

ASSEMBLÉE NATIONALE

17^e LÉGISLATURE

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Printemps social de l'évaluation : évaluations « L'aide à l'installation des médecins » (M. Jean François Rousset et M. Yannick Monnet, rapporteurs) et « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes centres de ressources territoriaux » (M. Thierry Frappé et Mme Annie Vidal, rapporteurs)..... 2
- Informations relatives à la commission 21
- Présences en réunion..... 22

Mercredi
11 juin 2025
Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 94

SESSION ORDINAIRE DE 2024-2025

**Présidence de
M. Frédéric Valletoux,
président**



La réunion commence à neuf heures trente-et-une.

(Présidence de M. Frédéric Valletoux, président)

Dans le cadre du Printemps social de l'évaluation, la commission organise une table ronde sur « L'aide à l'installation des médecins » (M. Jean François Rousset et M. Yannick Monnet, rapporteurs) et « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes centres de ressources territoriaux » (M. Thierry Frappé et Mme Annie Vidal, rapporteurs) réunissant Mme Delphine Champetier, cheffe de service, adjointe au directeur de la sécurité sociale, Mme Marie Daudé, directrice générale de l'offre de soins, M. Benjamin Voisin, adjoint au directeur général de la cohésion sociale, M. Emmanuel Frère-Lecoutre, directeur de l'offre de soins de la caisse nationale de l'assurance maladie, et M. Maëlig Le Bayon, directeur général de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous en venons à la dernière de nos trois séances consacrées au Printemps social de l'évaluation, portant ce matin sur les branches maladie et autonomie.

Pour la branche maladie, nous entendrons une évaluation des dispositions de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020, relatif aux aides financières pour l'installation des jeunes médecins.

Pour la branche autonomie, nous entendrons une évaluation des dispositions de l'article 47 de la LFSS 2022 relatif aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes centres de ressources territoriaux.

M. Jean-François Rousset, rapporteur. Les aides visant à favoriser l'installation de médecins en zone sous-dense sont le plus souvent sous-utilisées, marquées par de réels effets d'aubaine et ne sont pas déterminantes dans la décision.

Le dispositif évalué prévoyait la création d'un allègement ciblé et temporaire de cotisations sociales pour les médecins exerçant en zone sous-dotée dans les trois années suivant leur thèse. Il créait également un contrat de début d'exercice ouvert aux médecins titulaires ou remplaçants ayant choisi d'exercer en zone sous-dense pendant une durée de trois ans. Notre évaluation conclut à la nécessité de mettre définitivement un terme à ces deux dispositifs, car nous n'avons pas pu établir de lien direct entre ces aides financières et les décisions d'installation des jeunes praticiens.

D'une part, le faible recours aux aides à l'installation résulte d'une information insuffisante sur les types d'aides disponibles. Les guichets uniques d'aide à l'installation ne sont pas encore pleinement opérationnels et ne répertorient qu'une fraction des aides existantes.

D'autre part, des variables complémentaires, telles que la présence ou non de services publics, la proximité du lieu de formation ou encore l'existence d'attaches familiales, expliquent bien davantage le faible impact des aides financières sur les décisions d'installation.

Une évolution du modèle d'aide à l'installation est donc nécessaire pour répondre aux attentes des publics concernés. Celle-ci devrait intervenir sur deux plans : celui de la gouvernance et celui de la forme des aides contrôlées.

En matière de gouvernance, il nous semble nécessaire de limiter la création d'aides financières directes à l'installation en LFSS. La négociation conventionnelle doit demeurer le principal canal de création des incitations financières directes et l'intervention du législateur doit être restreinte à la réponse aux besoins clairement identifiés.

Une connaissance renforcée du paysage des aides nous semble indispensable. Un travail de recensement des aides financières délivrées par les collectivités devrait être mené, en l'adossant au développement des portails d'appui aux professionnels de santé. Ces guichets uniques sont en effet précieux pour les jeunes professionnels.

M. Yannick Monnet, rapporteur. L'évaluation des aides financières à l'installation des médecins est essentielle, alors que près d'un Français sur trois vit dans un territoire marqué par un état avancé de désertification médicale.

Pourtant, nous finançons largement l'installation des jeunes praticiens en zone sous-dense. Pour les deux dispositifs créés par l'article 51 de la LFSS 2020, le montant total cumulé dépensé depuis 2020 est estimé à 11 millions d'euros. Ces aides financières viennent en complément des allègements de cotisations de droit commun. Pour l'ensemble des médecins relevant des tarifs de la convention médicale, la prise en charge des cotisations prévue par cette convention coûte d'ores et déjà 1,349 milliard d'euros à l'assurance maladie.

Les résultats escomptés n'ont pas été obtenus, avec seulement 19 % des médecins généralistes et 11 % des médecins spécialistes installés en zone d'intervention prioritaire.

Le soutien à l'installation doit évoluer d'un modèle d'aides financières directes vers un soutien plus large à l'attractivité des territoires sous-dotés. Notre troisième recommandation vise ainsi à permettre aux agences régionales de santé (ARS) de bénéficier de crédits supplémentaires dans le cadre de leurs fonds d'intervention régionaux (FIR) afin de renforcer le maillage en centres de santé, en équipes mobiles et en structures coordonnées de soins.

Dans la perspective du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, il nous semble nécessaire de concentrer les aides directes créées en réponse à des besoins spécifiques, comme l'accompagnement pour le logement ou la vie familiale.

M. Thierry Frappé, rapporteur. La Mission d'évaluation et de contrôle des comptes de la sécurité sociale (Mecss) travaille depuis plus d'un an à l'évaluation des CRT, créés par l'article 47 de la LFSS 2022.

Les CRT sont censés être l'un des piliers de notre stratégie domiciliaire pour la prise en charge de la dépendance, avec des besoins qui exploseront à l'horizon 2030.

Le volet 2 des CRT vise la prise en charge d'une file active de moins de trente patients dépendants à domicile, tandis que le volet 1 est orienté vers l'accompagnement des professionnels du territoire intervenant à domicile auprès des personnes âgées, à travers des formations ou encore la mise à disposition de plateaux techniques

Une instruction de juillet 2023 prévoit la création de 500 CRT dans toute la France, financés chacun à hauteur de 400 000 euros annuels, montant porté à 480 000 euros dans les départements d'outre-mer. Ces CRT sont très majoritairement portés par des Ehpad, bien qu'ils puissent également être portés par des services à domicile.

Le déploiement des CRT s'avère très lent et particulièrement hétérogène selon les régions. Fin 2024, 274 CRT sur 500 ont reçu leur autorisation, mais seuls 175 d'entre eux ont débuté leur activité. Le délai moyen entre l'ouverture d'un CRT et la prise en charge des premiers patients est de dix-huit mois.

Les CRT doivent se positionner en complémentarité d'une offre existante pour l'accompagnement à domicile. Or, cette mission s'avère particulièrement difficile, compte tenu du mille-feuille incompréhensible d'acteurs du domicile. Une réelle difficulté de positionnement affecte donc ces centres, associée à une incertitude sur les attentes précises à leur égard, dans un contexte où le cahier des charges apparaît très fourni alors qu'ils ne peuvent pas tout faire.

Cette difficulté au démarrage résulte également d'un défaut d'accompagnement au niveau national, les ARS n'ayant pas été associées alors qu'elles sont pourtant en première ligne sur ce dossier depuis le début.

Cette lenteur se répercute sur la capacité des CRT à prendre en charge la population âgée dépendante pour laquelle ils ont été conçus. Actuellement, chaque CRT accompagne en moyenne seize personnes âgées dépendantes, souvent moins dépendantes que ce qui était initialement envisagé, et parfois davantage dans une optique de prévention.

Nous n'avons pas l'impression d'intervenir à la bonne échelle face à l'enjeu du vieillissement démographique.

Chaque CRT perçoit, dès son ouverture, une dotation de 400 000 euros, qui n'est pas conditionnée à l'atteinte de résultats. Ne faudrait-il pas envisager une modulation de la dotation de 400 000 euros pour inciter les CRT à prendre en charge un maximum de patients, en se concentrant sur les plus dépendants ?

Par ailleurs, dans la mesure où vous n'avez pas, à ce jour, réellement contrôlé les données d'activité des CRT, comment vous assurez-vous que la dotation versée ne sert pas en réalité à financer des actions que les Ehpad ne parviennent plus à financer ?

Mme Annie Vidal, rapporteure. Le déploiement des CRT étant encore en cours, il demeure prématuré d'en dresser un bilan exhaustif. Nous pouvons néanmoins établir un bilan d'étape.

Il convient de souligner que, là où ils fonctionnent efficacement, les CRT représentent une plus-value, appréciée par tous. Manifestement, ces centres viennent combler un vide en coordonnant les multiples acteurs du domicile, en soulageant et orientant les aidants ainsi qu'en humanisant l'accompagnement à domicile.

En outre, pour les soignants, le CRT constitue une évolution de carrière intéressante, offrant un accompagnement perçu comme plus global, davantage d'autonomie et une moindre pénibilité physique.

Cependant, nous avons quelques inquiétudes quant à l'efficacité du dispositif, particulièrement au regard des contraintes budgétaires actuelles.

Nous nous interrogeons sur la pertinence de maintenir deux volets au sein des CRT. Le volet 1 conduit à financer ou cofinancer une myriade d'actions plus ou moins cohérentes, qui s'apparentent parfois à une forme de saupoudrage et ne sont généralement pas

coordonnées avec les actions similaires proposées par d'autres acteurs territoriaux. Nous préconisons de recentrer la dotation des CRT sur le volet 2 et de redéployer des crédits de la commission des financeurs pour les actions du volet 1, ayant plutôt vocation à être coordonné par les départements.

Ensuite, nous doutons que les CRT soient actuellement positionnés comme une véritable alternative à l'Ehpad. Les auditions ont clairement attesté la fluidification de l'entrée en Ehpad grâce aux CRT, ce qui constitue un point très positif, mais ne saurait représenter l'unique objectif de ces centres.

Par ailleurs, nous nous interrogeons sur la complémentarité, voire la redondance potentielle, entre les CRT et d'autres dispositifs également axés sur la coordination du parcours des personnes en perte d'autonomie à domicile. Nous devons être vigilants à ne pas financer de la « coordination de coordinateurs ».

Il serait impératif d'évaluer très précisément le modèle économique des CRT dans le contexte des évolutions démographiques à venir. En effet, le coût du suivi d'un patient par un CRT représente 10 800 euros par an, sur la base de trente patients par CRT. À ce montant s'ajoutent les coûts du plan d'aide relatif à l'allocation personnalisée d'autonomie, entre 10 000 et 13 000 euros par an pour un GIR 1 ou 2, et celui des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), représentant environ 16 000 euros annuels en moyenne.

Le CRT vous semble-t-il constituer un modèle bien dimensionné et soutenable pour prendre en charge, à l'horizon 2030, les centaines de milliers de personnes âgées en perte d'autonomie supplémentaires qui ne souhaiteront pas intégrer un Ehpad ? Je rappelle qu'avec trente patients par CRT pour 500 CRT, nous suivons au total 15 000 patients.

Nous avons constaté que les CRT viennent pallier les lacunes d'autres dispositifs également en cours de déploiement, tel que le service autonomie à domicile (SAD). Ne sommes-nous pas en train de financer un autre dispositif aux objectifs assez proche, qui ne pourra pas mailler l'ensemble du territoire ? Pouvez-vous nous présenter l'état d'avancement des SAD ?

Je m'interroge sur notre politique de l'autonomie. En l'absence d'une loi relative au grand âge, nous avons souhaité, au fil des LFSS et des véhicules législatifs disponibles, apporter des réponses aux problématiques identifiées. Ne sommes-nous pas confrontés aujourd'hui à un empilement de dispositifs – certes utiles et appréciés – qui masque la nécessité d'une approche plus cohérente, efficiente et globale ?

M. Thibault Bazin, rapporteur général. L'accès à un médecin généraliste ou spécialiste constitue la préoccupation principale des Français. Le Parlement a d'ailleurs été saisi de plusieurs textes sur ce sujet et le Sénat a récemment adopté une proposition de loi sur laquelle notre Assemblée pourrait être appelée à se prononcer. Cette actualité, également marquée par l'annonce du pacte de lutte contre les déserts médicaux, démontre la pertinence du thème d'évaluation choisi.

Concernant le volet dépendance, notamment l'accompagnement du virage domiciliaire de cette politique publique, les enjeux sont également significatifs, tant en termes de qualité d'accès aux soins que pour les finances de la protection sociale. Une note de l'Institut des politiques publiques de novembre 2023 chiffrait l'accompagnement du virage domiciliaire à 4,6 milliards d'euros supplémentaires à l'horizon 2040 par rapport à l'évolution

tendancielle. Il était donc essentiel que les travaux du Printemps social de l'évaluation portent sur cette thématique à travers l'analyse des CRT.

Sur les aides à l'installation des médecins, le rapport que nous examinons propose une suppression progressive du contrat de début d'exercice créé par l'article 51 de la LFSS 2020. Quelle est votre opinion sur cette recommandation et quelles économies seraient susceptibles d'en découler ?

La convention médicale signée le 4 juin 2024 prévoit la création d'une aide forfaitaire unique majorée selon la dotation en professionnels de santé du territoire d'installation. Une pondération du forfait médecin traitant entrera également en vigueur afin de favoriser l'exercice en zone sous-dense. Dans ce contexte, estimez-vous nécessaire la création de mesures complémentaires d'aide à l'installation ? Si oui, sous quelle forme ? Les dispositifs que vous envisagez l'année prochaine seront-ils accessibles en termes d'information ?

Concernant les aides proposées par les collectivités territoriales, un risque de concurrence entre territoires existe selon la capacité financière de chaque collectivité. Pouvez-vous nous indiquer si ce risque fait l'objet de mesures de régulation de la part de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et de la direction générale de l'offre de soins ?

L'évaluation conduite suggère que les CRT répondent à un vrai besoin pour maintenir à domicile les personnes âgées dépendantes. En y regardant de plus près, ce besoin consiste souvent à coordonner le mille-feuille de dispositifs existants pour ces personnes âgées et leurs aidants. Ne faudrait-il pas d'abord mener à leur terme les réformes des SAD et du service public départemental de l'autonomie (SPDA), avant d'implanter un nouveau dispositif ? De plus, au regard des premiers éléments de bilan dont vous disposez, pensez-vous que nous pouvons raisonnablement faire du dispositif des CRT, tel qu'il est actuellement calibré, le levier central de notre stratégie domiciliaire dans la perspective du choc démographique attendu à l'horizon 2030 ?

M. le président Frédéric Valletoux. Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

Mme Annie Vidal (EPR). Certains CRT financent des capteurs de chute, de mouvement ou d'habitudes de vie, ce qui crée une iniquité. Qu'advient-il de ces équipements si la personne sort du dispositif ? Ne conviendrait-il pas de confier ce financement au département, qui pilote déjà la téléassistance et pourrait intégrer ces outils dans une logique plus universelle et plus pérenne ?

Les personnes handicapées vieillissantes sont souvent exclues des critères d'admission des CRT. Ces centres ne pourraient-ils pas devenir un levier pertinent pour répondre à cette situation, soit par un élargissement des critères, soit par la mise en place d'un dispositif complémentaire ?

Dans leur troisième recommandation, les rapporteurs sur l'installation des médecins proposent de généraliser le guichet unique à l'échelle départementale. Quelle est votre position sur cette proposition et quelles en seraient, selon vous, les conditions de réussite ? L'objectif fixé en matière de contrats d'aide à l'installation signés constitue-t-il un échec ?

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Le constat est sans appel : l'efficacité du contrat de début d'exercice est douteuse. Cette observation n'est d'ailleurs pas nouvelle, puisque nous avons, au fil des années, empilé de nombreux dispositifs. Nous devrions nous interroger sérieusement sur leur efficacité.

Les médecins figurent parmi les professions libérales les plus subventionnées, mais 78 % d'entre eux déclarent que l'aide à l'installation n'a pas influencé leur choix d'implantation. Nous distribuons donc des fonds à des praticiens qui n'en ont pas fait la demande et qui auraient davantage besoin d'accompagnements autres que strictement financiers. Cette politique est fondamentalement contradictoire.

Pouvez-vous confirmer que les montants engagés dans cette politique à l'efficacité faible correspondraient approximativement au recrutement de 25 000 infirmiers ? Puisque ce contrat de début d'exercice est cumulable avec le contrat d'aide à l'installation, quelle proportion des revenus des bénéficiaires ce cumul représente-t-il ?

Cette politique est peut-être un échec, car nous sommes le seul pays développé qui autorise une liberté totale d'installation. Ne faudrait-il pas éteindre ces dispositifs incitatifs, acter leur échec et réguler l'installation des médecins ?

Mme Josiane Corneloup (DR). Les aides financières à l'installation des jeunes médecins ne constituent pas des facteurs déterminants dans leur décision d'installation. Dans ce contexte, comment la direction de la sécurité sociale envisage-t-elle de réformer la gouvernance et le financement de ces aides ?

Compte tenu du déploiement plus long que prévu des CRT et du report de leur évaluation à fin 2025, comment la direction de la sécurité sociale prévoit-elle d'améliorer la définition précise de leur public cible ?

Les rapporteurs estiment que le volet 1 est déconnecté du volet 2, prioritaire pour l'accompagnement des personnes âgées dépendantes, et pourrait ne pas correspondre à la bonne échelle territoriale. Comment la DSS envisage-t-elle un éventuel recentrage des CRT sur leur volet 2 et une révision de leur périmètre d'intervention pour garantir une meilleure cohérence territoriale et fonctionnelle ?

Le dispositif CRT peut-il réellement constituer le levier central du maintien à domicile ?

Concernant la définition du territoire d'intervention des CRT, quelles mesures pourraient être envisagées, selon vous, pour optimiser le maillage territorial et la mutualisation des coûts ? Comment mieux coordonner le millefeuille des acteurs de terrain ?

Enfin, envisagez-vous d'adapter le mode de financement modulé proposé par les rapporteurs afin d'améliorer l'efficacité et la responsabilisation des CRT ?

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). Une logique sédimentaire confie aux Ehpad l'organisation des CRT. N'y a-t-il pas une modification de la gouvernance à mettre en œuvre pour soulager ces établissements qui sont déjà en très grande difficulté ?

Comment éviter que les CRT ne se concentrent sur des publics moins complexes à prendre en charge, au risque d'engendrer une forme de discrimination sociale entre l'accès aux CRT et l'accès aux Ehpad ?

Compte tenu des difficultés de recrutement rencontrées dans les CRT, comment pouvons-nous renforcer l'attractivité de ces métiers clefs dans les zones en tension ?

Au sujet de l'aide à l'installation des médecins, comment expliquer que l'information sur les dispositifs d'aide ne soit pas mieux diffusée en France ? Nous constatons que certaines régions communiquent efficacement à ce sujet, tandis que d'autres diffusent ces informations de manière très partielle et partielle.

Enfin, ne faut-il pas dépasser une logique purement financière pour considérer l'installation comme un véritable parcours ?

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Nous percevons l'intérêt des CRT, qui visent à améliorer la collaboration entre les différents acteurs d'un territoire afin de mieux servir les personnes âgées.

Le rapport est intéressant, mais manque de détails. Pour évaluer efficacement un tel dispositif, prévoyez-vous de mettre en place des indicateurs permettant de suivre son efficience ?

Concernant les porteurs de projets, nous manquons de chiffres. Les CRT sont-ils principalement portés par des Ehpad hospitaliers, des Ehpad associatifs ou des Ssiad ?

Enfin, il existe un problème de gouvernance. Nous avons d'un côté les CRT menés par les ARS, et, de l'autre les SPDA récemment institués, qui relèvent des départements. Comment s'articule la gouvernance entre ces deux niveaux ?

M. François Gernigon (HOR). Les premiers retours de terrain, bien que partiels, soulignent les apports indéniables des CRT. Là où ils fonctionnent, ces centres comblent des angles morts trop longtemps laissés sans solution et redonnent du sens à l'accompagnement à domicile.

Cependant, le déploiement du dispositif demeure laborieux et hétérogène selon les territoires. Les causes peuvent être multiples : difficultés de recrutement, manque de solutions informatiques partagées, articulation complexe avec les dispositifs existants et fragilité financière des Ehpad porteurs. L'articulation avec les conseils départementaux et les SAD reste souvent inaboutie, générant un sentiment de millefeuille et de doublons.

Au-delà, c'est la question du dimensionnement qui doit nous interpeller. L'ambition n'apparaît pas à la hauteur des enjeux démographiques qui nous attendent. Je souhaiterais donc recueillir votre avis sur l'avenir de ce dispositif et sur la proposition de mieux cibler le public des CRT, en recentrant leur action sur les personnes les plus dépendantes.

M. Stéphane Viry (LIOT). Les CRT constituent une belle idée qui suscite néanmoins d'importantes interrogations et difficultés d'application, avec de nombreuses incertitudes quant à sa pertinence et aux objectifs à atteindre.

Concernant les aides financières à l'installation des jeunes médecins, nous avons collectivement pensé qu'il fallait répondre aux besoins d'offre de soins dans les territoires sous-dotés par des incitations financières. Vos travaux permettent désormais d'évaluer la pertinence et l'efficacité de ces dispositifs.

Le rapport conclut à l'inefficacité de l'allègement des cotisations sociales accordé pour deux ans aux médecins exerçant en zones sous-dotées dans les trois années suivant l'obtention de leur diplôme.

S'agissant du contrat d'exercice, censé simplifier les dispositifs pour faciliter la signature de tels engagements, le constat d'échec s'impose également.

Quelles mesures de soutien et d'encouragement sont sollicitées par les représentants des jeunes médecins et les étudiants qui exerceront demain la médecine en France pour s'installer dans les territoires où nous avons besoin d'eux ?

M. Guillaume Florquin (RN). Malgré un objectif louable, les CRT peinent à atteindre leur public cible. Le ciblage des bénéficiaires repose aujourd'hui sur la grille Aggir, qui mesure l'aptitude à réaliser certains actes de la vie quotidienne, mais non le niveau réel de besoin d'aide, notamment chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs. Nombreuses sont celles classées en GIR 5 ou 6, donc exclues du dispositif, alors qu'elles présentent en réalité une grande vulnérabilité. Il ne s'agit pas d'élargir ce dispositif à tous sans discernement, mais de mieux identifier les personnes réellement à risque en révisant la grille Aggir pour mieux apprécier la dépendance.

M. Guillaume Garot (SOC). Comment expliquer de telles disparités régionales dans le recours aux incitations relevant de l'article 51 ? S'agit-il simplement d'un problème de communication ? Existe-t-il les mêmes disparités avec les aides conventionnelles ?

Concernant la baisse des aides à l'installation potentiellement liée à la hausse des crédits des FIR, n'aurions-nous pas intérêt à investir les économies réalisées dans les contrats d'engagement de service public (CESP), qui permettent de favoriser, dès la deuxième année, la contractualisation avec des jeunes qui pourront ensuite s'installer là où nous avons besoin d'eux ?

Mme Delphine Champetier, cheffe de service, adjointe au directeur de la sécurité sociale. Nous nous posons également depuis plusieurs années la question de l'efficacité des aides à l'installation et partageons une grande partie de vos remarques.

Concernant le coût des dispositifs, nous souhaiterions sincèrement pouvoir dépenser davantage sur ces mécanismes, car investir dans l'aide à l'installation démographique signifie permettre à des territoires sous-denses d'améliorer l'accès aux soins. Certes, ces dispositifs peuvent paraître coûteux, mais, si on les rapporte aux montants globaux finançant les professionnels de santé et médecins, ils représentent des sommes relativement modestes.

Nous partageons également le constat d'une certaine complexité dans ces contrats, effectivement assez méconnus. L'objectif du contrat de début d'exercice consistait précisément à fusionner plusieurs dispositifs existants afin d'améliorer la visibilité des aides étatiques.

Une suppression de ce dispositif avait été évoquée, mais une simplification a finalement été privilégiée. En 2023, nous avons recentré ce contrat de début d'exercice sur les médecins remplaçants pour mieux l'articuler avec les aides qui se déployaient dans le cadre de la politique conventionnelle. La prise en charge des cotisations sociales n'a, quant à elle, pas été reconduite.

Informé sur les aides à l'installation est complexe dans la mesure où interviennent simultanément les Cnam, les ARS, ainsi que de nombreuses collectivités territoriales. Un médecin souhaitant s'établir dans un territoire sous-dense se voit proposer un certain nombre d'options.

Le véritable enjeu réside dans le fait que l'installation sur les territoires sous-denses ne constitue pas une question financière. Les facteurs qui incitent un médecin à s'installer dans un territoire sous-dense relèvent d'une approche plus globale liée aux conditions d'exercice. Les jeunes générations étant particulièrement intéressées par l'exercice en équipe, le Gouvernement s'efforce de déployer davantage de maisons de santé pluriprofessionnelles, de centres de santé et de communautés professionnelles. L'approche doit s'apparenter à une démarche d'aménagement du territoire, car les questions que se pose un jeune médecin qui s'installe concernent également les opportunités professionnelles pour son conjoint ou encore la scolarité de ses enfants.

L'accès géographique aux médecins constitue une priorité pour le Gouvernement. Dans de récentes propositions de loi, nous avons abordé différentes modalités pour renforcer l'accès aux soins en instaurant des contrats de solidarité territoriale. Je note toutefois que le seul levier d'incitation financière ne suffit pas à répondre à cette ambition politique.

Mme Marie Daudé, directrice générale de l'offre de soins. Je partage entièrement l'analyse de l'adjointe au directeur de la sécurité sociale et rejoins globalement les conclusions du rapport.

Le constat de la complexité initiale des dispositifs a entraîné un recentrage des aides sur certaines zones, tout en simplifiant avec, d'un côté, le contrat de début d'exercice et, de l'autre, une concentration des aides à l'installation avec la convention 2024.

Face au constat que l'installation dans un territoire dépend de multiples paramètres, la puissance publique n'est pas arc-boutée sur le principe d'aides financières à l'installation.

Nous souhaitons développer une multiplicité de dispositifs. Les CESP, qui montent en puissance, financent une partie des études des étudiants moyennant l'engagement à s'installer dans certains territoires, avec une extension prochaine aux sages-femmes, pharmaciens et étudiants de deuxième année. Il existe également l'ensemble des mesures présentées par le Gouvernement dans le cadre du pacte de lutte contre les déserts médicaux, avec un accent particulier sur les études médicales et le développement d'antennes territoriales. De plus, l'évolution du *numerus apertus* a été annoncée.

Le dernier axe concerne la solidarité territoriale. La convention 2024 a déjà posé des bases concernant les consultations avancées en zones sous-denses. Le pacte va plus loin en proposant des mesures de solidarité territoriale avec des consultations qui seraient assurées deux jours par mois, notamment par les médecins généralistes, dans les zones les plus en difficulté.

M. Emmanuel Frère-Lecoutre, directeur de l'offre de soins (Caisse nationale de l'assurance maladie). Le contrat de début d'exercice résulte d'une volonté de simplification, peut-être insuffisante à l'époque, mais qui a permis la fusion de quatre contrats existants ainsi qu'une sécurisation pour les médecins, avec un complément en cas d'activité insuffisante.

Ce mouvement de simplification et le constat d'un taux de recours insuffisant concernent également les contrats conventionnels. La convention de 2016 prévoyait quatre contrats de soutien dans les territoires, dont un seul a véritablement trouvé son public, à savoir le contrat d'aide à l'installation.

Face à ce constat d'un taux d'utilisation insuffisant et d'une méconnaissance des dispositifs malgré l'accompagnement et la communication, la convention 2024 propose d'abandonner la logique de contrats d'aide à l'installation spécifiques au profit d'un soutien durable en cas d'installation en zone sous-dense. Un médecin qui s'installe en zone sous-dense d'intervention prioritaire perçoit 10 000 euros et bénéficie d'une majoration de son forfait médecin traitant, versée en fonction de sa patientèle et soutenue dans la durée.

Le dispositif visant les médecins s'installant dans les trois ans suivant leur thèse en zone sous-dense a rencontré des difficultés pour trouver son public en raison de son caractère très ciblé.

Nous proposons désormais une aide transverse, homogène et identique pour tous. Toute aide complémentaire liée à des problématiques spécifiques, comme l'installation en zone de montagne, peut ainsi compléter ce dispositif standard de manière plus spécifique.

L'accompagnement par les collectivités sur des aspects concrets, comme le logement ou l'emploi du conjoint est déterminant pour l'installation.

Quant au projet professionnel, l'assurance maladie peut apporter un soutien significatif, puisque la qualité des conditions d'exercice influence considérablement le choix d'installation. Ainsi, je note l'existence du dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical, d'abord ciblé sur les zones sous-denses, ainsi que le soutien à l'exercice coordonné et aux maisons de santé pluridisciplinaires. En outre, la convention médicale prévoit la mise en place d'équipes de soins spécialisés.

M. Benjamin Voisin, adjoint au directeur général de la cohésion sociale. La circulaire de 2023 fixe un objectif de 500 CRT à l'horizon 2028, objectif que nous atteindrons probablement plus tôt, puisqu'à la fin de l'année, nous devrions compter au moins 400 CRT autorisés. Vous avez pointé les enjeux de montée en charge, mais l'action administrative visant à mettre en musique ce dispositif progresse efficacement.

Chacun s'accorde sur la nécessité de trouver des moyens d'accompagner à domicile les personnes confrontées à une perte d'autonomie plus complexe, pour lesquelles les Ehpad sont envisagés, mais ne correspondent pas nécessairement à leurs souhaits. J'emploie le mot « complexe », car nous nous inscrivons dans une logique de gradation.

Le CRT constitue fondamentalement une réponse d'effecteur. Cette mission a d'ailleurs été confiée à des acteurs déjà présents sur le territoire, à savoir un Ehpad dans 80 % des cas et un service — généralement un Ssiad — dans 20 % des cas. Il s'agit donc davantage d'une mission que d'un dispositif ou d'une entité nouvelle.

La question de la domotique que vous avez soulevée est pertinente. Ne serait-il pas judicieux d'opter pour une approche pragmatique permettant d'apporter une solution sans que la personne soit contrainte de constituer un dossier supplémentaire ou de s'adresser à un autre guichet ?

Par ailleurs, les CRT ont une fonction territorialisée, impliquant une dimension de responsabilité territoriale. Mobiliser les acteurs spécialisés déjà présents pour leur permettre d'intervenir au-delà de leurs structures nous évite de reconstruire une expertise redondante au niveau régional ou départemental.

Nous assistons, dans le monde médico-social, à une évolution de la compréhension de la notion d'effecteur. Être effecteur ne se limite plus à intervenir auprès du corps de la personne, mais implique également de permettre aux autres d'être capables d'intervenir et de renforcer leurs compétences par une action de proximité.

Vous avez signalé des effets très positifs, qui n'en sont qu'à leurs débuts. Nous devons veiller à ce que cette dynamique continue.

Le CRT constitue un cadre d'intervention assez attractif pour les professionnels, permettant de diversifier leurs interventions, de développer leur expertise sur certains sujets et de prendre des décisions concernant la qualité du plan de soins et l'accompagnement des personnes.

Vous soulignez la question de l'efficacité dynamique en pointant la lenteur de la montée en charge. Nous poursuivrons notre réflexion sur le modèle économique. La dotation forfaitaire, généreuse en phase de montée en charge, devra être réinterrogée si les cibles d'activité ne sont pas atteintes, en explorant différentes modalités de tarification.

Vous indiquez que le nombre de 500 CRT n'est pas suffisant, ce qui constitue une question légitime. Ce nombre ne permet certainement pas de tout faire, mais, dans une logique de gradation, la question se pose. À titre de comparaison, il existe aujourd'hui 2 000 Ssiad en France. Nous devons analyser précisément ce qui se passe dans les territoires pour éviter les zones blanches et résoudre les problèmes de temps de transport. Les mutualisations doivent être maximisées.

La grille Aggir n'est pas adaptée pour qualifier les maladies neurodégénératives, alors même que ces situations nécessitent souvent un maintien à domicile complexe. Nous devons en tenir compte pour affiner nos dispositifs.

Nous analyserons également la situation des personnes handicapées vieillissantes. La doctrine n'est pas encore stabilisée sur ce point et nous devons déterminer si nous en faisons un objectif dans nos circulaires.

Un travail est nécessaire concernant l'articulation entre tous les dispositifs et avec les différents niveaux. Le SPDA constitue un dispositif de gouvernance départementale à laquelle les CRT doivent rendre compte en tant qu'effecteurs. Le SPDA organise au niveau territorial un regard sur les zones d'intervention, les publics et les porteurs de projets.

Nous devons ensuite gérer des enjeux de coordination complexes. Le dispositif d'appui à la coordination (DAC) ne présente pas du tout la même échelle d'intervention et répond à un autre type de coordination, beaucoup plus approfondie, pour la reprise en soins avec le secteur hospitalier ou pour des profils particulièrement complexes.

Enfin, la question de l'articulation entre les SAD et les CRT deviendra centrale demain. Le CRT est une mission que nous confions déjà à des effecteurs. Un SAD « accompagnement et soins » peut l'assumer de façon privilégiée, car il intègre déjà la fonction d'intervention. La question sera de déterminer les moyens à attribuer pour renforcer

les compétences de tous ces SAD, y compris en leur apportant des compétences supplémentaires. Il s'agit davantage de questions de frontières que d'antagonismes entre les différents modèles.

M. Maëlig Le Bayon, directeur général de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les profils que nous accompagnons historiquement ne sont plus ceux qui seront accompagnés demain, ce qui répond en partie à vos interrogations sur l'effet de substitution. Nous observons une transformation du public accueilli vers les GIR 1 et 2, au regard de ce qui se passe dans les Ehpad. Notre philosophie est guidée par l'objectif de maintenir les personnes le plus longtemps possible à domicile dans de bonnes conditions, tant à travers la réforme des SAD que par les CRT et les dotations complémentaires qualité des SAD.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) conduira en juin une campagne de collecte de cinquante indicateurs, qui nous permettront d'obtenir une première vision de l'activité réelle, ouvrant potentiellement la voie à une réforme tarifaire différente à moyen terme. La file active, la qualité, la quantité et les besoins spécifiques d'accompagnement de certains publics constituent évidemment des sujets que nous devons approfondir.

Il est impératif d'éviter que les CRT financent les mêmes actions que les commissions des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

Nous avons aujourd'hui, à travers le SPDA, la volonté d'instaurer une gouvernance unifiée entre départements, ARS, caisses de sécurité sociale et l'ensemble des acteurs territoriaux. L'organisation des CRT doit se construire à l'échelle départementale, en lien étroit avec les acteurs locaux. La coopération entre les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) et les CRT doit être renforcée, ce qui implique également un renforcement de la gouvernance entre conseils départementaux et ARS. Nous croyons beaucoup au SPDA, qui créera notamment la conférence territoriale de l'autonomie à des fins de clarification.

Concernant l'articulation entre SAD et SPDA, la priorité absolue est actuellement d'achever la réforme engagée. Environ 80 % des Ssiad ont engagé des discussions pour établir un partenariat avec un SAD.

Vous avez souligné les difficultés rencontrées sur les rapprochements juridiques. Je rappelle que le Parlement a voté l'année dernière la prolongation des durées de conventionnement. Nous imposons aux Ssiad un conventionnement de partenariat avec un Saad. Ensuite, un délai de cinq années s'ouvre pour établir les conditions d'une fusion. Le Gouvernement réfléchit actuellement à des ajustements de la réforme. Toutefois, nous avons vraiment la nécessité de poursuivre et de finaliser ce dispositif de coordination, qui fera d'autant plus facilement le lien avec les CRT.

Les CRT représentent plutôt un avantage quant au recrutement au sein des Ehpad, car ils permettent de diversifier l'action des professionnels.

Enfin, je partage votre préoccupation quant à la grille Aggir. Dans le cadre de la réflexion sur la stratégie relative aux maladies neurodégénératives, il sera essentiel d'intégrer des conditions spécifiques pour les personnes atteintes de ces pathologies.

M. Jean-François Rousset, rapporteur. Les étudiants en médecine et les médecins font part de leurs inquiétudes quant à leur capacité à soigner les malades sur les territoires. Le

lancement de formations dans les territoires, notamment pour les autres professionnels de santé, doit faire l'objet d'une réflexion. Il est nécessaire de faciliter le remplacement, puis la transition vers l'installation.

Les médecins déjà installés considèrent que leur activité est suffisante et rémunératrice, permettant à un jeune qui s'installe de trouver rapidement un bon niveau de revenu.

Ces aides sont donc très peu utilisées, car elles ne sont pas déterminantes, contrairement aux conditions d'exercice et de vie. Les jeunes médecins veulent travailler en groupe et s'organiser autour d'un projet de santé. Certains médecins souhaitent un fléchage des aides, par le biais du FIR, sur des projets territoriaux de santé, plutôt que des aides personnalisées. Les conditions de vie sont également des facteurs cruciaux.

M. Yannick Monnet, rapporteur. Nous évoluons dans un monde où il existe une liberté totale d'installation. Notre évaluation s'inscrit dans ce cadre. Tant que nous maintiendrons une liberté totale d'installation, nous resterons condamnés à constater des disparités de dotation par territoire.

Les médecins ne nous ont pas demandé d'augmenter les CESP, mais plutôt d'améliorer la dotation des territoires en services publics. Or, la difficulté réside dans le fait que nous ne pouvons pas demander à la sécurité sociale de financer le développement local.

Nous avons évoqué des guichets uniques au niveau départemental, mais chaque collectivité est en droit de mettre en place les dispositifs qu'elle souhaite. Cette complexité dans les aides est inévitable puisque chacun essaie de faire au mieux dans son territoire en fonction des moyens disponibles.

M. Thierry Frappé, rapporteur. La mise en place des CRT est lente et hétérogène. Vous avez évoqué la région des Hauts-de-France, qui devrait finaliser l'ensemble de ses CRT cette année. Nous n'observons pas une situation comparable dans les autres régions.

Un premier enjeu est la grille Aggir, effectivement inadaptée pour certains patients.

Un second enjeu est le coût global de ces CRT au regard des défis démographiques anticipés pour 2030. Que pourrions-nous proposer aux patients, sachant que nous ciblons environ 15 000 patients alors que les projections font état de plusieurs centaines de milliers de personnes concernées ?

Mme Annie Vidal, rapporteure. Les CRT présenteront une véritable utilité complémentaire aux services à domicile lorsque tout ce dispositif sera déployé. Les déploiements concomitants expliquent sans doute les difficultés rencontrées.

Il apparaît essentiel de redéfinir précisément le public ciblé, à savoir un public en situation complexe. Or, il s'avère particulièrement difficile de se concentrer sur un public complexe alors que les CRT, pour garantir leur efficacité, souhaitent disposer d'un périmètre d'intervention restreint. Ainsi, pour disposer de trente places en CRT, il faut constituer une file active d'environ soixante personnes. Identifier soixante personnes nécessitant un soutien renforcé sur un périmètre géographique restreint représente un défi.

Le déploiement des SAD se heurte à un réel problème budgétaire. Les SSIAD sont tout juste à l'équilibre financier, tandis que les anciens Saad sont structurellement déficitaires.

Les SAD doivent impérativement disposer d'un modèle économique viable et la principale difficulté réside aujourd'hui dans l'élaboration de ce budget avec le département et l'ARS.

M. le rapporteur général. Les aides à l'installation évoluent au 1^{er} janvier 2026 et vous avez indiqué qu'elles se fonderont sur le zonage. Le zonage sera-t-il révisé d'ici cette date pour être plus conforme aux réalités de terrain ?

Par ailleurs, prenez-vous en compte les aides proposées par les collectivités territoriales ? Établissez-vous un socle uniforme ou envisagez-vous une articulation avec ces aides locales ? Nous risquons, alors même que la santé relève de la solidarité nationale, d'assister à un déploiement à deux vitesses.

Vous affirmez la complémentarité des CRT avec les DAC. Parallèlement, nous disposons des groupements hospitaliers de territoire et des ARS. Ne devrions-nous pas clarifier substantiellement cette organisation ? Vous n'avez à aucun moment esquissé de pistes concernant le risque de « coordination des coordinateurs ». Ne faudrait-il pas améliorer le maillage territorial pour éviter de créer des inégalités dans le déploiement de ces dispositifs ?

M. le président Frédéric Valletoux. Nous en venons aux questions des autres députés.

Mme Katiana Levavasseur (RN). Face à la désertification médicale qui progresse, le gouvernement propose des mesures coercitives, notamment une quatrième année d'internat obligatoire dans les zones sous-dotées, massivement rejetée par les professionnels du soin.

Certes, des dispositifs, notamment financiers, existent pour tenter d'enrayer cette tendance, mais leur portée demeure limitée tant qu'ils ne s'inscrivent pas dans une stratégie plus large d'aménagement et de soutien aux territoires.

Le Rassemblement national propose une approche fondée sur l'incitation : primes à l'installation, exonérations de charges, revalorisation des actes en zone sous-dotée et amélioration des conditions de vie sur place. Nous devons réinvestir dans les territoires, relocaliser les services publics et repenser l'accès à la formation en ouvrant davantage de places, en décentralisant les formations et en accompagnant les vocations locales.

Combien de temps faudrait-il pour rétablir une offre de soins équitable sur l'ensemble du territoire ? Par quelles mesures conviendrait-il de commencer et quelles failles des dispositifs actuels mériteraient d'être corrigées en urgence ?

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Comment le Gouvernement peut-il continuer à vanter les mérites des CRT alors que leur efficacité est largement remise en cause ? Ces structures ne ciblent pas les personnes les plus dépendantes, pallient surtout les carences des départements et ne disposent ni des moyens humains ni des ressources budgétaires nécessaires pour répondre aux défis du vieillissement de la population.

Les CRT ne constituent-ils pas avant tout un dispositif « vitrine » destiné à masquer l'absence de réponse structurelle à la perte d'autonomie ? Les rapporteurs évoquent une « goutte d'eau » tandis que la programmation budgétaire s'avère non seulement insuffisante, mais également en recul.

Alors que le rapport Libault préconisait dès 2019 un investissement massif de 9 milliards d'euros annuels pour faire face à la perte d'autonomie, comment justifiez-vous la réduction de 200 millions d'euros du budget consacré au maintien à domicile dans la LFSS 2025, ainsi que le maintien d'un dispositif CRT notoirement sous-dimensionné face à l'urgence démographique ?

Mme Justine Gruet (DR). Face à un enjeu aussi crucial que l'accès aux soins, je me méfie de l'approche combinant la carotte – à savoir une surenchère d'aides proposées – et le bâton – qui serait la coercition quant à l'installation.

Comment pourrions-nous réintégrer pleinement les professionnels de santé dans leur cœur de métier ? Il est impératif d'améliorer leur formation à l'exercice libéral pour renforcer leur confiance en cette activité.

Comment pourrions-nous simplifier les charges administratives qui pèsent sur leur quotidien afin de susciter l'envie d'ouvrir leur cabinet ?

Un rapport du Sénat illustre la complexité administrative considérable qui caractérise la gestion de la santé. Ainsi, la création d'une structure supplémentaire semble complexe.

Je souhaiterais que nous nous attelions à la prise en charge de la perte d'autonomie, question essentielle trop souvent reléguée au second plan.

Enfin, le kinésithérapeute joue un rôle clef dans la prévention et la détection des troubles de la désadaptation psychomotrice. Ce professionnel doit constituer un levier d'accompagnement à la préservation de l'autonomie, tant à domicile qu'en établissement.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Je suis à la fois interrogative et inquiète concernant les deux points évalués aujourd'hui.

Nous constatons une surenchère des aides à l'installation des médecins. Alors que nous constatons que ces dispositifs s'avèrent quasiment inefficaces, je trouve particulièrement préoccupant que vous envisagiez d'instaurer une progressivité dans les aides à l'installation. Nous avons besoin de médecins, mais ce ne sont pas ces aides, auxquelles s'ajoutent parfois celles des collectivités, qui les attireront. Il est impératif de suspendre cette dynamique de surenchère, d'évaluer objectivement la nécessité de ces dispositifs et de réallouer ces ressources ailleurs.

Concernant les CRT, au lieu de développer le nombre de professionnels intervenant auprès des patients à domicile, nous multiplions des dispositifs incompréhensibles et illisibles. Dans un premier temps, il est essentiel de dépenser mieux, plutôt que davantage, car, si les ressources existent, elles ne sont pas nécessairement bien orientées.

Mme Sylvie Bonnet (DR). Malgré les défis causés par le manque de professionnels qualifiés dans certains territoires, les CRT demeurent une solution prometteuse pour améliorer le maintien à domicile des personnes âgées et renforcer la coordination des soins. Cependant, les disparités territoriales et économiques engendrent un accès aux soins inégal, tandis que l'augmentation constante des coûts médicaux fragilise les populations les plus vulnérables. Quel modèle économique pourrait garantir une protection sociale durable face aux évolutions démographiques ? Comment pourrions-nous renforcer concrètement l'accès aux soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie, tout en assurant une équité territoriale et sociale ?

M. Fabien Di Filippo (DR). Trois constats s'imposent : nos Ehpad présentent un déficit chronique, le vieillissement de notre population connaît une accélération – nécessitant d'augmenter de 30 % les places en Ehpad durant les trois prochaines décennies – et l'accès aux soins médicaux en Ehpad pose problème, dans un contexte général de désertification médicale. Nous observons une prolifération des structures et une multiplication des dispositifs d'aide qui, paradoxalement, génèrent davantage de concurrence entre elles et entre nos collectivités qu'une réelle efficacité.

Alors que la loi sur le grand âge n'a pas encore généré le moindre financement supplémentaire, devons-nous envisager pour l'avenir des dispositifs d'assurance individuelle permettant à chacun de préparer ses vieux jours ?

Enfin, nous cherchons à améliorer l'autonomie, ce qui est louable, mais ne devrions-nous pas réfléchir à un modèle intermédiaire proposant des lieux de résidence où les personnes âgées seraient regroupées ? Il est intenable, pour des professionnels intervenant à domicile, de parcourir quotidiennement jusqu'à 300 kilomètres. Cette situation entraîne une perte de temps de soins et impose des rythmes épuisants, financièrement peu attractifs.

Mme Josiane Corneloup (DR). Il me semble opportun de faire évoluer les aides à l'installation, particulièrement au regard de leurs résultats limités en matière d'intégration de médecins. Il serait judicieux de cibler ces aides sur les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) afin d'encourager un travail collaboratif et de faciliter la construction de solutions au sein de ces structures.

Les CRT constituent véritablement un maillon indispensable et un apport appréciable, notamment pour éviter ou retarder l'entrée en Ehpad des personnes accompagnées. De plus, ces centres peuvent avoir un effet très positif sur le recrutement et la fidélisation des personnels.

En revanche, je m'interroge sur la définition du public cible des CRT. Initialement, ce dispositif visait à se concentrer sur les publics les plus dépendants, à savoir les GIR 1 et 2. Or, le ciblage a été élargi aux GIR 3 et 4, relevant davantage de la prévention de la perte d'autonomie. Ces deux objectifs sont louables, mais je doute que les CRT puissent résoudre simultanément la problématique des GIR 1 et 2 et celle des GIR 3 et 4. Ainsi, il me paraît nécessaire de revoir ce public cible et de considérer les personnes atteintes de maladies neurodégénératives ainsi que les personnes handicapées vieillissantes.

Parallèlement, nous devons accélérer la réforme des SAD et des SSIAD, leur fusion étant une condition indispensable à la réussite de ces dispositifs.

Enfin, le rapport préconise trois ou quatre CRT par département, ce qui semble trop faible dans les territoires vastes. Pour une efficacité maximale, la création d'antennes locales est nécessaire.

M. Jérôme Guedj (SOC). Le rapport souligne la montée en puissance progressive, voire lente, des CRT et le fait que l'objectif final de 500 CRT ne répond pas à la projection attendue de l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. Pensez-vous envisageable de passer d'un rapport de 1 à 10 ? Serait-il possible que la quasi-totalité des Ehpad devienne des CRT pour absorber les personnes fragiles en perte d'autonomie ?

La CNSA avait créé un laboratoire des solutions de demain. Quel a été son rôle dans le déploiement des CRT ?

Enfin, le rapport identifie comme point faible l'absence d'outils numériques communs. Un travail est-il engagé sur un dossier médico-social partagé qui permettrait d'assurer un partage d'informations entre les services à domicile et l'ensemble des intervenants accompagnant les personnes en situation de perte d'autonomie ?

Mme Delphine Champetier. Les recettes de la branche autonomie s'élevaient à un peu plus de 35 milliards d'euros en 2022, tandis que, pour 2029, nous prévoyons qu'elles atteignent plus de 46 milliards. Les dépenses progressent encore plus rapidement que ces recettes. Le Gouvernement a significativement accru ces dernières années – et prévoit encore d'augmenter – les financements alloués à cette branche. L'objectif général des dépenses pour le secteur médico-social progresse systématiquement à un rythme largement supérieur à celui de l'objectif de dépenses de l'assurance maladie. Je ne prétends pas que cela soit suffisant au regard des besoins ou de la situation financière des Ehpad, mais cette augmentation doit être signalée. Il convient également de rappeler que, concernant la situation des Ehpad, la sécurité sociale n'est pas le seul financeur. C'est un effort que nous devons partager avec les conseils départementaux.

Mme Marie Daudé. Nous sommes totalement en phase avec la nécessité de territorialiser davantage les études de santé.

Des arrêtés relatifs au zonage sont sortis il y a quelques semaines. Ainsi, les ARS travaillent actuellement sur leur nouveau zonage. Les arrêtés des ARS relatifs au zonage devraient sortir au fur et à mesure afin d'être opérationnels au début de l'année 2026.

Un rendez-vous doit être fixé avec les CPTS après la négociation qui s'ouvrira pour les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé. L'étape suivante consistera à engager le même type d'échange et de négociation concernant les CPTS, et donc à établir d'ici la fin de l'année un bilan des actions entreprises pour évaluer les résultats obtenus, comprendre où vont les financements et identifier les missions qui pourraient être prioritaires. Nous devons remettre nos financements à plat et déterminer comment progresser sur cet outil, qui s'avère très utile dans les territoires.

M. Emmanuel Frère-Lecoutre. La convention médicale prévoit l'extension des aides aux actes, ainsi qu'aux quartiers prioritaires de la ville.

De plus, la convention permettra une complémentarité automatique avec les aides des collectivités dès l'installation. Les collectivités pourront choisir de donner une aide ou non.

S'agissant des dispositifs de cabinets de santé territoriaux, nous observons plusieurs initiatives particulièrement louables dans les territoires, que nous nous efforçons d'accompagner au maximum dans leurs démarches.

Pour clarifier le mécanisme de dégressivité des aides à l'installation, nous appliquons une majoration de 50 % la première année, 30 % la deuxième année et 10 % de manière pérenne.

Nous travaillons en coordination avec les caisses locales pour organiser des journées et des rendez-vous dédiés à l'installation.

M. Benjamin Voisin. Nous ne pensons vraiment pas que les CRT sont des dispositifs « vitrines ». Ces centres constituent des effecteurs intervenant directement au domicile des personnes. Il convient de rappeler qu'aucun agent des ARS n'intervient à domicile, ce qui montre que leurs fonctions diffèrent avec celles des CRT.

La prise en charge de la dépendance à domicile représente un défi redoutable pour les années à venir. Nous sommes confrontés à des enjeux de proximité, d'expertise assez regroupée, de simplicité et de continuité, notamment résidentielle. En outre, nous devons prendre en compte la contrainte budgétaire. Face à cet ensemble de défis, nous tentons d'élaborer des solutions adaptées, dont les CRT font partie. Nous affinerons nos dispositifs, qui sont assez jeunes. Le changement de modèle que nous connaissons nécessitera des ajustements réguliers.

Les réponses tournent autour de deux enjeux : la territorialisation et, une fois que les acteurs se connaîtront et estimeront qu'ils ont une responsabilité commune dans le territoire, l'intégration de leurs actions, tout en préservant leurs spécificités. Nous ne pensons pas qu'un acteur unique puisse tout assumer en permanence.

La question qui se posera concerne la capacité de ces deux leviers à nous faire évoluer d'un système de coordination vers de véritables logiques de coopération. Cette transformation représente un changement considérable des pratiques dans un secteur partiellement concurrentiel. Les évolutions que nous engageons sont très complexes. Les CRT constituent une approche innovante permettant d'apporter une réponse sans créer un nouveau dispositif, en confiant une mission nouvelle à des acteurs existants.

M. Maëlig Le Bayon. Entre 2021 et 2025, les dépenses de la branche autonomie sont passées de 30 milliards à 43 milliards d'euros. Le virage domiciliaire représente une hausse de 73 % des dépenses de la branche autonomie sur les cinq derniers exercices.

La réforme tarifaire conduite sur les Ssiad présente de premiers résultats plutôt positifs et renforce leur capacité à dégager des excédents. Les Ssiad affichent aujourd'hui une meilleure santé financière au niveau national. Mieux les financer lorsqu'ils accompagnent les publics les plus complexes fait partie des atouts de cette réforme.

Les SAD connaissent effectivement des difficultés en raison des contraintes budgétaires des départements. Dans les conventions signées entre les départements et les SAD, les taux d'évolution sont très bas. Heureusement, le tarif plancher national garantit une évolution minimale.

Concernant la prévention de la perte d'autonomie, le partenariat entre SAD, CRT et services culture d'autonomie à domicile s'inscrit dans une logique de parcours. Le SPDA joue précisément ce rôle : lorsqu'un intervenant à domicile identifie une situation, il faut assurer le repérage, l'analyse et l'orientation vers les interlocuteurs compétents pour une prise en charge rapide. C'est le sens de la mission de gestionnaire du risque autonomie portée par la CNSA.

Concernant les Ehpad, il convient de préciser que le périmètre de la sécurité sociale couvre le soin, la dépendance et la perte d'autonomie, mais pas l'hébergement. La grande majorité du déficit des Ehpad provient de la section dite « hébergement », qui incombe à l'utilisateur ou, à défaut, à l'aide sociale. Nous constatons aujourd'hui que la branche se substitue à ces deux sources de financement pour équilibrer les Ehpad, ce qui pourra faire l'objet d'une réflexion.

D'ici la fin de l'année, la branche et la CNSA souhaitent faire émerger, avec le ministère, la capacité à construire ce que nous appelons l'habitat intermédiaire, destiné à regrouper les personnes ne relevant pas nécessairement d'un placement en Ehpad mais ne souhaitant plus rester à leur domicile en raison d'une forme de fragilité ou d'inquiétude. Ces formules présentent l'avantage de permettre aux professionnels de se regrouper spatialement, réduisant ainsi les coûts et temps de déplacement.

Le laboratoire des solutions de demain n'a pas été directement associé au dispositif des CRT. Toutefois, les réflexions menées par ce laboratoire constitueront des ressources précieuses pour les CRT dans leur mission de détection, de repérage et d'accompagnement des personnes nécessitant un renforcement à domicile. Nous croyons beaucoup aux technologies que nous évaluons et testons actuellement, comme le programme ESMS numérique.

La révision de la grille Aggir fait partie des réflexions qu'il nous faudra porter.

M. le président Frédéric Valletoux. Je vous remercie.

En l'absence d'opposition à la publication des comptes rendus de ces travaux, ainsi que du rapport sur la fixation du prix des médicaments de la *Mecss*, il en est ainsi décidé.

La réunion s'achève à onze heures quarante-cinq.

Informations relatives à la commission

La commission a désigné :

– *Mme Camille Galliard-Minier, rapporteure de la mission « flash », commune avec la commission des affaires culturelles et de l'éducation, sur la mise en place d'une continuité de revenu pour les artistes-auteurs ;*

– *MM. Nicolas Turquois et Stéphane Viry, rapporteurs sur le projet de loi, adopté par le Sénat, portant transposition des accords nationaux interprofessionnels en faveur de l'emploi des salariés expérimentés et relatif à l'évolution du dialogue social (n° 1526).*

Présences en réunion

Présents. – M. Joël Aviragnet, M. Thibault Bazin, Mme Anaïs Belouassa-Cherifi, Mme Sylvie Bonnet, M. Hadrien Clouet, Mme Nathalie Colin-Oesterlé, Mme Josiane Corneloup, Mme Sandra Delannoy, M. Arthur Delaporte, M. Fabien Di Filippo, Mme Fanny Dombre Coste, Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Karen Erodi, M. Olivier Falorni, M. Guillaume Florquin, M. Thierry Frappé, Mme Camille Galliard-Minier, M. François Gernigon, Mme Océane Godard, M. Jean-Carles Grelier, Mme Justine Gruet, M. Jérôme Guedj, Mme Zahia Hamdane, M. Cyrille Isaac-Sibille, Mme Christine Le Nabour, Mme Katiana Levavasseur, Mme Christine Loir, M. Benjamin Lucas-Lundy, Mme Joëlle Mélin, M. Thomas Ménagé, M. Yannick Monnet, M. Laurent Panifous, Mme Stéphanie Rist, Mme Anne-Sophie Ronceret, Mme Sandrine Rousseau, M. Jean-François Rousset, M. Arnaud Simion, M. Emmanuel Taché de la Pagerie, M. Nicolas Turquois, M. Frédéric Valletoux, Mme Annie Vidal, M. Stéphane Viry

Excusés. – Mme Béatrice Bellay, M. Christophe Bentz, M. Elie Califer, M. Vincent Caure, M. Hendrik Davi, Mme Sylvie Dezarnaud, Mme Laure Lavalette, Mme Karine Lebon, Mme Élise Leboucher, M. Jean-Philippe Nilor, M. Sébastien Peytavie, M. Jean-Hugues Ratenon, M. Philippe Schreck

Assistaient également à la réunion. – M. Guillaume Garot, M. Jean-Luc Warsmann