers
 - Astreinte soignante de nuit
 -

Ce montant relativement faible s'explique probablement par la mutualisation des ressources matérielles avec l'EHPAD La Madeleine.

Groupe 2

Personnel (90,46 % du budget)

- 320 062,90 € pour 5,4 ETP (0,7 Volet 1 + 4,7 Volet 2)
- Coût moyen par ETP : 59 271 € (salaires chargés)
- Ce ratio, assez élevé peut s'expliquer par :
 - Une équipe pluridisciplinaire qualifiée (médecin coordonnateur gériatre, ergothérapeute, psychologue spécialisé)
 - L'expertise gériatrique spécifique liée à l'adossement EHPAD
 - L'ancienneté et l'expérience des professionnels

Groupe 3

Fonctionnement et numérique (8,32 % du budget)

- 29 428,88 € pour couvrir :
 - Transports (véhicule mis à disposition, activités extérieures)
 - 9 outils numériques déployés (PAACO-GLOBULE, Cassiopéa, Virtuose, Anisen, Livia, Dôme, etc.)
 - Téléassistance
 - Frais immobiliers

Cette enveloppe apparaît optimisée, suggérant une mutualisation efficace avec l'EHPAD porteur pour certains postes (locaux, infrastructure numérique de base) mais qui mériteraient d'être mis en exergue par d'autres indicateurs.

2. Répartition Volet 1 / Volet 2 : analyse versus cahier des charges national

> Analyse comparative

Volets	CDC national	CRT Senesco	Écart	% écart
Volet 1	80 000 € soit 20 %	88 482 € soit 25 %	+8 482 €	+10,6 %
Volet 2	320 000 € soit 80 %	265 448 € soit 75 %	-54 552 €	-17 %
Total	400 000 €	353 929,89 €	-46 070 €	-11,5 %

Constat majeur : Le CRT fonctionne avec 88,5 % de la dotation nationale prévue, soit un sous-financement modéré de 11,5 %. Le CRT présente une répartition quasi équilibrée par rapport au cahier des charges.

Volet 1 : un léger sur-financement

L'opacité budgétaire concerne également le Volet 1, dont le budget de 88 482 euros pour seulement 0,7 ETP interpelle.

- Seulement 0,7 ETP pour 85 bénéficiaires = ratio défavorable (1 ETP/121)
- Très peu d'actions d'accès aux soins (0-9) alors que c'est l'objectif principal du Volet 1
- Budget Volet 1 supérieur au CDC mais sous-performance opérationnelle sur la prévention santé
- Le sur-financement Volet 1 (+10,6 %) ne se traduit pas par une activité renforcée.

Question centrale : Pourquoi le Volet 1 dispose de plus de budget que prévu (+10,6 %) mais réalise très peu d'actions d'accès aux soins (0-9) ?

Ce montant doit financer un véhicule mis à disposition du lundi au vendredi, une expérimentation de bus numérique en partenariat avec les associations BASE et Medibag, ainsi que de multiples activités organisées dans des structures extérieures (Agora, Jardin d'Antan, Aqualud, Club du 3e Âge). Sans visibilité sur la répartition précise de ces dépenses entre le groupe 1 et le groupe 3, il est impossible de déterminer si ce budget suffit ou si l'EHPAD bénéficie d'une mutualisation d'une partie de ces activités.

Hypothèse : difficultés organisationnelles liées à la disponibilité RH (0,7 ETP)

Hypothèse : coût important des ateliers et de la mobilité mise en place mais en l'absence d'indications sur les Groupes de financement, cette hypothèse est difficilement vérifiable.

Volet 2 : un positionnement spécialisé mais sous-financé

Le Volet 2 accuse un déficit de 17 % par rapport au cahier des charges (-54 552 €) avec un budget de 265 448 € au lieu de 320 000 €. Il mobilise toutefois 4,7 ETP, soit une équipe pluridisciplinaire conséquente.

Profil unique et ciblé :

- Âge moyen 77 ans (vs 83,1 ans régional) = population plus jeune
- 97,5 % maladies neuro-dégénératives (39/40) = spécialisation remarquable
- 65 % en GIR 3 = profils dépendance modérée mais pathologies complexes
- Le CRT s'est positionné sur un public spécifique : personnes relativement jeunes avec maladies neuro-dégénératives

Or : Très peu d'actions sécurisation et gestion crise pour un public vulnérable atteints de maladie neuro-dégénératives.

- Seulement 0-9 actions sécurisation environnement
- Seulement 0-9 actions gestion crise

Ceci paraît peu cohérent avec : 97,5 % neuro-dégénératives nécessitant adaptations domicile et gestion situations complexes. Toutefois cette répartition dessine un profil d'intervention qui privilégie nettement la coordination et l'animation du projet de vie au détriment des dimensions actions sécuritaires et de gestion de crise.

Conclusion : des contradictions apparentes

- Budget Volet 2 sous-doté (-17 %)
- Mais actions projet vie et coordination nombreuses
- Actions sécurisation et crise très faibles pour un public vulnérable

Hypothèses explicatives

- Hypothèse 1 : Une coordination au domicile fragilisée par la faiblesse des partenariats à ce niveau
- Hypothèse 2 : Un positionnement du CRT sur un public spécifique (assez jeune et atteint de maladie neuro-dégénérative avec une dépendance modérée en GIR 3)
- Hypothèse 3 : Adossement EHPAD avec mutualisation non transparente. Le CRT bénéficie de ressources de l'EHPAD (locaux, personnel, équipements) non comptabilisées dans le budget de 353 930 €. Les données récoltées G1/G2/G3 ne permettent pas de mettre en exergue cette hypothèse. En effet, le CRT se concentrerait sur la coordination globale et l'animation du projet de vie, tandis que l'EHPAD pourrait porter les dimensions plus techniques de sécurisation et de gestion de crise. Cette répartition des rôles présente une certaine logique opérationnelle mais souffre d'un défaut de transparence : elle n'est pas explicitée via les indicateurs SIDOBA et crée une confusion sur le périmètre réel d'intervention du CRT.

Le CRT Senesco a probablement combiné une partie ces scénarios.

- **Investi dans une démarche qualité :**



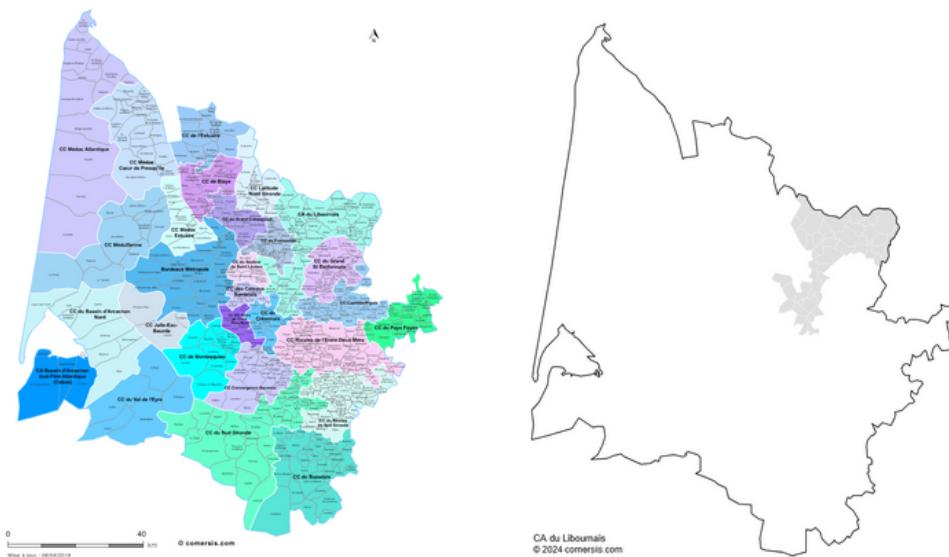
- **Enjeux et Recommandations ?**

Priorité 1 : Produire la répartition entre les trois groupes de financement afin de permettre l'analyse de l'efficacité, de la structure des coûts et de l'allocation des ressources et de rendre davantage visible les mutualisations avec l'EHPAD porteur et les partenaires

Priorité 2 : Renforcer actions sécurisation environnement et gestion crise

Priorité 3 : Développer partenariats domicile et libéraux

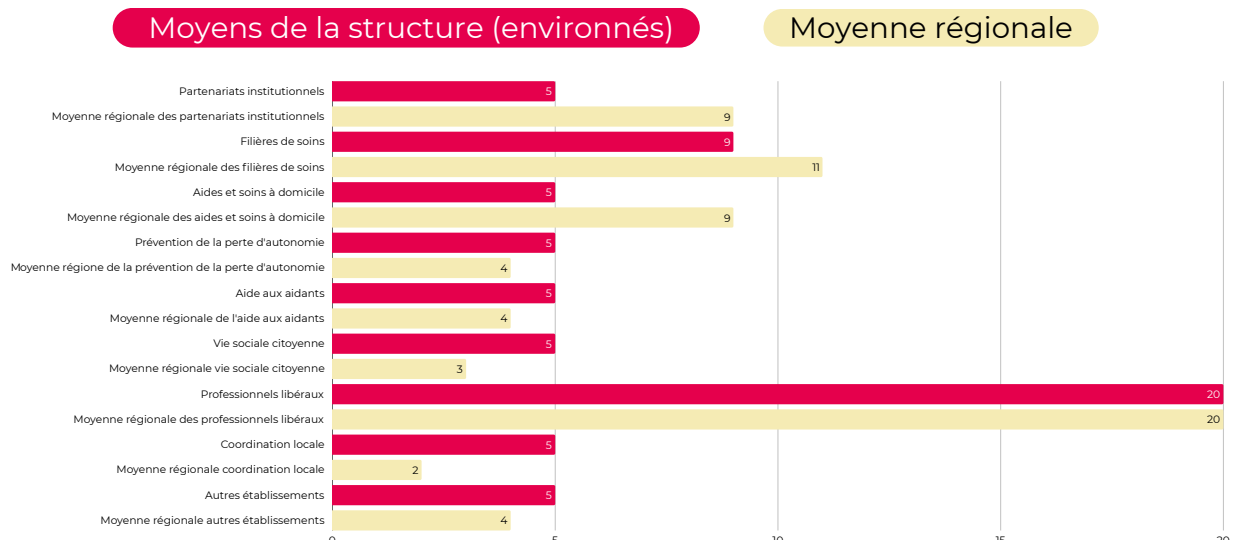
• **Cartographie du territoire du CRT**



• **Résultats clés :**

“Notre enjeu : ouvrir les actions à de nouvelles personnes (autres que celles déjà accompagnées)”

• **Comparaison des partenariats entre la structure et la moyenne régionale :**





La répartition des partenaires correspond quasi parfaitement à la moyenne régionale.

• Comprendre la répartition sur le Volet 1 :

Nombre de professionnels affectés au Volet 1 : **0,6 ETP**

Volet 1			
Public cible	Personnes âgées : 94	Aidants : 36	Professionnels : 112
Actions	Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention	Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants	Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques
Détails	Accompagnement à la prise de rdv et aux rdv administratifs/ médicaux Campagne de vaccination Ateliers de prévention	Activités mutualisées avec l'EHPAD (tricot, loto, quiz, jeux de sociétés et cuisine) Activités dédiées exclusivement aux bénéficiaires du CRT (expression théâtrales, gym douce, relaxation et médiation animale) Activités de soutien aux aidants (formations des aidants et groupe de parole avec FAG, café partage, réflexologie, sophrologie, méditation, relaxation, balnéothérapie)	Sensibilisation à l'Humanitude, la nutrition, la prévention des chutes, les démences, accompagnement à la mobilité, savoir animer une activité à domicile, repérage des fragilités, aide technique et technologique du quotidien, et initiation massage assis et habillé)
Nombre d'action	+30	+ 30	10<...<19

• Comprendre la répartition le Volet 2 :



Informations

- Pas de mise en place de la téléassistance
- Pas d'astreinte soignante de nuit

Nombre de professionnels affectés au Volet 2 : **3,4 ETP**

Équipe pluridisciplinaire :

Cheffe de projet/ Direction, Médecin coordonnateur, Coordinatrice CRT, Responsable hébergement/Qualité, Infirmière coordinatrice, IDE, Aide soignante/ ASG, Animatrice, Psychologue, Psychomotricienne, Ergothérapeute

Autres intervenants (médiation animale, musicothérapie, réflexologie, sophrologie, art thérapie...)

Volet 2					
Public cible	Personnes âgées : 42	incluses dans Volet 1 : 13			
Classification des Actions	Sécurisation de l'environnement de la personnes	Gestion de la situation de crise et soutien aux aidants	Coordination renforcée autour de la personne	Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement	Appui au parcours de vie
Détails	Évaluation de l'environnement par l'ergothérapeute Adaptation du logement si besoin et sensibilisation du bénéficiaire	Assistance/astreinte deux lignes de téléphone dédiées au CRT joignable en semaine du lundi au vendredi de 9h à 17h Ruptures d'accompagnement, sortie d'hospitalisation, orientation vers HTU/ HT et accueil de jour	Coordination autour du patient via les différents partenaires notamment avec l'utilisation du service régional de coordination de parcours Paaco-Globule Mise en place de VAD pour évaluation des besoins Lien avec SAD aux besoins	Accès à l'ensemble des actions du Volet 1 Ateliers de prévention Aides aux démarches Animation et soutien aux aidants	Accès à l'ensemble des actions du Volet 1 Éviter les hospitalisation (mise en place de HAD si besoin)
Nombre d'actions réalisées	10<...<19	10<...<19	+30	+30	0<...<9

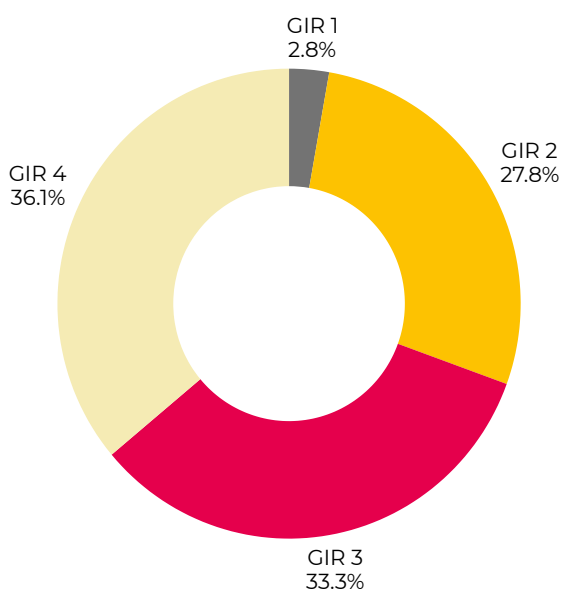
• Comparaison profils des bénéficiaires du Volet 2 :

➤ Les profils GIR

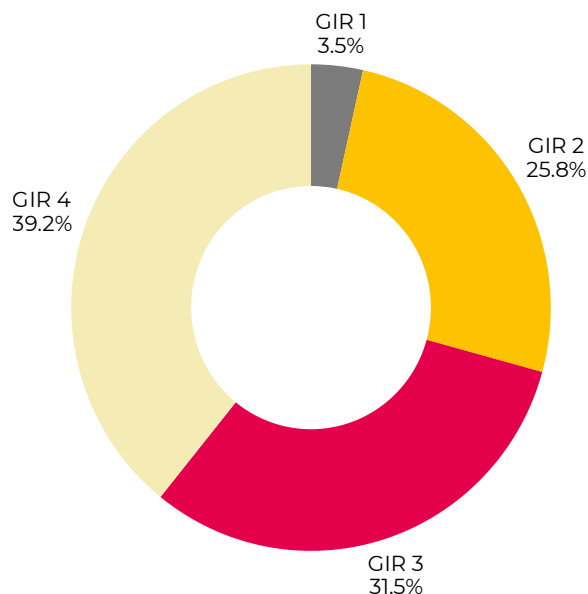


Informations

- 4 bénéficiaires du Volet 2 n'ont pas eu une évaluation de leur GIR.
- Nb de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives : 23



Profils des bénéficiaires dans la structure



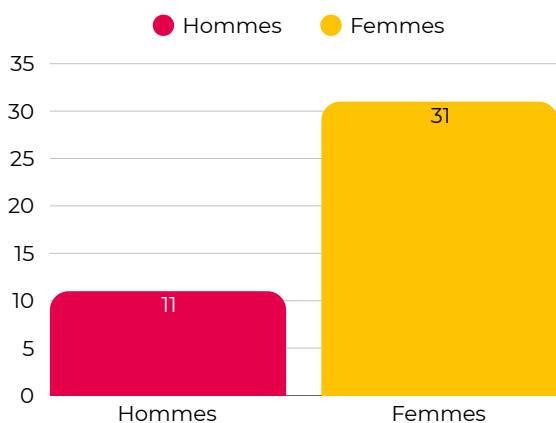
Profils des bénéficiaires à échelle régionale



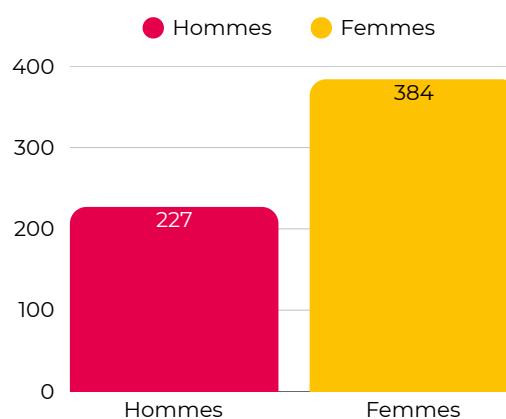
La répartition des GIR est légèrement biaisée par le fait que 4 bénéficiaires sur 42 n'ont pas eu d'évaluation de leur GIR.

Complément ajouté par le CRT : Personnes non girées en PCH ayant une perte d'autonomie.

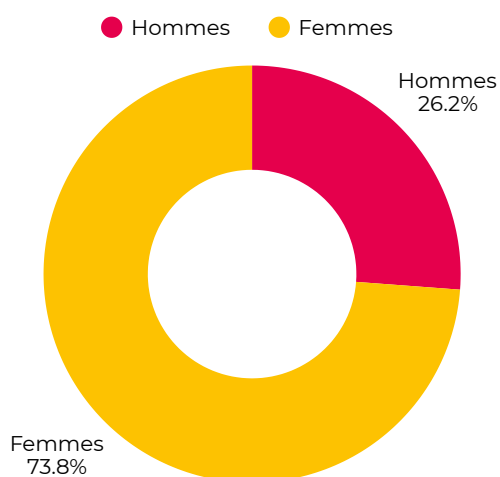
➤ Répartition des profils par genres (H/F)



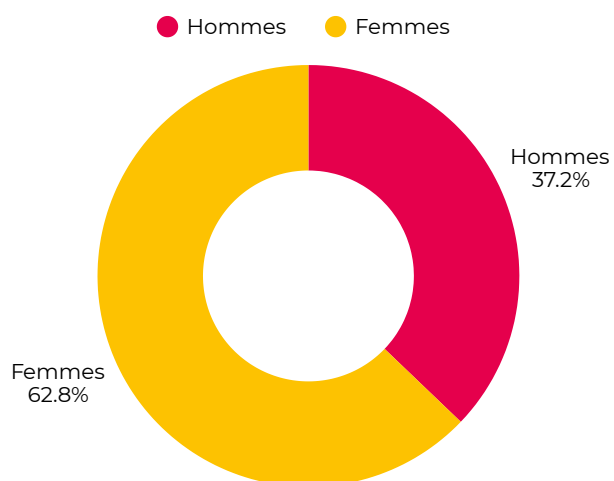
Profils des bénéficiaires dans la structure



Profils des bénéficiaires à échelle régionale



Répartition moyenne des bénéficiaires dans la structure



Répartition moyenne des bénéficiaires à échelle régionale

Ratio femmes/hommes : 2,82 (soit 2,82 femmes pour 1 homme)
Population majoritairement féminine supérieure à la moyenne régionale

➤ **Âge moyen des bénéficiaires**



83 ans (structure)



RÉGION
Nouvelle-Aquitaine

83,1 ans (moyenne régionale)

• **Motifs d'entrée dans le dispositif de la structure :**

1	Isolement social : très fréquent
	Situation complexe à domicile : très fréquent
2	Plan APA insuffisant : peu fréquent
	Sortie d'hospitalisation : peu fréquent
	Autre : peu fréquent

Le CRT intervient principalement en **prévention primaire/secondaire** (isolement, complexité) plutôt qu'en réaction à des événements aigus (post-hospitalisation). Cela suggère un bon maillage territorial permettant un repérage précoce.

- **Classement des motifs de sortie de la structure :**

1	Admission en EHPAD : fréquent
2	Décès : fréquent
3	Établissement de soins de longue durée : peu fréquent
	Autre : peu fréquent
4	Établissement de soins de longue durée : très peu fréquent

- **Réalisations :**

Astreinte téléphonique

Assistance/astreinte deux lignes de téléphone dédiées au CRT joignable en semaine du lundi au vendredi de 9h à 17h




Coordination renforcée

Réunions hebdomadaires avec l'équipe dédiée du CRT afin de coordonner les interventions, suivre les actions et évaluer les dispositifs mis en œuvre.

Large communication

C'est un levier pour développer les actions du CRT (flyers, site mairie, réseaux sociaux, City Komi, réunions des partenaires, présence aux comités de pilotage, forum, comité de pratiques au niveau régional et national, invitation des partenaires à la commission de coordination gériatrique, ...)

• Outils utilisés

Outils digitaux		Usages et retour d'expérience
PAACO-GLOBULE		Améliore la traçabilité et la coordination
ICOPE		Évaluation de la fragilité
City Komi		Application des collectivités, services, associations et entreprises de votre proximité qui veulent informer en temps réel
Facebook		Utilisation du réseau social Facebook partageant l'information des ateliers permettant de rompre l'isolement et soutenir les aidants

• Retours d'informations de la part du CRT :

Retour 1 :	Retour 2 :	Retour 3 :
<p>Actions limitées du CRT en raison :</p> <ul style="list-style-type: none"> la désertification des professionnels de santé Paaco-Globule insuffisamment utilisée par les AAD et IDEL => crée des ruptures de coordination Difficulté à développer l'accès à la télémédecine problématique de mobilité en milieu rural et en rupture de lien social pas d'acteur sur le territoire en matière de santé visuelle et auditive 	<p><i>"La téléassistance n'est pas justifiée par l'ensemble des bénéficiaire du Volet 2 et beaucoup trop coûteuse"</i></p> <p><i>Et</i></p> <p><i>"un cahier des charges trop rigide sur le Volet 2 (notamment sur la télésurveillance qui coute très cher)</i></p>	<p><i>"Les CRT ont réellement permis de développer le partenariat d'action et le travail en réseau, notamment avec CLIC, DAC, évaluatrices PTS-APA, services d'aide à domicile, et de maintenir les personnes au domicile plus longtemps et dans les meilleures conditions"</i></p>

• Analyse du volet financier

1. Budget global et répartition par groupes de charges

Budget total : 227 093 €

Le budget du CRT Saint Seurin sur L'Isle se décompose en trois groupes de charges distincts :

Groupe	Nature des charges	Montant	% du budget
G1	Fournitures, matériel, ateliers, astreinte	7 045 €	3,1 %
G2	Personnel d'encadrement et médical	212 618 €	93,6 %
G3	Transports, SI, téléassistance, immobilier	7 430 €	3,3 %

➤ Analyse de la structure budgétaire

Groupe 1 (3,1%) :

Le Groupe 1 représente une part marginale du budget, concentrée sur les activités et le matériel nécessaire aux actions de prévention et d'animation. Ce faible pourcentage suggère une approche sobre en termes de dépenses matérielles et d'ateliers mais est également le reflet d'une action dépourvue d'astreinte soignante.

Groupe 2 (93,6 %) :

Le personnel représente la quasi-totalité du budget, reflétant un modèle fortement centré sur l'accompagnement humain et l'expertise pluridisciplinaire (4 ETP au total : 0,6 ETP Volet 1 + 3,4 ETP Volet 2). Cette répartition est cohérente avec la nature du service proposé qui repose essentiellement sur l'intervention de professionnels qualifiés.

Groupe 3 (3,3 %) :

Ce budget limité s'explique notamment par l'absence de téléassistance, comme mentionné dans le rapport. Le CRT a fait le choix de ne pas investir dans ces dispositifs jugés trop coûteux ou non justifiés pour l'ensemble des bénéficiaires. également, *le CRT privilégie l'accompagnement humain avant tout.*

2. Répartition Volet 1 / Volet 2 : analyse versus cahier des charges national

➤ Analyse comparative

Volets	CDC national	CRT CRT Saint Seurin sur L'Isle	Écart	% écart
Volet 1	80 000 € soit 20 %	38 606 € soit 17 %	-41 394 €	-51,7 %
Volet 2	320 000 € soit 80 %	188 487 € soit 83 %	-131 513 €	-41,1 %
Total	400 000 €	227 093 €	-172 907 €	-43,2 %

Constat majeur

Le budget global du CRT Saint Seurin sur L'Isle représente **56,8 % du budget théorique national**, soit un écart de -43,2 %. Cette différence substantielle s'observe sur les deux volets, bien que la répartition proportionnelle entre Volet 1 (17 %) et Volet 2 (83 %) reste proche du cahier des charges national (20 %/80 %).

Volet 1

Moyens humains Volet 1 :

- **0,6 ETP** affectés au Volet 1 pour en tout 242 bénéficiaires (personnes âgées + aidants + professionnels)
- Ratio : **1 ETP** pour 403 bénéficiaires totaux incluant personnes âgées + aidants et professionnels)
- Ce ratio élevé s'explique par :
 - La mutualisation d'activités avec l'EHPAD
 - Des actions collectives permettant d'optimiser le temps d'intervention
 - Le recours à des intervenants extérieurs spécialisés

Performance du Volet 1 :

Plus de 30 actions déployées dans 2 catégories : et entre 10 et 19 concernant les professionnels.

Forces :

- une offre de prévention diversifiée et un public atteint,
- une diversité des activités proposées malgré un budget contraint

Fragilités :

- Moyens humains limités (0,6 ETP) créant une dépendance forte à la mutualisation
- Risque de saturation de l'équipe si la file active continue à croître
- Activités de formation professionnelle moins développées (10-19 actions vs >30 pour les autres axes)

Volet 2 :

Avec 42 bénéficiaires personnes âgées : *(nombre total de bénéficiaires accompagnés sur 2024, comprenant les dossiers clôturés)*

- Budget par bénéficiaire : $188\,487 \text{ €} / 42 = \mathbf{4\,488 \text{ €/an}}$ (374 €/mois)
- CDC national pour 30 personnes âgées : $320\,000 \text{ €} / 30 = \mathbf{10\,667 \text{ €/an}}$ (889 €/mois)
- Écart apparent : **-6 179 €/an par bénéficiaire (-58 %)** entre le rapport d'activité et le cahier des charges

Ressources humaines Volet 2 :

- 3,4 ETP pour 42 bénéficiaires
- Ratio : **1 ETP pour 12,4 personnes âgées**
- CDC national théorique : environ 1 ETP pour 4 à 5 personnes âgées

Cette équipe pluridisciplinaire riche permet une approche holistique, mais le ratio ETP/bénéficiaire suggère un temps d'intervention moyen par personne nécessairement limité.

Hypothèses explicatives

- Hypothèse 1 : Optimisation des ressources et mutualisation

Le CRT a probablement optimisé l'utilisation de son équipe pluridisciplinaire en mutualisant certaines ressources avec l'EHPAD porteur (notamment pour les activités partagées mentionnées au Volet 1). Cette synergie permet de réduire les coûts tout en maintenant une offre de services diversifiée.

- Hypothèse 2 : Choix stratégiques sur les prestations

Les entretiens qualitatifs ont permis de relever les raisons de l'absence de téléassistance (jugée "non justifiée" et "trop coûteuse"), tout comme l'astreinte soignante de nuit, pouvant constituer un retard dans la prise en charge d'urgence. Ces choix, explicités dans le retour du CRT, ont permis de réduire significativement les coûts du groupe 1 et 3.

- Hypothèse 3 : Effet de territoire et adaptation au contexte rural

En territoire rural avec désertification médicale et les problématiques de mobilité, le CRT a possiblement concentré ses moyens sur les interventions à domicile et la coordination de proximité. L'utilisation de Paaco-Globule et ICOPE témoigne d'une approche pragmatique privilégiant les outils existants.

- Hypothèse 4 : Accompagnement d'une file active élargie

Le CRT accompagne 42 bénéficiaires au Volet 2, soit 40 % de plus que les 30 prévus dans le CDC national, ce qui dilue mécaniquement le coût par bénéficiaire et explique en partie l'écart budgétaire observé.

Le CRT Saint Seurin Sur L'Isle a probablement combiné l'ensemble de ces scénarios pour proposer un modèle adapté à son territoire et à ses contraintes budgétaires, tout en maintenant une qualité de service attestée par les 94 personnes âgées touchées au Volet 1 et les nombreuses actions déployées (plus de 30 actions par volet).

- **Investi dans une démarche qualité :**



- **Enjeux et Recommandations ?**

- **Priorité 1 :** Garantir la soutenabilité financière et opérationnelle du dispositif afin d'anticiper les évolutions et préparer la montée en charge
- **Priorité 2 :** Un axe à renforcer : l'appui au parcours de vie (0-9 actions en 2024)

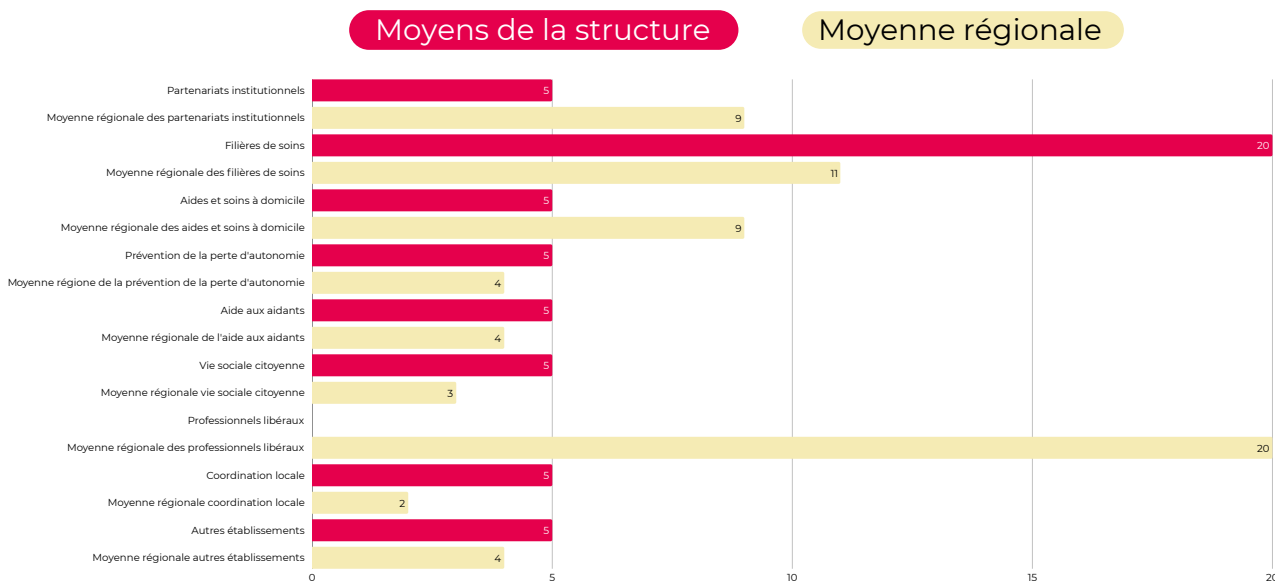
• **Cartographie du territoire du CRT**



• **Résultats clés :**

Un positionnement majoritairement en prévention primaire et secondaire, avec des motifs d'entrée dominés par l'isolement social et les situations complexes à domicile, traduisant un repérage en amont plutôt qu'une intervention post-hospitalisation.

• **Comparaison des partenariats entre la structure et la moyenne régionale :**






Le nombre de partenariats avec les professionnels libéraux n'a pas été renseigné. Cela ne signifie pas nécessairement qu'il n'y en a pas sur le territoire.

• Comprendre la répartition sur le Volet 1 :

Nombre de professionnels affectés au Volet 1 : **1,5 ETP**

Volet 1			
Public cible	Personnes âgées : 32	Aidants : 17	Professionnels : 79
Actions	Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention	Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants	Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques
Détails	<p>Faciliter l'accès aux soins par l'orientation vers les pôles ressources partenaires et l'accompagnement vers les dispositifs de téléconsultation existants</p> <p>Le CRT propose un dépistage des fragilités grâce à l'application ICOPE Monitor, développée par le Gérontopôle du CHU de Toulouse. A l'issue du bilan ICOPE, un professionnel de santé accompagne et propose des solutions de prévention adaptées (ateliers prévention, consultation spécialiste...)</p>	<p>Développer une offre d'accompagnement et de transport pour permettre la participation aux activités des pôles ressources et des EHPAD partenaires, et faciliter l'accès aux services à disposition des séniors sur la ville de Bordeaux</p> <p>Informer et accompagner les aidants vers des solutions de répit : groupes de parole, accueil de jour, cellule d'écoute...</p>	<p>GROUPES DE PAROLE POUR LES PROFESSIONNELS :</p> <p>Portés par un.e psychologue, ils per mettent de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réfléchir sur les pratiques, apporter des solutions aux problématiques rencontrées. • Proposer de nouveaux outils d'analyse <p>CONSTRUCTION DE PROGRAMMES DE SENSIBILISATION & FORMATION :</p> <p>Autour des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, permettre de faire évoluer les pratiques et améliorer l'accompagnement</p>
Nombre d'action	0<...<9	0<...<9	10<...<19

• Comprendre la répartition le Volet 2 :

	<p>Informations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de la téléassistance • Pas d'astreinte soignante de nuit • Attention, sur le rapport d'activité 2024, l'astreinte n'était pas assurée. Après retour du CRT, l'équipe en place assure une couverture jusqu'à 1h du matin pour les levées de doute liées à la téléassistance. <i>"Il est compliqué de mettre en place une astreinte 24h/24 car le CRT est effecteur de soins (équipe de jour + équipe de nuit, ce qui constitue déjà un gros budget)"</i>
---	--

Nombre de professionnels affectés au Volet 2 : NON RENSEIGNE dans SIDOBA, 3,5 ETP après retour du CRT

Équipe pluridisciplinaire : Médecin coordonnateur (en attente de recrutement), Infirmière coordinatrice, Ergothérapeute, Psychologue, Accompagnant éducatif et social

Volet 2					
Public cible	Personnes âgées : 19	incluses dans Volet 1 : 0			
Classification des Actions	Sécurisation de l'environnement de la personnes	Gestion de la situation de crise et soutien aux aidants	Coordination renforcée autour de la personne	Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement	Appui au parcours de vie
Détails	Mobilisation d'une ergothérapeute au cas par cas pour l'évaluation du domicile, sur des situations particulières	Mise en place d'une astreinte de nuit couplée avec la téléassistance appliquée uniquement sur les horaires de travail de l'aide soignante (21h à 1h du matin)	1 tournée de jour et 2 tournées de nuit Création d'une 3ème tournée de nuit en cours d'installation (6 professionnels en roulement)	Accès à l'ensemble des actions du Volet 1	Accès à l'ensemble des actions du Volet 1
Nombre d'actions réalisées	0<...<9	0<...<9	0<...<9	0<...<9	10<...<19

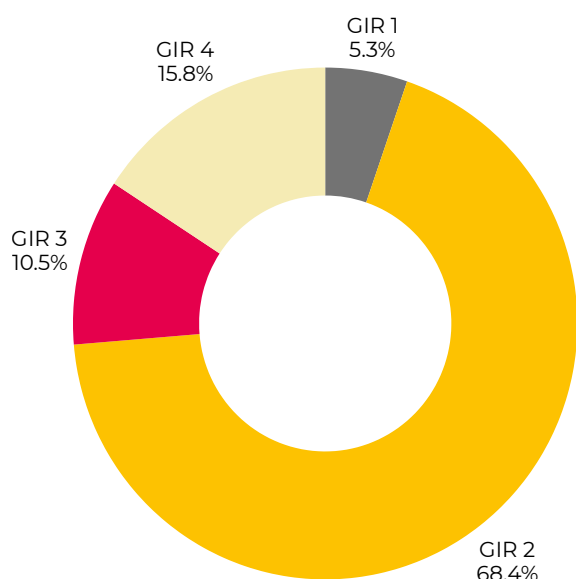
• Comparaison profils des bénéficiaires du Volet 2 :

➤ Les profils GIR

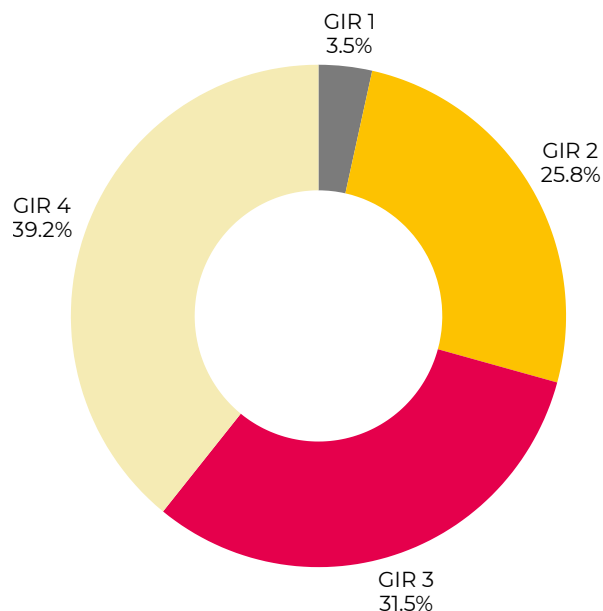


Informations

- **Tous les bénéficiaires** du Volet 2 **ont eu** une évaluation de leur GIR.
- Nb de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives : 15



Profils des bénéficiaires dans la structure

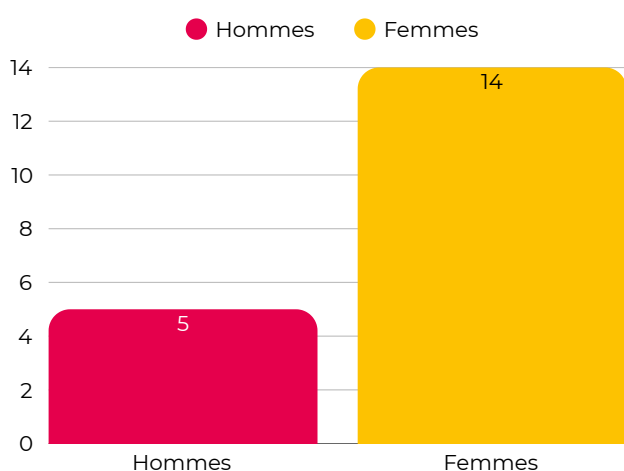


Profils des bénéficiaires à échelle régionale

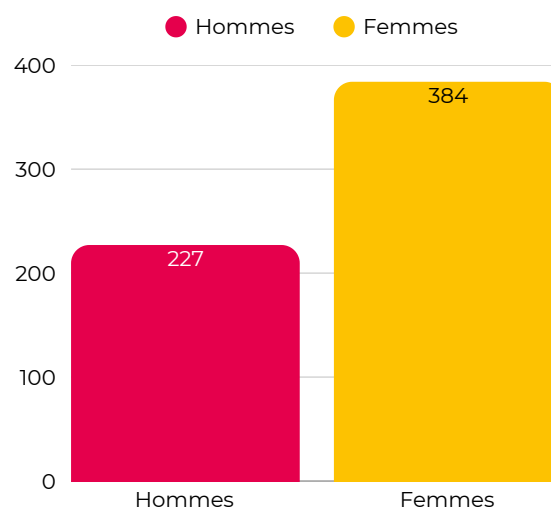


La répartition du GIR 2 est largement supérieur à la moyenne régionale.

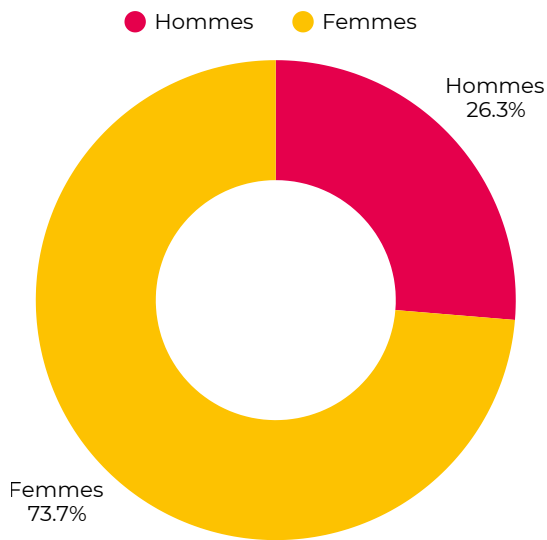
➤ Répartition des profils par genres (H/F)



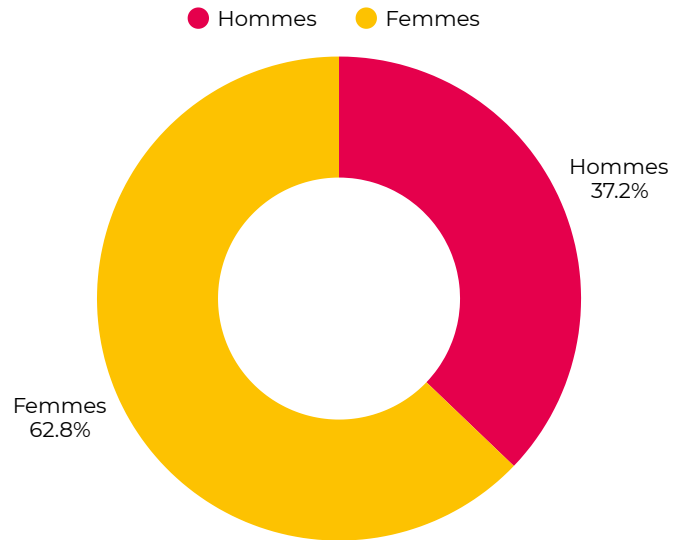
Profils des bénéficiaires dans la structure



Profils des bénéficiaires à échelle régionale



Répartition moyenne des bénéficiaires dans la structure



Répartition moyenne des bénéficiaires à échelle régionale

**Ratio femmes/hommes : 2,8 (soit 2,8 femmes pour 1 homme)
Population majoritairement féminine supérieure à la moyenne régionale**

➤ **Âge moyen des bénéficiaires**



83 ans (structure)



RÉGION
Nouvelle-Aquitaine

83,1 ans (moyenne régionale)

• **Motifs d'entrée dans le dispositif de la structure :**





1	Isolement social : très fréquent
	Situation complexe à domicile : très fréquent
2	Plan APA insuffisant : très peu fréquent
	Sortie d'hospitalisation : très peu fréquent
	Autre : non renseigné

Le CRT intervient principalement en **prévention primaire/secondaire** (isolement, complexité) plutôt qu'en réaction à des événements aigus (post-hospitalisation). Cela suggère un bon maillage territorial permettant un repérage précoce.

- **Motifs d'entrée dans le dispositif de la structure :**

1	Décès : peu fréquent
	Admission en EHPAD : peu fréquent
2	Etablissement de soins de longue durée : très peu fréquent
	Admission en habitat intermédiaire : très peu fréquent
3	Autre : non renseigné

- **Outils utilisés**

Outils digitaux		Usages et retour d'expérience
PAACO-GLOBULE		Améliore la traçabilité et la coordination
ICOPE		Evaluation de la fragilité
Télégrafik		Outil de télésurveillance
ArchMC2/Dome		Outils métiers du médico-social

• Retours d'informations de la part du CRT :

Retour 1 :	Retour 2 :	Retour 3 :
<p>Des freins organisationnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à recruter notamment des AS • Multiplication des outils de coordination (quitter Arche MC2 pour prendre InfoLogis) • Compliqué de mettre en place une astreinte 24h/24 car le CRT est effecteur de soins (équipe de jour + équipe de nuit = gros budget) 	<p>Installation de Télégrafik pour les personnes GIR 2 car les personnes sont souvent déjà équipées de téléassistance mais nécessité de mettre le CRT dans la boucle en cas de complications.</p>	<p>Vigilance pratique :</p> <p>Interdiction des bailleurs sociaux à installer des boîtes à clés, ce qui empêche les VAD ou soins chez les personnes âgées.</p>

• Analyse du volet financier

1. Budget global et répartition par groupes de charges

Budget total : 257 535,26 €

Le budget du CRT SSIAD AIDOMI se décompose en trois groupes de charges distincts

Groupe	Nature des charges	Montant	% du budget
G1	Fournitures, matériel, ateliers, astreinte	49 655,69 €	19,3 %
G2	Personnel d'encadrement et médical	193 116,97 €	75 %
G3	Transports, SI, téléassistance, immobilier	14 762,60 €	5,7 %

➤ Analyse de la structure budgétaire

Groupe 1:

Le groupe 1 semble proportionné pour un CRT urbain en phase de démarrage. Même s'il revêt près de 20 % du budget, ceci peut s'expliquer par la diversité des actions du Volet 1 (personnes âgées, aidants, professionnels).

Groupe 2:

Cette prédominance révèle un modèle fortement centré sur les ressources humaines qualifiées. C'est cohérent avec le positionnement CRT qui privilégie l'accompagnement pluridisciplinaire (médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice, ergothérapeute, psychologue...).

Groupe 3:

Ce faible champ de dépense serait cohérent avec l'hypothèse d'une forte mutualisation des services entre les EHPAD partenaires et le SSIAD porteur (locaux, moyens généraux), permettant de maximiser l'investissement au profit des ressources humaines.

2. Répartition Volet 1 / Volet 2 : analyse versus cahier des charges national

➤ Analyse comparative

Volets	CDC national	CRT SSIAD AIDOMI	Écart	% écart
Volet 1	80 000 € soit 20 %	38 630,29 € soit 15 %	-41 369,71 €	-51,7 %
Volet 2	320 000 € soit 80 %	218 904,97 € soit 85 %	-101 095,03 €	-31,6 %
Total	400 000 €	257 535,26 €	-142 465,74 €	-35,6 %

Constat majeur

Le CRT présente un léger déséquilibre au CDC national, avec une sur-représentation du Volet 2 (85 % vs 80 %) au détriment du Volet 1 (15 % vs 20 %), dans un contexte de sous-financement global de 35,6 %.

Volet 1 : 38 630,29 € (15 % du budget total)

Moyens humains : 1,5 ETP dédiés

Le CRT a fait le choix de **prioriser l'impact via la formation des professionnels** (effet multiplicateur) plutôt que de disperser des moyens limités sur de nombreuses actions directes personnes âgées/aidants (nombre d'actions réduit pour personnes âgées (0-9) et aidants (0-9)).

Performance du Volet 1 : **Coût par bénéficiaire (personnes âgées, aidants, pro) : 317 €/an** (soit 26,40 €/mois). Même si le ration semble intéressant, ce calcul demeure malheureusement peu représentatif du service rendu (notamment pour les personnes âgées et aidants).

Volet 2 : 218 904,97 € (85 % du budget total)

Avec 19 bénéficiaires personnes âgées :

- Budget par bénéficiaire : $\text{€} / 19 = \mathbf{11\ 521,31\ \text{€/an}}$ (960,11 €/mois)
- CDC national pour 30 personnes âgées : $320\ 000\ \text{€} / 30 = \mathbf{10\ 667\ \text{€/an}}$ (889 €/mois)
- Écart apparent : **+854,64 €/an par bénéficiaire** (+8 %) entre le rapport d'activité et le cahier des charges.

Ressources humaines Volet 2 : 3,5 ETP avec un ratio bénéficiaires/ETP : 5,4

Hypothèses explicatives

- Hypothèse 1 : La concentration exceptionnelle de bénéficiaires en GIR 2 (68,4 %) indique que le CRT accompagne une population particulièrement dépendante, nécessitant un accompagnement intensif et justifiant des coûts supérieurs à la moyenne.
- Hypothèse 2 : La prévalence des maladies neuro-dégénératives (15 personnes sur 19 soit 78,9 % des bénéficiaires atteints de maladies neuro-dégénératives) constitue une hypothèse confirmant potentiellement la première. Ce public nécessite un accompagnement spécialisé (psychologue, ergothérapeute, coordination renforcée).
- Hypothèse 3 : Les motifs de sortie étant également "peu fréquent" voire "très peu fréquent", le CRT semble efficace pour retarder l'institutionnalisation et accompagner jusqu'en fin de vie à domicile, ce qui est cohérent avec la mission du Volet 2.
- Hypothèse 4 : L'augmentation progressive de la file active (objectif 30 personnes âgées) devrait permettre de réduire le coût unitaire (à vérifier avec le nombre d'ETP effectivement affecté au Volet 2 sur 2024 et 2025).

- **Autres produits (hors dotation ARS) : OUI**

- Conseil départemental : APA, PCH, AMH et dotation qualité
- Autres financeurs : Caisses de retraites, mutuelles, privés

- **Investi dans une démarche qualité :**



- **Enjeux et Recommandations ?**

- **Priorité 1 :** Evaluer le modèle d'astreinte partiellement conforme au cahier des charge
- **Priorité 2 :** Mieux renseigner les autres produits et avoir une représentation quantitative de ces apports sur le CRT afin d'affiner la synthèse financière.
- **Priorité 3 :** Évaluer l'impact de la stratégie Volet 1 "formation professionnels"

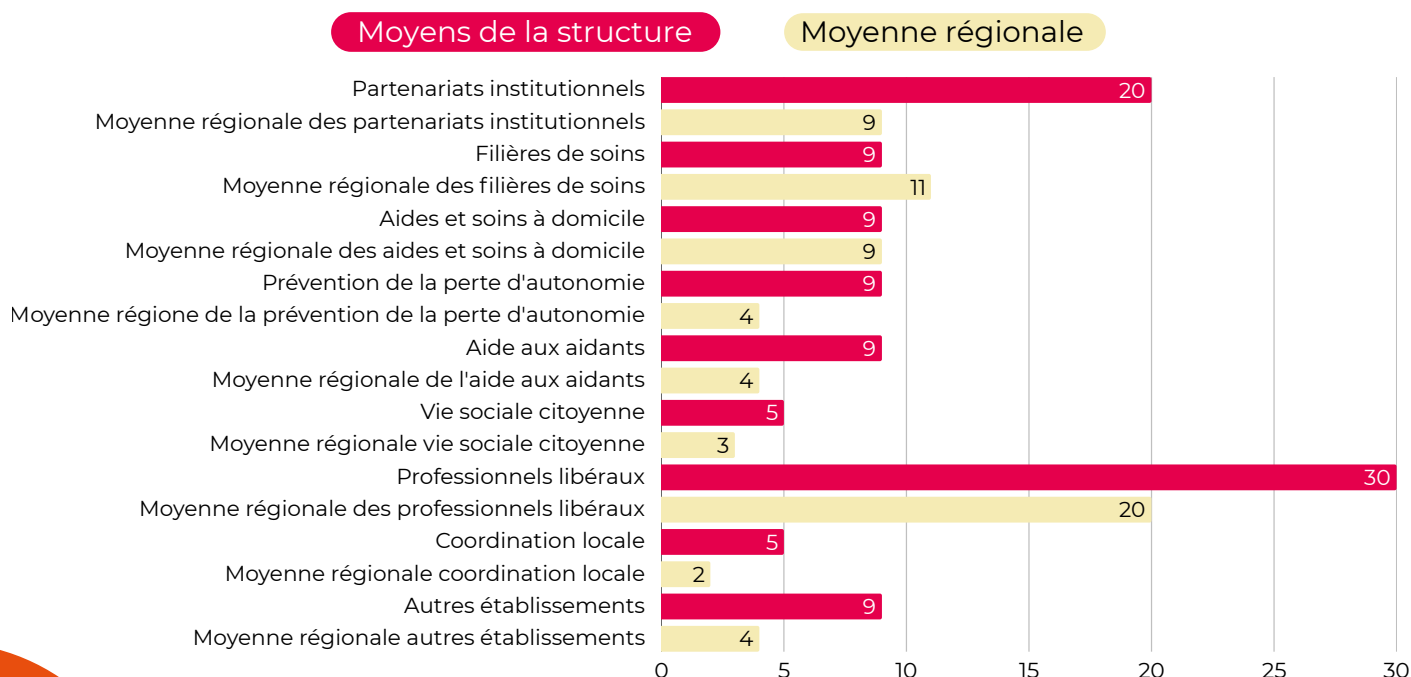
• **Cartographie du territoire du CRT**



• **Résultats clés :**

Le CRT a accompagné au total 491 personnes en 2024 (personnes âgées, aidants, professionnels) dans le volet 1.

• **Comparaison des partenariats entre la structure et la moyenne régionale :**





Le nombre de partenariats concernant les institutions et les professionnels libéraux semblent largement supérieur à la moyenne régionale ce qui témoigne d'un CRT bien implanté sur son territoire.

• Comprendre la répartition sur le Volet 1 :

Nombre de professionnels affectés au volet 1 : **0,9 ETP**

Volet 1			
Public cible	Personnes âgées : 191	Aidants : 121	Professionnels : 179
Actions	Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention	Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants	Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques
Détails	atelier prévention des chutes, activité physique adaptée, etc..	Accès à la boutique solidaire de l'EHPAD, ateliers numériques, convivialité intergénérationnelle, café des aidants, animations musicales, ateliers bien-être	
Nombre d'action	0<...<9	0<...<9	10<...<19

Constat : quelles actions, bien que peu nombreuses à tout niveau, ont pu permettre de toucher un public aussi large et diversifié ?

• Comprendre la répartition le Volet 2 :



Informations

- Mise en place de la téléassistance
- Mise en place de l'astreinte soignante de nuit

Nombre de professionnels affectés au volet 2 : **1,8 ETP**

Équipe pluridisciplinaire : une infirmière coordinatrice, une géronto-psychologue, une assistante de Soins en gérontologie ainsi qu'un ergothérapeute

Volet 2					
Public cible	Personnes âgées : 12	incluses dans Volet 1 : 2			
Classification des Actions	Sécurisation de l'environnement de la personnes	Gestion de la situation de crise et soutien aux aidants	Coordination renforcée autour de la personne	Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement	Appui au parcours de vie
Détails					
Nombre d'actions réalisées	0<...<9	10<...<19	10<...<19	0<...<9	10<...<19

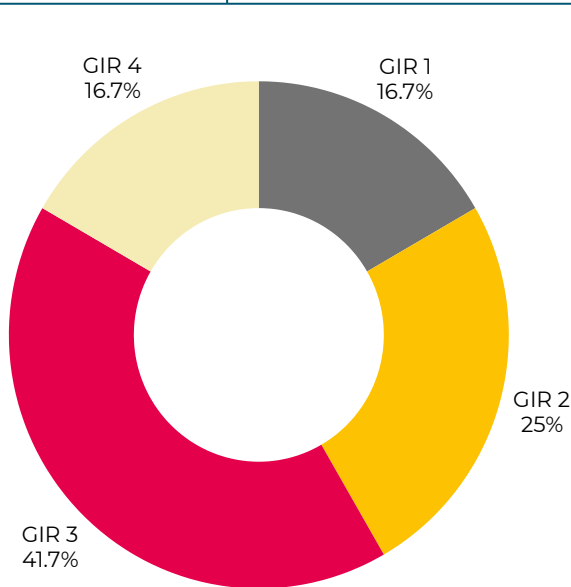
• Comparaison profils des bénéficiaires du Volet 2 :

➤ Les profils GIR

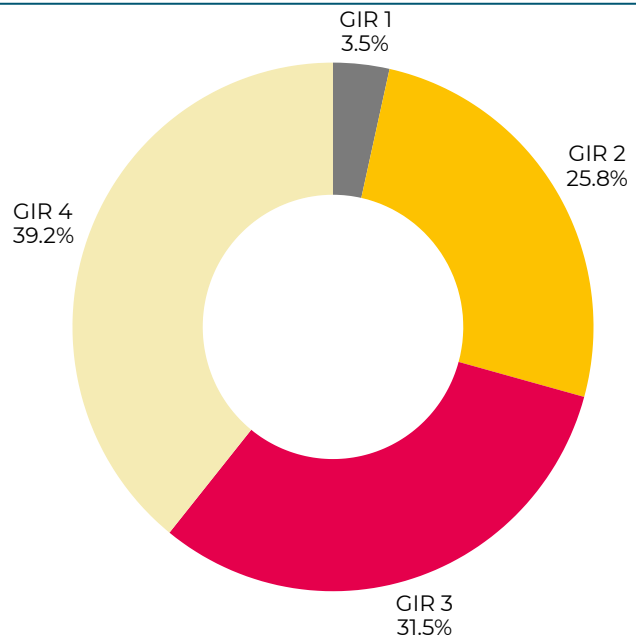


Informations

- Tous les bénéficiaires du volet 2 ont eu une évaluation de leur GIR.
- Nb de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives : 10



Profils des bénéficiaires dans la structure

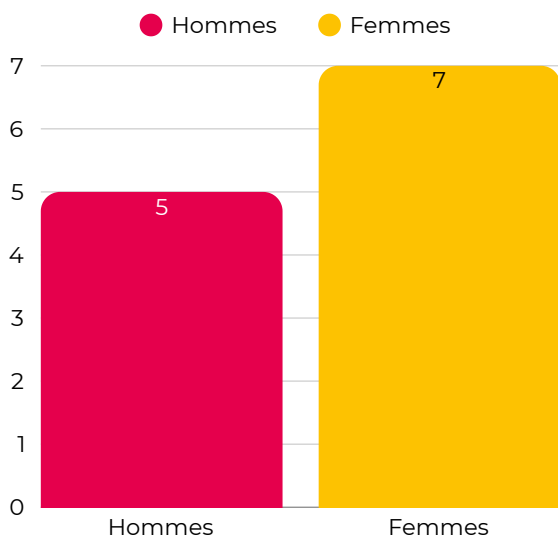


Profils des bénéficiaires à échelle régionale

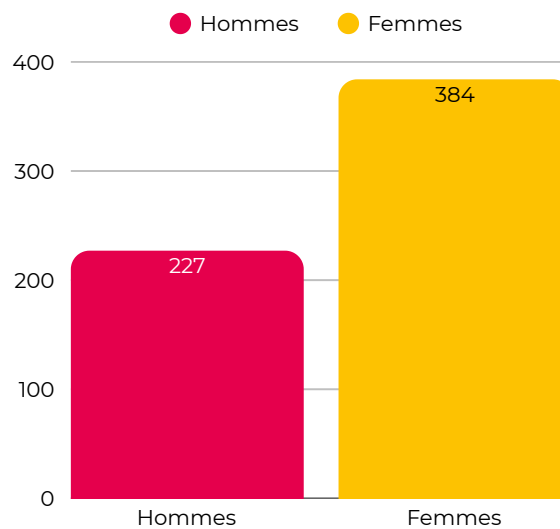


La répartition des bénéficiaires en fonction de leur GIR est peu représentative en raison du faible nombre de bénéficiaires incluses dans le volet 2 en 2024 (12 contre 30 du CDC).

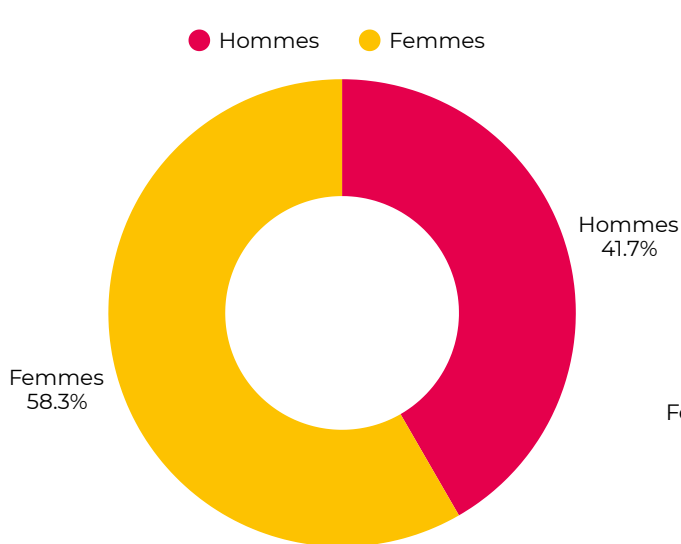
➤ Répartition des profils par genres (H/F)



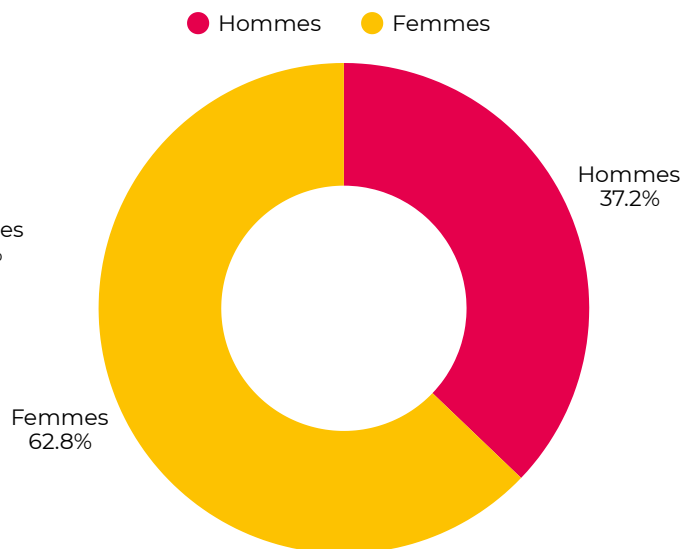
Profils des bénéficiaires dans la structure



Profils des bénéficiaires à échelle régionale



Répartition moyenne des bénéficiaires dans la structure



Répartition moyenne des bénéficiaires à échelle régionale

Ratio femmes/hommes : 1,4 (soit 1,4 femmes pour 1 homme)

➤ **Âge moyen des bénéficiaires**



86 ans (structure)



RÉGION
Nouvelle-Aquitaine

83,1 ans (moyenne régionale)

• **Motifs d'entrée dans le dispositif de la structure :**

1	Isolement social : fréquent
	Situation complexe à domicile : fréquent
2	Sortie d'hospitalisation : peu fréquent
3	Plan APA insuffisant : très peu fréquent
4	Autre : nécessité de prestation complémentaire (fréquence non mentionnée)

Le CRT intervient principalement en **prévention primaire/secondaire** (isolement, complexité) plutôt qu'en réaction à des événements aigus (post-hospitalisation). Cela suggère un bon maillage territorial permettant un repérage précoce.





- **Classement des motifs de sortie de la structure :**

1	Décès : peu fréquent
	Admission en EHPAD : peu fréquent
2	Établissement de soins de longue durée : très peu fréquent
	Admission en habitat intermédiaire : très peu fréquent
3	Autre : fin de la plus-value des actions complémentaires (fréquence non renseignée)

- **Réalisations et points forts :**

...	...
...	...
...	...

- **Outils utilisés**

Outils digitaux		Usages et retour d'expérience
PAACO-GLOBULE		améliore la traçabilité et la coordination
ICOPE		Évaluation de la fragilité
Télégrafik		outil de télésurveillance
ArchMC2/Dome		outils métiers du médico-social

- **Retours d'informations de la part du CRT :**

Retour 1 :

Retour 2 :

Retour 3 :

- **Analyse du volet financier**

1. Budget global et répartition par groupes de charges

Budget total : 161 871,07 €

Le budget du CRT SSIAD Nord Bassin se décompose en trois groupes de charges distincts :

Groupe	Nature des charges	Montant	% du budget
G1	Fournitures, matériel, ateliers, astreinte	13 231,53 €	8,17 %
G2	Personnel d'encadrement et médical	125 561,39 €	77,56 %
G3	Transports, SI, téléassistance, immobilier	23 078,15 €	14,26 %

➤ Analyse de la structure budgétaire

Groupe 1: Le Groupe 1 (activités) est relativement faible (8,17%)

Groupe 2 (personnel) représente la part la plus importante (77,56%), conforme aux attentes d'une structure d'accompagnement à domicile

Groupe 3 (frais de structure) est dans la moyenne (14,26%)

En l'absence d'informations plus précises sur les actions réalisées, il est difficile de proposer une analyse ou des hypothèses.

2. Répartition volet 1 / volet 2 : analyse versus cahier des charges national

➤ Analyse comparative

Volets	CDC national	CRT SSIAD Nord Bassin	Écart	% écart
Volet 1	80 000 € soit 20%	30 755,50 € soit 19 %	-49 244,50 €	-61,56 %
Volet 2	320 000 € soit 80%	131 115,57 € soit 81 %	-188 884,43 €	-59,03 %
Total	400 000 €	161 871,07 €	-238 128,93 €	-59,53 %

Constat majeur : Le CRT présente un quasi parfait équilibre au CDC national entre les deux volets, mais avec un écart budgétaire global de -59,53% lié au faible nombre de bénéficiaires Volet 2 (12 au lieu de 30).

Volet 1 : 30 755,50 € (19% du budget total)

Moyens humains : 0,9 ETP dédiés

Coût par personne touchée : $30\,755,50\ € \div 491 = 62,64\ €/personne/an$

Performance du Volet 1 : difficile à établir sans connaître les actions réalisées.

Volet 2 : 131 115,57 € (81% du budget total)

Avec 12 bénéficiaires personnes âgées :

- Budget par bénéficiaire : $131\,115,57\ € / 12 = 10\,926,30\ €/an$ (910,53 €/mois)
- CDC national pour 30 personnes âgées : $320\,000\ € / 30 = 10\,667\ €/an$ (889 €/mois)
- Écart apparent : +259,30 €/an par bénéficiaire (+2,43%) entre le rapport d'activité et le cahier des charges.
- Budget : 131 115,57 € (81%)

Hypothèses explicatives

- Hypothèse 1 : La montée en charge des bénéficiaires au Volet 2 (12/30) explique l'écart budgétaire de -59,53%.
- Hypothèse 2 : Le territoire littoral présente des caractéristiques démographiques spécifiques. L'âge moyen élevé (86 ans vs 83,1 ans) et la forte prévalence de maladies neuro-dégénératives (83,3%) témoignent d'un public très fragilisé.
- Hypothèse 3 : L'écart budgétaire important suggère un besoin d'optimisation pour augmenter le nombre de bénéficiaires Volet 2 tout en maintenant la qualité d'accompagnement.
- Hypothèse 4 : Le ratio actuel (12 personnes âgées pour 1,8 ETP, soit 6,7 Personne âgée / ETP) permet un accompagnement très intensif, supérieur à ce qui serait possible avec 30 bénéficiaires (16,7 Personne âgée /ETP).

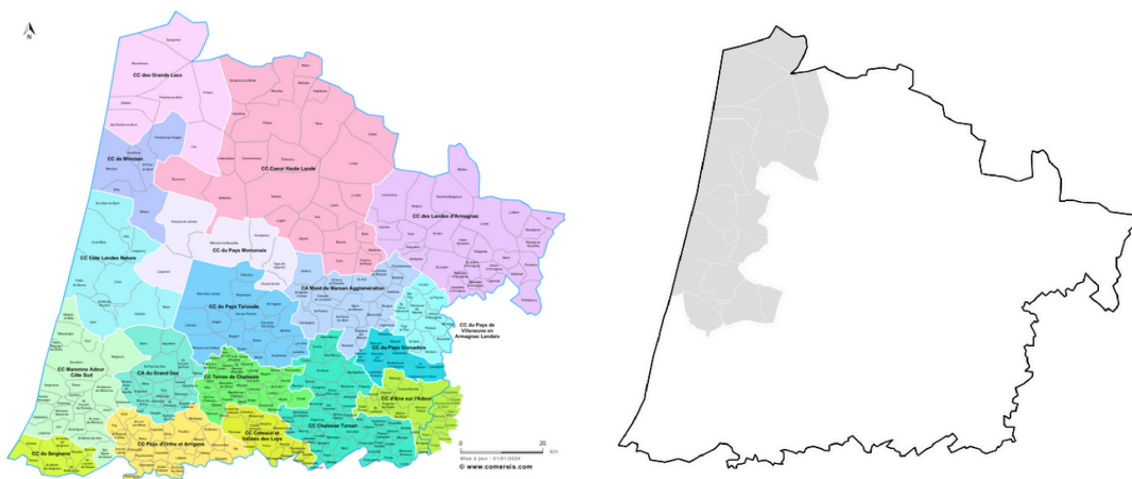
- **Investi dans une démarche qualité :**



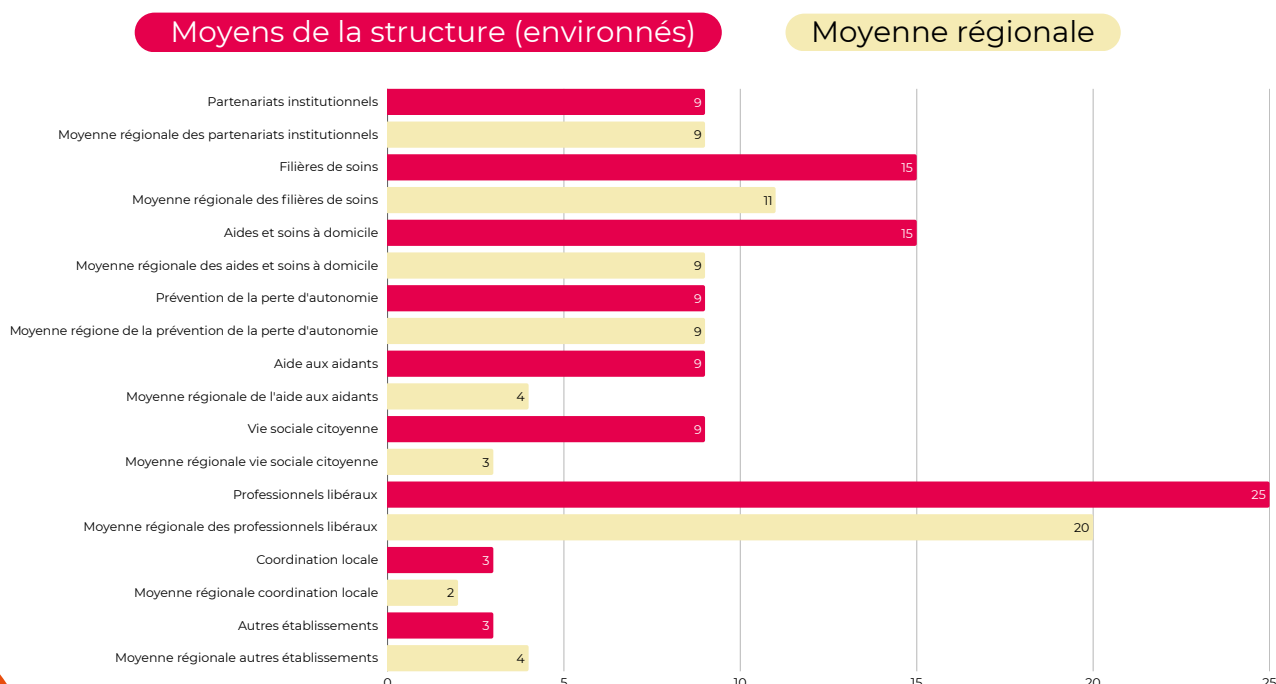
- **Enjeux et Recommandations ?**

- **Priorité 1 :** Augmenter le nombre de bénéficiaires Volet 2 (par exemple : en développant la communication auprès des professionnels libéraux partenaires, en renforçant les liens avec le DAC et les filières de sortie d'hospitalisation, en améliorant la visibilité du CRT auprès de la population cible...)
- **Priorité 2 :** Renforcer les partenariats locaux (dans les domaines prioritaires : coordination locale, vie sociale et citoyenne...)

• **Cartographie du territoire du CRT**



- **Résultats clés :** Le CRT Landes Nature Côte d'Argent se distingue par une coordination renforcée de 5,26 ETP auprès d'un public à forte dépendance (50,9 % en GIR 1-2) , soutenue par un réseau de 25 partenaires libéraux et un écosystème d'outils numériques prédictifs.
- **Comparaison des partenariats entre la structure et la moyenne régionale :**





Le nombre de partenaires "professionnels libéraux" semble bien supérieur légèrement supérieure à la moyenne régionale.

• Comprendre la répartition sur le Volet 1 :

Nombre de professionnels affectés au Volet 1 : **1,050 ETP**

Volet 1			
Public cible	Personnes âgées : 65	Aidants : 60	Professionnels : 33
Actions	Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention	Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants	Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques
Détails	<p>Travail avec ASEPT (test MOCA, conférences, débats, informations ICOPE ateliers), actions de prévention lors de la Conférence des financeurs, Travail avec la CPTS des Grands Lacs (prévention des chutes, cancer du col de l'utérus, lien ville-hopital, santé mentale</p> <p>Évaluation de la situation sociale, mise en place des dossiers d'aide., éventuelle participation aux transports pour des rendez-vous médicaux qui ne pourraient être pris en charge par les dispositifs de droits commun</p> <p>Complément ajouté par le CRT : 1er salon Bien Vieillir à Biscarrosse Démarche ICOPE en partenariat avec le DAC</p>	<p>Collaboration avec la Plateforme de répit Pôle des aidants du Cœur Haute Lande et le CIAS GL (3 réunion thématiques aidants) (Mesures de Protection, l'accompagnement des troubles psycho-comportementaux, théâtre-forum Agirc-Arrco)</p> <p>Le CRT a participé à l'organisation, le contenu, le transport et l'accueil des aidés Groupe de travail sur l'offre aux aidants sur le territoire côte landes nature</p> <p>Rencontre avec des associations locales, Rencontre territoriale avec Bulle d'air</p> <p>Proposition d'actions à destination des aidants (Conférence des financeurs et l'AMI Aidants MSA-CARSAT (bien-être et prévention autour des troubles de la déglutition)</p> <p>Complément ajouté par le CRT : Rencontre avec des associations locales pour accès au contact de proximité afin de faciliter l'accès à la téléalarme - 1er salon Bien Vieillir à Biscarrosse</p>	<p>Formation à l'utilisation du matériel et aux techniques de manipulation</p> <p>Formation ICOPE (repérage des fragilité), Groupe de travail sur la fluidification entrée-sortie HT en lien avec l'HEPAD et pro du domicile</p> <p>Temps de sensibilisation pour les aides à domicile (GT sur les troubles de la déglutition)</p> <p>Réunion d'information sur des thématiques spécifiques (huiles essentielles et soins bien-être)</p> <p>Interconnaissance des professionnels sur le territoire Actions lors d'octobre rose à destination des professionnels</p> <p>Investissement de la CPTS Rédaction d'un document facilitant la lisibilité de l'offre</p> <p>Complément ajouté par le CRT : Investissement dans la CPTS -> membre du bureau</p>
Nombre d'action	0<...<9	0<...<9	0<...<9

• Comprendre la répartition le Volet 2 :



Informations

- Mise en place de la téléassistance
- Pas d'astreinte soignante de nuit assurée par le CRT

Nombre de professionnels affectés au Volet 2 : **4,210 ETP**

Volet 2					
Public cible	Personnes âgées : 59	inclues dans Volet 1 : 6			
Classification des Actions	Sécurisation de l'environnement de la personnes	Gestion de la situation de crise et soutien aux aidants	Coordination renforcée autour de la personne	Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement	Appui au parcours de vie
Détails	<p>Intervention de l'ergothérapeute du CRT permettant d'installer au domicile du matériel adapté nécessaire au maintien à domicile, accompagnement à la manipulation du matériel, sollicitation des dispositifs d'aide à l'adaptation du logement</p> <p>Mise en place d'une téléassistance renforcée aux prestations individualisables en fonction de l'évaluation des besoins faites par l'équipe pluridisciplinaire, en partenariat avec XL Autonomie</p>	<p>.Ouverture du CRT jusqu'à 17</p> <p>Prévention des risques d'hospitalisation en urgence avec le dispositif Presage Care, accompagnement lors de retour d'hospitalisation.</p> <p>Accompagnement de l'aidant, lien avec la plateforme de répit, intervention possible de la psychologue, soutien à l'aidant avec prise en compte de ses besoins et souhaits, accompagnement à la santé de l'aidant avec la démarche de repérage des fragilités ICOPE</p>	<p>visites à domicile régulières, lien avec les différents intervenants du domicile et avec le médecin traitant, mise en place et évaluation régulière du projet personnalisé de coordination</p> <p>Complément ajouté par le CRT : utilisation de PAACO-globule</p>	<p>Accès à l'ensemble des actions du Volet 1.</p> <p>Évaluation multidimensionnelle de la situation et recueil de l'histoire de vie afin de proposer un projet personnalisé de coordination (PPCS) dans le respect des besoins et souhaits de la personne</p> <p>Accompagnements vers les solutions existant sur le territoire pour la rupture de l'isolement</p> <p>Ouverture du service le samedi : permet également de lutter contre l'isolement</p>	<p>Profite des actions du Volet 1</p> <p>Sorties d'hébergement définitif d'EHPAD pour des retours à domicile : évaluation des soins par l'équipe en EHPAD, lien avec les services du domicile, accompagnement des aidants, préparation du logement</p> <p>Plus globalement, l'appui du CRT pour sécuriser les transitions de parcours (entrée ou sortie de structures, continuité domicile-institution)</p>
Nombre d'actions réalisées	30+	30+	30+	30+	30+

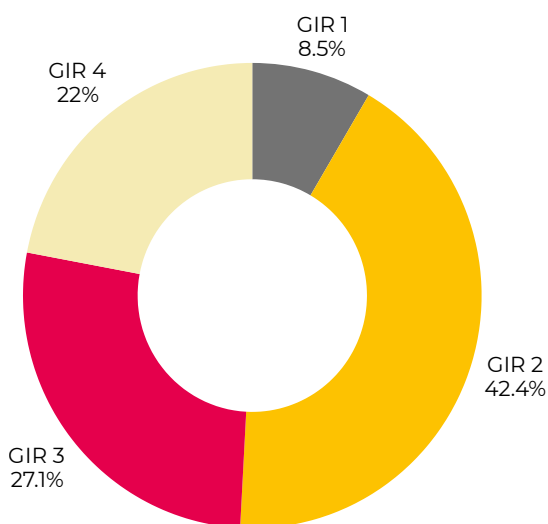
• Comparaison profils des bénéficiaires du Volet 2 :

➤ Les profils GIR

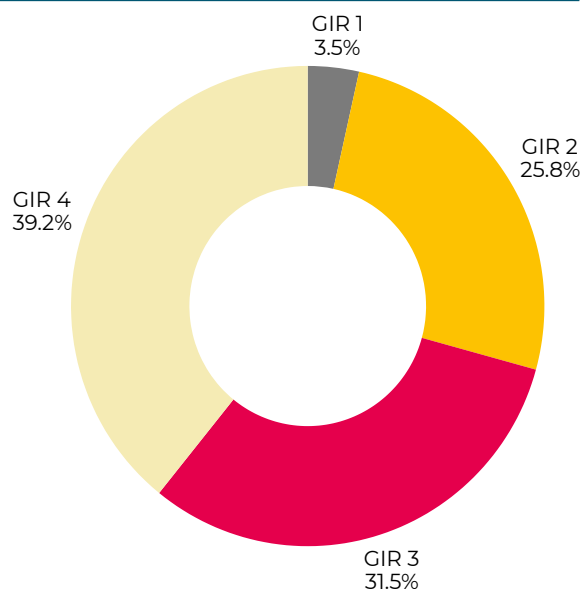


Informations

- **Tous les bénéficiaires** du Volet 2 **ont eu** une évaluation de leur GIR.
- Les pourcentages de GIR 1 et 2 sont supérieurs à la moyenne régionale
- Nb de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives : 40



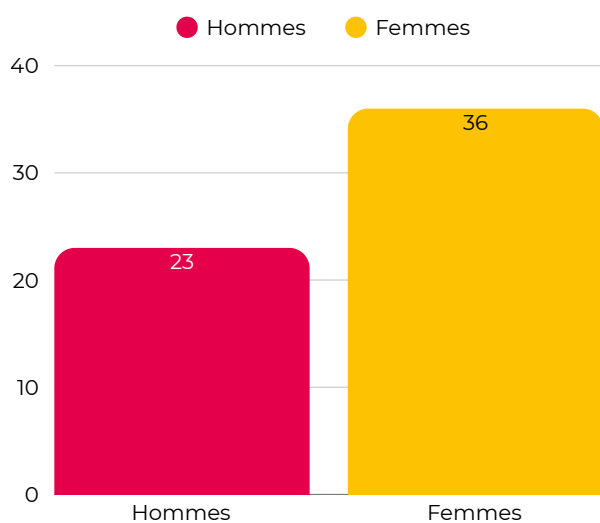
Profils des bénéficiaires dans la structure



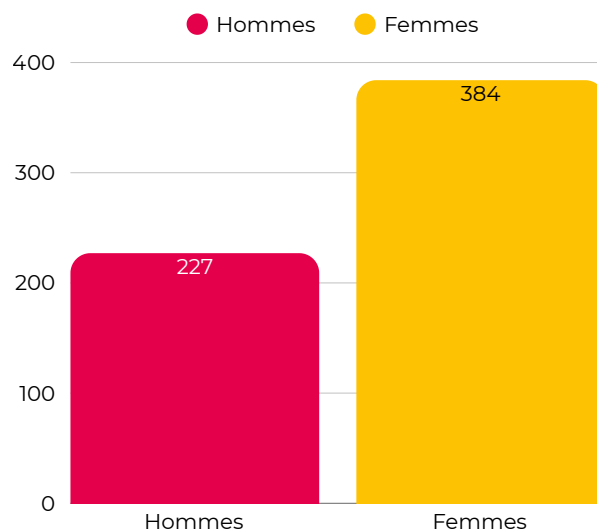
Profils des bénéficiaires à échelle régionale

Le CRT Landes Nature Côte d'Argent accueille un pourcentage plus élevé de bénéficiaires évalués en GIR 1 et 2 comparé à la moyenne régionale.

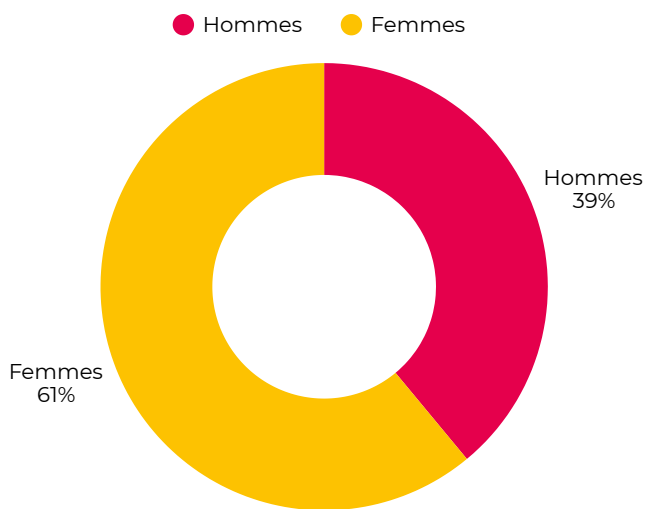
➤ Répartition des profils par genres (H/F)



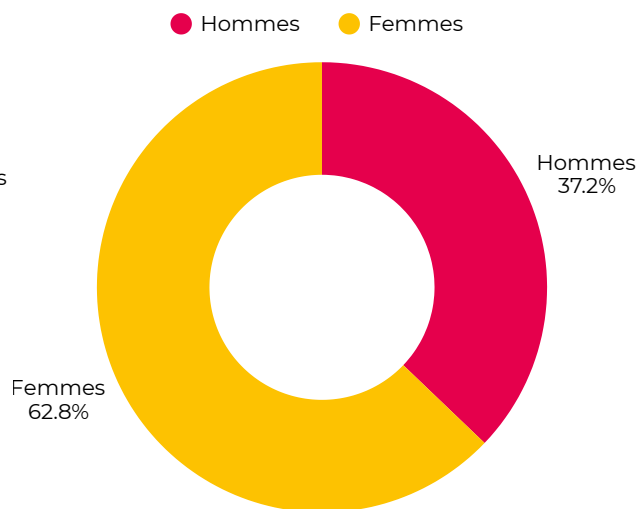
Profils des bénéficiaires dans la structure



Profils des bénéficiaires à échelle régionale



Répartition moyenne des bénéficiaires dans la structure



Répartition moyenne des bénéficiaires à échelle régionale

Ratio femmes/hommes : 1,57 (soit 1,57 femmes pour 1 homme)

➤ **Âge moyen des bénéficiaires**



84 ans (structure)



RÉGION
Nouvelle-Aquitaine

83,1 ans (moyenne régionale)

• **Motifs d'entrée dans le dispositif de la structure :**

1	Plan APA insuffisant : fréquent
	Isolement social : fréquent
	Situation complexe à domicile : fréquent
2	Sortie d'hospitalisation : peu fréquent <i>"car nous avons sur le territoire une équipe pluridisciplinaire d'appui aux sorties d'hospitalisation (même porteur), l'EPA assiste aux commissions d'admission du CRT"</i>
3	Autre: Sortie HD EHPAD pour RAD, épuisement de l'aidant





- **Classement des motifs de sortie de la structure :**

1	Admission en EHPAD : fréquent
	Décès : fréquent
2	Admission en ESLD : très peu fréquent
	Admission en habitat intermédiaire : très peu fréquent
3	Autre : Déménagement hors territoire, stabilisation

- **Réalisations et points forts :**

Commission admission	Création d'une commission admission avec le DAC, ATPA (antenne territorialisée personnes âgées) et EPA (équipe pluridisciplinaire d'appui) afin d'éviter le millefeuille
Territorialité	Plus value des dispositifs existants sur Biscarosse et grande commune
Sensibilisation	Sensibilisation des acteurs et aidants sur les mesures de protection

• Outils utilisés

Outils digitaux		Usages et retour d'expérience
PAACO-GLOBULE		Améliore la traçabilité et la coordination au sein du CRT
MyATTENTIVE		MyATTENTIVE propose des solutions de téléassistance connectée (bracelets, transmetteurs, accessoires IoT) et une plateforme pour gérer alertes, localisation et communications entre aidants et utilisateurs.
XL Autonomie		XL Autonomie propose le service public « Vivre à domicile » pour les personnes âgées, handicapées ou malades chroniques dans les Landes, offrant accompagnement humain, équipements de sécurité, confort et loisirs, et services de proximité coordonnés par des accompagnants postiers formés.
Presage		Dispositif Médical basé sur l'IA qui prédit les passages en urgence avec 7 à 14 jours d'avance et renforce les relations aidants-aidé.
		Arche MC2 est un éditeur de solutions numériques pour le secteur médico-social, proposant des logiciels de coordination, de suivi des accompagnements et de communication entre professionnels, personnes accompagnées et aidants
ARCHE MC2 Dôme		Plateforme numérique de coordination et de partage d'informations pour le maintien à domicile des personnes âgées ou dépendantes, qui centralise l'agenda des interventions, le cahier de vie, les documents, les contacts et les communications entre professionnels, aidants, famille et la personne accompagnée, pour améliorer la coordination des soins et l'accompagnement au quotidien.

- **Retours d'informations de la part du CRT :**

Retour 1 :	Retour 2 :
Peu ou pas de médecin spécialiste santé mentale, difficulté des professionnels à accompagner les troupes psychiatriques au quotidien	Problème d'interopérabilité des logiciels utilisés (ARCADE DUI +extension DOME + Presage + Paaco Globule+ XL autonomie + logiciel de l'EHPAD)

- **Analyse du volet financier**

1. Budget global et répartition par groupes de charges

Budget total : 403 915 €

Le budget du CRT Landes Nature Côte d'Argent se décompose en trois groupes de charges distincts :

Groupe	Nature des charges	Montant	% du budget
G1	Fournitures, matériel, ateliers, astreinte Complément ajouté par le CRT : <i>Achat PC, matériels pour les ASG, outils numériques (ARCHE, PRESAGE...), remboursement frais</i>	76 442,22 €	18,93 %
G2	Personnel d'encadrement et médical Complément ajouté par le CRT : <i>Salaires agents et remboursement mise à disposition CESF par CIAS</i>	309 113,21 €	76,58 %
G3	Transports, SI, téléassistance, immobilier Complément ajouté par le CRT : <i>Location véhicules, téléassistance (XL AUTONOMIE)</i>	18 359,57 €	4,55 %

Analyse de la structure budgétaire

Groupe 1:

Les dépenses de fournitures et de matériel représentent une part significative du budget du groupe 1, traduisant l'engagement du dispositif en faveur des actions de prévention et des ateliers destinés aux 158 bénéficiaires, incluant les personnes âgées, les aidants et les professionnels. Cette enveloppe permet de financer l'ensemble des activités du Volet 1, comprenant 0 à 9 actions sur l'année 2024, notamment les sessions de sensibilisation organisées dans le cadre de la Conférence des financeurs, ainsi que la mise en place du premier Salon du bien-vieillir à Biscarrosse.

À noter que ce budget couvre également l'acquisition de matériels achats de matériel informatique (PC), les équipements destinés aux ASG et d'outils (MyATTENTIVE, Présage, ARCHE MC2 et Dôme).

Groupe 2:

Ce groupe constitue ainsi le poste de dépense principal du budget (76,58 %). Cette part majoritaire s'explique par la place centrale des ressources humaines (5,26 ETP) dans le fonctionnement du dispositif : salaires des agents, encadrement des équipes et remboursement de la mise à disposition d'une CESF par le CIAS. Le poids du groupe 2 souligne que la qualité du service repose avant tout sur l'intervention et la coordination des professionnels.

Groupe 3:

Le groupe 3 ne représente que 4,55 % du budget global (soit 18 359,57 €), il finance néanmoins un ensemble conséquent d'outils numériques indispensables au fonctionnement du dispositif. Ce groupe couvre notamment la solution XL Autonomie,, qui permet d'assurer le suivi des 59 bénéficiaires (sur l'année 2024), la téléassistance, la gestion des données et la location des transports. La part budgétaire relativement limitée s'explique par une optimisation des coûts et par le fait que ces outils viennent en appui des professionnels, dont les dépenses relèvent majoritairement du groupe 2.

2. Répartition Volet 1 / Volet 2 : analyse versus cahier des charges national

➤ Analyse comparative :

Volets	CDC national	CRT Landes Nature Côte d'Argent	Écart	% écart
Volet 1	80 000 € soit 20 %	80 783 € soit 20 %	+783 €	+0,98 %
Volet 2	320 000 € soit 80 %	323 132 € soit 80 %	+3 132 €	+0,98 %
Total	400 000 €	403 915 €	+3 915 €	+0,98 %

Constat majeur

Le CRT Landes Nature Côte d'Argent fonctionne avec un **budget global cohérent et en adéquation au cahier des charges national** (+0,98 %), et présente une **répartition tout à fait équilibrée** entre les deux volets :

- **20 % pour le Volet 1** au lieu de 20 % prévu
- **80 % pour le Volet 2** au lieu de 80 % prévu

Volet 1

Le sur-financement est minime (783 € soit +0,98 %), indiquant que les ressources allouées correspondent parfaitement aux besoins opérationnels pour assurer les actions de sensibilisation, prévention et ateliers pour les 158 bénéficiaires, incluant les personnes âgées, les aidants et les professionnels.

Le budget du Volet 1 est plutôt optimisé, avec une allocation adaptée aux activités concrètes prévues dans le cahier des charges, et reflète une gestion prudente et réaliste des ressources.

Volet 2

Rappel du Public cible Volet 2 :

- **59 personnes âgées**
- **6 personnes incluses aussi dans Volet 1** (articulation Volet 1 / Volet 2)

Le Volet 2, consacré à l'accompagnement des personnes âgées, dispose d'un budget de 323 132 €, légèrement supérieur au montant prévu par le cahier des charges national (+3 132 €, soit +0,98 %), ce qui constitue un sur-financement mineur. Il couvre 59 bénéficiaires, dont 6 inclus également dans le Volet 1, afin d'assurer l'articulation entre prévention et suivi.

Ce sur-financement mineur traduit une gestion prudente et adaptée aux réalités du territoire, tout en maintenant la cohérence et la complémentarité avec le Volet 1.

Avec 59 bénéficiaires personnes âgées :

- Budget par bénéficiaire : $323\,132 \text{ €} / 59 = \mathbf{5\,476,81 \text{ €/an}}$ (456,40 €/mois)
- CDC national pour 30 personnes âgées : $320\,000 \text{ €} / 30 = \mathbf{10\,667 \text{ €/an}}$ (889 €/mois)
- **Écart apparent : - 5 189,86 €/an / bénéficiaire (-48,65 %)** entre le rapport d'activité et le cahier des charges

Le budget par bénéficiaire s'élève à 5 476,81 € par an (456,40 €/mois), inférieur à la référence CDC (10 667 €/an par bénéficiaire pour 30 personnes), reflétant le fait que le CRT prend en charge un plus grand nombre de bénéficiaires sans ajustement proportionnel du budget, ce qui permet d'élargir l'accès au service.

Ressources humaines Volet 2 :

- **4,210 ETP** pour 59 bénéficiaires
- Ratio : **1 ETP pour 14,01 personnes âgées**

Hypothèses :

- Mutualisation des coûts fixes : coordination unique pour 59 personnes âgées, amortissement des outils numériques sur volume plus important
- Effet de territoire (7 communes seulement pour le Volet 2) : des déplacements optimisés avec une concentration géographique autour de Biscarrosse, des temps de trajet réduits → plus de temps d'accompagnement
- Synergie Volet 1 / Volet 2 : 6 bénéficiaires (10,2 % du Volet 2) inclus dans les deux volets avec des actions préventives Volet 1 → réduction besoins intervention Volet 2 ; Exemple : formation ICOPE des aidants → moins d'épuisement → moins d'heures coordination crise
- Partenariats structurants : Commission admission conjointe DAC/ATPA/EPA → pas de doublons évaluation, XL Autonomie (Département) : téléassistance mutualisée, EPA territoire : gestion partagée sorties hospitalisation
- Profil des bénéficiaires : Bien que 50,9 % soient en GIR 1-2 (vs 29,3 % région), le maintien à domicile est déjà structuré avec services existants. Le CRT intervient en coordination renforcée, pas en substitution

- **Investi dans une démarche qualité :**



- **Enjeux et Recommandations ?**
- **Priorité 1 :** Anticiper la montée en charge et préserver la soutenabilité du modèle.
- **Priorité 2 :** Renforcer le volet prévention (Volet 1) pour soulager le Volet 2
- **Priorité 3 :** Poursuivre les demandes de mises en œuvre de l'interopérabilité des solutions

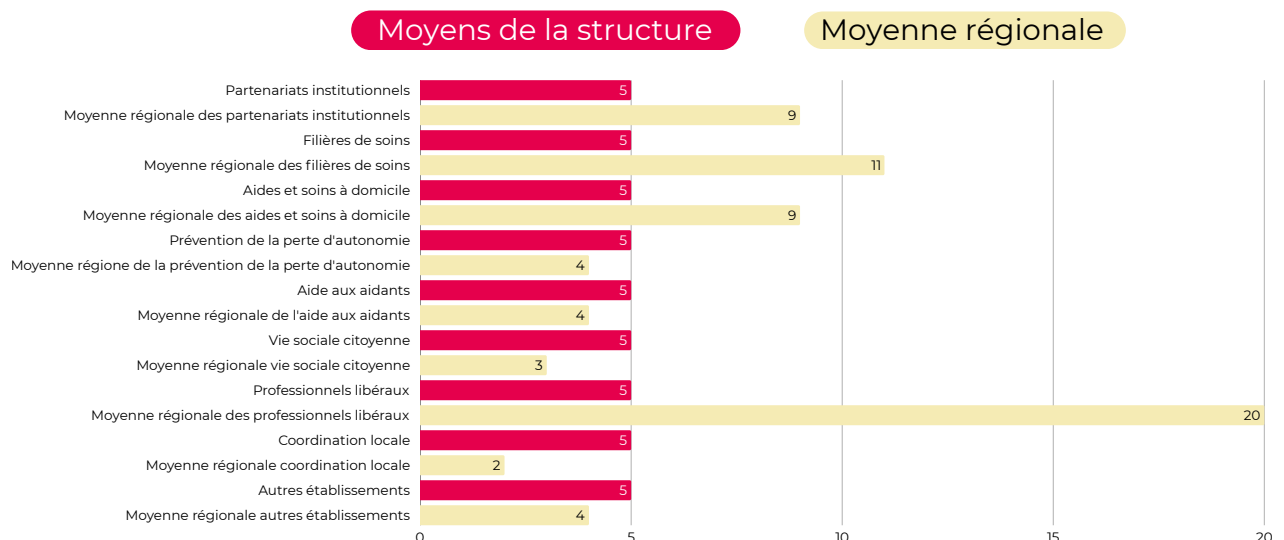
• Cartographie du territoire du CRT



• Résultats clés :

- Dans les structures intermédiaires (MARPA, foyers logements, résidences seniors, habitats partagés)
- Accompagnement pour les + 75 ans du territoire
- Intervention surtout à domicile

• Comparaison des partenariats entre la structure et la moyenne régionale :





Le nombre de partenariats et sa diversité est inférieur aux moyennes régionales. Cela est sûrement corrélé au fait que le CRT est porté par un Centre hospitalier, ce qui crée plusieurs obstacles :

1. **Culture institutionnelle hospitalière** : Difficulté à s'ouvrir vers le domicile et les acteurs médico-sociaux
2. **Image territoriale** : "Pas très bien accepté sur le territoire du fait d'être rattaché avec l'hôpital" (verbatim)

• Comprendre la répartition sur le Volet 1 :

Nombre de professionnels affectés au volet 1 : **1,3 ETP**

Volet 1			
Public cible	Personnes âgées : 73	Aidants : 60	Professionnels : 0
Actions	Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention	Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants	Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques
Détails	Participation à des activités de stimulation Évaluation des fragilités	Participation à des activités d'animation	
Nombre d'action	+30	+30	0<...<9

• Comprendre la répartition le Volet 2 :



Informations

- Mise en place de la téléassistance
- Absence d'astreinte soignante de nuit
- "On ressemble à une équipe mobile extra-hospitalière."


Nombre de professionnels affectés au volet 2 (déclaration SIDOBA) : **2,5 ETP**

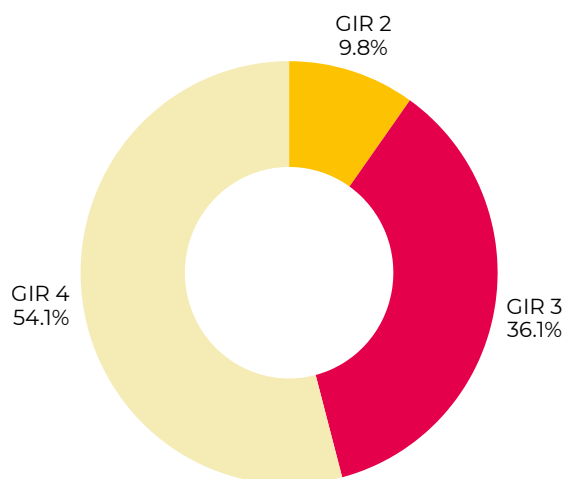
Equipe pluridisciplinaire (effective) : Médecin coordonnateur à 30%, Infirmière et ergo à 100%, psycho à 30% chacune, secrétaire à 50%, aide-soignante avec missions d'animation à 50%

Volet 2					
Public cible	Personnes âgées: 73	incluses dans Volet 1 : 73			
Classification des Actions	Sécurisation de l'environnement de la personnes	Gestion de la situation de crise et soutien aux aidants	Coordination renforcée autour de la personne	Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement	Appui au parcours de vie
Détails					
Nombre d'actions réalisées	+30	1<...<9	+30	+30	+30

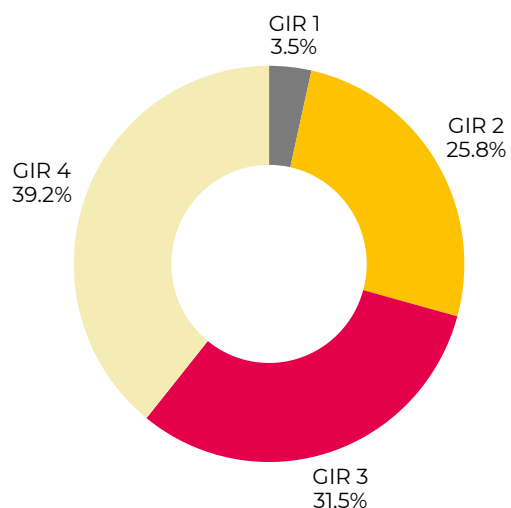
• Comparaison profils des bénéficiaires du Volet 2 :

➤ Les profils GIR

	<p>Informations</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5 bénéficiaires du volet 2 n'ont pas eu une évaluation de leur GIR. • Nb de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives : 14
--	--



Profils des bénéficiaires dans la structure

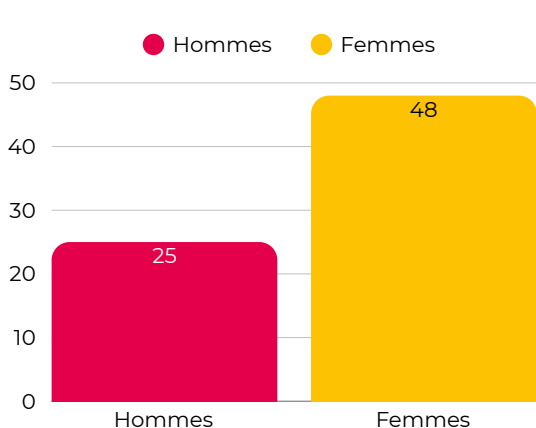


Profils des bénéficiaires à échelle régionale

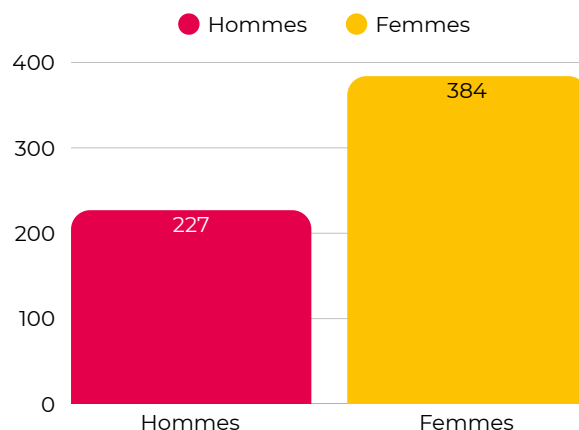


La répartition des bénéficiaires en fonction de leur GIR est assez représentative malgré l'absence d'évaluation du GIR pour 5 bénéficiaires. Par ailleurs, les GIR 3 et surtout 4 sont supérieurs aux moyennes régionales, ce qui laisse à penser que le CRT s'oriente davantage vers de la prévention pour favoriser le soutien à domicile.

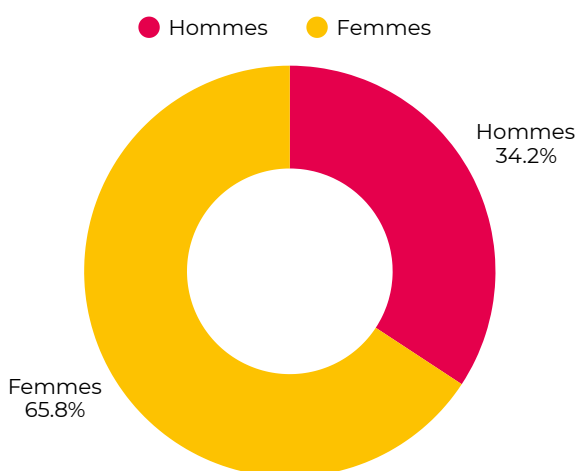
➤ Répartition des profils par genres (H/F)



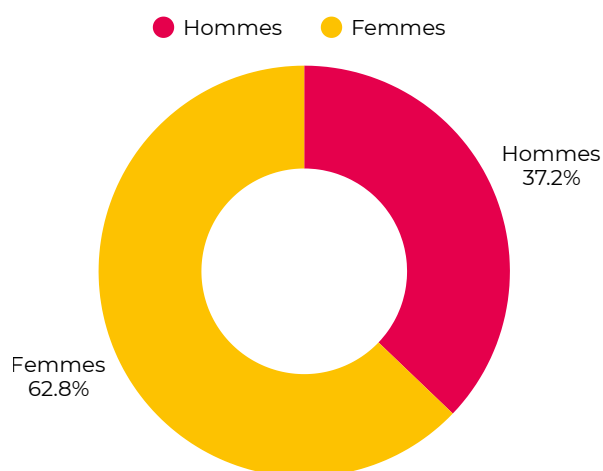
Profils des bénéficiaires dans la structure



Profils des bénéficiaires à échelle régionale



Répartition moyenne des bénéficiaires dans la structure



Répartition moyenne des bénéficiaires à échelle régionale

**Ratio femmes/hommes : 2,8 (soit 2,8 femmes pour 1 homme)
Population majoritairement féminine supérieure à la moyenne régionale**

➤ Âge moyen des bénéficiaires



86 ans (structure)



RÉGION
Nouvelle-Aquitaine

83,1 ans (moyenne régionale)

L'âge moyen des bénéficiaires est largement supérieur à la moyenne régionale.

- **Motifs d'entrée dans le dispositif de la structure :**

1	Isolement social : très fréquent
	Plan APA insuffisant : très fréquent
2	Sortie d'hospitalisation : fréquent
	Situation complexe au domicile : fréquent
3	Autre : non renseigné

Le CRT intervient principalement en **prévention primaire/secondaire** (isolement et nécessité de réévaluer le plan APA) malgré des événements aigus (post-hospitalisation et situation complexe) qui demeurent fréquents.

“Le DAC n'est pas la porte d'entrée ni dans les commissions d'admission avec des entrées à 70% de l'hôpital (sortie d'hospitalisation ou consultation mémoire)”

- **Classement des motifs de sortie de la structure :**

1	Admission en établissement intermédiaire : peu fréquent
	Admission en EHPAD : peu fréquent
2	Établissement de soins de longue durée : très peu fréquent
	Décès : très peu fréquent
3	Autre

Les motifs de sortie sont également cohérents avec le public visé (GIR 3 et 4 prédominants, laissant peu de motifs de sorties pour des raisons purement sanitaires ou de trajectoires très défavorables.

- **Réalisations :**






**Volet 1 et 2
totalement imbriqués**

"L'animatrice est à la fois dans le Volet 1 et Volet 2 : elle propose des animations au domicile avant de proposer des actions en dehors comme des animations spectaculaires, jeux de cartes, société (portés par EHPAD) et des actions extérieures qui ont été créées : sortie au musée des anciens métiers, en boîte de nuit, au food truck du tour de France, marché gourmand [...] Une fois par mois une sortie extérieure permet de faire de l'évaluation en vie réelle"

**Processus
d'accompagnement
dans le Volet 2**

Synthèse de la visite à domicile par IDEC > repérage des fragilités via ICOPE > élaboration du plan personnalisé de coordination > soumis en staff et réparti en fonction des actions aux agents
Vérification de l'APA intervention si besoin de l'ergothérapeute du CICAT et de l'hôpital

- **Outils utilisés (y compris DMP)**

Outils digitaux		Usages et retour d'expérience
PAACO-GLOBULE		Améliore la traçabilité et la coordination
Via Trajectoire		Suivi des admissions au CRT
ROR		Le Répertoire national de l'Offre et des Ressources en santé et accompagnement médico-social (ROR) est le référentiel qui collecte, met en qualité et diffuse les données de description de l'offre de santé et la disponibilité en lits.
Logiciel Hôpital HM		Hôpital Manager, c'est une solution de gestion hospitalière tout-en-un, un progiciel de gestion intégré (PGI) pensé par et pour les établissements de santé. Il centralise les informations patients, optimise le suivi médical, facilite la gestion des ressources et fluidifie la coordination des équipes.
Convergences		L'offre Convergence repose sur un ensemble de briques techniques intégrables, disponibles sur étagère, qui simplifient l'intégration des services du Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé (CI-SIS) dans un système d'information tiers.

• Retours d'informations de la part du CRT :

Retour 1 :	Retour 2 :	Retour 3 :
<i>"Toutes les personnes âgées et personnes handicapées vieillissantes sur le territoire sans condition de GIR > patients du volet 2 car "je ne vois pas comment impliquer dans le volet 1"</i>	Minibus de l'EHPAD + voiture CRT partagée avec d'autres services	<i>"Pas de partenariat pour la télésurveillance > la personne choisit son téléassisteuse "il faut laisser libre les gens, souvent c'est présence verte et en fonction du prix" > pas pris en charge sur le budget du CRT"</i>

• Analyse du volet financier

1. Budget global et répartition par groupes de charges

Budget total : 239 872,28 €

Le budget du CRT Agen Nérac se décompose en trois groupes de charges distincts :

Groupe	Nature des charges	Montant	% du budget
G1	Fournitures, matériel, ateliers, astreinte	478,54 €	0,20 %
G2	Personnel d'encadrement et médical	233 990,80 €	97,55 %
G3	Transports, SI, téléassistance, immobilier	5 402,94 €	2,25 %

➤ Analyse de la structure budgétaire

Groupe 1:

Fournitures, matériel, ateliers, astreinte (478,54 € soit 0,20%)

Ce montant extrêmement faible s'explique par :

- **Absence d'astreinte soignante de nuit** : L'absence d'astreinte génère une économie majeure mais limite le niveau de sécurisation proposé.
- **Pas d'achat de matériel spécifique** : Le CRT s'appuie sur les équipements du CH porteur
- **Animations mutualisées** : Les ateliers et activités utilisent les ressources existantes du CH.

Conséquence : Le CRT fonctionne avec un modèle très "léger" en investissements matériels, ce qui explique le faible coût par bénéficiaire mais questionne la capacité à proposer des prestations innovantes ou technologiques.

Groupe 2 :

Personnel d'encadrement et médical (233 990,80 € soit 97,55%)

Cette concentration extrême sur les RH (près de 98% du budget) est **atypique** même pour un CRT. Elle résulte de :

- Absence de charges d'astreinte (normalement en G1)
- Faibles charges de fonctionnement (G3)
- Modèle centré sur l'équipe mobile plutôt que sur la coordination et les partenariats



Attention : Le nombre d'ETP dédié diffère légèrement entre la déclaration SIDOBA et le retour du CRT, rendant peu fiable l'analyse financière.

Conséquence : Le budget RH permet de financer une équipe pluridisciplinaire, mais incomplète et avec des professionnels en temps partagé, ce qui génère des difficultés de coordination interne et de disponibilité.

Groupe 3 :

Transports, SI, téléassistance, immobilier (5 402,94 € soit 2,25%)

Ce montant très faible s'explique par :

- **Mutualisation des transports** : Minibus de l'EHPAD + voiture CRT partagée avec d'autres services
- **Systèmes d'information hospitaliers** : Pas d'investissement dans un SI dédié, utilisation de l'infrastructure existante (HM, PAACO-Globule, Via Trajectoire, etc.)
- **Téléassistance non prise en charge** : *"Pas pris en charge sur le budget du CRT"* (verbatim), choix laissé aux bénéficiaires
- **Locaux mutualisés** : Pas de loyer ou charges immobilières spécifiques

Conséquence : Le CRT bénéficie des infrastructures de l'hôpital porteur, ce qui réduit significativement ses coûts de fonctionnement mais crée une dépendance organisationnelle forte et peut impacter son autonomie territoriale.

2. Répartition Volet 1 / Volet 2 : analyse versus cahier des charges national

➤ Analyse comparative :

Volets	CDC national	CRT Agen Nérac (calcul avec uniquement les données SIDOBA)	CRT Agen Nérac (données recueillies auprès du CRT avec ventilation des groupes)	Écart (recalculé)	% écart (recalculé)
Volet 1	80 000 € soit 20%	91 151,47 € soit 38%	92 133,89 € soit X%	+ 12 132,89 €	+15,2%
Volet 2	320 000 € soit 80%	148 720,81 € soit 62%	147 732,39 € soit X%	-172 267,61 €	-53,8%
Total	400 000 €	239 872,28 €	239 872,28 €	- 160 134,72 €	-40%

Constats majeurs :

Constat 1 : Surbudgétisation relative du Volet 1

Le Volet 1 consomme **92 132,89 €** alors que le cahier des charges national prévoit **80 000 €**, soit un dépassement de **+15,2%** (+12 132,89 €).

En proportion du budget total, le Volet 1 représente **38,4%** au lieu des **20%** recommandés

Explication : Ce dépassement ne signifie pas que le Volet 1 est "trop financé" en valeur absolue, mais qu'il est également investi pour les bénéficiaires du volet 2. En effet, Le Volet 1 ne semble pas être déployé comme mission d'animation territoriale ouverte (pas de prévention primaire/secondaire pour l'ensemble du territoire), mais plutôt comme complément d'accompagnement pour les bénéficiaires Volet 2. Ainsi, une partie des coûts d'évaluation ICOPE, de coordination, et de participation aux activités collectives est probablement imputée au Volet 1, alors qu'elle bénéficie, entre autres, aux usagers du Volet 2.

Constat 2 : Sous-budgétisation du Volet 2

Le Volet 2 consomme 147 732,39 € alors que le cahier des charges prévoit 320 000 € pour 30 bénéficiaires, soit un écart de -53,8% (-172 267,61 €).

Avec 73 bénéficiaires accompagnés (2,4 fois plus que prévu), le coût unitaire est de 2 023,73 €/an/bénéficiaire contre 10 667 €/an attendus, soit -81,03%.

Constat 3 : Sous-consommation budgétaire globale de -40%

Le budget total consommé est de 239 865,28 € sur 400 000 € alloués, soit un taux d'exécution de seulement 60%.



Attention : Avec 73 bénéficiaires Volet 2 pour environ 2,5 ETP dédiés, le ratio est de 29,2 bénéficiaires par ETP, ce qui est très élevé comparé aux recommandations du cahier des charges (environ 12 bénéficiaires par ETP pour un accompagnement renforcé).

Hypothèses explicatives

- Hypothèse 1 : Absence d'astreinte soignante de nuit ni de téléassistance financée via le CRT
- Hypothèse 2 : Mutualisation forte avec l'hôpital
- Hypothèse 3 : Un public moins dépendant : 54,1% GIR 4 vs 39,2% en moyenne régionale
- Hypothèse 4 : Phase de structuration non négligeable par l'équipe recrutée pour le CRT
- **Investi dans une démarche qualité :**



• **Enjeux et Recommandations ?**

- **Priorité 1** : Développer une stratégie partenariale territoriale
- **Priorité 2** : Clarifier et renforcer les missions Volet 1
- **Priorité 3** : Diversifier les portes d'entrée et élargir le recrutement des bénéficiaires

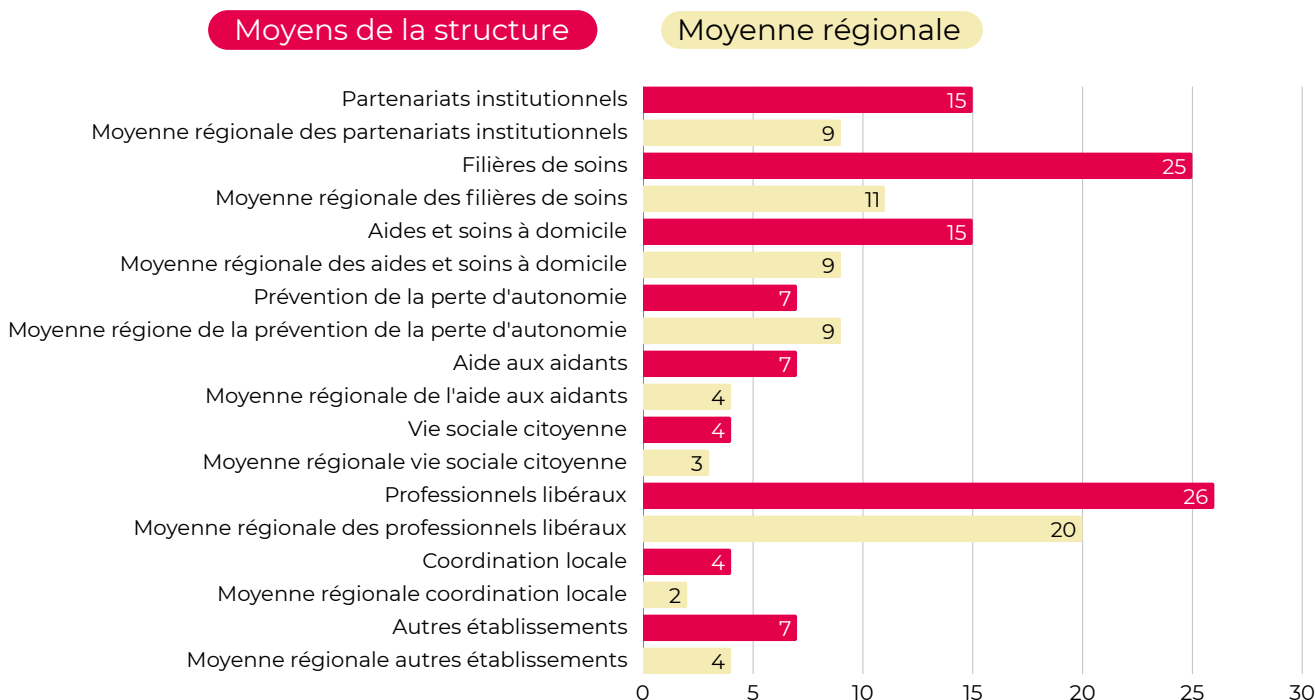
• **Cartographie du territoire du CRT**



• **Résultats clés :**

Un CRT urbain présentant un modèle innovant de co-portage CRT-DAC et doté d'un réseau partenarial remarquable.

• **Comparaison des partenariats entre la structure et la moyenne régionale :**





Le nombre de partenaires “institutionnels”, “filère de soins”, “aides et soins à domicile” et “professionnels libéraux” semble bien supérieur à la moyenne régionale.

Cette densité partenariale reflète un territoire urbain bien structuré et un CRT efficace dans le maillage institutionnel et sanitaire. En revanche, les légères faiblesses en coordination locale et vie sociale citoyenne suggèrent un positionnement encore centré sur le sanitaire plus que sur l'animation territoriale et la dimension sociale.


• Comprendre la répartition sur le Volet 1 :

Nombre de professionnels affectés au volet 1 : **1,250 ETP**

Volet 1			
Public cible	Personnes âgées : 12	Aidants : 2	Professionnels : 36
Actions	Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention	Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants	Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques
Détails	Organisation des transports en direct réalisés par les professionnels du CRT ou en lien avec les SAD ayant conventionné – l'objectif étant de lever les freins aux participations pour une question de mobilité.	Participation à des animations collectives dans les EHPAD partenaires : activité physique (gym douce et sport santé)/ chants / lotos / etc ... Selon un planning partagé et en fonction des envies et capacités des bénéficiaires. Organisation de petits groupes CRT dans les EHPAD pour partager une animation type (jeux de sociétés, bricolages etc...) Possibilité de déjeuner à l'EHPAD (repas à la charge du bénéficiaire).	Sensibilisation des professionnels (aide à domicile) séances récurrentes de 2h co-animées IDEC, médecin, acteurs thématiques Thèmes: plaques/rougeurs cutanées, alimentation, troubles dépressifs L'équipe du CRT a été formée à l'usage de ICOPE pour favoriser le dépistage et le repérage des fragilités précoces sur le STEP 1.
Nombre d'action	0<...>9	+ 30	0<...<9

Le fonctionnement semble d'une certaine façon performant en touchant 26 personnes âgées, 19 aidants, 46 professionnels malgré seulement 0<9 actions sur chaque axe.

• Comprendre la répartition le Volet 2 :

	<p>Informations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de mise en place de la téléassistance • Pas d'astreinte soignante de nuit
---	---

Nombre de professionnels affectés au volet 2 : **3,200 ETP**

Volet 2					
Public cible	Personnes âgées : 34	incluses dans Volet 1 : 12			
Classification des Actions	Sécurisation de l'environnement de la personnes	Gestion de la situation de crise et soutien aux aidants	Coordination renforcée autour de la personne	Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement	Appui au parcours de vie
Détails	Évaluation du logement et adaptation de celui-ci en fonction des besoins	Sur la période de septembre à décembre, 16 accompagnements individuels ont été réalisés par la psychologue. Dont 5 séances pour les aidants.	Coordination : lien avec les partenaires et les acteurs du domicile (PFR - DAC - SAD...) – dans le cadre des coordinations renforcées beaucoup de liens avec les partenaires et des réunions de coordination ont permis de stabiliser des situations et de renforcer le maintien à domicile.	Accès à l'ensemble des actions du volet 1 Intégration du DAC au sein du CRT à 20% via la coordinatrice	Profite des actions du volet 1 Création d'un accompagnement sur mesure en fonction des besoins spécifiques des bénéficiaires
Nombre d'actions réalisées	0<...<9	0<...<9	0<...<9	30+	20<...29

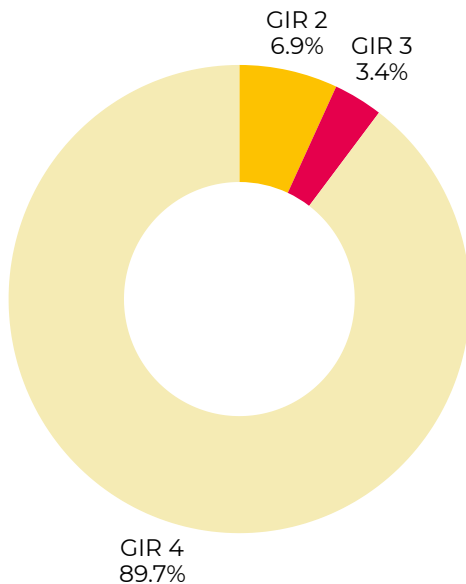
• Comparaison profils des bénéficiaires du Volet 2 :

➤ Les profils GIR

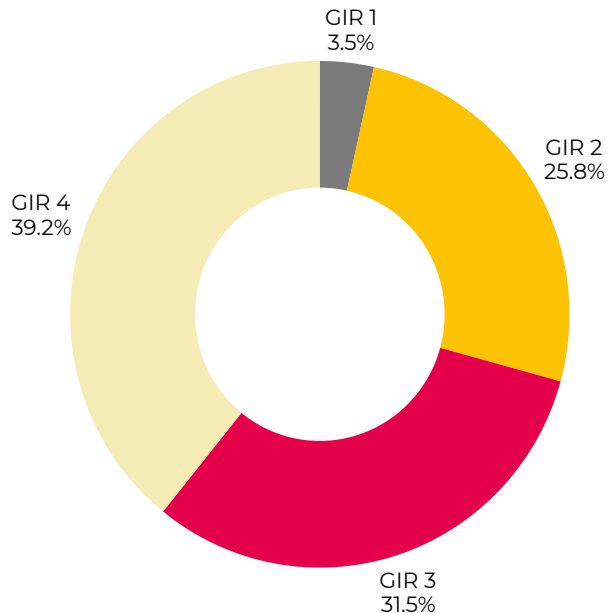


Informations

- 5 bénéficiaires du volet 2 n'ont pas eu d'évaluation de leur GIR.
- Les pourcentage de GIR 4 est supérieur à la moyenne régionale
- Nb de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives : 4



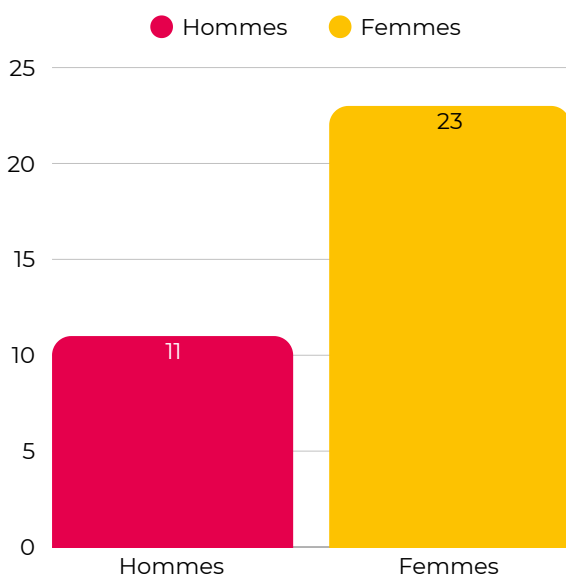
Profils des bénéficiaires dans la structure



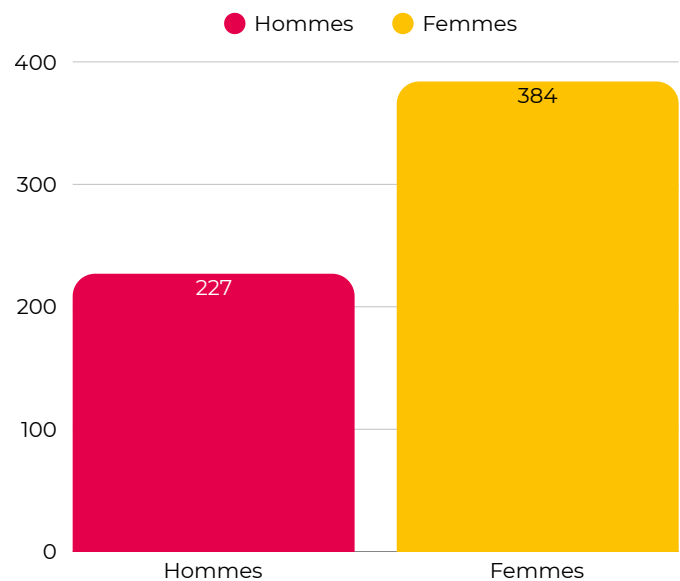
Profils des bénéficiaires à échelle régionale

Le CRT Cèdre Bleu accueille des bénéficiaires du Volet 2 dont le GIR 4 est supérieur à la moyenne régionale. Ces chiffres sont à relativiser en raison des 5 bénéficiaires dont le GIR n'a pas été évalué. En effet, les pourcentages GIR présentés sont calculés sur 29 bénéficiaires évalués (et non 34).

➤ Répartition des profils par genres (H/F)

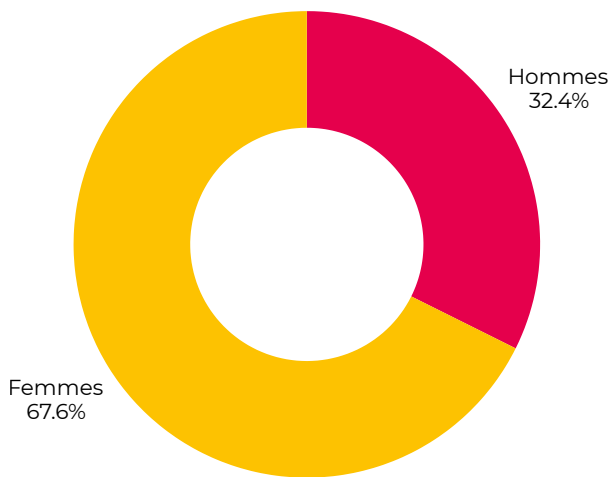


Profils des bénéficiaires dans la structure



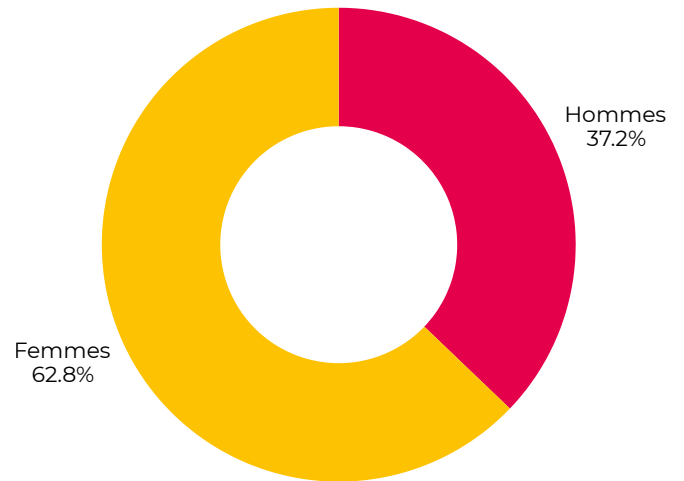
Profils des bénéficiaires à échelle régionale

● Hommes ● Femmes



Répartition moyenne des bénéficiaires dans la structure

● Hommes ● Femmes



Répartition moyenne des bénéficiaires à échelle régionale

Ratio femmes/hommes : 2,09 (soit 2,09 femmes pour 1 homme)

Le CRT Cèdre Bleu présente une légère surreprésentation féminine potentiellement en lien avec un profil démographique local et un isolement social genré.

➤ Âge moyen des bénéficiaires



86 ans (structure)



RÉGION
Nouvelle-Aquitaine

83,1 ans (moyenne régionale)

Le CRT Cèdre Bleu présente un paradoxe âge-dépendance :

- Population plus âgée (+2,9 ans vs région) → attendu : dépendance plus lourde
- Mais des profils GIR plus légers (89,7% GIR 4 vs 39,2% région) → dépendance plus légère

• Motifs d'entrée dans le dispositif de la structure :

1	Situation complexe à domicile : très fréquent
	Isolement social : très fréquent
2	Plan APA insuffisant : fréquent
3	Sortie d'hospitalisation : fréquent
4	Autre : Personnes ayant des difficultés à accepter les aides

Le motif "difficultés à accepter les aides" (non évalué en terme de fréquence) révèle une orientation CRT comme levier d'acceptabilité de l'accompagnement plutôt que comme réponse à des besoins complexes. Cette stratégie explique partiellement le profil GIR 4 majoritaire.

- **Classement des motifs de sortie de la structure :**

1	Situation complexe à domicile : très fréquent
	Isolement social : très fréquent
2	Plan APA insuffisant : fréquent
3	Sortie d'hospitalisation : fréquent
4	Autre : Personnes ayant des difficultés à accepter les aides

Le motif "difficultés à accepter les aides" (non évalué en terme de fréquence) révèle une orientation CRT comme levier d'acceptabilité de l'accompagnement plutôt que comme réponse à des besoins complexes. Cette stratégie explique partiellement le profil GIR 4 majoritaire.

- **Classement des motifs de sortie de la structure :**




1	Admission en EHPAD : très fréquent
2	Décès : peu fréquent
	Admission en habitat intermédiaire: très peu fréquent
3	Admission en ESLD : très peu fréquent
4	Autre : Hospitalisation de longue durée

Le taux élevé d'admissions EHPAD (rang 1) interroge : avec 89,7% GIR 4, ces personnes âgées devraient théoriquement être stabilisables à domicile. Une analyse plus approfondie des trajectoires de vie serait intéressante pour expliciter cet état de fait.

• Réalisations et points forts :

Co-portage CRT-DAC	Avec une ressource passerelle à 20% clarifiant les flux et frontières
Parcours gradué	Articulation accueil de jour, hébergement temporaire, EHPAD, avec DIPC et réévaluation
Convention avec le SAD local	Permet d'assurer les transports en cas de véhicule CRT non disponible

• Outils utilisés

Outils digitaux		Usages et retour d'expérience
PAACO-GLOBULE		Améliore la traçabilité et la coordination au sein du CRT (Pas de dossier bénéficiaire qui fait la connexion avec le DAC)
EXCEL		Utilisation d'excel pour réaliser les dossiers patients (chronophage)
ICOPE		Évaluation de la fragilité

• Retours d'informations de la part du CRT :

Retour 1:

Outils SI CRT incomplets (PAACO non adapté au dossier patient, obligé de faire une double saisie dans excel, absence d'outil de planification de transport pour les animation)

Retour 2:

Reporting fragmenté et trop lourd (ANAP, national, régional > pas d'uniformisation), il manque ,un référentiel universel et d'extraction automatique

Retour 3:

Problème de repérage des +60 ans sur le volet 1 non suivi (faible orientation précoce en dépendance aux partenaires)

Retour 4:

Perception de concurrence locale avec le CIAS très actif sur le territoire

• Analyse du volet financier

1. Budget global et répartition par groupes de charges

Budget total : 166 970 €

Le budget du CRT Cèdre Bleu se décompose en trois groupes de charges distincts :

Groupe	Nature des charges	Montant	% du budget
G1	Fournitures, matériel, ateliers, astreinte	48 339 €	28.95 %
G2	Personnel d'encadrement et médical	106 982 €	64.07 %
G3	Transports, SI, téléassistance, immobilier	11 649 €	6.98 %

Analyse de la structure budgétaire

Groupe 1 (28,95% du budget)

Le groupe 1 représente près de 29 % du budget total et inclut traditionnellement les fournitures, le matériel, les ateliers et l'astreinte. Cependant, dans le cas du CRT Cèdre Bleu, aucune astreinte n'a été mise en place, ce qui explique que la majeure partie du budget de ce groupe soit consacrée aux fournitures et aux ateliers.

Sur le volet 1, le CRT mobilise 1,25 ETP pour les professionnels, ce qui reste limité. Cela suggère que le CRT concentre ses actions sur un nombre restreint d'activités de prévention, de formation ou de sensibilisation, probablement individualisées et adaptées aux besoins du territoire. Le budget consacré à ce groupe reflète donc un investissement ciblé mais limité, destiné à fournir le matériel nécessaire aux ateliers et à soutenir les professionnels dans leurs interventions sans recourir à des

Groupe 2 (64,07% du budget):

La majorité du budget, avec plus de 64 % des dépenses totales. Cette répartition reflète la priorité stratégique du CRT Cèdre Bleu pour l'accompagnement direct des personnes âgées sur le volet 2, où 3,2 ETP de professionnels sont mobilisés. L'investissement important dans le personnel permet un suivi individualisé et de qualité des bénéficiaires, notamment sur les aspects médicaux, sociaux et administratifs.

Ceci est néanmoins à nuancer car avec 4,45 ETP total (1,25 Volet 1 + 3,20 Volet 2) pour 106 982 €, le ratio budget/ETP est de 24 045 €, ce qui est assez faible. Ce ratio suggère : soit une masse salariale très optimisée (profils juniors, salaires modestes), soit une sous-valorisation budgétaire (vacations/prestations classées en G1).

L'absence de téléassistance et d'astreinte démontre la nécessité des ressources humaines pour assurer la continuité et la sécurité du soutien à domicile. Ce choix montre une approche centrée sur l'humain, où la qualité du suivi direct prend le pas sur les solutions technologiques, tout en optimisant les moyens financiers disponibles pour maximiser l'impact du maintien à domicile des bénéficiaires.

Groupe 3 (6,98% du budget) : Le groupe 3 représente la part réduite du budget, moins de 7 %. L'absence de téléassistance, habituellement incluse dans ce groupe, explique en grande partie la faible allocation financière. Les dépenses sont donc concentrées sur les services logistiques essentiels, tels que les transports des bénéficiaires pour lever les freins à la mobilité dans les ateliers du volet 1 et les systèmes d'information pour coordonner les interventions et suivre les dossiers des personnes âgées (Paaco-Globule). Cette approche permet de maintenir une organisation fonctionnelle et sécurisée, tout en limitant les coûts liés à des dispositifs technologiques plus coûteux. Le CRT privilégie ainsi une gestion efficace et ciblée de ses ressources, centrée sur les besoins opérationnels et la coordination des professionnels.

2. Répartition volet 1 / volet 2 : analyse versus cahier des charges national

➤ Analyse comparative

Volets	CDC national	CRT Cèdre Bleu	Écart	% écart
Volet 1	80 000 € soit 20%	55 100,10 € soit 33 %	-24 899,9 €	- 31,12%
Volet 2	320 000 € soit 80%	111 869,90 € soit 67 %	-208 130,1 €	- 65,04%
Total	400 000 €	166 970 €	-233 030 €	- 58,26%

Constat majeur

Le CRT Cèdre Bleu fonctionne avec un **budget global nettement inférieur comparé au cahier des charges national** (-58,26%), et présente une **répartition déséquilibré** entre les deux volets :

- **33% pour le Volet 1** au lieu de 20% prévu
- **67% pour le Volet 2** au lieu de 80% prévu

Volet 1 : sous-financement (-31,12 %)

Le volet 1 du CRT Cèdre Bleu, consacré aux actions de prévention, de formation et de soutien aux professionnels, représente 33 % du budget total, soit 55 100,10 €. Cette part est supérieure à la proportion recommandée par le Cahier des Charges national (20 %), mais reste inférieure à l'investissement financier recommandé par le CDC national (soit 80 000€)

Le CRT affecte 1,25 ETP sur ce volet, ce qui correspond à une équipe restreinte mais dédiée à la mise en œuvre d'actions ciblées. La priorité a été donnée aux formations et ateliers destinés aux professionnels, avec un nombre limité d'actions adaptées aux besoins

Question centrale : Comment 1,25 ETP et 55 100 € peuvent générer 30+ actions isolement mais toucher seulement 12 personnes âgées et 2 aidants ? Si certains éléments sont fournis en retour d'expérience par le responsable du CRT, l'investissement financier semble davantage orienté au profit des professionnels (36 professionnels) malgré peu d'actions engagées.

Volet 2 : sous-financement du volet 2 majoritaire (-65,04 %)

Rappel du Public cible Volet 2

- **34 personnes âgées**
- **12 personnes incluses aussi dans Volet 1** (articulation Volet 1 / Volet 2)
-

Avec 34 bénéficiaires personnes âgées :

- Budget par bénéficiaire : $166\,970\text{ €} / 34 = \mathbf{4\,910,88\text{ €/an}}$ (-409,24 €/mois)
- CDC national pour 30 personnes âgées : $320\,000\text{ €} / 30 = \mathbf{10\,666,67\text{ €/an}}$ (888,89 €/mois)
- **Écart apparent : -5 755,79 €/an / bénéficiaire (-53,96 %)** entre le rapport d'activité et le cahier des charges

Ressources humaines Volet 2 :

- **3,200 ETP** pour 34 bénéficiaires
- Ratio : **1 ETP pour 10,63 personnes âgées**

Le volet 2 du CRT Cèdre Bleu est consacré à l'accompagnement direct des personnes âgées, et constitue 67 % du budget total, soit 111 869,90 €. Ce volet mobilise une part importante des ressources humaines, avec 3,2 ETP, mais ne suffit pas à atteindre l'objectif de dépense recommandées de 320 000€ par le CDC national.

Hypothèse 1 : Ceci peut éventuellement être expliqué par le manque du système de téléassistance et d'astreinte (partie qui est en général la plus importante mais ce qui est cohérent car ces systèmes présentent peu d'utilité pour un public en GIR 4).

Hypothèse 2 : Le public bénéficiaire ne nécessite pas un accompagnement particulièrement renforcé :

- 89,7% des bénéficiaires sont en GIR 4
- Seulement 3 personnes âgées sur 29 (10,3%) sont GIR 2-3, soit des profils justifiant pleinement un accompagnement CRT

Hypothèse 3 : le CRT est utilisé comme levier de persuasion pour personnes âgées réticentes aux aides plutôt que comme dispositif complexité : une fois l'acceptation obtenue, personne âgée reste en Volet 2 alors qu'elle pourrait être réorientée vers droit commun ?

• **Investi dans une démarche qualité :**



• **Enjeux et Recommandations ?**

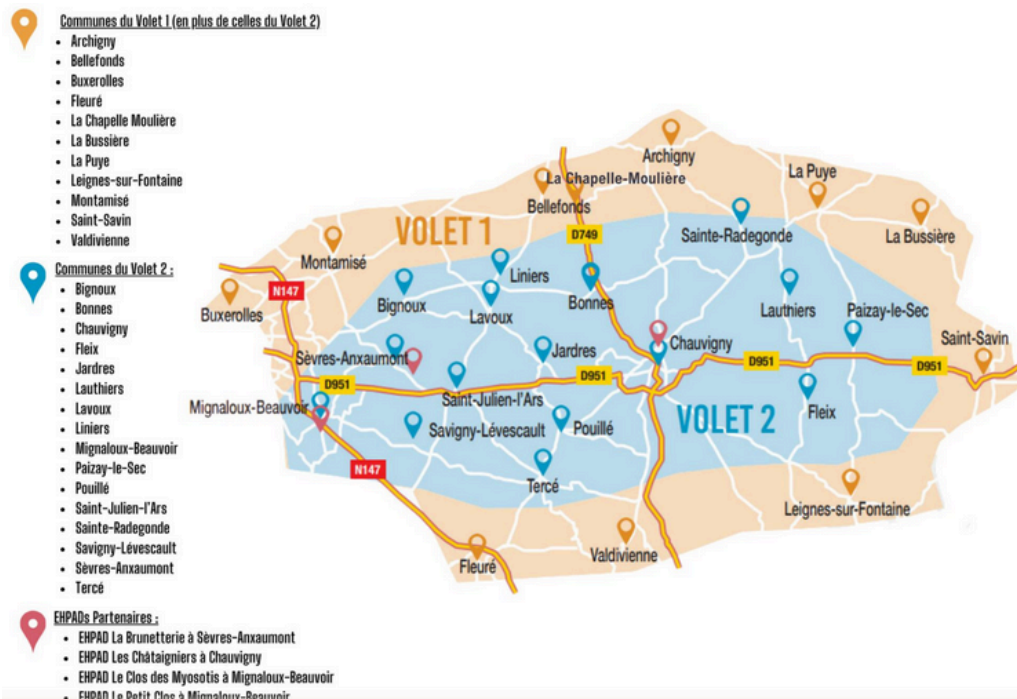
- **Priorité 1 :** Co-construire une offre Volet 1 avec le CIAS
- **Priorité 2 :** Accueillir dans le Volet 2 des profils plus complexes et renforcement RH si montée en charge profils lourds
- **Priorité 3 :** Moderniser le système d'information et réduire la charge administrative

SYNTHÈSE

CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL

Département : Vienne
 Nom du CRT : CRT Coeur de Vienne
 N° FINSS : 860780493
 Date d'autorisation : 18/09/2023
 Type de territoire : Rural
 Nb de communes : 31

• Cartographie du territoire du CRT



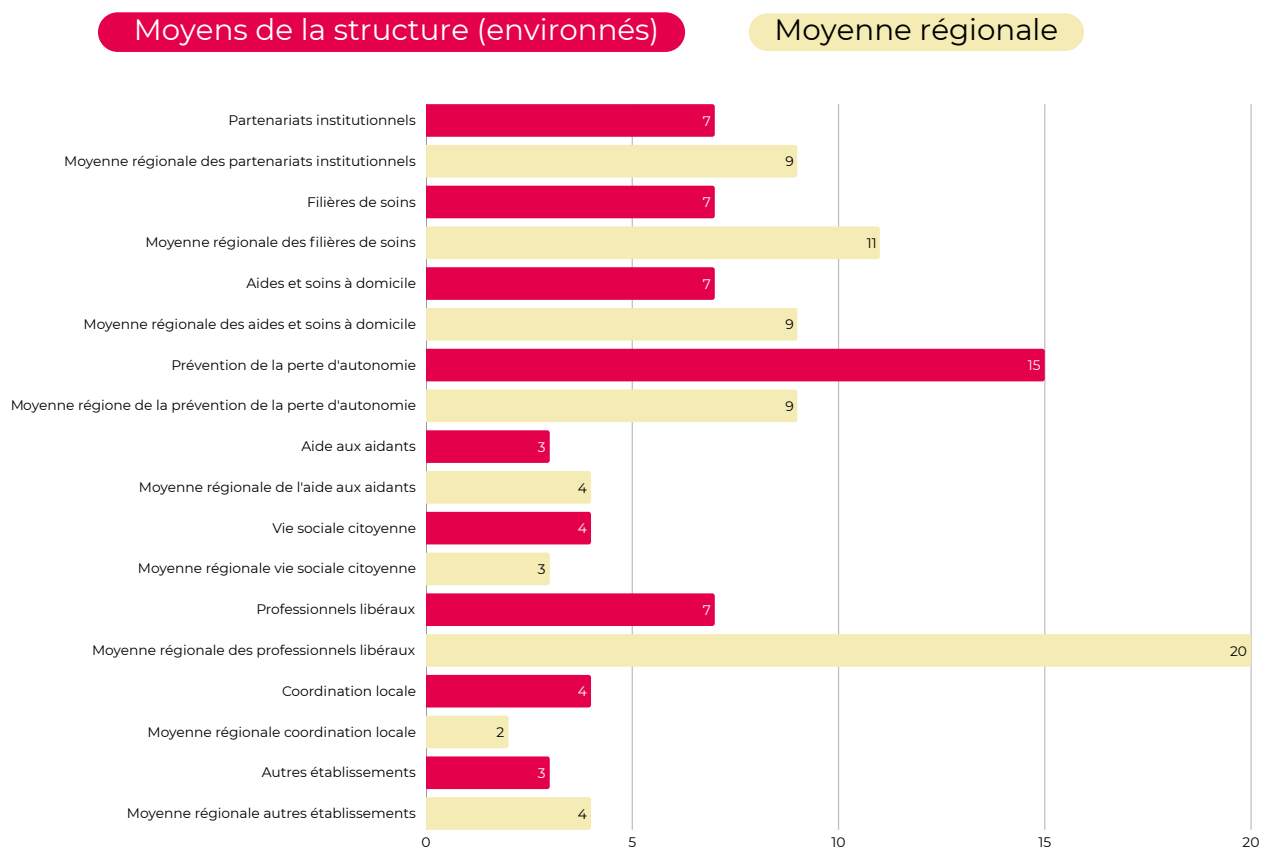
• Résultats clés :

La carte changera à compter de 2026 : Volet 1 et 2 seront sur le même territoire et des mouvements de communes (3 nouvelles et une en moins).

• Les partenariats



- **Comparaison des partenariats entre la structure et la moyenne régionale :**



Le CRT présente un déficit partenarial marqué avec les professionnels libéraux (7 vs 20, -65 %), contrastant avec des points forts en prévention de la perte d'autonomie (15 partenaires) et en coordination locale (4 vs 2). Cette configuration reflète un CRT encore centré sur son écosystème EHPAD et institutionnel, nécessitant un développement du maillage territorial avec les acteurs de proximité pour assurer une détection précoce des fragilités et une coordination effective au domicile.

• Comprendre la répartition sur le Volet 1 :

Nombre de professionnels affectés au Volet 1 : **1,300 ETP**

Volet 1			
Public cible	Personnes âgées : 24	Aidants : 9	Professionnels : 61
Actions	Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention	Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants	Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques
Détails	<p>Accès aux programmes de prévention P'Art à Chute</p> <p>Accès à des ressources paramédicales libérales, consultations avancées</p> <p>Dépistage des fragilités avec ICOPE et SmartPredict</p> <p>Bilan buccodentaire, audio et optique</p> <p>Faciliter l'accès à des actes de télésanté via Nomadeec</p> <p>Accès et promotion de la vaccination</p>	<p>Repas dans l'EHPAD Animation (loto, thé dansant)</p> <p>Orientation vers les PERP Café soutien aux aidants, séances d'information et programme de prévention</p> <p>Répit des aidants (accueil de jour, hébergement temporaire)</p> <p>Promotion des actions et services du territoire</p>	<p>Échange et analyse des pratiques avec les acteurs du domicile</p> <p>Formations partagées avec les acteurs du domicile</p> <p>Participation au Comité Éthique et la Mutualité</p> <p>Participation au suivi des patient chuteurs au SAS et à l'observatoire des ruptures de parcours avec le DAC</p> <p>Campagne de Vaccination</p> <p>Places dédiées à la micro-crèche (berceau d'entreprise)</p>
Nombre d'action	30+	30+	0<...<9

• Comprendre la répartition le Volet 2 :



Informations


- Mise en place de la téléassistance
- Pas d'astreinte soignante de nuit

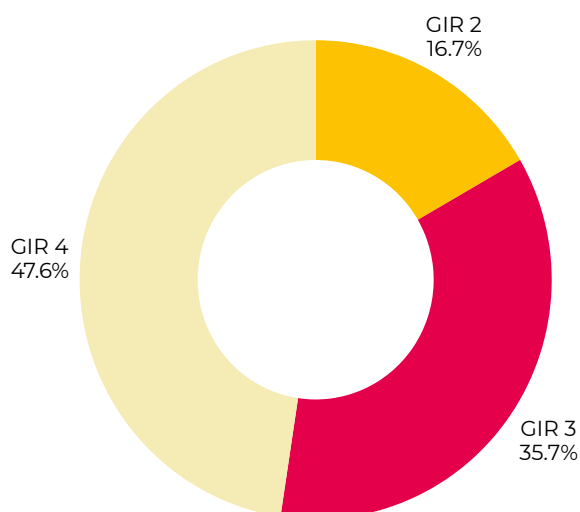
Nombre de professionnels affectés au Volet 2 : **3,250 ETP**

Volet 2					
Public cible	Personnes âgées : 42	incluses dans Volet 1 : 22			
Classification des Actions	Sécurisation de l'environnement de la personnes	Gestion de la situation de crise et soutien aux aidants	Coordination renforcée autour de la personne	Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement	Appui au parcours de vie
Détails	Mise en place du dispositif de téléassistance Projet IDE de nuit (ARS) Évaluation du logement par l'ergothérapeute Adaptation et sécurisation du logement Séances de sport adapté et bilan avec l'ergothérapeute	Accès aux mobilités d'accueil temporaire Orientation vers le DAC - HTSH Soutien et accompagnement de l'aidant Soutien de répit (AJ - HT) Orientation vers les associations d'aide aux aidants	Définition et mise en œuvre du plan d'accompagnement Coordination des interventions autour du bénéficiaire par Paaco-Globule Accès aux ateliers de mobilité et prévention	Accès aux activités sociales du Volet 1 Visites régulières et prise de contact Orientation du transport RDV médicaux et activités Accès aux services de l'EHPAD (salle de sport, coiffeur, snoëzelen) Aide dans les démarches administratives en lien avec les A	Profite des actions du Volet 1
Nombre d'actions réalisées	30+	10<...<19	30+	30+	30+

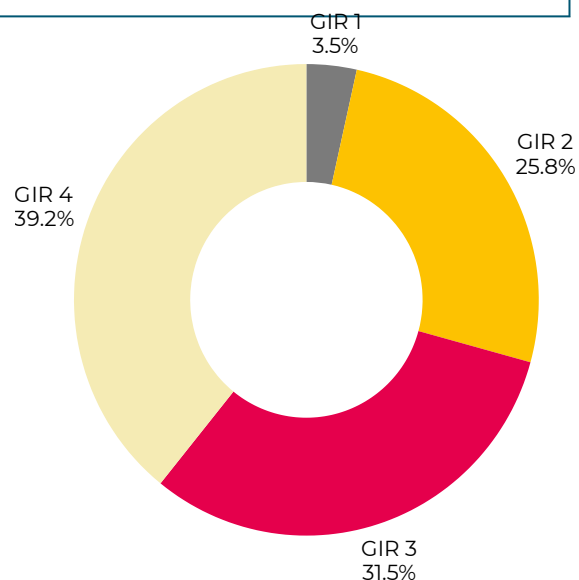
• Comparaison profils des bénéficiaires du Volet 2 :

➤ Les profils GIR

	<p>Informations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les bénéficiaires du Volet 2 ont eu l'évaluation de leur GIR. • Les pourcentage des GIR 3 et 4 sont supérieurs à la moyenne régionale • Nb de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives : 23
---	--



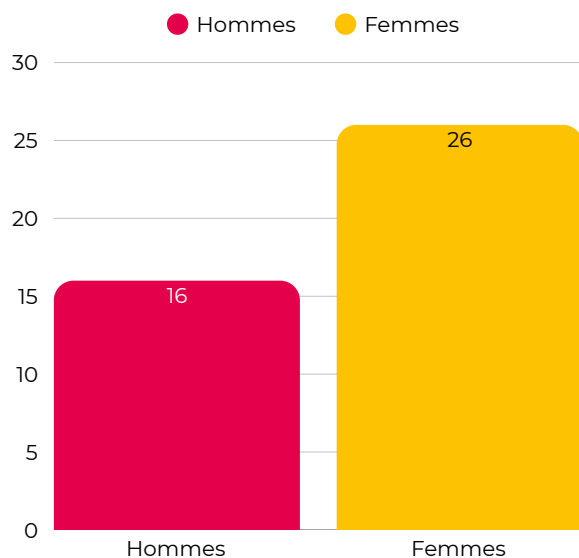
Profils des bénéficiaires dans la structure



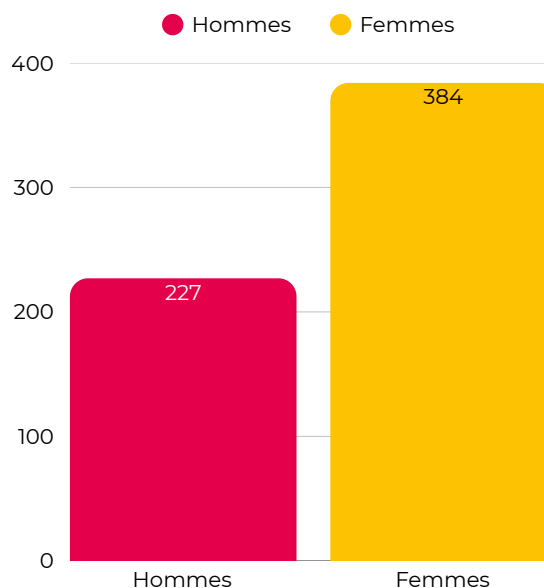
Profils des bénéficiaires à échelle régionale

Le CRT Cœur de Vienne accueille des bénéficiaires dans le Volet 2 dont les GIR 3 et 4 sont supérieurs à la moyenne régionale et aucun GIR 1.

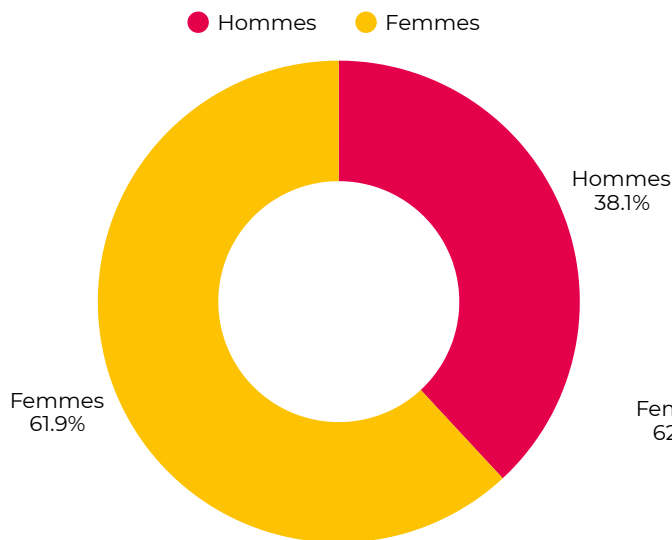
➤ Répartition des profils par genres (H/F)



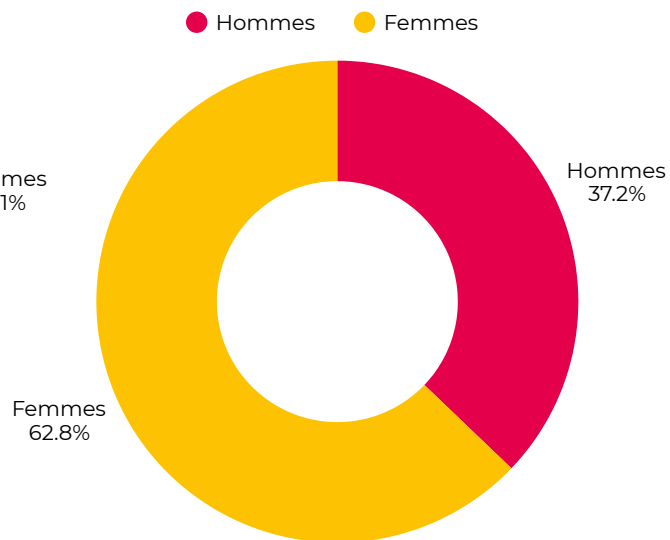
Profils des bénéficiaires dans la structure



Profils des bénéficiaires à échelle régionale



Répartition moyenne des bénéficiaires dans la structure



Répartition moyenne des bénéficiaires à échelle régionale

Ratio femmes/hommes : 1,63 (soit 1,63 femmes pour 1 homme)

➤ **Âge moyen des bénéficiaires**



87 ans (structure)



RÉGION
Nouvelle-Aquitaine

83,1 ans (moyenne régionale)

L'âge moyen des bénéficiaires est supérieur à la moyenne régionale.

• **Motifs d'entrée dans le dispositif de la structure :**

1	Isolement social : très fréquent
	Situation complexe à domicile : fréquent
2	Plan APA insuffisant : fréquent
3	Sortie d'hospitalisation : peu fréquent

- **Classement des motifs de sortie de la structure :**


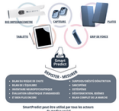




1	Admission en EHPAD : très fréquent
2	Décès : peu fréquent
3	Admission en habitat intermédiaire: très peu fréquent
	Admission en ESLD : très peu fréquent

D'après le responsable du CRT, il faudrait "*relativiser « le très fréquent » de sorties pour les entrées en EHPAD. En effet, depuis le début c'est 7 sorties pour plus de 80 accompagnements au total. Et une sortie du dispositif pour aller en Résidence autonomie. Ces entrées ont été demandés par le médecin et/ou l'aidant et acceptée par le bénéficiaire grâce à l'action du CRT et à la connaissance qu'il avait de l'EHPAD du coup. L'intégration a ainsi été bien facilitée*".

- **Réalisations et points forts :**

SAD	Très bon lien avec les SAD locales
Session d'immersion	Installation de sessions d'immersion avec les coordonnateurs du DAC avant d'intégrer le CRT
Newsletter	Distribution de la newsletter aux partenaires engagés auprès du CRT (3 fois par an)
Lien de confiance	Un lien de confiance important avec le personnel soignant

- **Outils utilisés**

Outils digitaux		Usages et retour d'expérience
PAACO-GLOBULE		Améliore la traçabilité et la coordination au sein du CRT
SmartPredict		Pour détecter les situations de pré-fragilité
ICOPE		Évaluation de la fragilité
Nomadeec		Plateforme unique de télé-médecine d'urgence
Présence Verte		Téléassistance, alarme 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7
UNIQ		Outil de coordination du CRT

- **Retours d'informations de la part du CRT :**

Retour 1 :	Retour 2 :
<p>Besoin d'ouvrir les droits sur le SI DAC/CRT pour l'IDEC</p>	<p>Pas besoin d'installer une astreinte "La téléassistance suffit dans l'immédiat"</p>

• Analyse du volet financier

1. Budget global et répartition par groupes de charges

Budget total : 267 131 €

Le budget du CRT Cœur de Vienne se décompose en trois groupes de charges distincts :

Groupe	Nature des charges	Montant	% du budget
G1	Fournitures, matériel, ateliers, astreinte	48 406 €	18.12 %
G2	Personnel d'encadrement et médical	205 636 €	76.98 %
G3	Transports, SI, téléassistance, immobilier	13 089 €	4.90 %

➤ Analyse de la structure budgétaire

Analyse : Budget relatif à la première année de fonctionnement avec une montée en charge progressive.

Groupe 1 (18,12 % du budget) :

Ce groupe représente une part significative du budget, reflétant un investissement conséquent dans les actions de prévention et les ateliers. Cette enveloppe permet de financer l'ensemble des activités du Volet 1 comprenant plus de 60 actions annuelles (30+ actions personnes âgées, 30+ actions aidants). Le volume élevé d'actions s'explique par une mutualisation importante avec l'EHPAD porteur (salles, animations, restauration), permettant de maintenir des coûts unitaires optimisés. Cependant, le nombre de personnes touchées reste limité (24 personnes âgées, 9 aidants), suggérant un modèle basé sur des actions récurrentes auprès d'un public captif plutôt qu'un déploiement territorial large.

Groupe 2 (76,98 % du budget) :

Ce groupe constitue le poste de dépense principal, ce qui est cohérent avec un modèle reposant majoritairement sur les ressources humaines. Cette part importante s'explique par la mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire de 4,55 ETP (1,30 ETP Volet 1 + 3,25 ETP Volet 2) assurant la coordination et l'accompagnement renforcé de 42 bénéficiaires Volet 2. Le budget reflète la première année complète de fonctionnement (autorisation septembre 2023) avec une montée en charge progressive.

Groupe 3 (4,90 % du budget) :

Le groupe 3 représente une part modeste du budget total, témoignant d'une excellente efficacité territoriale. Malgré un territoire rural de 31 communes, le coût par bénéficiaire pour les déplacements reste maîtrisé à 312 €/Personnes âgées/an). Cette optimisation s'explique par une géographie territoriale compacte et une organisation en tournées mutualisées. Les investissements numériques (PAACO-Globule, SmartPredict, ICOPE, Nomadeec, Présence Verte, UNIQ) sont potentiellement rationalisés et adaptés au volume d'activité.

2. Répartition Volet 1 / Volet 2 : analyse versus cahier des charges national

> Analyse comparative

Volets	CDC national	CRT Cœur de Vienne	Écart	% écart
Volet 1	80 000 € soit 20 %	40 069,65 € soit 15 %	-39 930,35 €	-49,91 %
Volet 2	320 000 € soit 80 %	229 661,66 € soit 86 %	-90 338,34 €	-28,23 %
Total	400 000 €	267 131 €	-132 869 €	-33,22 %

Constat majeur

Le CRT Cœur de Vienne fonctionne avec un **budget global inférieur comparé au cahier des charges national** (-33,22 %), et présente une **répartition légèrement déséquilibrée** entre les deux volets :

- **15 % pour le Volet 1** au lieu de 20 % prévu
- **85 % pour le Volet 2** au lieu de 80 % prévu

Ce sous-financement ne semble pas être le reflet d'une performance opérationnelle dégradée mais un modèle efficace reposant sur une mutualisation intensive adaptée aux profils des bénéficiaires.

Volet 1 : Analyse du sous-financement apparent (-49,91 %)

Question centrale : Comment expliquer un écart de -50 % alors que le Volet 1 déploie plus de 60 actions annuelles ?

Le Volet 1 présente un paradoxe notable : avec 1,30 ETP et 40 070 € de budget, il produit un volume élevé d'actions (30+ Personnes âgées, 30+ aidants, 10-19 professionnels) mais touche un public très restreint (24 personnes âgées, 9 aidants).

Hypothèse : Ce sous-financement apparent présente un modèle centré sur la récurrence plutôt que sur la pénétration territoriale. Ce modèle semble privilégier des actions répétitives sur un groupe restreint et captif (probablement bénéficiaires Volet 2 + proches EHPAD). Les ateliers hebdomadaires génèrent 40-50 actions/an avec 10-15 participants récurrents, aboutissant à un coût unitaire faible (500-800 €/action) mais un impact territorial limité.

Volet 2 : sous-financement du Volet 2 (-28,23 %)

Rappel du Public cible Volet 2 : 42 personnes âgées dont 22 personnes incluses aussi dans Volet 1 (articulation Volet 1 / Volet 2)

Avec 42 bénéficiaires personnes âgées :

- Budget par bénéficiaire : $229\,661,66 \text{ €} / 42 = \mathbf{5\,468,13 \text{ €/an}}$ (455,68 €/mois)
- CDC national pour 30 personnes âgées: $320\,000 \text{ €} / 30 = \mathbf{10\,667 \text{ €/an}}$ (889 €/mois)
- **Écart apparent : -5 198,54 €/an / bénéficiaire (-48,74 %)** entre le rapport d'activité et le cahier des charges

Ressources humaines Volet 2 :

- **3,250 ETP** pour 42 bénéficiaires
- Ratio : **1 ETP pour 12,92 personne âgées**

Hypothèses :

- Hypothèse 1 : efficacité opérationnelle par profil des bénéficiaires moins lourds

Constats majeurs : Aucun bénéficiaire GIR 1 (absence de situations très lourdes), GIR 4 surreprésenté à 47,6 % (intervention précoce sur fragilités), GIR 2 sous-représenté (moins de situations complexes que la moyenne).

Conséquences budgétaires : Potentiellement moins d'heures d'accompagnement intensif nécessaires, le ratio Personne âgée/ETP est favorable (12,92) et est permis par des profils moins lourds, induisant un moindre recours aux dispositifs coûteux.

- Hypothèse 2 : Choix stratégique absence astreinte soignante nuit

Les profils GIR 3-4 majoritaires (83,3 %) présentent un risque plus faible (de chute ou autres alertes de signaux faibles). La téléassistance couvrirait dès lors les besoins actuels. Le protocole d'orientation SAMU/15 en cas d'alerte, couplé au projet IDE nuit pourrait permettre de répondre aux besoins en cas de montée en charge en GIR 1-2.

- Hypothèse 3 : Mutualisation EHPAD et partenariats réduisant coûts Volet 2

Services EHPAD accessibles aux bénéficiaires Volet 2 : Salle de sport (séances sport adapté + bilan ergothérapeute), coiffeur/esthéticienne, Snoëzelen (détente sensorielle), animations EHPAD (loto, thé dansant), restauration EHPAD.

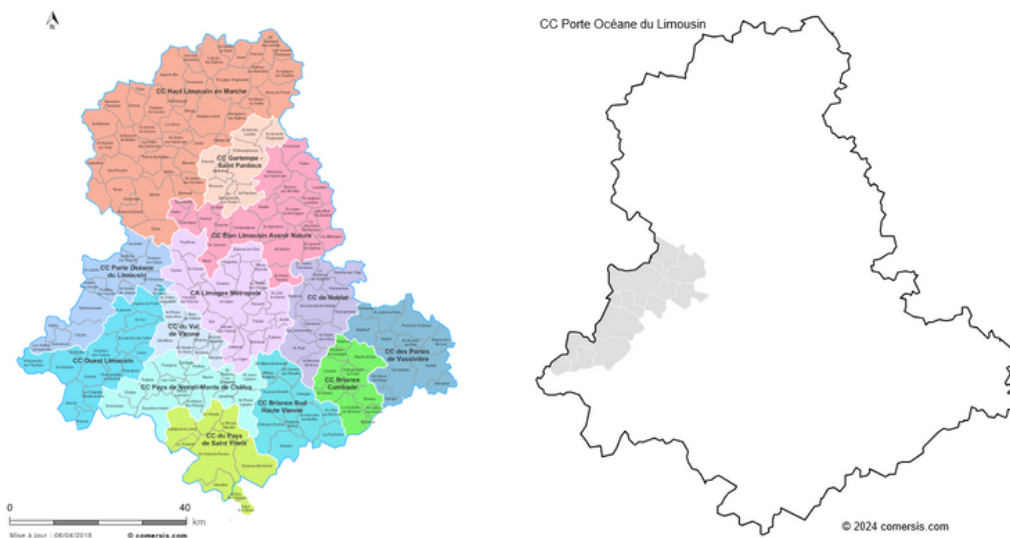
- Investi dans une démarche qualité :



- **Enjeux et Recommandations ?**

- **Priorité 1 :** Élargir la pénétration territoriale du Volet 1
- **Priorité 2 :** Anticiper l'homogénéisation territoriale (des communes du Volet 1 et Volet 2 en 2026) et sécuriser la montée en charge Volet 2
- **Priorité 3 :** Renforcer le réseau de professionnels libéraux

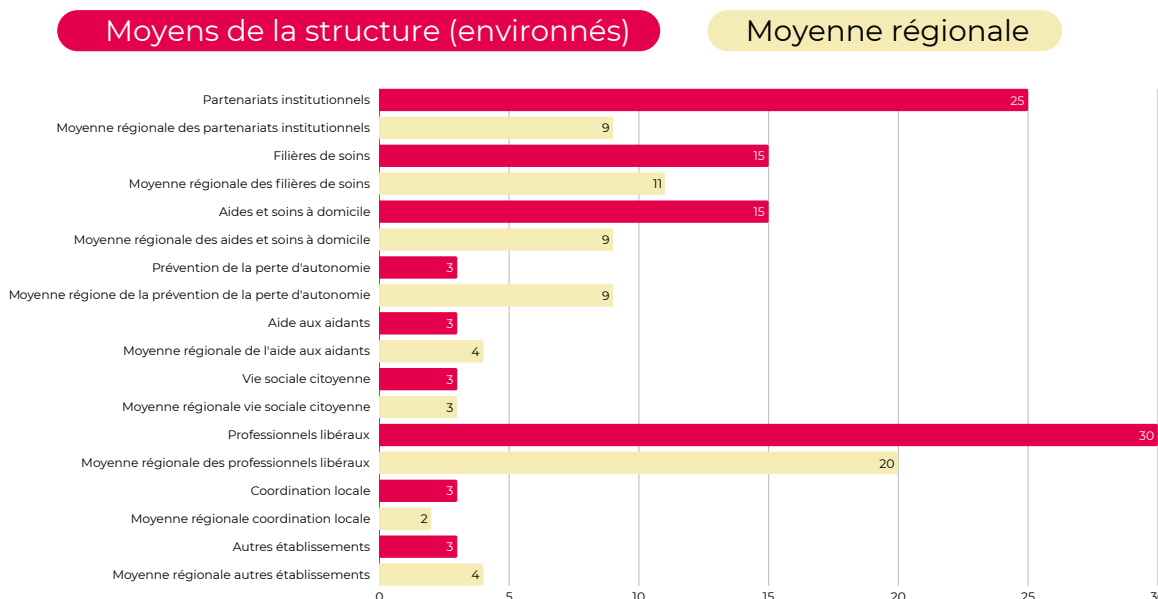
• **Cartographie du territoire du CRT**



• **Résultats clés :**

Le CRT a changé de nom en février 2025 et s'appelle désormais "CRT Chabatz d'entrar"

• **Comparaison des partenariats entre la structure et la moyenne régionale :**





Le nombre de partenaires “institutionnels” et “professionnels libéraux” semble bien supérieur à la moyenne régionale.

Le CRT Chabatz d'entrar présente une configuration partenariale atypique avec des points forts remarquables en partenariats institutionnels (25 vs 9, +178 %) et professionnels libéraux (30 vs 20, +50 %), contrastant avec des faiblesses marquées en prévention de la perte d'autonomie (3 vs 9, -67 %) et aide aux aidants (3 vs 4, -25 %). Cette configuration suggère un CRT bien intégré dans les réseaux formels (institutions, professionnels de santé) mais peinant à mobiliser les acteurs de la prévention et du soutien aux aidants, probablement en raison des contraintes territoriales (ruralité) et du sous-investissement du Volet 1.


• Comprendre la répartition sur le Volet 1 :

Nombre de professionnels affectés au Volet 1 : **0,300 ETP**

Volet 1			
Public cible	Personnes âgées :: 9	Aidants : 0	Professionnels : 70
Actions	Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention	Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants	Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques
Détails	Action de prévention difficiles à mettre en place sur le territoire très rural Pas beaucoup de participants/ intéressés Octobre Rose	Action de prévention difficiles à mettre en place sur le territoire très rural Pas beaucoup de participants/ intéressés	Sessions de sensibilisation aux professionnels (compliqués à mettre en place vis-à-vis de thématiques, et de l'intérêt)
Nombre d'action	0<...<9	0<...<9	0<...<9

• Comprendre la répartition le Volet 2 :

Nombre de professionnels affectés au Volet 1 : **0,300 ETP**

	<p>Informations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de la téléassistance • L'astreinte soignante de nuit est assurée par le CRT
---	---

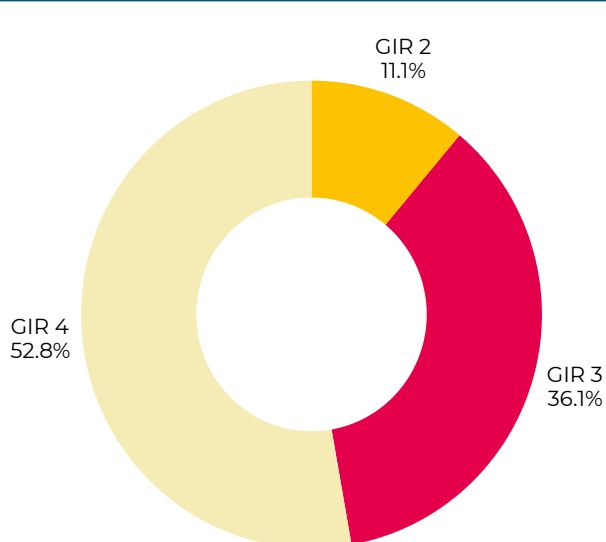
Nombre de professionnels affectés au Volet 2 : **1,220 ETP (dont 1 conductrice)**

Volet 2					
Public cible	Personnes âgées : 36	incluses dans Volet 1 : 3			
Classification des Actions	Sécurisation de l'environnement de la personnes	Gestion de la situation de crise et soutien aux aidants	Coordination renforcée autour de la personne	Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement	Appui au parcours de vie
Détails	<p>Proposition la téléassistance</p> <p>Si un bénéficiaire a déjà un système de téléassistance personnel, le CRT respecte le choix du bénéficiaire en soit gardant le système existant ou en faisant bénéficier celle du CRT si elle est moins chère</p> <p>Pas beaucoup d'installation de domotique au domicile (télésurveillance) pas de besoins</p>	<p>Mise en place d'une astreinte et levée de doute 24h/24 et 7j/7 grâce à une convention avec ADN87</p>	<p>Paaco-Globule En lien avec le CH de Saint Junien et ses professionnels en cas d'hospitalisation</p>	<p>ASG supervise des visites à domicile entre bénéficiaires</p>	<p>Aide à la construction de plan APA</p> <p>Accompagnement des bénéficiaires à leurs rendez-vous médicaux grâce aux ASG, leurs voitures et d'une conductrice</p>
Nombre d'actions réalisées	30+	10<...<19	20<...<29	30+	10<...<19

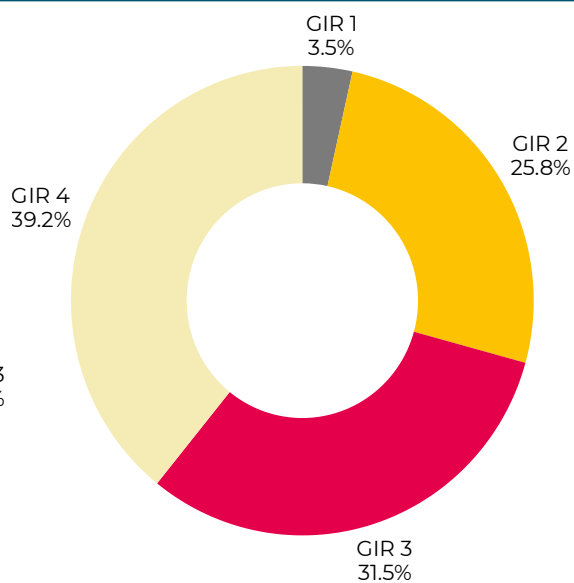
• Comparaison profils des bénéficiaires du Volet 2 :

➤ Les profils GIR

	<p>Informations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les bénéficiaires du Volet 2 ont eu une évaluation de leur GIR. • Le pourcentage de GIR 4 est supérieur à la moyenne régionale • Nb de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives : 26
---	---



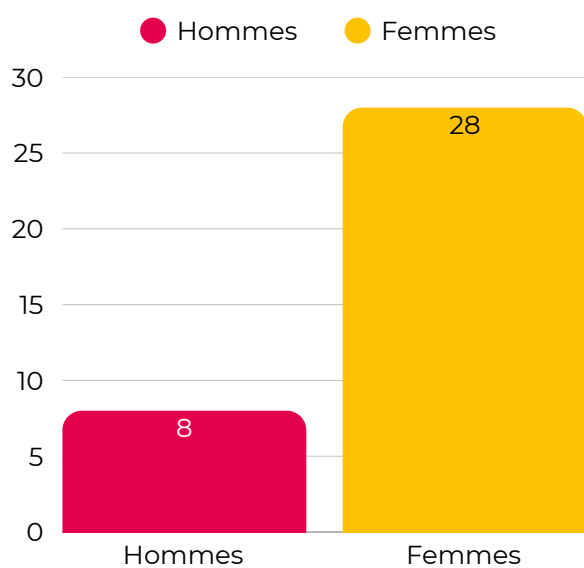
Profils des bénéficiaires dans la structure



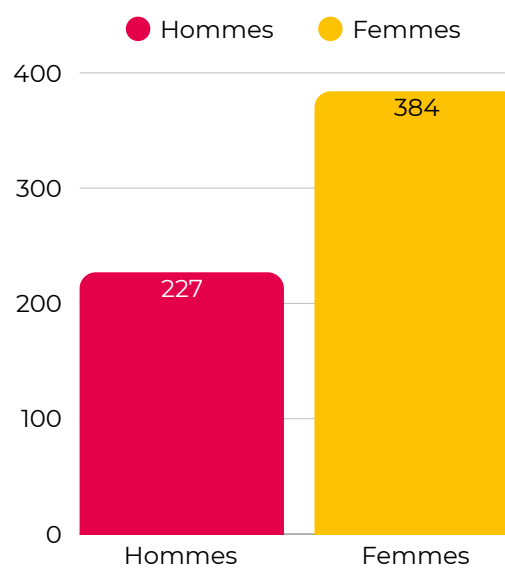
Profils des bénéficiaires à échelle régionale

Le CRT Chabatz d'Entrar accueille des bénéficiaires du Volet 2 dont le GIR 4 est supérieur à la moyenne régionale.

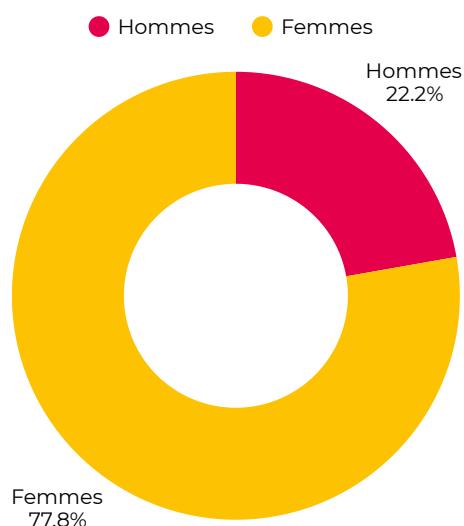
➤ Répartition des profils par genres (H/F)



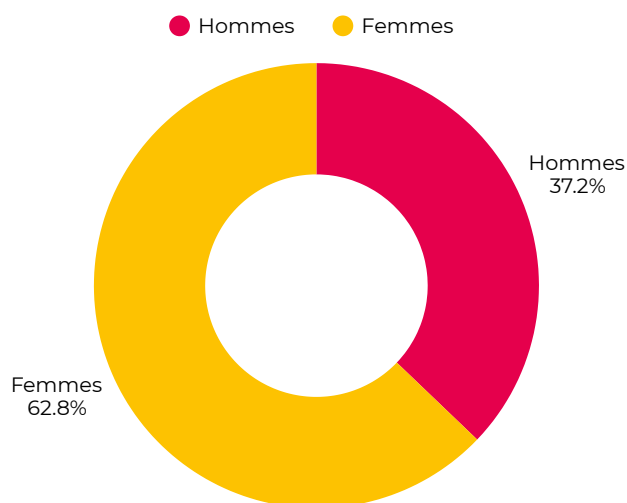
Profils des bénéficiaires dans la structure



Profils des bénéficiaires à échelle régionale



Répartition moyenne des bénéficiaires dans la structure



Répartition moyenne des bénéficiaires à échelle régionale

Ratio femmes/hommes : 3,50 (soit 3,50 femmes pour 1 homme)

Le CRT présente une surreprésentation féminine très marquée (77,8 % vs 62,8 % région), soit 15 points au-dessus de la moyenne régionale, suggérant un territoire où les femmes âgées isolées sont particulièrement vulnérables.

➤ Âge moyen des bénéficiaires



86 ans (structure)



RÉGION
Nouvelle-Aquitaine

83,1 ans (moyenne régionale)

• Motifs d'entrée dans le dispositif de la structure :

1	Plan APA insuffisant : très fréquent
	Isolement social : très fréquent
2	Situation complexe à domicile : fréquent
3	Sortie d'hospitalisation : très peu fréquent
4	Autre: Répit à l'aidant

Le motif "Plan APA insuffisant" en première position révèle une défaillance du dispositif de droit commun sur ce territoire, obligeant le CRT à compenser des besoins qui devraient être couverts par l'APA. L'isolement social massif confirme les difficultés d'un territoire très rural.

- **Classement des motifs de sortie de la structure :**






1	Admission en EHPAD : très fréquent
2	Décès : très peu fréquent
	Admission en ESLD : très peu fréquent
	Admission en habitat intermédiaire: très peu fréquent

Le taux élevé d'admissions en EHPAD suggère que le CRT, malgré son intervention, peine à stabiliser durablement les situations de maintien à domicile, possiblement en raison de ressources humaines insuffisantes (ratio 1 ETP/29,51 Personne âgée).

- **Réalisations et points forts :**

Partage	Réunion tous les 6 mois avec les autres CRT du département (87)
Réseau	Réseau solide avec les SAD et MDD
Expérience	Expérience du DRAD pour le Volet 2

• Outils utilisés

Outils digitaux		Usages et retour d'expérience
PAACO-GLOBULE		Améliore la traçabilité et la coordination au sein du CRT
Telegrafik		Sécurité domiciliaire, astreinte 24/7, prévention des chutes Déçu du service Telegrafik (hausse de prix, nouvelles fonctionnalités non demandées), rupture du contrat!
Présence Verte		La téléassistance c'est facile et sécurisant. C'est un système qui permet d'envoyer une alarme 24h/24 et 7 jours sur 7 à des opérateurs qualifiés.
TITAN		Logiciel SI EHPAD
Google Drive		Utilisation de la suite Google et notamment l'application Google Drive

• Retours d'informations de la part du CRT :

Retour 1 :	Retour 2 :	Retour 3 :	Retour 4 :
Problème d'interopérabilité entre le SI métier de l'EHPAD et Paaco-Globule	File active de 30 bénéficiaires trop juste	Beaucoup de retranscription en administratif (Retour CNSA, 1 matinée avec 2 personnes pour répondre aux questions)	Adressage de patients trop complexes (coordination) par le DAC. Le CRT se sent parfois obligé d'accepter des adressages (trop de gouvernance de la part du DAC)

• Analyse du volet financier

1. Budget global et répartition par groupes de charges

Budget total : 279 309 €

Le budget du CRT Chabatz d'Entrar se décompose en trois groupes de charges distincts :

Groupe	Nature des charges	Montant	% du budget
G1	Fournitures, matériel, ateliers, astreinte	139 279 €	49.87 %
G2	Personnel d'encadrement et médical	110 412 €	39.53 %
G3	Transports, SI, téléassistance, immobilier	29 618 €	10.60 %

➤ Analyse de la structure budgétaire

Groupe 1 (49,87 % du budget) :

Cette proportion exceptionnellement élevée interpelle et nécessite une analyse approfondie.

Le budget alloué au groupe 1 constitue près de la moitié du budget total du CRT, reflétant l'importance des activités et du matériel pour le fonctionnement quotidien. Sur le Volet 1, peu d'actions ou d'ateliers de prévention ont été mises en place, et seules 0 à 9 actions de formation ont été réalisées pour les 70 professionnels. La dépense reste donc concentrée sur le matériel et les fournitures nécessaires à ces rares actions.

La charge d'astreinte est également incluse dans ce groupe, ce qui contribue à expliquer son poids financier relativement élevé malgré un nombre limité d'initiatives directes. Si l'astreinte est comptabilisée en G1 (au lieu de G2 pour le temps du personnel), cela expliquerait en partie cette charge financière.

Groupe 2 (39,53 % du budget) - Sous-dotation RH ?

Le groupe 2 représente une part modeste du budget et correspond aux ressources humaines mobilisées pour le CRT. Sur le Volet 1, seulement 0,30 ETP sont dédiés, indiquant un investissement limité en personnel pour ce volet. En revanche, sur le Volet 2, 36 personnes âgées (étalé sur l'année 2024 et incluant les dossier clôturés) ont été intégrées avec 1,22 ETP, ce qui montre un engagement plus conséquent pour l'accompagnement direct et l'encadrement médical. Le financement de ce groupe reflète donc la priorité donnée au personnel pour assurer la qualité de l'accompagnement sur le Volet 2, plus qu'au développement d'actions sur le Volet 1.

Le ratio Budget/ETP de 72 639 € est élevé, suggérant soit des profils très qualifiés/seniors, soit une comptabilisation d'éléments potentiellement non-salariaux dans le G2.

Groupe 3 : (10,60 % du budget).

Le groupe 3 représente une proportion cohérente du budget total et regroupe les charges liées aux infrastructures et services supports du CRT. La dépense limitée de ce groupe suggère une gestion économique de ces services ou leur mutualisation avec d'autres structures, permettant ainsi de concentrer les ressources financières sur le matériel et le personnel. Malgré sa faible part, ce groupe reste essentiel au bon fonctionnement global du CRT, notamment pour garantir l'accessibilité des services aux personnes âgées et assurer le suivi administratif et logistique.

2. Répartition Volet 1 / Volet 2 : analyse versus cahier des charges national

> Analyse comparative

Volets	CDC national	CRT Chabatz d'Entrar	Écart	% écart
Volet 1	80 000 € soit 20 %	2 793,09 € soit 1 %	-77 206,91 €	-96,51 %
Volet 2	320 000 € soit 80 %	276 515,91 € soit 99 %	-43 484,09 €	-13,58 %
Total	400 000 €	279 309 €	-120 691 €	-30,17 %

Constat majeur

Le CRT Chabatz d'Entrar fonctionne avec un **budget global inférieur comparé au cahier des charges national** (-30,17 %), et présente une **répartition plus que largement déséquilibré** entre les deux volets :

- **1 % pour le Volet 1** au lieu de 20 % prévu
- **99 % pour le Volet 2** au lieu de 80 % prévu

Volet 1 : sous-financement apparent (-96,51 %)

Le CRT consacre une part très faible de son budget au Volet 1, soit 1 % seulement contre 20 % dans le CDC national, générant un écart de -96,51 %. Ce faible investissement peut s'expliquer par plusieurs hypothèses :

- Nombre limité d'actions de formation et d'ateliers : seulement 0 à 9 actions pour 70 professionnels, ce qui réduit naturellement les besoins financiers.
- Faible mobilisation de personnel : seulement 0,30 ETP dédié au Volet 1, ce qui limite la capacité à organiser et coordonner des actions préventives.
- Priorité stratégique sur l'accompagnement direct : le CRT peut avoir choisi de concentrer ses ressources sur le Volet 2 pour répondre aux besoins immédiats des personnes âgées, laissant moins de budget pour la prévention et la formation.

Hypothèse 1 :

Le CRT Chabatx d'entrar est un ex-DRAD, donc historiquement concentré sur l'accompagnement intensif domicile (Volet 2) sans mission de prévention territoriale. La transition vers le modèle CRT complet (Volet 1+Volet 2) peine à se mettre en place.

Hypothèse 2 :

Territoire très rural = frein structurel aux actions collectives

Volet 2 : sous-financement (-13,58 %)

Rappel du Public cible Volet 2 :

36 personnes âgées dont 3 personnes incluses aussi dans Volet 1 (articulation Volet 1 / Volet 2)

Avec 36 bénéficiaires personnes âgées :

- Budget par bénéficiaire : $279\,309 \text{ €} / 36 = \mathbf{7\,758,58 \text{ €/an}}$ (646,54 €/mois)
- CDC national pour 30 personnes âgées : $320\,000 \text{ €} / 30 = \mathbf{10\,667 \text{ €/an}}$ (889 €/mois)
- **Écart apparent : -2 908,42 €/an / bénéficiaire (-27,27 %)** entre le rapport d'activité et le cahier des charges

Ressources humaines Volet 2 :

- **1,220 ETP** pour 36 bénéficiaires
- Ratio : **1 ETP pour 29,51 personnes âgées**

Accompagnement direct des personnes âgées (276 515,91 €, 99 %) :

Le Volet 2 représente 99 % du budget du CRT, légèrement inférieur au montant recommandé par le CDC national (-13,58 %). Plusieurs éléments peuvent justifier cette concentration :

- Nombre important de personnes âgées intégrées : 36 personnes âgées suivies avec un accompagnement individualisé.
- Optimisation des ressources : certaines dépenses du Volet 2 peuvent inclure des charges du groupe 1 ou 3 (matériel, téléassistance, outils digitaux), ce qui permet de concentrer le budget principal sur l'accompagnement direct tout en restant efficace.
- Adaptation au contexte local : le CRT semble privilégier le volet opérationnel (suivi et prise en charge directe) plutôt que le volet préventif, ce qui pourrait correspondre à la demande réelle des structures partenaires et des bénéficiaires du territoire.

Hypothèse 1 :

Les profils légers (GIR 3-4) nécessitent moins d'heures d'accompagnement intensif, ce qui explique partiellement le ratio Personne âgée/ETP élevé et le sous-financement modéré

Hypothèse 2 :

Le CRT suit probablement des personnes âgées avec MND à stades précoces/modérés (d'où GIR 3-4) mais nécessitant un accompagnement spécialisé (troubles comportementaux, soutien aidants, adaptations environnement).

Hypothèse 3 : Astreinte nuit coûteuse compensée par économies autres postes

- **Analyse du volet financier**



- **Enjeux et Recommandations ?**

- **Priorité 1** : Reconstruire le Volet 1 - Passer de l'inexistence à un modèle adapté à la grande ruralité
- **Priorité 2** : Renforcer les ressources humaines notamment sur le Volet 2 afin d'améliorer le ration Personnes âgées/ETP
- **Priorité 3** : Clarifier la structure budgétaire notamment au niveau du G1 et du Volet 1

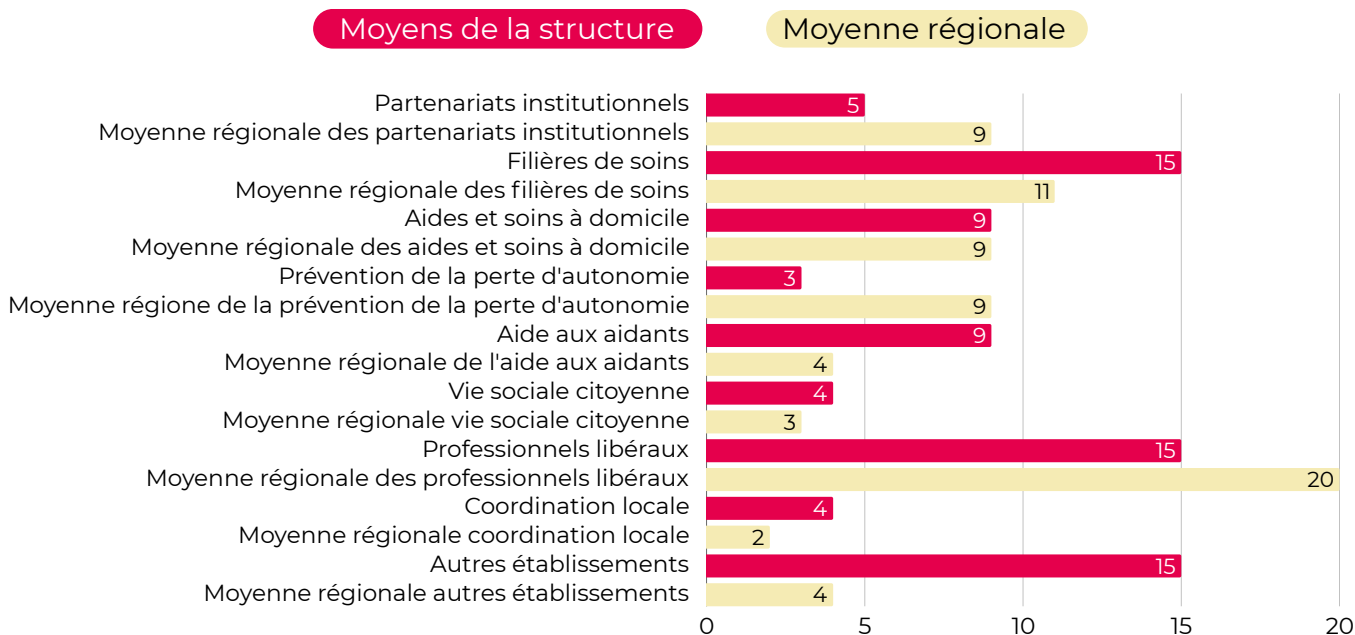
• **Cartographie du territoire du CRT**



• **Résultats clés :**

Un CRT urbain centré sur Limoges présentant un modèle ambitieux avec déploiement d'infrastructures structurantes (Maison des Seniors, Animation Loisirs Seniors sur 12 sites, Habitat inclusif Vivre@Dom, Plateforme retours hospitalisation).

• **Comparaison des partenariats entre la structure et la moyenne régionale :**





Le nombre de partenaires “d'autres établissement” semble bien supérieur à la moyenne régionale.

Le CRT du SSIAD Soins et Santé présente une configuration partenariale globalement équilibrée avec une surperformance notable en autres établissements, reflétant un écosystème urbain Limoges dense. Les partenariats filières de soins et professionnels libéraux sont dans la moyenne régionale. En revanche, les faiblesses en coordination locale DAC (4 vs 2) et vie sociale citoyenne méritent une attention particulière.


• Comprendre la répartition sur le Volet 1 :

Nombre de professionnels affectés au volet 1 : **0,550 ETP**

Volet 1			
Public cible	Personnes âgées : 26	Aidants : 19	Professionnels : 46
Actions	Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention	Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants	Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques
Détails	<p>La télémédecine 100 % prise en charge par l'Assurance Maladie, le patient accompagné par l'équipe du CRT et le médecin échantant en direct en vidéo-transmission. Le médecin accède au dossier médical partagé de la personne à distance. L'intérêt pour la personne est de limiter ses déplacements et l'attente dans les services spécialisés et de raccourcir les délais de rendez-vous.</p> <p>De plus l'équipe pluridisciplinaire du CRT aura recours à la solution consult-me, pour faciliter la prise de rdv de télé-consultation.</p> <p>Le CRT propose une offre d'activités, de loisirs et de prévention répartie sur 12 sites, qui s'adresse aux seniors à domicile autonomes ou en perte d'aisance.</p>	<p>L'ANIMATION LOISIRS SENIORS propose une offre d'activités, de loisirs et de prévention répartie sur 12 sites, qui s'adresse aux seniors à domicile autonomes ou en perte d'aisance. Pour se divertir, partir en balade, partager de bons moments</p> <p>LA MAISON DES SENIORS, accueille les plus de 60 ans, les aidants et les professionnels du secteur. Porte d'entrée pour accompagner l'avancée en âge, elle est un espace ressources qu'il ne faut pas hésiter à solliciter au 12 rue des petites-maisons au cœur de Limoges</p>	<p>Sensibilisation des personnes âgées</p> <p>Formations flash pour les professionnels de santé</p> <p>Organisation de réunion de rappel de bonnes pratiques</p>
Nombre d'action	0<...<9	0<...<9	0<...<9

Le fonctionnement semble d'une certaine façon performant en touchant 26 personnes âgées, 19 aidants, 46 professionnels malgré seulement 0<9 actions sur chaque axe.

• Comprendre la répartition le Volet 2 :

	<p>Informations</p> <ul style="list-style-type: none"> Mise en place de la téléassistance L'astreinte soignante de nuit est assurée par le CRT
---	---

Nombre de professionnels affectés au volet 2 : **4,007 ETP**

Volet 2					
Public cible	Personnes âgées : 37	incluses dans Volet 1 : 11			
Classification des Actions	Sécurisation de l'environnement de la personnes	Gestion de la situation de crise et soutien aux aidants	Coordination renforcée autour de la personne	Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement	Appui au parcours de vie
Détails	Mise en place de téléassistance évoluée	<p>Plateforme d'Accompagnement de Soutien et de Relais pour les aidants familiaux</p> <p>Elle permet d'accompagner les aidants et de cheminer vers l'acceptation d'aides et de soutien en proposant des aides et services adaptés en fonction de leurs besoins et des situations vécues.</p> <p>Des jeunes volontaires en service civique apportent présence et soutien aux personnes accompagnées par nos services et à leurs aidants.</p>	<p>RETOUR D'HOSPITALISATION</p> <p>La Plateforme Médico-Sociale de Relais à l'Hospitalisation " PMS "</p> <p>Ce service organise et coordonne le retour à domicile des personnes en perte d'autonomie après une hospitalisation sur demande du médecin ou de l'assistant social.</p> <p>En partenariat avec l'Association Actid 87.</p>	<p>Kine-sim (Des activités physiques adaptées avec l'appareil Kiné-sim, pourront vous être préconisées au Castel Marie, avec notre ergothérapeute permettant d'engager un travail autour de vos capacités fonctionnelles et d'équilibre tout en pratiquant une activité ludique en réalité virtuelle.)</p> <p>LE PORTAGE DE REPAS, au-delà d'une livraison de repas, il joue un rôle de sentinelle auprès des aînés à domicile en situation de fragilité, parfois isolés. Il permet également le repérage de situation parfois complexe et il contribue au maintien du lien social au quotidien avec une livraison 7j/7.</p> <p>Accès à l'ensemble des actions du volet 1</p>	<p>Profite des actions du volet 1</p> <p>HABITAT INCLUSIF " Vivre@Dom "</p> <p>Des logements individuels au cœur de Limoges</p> <p>Il s'agit d'appartements (T2, T3) à la location destinés aux seniors qui ne souhaitent pas vivre en EHPAD mais qui ne sont plus toujours suffisamment autonomes pour rester seuls dans leurs logements.</p> <p>L'habitat inclusif allie des logements indépendants à des espaces de vie partagés, dans un environnement accessible et sécurisant.</p>
Nombre d'actions réalisées	30+	30+	30+	30+	0<...<9

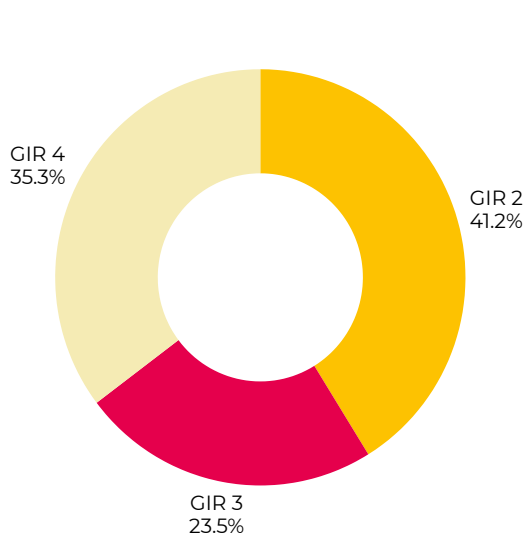
• Comparaison profils des bénéficiaires du Volet 2 :

➤ Les profils GIR

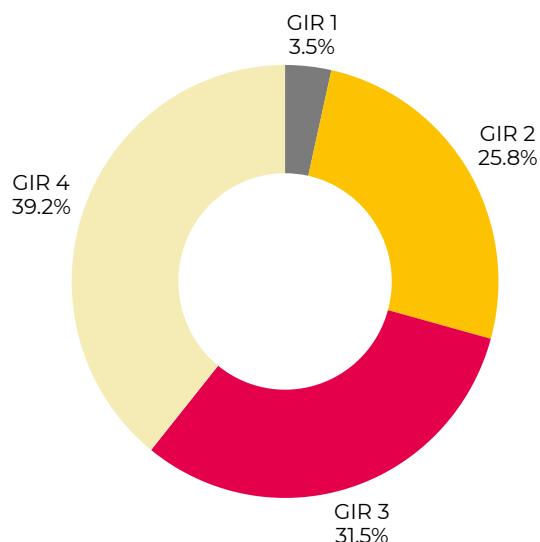


Informations

- 3 bénéficiaires du volet 2 n'ont pas eu d'évaluation de leur GIR.
- Les pourcentage de GIR 2 est supérieur à la moyenne régionale
- Nb de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives : 10



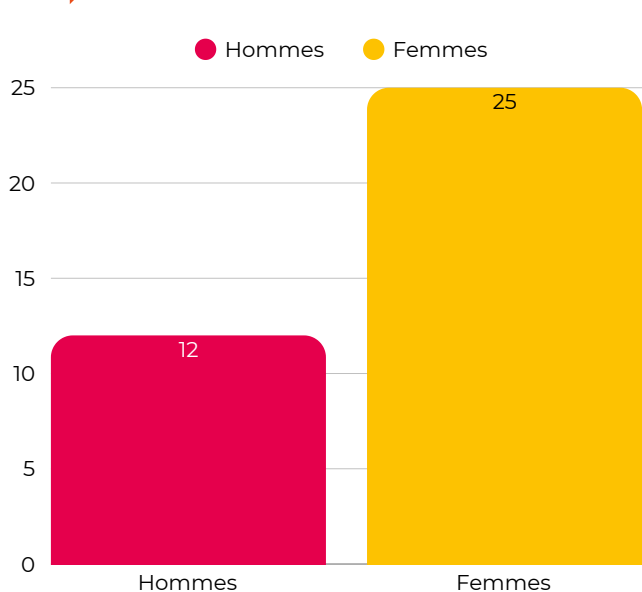
Profils des bénéficiaires dans la structure



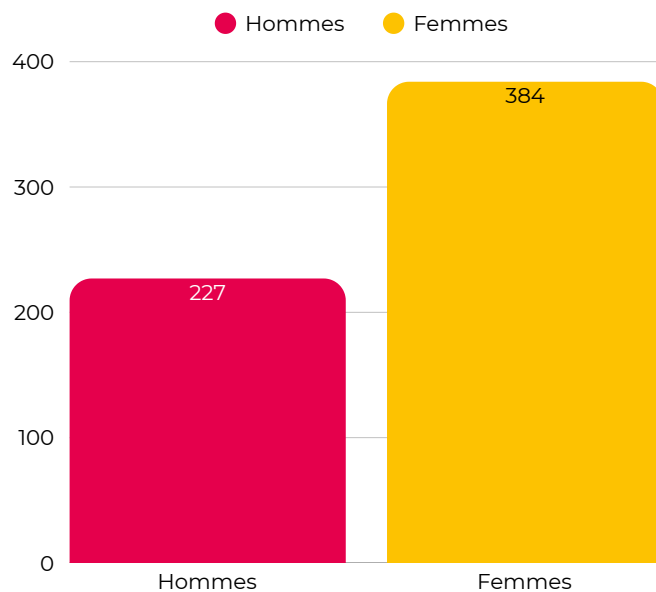
Profils des bénéficiaires à échelle régionale

Le CRT du SSIAD Soins et Santé accueille des bénéficiaires du Volet 2 dont le GIR 2 est supérieur à la moyenne régionale. Les pourcentages GIR présentés sont calculés sur 34 bénéficiaires évalués (et non 37), ce qui peut représenter un biais statistique.

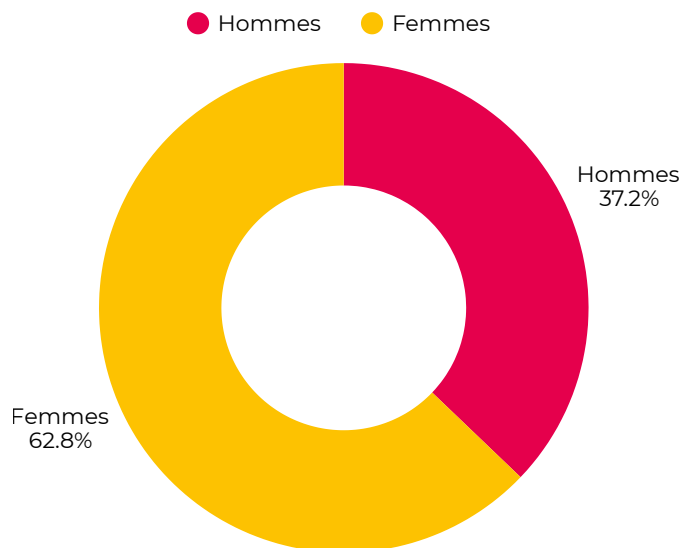
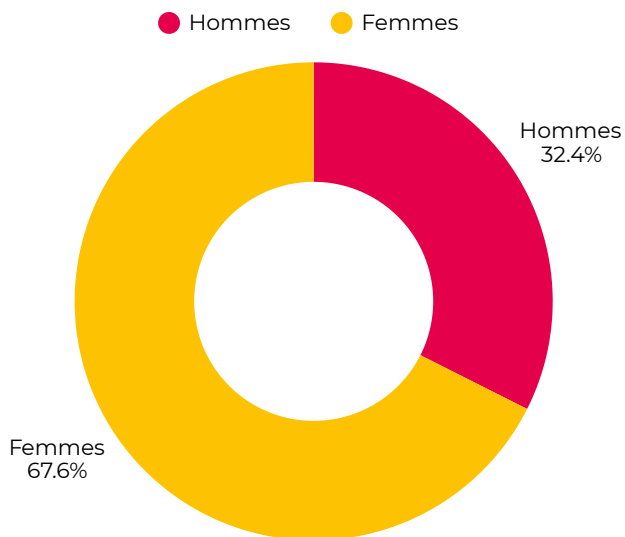
➤ Répartition des profils par genres (H/F)



Profils des bénéficiaires dans la structure



Profils des bénéficiaires à échelle régionale



Ratio femmes/hommes : 2,08 (soit 2,08 femmes pour 1 homme)

La surreprésentation féminine observée (+4,8 points) reste dans la marge d'erreur statistique compte tenu de la taille restreinte de l'échantillon (37 personnes âgées).

➤ Âge moyen des bénéficiaires



82 ans (structure)



RÉGION
Nouvelle-Aquitaine

83,1 ans (moyenne régionale)

Le CRT présente un profil cohérent :

- Population légèrement plus jeune (-1,1 an vs région) mais dans la norme (82 ans)
- Profils GIR conformes (41,2% GIR 2 vs 25,8% région) avec dépendance lourde

• Motifs d'entrée dans le dispositif de la structure :

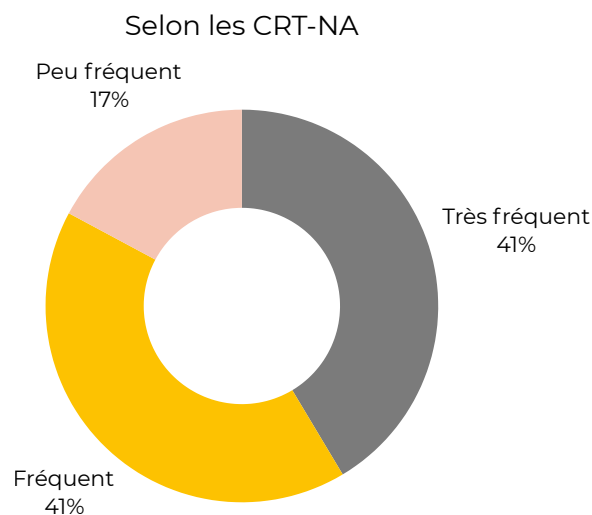
1	Situation complexe à domicile : très fréquent
2	Isolement social : fréquent
	Plan APA insuffisant : fréquent
	Sortie d'hospitalisation : fréquent
3	Autre: Épuisement de l'aidant

Le motif "Situation complexe à domicile" en première position reflète des profils pluripathologiques lourds (41% GIR 2) nécessitant coordination intensive. Les sorties d'hospitalisation fréquentes justifient la Plateforme PMS (retours hospitalisation organisés). L'épuisement aidant (dont la fréquence n'est pas évaluée) confirme le besoin de la Plateforme d'Accompagnement des Aidants et du service civique déployés.

- **Classement des motifs de sortie de la structure :**

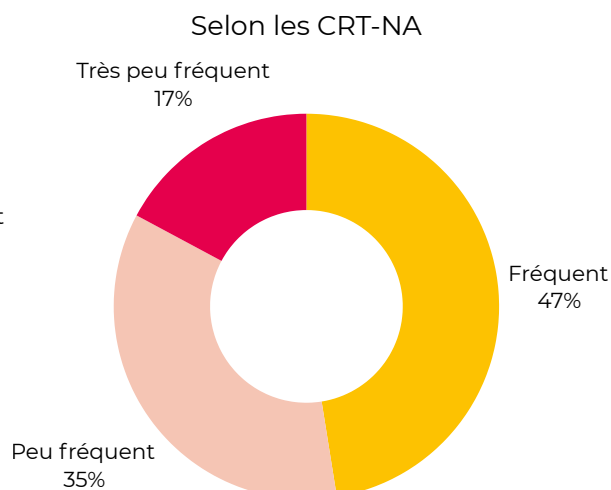
1	Admission en EHPAD : très fréquent
2	Décès : peu fréquent
	Admission en ESLD : peu fréquent
3	Admission en habitat intermédiaire: très peu fréquent
4	Autre: stabilisation de la situation et relais

- **Répartition des motifs de sortie du dispositif à échelle régionale (%arrondies) :**



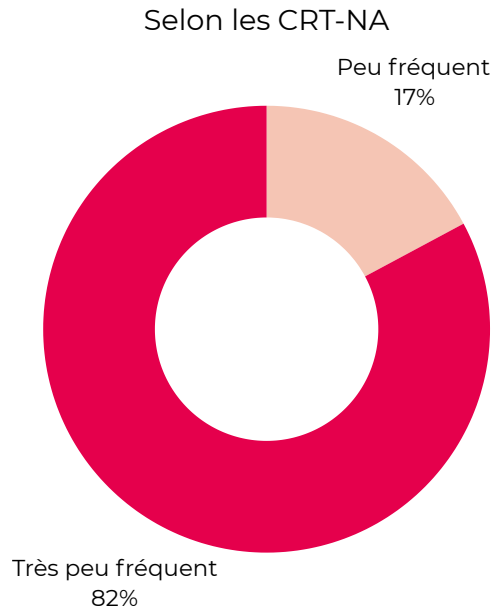
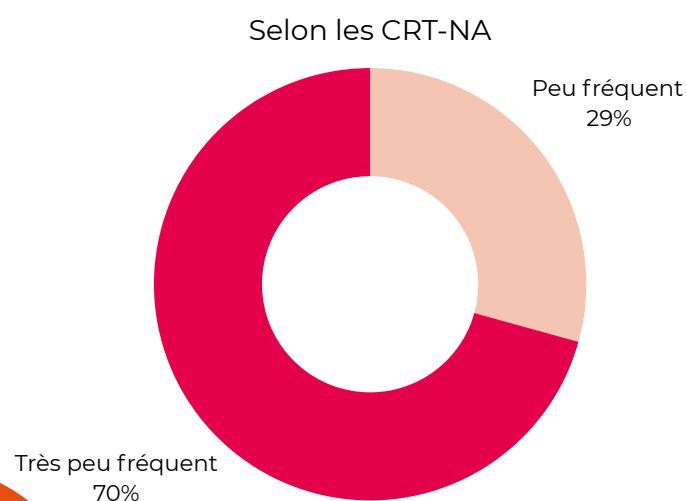
Admission en EHPAD : Fréquent

Motif de sortie le plus fréquent globalement

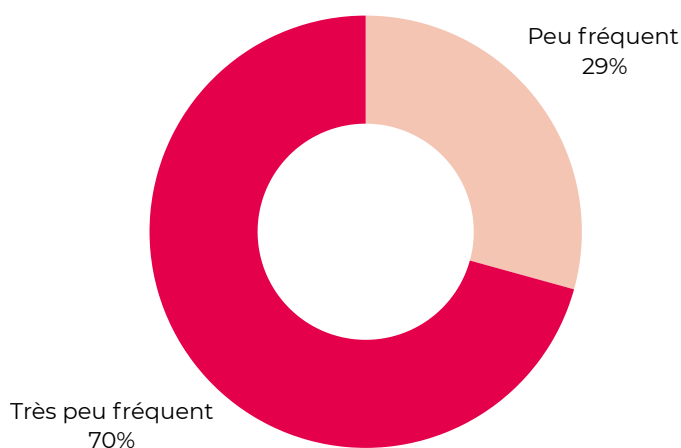


Décès : Peu fréquent

Deuxième motif de sortie en importance relative



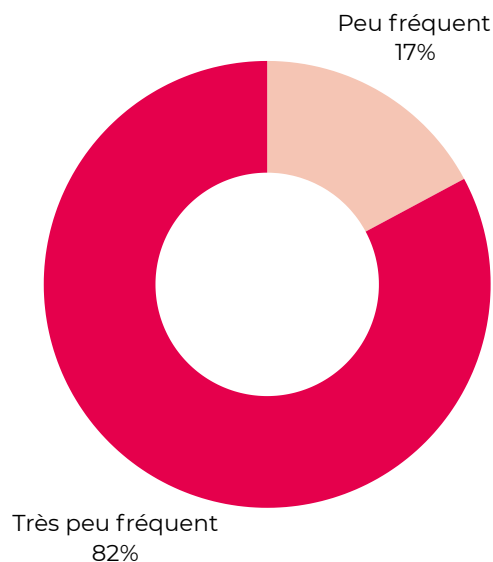
Selon les CRT-NA



**Admission en habitat intermédiaire :
Très peu fréquent**

Reste une orientation minoritaire

Selon les CRT-NA



**Admission en établissement de soins
longue durée (ESLD) : Très peu fréquent**

**Orientation très marginale, presque
inexistante dans certains CRT**

• **Synthèse :**

	Les sorties des CRT se concentrent principalement sur :	Causes
1	L'admission en EHPAD	Orientation institutionnelle classique
2	Les décès	Reflet de la population très âgée et dépendante accueillie

Tandis que les alternatives telles que l'habitat intermédiaire et l'ESLD restent très marginales, suggérant une offre limitée ou une préférence pour le maintien à domicile via les CRT

• **Réalisations et points forts :**






Webinaire Tous les 2 mois, Webinaire de l'ANAP

**Réunion
conjointe** Réunion 1 fois par an avec DAC87/23
Réunion tous les 6 mois avec les autres CRT présents sur les départements 87/23

PMR Acquisition d'une rampe déployable pour les personnes PMR

Recrutement Prise de poste d'une enseignante de pratique sportive adaptée

• Outils utilisés

Outils digitaux		Usages et retour d'expérience
PAACO-GLOBULE		Améliore la traçabilité et la coordination au sein du CRT
Telegrafik	 TELEGRAFIK	Sécurité domiciliaire, astreinte 24/7, prévention des chutes
IRIS Bienveillance		La solution bienveillance E-santé adaptée au besoin d'un SSIAD. Des technologies, informations numériques partagées et services coordonnés innovants, pour le maintien à domicile des personnes fragilisées.
PRESAGE	 PRESAGE	Dispositif Médical basé sur l'IA qui prédit les passages en urgence avec 7 à 14 jours d'avance et renforce les relations aidants-aidé.
Kine-sim		KINE-SIM est un appareil de rééducation de l'équilibre et de la marche. Ce système est composé de deux plaques de force motorisées qui se déplacent de manière synchronisées avec contenu multimédia. Il reproduit plusieurs scénarios de la vie réelle pour exercer l'équilibre, la marche, l'orthopédie du bas du corps et les tâches cognitives

• Retours d'informations de la part du CRT :

Retour 1

Difficulté avec l'adressage du DAC vers le CRT d'une personne qui refuse de l'aide alors qu'elle est en danger dû à son renoncement aux soins

Retour 2

Les médecins ne se déplacent plus au domicile des patients

Retour 3

Difficulté avec les patients qui intègrent le dispositif mais qui n'ont pas de médecin traitant

• Analyse du volet financier

1. Budget global et répartition par groupes de charges

Budget total : 274 812€

Le budget du CRT du SSIAD Soins et Santé se décompose en trois groupes de charges distincts :

Groupe	Nature des charges	Montant	% du budget
G1	Fournitures, matériel, ateliers, astreinte	8 272 €	3,01 %
G2	Personnel d'encadrement et médical	221 973 €	80,75 %
G3	Transports, SI, téléassistance, immobilier	44 567 €	16,22 %

➤ Analyse de la structure budgétaire

Groupe 1 (3,01% du budget) :

Le groupe 1 représente une part très faible (3,01%, soit 8 272 €), ce qui est cohérent avec :

1. Adossement SSIAD : Mutualisation fournitures médicales, matériel soins, consommables avec SSIAD porteur
2. Absence infrastructures lourdes Volet 1 : Pas d'ateliers propriétaires (utilisation Maison des Seniors + 12 sites Animation Loisirs Seniors existants)
3. Astreinte nuit comptabilisée en G2 (personnel soignant) et non G1

Groupe 2 (80,75% du budget) :

Le groupe 2 représente 80,75% du budget. Avec 4,557 ETP total (0,55 Volet 1 + 4,007 Volet 2) pour 221 973 €, le ratio budget/ETP est de 48 700 €, cohérent avec une équipe qualifiée (IDE, ergothérapeute, enseignante APA, coordinateurs)

Groupe 3 (16,22% du budget) : Investissement technologique modéré :

Le groupe 3 représente 16,22% du budget (44 567 €) finance un écosystème numérique.

2. Répartition volet 1 / volet 2 : analyse versus cahier des charges national

> Analyse comparative

Volets	CDC national	CRT du SSIAD Soins et Santé	Écart	% écart
Volet 1	80 000 € soit 20%	54 962,40 € soit 20 %	-25 037,60 €	-31,30 %
Volet 2	320 000 € soit 80%	219 849,60 € soit 80 %	-100 150,40 €	-31,30%
Total	400 000 €	274 812 €	-125 188 €	-31,30%

Constat majeur

Le CRT du SSIAD Soins et Santé fonctionne avec un sous-financement global modéré de -31,30% (274 812 € vs 400 000 € CDC), mais présente une répartition Volet 1 / Volet 2 parfaitement conforme (20%/80%, identique au CDC), conformément au cahier des charges, témoignant d'un pilotage budgétaire rigoureux.

Volet 1

Sous-financement modéré compensé par infrastructures existantes (-31,30%)

Le Volet 1 dispose de 54 962 € (vs 80 000 € CDC, -31,30%) avec 0,55 ETP, générant une performance correcte : 26 personnes âgées, 19 aidants, 46 professionnels touchés avec 0<9 actions sur chaque axe.

Le CRT privilégie des services permanents accessibles plutôt que des actions/ateliers répétés.

Toutefois, une attention doit être portée au fait qu'avec 0,55 ETP, le CRT assure coordination/pilotage des infrastructures existantes mais ne peut développer de nouvelles actions (d'où 0<9 actions sur chaque axe).

Volet 2 : sous-financement du volet 2 (- 31,30 %)

Rappel du Public cible Volet 2 : 37 personnes âgées dont 11 personnes incluses aussi dans Volet 1 (articulation Volet 1 / Volet 2)

Avec 37 bénéficiaires personnes âgées :

- Budget par bénéficiaire : $219\,849,60\ \text{€} / 37 = 5\,941,88\ \text{€/an}$ (495,15 €/mois)
- CDC national pour 30 personnes âgées : $320\,000\ \text{€} / 30 = 10\,667\ \text{€/an}$ (889 €/mois)
- **Écart apparent : -4725,12 €/an / bénéficiaire (44,32 %)** entre le rapport d'activité et le cahier des charges

Ressources humaines Volet 2 :

- **4,007 ETP** pour 37 bénéficiaires
- Ratio : **1 ETP pour 9,24 personnes âgées**

Hypothèses :

- Hypothèse 1 : Profils GIR 2 majoritaires (41%) mais absence GIR 1 permettant des financements équilibrés avec les autres besoins des bénéficiaires au profil moins lourd
- Hypothèse 2 : Le CRT déploie de la téléassistance assée “évoluée” ce qui représente un important coût budgétaire.
- Hypothèse 3 : L’astreinte soignante est potentiellement mutualisée avec le SSIAD porteur.
- Hypothèse 4 : Le sous-financement Volet 2 de -31% peut s'expliquer par une combinaison d'optimisations et mutualisations

- **Investi dans une démarche qualité :**

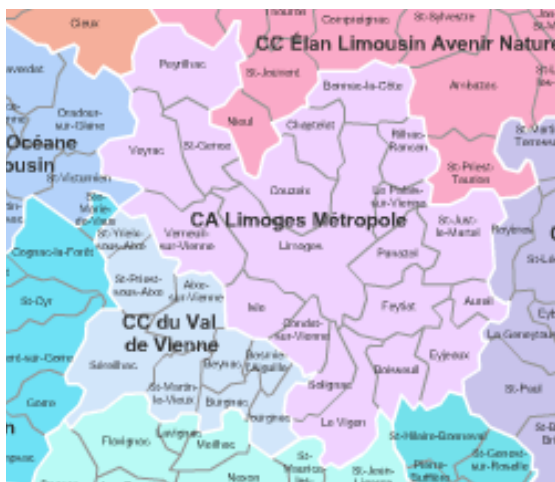


- **Enjeux et Recommandations ?**

Priorité 1 : Structurer la coordination ville-hôpital pour tenter de pallier à la désertification médicale

Priorité 2 : Résoudre les orientations DAC inadéquates et clarifier les critères d'admission CRT, clarifier conjointement qui relève du CRT vs qui relève d'autres dispositifs

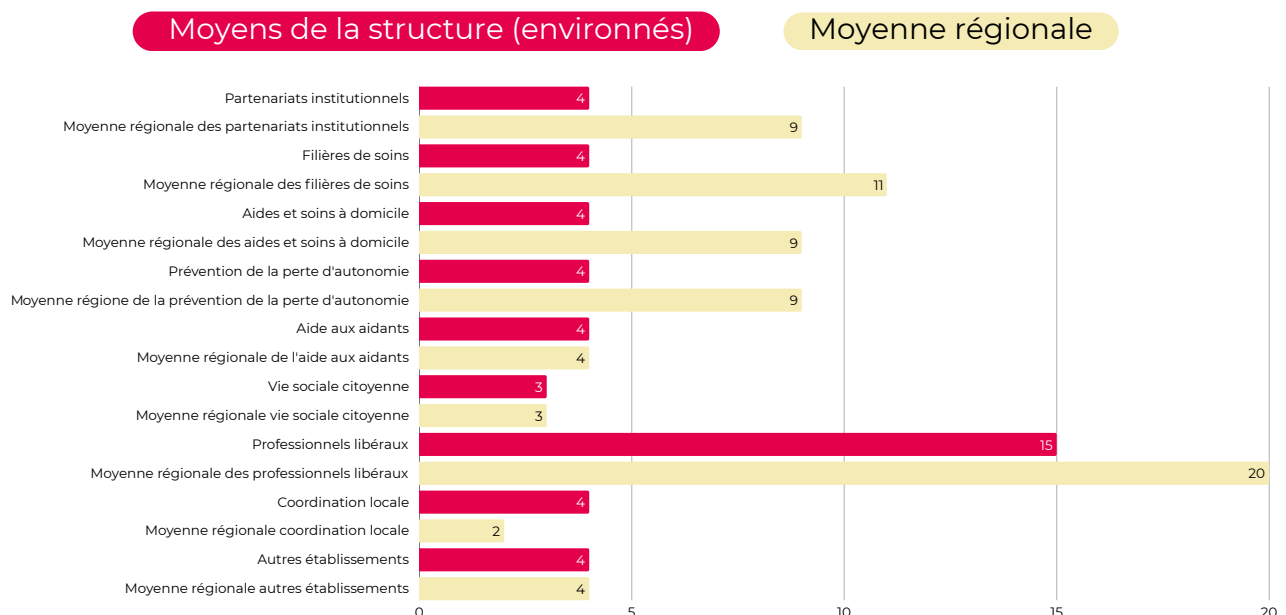
• **Cartographie du territoire du CRT**



• **Résultats clés :**

Le CRT Hameau du Buis a l'expérience du Volet 2 puisqu'il fait partie des CRT EX-DRAD.

• **Comparaison des partenariats entre la structure et la moyenne régionale :**





Un grand nombre de partenaires semblent bien inférieurs à la moyenne régionale.

• Comprendre la répartition sur le Volet 1 :

Nombre de professionnels affectés au Volet 1 : **5.600 ETP**

Compléments ajoutés par le CRT :

- Tous les professionnels du CRT sont affectés au Volet 1
- Un roulement est mis en place pour les actions régulières (1 ASG/ mois pour les ateliers de prévention des chutes, donc un roulement tous les 3 mois car 3 ASG)
- L'équipe (5,600 ETP) est complète depuis août 2025. (La dernière arrivée est la coordinatrice sociale (0,50 ETP) qui a pour objectif le déploiement des action du Volet 1)

Volet 1			
Public cible	Personne âgée : 8	Aidants : 8	Professionnels : 4
Actions	Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention	Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants	Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques
Détails	<p>Rencontre organisée avec le président du Conseil des masseurs kinésithérapeutes de la Haute-Vienne, afin de lui proposer la mise à disposition de la salle de rééducation de l'EHPAD (Hameau du Buis) ainsi que l'utilisation du vélo cognitif, sur réservation. Cette information a été transmise à l'ensemble des kiné du territoire d'intervention (43 cabinets). (2024)</p> <p>Journée portes ouverte a été organisée avec l'opportunité de bénéficier d'un dépistage auditif et visuel réalisé par Écoute et Voir Mobile. L'objectif été d'encourager les aidants, les personnes de 60 ans et plus du territoire à pouvoir bénéficier d'un dépistage préventif. 20 participants, 5 en ont bénéficié. (24.04.2025)</p> <p>Organisation d'un vide grenier partagé avec l'association PATA et le CRT. Des actions de préventions (chutes) ont pu être mises en place lors de ce vide grenier. (06.09.2025)</p>	<p>Journée organisée en lien avec l'association Tiers Lieu porté par l'EHPAD (Hameau du Buis). Cette journée avait pour objectif de proposer des ateliers bien-être aux aidants et des ateliers créatifs aux aidés afin de permettre des temps de partage et de répit. Le taux de participation est modéré avec 8 binômes aidants/aidés sur 68 invitations transmises (2024/2025)</p> <p>Des ateliers proposés ainsi que la rencontre des bénévoles de l'association PATA ont permis de dédramatiser l'image négative que les personnes peuvent avoir de l'EHPAD, le présentant comme un véritable lieu de vie. (24.04.2025)</p> <p>Des ateliers gym douce proposés aux locataires de la Résidence du Buis à côté de l'EHPAD. Tous les premiers mercredis du mois ces ateliers sont ouverts aux habitants de la Résidence séniors mais également aux bénéficiaires Volet 2 du CRT. De plus, le deuxième mercredi de chaque mois, des ateliers seront mis en place sur la salle commune du Vilaret d'Or de Feytiat, en lien avec ADOM Limousin, dans le cadre du programme Sortez-vous Bien. Les ASG du CRT réaliseront ces activités. (Début octobre 2025)</p>	<p>Le CRT a participé à la commission gériatrique de l'EHPAD pour présenter les différentes missions du CRT et des deux volets, mais également encourager les échanges et connaître le souhait des médecins autour des actions à mettre en place sur le territoire. 62 professionnels ont été invités à cette commission gériatrique, seulement 3 y ont participé. Le compte rendu de ces échange a été transmis à l'ensemble des professionnels (médecins libéraux, kiné) ce qui a permis d'encourager les bonnes pratiques. (2024/2025)</p> <p>Des appuis aux pratiques professionnels vont être déployer en 2026 auprès d'un SAAD. (2026)</p>
Nombre d'action	0<...<9	0<...<9	0<...<9

• Comprendre la répartition le Volet 2 :



Informations

- Mise en place de la téléassistance
- L'astreinte soignante de nuit est assurée par le CRT
- L'ensemble des bénéficiaires du Volet 2 bénéficie également du Volet 1

Nombre de professionnels affectés au Volet 2 : **5,600 ETP (Complet depuis août 2025)**

Compléments ajoutés par le CRT :

- *En 2024, l'équipe a été recrutée avec difficulté sur certains profils*
 1. Référente parcours IDE: arrivée en juin 2024
 - 2.1 ETP ASG: avril 2024
 - 3.1 ETP ASG: octobre 2024
- *Ceci explique également la montée en charge progressive du nombre de bénéficiaires en 2024*

Volet 2					
Public cible	Personne âgée : 34	incluses dans Volet 1 : 34			
Classification des Actions	Sécurisation de l'environnement de la personnes	Gestion de la situation de crise et soutien aux aidants	Coordination renforcée autour de la personne	Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement	Appui au parcours de vie
Détails	<p>L'ergothérapeute fait partie intégrante de l'équipe pluri du CRT, permettant une évaluation du logement et donc des propositions d'aménagement, ainsi que les préconisations d'usages</p> <p>Installation d'un pack domotique à domicile de la personne aidée en lien avec deux téléassisteurs (SIRMAD télé assistance et Présence Verte) qui sont interopérables avec les capteurs de Télégrafik</p> <p>Accès à un extranet et une application mobile pour les aidants qui permet d'accéder aux informations concernant les habitudes de vie du bénéficiaires</p>	<p>Astreinte nuit et jour en cas d'alerte du téléassisteur > déplacement à domicile sur une alerte du téléassisteur pour évaluer l'urgence et la nécessité d'alerter le 15</p> <p>Sollicitation de l'aidant si aucune solution n'est trouvée</p> <p>Accompagnement psy du CRT</p> <p>Partenariat avec les plateformes de répit avec mise en relation</p> <p>Dans le cadre des volets 2 des CRT, il faut proposer une chambre d'urgence. En Haute-Vienne, le CRT a la possibilité de solliciter le dispositif HTU géré par le DAC-PTA 87. Afin de favoriser l'acceptation des bénéficiaires, lorsqu'ils sont accompagnés dans le cadre du Volet 2, le CRT Le Hameau du Buis prend en charge les 7 premiers jours d'HTU soit 140 euros</p>	<p>Évaluation multidimensionnelle + Personnes âgées+ réunion de suivi hebdomadaire Paaco-Globul</p>	<p>2 animation/mois/bénéficiaire avec transport de l'EHPAD</p> <p>Restauration à l'EHPAD pour 6 €</p> <p>VAD régulières pour les ASG pour réaliser des ateliers suivant les souhaits des bénéficiaires</p> <p>Orienter les bénéficiaires vers des actions menées sur le territoire (Conférence des financeurs, ASEPT,MFS..)</p> <p>Proposition d'accès au services des autres EHPAD partenaires (esthéticienne, coiffeurs...)</p> <p>Accès à l'ensemble des actions du Volet 1</p>	<p>Profite des actions du Volet 1</p>
Nombre d'actions réalisées	30+	30+	30+	30+	20<...<29

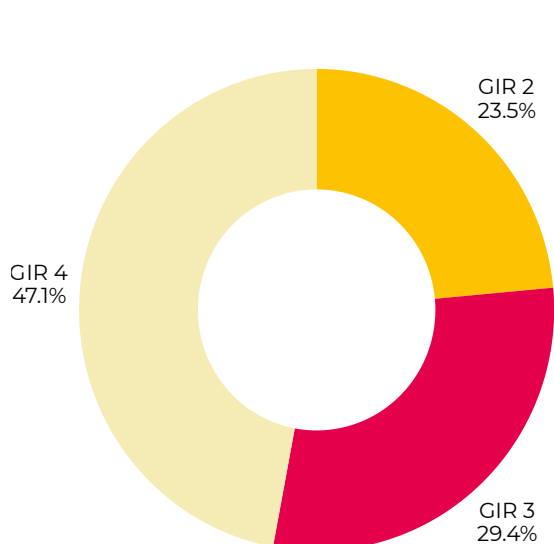
• Comparaison profils des bénéficiaires du Volet 2 :

➤ Les profils GIR

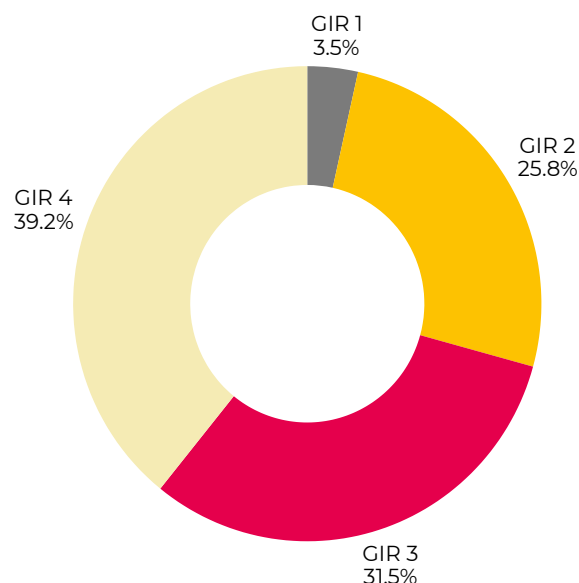


Informations

- **Tous les bénéficiaires** du Volet 2 **ont eu** une évaluation de leur GIR.
- Le pourcentage de GIR 4 est supérieur à la moyenne régionale
- Nb de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives : 20



Profils des bénéficiaires dans la structure

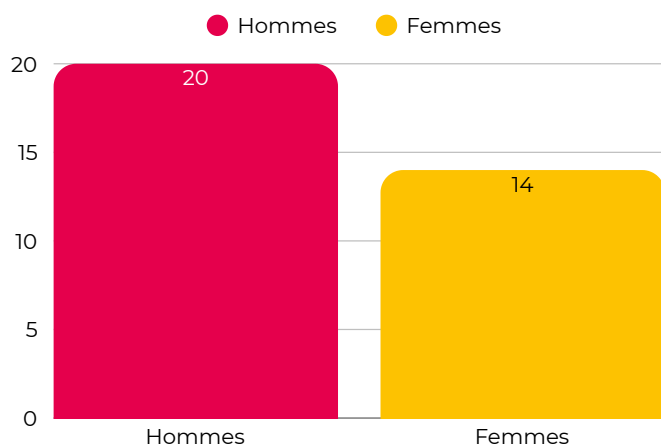


Profils des bénéficiaires à échelle régionale

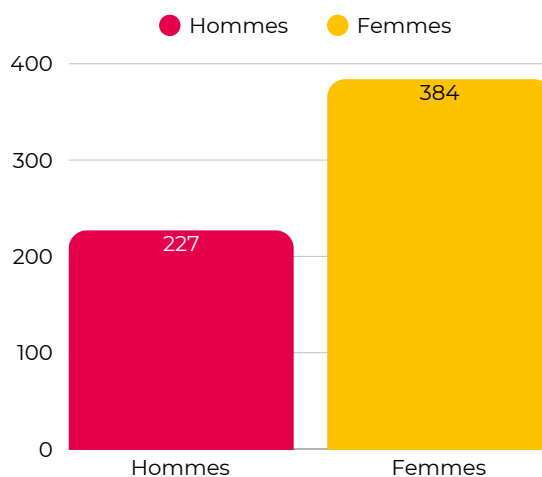
Le CRT Hameau du Buis accueille des bénéficiaires du Volet 2 dont le GIR 4 est supérieur à la moyenne régionale.

Complément ajouté par le CRT: Les profils atteints de maladies neuro-dégénératives connaissent une évolution rapide des troubles engendrant une diminution du GIR.

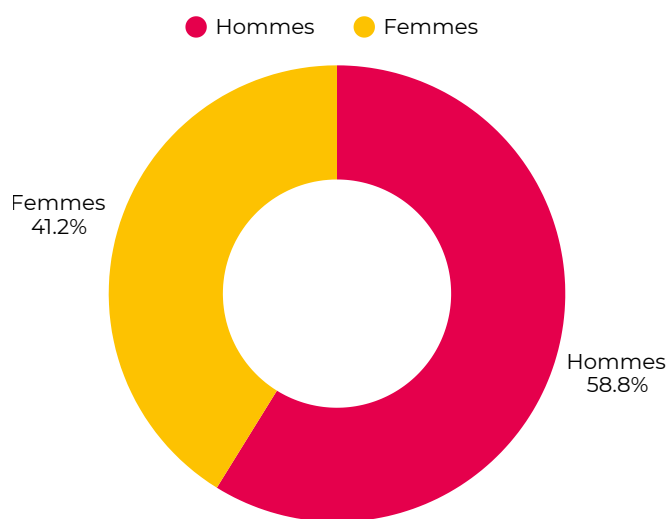
➤ Répartition des profils par genres (H/F)



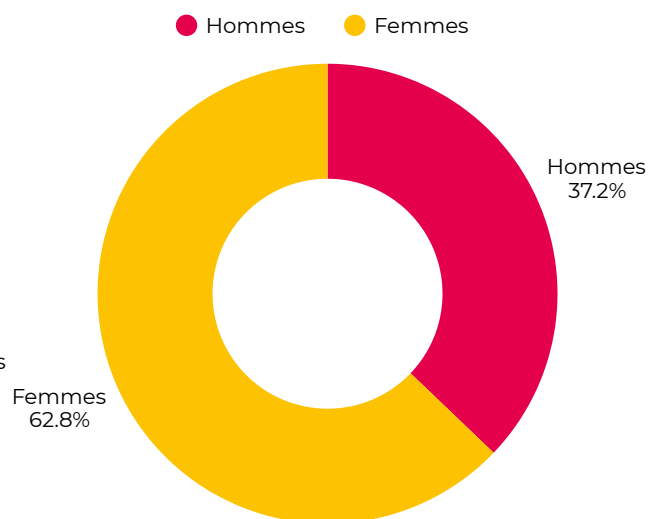
Profils des bénéficiaires dans la structure



Profils des bénéficiaires à échelle régionale



Répartition moyenne des bénéficiaires dans la structure en 2024



Répartition moyenne des bénéficiaires à échelle régionale

Ratio femmes/hommes : 0,70 (soit 0,70 femmes pour 1 homme)

➤ Âge moyen des bénéficiaires



85,41 ans (structure) sur le Volet
2



RÉGION
Nouvelle-Aquitaine

83,1 ans (moyenne régionale)

• Motifs d'entrée dans le dispositif de la structure :

1	Situation complexe à domicile : très fréquent
	Isolement social : très fréquent
2	Plan APA insuffisant : fréquent
3	Sortie d'hospitalisation : peu fréquent

- **Classement des motifs de sortie de la structure :**





1	Admission en EHPAD : très fréquent
2	Décès : fréquent
3	Admission en ESLD : très peu fréquent
	Admission en habitat intermédiaire : très peu fréquent

- **Réalisations et points forts :**

Astreinte de nuit Installation d'une astreinte soignante pour une durée de 1 an via EPOCA (active à partir du 17 octobre 2025)

Zone d'intervention Passer de 12 à 34 communes couverts par le CRT sur des territoires ou celui-ci n'était pas connu

- **Outils utilisés**

Outils digitaux		Usages et retour d'expérience
PAACO-GLOBULE		Améliore la traçabilité et la coordination au sein du CRT
Telegrafik	 TELEGRAFIK	Sécurité domiciliaire, astreinte 24/7, prévention des chutes
SIRMAD téléassistance		SIRMAD, la téléassistance de proximité en Haute-Vienne ! Leurs chargés d'assistance sont à vos côtés 7j/7 et 24h/24 pour assurer une qualité de service
Présence Verte		C'est un système qui permet d'envoyer une alarme 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à des opérateurs qualifiés

- **Retours d'informations de la part du CRT :**

Retour 1 :	Retour 2 :
<p>Difficulté sur le Volet 1 car le CRT est un ex-DRAD et non expérimenté dans la mise en place d'actions à plus grande échelle</p> <p>(gérer les recrutements, essayer d'avoir une équipe dédiée, mettre en place des actions sur le Volet 1)</p>	<p>Facilité à mettre en place le Volet 2 avec l'expérience du DRAD</p> <p>Complément ajouté par le CRT : <i>organiser la montée en charge (passer de 10 à 80)</i></p> <p>(gérer les recrutements, essayer d'avoir une équipe dédiée, mettre en place des actions sur le Volet 1)</p>

- **Analyse du volet financier**

1. Budget global et répartition par groupes de charges

Budget total : 215 065,35 €

Le budget du CRT Hameau du Buis se décompose en trois groupes de charges distincts :

Groupe	Nature des charges	Montant	% du budget
G1	Fournitures, matériel, ateliers, astreinte	6 330,01 €	2,94 %
G2	Personnel d'encadrement et médical	149 083,26 €	69,32 %
G3	Transports, SI, téléassistance, immobilier	59 652,08 €	27,74 %

Analyse de la structure budgétaire

Groupe 1:

Le groupe 1 représente une part très limitée du budget du CRT Hameau du Buis. Ce faible niveau de dépenses s'explique par la mutualisation importante avec l'EHPAD porteur (mise à disposition de locaux, de matériel et d'actions gratuites) ainsi que par la montée en charge progressive du dispositif en 2024. Cette limitation des coûts est positive jusqu'à présent, mais elle pourrait constituer un point de vigilance à moyen terme si le nombre de bénéficiaires et les actions du Volet 1 augmentent, notamment en matière d'ateliers de prévention et d'astreinte.

Groupe 2 :

Le groupe 2 constitue le principal poste de dépenses du CRT, ce qui est cohérent avec un modèle reposant majoritairement sur les ressources humaines. La masse salariale élevée reflète la mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire de 5,600 ETP, indispensable à la coordination et à l'accompagnement renforcé des bénéficiaires. Toutefois, les difficultés de recrutement rencontrées en 2024 et l'arrivée tardive de certains profils clés expliquent une montée en charge progressive de l'activité, impactant temporairement l'efficacité du dispositif.

Groupe 3 :

Le groupe 3 justifie l'intensité de l'accompagnement à domicile sur un territoire étendu de 34 communes. Les dépenses liées aux déplacements, aux outils numériques et aux dispositifs de téléassistance sont cohérentes avec les objectifs de sécurisation des parcours et de continuité de l'accompagnement.

Complément ajouté par le CRT

- Recrutement incomplet en 2024 au vu des difficultés de recrutement des profils ASG et psychologue.
- Montée en charge progressive (30 bénéficiaires au 31.12.2024) en lien avec la prise de poste effective de la référente de parcours (en juin 2024).

2. Répartition Volet 1 / Volet 2 : analyse versus cahier des charges national

> Analyse comparative

Volets	CDC national	CRT Hameau du Buis	Écart	% écart
Volet 1	80 000 € soit 20 %	21 506,54 € soit 10 %	-58 493,46 €	-73,12 %
Volet 2	320 000 € soit 80 %	193 558,81 € soit 90 %	-126 441,19 €	-39,51 %
Total	400 000 €	215 065,35 €	-184 934,65 €	-46,23 %

Constat majeur

Le CRT Hameau du Buis fonctionne avec un **budget global inférieur comparé au cahier des charges national** (-46,23 %), et présente une **répartition déséquilibrée** entre les deux volets :

- **10 % pour le Volet 1** au lieu de 20 % prévu
- **90 % pour le Volet 2** au lieu de 80 % prévu

Hypothèse :

La répartition budgétaire observée traduit une priorisation du Volet 2, en cohérence avec l'historique du CRT en tant qu'ex-DRAD et son expertise dans l'accompagnement renforcé à domicile. Toutefois, le déséquilibre financier entre les deux volets, combiné à un budget global très inférieur aux attendus nationaux, interroge la capacité du dispositif à maintenir simultanément un haut niveau d'intensité sur le Volet 2 et un déploiement territorial structurant sur le Volet 1 à moyen terme.

Volet 1 : sous-financement apparent (-73,12 %)

Le faible niveau de dépenses constaté sur le Volet 1 (21 506,54 €, soit 10 % du budget total, contre 20 % attendus au niveau national) est étonnant au regard de l'organisation déclarée du CRT, dans laquelle l'ensemble des professionnels est affecté au Volet 1. Ce décalage met en évidence une traduction opérationnelle et financière encore limitée des ressources humaines mobilisées sur ce volet (5,600 ETP > Tous les professionnels du CRT).

Il semble que cette situation résulte à la fois d'un nombre restreint d'actions effectivement déployées, d'une faible intégration des publics cibles (personnes âgées, aidants et professionnels) et d'une méconnaissance initiale des partenaires ou actions de sensibilisation et de formation sur le territoire. Le Volet 1 apparaît ainsi comme une activité encore en phase de structuration, dont le potentiel est identifié mais pas encore pleinement matérialisé en termes d'actions ni de consommation budgétaire.

Complément ajouté par le CRT : *Certaines actions réalisées sont gratuites et/ou financées par l'EHPAD*

Volet 2 : sous-financement du Volet 2 (-39,51 %)

Rappel du Public cible Volet 2 :

- 34 personnes âgées
- 34 personnes incluses aussi dans Volet 1 (articulation Volet 1 / Volet 2)

Avec 34 bénéficiaires personnes âgées :

- Budget par bénéficiaire : $193\,558,81 \text{ €} / 34 = \mathbf{5\,692,90 \text{ €/an}}$ (474,40 €/mois)
- CDC national pour 30 personnes âgées : $320\,000 \text{ €} / 30 = \mathbf{10\,667 \text{ €/an}}$ (889 €/mois)
- **Écart apparent : -4 974,10 €/an / bénéficiaire (-46,62 %)** entre le rapport d'activité et le cahier des charges

Compléments ajoutés par le CRT:

- Montée en charge progressive d'où la diminution du coup/mois / bénéficiaire
- Moins d'astreinte car moins de bénéficiaires
- Pas de financement de séjour en HT-SH pour les bénéficiaires suivis

Cet écart financier s'explique en grande partie par une montée en charge progressive du dispositif, consécutive aux difficultés de recrutement rencontrées en 2024 et à l'arrivée échelonnée des professionnels clés (référénte de parcours, ASG). Le nombre de bénéficiaires encore limité sur une partie de l'exercice a mécaniquement réduit les besoins en astreinte, en interventions intensives et en dispositifs coûteux (HTU, accompagnements spécifiques).

Ressources humaines Volet 2 :

- **5,600 ETP** pour 34 bénéficiaires
- Ratio : **1 ETP pour 6,07**

Ratio cohérent avec le niveau de complexité des situations suivies (forte proportion de GIR 4 et de pathologies neuro-dégénératives). Cette configuration traduit une forte mobilisation des ressources humaines, mais soulève un enjeu de répartition financière à moyen terme si la montée en charge des bénéficiaires se poursuit sans ajustement du budget alloué.

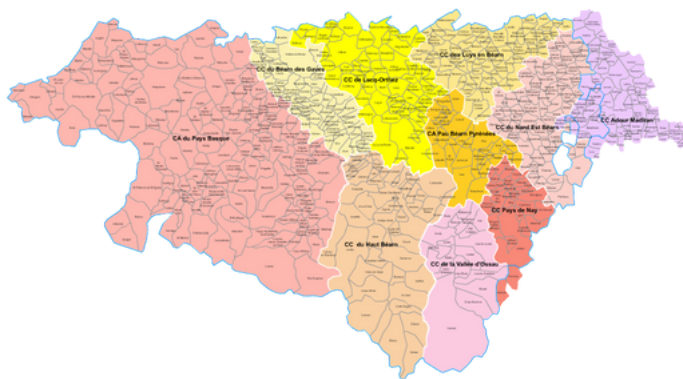
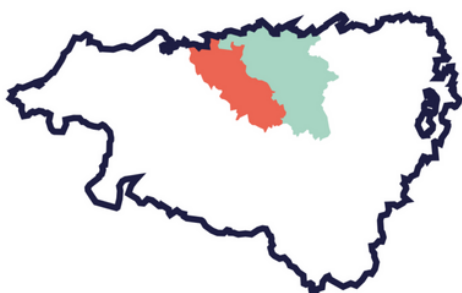
- **Investi dans une démarche qualité :**



• **Enjeux et Recommandations ?**

- **Priorité 1 :** Cartographier les partenaires et développer cet axe afin de diversifier les services du CRT
- **Priorité 2 :** Grâce à la priorité 1, structurer et déployer le Volet 1 prévention - combler le déficit d'actions territoriales
- **Priorité 3 :** Sécuriser la montée en charge du Volet 2 et ajuster le financement

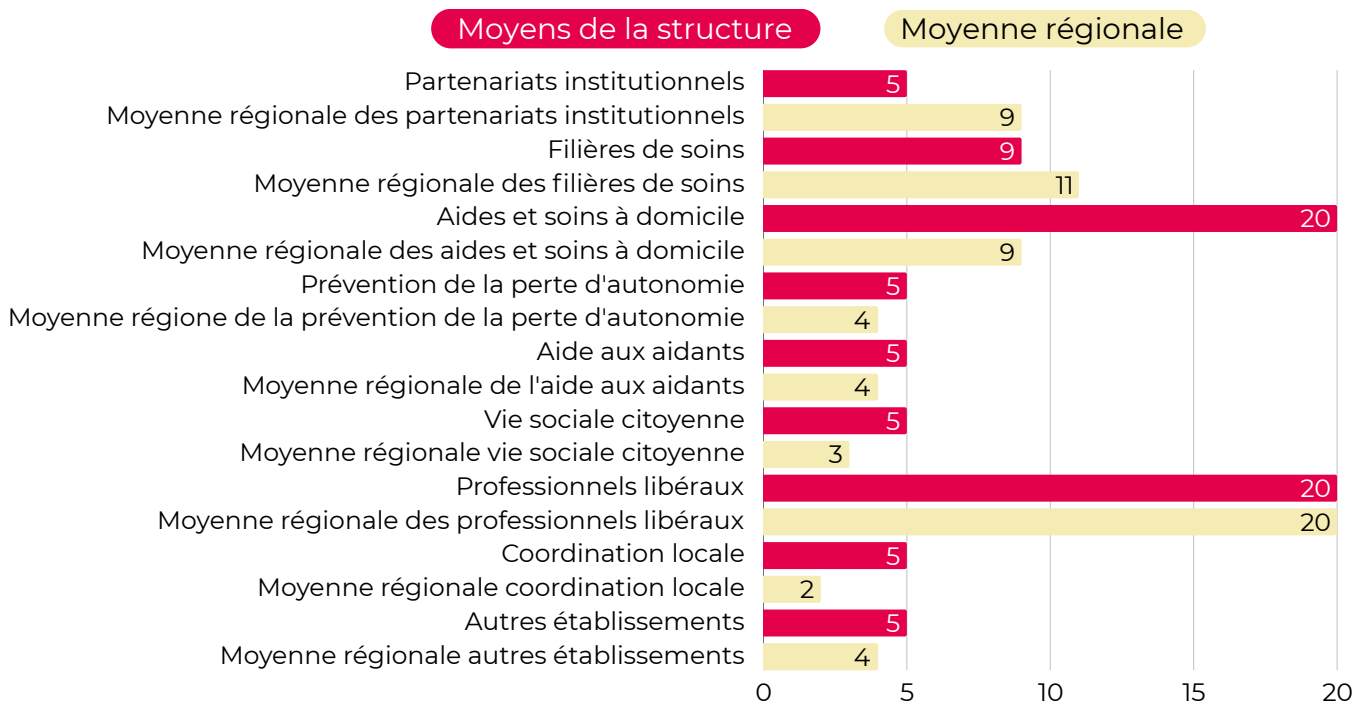
• **Cartographie du territoire du CRT**



• **Résultats et objectifs clés :**

Ce CRT fonctionne comme un dispositif de haute intensité.

• **Comparaison des partenariats entre la structure et la moyenne régionale :**





Le nombre de partenaires "aides et soins à domicile" semble bien supérieur à la moyenne régionale.
 Le CRT Nord Ouest Béarn présente une configuration partenariale équilibrée avec une performance notable en aides et soins à domicile, reflétant un territoire urbain bien structuré et un ancrage fort dans les dispositifs d'accompagnement domicile, suggérant un CRT bien intégré dans son écosystème local mais sans rayonnement partenarial exceptionnel au-delà des SAAD.


• Comprendre la répartition sur le Volet 1 :

Nombre de professionnels affectés au volet 1 : **1,70 ETP**

Volet 1			
Public cible	Personnes âgées : 19	Aidants : 20	Professionnels : 67
Actions	Favoriser l'accès des personnes âgées aux soins et à la prévention	Lutter contre l'isolement des personnes âgées et de leurs aidants	Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles et au partage de bonnes pratiques
Détails	<p>Orientation vers les acteurs du terrain</p> <p>Dépistage des fragilités</p> <p>Relayage des campagnes de vaccinations</p> <p>Accès à des ateliers de sensibilisation et de prévention des chutes pour les aidants professionnels et familiaux</p> <p>Participation à octobre Rose en Joelette</p>	<p>Visites à domicile</p> <p>Animations à domicile</p> <p>Maintien du lien social en participant aux activités au sein des EHPADs partenaires</p> <p>Orientation vers des acteurs du terrain</p> <p>Aide au transport</p>	<p>Renforcement des équipes (supports et formations HUMANITUDE)</p> <p>Formation et sensibilisation auprès des professionnels selon les besoins, analyse des pratiques professionnelles</p> <p>Accompagnement des équipes</p> <p>Utilisation d'outils communs</p> <p>Création en interne d'une boîte à outils illustrant les différents ateliers accessibles à destination des professionnels (la relation d'aide, sensibilisation à l'aidance, les gestes et postures, prévention des chutes et simulateur de vieillissement, intervenir à domicile avec une posture délicate, les transferts avec appui, les troubles cognitifs et leur impact dans le quotidien, acceptation des aides techniques, comportements troublés)</p>
Nombre d'action	0<...>9	0<...>9	0<...<9

Le fonctionnement semble d'une certaine façon performant en touchant 26 personnes âgées, 19 aidants, 46 professionnels malgré seulement 0<9 actions sur chaque axe.

• Comprendre la répartition le Volet 2 :

	<p>Informations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de la téléassistance • Pas d'astreinte soignante de nuit
---	--

Nombre de professionnels affectés au volet 2 : **6,750 ETP**

Volet 2					
Public cible	Personnes âgées : 12	incluses dans Volet 1 : 3			
Classification des Actions	Sécurisation de l'environnement de la personnes	Gestion de la situation de crise et soutien aux aidants	Coordination renforcée autour de la personne	Continuité du projet de vie et lutte contre l'isolement	Appui au parcours de vie
Détails	<p>Intervention de l'ergothérapeute du CRT permettant d'installer au domicile du matériel adapté nécessaire au maintien à domicile</p> <p>Accompagnement sur la manipulation du matériel</p> <p>Sollicitation des dispositifs d'aide à l'adaptation du domicile</p> <p>Collaboration étroite avec AUTONOMIA 64</p> <p>Mise en place d'une téléassistance renforcée aux prestations individualisables de l'évaluation faite par le CRT, en partenariat avec Présence Verte et Telegratik</p>	<p>Ouverture du CRT du lundi au vendredi, accompagnement lors du retour d'hospitalisation</p> <p>Travail sur le cadre du contrat local de santé sur la sécurisation des retours d'hospitalisation avec les acteurs ville-hôpital</p> <p>Évaluation des besoins</p> <p>Repérage des fragilités</p> <p>Orientation vers des structures ressources du territoire (Pôle ressources Orthez et Navarrenz, CCAS, Centre de ressources Béarn Adour...)</p> <p>Coordination des temps de répit</p> <p>Soutien psychologique</p> <p>Orientation vers le café des aidants</p> <p>Accompagnement à la santé de l'aidant avec la démarche de repérage ICOPE</p> <p>Création d'une boîte à outil: Aider mes proches fait-il de moi un aidant recensant les professionnels à contacter ainsi que leur numéro de téléphone, les 10 commandements de l'aidant, recensement des structures d'aide à l'aidance, questionnaire pour analyser sa situation</p> <p>Déploiement de l'Apér'info pour les aidants</p>	<p>Visites à domicile (VAD) régulière d'une équipe pluridisciplinaire.</p> <p>Lien avec les différents intervenants du domicile dont le médecin traitant</p> <p>Mise ne place et évaluation régulière du plan d'accompagnement</p> <p>Utilisation d'outils communs comme Paaco-Globule ou CEDIACT</p>	<p>Accès à l'ensemble des actions du volet 1</p> <p>Évaluation multidimensionnel de la situation et recueil de l'histoire de vie afin de proposer un plan d'accompagnement personnalisé (PAP) dans le respect des besoins et des souhaits de la personne, basé sur ICOPE</p>	<p>Profite des actions du volet 1</p> <p>Évaluation des besoins</p> <p>Repérage des fragilités</p> <p>Orientation vers des structures ressources du territoire (Pôle ressources Orthez et Navarrenz, CCAS, Centre de ressources Béarn Adour...)</p> <p>Ouverture du CRT du lundi au vendredi, accompagnement lors du retour d'hospitalisation</p> <p>Travail sur le cadre du contrat local de santé sur la sécurisation des retours d'hospitalisation avec les acteurs ville-hôpital</p>
Nombre d'actions réalisées	20<...<29	30+	30+	20<...<29	20<...<29

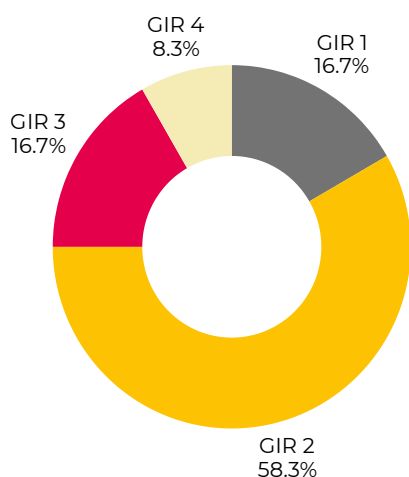
• Comparaison profils des bénéficiaires du Volet 2 :

➤ Les profils GIR

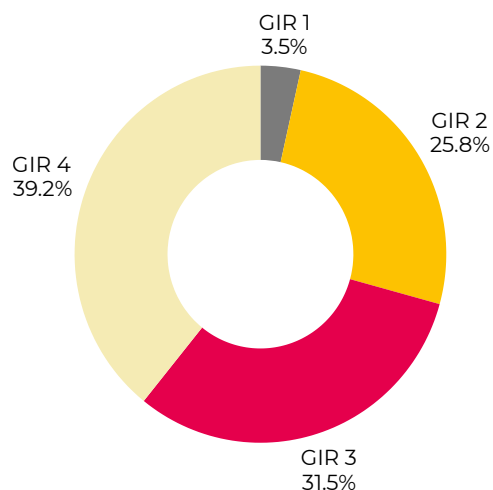


Informations

- Tous les bénéficiaires du volet 2 ont eu une évaluation de leur GIR.
- Les pourcentages de GIR 1 et 2 sont supérieurs à la moyenne régionale
- Nb de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives : 4



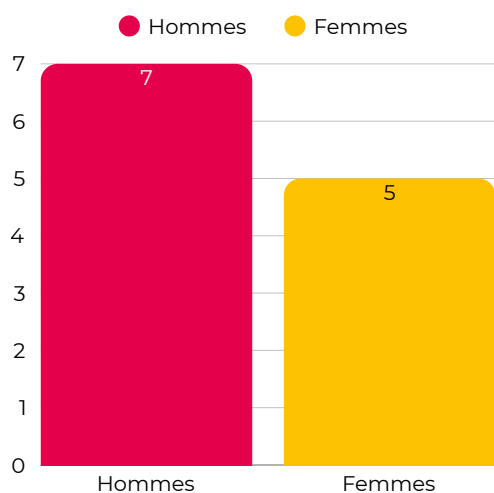
Profils des bénéficiaires dans la structure



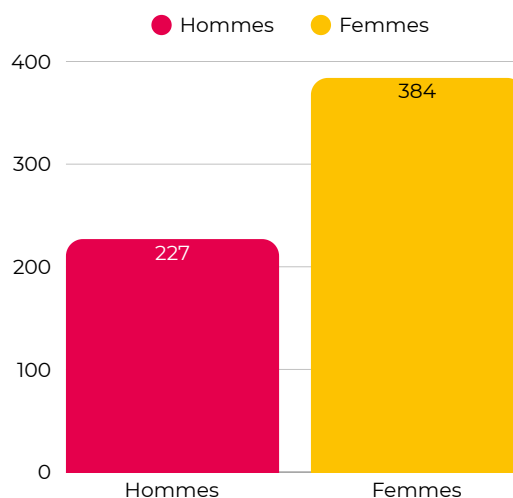
Profils des bénéficiaires à échelle régionale

Le CRT Nord Ouest Béarn accueille des bénéficiaires du Volet 2 dont les GIR 1 et 2 sont très supérieurs à la moyenne régionale (75% vs 29,3%, soit +45,7 points), constituant un ciblage exemplaire conforme au cahier des charges et pouvant justifier de l'intensité de l'accompagnement.

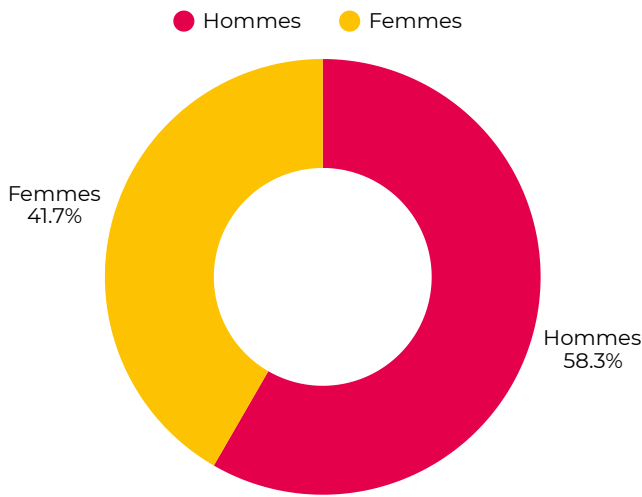
➤ Répartition des profils par genres (H/F)



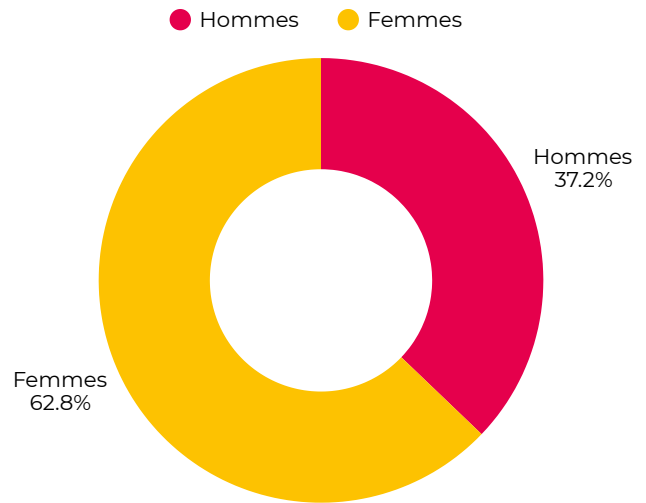
Profils des bénéficiaires dans la structure



Profils des bénéficiaires à échelle régionale



Répartition moyenne des bénéficiaires dans la structure



Répartition moyenne des bénéficiaires à échelle régionale

Ratio femmes/hommes : 0,71 (soit 1 femme pour 1,40 homme)

Le CRT Nord Ouest Béarn présente une "anomalie statistique" avec une surreprésentation masculine de 21,1 points (58,3% hommes vs 37,2% région), soit l'inversion complète du profil habituel de la personne âgée en perte d'autonomie (généralement 60-70% femmes). Ceci est à mettre en balance avec le fait que la surreprésentation masculine est probablement un artefact statistique dû à l'échantillon très restreint, non une réalité structurelle du territoire.

➤ Âge moyen des bénéficiaires



78 ans (structure)



RÉGION
Nouvelle-Aquitaine

83,1 ans (moyenne régionale)

Le CRT Nord Ouest Béarn présente un profil atypique :

- Population plus jeune (-5,1 ans vs région) → attendu : dépendance plus légère
- Mais des profils GIR beaucoup plus lourds (75% GIR 1-2 vs 29,3% région) → dépendance très lourde

• Motifs d'entrée dans le dispositif de la structure :

1	Plan APA insuffisant : très fréquent
2	Isolement social : fréquent
	Situation complexe à domicile : fréquent
	Sortie d'hospitalisation : fréquent
	Autre : plan d'aides global insuffisant : fréquent

Le motif "Plan APA insuffisant" en première position confirme que le CRT accueille des situations de dépendance lourde (GIR 1-2) où l'APA maximale ne suffit pas à couvrir les besoins.

• Classement des motifs de sortie de la structure :

1	Admission en EHPAD : fréquent
	Décès : fréquent
2	Admission en ESLD : peu fréquent
3	Admission en habitat intermédiaire: très peu fréquent
4	Autre : Relai après d'autres partenaires : très peu fréquent

Le taux élevé de décès confirme que le CRT accompagne des situations de fin de vie à domicile (profils très lourds, âge moyen 78 ans avec pathologies évolutives). L'admission EHPAD fréquente traduit les limites du maintien domicile malgré l'intensité de l'accompagnement.






• Réalisations et points forts :

Flyers (RV) pour les aidants construits en collaboration avec le PRP et le CRBA

Flyers de communication construits par la chargée de communication des établissements Hécia Sud Aquitaine

Documents internes construits par l'équipe du CRT consentement RGPD, DIPC, Livret d'accueil

• Outils utilisés

Outils digitaux		Usages et retour d'expérience
PAACO-GLOBULE		améliore la traçabilité et la coordination
Telegrafik		Sécurité domiciliaire, astreinte 24/7, prévention des chutes
CEDI'ACTE		outil commun de gestion des établissements médico-sociaux
Présence Verte		Téléassistance, alarme 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7
ICOPE		évaluation de la fragilité

- **Retours d'informations de la part du CRT :**

Retour 1

Difficulté avec l'adressage du DAC vers le CRT d'une personne qui refuse de l'aide alors qu'elle est en danger dû à son renoncement aux soins

Retour 2

Les médecins ne se déplacent plus au domicile des patients

Retour 3

Difficulté avec les patients qui intègrent le dispositif mais qui n'ont pas de médecin traitant

- **Analyse du volet financier**

1. Budget global et répartition par groupes de charges

Budget total : 519 407,92 €

Le budget du CRT Nord Ouest Béarn se décompose en trois groupes de charges distincts :

Groupe	Nature des charges	Montant	% du budget
G1	Fournitures, matériel, ateliers, astreinte	8 042,15 €	1,55 %
G2	Personnel d'encadrement et médical	219 661,24 €	42,29 %
G3	Transports, SI, téléassistance, immobilier	291 407,92 €	56,16 %

➤ **Analyse de la structure budgétaire**

Configuration atypique majeure : Le CRT Nord Ouest Béarn présente une structure budgétaire radicalement atypique avec inversion du modèle standard : G3 (56,16%) > G2 (42,29%) >> G1 (1,55%), là où les autres CRT ont G2 (60-90%) > G1-G3 (10-40%).

Groupe 1 : Ce groupe représente une part extrêmement réduite du budget (seulement 1,55%). Avec seulement 8 042,15 €, le CRT dispose d'environ 670 € par mois pour l'ensemble des fournitures, du matériel et des ateliers.

Groupe 2 : Le personnel représente un peu moins de la moitié du budget total du CRT. Cela reflète une stratégie portée sur des ressources humaines quantitatives. Avec 1,70 ETP sur le volet 1 et 6,75 ETP sur le volet 2, soit 8,45 ETP au total, cette allocation de temps soutient l'accompagnement renforcé à domicile des 12 bénéficiaires du volet 2.

Cependant, avec 8,45 ETP total (1,70 Volet 1 + 6,75 Volet 2) pour 219 661 €, le ratio budget/ETP est de 26 000 € ce qui est relativement faible. Malgré 8,45 ETP, la masse salariale totale reste contenue (220 K€), permettant d'allouer 56% du budget au G3 (technologie).

Groupe 3: Le budget relatif aux “Infrastructures et technologie” présente une allocation significative de plus de la mobilité, au SI à la téléassistance, et aux transports. Cette orientation budgétaire cible trois enjeux stratégiques majeurs :

- Accessibilité territoriale : Transport des bénéficiaires vers les ateliers (réduction des barrières géographiques)
- Continuité de service : Astreinte et levée de doute administrative en fonction du traitement des alertes émises par la solution Telegrafik et Présence verte.
- Coordination renforcée : Déploiement de PaacoGlobule et CEDI'ACTE pour la traçabilité et la coordination multi-partenaires

2. Répartition volet 1 / volet 2 : analyse versus cahier des charges national

➤ Analyse comparative :

Volets	CDC national	CRT Nord Ouest Béarn	Écart	% écart
Volet 1	80 000 € soit 20%	98 687,50 € soit 19 %	+18 687,5 €	+23,36 %
Volet 2	320 000 € soit 80%	420 720,42 € soit 81 %	+100 720,42 €	+31.48 %
Total	400 000 €	519 407,92 €	+119 407 €	+29.85 %

Constat majeur

Le CRT Nord Ouest Béarn fonctionne avec un budget global supérieur comparé au cahier des charges national (+29,85%), mais présente une bonne répartition entre les deux volets :

- 19% pour le Volet 1 au lieu de 20% prévu > (-1%)
- 81% pour le Volet 2 au lieu de 80% prévu > (+1%)

Volet 1 : Analyse du sur-financement apparent (+23,36%)

Hypothèse explicative : Le CRT a fait le choix stratégique de beaucoup s'investir dans les formations, sensibilisation et remontée de besoins des professionnels de santé. Ce choix explique:

- Les 67 professionnels formés ou sensibilisés
- La création de support et sensibilisations/ formations à ces supports pour les professionnels mais également pour les aidants

Volet 2 : sur-financement du volet 2 (+31,48%)

Rappel du Public cible Volet 2 :

12 personnes âgées

4 personnes incluses aussi dans Volet 1 (articulation Volet 1 / Volet 2)

Ressources humaines Volet 2 :

- **6,750 ETP** pour 12 bénéficiaires
- Ratio : **1 ETP pour 1,78 personnes âgées**

Investissement de 420 720,42€ sur le volet 2 soit +100 720,42 de plus que le CDC national. Le budget alloué au volet 2 représente la totalité du budget qui est censé être alloué au budget total (Volet 1 et volet 2) dans le CDC national.

Ce financement permet un accompagnement très individualisé et intensif, avec 6,75 ETP pour 12 bénéficiaires (1 ETP pour 1,78 personne), et l'utilisation de plateformes de téléassistance performantes comme Telegrafik et Présence Verte. Ce niveau de ressources humaines et techniques est positif pour garantir une prise en charge de qualité, mais il peut être considéré comme peu efficient si l'objectif est d'élargir le nombre de bénéficiaires, car le coût par personne reste très élevé.

Hypothèse explicative:

- Utilisation des deux plateformes de téléassistance Telegrafik et Présence Verte
- Des ressources humaines largement quantitative comparé au nombre de bénéficiaires inclus dans le volet 2 sur l'année 2024 (12 bénéficiaires pour 6,75 ETP)

Avec 12 bénéficiaires personnes âgées :

- Budget par bénéficiaire : $420\,720,42 \text{ €} / 12 = \mathbf{35\,060,04/an}$ (2 921,66 €/mois)
- CDC national pour 30 personnes âgées : $320\,000 \text{ €} / 30 = \mathbf{10\,667 \text{ €/an}}$ (889 €/mois)
- **Écart apparent : +24 393,37 €/an / bénéficiaire (+228,69%)** entre le rapport d'activité et le cahier des charges

Dans l'ensemble, le CRT démontre une stratégie ambitieuse et qualitative, en investissant fortement dans la formation des professionnels et un accompagnement intensif des bénéficiaires. Toutefois, le budget global élevé et le ratio ETP/Personne âgée très favorable aux bénéficiaires individuels soulèvent des questions d'efficience et de reproductibilité, notamment si le CRT souhaitait étendre son action à un public plus large.

• Investi dans une démarche qualité :



• Enjeux et Recommandations ?

Priorité 1 : Clarifier la stratégie et arbitrer entre modèle "haute intensité" (12-15 personnes âgées vs modèle "optimisé" (25-30 personnes âgées)

Priorité 2 : Analyser les profils des bénéficiaires du Volet 2 et des services dont ils bénéficient pour optimiser une montée en charge du Volet 2

Priorité 3 : Accélérer les relais APA/SSIAD pour fluidifier entrées/sorties CRT

CONTACT



Ambre Laplaud

Dr en droit de la santé

Cheffe de projets « Innovation Recherche »

a-laplaud@gerontopole-na.fr