

Séance mensuelle du Conseil de l'âge

22 janvier 2026

« Le périmètre pertinent d'organisation, de financement et d'intervention des Ehpad »

Financements complémentaires et parcours

- **Les financements complémentaires**
 - *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - CNSA*
 - Méлина Ramos-Gorand, responsable du pôle Modèles et réformes tarifaires
 - Marianne Tenand, cheffe économiste
 - Hugues Belaud, responsable du pôle prévision, répartition et suivi des financements
- **L'Ehpad comme centre de ressources territorial**
 - *Fédération nationale de la Mutualité Française - FNMF*
 - Isabelle Musseau, administratrice nationale déléguée, membre du Conseil de l'âge
 - Anne Pascaud, responsable médico-social
 - *Retour d'expérience territoriale - équipe CENTICH - Vyyv Pays-de-la-Loire*
 - Sylvie Hervé, directrice
 - Marie Voisin, Cheffe de service
- **Les expérimentations « article 51 » en lien avec les Ehpad / les parcours des personnes âgées**
 - *Mission article 51*
 - Cécile Lambert, rapporteure générale
 - Dr Baptiste Pluinage, équipe 51

Les financements complémentaires

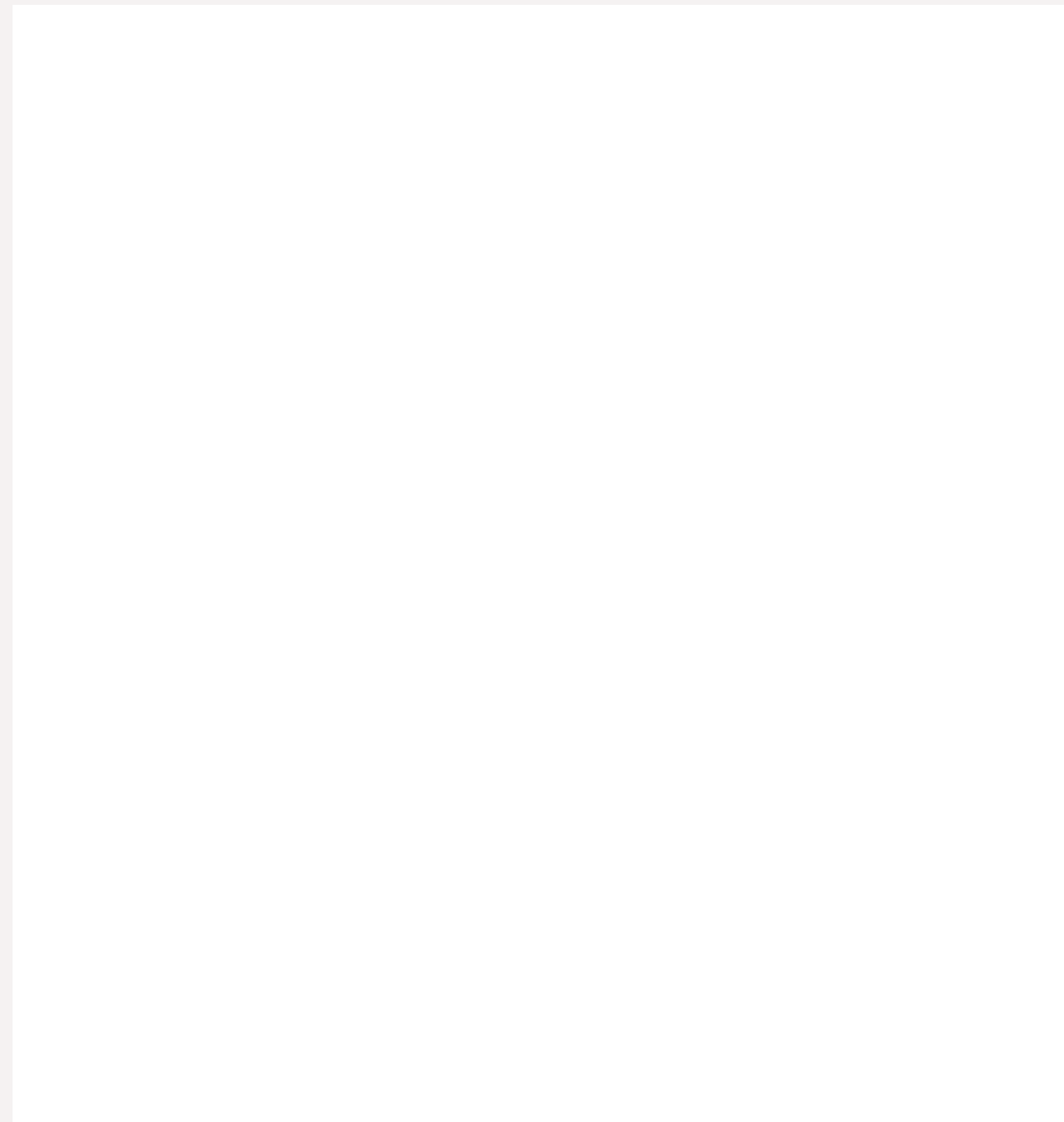
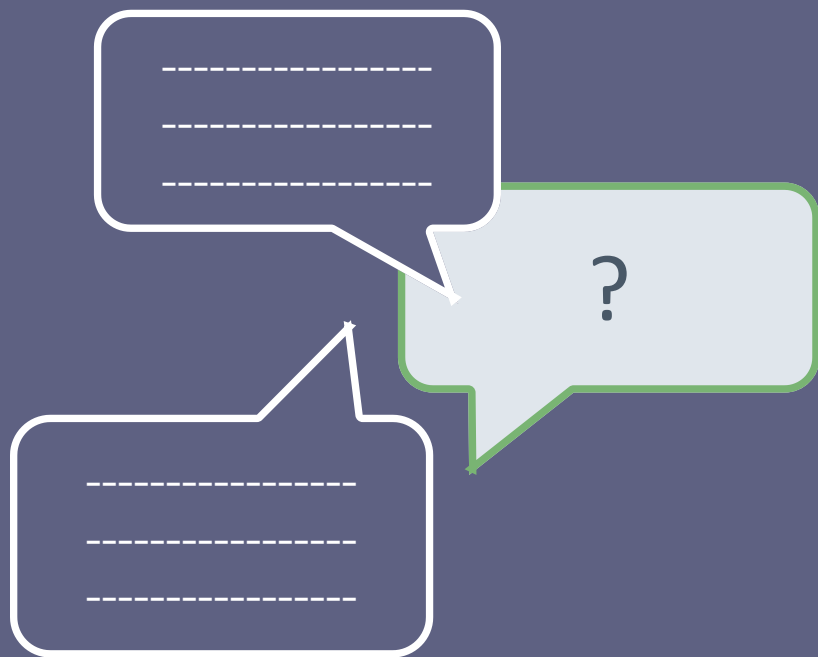
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie -
CNSA

Mélina Ramos-Gorand, responsable du pôle Modèles
et réformes tarifaires

Marianne Tenand, cheffe économiste

Hugues Belaud, responsable du pôle prévision,
répartition et suivi des financements

Temps d'échanges



Les Ehpad comme centre de ressources territorial

- *Fédération nationale de la Mutualité Française - FNMF*
 - Isabelle Musseau, administratrice nationale déléguée, membre du Conseil de l'âge
 - Anne Pascaud, responsable médico-social
- *Retour d'expérience territoriale*
Equipe CENTICH - Vyv Pays-de-la-Loire
 - Sylvie Herve, directrice
 - Marie Voisin, Cheffe de service



Les EHPAD comme centres de ressources territoriaux : retours d'expériences

HCFEA

22 janvier 2026



La Mutualité Française, expérimentateur article 51 DRAD

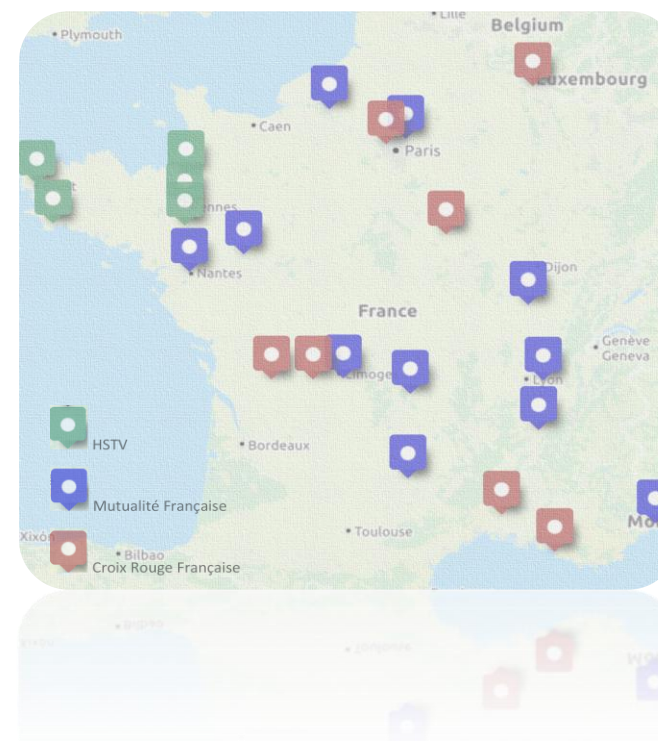


Cette expérimentation a été **autorisée le 16 octobre 2020** par arrêté du 5 octobre 2020 puis modifiée par arrêtés du 23 février 2022 et du 27 février 2023. Elle a pris **fin au 31 décembre 2023**.

► **3 porteurs :**



► **23 expérimentateurs** dont **11 Mutualistes** sur 10 régions et 19 départements



LES 3 PILIERS DU DISPOSITIF



- **La coordination** des intervenants au domicile



- **L'expertise gériatrique** des acteurs du territoire (EHPAD, SSIAD, SAAD, professionnels de santé libéraux et en établissement...)



- **La sécurisation du domicile** 24h/24 et 7j/7 grâce à une astreinte professionnelle et l'installation d'objets connectés

Le déploiement des CRT

- Les **Centres de Ressources Territoriaux (CRT)** ont été institués par l'article 47 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2022, **dans la continuité de l'expérimentation DRAD** menée entre 2020 et 2023.
- Ils visent à offrir un **accompagnement renforcé à domicile** pour les personnes âgées en perte d'autonomie, en s'appuyant sur **l'expertise des EHPAD**.
- Ces missions peuvent être portées par des **EHPAD** ou des **services autonomie à domicile**.
- Le dispositif se décline en **deux volets** :
 - **une offre de services visant à favoriser l'accès aux soins et à la prévention** afin d'en faire bénéficier les professionnels, les personnes âgées du territoire et leurs aidants.
 - **volet d'accompagnement renforcé à domicile** pour prévenir la perte d'autonomie.
- Les gestionnaires mutualistes gèrent actuellement **plus d'une vingtaine de CRT**.

Présentation des deux volets d'intervention CRT

Volet 1

Conformément à l'arrêté du 27 avril 2022, le volet 1 doit prévoir **au moins une action** pour chacun des objectifs suivants :

- 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**

Volet 2

- Une **offre de services renforcée** et s'adresse aux personnes âgées **de plus de 60 ans en perte d'autonomie** (GIR 1 à 4) et souhaitant **rester à domicile**.
- **Axé sur la coordination** des différents professionnels intervenant auprès des personnes âgées et de l'expertise gériatrique du CRT dans l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Les équipes dans les CRT

Composition et type d'équipes dédiées

- Coordinateurs autonomie
- Psychologue
- MEDCO
- Agent de transport
- Temps paramédical (IDE, ASG)
- Temps de diététicien
- Ergothérapeute ou psychomotricien (selon besoins territoriaux)

Ressources mobilisables via conventions, selon besoins territoriaux

- Professionnels activités physiques adaptées - APA
- Art-thérapeute
- Intervenants bien-être (massages)

A noter l'intégration des Infirmiers en pratique avancée (IPA) qui commencent à être intégrées aux équipes CRT.

Focus sur le volet 1 d'intervention CRT

- Le volet 1 permet de **repérer les personnes à risque** et de les orienter vers un accompagnement plus structuré, volet 2 du CRT ou autre en fonction des besoins.
- **Constats :**
 - **Disparité des actions :** Le volet 1 est jugé hétérogène car les activités proposées sont ciblées sur les besoins non couverts qui varient d'un territoire à l'autre, ce qui nuit à sa lisibilité.
 - **Communication complexe :** la communication doit être déclinée selon le niveau d'autonomie des publics cibles
 - **Exigence de mise en œuvre :** Coordination, mobilisation des acteurs, et adaptation locale demandent beaucoup d'efforts.
- Il est **essentiel** pour :
 - Prévenir la perte d'autonomie.
 - Créer du lien entre les acteurs.
 - Soutenir les aidants.
 - Préparer l'entrée dans le volet 2.

*A noter: les **Unions régionales mutualistes** sont mobilisées pour venir en **contribution sur les actions de prévention** dans le cadre du volet 1. Elles mettent à disposition des actions de prévention à destination des **professionnels du secteur médico-social, des personnes âgées et de leurs aidants.***

Ce nouveau dispositif prend toute sa place dans la politique de virage domiciliaire portée par les pouvoirs publics, et constitue un levier attendu de transformation de la mission des EHPAD.

- Il poursuit le nécessaire **décloisonnement entre la vie à domicile et l'institution**, tout en permettant aux personnes accompagnées d'assumer leur **choix de vie** dans cette séquence de vie où, très souvent, elles demeurent dépossédées de cette liberté fondamentale.
- Il apporte une **réponse non limitée dans le temps** par rapport à d'autres dispositifs que l'on connaît à domicile.

Exemples d'impacts sur l'EHPAD :

- EHPAD + ouvert → image améliorée
 - “Facilitation” des entrées pour les bénéficiaires
 - Emergence de nouveaux parcours professionnels proposés (poste de coordinateur, ASG, missions nouvelles pour la psy).
 - Création du lien social pour les résidents comme pour les usagers du volet 2 CRT
- Les services à domicile ont également toute leur place pour porter une mission de CRT.

- ▶ **Un dispositif jugé indispensable** pour répondre à un **besoin réel et croissant** sur le territoire : il permet **d'étoffer l'offre de services** entre l'accompagnement à domicile et l'entrée en établissement (besoins/attentes et objectifs d'accompagnement différents), en apportant des **réponses graduées, lisibles et coordonnées**.
- ▶ Nous observons un **double enjeu fort** :
 - ▶ un **soutien structurant aux personnes âgées et à leurs aidants** (repérage précoce, prévention, accompagnement, relais...)
 - ▶ une **meilleure continuité/fluidité des parcours**, avec des passerelles concrètes entre domicile, accueil de jour et EHPAD, évitant les ruptures et les situations de crise.
- ▶ **Il permet de lisser la rupture** entre domicile et entrée en EHPAD (*ex. : personnes accompagnées au domicile par l'équipe basée en EHPAD, puis intégration progressive via accueil de jour/activités*). → **Degré d'acceptabilité plus fort** de l'entrée en EHPAD qui s'avère parfois indispensable quand le maintien à domicile n'est plus possible.

Impacts pour les EHPAD

- Le portage du CRT par l'EHPAD renforce clairement son **positionnement médico-social sur le territoire**.
- **L'équipe CRT** est pleinement intégrée à l'organisation de l'établissement. La création du CRT a notamment permis :
 - une **montée en compétences des équipes**,
 - une **évolution des profils et des trajectoires professionnelles** → passage d'AS d'EHPAD vers ASG sur le CRT, évolution d'IDE vers IDEC
 - une dynamique positive en matière de **qualité des accompagnements**.
 - Le CRT attire :
 - Des profils polyvalents
 - Des professionnels sensibles à la transversalité
 - Des profils motivés par l'innovation sociale
- Le CRT contribue également de façon très tangible à **l'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement** :
« Nous sommes identifiés, connus et reconnus sur le territoire et régulièrement sollicités par des professionnels souhaitant rejoindre le dispositif CRT »
- Concernant la **dynamique territoriale et gouvernance** :
 - Le CRT porté par l'EHPAD favorise un **ancrage territorial médico-social fort** : coopérations avec les acteurs locaux, clarification des rôles, articulation avec l'existant.
 - Cela suppose une **vigilance sur les « chevauchements »** (avec DAC par exemple) qu'il peut y avoir, mais le portage par un EHPAD facilite la légitimité, la coordination et la lisibilité de l'offre. Cela s'inscrit bien évidemment dans un lien nécessaire et indispensable avec les acteurs du domicile => enjeu fort de la coordination

Impacts pour les EHPAD

D'un lieu de "fin de parcours" à une ressource territoriale ouverte

- L'EHPAD s'inscrit désormais dans un **parcours progressif**, et non plus comme une « voie d'arrêt d'urgence »

- Il devient un **lieu-ressource** pour :
 - les aidants
 - les personnes âgées vivant à domicile
 - les partenaires du territoire

- Déconstruction des **représentations négatives** :
 - Accueil de personnes non-résidentes (repas, ateliers, activités)
 - Parcours graduel : activités → accueil de jour → entrée en établissement

- L'EHPAD agit comme un **centre de vie sociale** :
 - animation territoriale
 - lien social
 - prévention de l'isolement et du repli

Le CRT comme levier de transformation des pratiques

- ▶ **Appui aux structures du territoire :**
 - ▶ Structuration de réseaux (CPTS, MSP, acteurs locaux)
 - ▶ Mise en lien, soutien organisationnel et communication

- ▶ **Facilitation de l'ouverture et de la coopération :**
 - ▶ Partenariats inter-structures
 - ▶ Ateliers APA, activités partagées, accueil de publics extérieurs
 - ▶ Accompagnement renforcé des EHPAD les plus réticents

- ▶ **Rôle de facilitateur et d'accélérateur :**
 - ▶ Identification de lieux d'accueil
 - ▶ Déploiement d'actions de prévention
 - ▶ Réponse aux besoins locaux là où les intentions existent mais manquent de moyens

- **Rôle structurant** dans l'accompagnement des personnes en **perte d'autonomie**, en contribuant au **soutien à domicile** des personnes âgées, en soutenant les proches aidants et en renforçant la **coordination** avec l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux.
- **Dispositif pertinent mais encore en construction**. Il nécessite des **ajustements** pour garantir sa lisibilité, son efficacité et sa pérennité. Le maintien des deux volets, dans une logique de parcours, est essentiel pour répondre aux besoins des territoires et des publics accompagnés.
- **Valeur ajoutée spécifique des CRT lorsqu'ils sont portés par un EHPAD :**
 - Meilleure anticipation des admissions
 - Renforcement du rôle territorial
 - Renforcement du sentiment d'utilité
 - Lieu d'appui logistique, d'accueil et de coordination

- **2026** Pour la plupart, leur action s'inscrira dans une **dynamique de développement** : *élargissement des partenariats, consolidation des coopérations locales, valorisation des outils numériques, harmonisation des pratiques et la consolidation des collaborations restent la plupart du temps des axes prioritaires afin de garantir une réponse territoriale cohérente et adaptée aux besoins.*

- **A l'avenir** → **Nécessité de développer encore des CRT** pour répondre aux besoins réels des territoires.
 - **Conditions de réussite** : compétences dédiées, systèmes d'information partagés, conventions claires, acculturation des équipes et soutien institutionnel durable.
 - **En attente d'une révision du cahier des charges national prévue pour 2026**

Merci de votre attention !





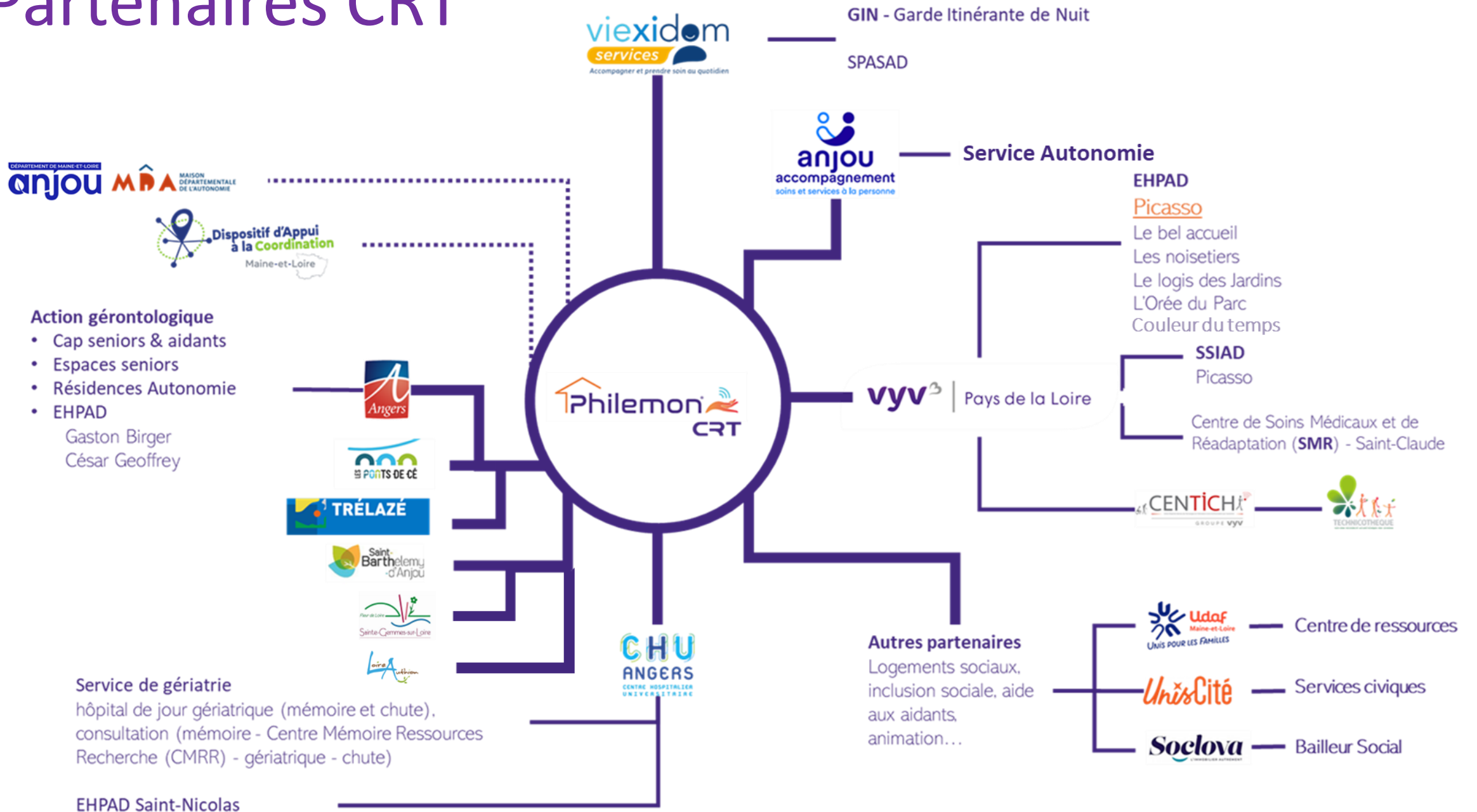
Pays de la Loire

L'EHPAD Pablo Picasso – CRT PHILEMON Angers

Angers le 21 janvier 2026

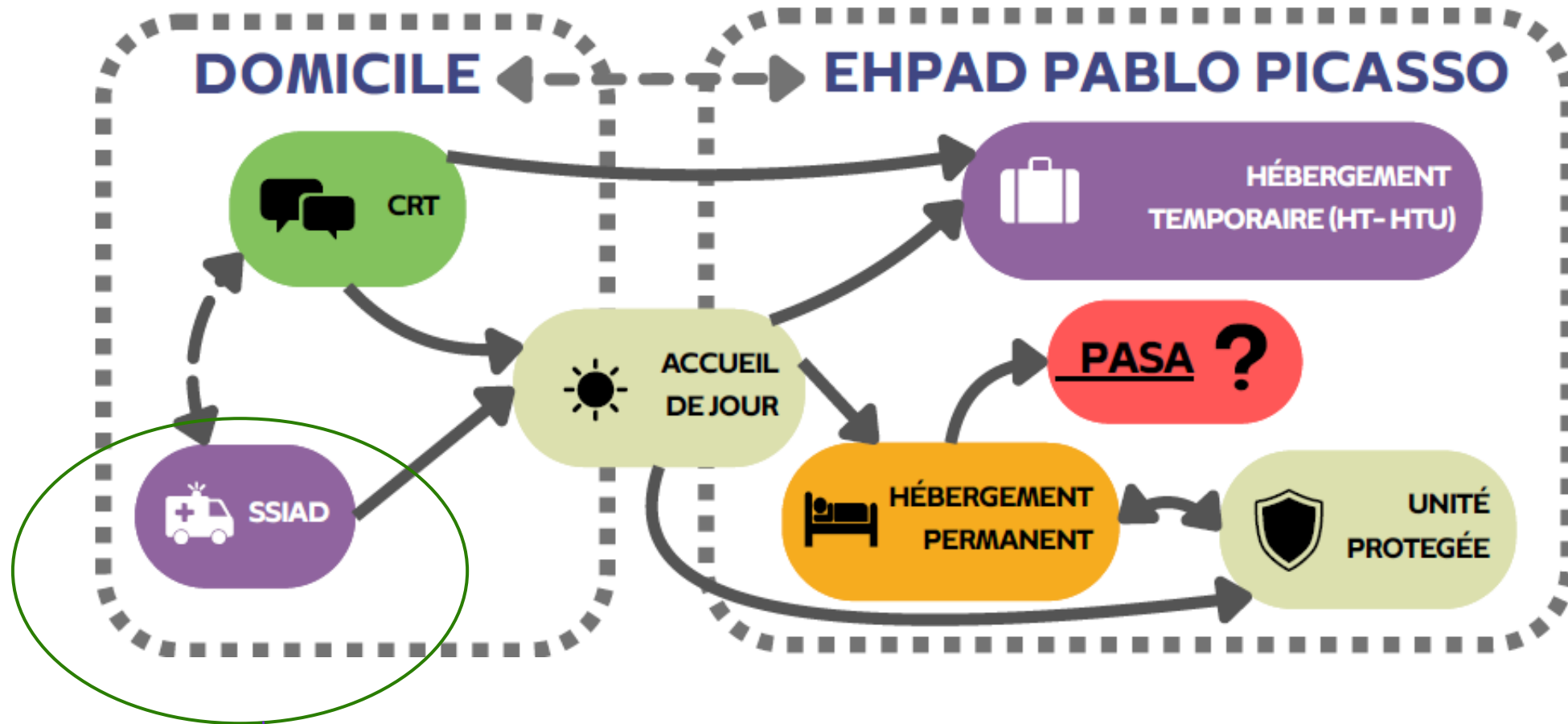


Partenaires CRT



Centre mutualiste de gérontologie Picasso

un continuum de services



Entité juridique différente mais dans nos locaux

Capacité d'accueil

- 50 places en hébergement permanent dont 8 pour des couples
- 10 places en UPAD
- 10 places en hébergement temporaire dont une en hébergement temporaire d'urgence
- 13 places d'accueil de jour
- 30 places en CRT



Les apports du CRT pour l'EHPAD

•Reconnaissance et expertise territoriale :

Les EHPAD porteurs de CRT bénéficient d'une reconnaissance accrue sur leur territoire. Ils sont identifiés comme des lieux de vie, d'accueil et d'expertise gériatrique, ouverts aux professionnels extérieurs et au public. Cette visibilité favorise la mutualisation des compétences et l'ouverture vers l'extérieur.

- le portage du CRT a permis l'expérimentation de l'hébergement temporaire d'urgence en lien avec l'ARS, venant compléter encore l'offre de l'établissement, cela valorise le rôle de l'EHPAD dans la filière gériatrique et offre un continuum de réponses
- Le CRT a été un véritable atout lors de l'évaluation HAS pour l'ouverture de l'EHPAD sur l'extérieur
- Le CRT mobilise fortement les autres ehpad du territoire, et c'est ainsi, tous les ehpad qui bénéficient du rayonnement et d'une ouverture à l'extérieur

•Plus-value pour les professionnels, les usagers et les familles :

Les CRT permettent d'accueillir des bénéficiaires extérieurs, de proposer des animations, des groupes de parole, des ateliers bien-être et des formations. Les familles sont mieux informées et rassurées, ce qui facilite l'acceptation du placement en EHPAD.

- Acculturation et Montée en compétences des équipes : Les professionnels issus des EHPAD (ASG, IDEC, assistantes sociales, etc.) bénéficient de formations et d'une diversification des missions. Le CRT favorise l'évolution professionnelle et l'attractivité des postes.
- Les outils et les expertises sont plus convoquées : développement de la télé-expertise, actions de prévention des chutes, accompagnement personnalisé des bénéficiaires, parcours cousu main

Les apports du volet 1 du CRT

- Volet 1 (prévention, information, appui) :

- Centre de ressources pour les bénéficiaires et les professionnels.

- Mobilisation et valorisation des expertises des équipes des EHPAD pour les actions du volet 1.

- Ex : groupes de parole pour seniors, réunions d'information pour les aidants, ateliers bien-être, formations pour les professionnels (Alzheimer, troubles musculosquelettiques, premiers secours, etc.).

⇒ Dynamique territoriale : co-construction avec les acteurs du territoire CFPPA, MFPL

⇒ Définition d'actions complémentaires.

- Réseau de partenaires :

- Collaboration avec les mairies, les CCAS, les équipes mobiles, le DAC, le département, et autres acteurs locaux. Les CRT sont reconnus pour leur capacité à fédérer et entretenir des partenariats solides.

- Lien avec les autorités :

- Suivi régulier par l'ARS, participation à des groupes de travail, webinaires, et échanges sur l'évolution des critères d'admission et des financements.

Enjeux et perspectives

- Critères d'admission et financement :

- Les critères (notamment le GIR) posent parfois problème pour la prise en charge de certains bénéficiaires, notamment ceux avec des troubles cognitifs non pris en compte ou selon leur âge (population de moins de 70 ans).

- Évaluation et amélioration continue :

- Enquêtes de satisfaction, bilans de projets, et retours des usagers et familles permettent d'ajuster les actions et de garantir la qualité des services proposés.

- Défis de la territorialisation de la réponse si extension de territoire et augmentation des places

- Communautés de pratiques à développer pour animer et bien coordonner les dispositifs

vyv³ | Pays de la Loire

•Contacts

•Sylvie HERVE

•Sylvie.herve@vyv3.fr

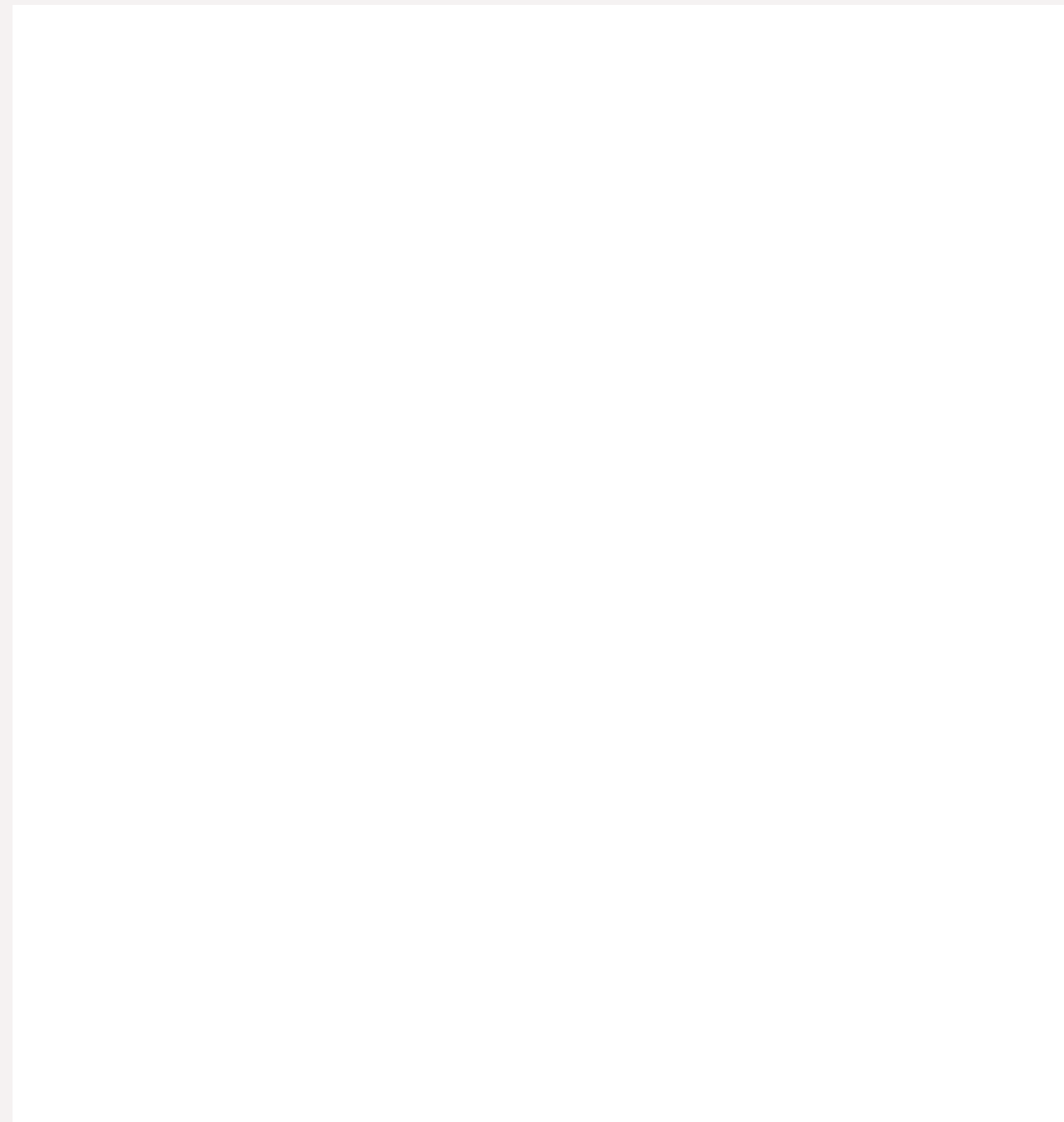
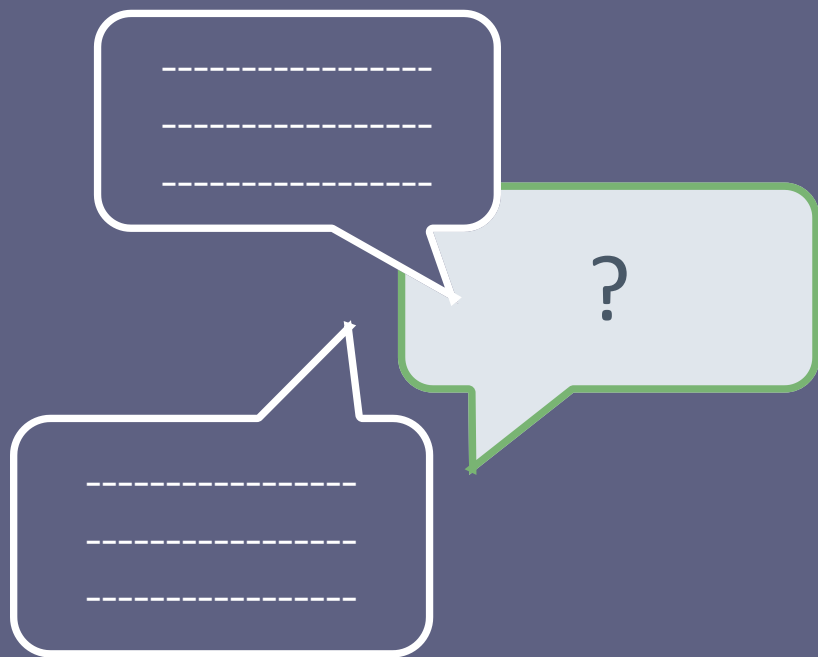
•Marie Voisin

•marie.voisin@vyv3.fr



VYV³ Pays de la Loire – Pôle Personnes Âgées, Union de mutuelles de Livre III
immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro 775 605 462.
Soumise aux dispositions du Livre III du Code de la Mutualité.
Siège social : 29 quai François-Mitterrand – 44200 Nantes

Temps d'échanges



Les expérimentations « article 51 » en lien avec les Ehpad / les parcours des personnes âgées

Mission article 51

Cécile Lambert, rapporteure générale

Dr Baptiste Pluvinage, membre de l'équipe 51



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Article 51 : que fait-on pour les personnes âgées?

**22 janvier 2026
Conseil de l'âge**

Cécile Lambert

L'article 51 en bref

L'article 51 repose sur un **changement de posture** :
logique bottom-up / confiance
envers les acteurs

Et sur **une promesse** :
transformer notre système de santé
en s'appuyant sur des preuves

Des nouveaux modèles
d'organisation et de
financement à l'initiative
des acteurs du terrain

Tester

Evaluer

Accompagner

Transformer

Selon 3 critères
✓ **Reproductibilité**
✓ **Effizienz**
✓ **Faisabilité**

Des démarches d'intelligence
collective au bénéfice des
projets

Identifier de **nouveaux leviers
de transformation du
système de santé / un large
champ de dérogations**

Autorisation
5 ans
maximum

Evaluation

Arrêt -
capitalisation

Transposition
dans le droit
commun



La réussite d'une collaboration Ministère-AM déclinée en région

LES ACTEURS DU TERRAIN



- PORTENT LE PROJET
- METTENT EN ŒUVRE L'EXPL.

ÉQUIPES RÉGIONALES

POUR CHAQUE RÉGION



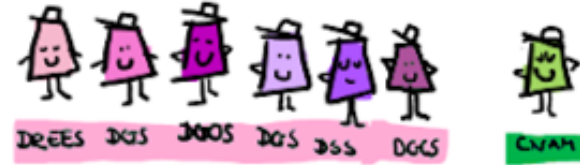
* UN RÉFÉRENT ARS



* UN RÉFÉRENT DCCDR

- SUIVENT ET ACCOMPAGNENT, À TOUTES LES ÉTAPES, LES PROJETS RÉGIONAUX
- SUIVENT, EN COLLABORATION AVEC L'EN, LES PROJETS NATIONAUX DANS LEUR MISC EN ŒUVRE

MINISTÈRE / CNAM



- DES RÉFÉRENTS DES DIRECTIONS MINISTÉRIELLES À L'INSTRUCTION DES PROJETS EN LIEN AVEC LES EXPERTS DES BUREAUX MÉTIERS

ÉQUIPE NATIONALE

- RAPPORTEUR GÉNÉRALE ASSURE LE DÉPLOIEMENT DU DISPOSITIF



ÉQUIPE DÉDIÉE D'APPUI À LA RAPPORTEUR GÉNÉRALE

CTIS*

* COMITÉ TECHNIQUE DE
L'INNOVATION EN SANTÉ

COMPOSITION



REPRÉSENTANTS DE LA CNAM, DES DAL,
SECRETARIAT GÉNÉRAL DU MINISTÈRE,
UN REPRÉSENTANT DES ARS

FONCTIONS

- ÉMET UN AVIS SUR LES PROJETS
- STATUE SUR LES POINTS BLOQUANTS
- STATUE SUR LES POINTS DE DOCTRINE

REUNIONS

1 FOIS PAR MOIS

CONSEIL STRATEGIQUE

COMPOSITION



⊕ DE 60 MEMBRES ISSUS DE L'ÉCOSYSTÈME DE
LA SANTÉ

PRÉSIDÉ PAR LE MINISTRE DE LA SANTÉ



FONCTIONS

- ◻ FORMULE DES PROPOSITIONS SUR LES
INNOVATIONS DANS LE SYSTÈME DE
SANTÉ
- ◻ FORMULE UN AVIS SUR UNE ÉVENTUELLE
GÉNÉRALISATION.
- ◻ EST ASSOCIÉ AU SUIVI DES EXPÉRIMENTATIONS

REUNIONS

1-2 FOIS PAR AN

Le 51 en un coup d'œil

2018 - 2026



Un dispositif qui a **8 ans**



834 M€ engagés depuis 2018



1 320 projets déposés
depuis 2018



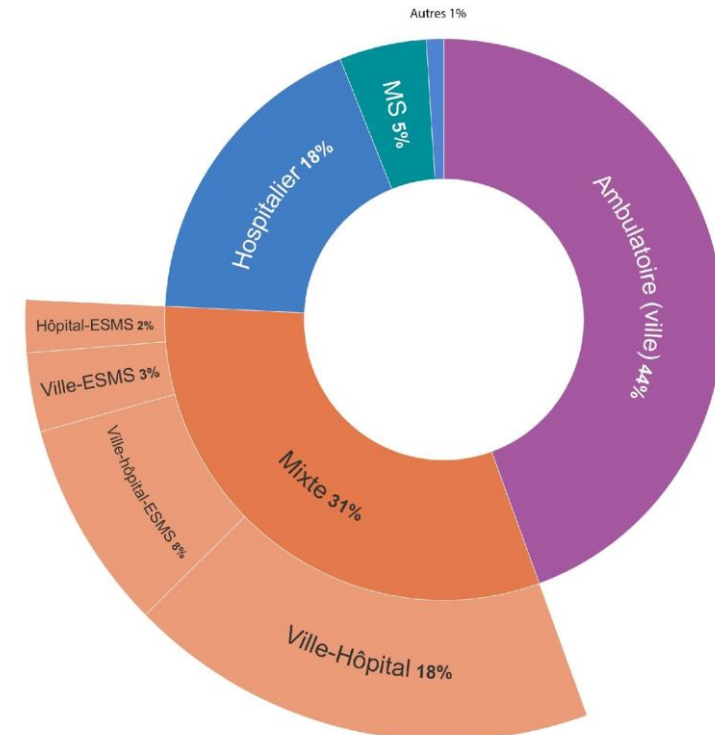
169 projets autorisés

106 XP terminées

dont **7** projets transposés dans le droit commun
dont **41** innovations ayant eu un avis favorable
dont **32** étant passées en période transitoire



1,5 M bénéficiaires ciblés
depuis 2018



Portefeuille d'expérimentations autorisées et innovations – janvier 2026

Améliorer l'accompagnement en EHPAD

- ❑ Prévention et soins bucco-dentaires (SBDM, CBDM, ILDYS + DENTISTADOM)
- ❑ Accès aux soins spécialisés : CARDIO +, DOMOPLAIES
- ❑ Améliorer le suivi en soins primaires : TOKTOKDOC, UMT

Bien vieillir chez soi

- ❑ Renforcer l'accompagnement à domicile : DRAD, Vigie Age, EQLAAT
- ❑ Améliorer l'accès/le suivi en soins primaires : RSMO/Rémidom/UMT, IPEP, DENTISTADOM, Antennes de pharmacie, EQUILIBRES
- ❑ Accès aux soins spécialisés : CARDIO +, DOMOPLAIES, CONSTELACTION
- ❑ Parcours et soutien aux aidants : ADELE-MONKA

Développer la prévention tertiaire au profit des malades chroniques

- ❑ Développer l'accès à la réadaptation cardiaque et respiratoire : WALK HOP, READHY, RRETELEDOM
- ❑ Accompagner l'adoption et le maintien d'habitudes favorables à la santé : AS DU CŒUR, RAMPARDOS

5 axes d'accompagnement des PA

Prévenir la perte d'autonomie

- ❑ Repérage des fragilités : ICOPE, VIGILANCE SENIOR
- ❑ Dénutrition : NutriAge, Nutriker
- ❑ Repérage précoce des troubles cognitifs : PASSCOG
- ❑ Panier de soins antichute

Fluidifier le parcours de santé

- ❑ Renforcement des collaborations hôpital-ville autour de problématiques spécifiques : IATROPREV 2, CONSTELACTION
- ❑ Sécuriser le retour à domicile après une hospitalisation (VIGIE AGE, LENA, UNA-Equipes prêtes à partir)
- ❑ Améliorer le suivi après un épisode aiguë : CECICS

Innovation transposée/entrée dans le droit commun

Innovation en cours de transposition

Expérimentation en cours / pas encore évaluée

Expérimentation terminée – décision de ne pas généraliser

Projet en cours d'instruction – lancement à venir

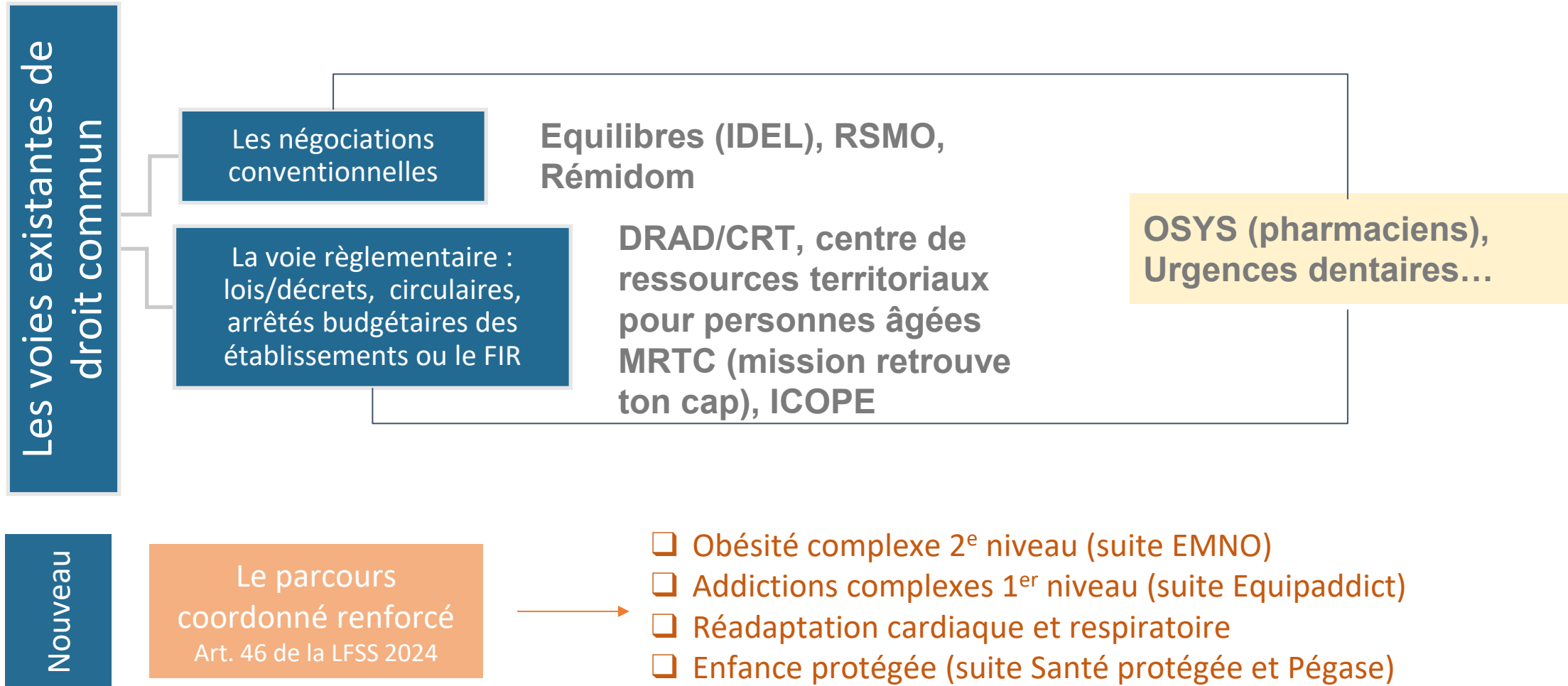
Les leviers du 51



- Extension du panier de soins
- Une valorisation des temps de coordination
- Des parcours à la structuration renforcée / fil rouge, continuité, relais
- Un partage des responsabilités entre professionnels redéfini et/clarifié
- Des financements forfaitaires/décloisonnés/simplifiés/centrés besoin patient + impact
- Des outils numériques adaptés aux besoins des professionnels et des patients

Quelles options de sortie en cas d'avis favorable ?

=> SOUS RESPONSABILITÉ DAC ou CNAM



Temps d'échanges

