

LE COURRIER DES MAIRES

et des élus locaux



L'accompagnement des personnes âgées par les collectivités

DE 1 À 11

Les compétences des collectivités locales

Missions et compétences des régions, départements, communes, intercommunalités, centres communaux et intercommunaux d'action sociale, syndicats mixtes; pouvoirs du maire, limites à l'intervention des collectivités... p. 3

DE 12 À 35

Les modes de gestion et de fonctionnement des établissements et services dédiés au 3^e âge

Typologie des établissements et services pour personnes âgées, gestion et contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)... p. 6

DE 36 À 50

Le financement de l'accompagnement des personnes âgées

Tarifification des Ehpad, aides aux personnes âgées, tarifs différenciés, contrats pluriannuels, litiges, assujettissement à la TVA et à la taxe foncière sur les propriétés bâties... p. 12



Principal actionnaire: Info Services Holding.
Société éditrice: Groupe Moniteur SAS au capital de 333900 euros.
Siège social: 20, rue des Aqueducs, 94250 Gentilly.
RCS: Nanterre 403080823.
Numéro de commission paritaire: 0425 T 86402.
ISSN: 1252-1574.
Président-directeur de la publication: Julien Elmaleh.

RÉFÉRENCES

- Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie.
- Loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.
- Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.
- Loi n° 2018-1021, 23 nov. 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique, dite loi « Elan ».
- Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Décret n° 2025-168 du 20 février 2025 relatif au financement des établissements participant à l'expérimentation prévue par l'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement.
- Décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023.
- Arrêté du 3 mars 2025 relatif aux conditions d'accueil des animaux de compagnie en Ehpad prévu par l'article 26 de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie (NOR: TSSA2431357A).
- Code général des collectivités territoriales (CGCT).
- Code de l'action sociale et des familles (CASF).

RESSOURCES

- **L'adaptation des communes et des intercommunalités au vieillissement de la population: bien vieillir dans nos communes**, rapport d'information n° 13 (2024-2025), délégation aux collectivités territoriales Sénat, octobre 2024.
- **Enjeux et perspectives démographiques en France 2020-2050**, Gilles Pison et Sandrine Dauphin, Ined, 2020.
- **Étude d'impact PLFSS 2024**, annexe 6.
- **Le cadre juridique de l'action sociale intercommunale**, note juridique « santé et action sociale », Intercommunalité de France, août 2022.
- **CCAS et CIAS, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale**, 50 questions-réponses du Courrier des maires, novembre 2018. courrierdesmaires.fr/article.19042
- **Grand âge, un modèle à bout de souffle**, dossier du Courrier des maires, janvier 2023. courrierdesmaires.fr/article.53051

LEXIQUE

ARS

Agence régionale de santé.

CCAS / CIAS

Centre communal ou intercommunal d'action sociale.

ESSMS

Etablissements et services sociaux et médico-sociaux.

GCSMS

Groupement de coopération sociale ou médico-sociale.

GTSMS

Groupement territorial social et médico-social.

SAD

Service autonomie à domicile.

Saad

Service d'aide et d'accompagnement à domicile.

SDOSMS

Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale.

Ssiad

Service de soins infirmiers à domicile.

L'accompagnement des personnes âgées par les collectivités

«**L'**adaptation de la société au vieillissement ne pourra pas se faire sans les collectivités et plus spécifiquement sans les communes et intercommunalités.» Cette phrase extraite d'un rapport d'information du Sénat de 2024 résume parfaitement l'enjeu de taille auquel sont confrontées les collectivités. Les personnes de plus de 65 ans devraient représenter, en 2040, un quart de la population française. Les collectivités doivent faire face aux besoins de personnes de plus en plus âgées, souhaitant rester à leur domicile le plus longtemps possible, tout en sollicitant le moins possible leur entourage. Pourtant, l'offre est

souvent insuffisante sur le terrain et ses coûts problématiques dans un contexte de plus en plus concurrentiel. A titre d'illustration, en 2022, près de 60% des Ehpad publics étaient en déficit. Des établissements et services intervenant auprès de ce public sont parfois contraints de mettre la clé sous la porte alors même que les besoins d'accompagnement des personnes âgées sur leur territoire augmentent de façon structurelle.

Fort de ce constat, le législateur incite, voire impose, de plus en plus ces établissements et services des secteurs tant public que privé à se regrouper et à coopérer afin de rationaliser les modes de gestion par une mutualisation des fonctions et expertises.

Le secteur est aussi marqué par un mode de financement complexe qui aurait intérêt à être simplifié. De quelles compétences sont dotées les collectivités publiques en la matière ? Quel véhicule juridique pour porter ces établissements et services dédiés aux personnes âgées ? Avec quel financement ? 50 questions-réponses pour aborder tous les aspects juridiques de l'accompagnement du troisième âge par les collectivités.

Par Sara Ben Abdeladhim, Margaux Davrainville, Esther Doulain et Audrey Lefèvre, avocates, cabinet Seban & associés

1

Qu'est ce qu'une « personne âgée » au sens de la loi ?

En l'absence de définition légale, la notion est sujette à interprétation. Le législateur considère généralement les plus de 60 ans comme fragilisés, sans que cet âge ne constitue une norme. Le critère d'accès aux institutions sociales et médico-sociales pour personnes âgées est l'âge de 60 ans alors que l'âge retenu pour l'ouverture des droits à une prise en charge au titre de l'aide sociale est de 65 ans, sauf en cas d'invalidité au travail (CASF, art. L. 113-1). Le critère le plus pertinent, depuis la loi du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement, dite loi «ASV», est surtout celui de la «perte d'autonomie» (qui a remplacé le concept de «dépendance»). La question est débattue au sein de la conférence nationale de l'autonomie, organisée tous les trois ans et qui réunit Etat, conseils départementaux, organismes de sécurité sociale, organismes gestionnaires des établissements ou services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées, associations représentatives des âgés, professionnels concernés par la prévention et l'accompagnement de la perte d'autonomie (CASF, art. L. 113-3).

2

Quelle est la compétence de l'Etat ?

L'Etat a un rôle de coordinateur de l'action des services sociaux et médico-sociaux intervenant auprès des personnes âgées avec notamment la rédaction du schéma national d'organisation sociale et médico-sociale et la participation aux schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. Il autorise également la création de certains établissements sociaux et médico-sociaux et notamment de ceux qui accompagnent ou accueillent les personnes âgées, et à ce titre, a pour compétence de décider des fonds qui leur sont accordés au titre de la partie «soins» et de contrôler leur fonctionnement. A noter que dans le cadre de la lutte contre l'isolement des personnes âgées, le gouvernement a lancé en 2014 le dispositif «MONALISA» (pour «mobilisation nationale contre l'isolement des âgés») réunissant toutes les associations volontaires au sein d'une association de niveau national dans le but d'harmoniser leurs actions. Ce dispositif bénéficie du soutien de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).

3

Quelle est la compétence de la région ?

Les régions n'ont que des compétences résiduelles en matière d'action sanitaire ou médico-sociale auprès des personnes âgées. Toutefois, la région participe à la définition des objectifs particuliers de santé, détermine et met en œuvre les actions correspondantes. Elle siège également au sein des différentes commissions exécutives des **ARS VOIR LEXIQUE**, autorités déconcentrées de l'Etat.

4

Quelle est la compétence du département ?

Le département est compétent pour mettre en œuvre toute aide ou action relative à la prévention ou à la prise en charge des situations de fragilité et à l'autonomie des personnes. A ce titre, il définit et met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées et de leurs proches aidants sur son territoire (CGCT, art. L.3211-1 et CASF, art. L. 113-2). Depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, le département est en charge du service public de l'autonomie. Concrètement, parmi les prestations d'aide sociale fournies aux personnes âgées par le département figurent les aides ménagères et la participation aux frais de repas, l'aide à l'hébergement en cas de placement familial ou de placement en établissement (CASF, art. L.231-1 et suivants). Comptent également parmi ces actions l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes (CASF, art. L.232-1 et suivants).

5

Quelles sont les missions du département ?

Le département définit la politique d'action sociale et médico-sociale départementale ; élabore et met en œuvre le **SDOSMS VOIR LEXIQUE** ; coordonne les actions sociales et médico-sociales menées sur son territoire ; autorise la création ou la transformation des **ESSMS VOIR LEXIQUE** fournissant des prestations relevant de la compétence du département et leur habilitation à tarifier les prestations fournies ; préside les conseils d'administration des établissements publics spécialisés. Et il copilote le plan d'alerte et d'urgence au profit des personnes âgées, handicapées ou en perte d'autonomie en cas de risques exceptionnels. Les présidents de département siègent au sein des comités locaux d'aide aux victimes luttant notamment contre la maltraitance des personnes âgées. Toute personne doit signaler un fait de maltraitance à une cellule (art. L. 1432-1, code de la santé publique) qui, lorsque le signalement implique un professionnel, établissement ou service intervenant au titre d'une activité financée exclusivement par le département ou toute autre personne n'intervenant ni pour le compte de l'Etat ni pour celui de l'ARS, transmet au président de département.

6

Quelles sont les compétences des communes ?

Disposant de la clause générale de compétence (CGCT, art L.2121-29), les communes peuvent mettre en place plusieurs services ou aides à destination des personnes âgées dans la limite des compétences exercées par les départements. Elles peuvent, par délégation du département, exercer des compétences d'aide sociale en faveur des âgés attribuées à ces derniers (CASF, art. L.121-6). Une commune peut intervenir sur l'aide sociale si cela répond à un intérêt public local (CE, 6 mai 1985, association Eurolat). Les communes et leurs **CCAS VOIR LEXIQUE** peuvent mettre en place une offre culturelle et sportive dédiée aux seniors, gèrent des services d'aide à domicile, de transport adapté ou de partage de repas et encourager la participation des âgés dans la vie communale. Elles participent aussi à la création et à la gestion d'établissements ou services publics à caractère social ou médico-social (foyers destinés aux âgés). En outre, via leur CCAS, les maires peuvent être gestionnaires de divers établissements et services dédiés aux âgés.

7

Quels sont les pouvoirs du maire ?

La loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées impose aux maires de recueillir les éléments relatifs à l'identité, à l'âge et au domicile des personnes âgées, sur demande des personnes intéressées ou d'un tiers. Ces dispositions visent à faciliter la mise en œuvre du plan d'alerte et d'urgence institué dans chaque département pour faire face à des risques exceptionnels (CASF, art. L.121-6-1).

Le maire peut participer aux conseils de surveillance des établissements de santé.

8

Quelles sont les compétences des EPCI et syndicats mixtes ?

EPCI et syndicats mixtes ne peuvent aider et accompagner les personnes âgées qu'en cas de transfert par les communes de cette compétence.

Les communautés de communes (CC) et d'agglomération (CA) peuvent ériger une compétence d'action sociale à destination des seniors soit par le transfert d'une compétence supplémentaire, soit par la définition d'un intérêt communautaire si elles détiennent la compétence « action sociale d'intérêt communautaire ».

Les CC, CA ou communautés urbaines (CU) peuvent, par convention avec le département, exercer au nom et pour le compte de ce dernier à l'intérieur de leur périmètre, tout ou partie de la compétence action sociale notamment à destination des âgés (CASF, art. L.121-1 et L.121-2).

Les métropoles peuvent, quant à elles, se voir transférer cette compétence par les départements en sus de celle liée à l'élaboration et la mise en œuvre du SDOSMS (CASF, art. L.312-5). Mais elle ne peuvent se voir déléguer la prise en charge des prestations légales d'aide sociale (CGCT, art. L.5217-2).

9

Quelles sont les limites à l'intervention des collectivités locales ?

Les collectivités doivent respecter la liberté du commerce et de l'industrie ainsi que le droit de la concurrence. « A cet égard, pour intervenir sur un marché, elles doivent, non seulement agir dans la limite de leurs compétences, mais également justifier d'un intérêt public, lequel peut résulter notamment de la carence de l'initiative privée; [...] une telle intervention ne doit pas se réaliser suivant des modalités telles qu'en raison de la situation particulière dans laquelle se trouverait cette personne publique par rapport aux autres opérateurs agissant sur le même marché, elle fausserait le libre jeu de la concurrence sur celui-ci », a précisé le juge (CE, 3 mars 2010, département de la Corrèze, n° 306911). Dans cette affaire, le juge a validé la création d'un service public local de téléassistance aux personnes âgées et handicapées qui avait pour objet de faciliter leur maintien à domicile (mis à disposition de l'utilisateur de matériel de transmission relié à une centrale de réception des appels et interventions adaptées au besoin).

10

Quelles sont les compétences des CCAS ?

Les compétences obligatoires des CCAS sont définies à l'article L.123-5 du CASF. Il leur revient d'animer l'action générale de prévention et de développement social dans la commune pour les personnes âgées, en lien étroit avec les institutions publiques et privées, sous la forme de prestations remboursables ou non remboursables. Pour ce faire, les CCAS procèdent annuellement à une analyse des besoins sociaux de l'ensemble de la population de leur territoire et notamment ceux des âgés. L'analyse est ensuite présentée au conseil d'administration (CASF, art. R.123-1). Les CCAS doivent également participer à l'instruction des demandes d'aide sociale dans les conditions fixées par voie réglementaire.

Relèvent de leurs compétences facultatives, la création et la gestion des services non personnalisés par les ESSMS et notamment des Ehpad (voir question 14); l'exercice des compétences confiées par le département à la commune (voir question 5). Le CCAS ne bénéficie d'aucune exclusivité pour gérer les actions facultatives de la commune (Conseil d'Etat, 29 juin 2001, commune de Mons-en-Barœul, n° 193716).

11

Quelles sont les compétences des CIAS ?

Les **CIAS** **VOIR LEXIQUE** sont compétents en matière d'action sociale d'intérêt communautaire ou au titre de leurs compétences supplémentaires. Ils peuvent être créés par un EPCI à fiscalité propre (CASF, art. L.123-4-1). Les CIAS sont assujettis au principe de spécialité fonctionnelle des établissements publics. Les compétences liées à l'action sociale d'intérêt communautaire de l'EPCI et des CCAS des communes membres sont alors transférées de plein droit au CIAS. Des compétences des CCAS qui ne relèvent pas de l'intérêt communautaire peuvent lui être transférées par délibérations concordantes de l'organe délibérant de l'EPCI et des conseils municipaux à la majorité qualifiée. Le transfert au CIAS de l'ensemble des compétences exercées par un CCAS d'une commune membre entraîne la dissolution du CCAS. Le transfert de la compétence s'accompagne du transfert de tout ou partie du service et des biens. Un CIAS peut être dissout par l'organe délibérant de l'EPCI. Dans ce cas, les compétences relevant de l'intérêt communautaire sont directement exercées par l'EPCI, les autres sont restituées aux communes ou CCAS (CASF, art. L.123-4-1).

12

Que sont les centres locaux d'information et de coordination gérontologique ?

Les centres locaux d'information et de coordination gérontologique (Clic) sont des guichets de proximité dédiés à l'accueil, à l'information, au conseil et à la coordination des services pour les personnes âgées, leurs familles et les professionnels du secteur gérontologique. Ils ont pour missions principales d'accueillir, écouter et informer gratuitement toute personne âgée, ses proches ou un professionnel en difficulté face à une perte d'autonomie ou des questions sur le vieillissement, conseiller et orienter vers les dispositifs de maintien à domicile, d'obtenir des aides, d'adapter le logement ou d'accéder à un établissement adapté (résidence autonomie, maison de retraite...), offrir un accompagnement personnalisé à travers un bilan de situation, et une coordination des réponses possibles (aides financières, logistiques, sociales ou sanitaires) et coordonner les acteurs locaux (services sociaux, établissements, associations, professionnels médicaux et paramédicaux) pour fluidifier et optimiser le parcours des personnes âgées sur le territoire.

13

Quels sont les établissements et services pour personnes âgées ?

Il s'agit des établissements et des services qui accueillent des personnes âgées ou leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale (CASF, art. 312-1, I, 6°). Citons les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), à savoir les résidences autonomie (accueillant des âgés majoritairement autonomes au sein de logements auxquels sont associés des services collectifs), les résidences services (ensembles d'habitations constitués de logements autonomes permettant aux occupants de bénéficier de services spécifiques non individualisables et qui interviennent au titre des services à la personne), les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad, structures médicalisées accueillant des personnes âgées de 60 ans et plus) ou, encore, les structures d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire.

S'y ajoutent les structures sanitaires spécialisées (établissements de santé) comme les unités de soins de longue durée, qui accueillent les personnes âgées les plus dépendantes. Ces structures relèvent avant tout du code de la santé publique.

14

Quels services effectuent des prestations à domicile ?

Le maintien à domicile repose sur un ensemble répondant à deux types de besoins : l'aide à la vie quotidienne et les soins assurés historiquement par des **Saad** **VOIR LEXIQUE** et des **Ssiad** **VOIR LEXIQUE**, qui relèvent de la catégorie des ESSMS.

Les Saad assuraient un accompagnement dans les actes essentiels (toilette, habillage, alimentation) et activités domestiques ou sociales alors que les Ssiad dispensaient, eux, exclusivement des soins infirmiers et d'hygiène générale, aux plus de 60 ans âgés dépendants. Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) combinent ces deux missions depuis la loi «ASV».

Le rôle de ces services a été renforcé par la réforme des services autonomie à domicile (SAD), introduite par la LFSS pour 2022 et précisée par décret du 13 juillet 2023, transformant les Ssiad en services intégrés d'aide et de soins (SAD mixtes). Des dispositifs complémentaires (téléassistance, portage de repas...) contribuent à soutenir le maintien à domicile des seniors. L'hospitalisation à domicile (HAD) est aussi une modalité d'exercice des missions des établissements de santé.

15

Quels impacts la réforme des services à domicile a-t-elle pour les CCAS ?

Depuis la réforme initiée par la loi du 23 décembre 2021 (art. 44), les services autonomie à domicile (SAD) sont encadrés par un nouveau cahier des charges avec de nouvelles règles de fonctionnement et d'organisation. Les gestionnaires d'anciens services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ont l'obligation de déposer une demande d'autorisation de création d'un SAD mixte (autrement dit, un service qui propose de l'aide et des soins) d'ici le 31 décembre 2025 auprès de l'ARS et du conseil départemental.

Pour les CCAS qui gèrent un service de soins et un service dispensant de l'aide, la solution est « simple » : fusionner leurs deux services. Mais les CCAS qui géraient seulement un Ssiad doivent soit développer une activité d'aide, soit se rapprocher d'une autre entité juridique qui dispense de l'aide. Ce rapprochement peut avoir lieu, de manière transitoire et pour un délai maximum de 5 ans, dans le cadre d'une convention ou d'un groupement de coopération sociale ou médico-sociale. Toutefois, à l'issue de ce délai, le SAD mixte devra être porté par une entité juridique unique.

16

Qu'est-ce que l'habitat inclusif ?

Alternative au maintien à domicile strict et à l'hébergement en établissement, l'habitat inclusif propose une solution adaptée aux personnes âgées. Il s'agit d'un mode d'habitation regroupé, choisi comme résidence principale, assorti d'un projet de vie sociale et partagée (CASE, art. L.281-1). Ce modèle vise à concilier autonomie, inclusion et sécurisation, et à rompre l'isolement que peut générer le domicile classique.

Initialement développé par des acteurs associatifs, des collectivités, CCAS ou des bailleurs sociaux, l'habitat inclusif a été juridiquement consacré par la loi « Elan » de 2018, qui en a défini les principes. Il peut prendre la forme d'un logement partagé (colocation) ou d'un regroupement de logements autonomes avec des espaces communs.

Le dispositif a connu plusieurs ajustements législatifs et réglementaires successifs allant vers la suppression progressive du forfait habitat inclusif (FHI) au profit de l'aide à la vie partagée (AVP), contractualisée entre le département et la structure porteuse. La récente loi « bien vieillir » du 8 avril 2024 a poursuivi cette évolution, consolidant un modèle appelé à devenir un pilier des politiques de soutien à l'autonomie.

17

En quoi consiste l'expérimentation visant à développer l'accueil de nuit dans les Ehpad ?

Instaurée par la loi « bien vieillir » et le décret d'application n° 2025-224 du 10 mars 2025, une expérimentation prévoit la mise en place d'un quota minimal de chambres réservées à l'accueil exclusif de nuit dans les Ehpad et les résidences autonomie. Cette expérimentation vise à renforcer les solutions temporaires d'hébergement pour répondre aux besoins ponctuels des personnes âgées et soulager les aidants en leur permettant un répit.

Elle s'applique dans six régions (Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Corse, Normandie, Occitanie et Pays de la Loire) du 13 mars 2025 au 1^{er} juin 2026. Les établissements disposent de places d'accueil temporaire autorisées ou peuvent solliciter la transformation de places existantes en accueil de nuit.

Une convention, signée entre l'ARS, le conseil départemental et chaque établissement participant, définit le quota minimal, l'organisation, les prestations, les effectifs et les financements.

18

Quelles entités peuvent gérer les ESSMS ?

La gestion des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESSMS) peut être assurée par des structures tant publiques que privées. S'agissant des personnes morales de droit public (collectivités, CCAS, etc.), leur capacité à gérer de tels établissements dépend des compétences de chacune.

S'agissant des personnes morales de droit privé, il peut s'agir d'organismes à but non lucratif (associations, fondations), qui gèrent la grande majorité des ESSMS, ou de sociétés commerciales lucratives, que l'on retrouve surtout pour les Ehpad et les SAD. Ces organismes gestionnaires peuvent également se regrouper sous forme de groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), qui pourra lui-même gérer un ESSMS soit pour ses membres, soit en son nom propre.

En revanche, un fonds de dotation n'a pas la capacité à gérer un ESSMS (art. 140 de la loi « LME » n°2008-776 du 4 août 2008). Qu'elle soit de nature publique ou privée, toute structure gestionnaire doit disposer d'une autorisation délivrée par l'autorité compétente – département pour le secteur social, ARS pour le secteur médico-social (art. L.313-1 et s. du CASF).

19

Le choix du mode de gestion d'un établissement public à caractère social pour personnes âgées est-il libre ?

Le principe est celui du libre choix de gestion des établissements publics à caractère social. Les interventions à but social et médico-social des personnes morales de droit public sont en effet assurées soit par des établissements et services non personnalisés, soit par des établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux. Par exception, certains types d'ESSMS doivent être érigés en établissements publics dotés de la personnalité morale, notamment ceux accueillant des personnes âgées ou qui leur apportent une assistance à domicile. Par exception à l'exception, ces ESSMS ne doivent pas être dotés de la personnalité morale lorsqu'ils sont gérés par certaines personnes morales. En effet, l'obligation d'ériger un établissement médico-social en établissement public disparaît lorsque ces structures sont créées et gérées soit par des CCAS ou CIAS, soit par des établissements publics de santé qui ont eux-mêmes le statut d'établissement public (CASF, art. L.315-1 et L.313-7).

20

Comment une personne publique peut-elle créer un ESSMS à destination des personnes âgées ?

Ces établissements sont créés par délibération du conseil de la collectivité de rattachement, laquelle fixe notamment l'objet et les missions de l'établissement ainsi que son organisation et ses règles de fonctionnement (CASF, art. R.315-1).

Cette création est toutefois conditionnée à l'obtention préalable de l'autorisation de fonctionnement, prévue à l'article L.313-1-1 du CASF, accordée par le président du département et/ou l'ARS en fonction de la catégorie d'établissement ou service concerné.

Après sa création, si la personne publique souhaite transformer ou étendre la capacité d'accueil de l'établissement ou du service, elle doit également recueillir l'autorisation du président du conseil départemental et/ou de l'ARS.

21

Une collectivité peut-elle passer une délégation de service public ou un marché public pour la gestion d'un Ehpad ?

Le Conseil d'Etat n'ayant encore jamais statué sur cette question, celle-ci n'a pas été définitivement tranchée. S'il ne semble pas faire de doute que l'activité d'un Ehpad doit, au vu de la définition d'un service public, pourvoir faire l'objet d'une délégation de service public ou d'un marché public (CAA Lyon, 9 janvier 2020, req. n° 18LY00267 dans lequel les juges ont estimé qu'un Ehpad public avait en charge une mission de service public), ce n'est pas la position qu'a retenue dernièrement le tribunal administratif de Poitiers qui a, pour sa part, estimé, concernant une délégation de service public entre une commune et une société pour la gestion d'un Ehpad, que cette dernière était sans cause dès lors que « la gestion et l'exploitation de l'Ehpad [est une] activité qui ne présente pas le caractère d'un service public et qu'elle [la commune] ne l'a jamais prise en charge directement » (TA Poitiers, 6 déc. 2017, n° 1700293).

22

Une collectivité qui gère un ESSMS peut-elle décider d'arrêter de le faire ?

Une collectivité ou un établissement public qui a créé un ESSMS peut décider de sa suppression par délibération, soit à l'initiative de la collectivité ou de l'établissement public, soit sur demande motivée des deux tiers des membres de son conseil d'administration. Lorsque plusieurs collectivités ou un CCAS (ou CIAS) ont participé à la création, les délibérations des conseils de ces collectivités ou établissements publics doivent être rédigées en des termes identiques. La délibération qui acte de cette suppression doit prévoir le transfert des biens affectés au fonctionnement de l'établissement ou du service ainsi que des droits, dont l'autorisation de fonctionnement de l'établissement ou du service, et les obligations notamment à un établissement de même nature, c'est-à-dire poursuivant des objectifs analogues ou complémentaires en faveur d'une même catégorie de bénéficiaires, indépendamment de son statut public ou privé ou à un établissement de santé. A défaut, le transfert est réalisé par le préfet du département dans lequel est implanté l'établissement (CASF, art. R.315-4).

23

Comment s'opère un transfert de gestion ?

Le transfert de la gestion d'un établissement ou un service intervenant auprès des personnes âgées implique la cession de l'autorisation que détenait jusqu'ici la personne publique à une autre personne publique ou à une personne privée associative ou commerciale. Le cessionnaire de l'autorisation assurera son exploitation pour la durée de validité restant à courir. Cependant, une cession d'autorisation ne peut avoir lieu qu'avec l'accord des autorités compétentes pour la délivrer. A cette fin, le cessionnaire de l'autorisation doit déposer un dossier de demande qui comprend plusieurs éléments visant à permettre aux autorités de s'assurer que la personne présente remplit les conditions pour gérer l'établissement dans le respect de l'autorisation préexistante (CASF, art. L.313-1).

24

Les modalités du choix du repreneur de l'activité sont-elles encadrées ?

Non, le CASF n'encadre pas les modalités du choix du repreneur par la collectivité et ce, même si le gestionnaire qui veut se séparer de son activité est une personne publique. La convention qui vient définir les actifs transmis avec l'autorisation n'est ni un marché public, ni une concession, et n'entre pas dans le champ d'application du code de la commande publique. Cela signifie que le choix du cocontractant n'est pas soumis aux règles de publicité et de mise en concurrence. Le recours à un appel à manifestation d'intérêt est possible mais non obligatoire.

25

Une personne publique peut-elle transférer un Ehpad à une autre ?

Une personne morale de droit public gestionnaire d'un ESSMS public accueillant des personnes âgées (par exemple, un CCAS gestionnaire d'un Ehpad) peut librement décider d'en transférer la gestion à une autre personne publique. Toutefois, cette opération n'est possible que si la personne morale bénéficiaire (collectivité, CCAS, CIAS, ou établissement public autonome) dispose bien de la capacité à gérer l'activité concernée.

Concernant les établissements publics, cette capacité est appelée « principe de spécialité », soit le fait pour un établissement public de ne pas pouvoir se livrer à des activités excédant le cadre de ses missions réglementaires (CE, 3 décembre 1993, n° 139021). Il concerne l'ensemble des personnes morales de droit public ayant une compétence limitée (CE, 29 avril 1970, n° 77935). Les établissements publics ne peuvent intervenir que dans le champ de leurs compétences et à l'intérieur de leur périmètre territorial.

La question se pose dans des termes similaires s'agissant des collectivités qui ne peuvent agir que dans le cadre limité de leurs compétences définies dans le CGCT.

26

Une personne publique peut-elle se voir transférer l'activité d'un Ehpad privé ?

Oui, sous réserve de l'accord préalable de l'autorité compétente, notamment l'ARS (art. L. 313-1 CASF). En effet, la cession d'autorisation est possible entre un organisme privé et une personne publique (ou inversement) et peut s'accompagner ou non du transfert des moyens humains et matériels associés. Dans le cas d'un transfert d'une personne privée vers une personne publique, le transfert de l'ensemble des moyens associés à l'activité pourrait entraîner l'application des articles L.1224-1 et suivants. Lorsque l'activité d'une entité économique employant des salariés de droit privé est, par transfert, reprise par une personne publique dans le cadre d'un service public administratif, il appartient à cette personne publique de proposer à ces salariés un contrat de droit public, à durée déterminée ou indéterminée selon la nature du contrat dont ils sont titulaires. Le contrat qu'elle propose reprend en principe les clauses substantielles du contrat dont les salariés sont titulaires, en particulier celles qui concernent la rémunération.

27

Un syndicat intercommunal à vocation multiple peut-il gérer un Ehpad ?

Non. Dans la mesure où un syndicat intercommunal à vocation multiple (Sivom) n'est pas visé à l'article L.315-7 du CASF au titre des personnes morales qui peuvent gérer un Ehpad, il ne doit pas pouvoir assurer la gestion d'un tel établissement. Un Ehpad qui n'est pas géré par un CCAS, un CIAS ou un établissement public de santé doit être érigé en établissement public autonome. Cela vaut également pour les syndicats intercommunaux à vocation unique (Sivu).

Les Sivom ou Sivu qui gèrent des Ehpads doivent ainsi régulariser cette situation : outre l'insécurité juridique qu'elle génère en matière, par exemple, du régime de TVA applicable ou de règles comptables, elle présente des inconvénients. En matière de gouvernance par exemple, la composition d'un conseil syndical ne correspond pas à celle d'un conseil d'administration d'ESSMS public.

28

Quels sont les modes de coopération possibles entre ESSMS publics ?

Ils sont variés et répondent à divers objectifs de mutualisation de moyens, de ressources ou d'amélioration des parcours des usagers. La convention de coopération, outil le plus souple, repose sur l'accord volontaire des parties et permet la mise à disposition de personnel, la mutualisation de moyens ou l'organisation de prestations spécifiques. Le **GCSMS** [VOIR LEXIQUE](#) est un autre mode de coopération intéressant pour les ESSMS publics pour gérer en commun des activités, mutualiser des services (RH, comptabilité, informatique, etc.), organiser des interventions transversales, ou gérer des équipements. Le GCSMS dispose de la personnalité morale et offre une structure plus pérenne qu'une simple convention de coopération.

Les ESSMS ont également la possibilité de créer un groupement d'intérêt public (GIP) (CASF, art. L.312-7) ou de participer à des groupements de coopération sanitaire (GCS) ou des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ces structures renforcent la coopération entre établissements pour partager un projet médical ou médico-social, mutualiser les compétences techniques et faciliter l'accès aux soins.

29

Un ESSMS public peut-il envisager une coopération avec des ESSMS privés ?

Oui. Pour cela, les outils à privilégier sont la convention de coopération, qui offre un cadre très souple, et le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), considéré comme l'outil idéal pour instaurer une coopération entre ESSMS publics et privés.

En effet, le GCSMS permet d'associer aussi bien des structures publiques que privées (lucratives ou non lucratives) dans une même entité et mettre en œuvre une mutualisation de moyens tout en permettant aux membres de conserver la titularité de leurs autorisations et la propriété de leurs moyens. Le GCSMS peut ainsi fonctionner comme simple appui technique ou aller jusqu'à la gestion intégrée de services, selon les besoins des membres. Il peut aussi évoluer vers la fusion ou le transfert complet des autorisations et moyens associés.

30

Qu'est-ce qu'un GTSMS et quel est son objectif ?

Le **GTSMS** [VOIR LEXIQUE](#) a été instauré par la loi « bien vieillir » du 8 avril 2024 (art. L.312-7-2 du CASF). Il s'agit d'une nouvelle forme de coopération destinée à structurer et organiser les relations entre ESSMS publics pour personnes âgées au sein d'un territoire donné.

L'objectif principal est de lutter contre l'atomisation de l'offre publique de ce secteur en favorisant la coordination des acteurs afin d'améliorer la continuité et la fluidité des parcours des personnes accompagnées. Le GTSMS doit permettre de mutualiser des moyens humains, techniques ou logistiques, d'harmoniser les pratiques et de soutenir l'innovation dans l'accompagnement. Il s'inscrit dans la dynamique de territorialisation des politiques sociales, en complément d'outils comme les pôles ou points autonomie territoriaux (PAT) et la réforme des services autonomie à domicile (SAD). Ce modèle constitue une réponse aux enjeux de démographie vieillissante et de pénurie de professionnels en favorisant la coopération entre structures plutôt qu'une logique de concurrence.

31

Qui est concerné par l'obligation pour le secteur public des personnes âgées d'adhérer à un GTSMS ?

Depuis la loi « bien vieillir », l'adhésion à un GTSMS est obligatoire pour les ESSMS publics autonomes relevant de ce champ. Cela concerne les Ehpad, unités de soins de longue durée, SAD et structures financées par l'assurance maladie qui assurent des missions d'accompagnement des âgés. Cette obligation est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2025, avec une période transitoire de trois ans. Certains ESSMS publics échappent toutefois à cette obligation. Il s'agit de ceux ayant adhéré à un groupement hospitalier de territoire (régé par le code de la santé publique) ; de ceux gérés par un CCAS ou un CIAS ou une collectivité (CASF, art. L.312-7-2 I) – qui peuvent toujours y adhérer volontairement –, et enfin des ESSMS des territoires et collectivités d'outre-mer (art. 6 III de la loi « bien vieillir »). Enfin, les établissements issus de la fusion de plusieurs établissements publics ou qui « présentent une spécificité dans l'offre départementale d'accompagnement » (CASF, art. L.312-7-2) peuvent déroger à cette obligation, après accord de l'ARS.

32

Quelles sont les caractéristiques d'un GTSMS ?

Le GTSMS constitue une personne morale autonome, dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Créé sous forme GCSMS (CASF, art. L.312-7), il est constitué exclusivement de membres de droit public. Un territoire d'implantation est choisi par le groupement afin de lui permettre d'assurer une « réponse de proximité aux besoins des personnes âgées et de mettre en œuvre un parcours coordonné des personnes âgées accompagnées » (CASF, art. L.312-7-2, II). Le GTSMS vise à copiloter une stratégie commune pour l'accompagnement des personnes âgées et à rationaliser la gestion via la mutualisation de fonctions. Les membres doivent élaborer un projet partagé garantissant une offre coordonnée, incluant l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes. Il doit assurer au moins une fonction obligatoire parmi celles listées à l'article L.312-7-4 du CASF (convergence des SI, formation, qualité, RH, achats, gestion financière, services techniques). Il peut aussi mutualiser certains marchés publics et exercer des missions de GCSMS, y compris l'exploitation d'autorisations médico-sociales (CASF, art. L.312-7-4).

33

Comment crée-t-on un GTSMS ?

Le GTSMS étant constitué sous forme de GCSMS, sa création suit les mêmes modalités que celles d'un GCSMS. Une convention constitutive est signée par l'ensemble des membres fondateurs. Celle-ci fixe notamment les objectifs poursuivis, la liste des structures adhérentes, les règles de gouvernance, les modalités de fonctionnement et la répartition des contributions des membres aux charges. Elle doit être transmise à l'autorité compétente, en l'occurrence le directeur général de l'ARS lorsque le groupement inclut des établissements financés par l'assurance maladie (CASF, art. R.312-194 et s.). Le groupement acquiert la personnalité morale à compter de la date de réception de la convention constitutive par ladite autorité. A noter que le directeur du GTSMS est obligatoirement dirigé par un directeur d'établissement sanitaire, social ou médico-social et est nommé par le directeur général de l'ARS, après avis du président du conseil départemental et sur proposition de l'assemblée générale du groupement. Sa création nécessite une démarche concertée et la définition d'un projet commun, souvent précédée d'un diagnostic territorial partagé.

34

Dans quels cas un établissement ou service médico-social peut-il être fermé administrativement ?

Les ESSMS pour personnes âgées peuvent faire l'objet d'une décision de fermeture, prise par l'autorité compétente pour autoriser l'établissement ou le service en question (le président du département et/ou le directeur général de l'ARS). Cette décision est prise lorsque la santé, la sécurité ou le bien-être des personnes accueillies ou accompagnées sont menacés. Cette décision doit être précédée d'injonctions de remédier aux dysfonctionnements constatés. Le représentant de l'Etat dans le département peut aussi décider de la fermeture en cas de carence de la part des autorités compétentes après mise en demeure sans résultat (ou en cas d'urgence, sans mise en demeure préalable) (CASF, art. L.313-16). Une décision de fermeture donne lieu à l'abrogation de l'autorisation détenue par le gestionnaire. Par exception, l'autorisation peut être transférée à une personne publique ou privée pour poursuivre l'activité considérée. Cette dernière option est souvent mise en œuvre afin d'assurer la continuité du service (CASF, art. L.313-18).

35

Le maire peut-il décider de fermer un établissement ou un service accompagnant des personnes âgées ?

Oui. Lorsque les personnes prises en charge sont en danger, le maire d'une commune peut, au titre de ses prérogatives d'ordre public, décider de fermer l'établissement ou le service concerné (CE, 4 mars 1991, n° 75632).

Ce pouvoir aux mains du maire doit toutefois s'articuler avec la compétence des autorités qui ont délivré l'autorisation, compétentes pour décider de la fermeture d'un établissement ou service social ou médico-social (voir question précédente).

36

Comment est fixée la tarification d'un Ehpad ?

On parle de tarification ternaire car le financement des Ehpad repose sur trois sources de financement : 1) un forfait « soins », intégralement pris en charge par la branche « autonomie » de la sécurité sociale, sert à financer le personnel soignant et les équipements médicaux, 2) un forfait « dépendance », financé majoritairement par les départements et en partie par les résidents, sert aux prestations d'aide et de surveillance des âgés en perte d'autonomie, 3) les tarifs « hébergement », à la charge du résident (des aides sont possibles selon les situations, art. R.314-158 du CASF), financent l'hôtellerie, la restauration, l'animation, etc. Le premier forfait est fixé par le directeur général de l'ARS, les deux autres sources de financement par le président du département pour les établissements habilités totalement ou partiellement à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

La tarification ternaire est également le dispositif prévu pour les petites unités de vie (PUV) même si ces dernières peuvent bénéficier d'une tarification dérogatoire (CASF, art. D.313-16).

37

Quelle expérimentation, récemment adoptée, vise à simplifier ce mode de financement ?

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a prévu une expérimentation visant la fusion des forfaits « soins » et « dépendance » des Ehpad, des petites unités de vie (PUV) (hors établissements ayant une tarification dérogatoire) et des unités de soins de longue durée (USLD). Ainsi, dans certains départements, un forfait global unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie a été mis en place. Cette expérimentation, dont les contours ont été précisés par un décret est conduite sur une période de 18 mois du 1^{er} juillet 2025 au 31 décembre 2027 dans 23 départements volontaires.

38

De quelles aides peut bénéficier une personne âgée ?

Plusieurs prestations sociales à destination des personnes âgées existent.

- Des aides à domicile peuvent être accordées soit en espèces (sous forme d'allocations), soit en nature (aide ménagère ou repas).
- L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les plus de 60 ans en perte d'autonomie. Elle peut être accordée à une personne âgée hébergée en établissement, afin de l'aider à payer une partie du tarif dépendance facturé aux résidents, ou à domicile en fonction de son plan d'aide.
- L'aide sociale à l'hébergement (ASH) permet d'aider une personne âgée à supporter le coût de son hébergement lorsqu'elle n'a pas les ressources suffisantes.

39

Quelle différence entre les établissements pour personnes âgées habilités à l'aide sociale et les autres ?

Seuls les établissements habilités peuvent accueillir des bénéficiaires de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) versée par les départements aux personnes âgées dont les revenus sont inférieurs aux frais d'hébergement qu'ils facturent. Cette habilitation à l'ASH est dans la plupart des cas liée au statut juridique du gestionnaire de l'établissement. En effet, la part d'Ehpad habilités, totalement ou partiellement, à recevoir des bénéficiaires de l'ASH est nettement plus importante dans les Ehpad publics et privés associatifs que dans les Ehpad privés à but lucratif. Principale conséquence, les tarifs « hébergement » des établissements habilités sont fixés par le président du département. Pour les établissements non habilités, le tarif est fixé librement. Cette liberté est néanmoins encadrée, notamment avec un socle de prestations à apporter et la possibilité de prévoir un prix pour les autres prestations d'hébergement dans la limite d'un pourcentage fixé annuellement par arrêté interministériel, etc. (CASF, art. L.342-3).

40

Peut-on prévoir un tarif différencié entre les résidents d'un Ehpad ?

Les gestionnaires d'Ehpad habilités à l'aide sociale peuvent, depuis la loi « bien vieillir » du 8 avril 2024, pratiquer des tarifs d'hébergement différenciés, pour répondre notamment à la situation financière difficile des Ehpad publics.

Cependant, cette liberté n'est pas totale. Le décret n° 2024-1270 du 31 décembre 2024 a fixé à 35% l'écart maximal entre le tarif différencié et le tarif d'aide sociale. Chaque département peut fixer cet écart à un taux moins élevé dans son règlement départemental d'aide sociale afin de maintenir une offre d'hébergement accessible. Pour limiter le risque d'éviction de nouveaux résidents bénéficiaires de l'aide sociale, le décret fixe aussi à 25% la diminution maximale autorisée du nombre de bénéficiaire de l'aide sociale par rapport à la moyenne des trois derniers exercices. Au-delà de ce seuil, l'Ehpad aura l'obligation de signer une convention d'aide sociale avec le département pour conserver la possibilité d'appliquer un tarif « libre » aux non-bénéficiaires de l'ASH (CASF, art. L.342-3-1). L'application de cette nouvelle possibilité ne concerne que les nouveaux contrats, conclus à partir du 1^{er} janvier 2025.

41

Le département peut-il s'opposer à la mise en place de tarifs différenciés au sein d'un Ehpad ?

La possibilité de mettre en place des tarifs différenciés est de droit et ne doit faire l'objet que d'une information du conseil départemental. Ainsi, celui-ci ne peut pas s'opposer à la mise en place de tarifs différenciés par un Ehpad totalement ou majoritairement habilité à l'aide sociale, tant que cette différenciation se fait dans les conditions prévues par la réglementation. A ce sujet, voir la foire aux questions sur les « tarifs relatifs à l'hébergement des établissements d'hébergement pour personnes âgées totalement ou majoritairement habilités au titre de l'aide sociale », 6 juin 2025, sur solidarites.gouv.fr.

42

Qu'est-ce qu'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ?

Créé par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est un contrat établi entre une structure et les autorités de tarification. Il définit les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre sur cinq ans. Ce mode de tarification doit permettre une gestion plus stratégique et anticipée de l'offre. Il assure notamment une visibilité financière aux gestionnaires des structures par rapport à la tarification réglementaire annuelle.

La conclusion d'un CPOM est obligatoire dans le secteur des âgés. Ainsi, les Ehpad, les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les petites unités de vie et les services autonomie à domicile mixtes ont l'obligation de conclure un CPOM avec leurs autorités de tarification. En cas de refus d'un gestionnaire de signer le CPOM ou de le renouveler, ce dernier s'expose au risque que le forfait global « soins » soit minoré (CASF, art. D.314-167-1). Cette obligation de signer un CPOM doit être mise en œuvre d'ici fin 2026 selon la dernière instruction ministérielle sur le sujet.

43

Le CPOM est-il un véritable contrat ?

L'administration qualifie les CPOM de contrat public comprenant des clauses exorbitantes du droit commun (circulaire n° DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2013). Leur intitulé et les négociations qui accompagnent de plus en plus leur établissement et précèdent leur signature laissent par ailleurs entendre qu'il s'agit d'un contrat tenant lieu de loi au sens du code civil (art. 1103).

Pour autant, dans les faits, la question de savoir s'il s'agit de véritables contrats engageant les deux parties se pose car, parmi les rares décisions jurisprudentielles rendues sur l'application des CPOM, il a été retenu que l'inexécution des clauses contractuelles d'un CPOM n'engageait pas la responsabilité contractuelle de l'autorité de tarification et que celle-ci ne pouvait être recherchée dans le cadre d'un contentieux indemnitaire lié à l'inexécution d'un CPOM (tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Lyon, 12 mars 2012, n° 11-73-6).

44

Quid en cas de litiges sur les montants accordés pour le fonctionnement d'un établissement ou service ?

Jusqu'au 31 décembre 2024, les juridictions de la tarification sanitaire et sociale, composées de magistrats non-professionnels exerçant dans le secteur sanitaire, social et médico-social, étaient compétentes pour les litiges portant notamment sur la détermination des tarifs entre gestionnaires et administration (CASE, ancien art. L.314-9). Depuis le 1^{er} janvier 2025, ces juridictions n'existent plus et le contentieux a été transféré aux juridictions administratives de droit commun que sont les tribunaux administratifs (TA) ou les cours administratives d'appel (CAA) (CASE, art. L.351-1 à L.351-8). Cette évolution s'explique notamment par le développement de l'outil de « contractualisation » entre les autorités de tarification et les structures gestionnaires qu'est le CPOM. En effet, cette contractualisation diminue la capacité des structures signataires à former des recours contre les tarifs octroyés dès lors que les modalités de fixation des tarifs ont été négociées sur une base consensuelle et respectées par l'autorité de tarification.

45

Quid en cas de difficultés financières rencontrées par un établissement ou un service pour personnes âgées ?

Lorsque la situation financière fait apparaître un déséquilibre financier significatif et prolongé ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion financière d'un établissement ou d'un service pour personne âgée, l'autorité de tarification peut adresser à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement, dans un délai qu'elle fixe. Ce délai doit être raisonnable et adapté à l'objectif recherché. Les juges apprécient au cas au cas le caractère raisonnable de ce délai. S'il n'est pas satisfait à l'injonction, l'autorité de tarification peut désigner un administrateur provisoire de la structure, pour une durée qui ne peut être supérieure à six mois, renouvelable une fois. Sa mission sera de remédier aux difficultés rencontrées par le gestionnaire. Il disposera pour cela de nombreux pouvoirs afin de préparer la mise en œuvre d'un plan de redressement (CASE, art. L.313-14-1).

46

Comment sont financées les opérations d'investissement immobilier des Ehpad ?

Les établissements accueillant des personnes âgées qui ont conclu un CPOM peuvent bénéficier d'une aide à l'investissement immobilier pour les places habilitées à l'aide sociale. Cette aide peut porter sur la création de places, la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des unités de soins de longue durée et des établissements et services pour personnes âgées handicapées financés par la sécurité sociale. Elle est financée à partir des excédents ou des réserves du budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et est versée par les ARS chargées de la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement (PAI). Depuis la loi « 3DS » du 21 février 2022, le bénéfice du PAI a été élargi à l'habitat inclusif des personnes âgées. La loi a également conditionné les dépenses d'aides à l'investissement immobilier à l'adaptation des bâtiments à la transition démographique (CASE, art. L.14-10-5).

47

Les intérêts d'emprunts contractés pour financer de tels investissements peuvent-ils être pris en charge ?

Afin d'encourager certains Ehpad à réaliser des investissements immobiliers sans que ceux-ci n'alourdissent le tarif d'hébergement à la charge des résidents, les frais financiers liés à ces investissements peuvent être pris en charge par l'assurance maladie. Cependant, cette possibilité est encadrée.

Premièrement, elle ne concerne que les établissements qui ont signé un CPOM, qui ne sont pas habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et qui ne sont pas conventionnés à l'aide personnalisée au logement (APL). Les autres Ehpad peuvent en bénéficier sous certaines conditions (CASF, art. D.314-206). Deuxièmement, la prise en charge de ces frais est accordée sous réserve de l'accord de l'autorité de tarification compétente pour la section tarifaire afférente aux soins.

Troisièmement, les frais sont couverts sous réserve que plusieurs conditions soient remplies tenant notamment au taux d'endettement et aux liquidités de l'établissement (CASF, art. D.314-205).

48

Les prestations hôtelières des Ehpad publics sont-elles assujetties à la TVA ?

Non. Deux conditions doivent être cumulativement réunies pour qu'une personne publique ne soit pas assujettie à la TVA alors même qu'elle exerce une activité de nature économique. D'une part, elle doit agir en tant qu'autorité publique et, d'autre part, le non-assujettissement à la TVA ne doit pas conduire à des distorsions de concurrence d'une certaine importance (pour exemple : CE, 28 mai 2021, commune de Castelnaudary, req. n° 442378).

S'agissant des Ehpad publics, le Conseil d'Etat a relevé que l'ensemble de leurs prestations hôtelières relève de la catégorie des opérations réalisées par un organisme agissant en tant qu'autorité publique. Par ailleurs, il a considéré que l'absence d'assujettissement des Ehpad publics à la TVA n'était pas de nature à engendrer des distorsions de concurrence.

Ainsi, et dans la lignée des décisions prises en ce qui concerne les services publics de restauration scolaire ou de centres aquatiques exonérés de TVA, un Ehpad public offrant des prestations hôtelières n'est pas assujetti à la TVA (CE, 7 avril 2022, n° 463222).

49

Les Ehpad publics sont-ils exonérés de la taxe foncière sur les propriétés bâties ?

L'article 1382 du code général des impôts (CGI) prévoit que les établissements publics peuvent bénéficier de l'exonération de la taxe foncière sur les propriétés bâties à raison des immeubles dont ils sont propriétaires sous réserve, d'une part, que ces établissements relèvent de la liste mentionnée au douzième alinéa du 1° de l'article 1382 du code général des impôts précité, tels les établissements publics d'assistance, et, d'autre part, que les immeubles soient affectés à leur fonctionnement et ne produisent pas de revenus, même symboliques. Le Conseil d'Etat a pu préciser que les Ehpad étaient des établissements publics d'assistance au sens des dispositions du douzième alinéa du 1° de l'article 1382 du CGI leur permettant d'être exonérés de la taxe foncière sur les propriétés bâties (CE, 9^e et 10^e chambres réunies, 24 avril 2019, n° 410859).

50

Qu'est-ce qu'est le fonds d'appui pour les territoires innovants seniors ?

Afin d'encourager les territoires à intégrer l'enjeu du vieillissement démographique dans leurs politiques publiques, le gouvernement a lancé, en partenariat avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), un fonds d'appui en 2021. Ce fonds, reconduit pour la période 2025-2026 avec une enveloppe de 6 millions d'euros, vise à accompagner les collectivités dans l'amélioration des conditions de vie des seniors.

L'appel à projets, ouvert aux collectivités françaises adhérentes au Réseau francophone des villes amies des aînés, labellisées ou candidates au label éponyme, prévoit deux axes d'intervention : l'accès à de l'ingénierie pour développer une politique de l'âge en bénéficiant de ressources humaines et de compétences externes ; et le soutien financier à la création de projets territoriaux, l'objectif étant de soutenir l'émergence d'actions concrètes. Les collectivités ont encore jusqu'au 12 décembre 2025 pour déposer leur dossier.

