AUTONOMIE

Revue de gestion des **ESSMS**

JANVIER FÉVRIER MARS 2026 N°6

ÉDITORIAL

La mise en place des GTSMS : favoriser une dynamique de coopération

Certes, la coopération est-elle une antienne à laquelle chacun croit plus ou moins. Pour beaucoup, cela dépend des expériences vécues. Dans les défauts les plus fréquents, qui n'a pas enduré la difficulté des négociations entre acteurs, notamment lorsqu'ils sont de tailles différentes, le sentiment d'être contraint d'adhérer à une convention, le constat d'être privé de certaines compétences puis, en aval, disons, la pratique de la fameuse « *usine à gaz* ».

Dans les avantages, chacun aura pu rencontrer, à l'inverse, un partage d'expériences, voire la création d'une culture commune entre différentes entités, la mutualisation efficace d'investissements, le renforcement d'une compétence, la cohérence d'une politique et de parcours, avec des bénéfices pour les usagers, les patients, les résidents.

Dans les conditions du succès, des textes juridiques cohérents et précis tiennent une place essentielle.

S'agissant de la création des groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux (GTSMS), les fondements juridiques ont été utilement complétés par l'adoption, le 29 décembre dernier, du décret n° 2025-1394 consacré à ceux-ci. Ce décret a été adopté en application de la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie.

Ces groupements ont pour objet de mettre en œuvre une stratégie commune d'accompagnement des personnes âgées dans une logique de parcours et de rationaliser les modes de gestion par une mise en commun de fonctions et d'expertises (article L. 312-7-2 du CASF). L'article R. 312-194-28 du même code, issu du décret du 29 décembre, ajoute désormais que les GTSMS élaborent un projet d'accompagnement partagé qui fixe « *les modalités de coopération ainsi que, le cas échéant, de transformation de l'offre et détermine les modalités d'articulation avec les différents acteurs de santé, notamment l'hôpital et la médecine de ville*. »

Passons sur les éléments techniques, qu'il ne s'agit bien sûr pas de détailler ici. À un moment où les établissements sociaux et médico-sociaux sont en grande difficulté (comme leurs départements, au demeurant), la coopération peut passer pour secondaire, tant d'autres sujets apparaissent prioritaires. Cependant, nous sommes convaincus qu'il y a là une opportunité en termes de prise en charge des personnes âgées et pour le renforcement de chaque établissement au sein d'un ensemble cohérent. À l'inverse, l'isolement ne nous parait plus possible, ni juridiquement, ni en termes d'opportunité.

Hugo-Bernard POUILLAUDE

Professeur de droit public – directeur du Master de droit de la santé de l'UPEC

Avocat associé - Aerige avocats

SOMMAIRE

RESSOURCES

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2026 dans le secteur médico-social *p2*

Approximations en série : les épisodes actuels de la réforme SERAFIN-PH *p4*

Recouvrement des créances en EHPAD : les points de vigilance à mettre en place *p10*

DROIT ET JURISPRUDENCE

À qui appartiennent les ressources financières publiques allouées aux gestionnaires des établissements et services sociaux ou médico-sociaux ? *p15*

Le résident-consommateur : les gestionnaires d'EHPAD entre le marteau et l'enclume *p17*

Recrutement temporaire dans le médico-social : la recherche de flexibilité sous contrôle *p19*

GESTION COMPTABLE BUDGÉTAIRE ET FINANCIÈRE

Les fonds de dotation : intérêt d'engager une stratégie de mécénat pour les ESMS ? *p22*

Les évolutions de l'Instruction budgétaire et comptable M22 au 1er janvier 2026 ..... *p26*

Les ADAPEI sous l'œil des chambres régionales des comptes *p28*

PILOTAGE STRATÉGIQUE

La protection de l'enfance à l'hôpital : le mariage de la carpe et du lapin ? *p31*

Architecture et économie circulaire : repenser la rénovation des Ehpad à moindre coût *p35*

Le poids des dépenses de la prestation de compensation du handicap dans l'évolution des dépenses sociales et médico-sociales des départements *p37*

VEILLE

..... *p44*

ISSN 3073-7567

LFSS

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2026 dans le secteur médico-social

La LFSS pour 2026 a été adoptée par l'Assemblée nationale le 16 décembre 2025, après un parcours législatif compliqué par l'absence de majorité et sur lequel nous ne reviendrons pas ici. Comme chaque année, un recours a été initié par des parlementaires auprès du Conseil Constitutionnel qui n'a pas modifié les articles concernant le secteur. Au-delà de mesures relativement limitées pour les ESMS, la LFSS apporte surtout une augmentation pérenne des moyens de la branche autonomie.

La LFSS 2026 n'apporte aucune trajectoire de retour à l'équilibre pour la Sécurité sociale, dont le déficit consolidé est estimé à 23,5 Mds € en 2025 pour une prévision de déficit à 23,7 Mds € à l'horizon 2029.

Le point noir à l'origine de 75 % du solde négatif reste la branche maladie dont le « trou » passerait de 17,2 en 2025 à 17,7 Mds € en 2029, ce qui signifie que plus de 5 % des dépenses annuelles ne sont pas financées...

Outre la branche famille, dont la situation favorable tient beaucoup à une démographie en berne, la branche autonomie est la seule qui affiche une trajectoire de retour à l'équilibre à l'horizon 2029 tout en enregistrant une forte augmentation de ses recettes :

Branche autonomie	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Recettes (Mds€)	32,8	35	37	41,2	41,7	43,3	45,3	47,1	48,9
Solde (Mds€)	0,3	-0,4	-0,6	1,3	-0,3	-0,4	-0,3	-0,2	0

Source : LFSS

La recherche d'un financement pérenne pour la branche autonomie avait fait l'objet de discussions difficiles lors du PLFSS 2025 autour de la proposition d'une 2ème journée de solidarité qui n'avait finalement pas été retenue par les parlementaires.

La recette de cette journée – CSA ou contribution de solidarité pour l'autonomie - s'est élevée à 2,36 Mds€ pour la branche en 2024 et son doublement aurait eu un impact significatif.

C'est une autre solution qui a été retenue dans la LFSS 2026 avec une augmentation de la CSG sur certains revenus du capital. Il s'agit principalement des revenus des actions et obligations soumis à une « flat tax » qui passera de 30 % à 31,4 %. La ressource supplémentaire attendue pour le secteur est de l'ordre de 1,5 Md €. Une fraction supplémentaire de CSG de 0,15 % avait déjà été attribuée à la CNSA en 2024.

Le financement de la branche issu de la CSG devrait ainsi dépasser 90 % dans les années qui viennent contre 85 % en 2023.

Conforté par cette augmentation des recettes, l'Objectif Global de Dépenses (OGD) des ESMS affiche ainsi une progression de 4 % en 2026, principalement porté par le secteur « personnes âgées » dont les moyens sont réévalués de 5,2 %.

OGD en Mds€	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Var 25/26
ESMS pour personnes âgées	14,4	14,6	15,5	16,1	17,4	18,3	5,20 %
ESMS pour personnes handicapées	12,6	13,8	14,7	15,2	15,6	16	2,60 %
Total	**27**	**28,4**	**30,2**	**31,3**	**33**	**34,3**	**3,93 %**

Source : LFSS

Cela pourrait permettre d'apporter quelques moyens au « plan Grand Age » annoncé en janvier 2026 et dont le contour est encore flou.

Les principales mesures de la LFSS 2026 concernant les ESMS sont les suivantes :

L'article 55 introduit une obligation de vaccination contre la grippe pour les résidents en EHPAD. (nb : 83 % seraient déjà vaccinés selon les dernières estimations). Il introduit également une obligation de vaccination contre la rougeole pour le personnel des ESMS accueillant des enfants.

L'article 90 confirme l'application de la réforme SERAFIN PH à partir de 2027 pour les établissements accompagnants des enfants et des jeunes adultes, ce qui oblige les établissements à transmettre à la CNSA dès 2026 les informations permettant de calculer les moyens qui leur seront alloués en 2027. *La réforme de la tarification des ESMS du secteur handicap est en gestation depuis 2015. Un modèle simplifié par rapport aux ambitions initiales a été présenté en 2024 et devrait s'appliquer dans les deux ans qui viennent. Notons qu'il ne concernera dans un premier temps que les enfants, ce qui ne devrait pas simplifier la tâche des opérateurs qui gèrent pour la plupart à la fois des structures pour enfants et adultes.*

L'article 92 prévoit que les autorisations des établissements et services à caractère expérimental sont données pour une durée déterminée qui ne peut excéder cinq ans. NB : pour mémoire, la durée des autorisations du secteur est normalement de 15 ans.

L'article 93 permet d'allouer 85 M€ aux départements afin de leur permettre de financer les avancées salariales de 2024 (extension du Ségur) dans le secteur privé non lucratif du handicap et des personnes âgées. Un décret doit préciser la ventilation de cette somme entre les départements. *Le co-financement du secteur entre CD et ARS pose notamment problème en matière de financement des augmentations de salaire que les départements ne veulent ou ne peuvent prendre en charge sans avoir reçu de compensation de la CNSA.*

Par ailleurs :

- Le fonds d'urgence pour soutenir les EHPAD et les SAAD en difficulté, lancé à l'automne 2023 et doté de 300 M€ en 2025 n'a pas été reconduit en 2026. Il a été remplacé par le dispositif « perf EHPAD » lancé en juin 2025 qui a permis d'accompagner 600 établissements en difficulté depuis
- Les ARS devraient continuer à allouer des crédits non reconductibles (CNR) aux établissements les plus fragiles. L'annexe 6 de la LFSS pour 2026 mentionne un soutien en CNR de 286 M€ en 2024 attribué à 1 495 EHPAD en difficulté de tous statuts, dont 421 EHPAD publics autonomes et 484 EHPAD privés non lucratifs. Cette année-là, 51,1 % des EHPAD, tous statuts confondus, ont affiché un déficit contre 58 % en 2023. Cette légère amélioration provenant à la fois d'une remontée des taux d'occupation et d'une diminution des dépenses d'énergie. Les trésoreries restent tendues, particulièrement pour les EHPAD rattachés à des collectivités territoriales dont la trésorerie au 31 décembre 2024 ne dépassait pas 36 jours de charges décaissables (annexe 6, LFSS 2026)
- La cotisation retraite employeur à la CNRACL continuera à augmenter de 3 points en 2026 pour les EHPAD publics, comme en 2025, et sera portée à 37,65 %. Cela devrait engendrer environ 100 M€ de dépenses supplémentaires en 2026 et la question de la compensation intégrale de cette charge est posée.
- L'expérimentation de la fusion des sections soins et dépendance se poursuit avant probable généralisation. L'impact économique n'est pas neutre pour la branche autonomie, avec un coût estimé à 171 M€ en 2026, provenant de l'écart entre le coût global de la mesure (748 M€) et les reprises de recettes aux départements concernés (577 M€) (source : annexe 6 LFSS 2026)
- Enfin, au titre de 2026, la CNSA a annoncé qu'elle prévoyait de mobiliser 85 M€ au titre du fonds de transformation de l'offre pour les personnes handicapées. De son côté, l'habitat intermédiaire bénéficiera d'une enveloppe de 100 M€, dont un rehaussement de 48 M€ des concours aux résidences autonomie.

Chloé BRECHET
Doctorante en sciences de gestion sur la transformation de l'offre médico-sociale et la réforme de tarification SERAFIN-PH, Magellan, iaelyon, Univ. Lyon 3

Célia LEMAIRE
Professeure des Universités, Magellan, iaelyon, Univ. Lyon 3, institut universitaire de France (IUF)

Lucile VÉRAN
Maître de conférences, IFROSS, Univ. Lyon 3

TARIFICATION

Approximations en série : les épisodes actuels de la réforme SERAFIN-PH

La mise en place de l'équation tarifaire de convergence de la réforme tarifaire des établissements et services pour personnes handicapées (SERAFIN-PH) débute, pour une année blanche, en ce début d'année 2026. Cet article expose les étapes de son élaboration, la composition de l'équation, ses zones d'ombres et les enjeux pour l'avenir. Il suit un premier article intitulé « Tarification des ESMS, enjeux et défis d'une réforme »[1] paru dans le quatrième numéro de cette revue et présentant les modes de tarifications initiaux.

L'historique de la réforme

La réforme SERAFIN-PH, dont les fondements et les enjeux généraux ont été présentés dans l'article précédent de la revue Autonomie, s'appuie d'abord sur un travail de normalisation des besoins et des prestations dans le champ du handicap. Les rapports dits « Vachey-Jeannet » de 2012 et de 2013 ont mis en évidence l'absence de lien objectivé entre les dotations historiques des établissements ou services médico-sociaux (ESMS), les caractéristiques des personnes accompagnées et les réponses effectivement délivrées, appelant à refonder la tarification sur une meilleure connaissance des besoins et des coûts.

Les nomenclatures des besoins et prestations

Entre 2014 et 2017, la première phase du projet est ainsi consacrée à la construction de deux nomenclatures[2] nationales, l'une des besoins, l'autre des prestations, élaborées en co-construction avec un Groupe Technique National (GTN) et un comité scientifique. Fondées sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ces nomenclatures décrivent de manière structurée les besoins en santé, autonomie et participation sociale et les prestations directes et indirectes des ESMS. Elles sont validées par le comité stratégique le 21 janvier 2016. Les nomenclatures deviennent un référentiel commun pour décrire les situations individuelles. L'intention des concepteurs est que les nomenclatures permettent d'outiller les plans d'accompagnement et qu'elles deviennent un langage commun pour les systèmes d'information, la description de l'offre territoriale (Répertoire Opérationnel des Ressources-ROR), la structuration des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) et des tableaux de bord médico-sociaux. Aujourd'hui, leur utilisation effective par les ESMS et les Agences Régionales de Santé (ARS) est éparse et varie selon les territoires.

[1] *Autonomie* N°4, juillet-août-septembre 2025.

[2] https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-07/Nomenclatures-SerafinPH-detaillees_vf.pdf

Les études de coûts

Sur cette base, des enquêtes nationales de coûts (ENC)[3] sont conduites par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour ventiler les budgets des ESMS en prenant en compte la nomenclature des prestations. Ces travaux montrent notamment le poids important des prestations indirectes et alimentent la réflexion sur la part de financement à stabiliser et la part à rendre plus sensible aux caractéristiques des personnes. Des études de coûts, puis des ENC ont été menées en 2016 et 2017. Elles ont été accompagnées d'une enquête dite « repères » en 2017 qui a tenté d'identifier, à partir de situations réelles, les facteurs qui font varier les coûts d'accompagnement. Enfin, elles ont été suivies d'une « expérimentation » consistant en une dernière étude de coût menée auprès de plus de 1200 établissements et services en 2021-2022.

Trois « familles de modèles » envisagées

La deuxième phase, ouverte par le comité stratégique du 27 avril 2018, mobilise ces outils pour construire plusieurs modèles de financement possibles. Trois grandes « familles de modèles » sont étudiées par un comité technique « Modèles de financement ». La première prévoit un financement en droit de tirage individuel fondé sur les caractéristiques de la personne (un mode de financement où l'on attribue à chaque personne un droit personnalisé à prestations, calculé à partir de l'évaluation de ses besoins, et qui peut être activé auprès de différents opérateurs, ESMS ou prestataires). La deuxième famille correspond à un financement des ESMS fondé à la fois sur les caractéristiques des personnes, mais aussi celles des structures. La troisième envisage un modèle mixte combinant droit de tirage et dotation aux ESMS. Les trois scénarios sont analysés à partir des nomenclatures (panier de prestations, repérage des prestations directes/indirectes, identification de marqueurs de charge) et confrontés aux objectifs d'équité, de simplicité et de soutien à la transformation de l'offre.

Un modèle socle+variable retenu

Le rapport de synthèse d'octobre 2019 met finalement l'accent sur un modèle intermédiaire de type « socle + variable » au sein de la « famille » intitulée « financement des ESMS à partir des caractéristiques des personnes et des ESMS ». Dans cette logique, la dotation des structures comprend une part socle, relativement stable sur la durée du CPOM, construite à partir des caractéristiques structurelles et des prestations indirectes identifiées par la nomenclature, et une part variable, ajustée plus fréquemment en fonction des caractéristiques et des besoins des personnes, décrits via la nomenclature des besoins et des prestations. Ce schéma vise à utiliser pleinement les nomenclatures comme moteur d'objectivation des financements tout en préservant une base stabilisée pour sécuriser l'organisation des ESMS.

Depuis lors, le modèle a évolué, l'équipe projet de la CNSA, l'ATIH, des experts travaillent et présentent leurs travaux au sein du comité stratégique et en Groupe de Travail National (GTN) composé de certaines parties prenantes du secteur médico-social. Le comité scientifique n'a plus été consulté depuis 2023.

Le modèle de tarification en cours d'élaboration

Le modèle que nous présentons ici ne concerne que le secteur enfant (selon le périmètre décrit dans l'article du numéro 4 de la revue Autonomie). Il ne s'agit que d'un modèle théorique, dont les contours et modalités de calcul sont en cours d'élaboration par la CNSA en lien avec la DGCS. Les informations communiquées à ce jour étant partielles, et les données des coupes n'ayant pas été traitées, donc tous les éléments ci-après sont susceptibles d'être modifiés.

Le modèle de financement SERAFIN-PH se compose d'une dotation principale incluant une dotation spécifique aux transports, et d'une dotation complémentaire. L'ensemble serait versé aux établissements et services, selon leur numéro FINESS géographique (plus petite unité de financement possible).

[3] https://handicap.gouv.fr/serafin-ph https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/pictures/plaquettes_atih/Plaquette%20ATIH-ENC-%20medico-sociaux-2018-DEF.pdf

Calcul de la dotation principale

Un forfait de base à la place est déterminé selon l'OGD (objectif général des dépenses) définie dans le PLFSS (Projet de loi de financement de la sécurité sociale) et le nombre de places du secteur médico-social.

À ce forfait de base est multiplié un coefficient par mode d'accueil, qui différencie le milieu ordinaire (coefficient de 1 qui ne change pas la valeur du forfait de base à la place), l'accueil de jour (coefficient autour de 2) et l'hébergement (coefficient légèrement inférieur à 3).

Un autre coefficient concerne le public accompagné, dont les caractéristiques seront combinées pour déterminer des seuils. À titre d'exemple, le niveau 1 concerne les déficiences intellectuelles, le niveau 3 l'autisme ou le polyhandicap. Des combinaisons de niveaux sont aussi envisagées (combinaisons de niveaux intermédiaires ou intenses).

À cela est multiplié un dernier coefficient, correspondant au nombre de jours d'ouverture (<200 j, entre 200 et 220, entre 220 et 260, >260). Le coefficient évolue avant les coupes entre 0,92 et 1,34.

Un coefficient supplémentaire est prévu pour les DROM (+20 %). Un autre (5 %) est attribué pour les structures qui proposent plusieurs types d'accueil.

Le forfait à la place multiplié par ces différents coefficients correspond à la dotation globale.

À cette dotation principale s'ajoute une dotation pour financer les transports, définie selon les modalités d'accueil ou d'accompagnement et majorée pour les ESMS dits « transformés ».

Modulation à l'activité et dotation complémentaire

Cette dotation globale sera modulée selon l'activité réelle des ESMS, entendue comme la variation de l'activité, de l'intensité et de la modularité. Cette modulation devrait être marginale (1 ou 2% de la dotation), et vise à valoriser l'activité réelle, à comprendre en fonction de la file active notamment.

Une dotation complémentaire est ajoutée à cette dotation. Elle est pensée pour valoriser les activités relatives à la transformation de l'offre (inciter et compenser les surcoûts de cette transformation). La dotation complémentaire couvre six thèmes. En voici la liste, dont les deux premiers rejoindraient à terme la dotation principale, tandis que les autres resteraient dans une dotation complémentaire pérenne.

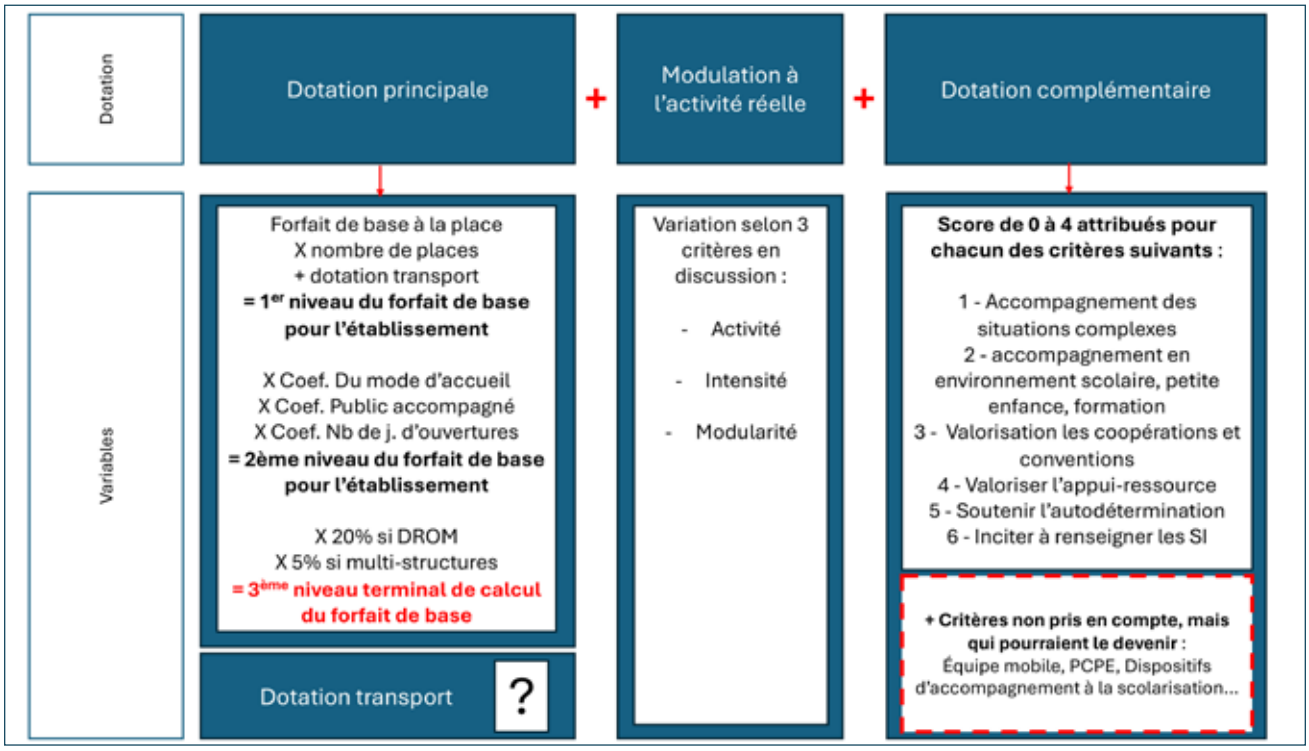
- Accompagner les situations complexes
- Accompagner en environnement scolaire, petite enfance, formation
- Valoriser les coopérations et conventions avec les acteurs spécialisés et du droit commun
- Valoriser l'appui-ressources
- Soutenir l'autodétermination
- Inciter à renseigner les systèmes d'information

Ces différents modes d'accompagnement seraient valorisés selon cinq paliers de 0 à 4. À titre d'exemple, concernant l'autodétermination, une structure qui aurait 25 % des personnels formés dans les cinq dernières années à l'autodétermination, des outils d'expression pour les enfants, la présence d'une stratégie d'autodétermination et une intervention par des pairs-aidants envisagée correspondrait au palier 2.

À ce jour, les dispositifs spécifiques à la transformation de l'offre, comme les équipes mobiles, les PCPE (Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées) ou les dispositifs d'accompagnement à la scolarisation ne font pas partie du modèle, mais pourraient être intégrés ultérieurement.

Le modèle de financement est schématisé dans la figure 1.

Figure 1 : Schématisation du modèle de financement SERAFIN-PH, source : auteures



Réflexions autour du modèle

Forfait à la place et transformation de l'offre

Le calcul de la dotation globale est réalisé à partir d'un forfait à la place. Ce choix a certainement été réalisé pour faciliter les modalités de calcul en fonction des systèmes d'information existants, mais pose question. Outre le fait que certaines structures ne fonctionnent pas à la place, mais à l'acte ou la séance, un financement à la place dans le cadre d'une transformation de l'offre n'a plus grand sens, puisque l'idée est de fluidifier l'activité et non de penser en fonction des places disponibles. À titre d'exemple, actuellement, un enfant en situation de handicap en hébergement complet ne peut pas dormir en dehors de l'internat, chez un ami ou de la famille, sans quoi la structure ne sera pas financée pour cette nuit-là. L'absence de l'enfant ne compense pas le financement perdu, car il existe des charges fixes incompressibles, qui ne changent pas en fonction de l'activité. Le fait de maintenir le financement à la place ne permet pas de fluidifier le parcours de l'enfant accompagné.

En réponse au potentiel écueil du maintien du coût à la place, une modulation en fonction de l'activité est proposée. Cependant, il n'existe pas, à ce jour de consensus sur le type de modulation de l'activité à prendre en compte. De plus, il n'existe pas, à ce jour, d'ordre de grandeur pour le montant ou le pourcentage de la dotation concernée.

5 % pour accueils multiples ou dispositifs ?

Initialement, le calcul du coefficient en fonction du mode d'accueil a été réalisé en fonction d'un nombre limité de structures dites « pures » , c'est dire qu'elles accueillent à plus de 80 % des enfants selon un seul mode d'accueil (soit milieu ordinaire, soit hébergement, soit accueil de jour). Les coefficients devraient être réévalués avec les coupes, mais il faudra s'assurer que la pluralité des modes d'accueil des structures soit valorisée.

En l'état, un coefficient de 5 % a été présenté comme un support à la diversité de l'offre, mais il correspond en fait aux surcoûts qu'ont les structures qui accueillent les enfants selon plusieurs modalités, dans le sens de moins de 80 % pour une de leurs activités (ex : 50 % accueil de jour et 50 % hébergement).

Il existe de plus une incertitude sur les coefficients à appliquer pour les structures disposant d'une autorisation dite « tout mode d'accueil ». En effet, le modèle actuel pose question pour les structures proposant des accompagnements multiples, puisque le coefficient mode d'accueil n'est pas lié à l'activité réelle, mais à l'autorisation de la structure. Il n'est pas aisé d'identifier un coefficient « tout mode d'accueil » préalablement à la prise en compte de l'activité réelle.

Le type de handicap et les ressources nécessaires

Concernant le public accompagné, le mode de calcul est encore défini en fonction de types de handicap, alors que celui-ci n'est pas corrélé aux ressources nécessaires pour l'accompagnement. La piste de combinaisons de niveaux intermédiaires ou intenses pourrait être une piste intéressante si elle permettait de se départir de l'idée que le type de handicap engendre des coûts plus ou moins élevés.

La granularité du territoire

Le coefficient lié aux territoires (20 % pour les DROM) pose question, non pour les DROM, mais pour les territoires en métropole. En effet, les calculs ont été réalisés à l'échelle régionale. Cependant, certains territoires à l'échelle infrarégionale mériteraient d'être étudiés plus précisément. Par exemple, les territoires frontaliers, certaines grandes agglomérations ont des charges de personnel plus élevées. Une régulation régionale serait envisageable si les ARS et CD n'avaient pas d'ores et déjà une charge de travail trop importante.

L'incertitude sur la dotation pour les transports

Le mode de calcul de la dotation transport est un sujet sensible, puisque la transformation de l'offre produit automatiquement une augmentation des charges de transport. Si l'option de rembourser à l'euro près ces montants qui avait été mise sur la table est maintenue, il existe un risque inflationniste. Il se profile plus alors une dotation au prévisionnel plutôt qu'au réel, dans un souci de maîtrise de connaissances des coûts.

Une dotation complémentaire nécessaire au potentiel rigidifiant

L'idée de la dotation complémentaire est intéressante pour valoriser les activités que les pouvoirs publics incitent à développer. Elle a pour mérite de préciser ce qui relève ou non de la transformation de l'offre, mais fige en même temps certains items et pratiques comme vertueuses au détriment d'autres. Ici se loge un risque de rigidification autour de certaines pratiques, un jour considérées comme innovantes et peut-être au détriment de nouvelles pratiques aussi favorables aux enfants accompagnés. De plus, la complexité des paliers interroge sur l'opérationnalisation du dispositif. Le contrôle des renseignements se pose également (auto-évaluation, évaluation par des instances externes, etc.), ainsi que le financement de ces contrôles.

Derniers jalons et prochaines étapes

Les coupes, un recueil de données en 2025

Pour tester et calibrer l'équation tarifaire, la DGCS, en lien avec la CNSA et l'ATIH, a eu besoin de données d'activité supplémentaires. Pour ce faire, le *recueil PH 2025,* a été renseigné par les établissements et services au travers d'une « coupe ». L'objectif affiché était ainsi de réaliser des simulations d'impact financier du nouveau modèle pour chacun des ESMS et de déterminer les « gagnants » et les « perdants » de cette nouvelle tarification. Une coupe de 14 jours calendaires consécutifs entre fin février et avril 2025 a été réalisée par les ESMS par le biais du logiciel RAMSECE-PH de l'ATIH.

Des réticences et questionnements

Cette collecte de données a suscité des réticences de la part des ESMS. La FEHAP a initialement refusé le remplissage du recueil, notamment du fait du climat d'incertitude induit par l'absence d'un modèle stabilisé. Par ailleurs, la validité et la fiabilité des données remontées sont questionnables, comme le démontre le témoignage de professionnels d'établissement et services. Par exemple, le temps réel de transport était impossible à compter, chronomètre en main. De même, le référentiel ne permettait pas la comptabilisation de l'ouverture d'un samedi par mois sur une coupe de deux semaines. Ces constats impliquent que la viabilité du calibrage du modèle tarifaire pourrait être questionnable.

Les étapes de la convergence tarifaire

Ces coupes ont été, pour l'ensemble des ESMS, la dernière actualité avant l'année blanche prévue pour 2026. Le temps est ainsi resserré pour l'équipe projet SERAFIN-PH afin de stabiliser les outils permettant la mise en place de cette année d'essai. À l'issue, les ESMS connaîtront leur dotation théorique et son évolution prévisible à l'automne 2026. Le ministère prévoit à la suite, de 2027 à 2030, une période de convergence de huit ans durant laquelle les ESMS s'adapteront à ce nouveau mode de tarification. Les ESMS considérés comme surdotés ne verront pas leur dotation baissée, mais ceux dit « à convergence positive » verront leurs ressources augmenter plus rapidement, même si l'élément de comparaison n'est pas précisé. Le modèle de convergence « produira pleinement ses effets » à l'horizon 2030-2034[4].

Un modèle pour la transformation de l'offre ?

Si ce modèle de tarification a le mérite de faire aboutir l'objectif ancien d'une convergence tarifaire des ESMS, la compatibilité de celui-ci avec le modèle cible de la transformation de l'offre est à interroger. En effet, l'insertion de ce modèle dans une orientation en bouquet de prestations vers l'offre de services coordonnés souhaitée par le COPIL de la transformation de l'offre reste floue, le lien avec les nomenclatures reste totalement à construire et les récentes annonces sur la décentralisation de l'action sociale pourrait rebattre les cartes pour l'accompagnement du handicap chez l'adulte[5].

Enfin, l'équation tarifaire, souhaitée comme transitoire vers un modèle cible n'intégrant plus la place comme unité de calcul, se heurte aux problèmes de fixité et de temporalité. D'une part, un modèle choisi est difficilement modifiable ensuite. Des logiques existantes peuvent être reproduites, malgré des incohérences (théorie de la dépendance au sentier). Lorsqu'un outil est diffusé, il est difficile de revenir en arrière. Cela est notamment visible dans les aspects techniques du modèle qui s'appuient sur des circuits existants difficiles à remettre en cause (le répertoire FINESS sert toujours de base au modèle parce que c'est ce qui a toujours été fait, malgré son manque d'exhaustivité). D'autre part, si la période de convergence s'étale sur 8 années, combien en faudra-t-il pour la nouvelle équation pensée plus inclusive ?

Pour conclure, la réforme SERAFIN-PH s'oriente vers une convergence tarifaire selon des critères qui ne soutiennent que très partiellement une dynamique de transformation de l'offre. Espérons que la promesse d'un modèle plus orienté vers le parcours de vie des personnes accompagnées n'engage pas que ceux qui y croient.

Références :

- CNSA. Réforme de la tarification : une réforme tarifaire pour faciliter les parcours des personnes handicapées accompagnées par les services ou accueillies dans les établissements médico-sociaux. *Brochure SERAFIN-PH*, 8 pages, juin 2016.
- CNSA. Premières propositions sur des modèles de financement possibles dans le cadre de la réforme tarifaire SERAFIN-PH. *Rapport de synthèse*, octobre 2019.
- Lecornu, Sébastien. *Lettre aux présidents de conseil départemental*, Paris, 24 novembre 2025. (Transfert de compétences médico-sociales aux départements : Sébastien Lecornu précise son projet)
- Ministère de la Santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées. Réforme tarifaire des ESMS (SERAFIN-PH) : *réunion du comité stratégique*. Communiqué de presse, 20 novembre 2025.
- Vachey L., Jeannet A., Auburtin A., Varnier F. *Établissements et services pour personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement. Inspection générale des affaires sociales* / Inspection générale des finances, 2012.
- Vachey L., Jeannet A. *Modernisation de l'action publique. Réforme de la tarification des établissements et services pour personnes handicapées*. Inspection générale des affaires sociales / Inspection générale des finances, 2013.

[4] https://handicap.gouv.fr/reforme-tarifaire-des-esms-serafin-ph-reunion-du-comite-strategique#:~:text=Ils%20recevront%20une%20dotation%20globale%20fond%C3%A9e%20sur%20les,ESMS%20transform%C3%A9s.%20La%20dotation%20sera%20stable%20et%20pr%C3%A9visible

[5]https://www.ifrap.org/sites/default/files/documents/2025-12/lettre-pm-aux-presidentes-et-presidents-de-conseil-departemental.pdf

IMPAYÉS

Recouvrement des créances en EHPAD : les points de vigilance à mettre en place

Les difficultés économiques des EHPAD rendent indispensables une grande vigilance sur les retards de paiement et les impayés qui mettent à mal des trésoreries déjà très fragiles. La prévention des impayés est aussi un sujet d'attention au regard des augmentations de reste à charge qui seront sans doute la conséquence de la modulation des tarifs permise par le décret du 31 décembre 2024. Il convient**,** si possible, de prévenir les problèmes et de réagir très vite en cas de situation contentieuse.

La loi du 8 avril 2024 et le décret du 31 décembre 2024 permettent de moduler les tarifs des établissements habilités à l'aide sociale à l'hébergement pour faire contribuer les résidents qui ont le plus de moyens.

La marge potentielle d'augmentation est élevée : jusqu'à 35 % en sus du tarif ASH à rapporter à un tarif moyen journalier de 63 € par jour.

Compte tenu d'un taux de renouvellement des résidents d'environ 35 %/40 % par an, cette disposition peut avoir des effets très sensibles au bout de 2 à 3 ans et permettre de combler en partie les déficits, sauf impact sur les taux d'occupation.

Une étude déjà ancienne de la DRESS, bien antérieure à la *loi Bien Vieillir* d'où découle le décret du 31 décembre 2024, indiquait que 75 % des résidents, tous types d'EHPAD confondus, sont incapables de payer leur hébergement sur leurs revenus.

Il leur reste trois solutions :

- Le recours à l'ASH (16 % des résidents),
- L'aide de la famille,
- Le recours au patrimoine personnel, avec un enjeu de liquidité du patrimoine, essentiellement immobilier.

Dès lors, quelle marge de manœuvre pour relever le tarif hébergement dans le cadre de la loi *Bien Vieillir* ? Et quels risques de voir augmenter les impayés ?

Un enjeu important dans un modèle économique fragile

Quelques chiffres éloquents : 70 % d'EHPAD publics et 55 % d'EHPAD privés non lucratifs étaient en déficit en 2024 malgré des aides financières des ARS et Conseils départementaux, et une augmentation des taux d'occupation au-delà de 94 %. 42 % des EHPAD n'ont plus de réserves suffisantes pour compenser un éventuel déficit en 2025. La moitié des établissements ont une trésorerie qui leur permet au mieux 75 jours de fonctionnement.

L'accueil des personnes âgées en institution est un métier de charges fixes dont le point mort nécessite généralement un taux d'occupation de 90 % et plus.

Un seul résident qui ne paye pas son « reste à charge » sur un an, c'est environ 25 000 € de recettes en moins, à rapporter avec un déficit moyen par lit estimé à 3 000 € en 2024 selon la FHF.

La problématique des impayés en EHPAD reste un sujet tabou : pas de données officielles, ni pour le secteur public, ni pour le secteur privé non lucratif sur les impayés et retards de paiements.

Dans les comptabilités des EHPAD privés, les montants passés en « créances irrécouvrables » sont très faibles, de l'ordre de 0,2 % des recettes. Le risque d'impayés semble accru lorsque le paiement repose sur la famille et non sur le seul résident.

Un angle mort est le risque de retard de paiement, voire d'impayé en cas de refus d'aide sociale par le département, dont les délais de traitement des dossiers sont parfois très longs.

La décision du juge aux affaires familiales pour fixer la participation des obligés alimentaires n'est jamais rétroactive avec un risque « d'ardoise » non négligeable pour l'EHPAD.

NB : les obligés alimentaires doivent normalement s'entendre à l'amiable pour aider leurs parents à faire face aux frais d'hébergement en EHPAD ou USLD.

Sécuriser le contrat de séjour

Pour mémoire, un contrat de séjour n'est pas un contrat de bail (pas de trêve hivernale !), mais un contrat de prestation de service (Cour de Cass, juillet 98).

La loi ASV de 2015 encadre les motifs et procédures d'expulsion des résidents. Ne pas régler les frais d'hébergement est un motif d'expulsion (art L311-4-1 du CASF).

Il est important de prendre soin de bien renseigner le volet administratif du dossier d'admission :

- Identité du résident avec carte d'identité et bonne orthographe ! (pour être juridiquement opposable, une facture doit être transmise avec la bonne orthographe),
- Groupe iso-ressource (impact sur le ticket modérateur et l'APA),
- Date de naissance (règles de facturation spécifiques aux moins de 60 ans).

S'assurer de la solvabilité des résidents

Les ressources du résident sont-elles suffisantes pour couvrir le reste à charge ?

L'établissement peut inciter le résident et sa famille à faire les demandes d'aide pour financer le séjour :

- APA,
- APL ET ALS versées par la CAF au résident ou à l'établissement qui la déduit des factures,
- ASH dont les conditions sont fixées par le règlement départemental d'aide sociale.

L'assistante sociale peut être mobilisée pour faire le point sur la situation financière du résident et monter les dossiers.

S'assurer du paiement

Il convient ensuite de sécuriser le paiement :

- Les moyens de paiement doivent figurer dans le contrat de séjour ou son annexe. Le prélèvement automatique avec formulaire d'adhésion joint au dossier d'admission est le plus sûr. Autres possibilités : virement bancaire, chèque à l'ordre du Trésor public ou de l'établissement...
- Le CASF prévoit un paiement dès le début du mois, y compris pour l'ASH. Le paiement « à échoir » n'est pourtant pas toujours appliqué, bien qu'il soit favorable pour la trésorerie et beaucoup d'EHPAD facturent en fin de mois. Le passage au terme à échoir doit être préparé avec le comptable public,
- Le dépôt de garantie ne peut dépasser un mois de tarif hébergement mensuel restant à la charge du résident,
- Idem pour la caution, qui est restituée ou non en fonction de l'état des lieux de sortie ou d'une éventuelle dette auprès de l'établissement.

Faut-il demander une caution solidaire des obligés alimentaires ?

L'établissement peut demander une caution solidaire aux obligés alimentaires (ordonnance du 15 septembre 2021 sur les suretés)

Il peut ainsi utiliser la caution dès le premier impayé, sans passer par le résident.

L'ensemble de la dette peut être demandé à une seule caution, même s'il y a plusieurs signataires, ce qui est le principe de la caution solidaire. Pour les résidents à l'ASH, la caution ne peut être demandée que sur le reste à sa charge.

Zoom sur les obligés alimentaires

L'obligation alimentaire consiste à aider matériellement les parents dans le besoin.

- Elle existe entre parents et enfants, mais aussi entre grands-parents et petits-enfants, gendres et belles-filles et beaux-parents. Il n'y a pas de hiérarchie entre débiteurs d'aliments.
- En l'absence de barème national, chaque département détermine ses propres critères de fixation de la participation alimentaire, voire sa propre liste de débiteurs d'aliments.
- Avant la loi Bien Vieillir, environ la moitié des règlements départementaux d'aide sociale excluait les petits enfants dans le cadre de l'aide sociale à l'hébergement en EHPAD.
- La loi Bien Vieillir du 8 avril 2024 *:*
  - Généralise l'exclusion des petits enfants en tant que débiteurs d'aliments dans le cadre de l'ASH.
  - Dispense les enfants dont l'un des parents est condamné comme auteur, co-auteur ou complice d'un crime ou d'une agression sexuelle commise sur l'autre parent.

Au décès du résident, les sommes perçues d'avance correspondant à des prestations non effectuées doivent être restituées dans les 30 jours suivants le décès (art L 314-10-1 du CASF)

Le dépôt de garantie est également restitué sauf si l'état des lieux ne le justifie pas.

L'établissement émet une dernière facture rectificative du résident, qui est le plus souvent un crédit à rendre si le paiement a eu lieu en début de mois.

Il doit prendre contact avec la famille ou le tuteur pour connaître le nom du notaire. La trésorerie transmettra à celui-ci un bordereau de situation portant crédit ou dette à l'égard de la succession.

Recouvrement amiable, recouvrement contentieux : le rôle du comptable public

Un système d'alerte précoce doit être mis en place. L'état des restes à recouvrer doit être établi mensuellement. (état des paiements, du recouvrement et de la trésorerie téléchargeable en temps réel sur l'application Hélios de la DGFIP)

L'établissement doit sans délai relancer le résident, la famille ou le représentant légal à l'oral ou par mail, mais seul le comptable public est compétent pour l'envoi des avis de sommes à payer, de lettres de relance et autres poursuites.

La trésorerie peut ensuite envoyer une lettre de relance (dans les 30 jours suivant l'envoi de l'avis des sommes à payer) et/ou remettre le dossier à un huissier de justice qui réalisera les diligences nécessaires.

Le recouvrement contentieux est de la seule compétence du trésorier et non de l'établissement. C'est le trésorier qui mène l'action en recouvrement, mais seul l'établissement peut saisir le juge.

La politique de recouvrement doit faire l'objet d'un échange entre l'établissement et le trésorier, notamment sur l'ordre des poursuites qui peut varier d'une trésorerie à une autre :

- Lettre de relance,
- Mise en demeure,
- Huissier de justice,
- Mesures coercitives, saisies sur compte bancaire du résident...

L'action en recouvrement se poursuit à l'encontre des héritiers (saisies sur salaires, sur compte bancaire...)

En l'absence d'héritiers ou si ceux-ci ont renoncé à la succession, l'établissement peut saisir le juge afin que la succession vacante soit prise en charge par l'administration des domaines. Cette situation se produit pour environ 13 000 personnes par an environ, qui ne résident pas toutes en EHPAD.

Lorsque toutes les voies de poursuite ont été explorées, le comptable du trésor propose à l'établissement une liste de créances à admettre en non-valeur (créances irrécouvrables).

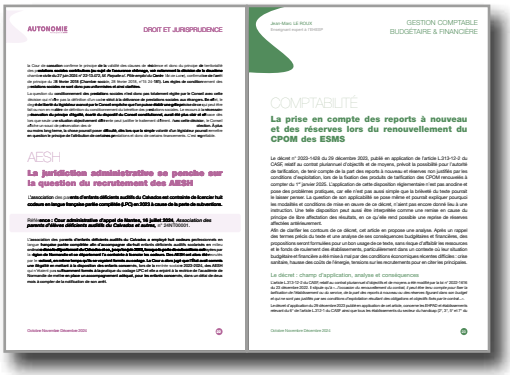
Comptablement, les postes « dotations aux provisions pour créances irrécouvrables » passées chaque année et « admission en non-valeurs » sont alors mouvementés.

AUTONOMIE

Revue de gestion des **ESSMS**

La nouvelle revue de référence pour gérer les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)

- **Ressources**
- **Droit et jurisprudence**
- **Gestion comptable, budgétaire et financière**
- **Pilotage stratégique**
- **Veille**



4 numéros par an + 1 accès au site www.autonomie-revue.fr

Retrouvez nos livres sur la gestion des établissements de santé et médico-sociaux sur www.infodium.fr

BULLETIN D'ABONNEMENT

AUTONOMIE

Revue de gestion des ESSMS

À compléter et renvoyer avec si nécessaire les informations pour un dépôt sur Chorus à :
Infodium C/O Corlet Logistic - Service abonnement : ZA La Tellerie CS 20016
61438 FLERS CEDEX - abonnement@infodium.fr - Tél : 02 31 59 25 00

4 numéros par an
+ 1 accès au site
www.autonomie-revue.fr
au prix de 155,73 € HT - **159 € TTC**
Soit 24 % de réduction par rapport au prix de vente au numéro

Ci-joint mon règlement par :

☐ Bon de commande/réf. Chorus jointe
☐ Chèque à l'ordre d'INFODIUM, une facture justificative sera envoyée
☐ Mandat administratif/Réception de facture

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant.

Infodium - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038
69, avenue des Ternes 75017 Paris – tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du 1er Janvier au 31 Décembre 2026.

Raison sociale : .....
Nom : ..... Prénom : .....
Fonction : .....
Adresse : .....
.....
Code Postal : ..... Ville : .....
Téléphone : .....
E-mail (mail version numérique) : .....

Cachet/Date/Signature

Benoît APOLLIS
Maître de conférences à l'Université Paris-Panthéon-Assas,
Avocat Associé

Louis LUCCIO
Juriste au Cabinet Cormier-Badin-Apollis

PROPRIÉTÉ DES RECETTES

À qui appartiennent les ressources financières publiques allouées aux gestionnaires des établissements et services sociaux ou médico-sociaux ?

Si la propriété des immeubles reste en principe dans le patrimoine des organismes gestionnaires des établissements et services sociaux ou médico-sociaux (ESMS) en vertu du principe d'universalité, la question de la propriété des recettes allouées à ces gestionnaires se pose davantage, et ce précisément parce qu'ils sont financés par des autorités de tarification publiques au moyen de fonds publics. Peut-on alors considérer ces sommes comme la pleine propriété des personnes morales gestionnaires des ESMS une fois qu'elles leur ont été allouées ?

En première analyse, à la lecture des textes, une réponse a priori négative pourrait être apportée à cette interrogation. Ainsi, le législateur a clairement identifié, en cas de cessation définitive des activités d'un ESMS géré par une personne morale de droit public ou de droit privé, des catégories de sommes qui ne sauraient être regardées comme la propriété du gestionnaire. C'est l'objet de l'article L. 313-19 du code de l'action sociale et des familles (CASF) qui, considérant que ces sommes proviennent de financements publics, prescrit qu'elles doivent être reversées, au moment où l'activité sociale ou médico-sociale cesse, soit à la ou les collectivité(s) publique(s) qui les avai(en)t allouées, soit à la personne juridique gestionnaire de l'établissement ou du service poursuivant un but similaire et repreneur de ladite activité sur le territoire.

Néanmoins, des difficultés apparaissent régulièrement lors de l'application de cet article, lesquelles constituent autant de cas d'espèce litigieux permettant de qualifier plus précisément les financements sociaux et médico-sociaux sur le plan juridique.

Une première difficulté concerne la qualification de ces fonds publics versés initialement à un organisme gestionnaire d'ESMS à l'occasion d'un litige avec un ou plusieurs de ses créanciers – lesquels entendent naturellement être payés de leur créance sur ces fonds, apparaissant, selon eux, disponibles pour ce faire sur les comptes bancaires de l'organisme gestionnaire. Or, dans un arrêt du 25 août 2022 (aff. n° 22/00145), devenu définitif depuis lors, le juge de l'exécution de la Cour d'appel de Bourges a prononcé l'annulation d'une saisie-attribution sur le compte bancaire d'une association gestionnaire d'un établissement médico-social, procédure de saisie initiée par plusieurs de ses créanciers au motif que les fonds dont ces derniers demandaient la saisie étaient exclusivement destinés au financement d'activités médico-sociales (et non pas au paiement de dettes sans lien direct avec elles).

Le plus remarquable sans doute dans cette affaire tient à ce que le fondement juridique des créances en cause se présentait comme très robuste, puisqu'elles bénéficiaient de l'autorité de la chose jugée à la suite de plusieurs décisions de justice rendues antérieurement et condamnant l'association au paiement de ces créances (solidairement avec les débiteurs principaux, qui apparaissaient cependant insolvables). Mais cela n'a pas empêché le juge de l'exécution de considérer les financements publics de l'association insaisissables, en tant qu'ils appartenaient en réalité à ses autorités publiques de tarification en vertu de l'article L. 2311-1 du code général de la propriété des personnes publiques. Or, l'article L. 112-2, 1°, du code des procédures civiles d'exécution dispose que ne peuvent être saisis les biens que la loi déclare insaisissables...

Une seconde difficulté réside dans le sort réservé aux financements publics perçus par l'organisme gestionnaire privé d'un ou plusieurs ESMS lors de sa liquidation judiciaire. Le droit des procédures collectives, afin de privilégier la hiérarchie des créanciers qu'il a vocation à établir, s'oppose-t-il au reversement de ces sommes publiques en application de l'article L. 313-19 du CASF ?

De prime abord, en s'en tenant au principe de séparation des autorités administratives et judiciaires, l'on voit mal ce qui empêcherait le juge judiciaire d'appliquer strictement les dispositions du code de commerce dans ce cas comme dans les autres. Toutefois, de son côté, l'article L. 313-19 du CASF permet au préfet territorialement compétent de désigner le bénéficiaire du reversement des financements publics alloués au gestionnaire d'un ou plusieurs ESMS au moment de la cessation de ses activités. A quoi s'ajoute que l'article R. 314-97 du même code permet au préfet, passé un délai de 30 jours, de fixer lui-même les montants faisant l'objet d'un tel reversement (cf. par ex. en ce sens CE, 26 mars 2018, *Association Le Colombier*, req. n° 404819).

En outre, en avril 2025, une chronique (EC 2024-19) de la Commission des études comptables de la Compagnie nationale des commissaires aux comptes (CNCC) a rappelé que les excédents affectés à l'investissement sont par nature « *restituables à l'autorité de tarification en cas de cessation définitive de l'activité d'un établissement concerné par le programme d'investissement* ». Elle en a déduit des conséquences comptables : toute décision de reclasser des réserves d'excédents affectés à l'investissement « *vers un compte de réserves de compensation des amortissements ne pourrait intervenir que sur accord de l'autorité de tarification* ».

Il est donc nécessaire pour les organismes gestionnaires d'ESMS, dans un souci de sécurisation juridique, de distinguer au sein de leur bilan les fonds propres avec droit de reprise (ou fonds propres sous gestion contrôlée) des autres.

Enfin, le Conseil de normalisation des comptes publics a fait remarquer dans sa synthèse d'octobre 2025 (*Synthèse des travaux sur les dispositions comptables des établissements et services sociaux et médico-sociaux*) que cette distinction (entre fonds sous gestion contrôlée et les autres) « *n'est pas prévue dans la réglementation applicable aux organismes de droit privé gestionnaires d'ESMS à but lucratif, qui suivent les dispositions du Plan comptable général (PCG)* ».

Autrement dit, vis-à-vis des acteurs sociaux et médico-sociaux de droit privé, la bonne mise en œuvre de l'obligation de reversement de l'article L. 313-19 du CASF suppose de pouvoir isoler dans leurs bilans les fonds publics susceptibles d'être restitués à ce titre. Mais si les normes comptables apparaissent en adéquation avec cette logique dans le secteur privé non lucratif (cf. règlements ANC n° 2018-06 et ANC n° 2019-04), tel ne semble pas le cas dans le secteur privé à but lucratif, pour l'instant en tout cas.

Aurélie GAUTRIAUD
Avocat collaborateur au Cabinet Cormier-Badin-Apollis

CONTRÔLES

Le résident-consommateur : les gestionnaires d'EHPAD entre le marteau et l'enclume

En mars dernier, les résultats du plan de contrôle des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont été rendus publics[1]. La ministre annonçait alors que la totalité des EHPAD aurait fait l'objet d'une inspection et/ou d'un contrôle au mois de juin 2025. Les missions d'inspection, constituées par les agences régionales de santé et les conseils départementaux, n'ont pas ménagé leurs efforts et l'objectif d'un contrôle de l'ensemble des établissements a été atteint[2].

Peu avant, les EHPAD gérés par des organismes à but lucratif avaient également été l'objet d'une enquête nationale lancée par la Direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes[3](DGCCRF). Appuyée sur les directions départementales de protection des populations (DDPP), la DGCCRF a poursuivi et renouvelé ses contrôles en 2025.

Si les inspections ayant suivi la parution du livre de Victor Castanet avaient principalement pour objet de vérifier le niveau de qualité et de sécurité des conditions d'accueil et de prise en charge des résidents, celles menées par les DDPP se concentrent sur les droits des résidents appréhendés comme des consommateurs.

Pour l'organisme gestionnaire comme pour le directeur d'établissement, les contrôles des DDPP sont parfois le théâtre d'un dialogue de sourds, l'EHPAD étant un carrefour juridique où se croisent, voire entrent en collision, des réglementations de sources différentes. Si les gestionnaires n'ont pas tous le code de la consommation comme lecture de chevet, gageons qu'on trouvera rarement le code de l'action sociale et des familles ou de la santé publique sur celui des agents de la DDPP.

Cas du dommage causé aux biens d'un résident : application du régime de responsabilité prévu par le code de la santé publique ou sanction pour clause abusive ?

Certaines DDPP ont pu reprocher à des EHPAD de faire figurer, dans les contrats de séjour remis aux résidents, une clause qu'elles jugeaient abusive sur le fondement de l'article R. 212-1 du code de la consommation. Le 6° de cet article permet de présumer abusive la clause qui supprime ou réduit le droit à réparation du préjudice subi par le consommateur en cas de manquement par le professionnel à l'une de ses obligations.

[1] Communiqué de presse : https://solidarites.gouv.fr/lutte-contre-la-maltraitance-presentation-des-resultats-du-plan-de-controle-des-ehpad-et-point-pour-les-1-de-la-strategie-nationale-de-lutte-contre-les-maltraitances

[2] Par exemple, le bilan du plan d'inspection-contrôle décliné en Île-de-France peut être consulté sous ce lien : https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-plan-dinspection-controle-des-ehpad-franciliens-2022-2024

[3] https://www.economie.gouv.fr/daj/bilan-de-trois-annees-de-controles-de-la-dgccrf-sur-les-ehpad-prives-lucratif

Or, en matière de dommage causé aux biens des résidents, la combinaison des articles L. 1113-1 et L. 1113-4 du code de la santé publique limite la responsabilité de l'EHPAD aux cas suivants :

- Le résident a déposé ses biens au coffre : l'EHPAD (ou son personnel) est responsable ;
- Le résident, qui en avait la possibilité, n'a pas déposé son bien au coffre : l'EHPAD (ou son personnel) n'est responsable qu'à la condition qu'une faute soit démontrée.

Alors que l'article L. 1113-9 du même code précise que « *toute clause contraire aux dispositions du présent chapitre est réputée non écrite* », certaines DDPP appliquent aveuglément le code de la consommation et reprochent le caractère abusif de la clause du contrat de séjour qui reprend ces dispositions.

Cas du groupe iso-ressources (GIR) moyen incompatible avec certaines animations proposées : pratique commerciale trompeuse ou maltraitance ?

Par des contrôles diligentés sur les sites internet des EHPAD, certaines DDPP reprochent aux établissements d'adopter des pratiques commerciales trompeuses au sens de l'article L. 121-2 du code de la consommation[4], en présentant les catégories d'animations susceptibles d'être organisées en leur sein.

Au titre du socle des prestations minimales devant être fournies aux résidents, l'annexe 2-3-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit des prestations d'animation de la vie sociale réparties en deux catégories : animations collectives et activités organisées dans l'enceinte de l'EHPAD d'une part, activités extérieures d'autre part.

Autrement dit, un EHPAD doit être en mesure d'organiser et de fournir ces prestations à ses résidents. Mais, dans des situations où le GIR moyen des résidents ne leur permettait pas de participer à une excursion, ou encore lorsqu'aucun résident n'a souhaité prendre part à une activité, certaines DDPP ont reproché au gestionnaire d'avoir trompé le résident-consommateur sur la disponibilité de l'activité proposée qui n'aura pas été réalisée sur la période du contrôle.

Ces situations peuvent faire sourire mais sont réelles. À défaut d'une articulation cohérente entre les pratiques des autorités de contrôle, les gestionnaires d'EHPAD demeureront pris entre le marteau consumériste et l'enclume médico-sociale, au risque de briser l'outil.

[4] « *Une pratique commerciale est trompeuse (...) 2° Lorsqu'elle repose sur des allégations, indications ou présentations fausses ou de nature à induire en erreur et portant sur l'un ou plusieurs des éléments suivants : a) l'existence, la disponibilité ou la nature du bien ou du service ; (...).* »

Gabrielle de CROZALS
Élève-avocat au Cabinet Cormier-Badin-Apollis

TRAVAIL TEMPORAIRE

Recrutement temporaire dans le médico-social : la recherche de flexibilité sous contrôle

Depuis plusieurs années, et plus encore depuis la crise sanitaire liée à la Covid-19, les établissements médico-sociaux sont confrontés à des difficultés structurelles majeures : pénurie de professionnels, besoin accru de flexibilité dans l'organisation du travail, contraintes budgétaires renforcées. Les difficultés de recrutement, en particulier au sein des EHPAD, sont anciennes et largement documentées, notamment par les travaux de la DREES[1]. Dans ce contexte tendu, de nombreux établissements ont cherché à sécuriser la continuité de l'accompagnement des usagers en recourant à des solutions alternatives, comme l'intérim paramédical, mais aussi les plateformes numériques de mise en relation. Ces deux modalités ont fait l'objet de précisions juridiques récentes.

L'interdiction de recours aux aides-soignants micro-entrepreneurs

Dans leur fonctionnement, les plateformes numériques (à l'instar de Médiflash ou Brigad) reposent sur une logique proche de celle de l'intérim paramédical : mettre en relation un professionnel de santé disponible avec un établissement ayant des besoins ponctuels de renfort.

La différence essentielle réside toutefois dans le statut du soignant. Lorsqu'il intervient par l'intermédiaire d'une agence d'intérim, le professionnel est salarié. En revanche, via les plateformes numériques, il exerce sous un statut indépendant (micro-entrepreneur le plus souvent).

Cette distinction n'est pas neutre économiquement. Les professionnels peuvent percevoir, dans ce cadre, une rémunération sensiblement supérieure, tandis que le coût supporté par l'établissement est généralement inférieur à celui de l'intérim classique[2]. À première vue, ce modèle apparaît donc attractif : il répond aux besoins de flexibilité des établissements tout en améliorant la rémunération des soignants.

Cette apparente solution a toutefois été fermement condamnée par la jurisprudence du Conseil d'État qui a confirmé, par une décision du 11 février 2025[3], l'impossibilité pour les établissements médico-sociaux de recourir à des aides-soignants exerçant sous le statut de micro-entrepreneur.

[1] Cf. par exemple : Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD, Études et résultats n° 1067, DRESS, juin 2018.

[2] Après les VTC et les livraisons, la santé s'ubérise à son tour, M. TELLIER, Enquête France info : les professionnels perçoivent une rémunération jusqu'à 20 % supérieure et le coût pour l'établissement est jusqu'à 20 % inférieur comparativement aux tarifs pratiqués par les agences d'intérim.

[3] CE, 11 février 2025, Société Médiflash, n° 491128.

La Haute juridiction rappelle en effet que les aides-soignants ne peuvent être considérés comme indépendants dès lors qu'ils exercent sous l'autorité et le contrôle hiérarchique de l'établissement[4] et que leurs missions relèvent intégralement du rôle propre de l'infirmier[5].

L'encadrement renforcé de l'intérim paramédical

La dynamique de l'intérim paramédical étant devenue particulièrement préoccupante depuis la crise sanitaire, la « loi Valletoux »[6] et ses décrets d'application[7] prohibent désormais le recours à l'intérim pour les professionnels ne justifiant pas d'une expérience professionnelle préalable minimale. Une récente note d'information du ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées précise ce dispositif[8].

Depuis le 28 novembre 2025, les établissements et services médico-sociaux relevant de l'aide sociale à l'enfance, de la protection de l'enfance délinquante, de l'accompagnement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ne peuvent plus conclure de nouveaux contrats d'intérim avec des infirmiers ou des aides-soignants[9] ne justifiant pas d'au moins deux années d'exercice préalable[10].

Cette durée s'apprécie en équivalent temps plein, soit 1 607 heures travaillées par an, pour la même profession ou fonction que celle exercée dans le cadre de l'intérim.

Si la vérification de cette condition incombe en premier lieu à l'entreprise de travail temporaire, les établissements ne sont pas pour autant déchargés de toute responsabilité. Ils doivent impérativement exiger, avant toute signature de contrat, une attestation justifiant de la durée minimale d'exercice du professionnel concerné[11].

En cas de manquement constaté lors d'un contrôle, l'établissement gestionnaire s'expose à une sanction administrative dont le montant peut atteindre jusqu'à 5 % du chiffre d'affaires réalisé en France dans le champ d'activité concerné, ou, à défaut, 100 000 euros[12].

[4] Ils ne peuvent exercer leur activité que dans le respect de l'organisation interne de l'établissement et des emplois du temps arrêtés à cette fin et qu'avec les moyens de l'établissement s'agissant des soins à donner aux patients.

[5] Conformément à l'article R. 4311-4 du code de la santé publique.

[6] Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

[7] Décret n° 2024-583 du 24 juin 2024 relatif à la durée minimale d'exercice préalable de certains professionnels avant leur mise à disposition d'un établissement de santé, d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un établissement ou service social ou médico-social par une entreprise de travail temporaire et décret n° 2025-1147 du 28 novembre 2025 relatif à la durée minimale d'exercice préalable de certains professionnels avant leur mise à disposition d'un établissement de santé, d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un établissement ou service social ou médico-social par une entreprise de travail temporaire et aux sanctions applicables.

[8] Note d'information n° DGOS/RH4/RH5/DGCS/SD4B/2025/149 du 2 décembre 2025 relative à la durée minimale d'exercice préalable à l'intérim au sein des établissements de santé, des laboratoires de biologie médicale et des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

[9] Sont également concernés les médecins, les éducateurs spécialisés, les assistants de service social, les moniteurs-éducateurs et accompagnants éducatifs et sociaux.

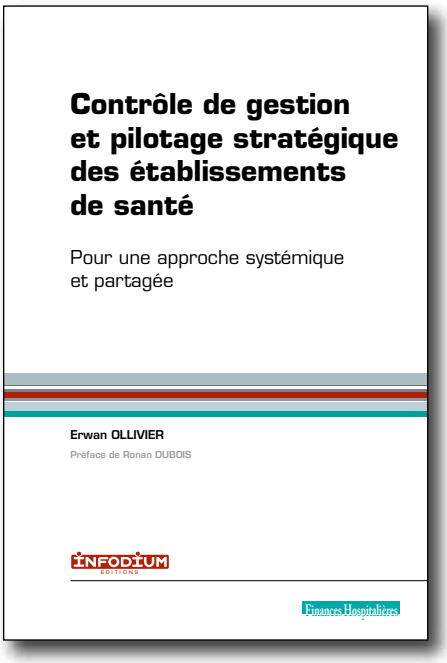
[10] Article R. 313-30-5 du code de l'action sociale et des familles.

[11] Article R. 313-30-6 du code de l'action sociale et des familles.

[12] Article R. 313-30-7 du code de l'action sociale et des familles.

INFODIUM
ÉDITIONS

Le nouvel ouvrage de référence pour les contrôleurs de gestion des établissements de santé



Par **Erwan Ollivier**

Une vision globale au service du pilotage stratégique et opérationnel des établissements de santé.

Alliant expertises et illustrations pratiques, ce nouveau livre permet aux professionnels de :

- **Connaître les spécificités techniques du contrôle de gestion hospitalier**
- **Etablir un bilan stratégique, identifier les risques et les principales marges de manœuvre**
- **Partager un dialogue de performance réactif, simplifié et centré sur l'action**
- **Implanter une culture de l'anticipation et une approche décloisonnée.**

Erwan Ollivier est professeur de contrôle de gestion des établissements de santé à l'EHESP, et consultant en contrôle de gestion.

INFODIUM
ÉDITIONS
www.infodium.fr

BON DE COMMANDE

A compléter et renvoyer avec si nécessaire les informations pour un dépôt sur Chorus à : Infodium C/O Corlet Logistic Service abonnement : ZA La Tellerie CS 20016 61438 FLERS CEDEX - abonnement@infodium.fr - Tél : 02 31 59 25 00

	QTé	HT	TTC
☐ **OUI,** Je commande le livre ***Contrôle de gestion et pilotage stratégique des établissements de santé. Pour une approche systémique et partagée*** par Erwan OLLIVIER, 350 pages. (ISBN : 978-2-9559203-9-8) TVA : 5,5 %	.....	71,09	**75,00**
A partir de 11 exemplaires	.....	55,92	**59,00**
Participation forfaitaire aux frais de port 6 euros (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %		.....	.....
		Total	

☐ Mme, ☐ Mlle, ☐ M.
Nom : ..... Prénom : .....
Établissement : .....
Fonction : .....
Adresse : .....
Code Postal : ..... Ville : .....
Téléphone : ..... Fax : .....
E-mail : .....

Cachet / Signature

Je règle par :
☐ Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'**INFODIUM**.
Je recevrai une facture justificative.

☐ A réception de facture (avec RIB)

INFODIUM
ÉDITIONS
69, avenue des Ternes 75017 Paris
Tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60
couriel : infodium@infodium.fr

Agnès DEFFONTAINES
Cheffe de Service Comptable
Trésorerie Sud Alsace Groupe Hospitalier

FINANCEMENT

Les fonds de dotation : intérêt d'engager une stratégie de mécénat pour les ESMS ?

Levier financier en plein essor, y compris dans le secteur sanitaire, les fonds de dotations demeurent encore sous utilisés dans les établissements médico-sociaux, malgré un besoin prégnant de ressources complémentaires pour financer des projets d'investissement. Pour comprendre la situation, il convient de dresser un panorama de cet outil, d'en analyser le mode de fonctionnement et d'identifier les réticences et les atouts pour les ESMS au regard de la grande flexibilité des dispositifs proposés. S'intéresser à l'opportunité, pour un ESMS, de s'appuyer sur un fonds de dotation, c'est répondre en partie à la nécessité de structurer la collecte de dons (et son corollaire, leur emploi). Les autres alternatives se trouvent dans le recours aux associations locales ou aux dons directs ; ces solutions présentant la même exigence d'organisation pour être optimisées.

Le développement du secteur des fonds de dotation s'inscrit dans le recours accru à la philanthropie comme solution alternative au tarissement des aides publiques combiné aux simplifications réglementaires récentes destinées à soutenir le mécénat.

Il existe aujourd'hui plus de 5 300 fondations en France**,** parmi lesquelles 3 742 fonds de dotation recensés en 2022**,** à comparer avec les 1,5 million d'associations en activité (données issues du rapport 2022 de l'Observatoire de la philanthropie). Ce chiffre a été multiplié par 5 en presque 20 ans, le statut juridique des fonds de dotation ayant été défini en 2008.

Au niveau financier, les fonds de dotation représentent 40 milliards d'euros d'actifs et 15 milliards de dépenses pour l'intérêt général ; ces deux données connaissent une progression proportionnelle à la création continue de nouveaux fonds de dotation.

Dans la plupart des cas, les fonds de dotations sont créés pour répondre à des besoins variés couvrant des domaines d'intervention multiples**,** tels que l'éducation, l'art, l'environnement, la recherche scientifique... souvent simultanément.

Dans le secteur sanitaire, leur périmètre d'action s'inscrit naturellement dans la recherche scientifique et médicale ainsi que dans l'action sociale pour le soutien aux malades.

S'agissant des ESMS, si l'action sociale apparaît comme domaine d'intervention évident vis-à-vis des personnes accompagnées ou des salariés, les investissements en faveur de l'écologie ou d'outils innovants sont aussi de nature à être financés par le biais d'un fonds de dotation.

La crise sanitaire de 2020 a révélé les fragilités du secteur médico-social**,** valorisant en même temps les actions philanthropiques engagées pour lui venir en soutien. Les fonds de dotation véhiculent, par nature, une image positive des entreprises mécènes ; ce serait une erreur de sous-estimer leur intérêt et leur utilité pour aider au financement de projets ciblés qui viendraient apporter un complément utile aux financements actuels et insuffisants des ESMS.

Comment fonctionnent les fonds de dotation ?

Tout d'abord, au plan juridique, un fonds de dotation est une fondation aux modalités de constitutions simplifiées.

La loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 définit une fondation comme l'acte par lequel une ou plusieurs personnes physiques ou morales décident de l'affectation irrévocable de biens, droits ou ressources à la réalisation d'une oeuvre d'intérêt général à but non lucratif.

Son objet lui confère les spécificités suivantes :

- le caractère définitif des libéralités,
- un contrôle a priori par les pouvoir publics,
- la pérennité de son action grâce à l'obligation de pérennité des dotations,
- Une gouvernance au moyen d'un conseil d'administration dédié.

Depuis la loi de 1987, les statuts ont évolué de façon significative pour répondre aux besoins accrus de solidarité. Les fondations s'articulent autour de huit statuts différents, dont quatre statuts généralistes et quatre statuts spécifiques.

Les fonds de dotation, forme simplifiée des fondations, ont été institués par la loi n°2008-776 du 04 août 2008 qui définit le fonds de dotation comme une personne morale de droit privé à but non lucratif qui capitalise des dons pour financer des projets philanthropiques.

C'est dans ce contexte juridique structurant pour la philanthropie, contemporain au cadre rénové de la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) du 21 juillet 2009, que les fondations hospitalières ont émergé.

À sa création, le fonds de dotation nécessite un dépôt de statut en préfecture ainsi qu'un capital financier de 15 000 €. Contrairement aux fondations, le contrôle réglementaire par les pouvoirs publics intervient *a posteriori.*

La dotation financière initiale a vocation à servir de substrat au fonctionnement et garantir la soutenabilité des projets à financer.

À la création du fonds, les fondateurs définissent les objectifs stratégiques et opérationnels et mettent en place une instance de gouvernance en nommant les membres du Conseil d'Administration. Leur implication directe est souvent limitée après la mise en place initiale, sauf mention spécifique dans les statuts ; leur mandat est réduit dans le temps pour assurer un renouvellement.

La responsabilité des fondateurs et des administrateurs est importante. Au-delà de la direction stratégique des projets et des priorités, ils s'engagent sur la gestion administrative, financière et opérationnelle du fonds de dotation.

Les initiatives proposées doivent être en cohérence avec les objectifs et les moyens du fonds. Leur impact doit nécessairement faire l'objet d'une évaluation en aval.

Sur le plan financier, la dotation initiale a vocation à être complétée par des dons collectés au fil du temps. Ces moyens collectés seront investis dans des projets répondant aux statuts et aux orientations stratégiques prises par le Conseil d'Administration. Les rapports d'activité et financiers soumis à une obligation de transparence sont à transmettre en préfecture.

Ces obligations réglementaires ne sont pas spécifiques aux fonds de dotations, mais répondent aux règles régissant le mode associatif.

À la différence d'autres structures à vocation philanthropique, les fonds de dotation constituent des outils flexibles facilement mobilisables.

Les démarches de création et de gestion sont allégées par le contrôle des statuts *a posteriori* et la faiblesse du capital initial à constituer.

La rédaction des statuts offre une grande souplesse par la variété des projets pouvant entrer dans le périmètre d'intervention du fonds.

Les donateurs bénéficient de réductions fiscales avantageuses : 66 % de réduction d'impôt pour les particuliers et 60 % pour les entreprises. Bien entendu, les donateurs bénéficient de l'image positive portée par leur engagement financier pour soutenir tout projet d'intérêt général.

Dans ce contexte, pourquoi le secteur des ESMS ne s'inscrit-il pas dans la tendance actuelle du recours aux fonds de dotation pour diversifier les sources de financement ?

Tout d'abord, l'activité de ces établissements est encadrée par le Code de l'action sociale et des familles. Ce cadre légal et réglementaire a encore évolué récemment en renforçant les obligations des établissements en matière d'information et de transparence financière vis-à-vis des personnes accompagnées (Décret n°2022-734 du 28-04-2022 sur la transparence financière et loi n°2024-317 du 08-04-2024 dite « bien vieillir »).

Ces obligations étant encore renforcées lorsque les établissements sont habilités à accueillir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Ce système particulièrement normé, générateur de lourdeur administrative, ne permet pas de dégager la force de travail nécessaire à la constitution d'un fonds de dotation, sauf à y consacrer un recrutement dédié. Ce constat peut d'ailleurs s'étendre à toute action volontariste de mécénat naturellement consommatrice de ressources humaines.

En outre, comme indiqué *supra*, lors de sa création, le fonds de dotation appelle un capital initial de 15 000 € que très peu de structures sont en capacité de dégager à des fins caritatives. Autrement dit, ce prérequis est rédhibitoire pour les structures en fragilité financière dont les projets, à l'évidence limités, ne peuvent permettre la collecte d'une mise de départ significative pour pouvoir prospérer.

Les modalités de fonctionnement des fonds de dotations exigent, en outre, un apport financier continu pour répondre aux projets qu'ils ont vocation à soutenir. Seule une politique de mécénat très active permet de garantir la régularité des financements, privant, là encore, les entités les plus contraintes alors qu'elles en auraient le plus besoin.

Ensuite, pour identifier les freins, il convient de se pencher sur les sources de financements des ESMS au premier rang desquelles figurent les aides publiques venant de l'Assurance Maladie ou des Conseils Départementaux. S'agissant des Conseils Départementaux, ils ont vocation à financer l'hébergement et la dépendance entrant dans le champ de l'action sociale, l'un des domaines de prédilection des fonds de dotation.

Les financements par les Conseils Départementaux intègrent une dimension politique éventuellement en contradiction avec des sources de financement parallèles, sans réelle lisibilité pour le citoyen.

Dans ces conditions, comment articuler la neutralité des projets portés par un fonds de dotation avec les politiques territoriales défendues par les Conseils Départementaux ?

En outre, quel intérêt trouve un ESMS à opter pour la création d'un fonds de dotation alors que le choix de la simplicité l'orienterait vers le levier de la subvention publique, d'autant que la difficulté à investir constitue l'un des critères fondamentaux à l'octroi d'aides.

Pour autant, les ESMS disposent d'un terreau propice au financement de projets par le biais d'un fond de dotation.

Tout d'abord, l'hébergement en ESMS constitue une étape personnelle et émotionnelle pour les familles qui témoignent souvent leur reconnaissance aux personnels accompagnants par la remise d'un don à la structure d'accueil. À ce titre, il peut s'agir d'une contribution financière ou d'un don en nature (bien immobilier) dans les situations les plus favorables.

Au-delà, les personnes accueillies isolées ou sans descendance s'orientent parfois vers le leg[1].

Il apparaît donc qu'un fonds de dotation présente les meilleurs atouts pour capter ces dons et même les inciter.

En effet, dès lors qu'une structure pérenne est mise en place avec une visibilité sur ses projets et la correcte utilisation des fonds alloués, les dons spontanés ou les campagnes organisées d'appel à la générosité émergent en complémentarité.

À défaut, dans la plupart des situations rencontrées actuellement, les dons étant reçus de façon sporadique, ils ne sont pas orientés vers des projets d'envergure, mais alimentent des besoins ponctuels (sorties, conférences, réalisations artistiques...).

En outre, la participation des familles dans la vie des ESMS est structurée par la réglementation qui impose, depuis 2002, l'installation d'une instance autonome, indépendante de la direction destinée à porter la voix des habitants, le Conseil de la Vie Sociale.

Destiné à donner la parole aux personnes accompagnées sur la vie en établissement, le périmètre d'intervention du Conseil de la Vie Sociale peut concerner des domaines étendus, tels que les projets de travaux ou l'écoresponsabilité.

Au-delà du cadre normé du Conseil de la Vie Sociale, d'autres terrains d'échanges sont possibles en ESMS au travers de consultations, ou de groupes d'expression proposés dans le Code de l'Action Sociale et des Familles.

Ainsi, dans l'hypothèse d'un fonds de dotation adossé à un ESMS, le Conseil de la Vie Sociale, y a toute sa place, que ce soit pour aider à la concrétisation de projets financés, la collecte de dons ou encore la participation à sa gouvernance.

Ainsi, les ESMS disposent déjà d'un espace d'échanges dont les travaux peuvent facilement alimenter les objectifs stratégiques d'un fonds de dotation et font émerger des synergies entre collecte financière et initiatives.

Le Conseil de la Vie Sociale constitue un argument positif à la création d'un fonds de dotation adossé à un ESMS.

De façon plus large, de nombreux ESMS disposent déjà d'associations partenaires destinées à les appuyer sur le champ social (association du personnel, association de bénévoles agissant pour les résidents...). Là encore, ces associations sont à même de drainer des fonds, qu'ils soient destinés à alimenter un fonds de dotation ou à bénéficier directement aux établissements. Au-delà de la collecte de fonds, ces associations, de par leur objet, offrent des débouchés aux sommes collectées.

Au-delà des élans de générosité individuels, le mécénat d'entreprise est inhérent au fonds de dotation ; le monde de l'entreprise n'est pas en marge des défis sociaux et environnementaux dans la cible des fonds de dotation. Étant donné leur fort ancrage territorial et la nature du service qu'ils rendent à la population, les ESMS ont la faculté de faire adhérer les entreprises locales à un dispositif de mécénat ; le retour sur investissement semblant assez évident en termes d'image.

En tout état de cause, particuliers et professionnels bénéficient d'avantages fiscaux comparables en contrepartie du soutien apporté à un fonds de dotation ; cette uniformité dans le traitement fiscal souligne l'importance et la complémentarité de ces deux canaux de financement.

(1) Donations et legs, comment les prendre en compte ? *Autonomie N°5,* octobre-novembre-décembre 2025.

« C'est dans la disproportion entre nos désirs et nos facultés que consiste notre misère. » Jean Jacques Rousseau – *Emile ou De l'éducation.*

Au-delà des freins ou des leviers potentiels, seule l'ambition gouverne la création d'un fonds de dotation adossé à un ESMS.

Ambition sur les levées de fonds, tout d'abord. En effet, la présence d'un fonds de dotation ne se justifie que si l'intention est de drainer des sommes d'argent régulières *a minima* plus importantes que la mise de départ située à 15 000 €.

Ambition sur les projets à financer, avant tout. Seuls les projets d'envergure sont de nature à fédérer entreprises et familles. En la matière, les potentialités du secteur des ESMS sont vastes, qu'il s'agisse de l'action sociale par l'aide aux personnes fragiles, de l'écologie en matière de consommation énergétique ou bien encore de gestion bâtimentaire ou d'amélioration des conditions de travail des personnels.

Ambition enfin sur les synergies à développer entre pouvoirs publics, fondations et EHPAD. La solution est probablement d'agir de façon coordonnée, d'anticiper et d'expérimenter des voies de financement nouvelles en misant sur la complémentarité entre politiques publiques et philanthropie.

Dans une telle perspective, le fonds de dotation est l'outil *ad hoc.*

COMPTABILITÉ

Les évolutions de l'Instruction budgétaire et comptable M22 au 1er janvier 2026

La M22 évolue en particulier pour s'adapter aux GTSMS et au plafonnement de l'intérim paramédical.

Évolutions induites par la mise en place des GTSMS

Instaurés par l'article 6 de la loi du 08 avril 2024, dite « bien vieillir » les GTSMS, Groupements Territoriaux Sociaux et Médicaux Sociaux, proposent une nouvelle forme de coopération entre les EHPAD publics d'un même territoire visant une harmonisation des pratiques, la mutualisation des moyens humains, logistiques et techniques et la recherche d'innovation.

Tous les EHPAD publics ne sont pas tenus d'adhérer à un GTSMS ; les EHPAD membres d'un GHT, Groupement Hospitalier de Territoire, ou gérés par un CCAS, Centre communal d'action sociale, ou un CIAS, Centre Intercommunal d'Action Sociale, échappent à cette obligation.

La nécessité de retracer comptablement l'activité des GTSMS introduit des évolutions dans la nomenclature M22.

Comptes 1068 – 1108 et 1198 et compte de liaison 4568

- Les activités de mutualisation mises en œuvre par un GTSMS sont comptabilisées dans un budget annexe pour les ESMS en budget prévisionnel, BP, ou dans un compte de résultat annexe, CRA, pour les ESMS sous EPRD, État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses.
- Les intitulés de ces comptes sont modifiés en conséquence.

Comptes 131 – 139 – 204 – 2804 et 2904 : Contributions pour la réalisation d'investissements communs

- Les comptes 131 et 139 sont subdivisés en comptes 1314X et 13914X afin d'enregistrer comptablement les investissements pour le compte du groupement ou pour le compte des ESMS membres.
- En contrepartie, les comptes 204, 2084 et 2094 sont subdivisés pour retracer dans la comptabilité de l'ESMS le versement d'une contribution aux investissements communs des groupements de coopération.

Comptes 24

- Les comptes 241 « immobilisations affectées, concédées ou mises à disposition » et 249 « droits du remettant » sont subdivisés pour tenir compte des immobilisations mises à disposition du GTSMS par les ESMS.

Comptes 26 : « Participations et créances rattachées à des participations »

- Le compte 26 est subdivisé afin de retracer les participations au capital du groupement versées par les ESMS lors de sa constitution ou après la phase de constitution initiale.

Comptes 5195 et 551

- L'article L6132-5-1 du Code de la Santé Publique prévoit que les établissements membres d'un même GHT peuvent être autorisés par le DG ARS à mettre en commun leurs disponibilités déposées auprès de l'État.
- Ce même procédé de mutualisation est désormais applicable aux ESMS membres d'un GTSMS ; les comptes 5195 et 551 « Mutualisation entre membres d'un GHT _ avances reçues/versées » sont renommés et subdivisés afin de retracer ce dispositif.

Comptes 653 et 753

- Le compte 653 est renommé et subdivisé pour retracer les contributions aux opérations d'exploitation que peuvent verser les ESMS membres d'un GTSMS.
- Un compte 753 est créé pour comptabiliser les contributions perçues par les GTSMS.

Comptes 655 et 755

- 655 : Quote-part de résultat sur les opérations faites en commun
- 755 : Contributions financières
- Le compte 6551 est renommé.
- Le compte 6552 est créé afin d'enregistrer les dépenses relatives aux prestations fournies par un groupement de coopération à ESMS.
- De la même manière, les prestations fournies par un ESMS pour le compte du GTSMS dont il est membre seront retracées dans un compte 7552.
- Le compte 7551 est renommé.

Évolutions introduites par le plafonnement de l'intérim paramédical

La loi de financement de la Sécurité Sociale, LFSS 2025, codifiée à l'article L313-23-3 du Code de l'action Sociale et des Familles, introduit pour les ESMS autonomes (c'est à dire non rattachés à un établissement public de santé sous nomenclature M21), un plafonnement des dépenses d'intérim paramédical facturées par les entreprises de travail temporaire.

Les contrats de gré à gré passés entre les professionnels et les établissements ne sont pas visés par cette mesure ; seules les dépenses par l'intermédiaire d'ETT sont concernées.

Comptes 62113 et 62114

- Le compte 62113 « dépenses d'intérim médical et paramédical » est renommé en « dépenses d'intérim médical » et le compte 62114 « dépenses d'intérim paramédical » est créé afin de distinguer les deux types de dépenses.
- Il est à noter que si les dépenses d'intérim paramédical des ESMS autonomes ne sont pas soumises au contrôle de légalité par le comptable public – alors qu'elles le sont pour les ESMS rattachés – le Directeur de l'ESMS est tenu de veiller au respect des plafonnements pour protéger sa responsabilité de gestionnaire public.

CONTRÔLE

Les ADAPEI sous l'œil des chambres régionales des comptes

Les chambres régionales des comptes ont contrôlé dans une période récente cinq associations départementales des parents et amis de personnes handicapées mentales (ADAPEI)[1]. Les rapports d'observations définitives, publiés au cours de l'année 2025[2], décrivent un large panorama de ces associations qui sont des acteurs majeurs de la prise en charge du handicap dans leur département d'implantation.

Des acteurs majeurs de la prise en charge des enfants et adultes handicapés

Des acteurs majeurs de la prise en charge des enfants et adultes handicapés, les ADAPEI gèrent des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) accueillant des enfants et des adultes présentant essentiellement des handicaps mentaux et cognitifs (déficience intellectuelle, autisme, troubles envahissants du développement, troubles psychiques, handicaps associés..) et offrent des prises en charge diversifiées en internat, semi-internat et externat et à domicile. Parmi les structures gérées figurent des instituts médico-professionnels (IMPRO), des instituts médico-pédagogiques (IMP), des instituts médico-éducatifs (IME), des services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) des établissements et service d'aide par le travail (ESAT), des foyers d'accueil occupationnel (FAO), des foyers d'hébergement pour personnes handicapées (FHPH), des foyers de vie (FDV) et des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)... L'une des associations contrôlées a élargi son champ d'intervention à la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Ces associations occupent une place prédominante dans l'offre médico-sociale et accompagnent entre un et plusieurs milliers de bénéficiaires selon les départements.

Elles sont employeurs d'effectifs de personnel importants, de l'ordre de plusieurs centaines, voire du millier d'équivalents temps plein (ETP) aux profils variés (médecins, éducateurs, psychologues, gestionnaires, psychomotriciens...) et sont financées très majoritairement sur des fonds publics, provenant de la branche autonomie de la Sécurité sociale et des départements, sous les autorités de tarification et de contrôle de l'agence régionale de santé (ARS) et du président du conseil départemental.

[1] Initialement dénommée « *Association départementale des amis et parents d'enfants inadaptés* ».

[2] Les rapports d'observations définitives (ROD) sont publiés sur le site de la Cour des comptes https://www.ccomptes.fr/fr/publications?f%5B0%5D=institution%3A-1.

Une gouvernance qui s'écarte parfois du modèle historique

Les statuts des ADAPEI prévoient que les décisions stratégiques sont prises par les membres de l'association composée des parents et des proches des personnes accompagnées, majoritaires dans les instances dirigeantes, ce qui favorise ainsi une approche centrée sur les besoins et les droits des bénéficiaires.

Cependant ce modèle historique n'est pas toujours strictement suivi. Une chambre note que, dans les trois associations qu'elle a contrôlées, l'équilibre entre les conseils d'administration (CA) et les directions générales reste insuffisant ; si dans l'une, le fonctionnement paraît structuré, dans les deux autres, des pratiques hétérogènes sont constatées, soit que le CA est cantonné à un rôle d'approbation, soit que les décisions sont prises sans validation formelle en raison de la dilution des responsabilités liée aux délégations et subdélégations multiples, parfois informelles.

Dans une autre association, le fonctionnement des commissions et l'organisation interne sont jugés perfectibles et, surtout, il est constaté que la réduction de la représentation des familles au sein du CA est en rupture avec le modèle historique des ADAPEI.

Une quatrième association, selon la chambre, semble avoir stabilisé son fonctionnement institutionnel, après une période conflictuelle marquée par de profonds désaccords entre membres du CA et certains cadres de direction, ayant engendré de nombreux départs, volontaires ou non, et des contentieux, notamment prud'hommaux, ainsi qu'une détérioration des relations entre administrateurs et un changement de présidence.

Enfin une chambre observe, concernant trois ADAPEI, qu'elles *« ... évoluent au sein d'écosystèmes juridiques, financiers et organisationnels complexes, intégrant des filiales, des sociétés civiles immobilières (SCI), des fonds de dotation, des prises de participations dans des sociétés et des marques. Ces montages, parfois anciens, peuvent répondre à des objectifs de gestion patrimoniale ou de développement d'activités. Toutefois, échappant en grande partie à la vigilance des autorités de tarification et de contrôle, ils présentent aussi des risques en matière de gouvernance, de transparence, de conformité réglementaire et d'efficience dans l'utilisation des fonds publics. Cette complexité est source de perte de lisibilité et de contrôle autant pour la gouvernance associative que pour les financeurs ».*

Des stratégies de développement et d'adaptation à conforter

Pour ces trois ADAPEI, la chambre constate que *« les projets associatifs manquent d'opérationnalité : dépourvus d'indicateurs, de plans d'actions et d'échéances, ils ne permettent ni pilotage stratégique ni évaluation »* et recommande de reconfigurer l'offre pour prévenir les ruptures de parcours. Cependant, elle reconnait que ces associations « *développent des dispositifs innovants favorisant l'accès au milieu ordinaire »* et s'efforcent de faire évoluer la prise en charge des travailleurs handicapés vers une logique de parcours et d'inclusion, avec des résultats encourageants.

Le vieillissement des usagers constitue un défi pour les ADAPEI. Elles doivent maintenir dans les structures destinées aux enfants de jeunes adultes relevant de l'« amendement Creton »[3] du fait de l'insuffisance de l'offre pour les adultes. Pour les bénéficiaires les plus âgés, le transfert vers les EHPAD demeure la règle, malgré les ruptures qu'il engendre. Une association contrôlée a adapté sa stratégie en conséquence en reprenant la gestion de trois EHPAD et en expérimentant un pôle d'activités et de soins adaptés pour personnes handicapées vieillissantes.

[3] « *L'amendement Creton* » à la loi du 13 janvier 1989 permet le maintien, dans l'attente d'une solution adaptée, de jeunes handicapés âgés de plus de vingt ans dans les établissements médico-sociaux pour enfants handicapés qui les accueillent. Cette disposition est codifiée à l'article L. 242-4 du CASF.

Un pilotage des ressources humaines perfectible

Les magistrats formulent de nombreuses observations sur la façon dont les associations contrôlées gèrent leurs ressources humaines pour lesquelles elles ne disposent pas toujours des outils en rapport avec l'importance de leurs effectifs, qui sont en augmentation, et le volume de leur masse salariale.

Une chambre note que la crise sanitaire de la covid 19 s'est traduite dans le secteur médico-social par une augmentation des démissions de personnels, du taux d'absentéisme et des postes vacants.

Il est noté que la convention collective applicable au secteur confère aux salariés des avantages à congés supérieurs au droit commun, entraînant un recours accru aux remplacements et à l'intérim, coûteux et nuisant à la continuité des accompagnements.

S'agissant des rémunérations, il est constaté un manque de traçabilité des prises de décisions, une faible formalisation des critères d'attribution ou d'évolution des primes et des compléments indemnitaires, parfois versés hors du cadre légal ou conventionnel. Dans une association la chambre souligne la dérive dans l'attribution d'indemnités de départ, au nombre de 248 pour un coût total de 3,3 M€ de 2019 à 2024.

Des critiques portent également sur la gestion de temps de travail et son suivi, du fait de la complexité des règles applicables localement et du caractère imparfait des outils informatiques

D'une manière générale, il est jugé que le processus de gestion des ressources humaines présente des lacunes et des irrégularités sur l'ensemble des étapes du recrutement à la gestion du temps de travail.

Des situations financières contrastées

La situation financière des associations contrôlées, sur laquelle il est souligné que les financeurs publics ne disposent pas d'une vision consolidée, comporte à la fois des points de solidité et des zones de fragilité.

Une chambre ayant contrôlé trois associations de sa région constate l'insuffisance de leur contrôle interne et considère qu'elles « *ne sont... pas en capacité de maîtriser leur gestion, leurs opérations et les risques de fraude* ».

Sur ces cinq associations, deux présentent une situation solide, caractérisée par des excédents, une capacité d'autofinancement (CAF) largement positive générant un fonds de roulement confortable et une trésorerie élevée, et un faible endettement. Il est noté pour l'une d'entre elles qu'elle a été peu affectée par la crise sanitaire de la Covid-19 et, pour une autre, la chambre s'interroge sur la pertinence des emprunts réalisés compte tenu d'une trésorerie surabondante.

Une troisième association est globalement excédentaire, à la notable exception des EHPAD qu'elle gère qui nécessitent un plan de redressement. En l'absence de plan pluriannuel d'investissement et compte tenu de son niveau d'endettement, la chambre appelle cette association à une gestion plus rigoureuse.

Les deux dernières associations connaissent une situation financière plus dégradée. Pour l'une, les autorités de tarification ont diligenté un audit budgétaire, financier et comptable, portant sur les exercices 2017 à 2021, suivi d'un plan de retour à l'équilibre (PRE) pour 2023-2028. Pour l'autre, le déséquilibre d'exploitation à partir de 2022 conduit au constat d'une CAF quasiment inexistante en 2023 et à la nécessité d'opérer des prélèvements sur le fonds de roulement, malgré l'octroi d'une aide exceptionnelle, et la chambre de conclure que « *Dans tous les cas, un fonctionnement dans les conditions actuelles n'apparaît pas viable financièrement* ».

Hélène de FAVERGES
Directrice d'Hôpital

ENFANCE

La protection de l'enfance à l'hôpital : le mariage de la carpe et du lapin ?

Un premier centre de santé dédié aux enfants relevant de la protection de l'enfance a été inauguré à l'hôpital. Un modèle innovant qui répond à des besoins sanitaires majeurs et ambitionne de se déployer.

Le Centre Asterya, premier centre de santé dédié à la protection de l'enfance, vient d'être inauguré ce 10 décembre, en présence d'un aréopage d'institutionnels, ministres, parlementaires, élus locaux, mécènes. Lors de la première pierre, la ministre du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles avait souligné son vœu de voir ces centres se multiplier en région. La dynamique portée par le Pr Greco (AP-HP, hôpital Necker) est donc pleinement en marche.

La situation sanitaire de ces enfants est catastrophique, en dépit des lois successives, et notamment la loi *Taquet* du 7 février 2022, imposant un bilan de santé à l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance, au cours duquel des soins sont éventuellement prescrits. Les enfants concernés sont victimes de négligences et/ou de violences, qui ont des conséquences graves sur leur santé. Ils sont aussi parfois en situation de handicap (25 % des enfants confiés ont une notification MDPH) ou atteints de pathologies et troubles chroniques. Le besoin de soin est donc majoré par rapport à la population générale, pour des enfants qui n'ont personne pour les défendre ni aller chercher des ressources soignantes là où elles se trouvent.

Le résultat se décline en termes de trajectoire pathologique qui obère lourdement l'avenir de ces enfants : 5 % préparent un bac général à 17 ans et 1 % seulement s'engage dans des études supérieures. Leur insertion psychosociale est compromise. 45 % des jeunes sans abris de 18 à 25 ans sont issus de la protection de l'enfance.

Les pouvoirs publics ne peuvent se désintéresser de ces enfants si vulnérables et l'hôpital est un bon levier de soins, mais il ne peut agir seul dans la mesure où les besoins de prise en charge primaire sont colossaux, excèdent les capacités hospitalières et seraient plus adaptés en ville. Concrètement, l'atomisation des intervenants de ville met les structures médico-sociales en échec, dans l'incapacité de se démultiplier entre tous les professionnels susceptibles de contribuer au parcours de soin de chaque enfant.

La solution ASTERYA est donc un compromis subtil entre toutes ces contraintes, mais elle implique aussi des questionnements organisationnels et structurels complexes pour lesquels il faudra être créatifs, voire trouver des solutions qui aujourd'hui, n'existent pas.

Une genèse militante

Nous sommes mis en contact par l'ASE de Paris, un soir de septembre 2020, avec le Pr Céline Greco, cheffe du service de médecine palliative et douleur de l'hôpital Necker. Elle est une figure reconnue de la protection de l'enfance, siège au Conseil National de la Protection de l'Enfance, et a raconté son propre parcours d'enfant placée dans un livre éblouissant, *La démesure*. Son parcours est exceptionnel et c'est sans doute le plus triste ; elle ne veut pas servir d'alibi à des dispositifs dysfonctionnels et se bat sans relâche pour améliorer les prises en charge.

Nous observons que le repérage des enfants victimes de violence par les SAU et les services de pédiatrie est aléatoire. Certains produisent beaucoup d'informations préoccupantes, d'autres quasiment pas, et cette divergence nous interroge. Elle révèle un malaise des professionnels : en identifiant la violence, ils craignent de compromettre l'alliance thérapeutique avec les familles. Par ailleurs, les situations ne sont jamais simples : la maltraitance est difficile à objectiver, il faut être formé pour bien diagnostiquer.

Grâce à un financement de la Fondation des Hôpitaux, nous armons dans nos hôpitaux pédiatriques des équipes composées d'un médecin et deux professionnels, infirmier, assistant socio-éducatif, puériculteur ou encore psychologue. Leur mission est de repérer les situations de négligence ou violence, de détecter des signaux parfois faibles, de prendre les mesures de protection qui s'imposent (mesure éducative, information préoccupante ou saisine du procureur), d'orienter le jeune vers un parcours de soin adapté. Ce financement mécène est apte à nous fournir la preuve que notre concept est opérant.

Très rapidement, ces équipes sont submergées de demandes : elles se sont imposées comme des partenaires susceptibles de préserver l'alliance thérapeutique pour le service, comme des professionnels aptes à évaluer finement la situation, donc à rendre un avis expert fiable. Or, la vulnérabilité de ces enfants, les difficultés de leurs familles, les conduisent à fréquenter souvent l'hôpital public.

Les pouvoirs publics suivent et soutiennent

Dès la fin 2021, la DGOS pérennise ces équipes, qui deviennent des Unités d'Accueil Pédiatriques Enfants En Danger (UAPED). Prévues à une par département, nous devons à l'implication du DG ARS d'alors le maintien de nos 3 équipes parisiennes, compte tenu de la densité de population et de la prévalence des cas de négligence et maltraitance. La pérennisation est une bonne nouvelle, mais le budget affecté est clairement insuffisant : 160 K€ pour un calibrage imposé à 1 ETP PM et 2 ETP PNM. Clairement, la mission exige d'être portée par des professionnels expérimentés. Et donc, le coût de l'équipe répondant aux prescriptions de l'instruction s'élève plutôt à 250 K€, hors dépenses de T2 et T3 et charges indirectes. Le budget est donc notoirement insuffisant. L'instruction prévoit aussi une coordination médicale des équipes départementales, les Équipes Pédiatriques Référentes Régionales Enfance en Danger (EPRRED), financées à hauteur de 115 K€, soit à peu près un 0,5 PM et un PNM.

La première difficulté tient à ce calibrage financier insuffisant, qui implique que les établissements porteurs contribuent sur leurs budgets à un dispositif de santé publique dont le bénéfice excède largement le champ de l'hôpital. Cette distorsion entre financement et bénéfice interroge. La seconde difficulté tient à l'insuffisant calibrage de ces équipes qui induit une charge mentale et des conditions de travail épuisantes. La troisième difficulté tient à la frustration des équipes : le dispositif fonctionne à plein très rapidement, et des services qui ne produisaient jamais d'IP délèguent cette fonction ingrate à l'UAPED, homogénéisant les pratiques entre services, ce qui se traduit immédiatement par une hausse des signalements. Donc les UAPED produisent des signalements mais sont dans l'incapacité d'orienter tous ces enfants, faute d'offre de soins adaptée et disponible.

Qu'à cela ne tienne, le Pr Greco, devant ce constat, décide de créer elle-même l'offre de soin qu'elle revendique, et l'AP-HP accepte de l'accompagner dans ce projet d'une ambition démesurée.

« C'était impossible, alors ils l'ont fait » (Mark Twain)

Le Pr Greco crée une association, IM'PACTES, qui agit en faveur des enfants placés autour de trois thématiques : la santé, la scolarisation et la culture, considérant audacieusement que ce sont là les trois piliers de l'intégration sociale ultérieure. IM'PACTES lève donc des crédits philanthropiques pour proposer à ces enfants du soutien scolaire, des sorties culturelles et pour bâtir un espace dans lequel ils pourront recevoir les soins prescrits par leur état souvent très défaillant.

Concernant la santé, trois parcours d'intensité variable ont été élaborés : le bilan complet à l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance, et subséquemment pour les enfants nécessitant des soins itératifs, un programme bi-mensuel et un programme intensif. Les ressources médicales et soignantes mobilisées pour ce faire sont conséquentes parce que les besoins de ces enfants sont lourds, complexes et impliquent de multiples compétences : pédiatre, pédopsychiatre, orthophoniste, IDE, APA, conseiller d'orientation, psychomotricien, psychologue... ; il s'ensuit qu'ils correspondent à un hôpital de jour.

A ce moment-là, plusieurs questions administratives se posent, qui sont particulièrement complexes car ce mariage entre le sanitaire, l'éducatif, le médico-social et le social est un angle mort de la coopération très intriquée qu'impliquent ces parcours de soin. En premier lieu, la facturation d'un HdJ implique une autorisation de médecine pédiatrique, régie par un OQOS distribué avec parcimonie dans le nouveau régime des autorisations. L'association avec un service de pédiatrie est donc indispensable, mais ses modalités ne sont pas classiques et nécessitent donc la coopération de la tutelle pour qu'une autorisation soit accordée malgré un mode d'exercice potentiellement dérogatoire, voire baroque.

La forme même de la collaboration entre un partenaire public et une association, en cours d'acquisition de son statut d'utilité publique, interroge également : faut-il constituer une personne morale autonome, par exemple dans le cadre d'un GCS, ou une convention simple entre les deux partenaires suffit-elle ? Et cet éventuel GCS est-il de moyens ou exploite-t-il un établissement de santé autonome, confronté à l'EPRD, au PGFP et à toutes les contraintes administratives d'un hôpital *sui generis* ?

Enfin, la coopération intriquée d'une personne morale de droit privé et d'un hôpital public pose des questions statutaires et de gestion RH épineuses : la coexistence de personnels hospitaliers mis à disposition et de personnels de droit privé salariés par l'association induit de possibles tensions sur la rémunération, les droits et sujétions. La situation n'est pas nouvelle. Mais en l'occurrence, cette coexistence est étroitement liée à l'ADN du partenariat et les solutions assurant la coexistence des professionnels devront être trouvées d'emblée, pour garantir le déploiement harmonieux d'une activité moralement et professionnellement exigeante.

Des choix de gestion ambitieux, un démarrage en trombe et des perspectives d'avenir

Le local est rapidement trouvé : il s'agit d'une école désaffectée depuis la rentrée scolaire 2024, que la ville de Paris met à disposition d'Asterya aux termes d'un bail emphytéotique et à la condition que le bâtiment serve à des enfants. Un espace attenant servira de restaurant d'apprentissage, permettant de former des jeunes des structures partenaires aux métiers porteurs de la restauration.

Asterya procède aux travaux sur ses fonds propres, issus des recettes philanthropiques. L'espace est composé de boxes de soin, de salles collectives, d'un *open space* tertiaire favorisant une synergie entre les professionnels, d'espaces d'apaisement et de jeu pour les enfants, au nombre desquels un toboggan géant permettant une descente rapide des étages !

Les partenaires font finalement le choix de fonder un GCS qui ne porte qu'un petit nombre d'engagements communs. Cette structure légère a plutôt pour bénéfice de cadrer le partenariat institutionnel, en laissant une place importante à IMPACTES dans la gouvernance du centre. Les objectifs du GCS concernent des aspects périphériques au soin. Les objectifs communs et la comitologie sont restreints, mais ils permettent une bonne acculturation des professionnels.

Ce qui a permis cette superstructure agile, c'est le portage complet de l'activité par l'hôpital Necker (AP-HP). En effet, la possibilité dans le régime des autorisations de déployer une activité d'HdJ en dehors du site principal a permis à Necker de développer l'activité strictement soignante à Asterya. Ce sont donc les équipes de Necker qui assument les fonctions médicales et soignantes d'Asterya. Ce point n'est pas sans conséquence sur le plan statutaire, puisque les professionnelles s'imputent sur le TPER de l'hôpital, et y sont gérés.

Le choix d'un montage en HdJ est de bon sens : ces enfants très complexes et fragiles nécessitent un encadrement soignant solide et qui répond aux préconisations de l'HdJ tant en termes de charge en soin (articulation de plus de 3 interventions, sous coordination médicale, effectuées sur la demi-journée autant que possible) et de contexte patient. Interrogés informellement, la CNAM et le ministère de la Santé avaient confirmé cette analyse. Les programmes de soin sont de 3 niveaux :

Bilans à l'entrée dans le dispositif, qui détermine les besoins en santé de l'enfant :

- Besoins restreints à des contrôles annuels effectués en ville (ex. contrôle de la croissance, de la vision, des dents).
- Parcours renforcé : soins itératifs, évalués en moyenne à un HdJ mensuel, associant des soins somatiques, psychiatriques, de réadaptation.
- Parcours intensifs : soins hebdomadaires.

De même, l'ensemble des équipements, approvisionnements et maintenances sont assurés par les équipes de Necker, ce qui implique une complexité particulière compte tenu de la distance entre Asterya (12ème arrondissement) et Necker (15ème). Il a donc fallu être très créatif pour identifier des circuits adaptés.

Asterya a ouvert ses portes le 2 novembre 2025 à la première équipe complète de professionnels, pédiatres, pédopsychiatres, médecins généralistes, psychologues, psychomotriciens, infirmiers... L'équipe est enthousiaste, consciente d'inaugurer un mode de soin alternatif répondant à un besoin urgent et susceptible d'infléchir la trajectoire pathologique des jeunes patients. Du reste, sur les effectifs de patients d'Asterya et avec le suivi des structures de l'ASE, il sera intéressant de mener des études pour évaluer le ratio dépense de soin / dépense évitée ultérieurement, qui fonde la pertinence des politiques préventives.

Les perspectives sont stimulantes : le modèle de soins musclés est largement partagé comme répondant aux besoins, et il est probable que le modèle Asterya se développera très rapidement en région, comme l'avait prédit la ministre C. Vautrin. Plusieurs possibilités de partenariat se présentent, avec des opérateurs ESPIC ou publics partageant les valeurs qui président à ce projet.

La première année d'exercice d'Asterya permettra aussi de tester les hypothèses quantitatives, d'évaluer la capacité des structures à se mobiliser pour honorer les HdJ, d'expérimenter les obstacles et de fournir aux centres suivants des clés opérationnelles.

Le Pr Greco et ses équipes élaboreront le modèle type, diffusable en région en dépit de caractéristiques très différentes en IDF, à commencer par le réseau de transports et la disponibilité des partenaires, notamment médicaux. Et, sur le sujet passionnément humain que sont les plus vulnérables de nos enfants, ce modèle Asterya demeure un très bon levier pour faire sauter les silos et mettre en synergie les domaines d'exercice permettant de construire un parcours de soin et d'insertion optimal, et contribuer à fonder une société plus inclusive et solidaire. Incarner, en somme, les valeurs de notre République.

Nassim MOUSSI
Architecte – ESTP

BÂTIMENTS

Architecture et économie circulaire : repenser la rénovation des Ehpad à moindre coût

Les Ehpad constituent un patrimoine architectural et humain essentiel mais fragilisé. Derrière les crises médiatisées liées au manque de personnel ou à la dépendance croissante des résidents, une autre réalité se dessine : celle d'une crise constructive et financière qui écorne leur avenir. En France, on compte près de 7 500 établissements, dont environ 60 % ont été construits avant 1995[1]. Ces bâtiments sont marqués par l'usure, les normes (parfois obsolètes), et des consommations énergétiques très au-dessus des seuils actuels. L'entretien atteint en moyenne 500 €/m²/an[2], ce qui représente pour un Ehpad de 80 lits plus de 400 000 € de charges récurrentes. La flambée des coûts de l'énergie (+40 % en cinq ans[3]), la hausse du prix du foncier dans les zones urbaines et le renchérissement des prestations sous-traitées aggravent encore la situation.

L'Ehpad, pilier social, mais édifice fissuré par le temps et les coûts.

Le contexte semble esquisser un problème autant budgétaire qu'architectural. Les Ehpad sont financés par une tarification jugée obsolète par la Cour des comptes[4], qui contraint leurs recettes alors même que leurs dépenses augmentent mécaniquement. Selon l'ANAP, leur capacité d'autofinancement nette oscille entre 0 et 2 % du budget annuel[5], soit une quasi-impossibilité de financer une rénovation dite lourde. Or, celle-ci représente entre 9 et 13 millions d'euros pour un établissement d'une échelle moyenne de 80 lits[6]. Les aides publiques couvrent rarement plus de 30 % des coûts, et l'endettement bancaire, même à taux bas (2 %), suppose des retours sur investissement supérieurs à 20 ans. A cela s'ajoutent les évolutions de prix des travaux de construction des établissements sanitaires et médicaux-sociaux relatées par les notes de conjoncture économique de l'ANAP. On notera l'indice national du bâtiment, le fameux « indice BT01 » qui donne le droit aux constructeurs de réviser le montant de leur devis en fonction des fluctuations du marché. La forte progression des prix de construction connue depuis 2019 (crise sanitaire, sortie de confinement, guerre en Ukraine et Moyen-Orient, conflits internationaux et géopolitique instable) stagne au 1er semestre 2025. Mais à quel prix ? Autrement dit, le modèle économique actuel est d'ores et déjà irrespirable.

[1] CNSA, *Panorama des établissements médico-sociaux*, 2021.

[2] ANAP, *Guide de valorisation patrimoniale*, 2018.

[3] ADEME, *Évolution des prix de l'énergie*, 2022.

[4] Cour des comptes, *Rapport sur les Ehpad*, 2023.

[5] ANAP, *Observatoire des coûts Ehpad*, 2019.

[6] ANAP & DGCS, *Étude sur les coûts de réhabilitation des Ehpad*, 2020.

L'architecture réversible comme horizon ?

Face à cette impasse, une alternative constructive se dessine : l'architecture hors site et modulaire. La méthode consiste à fabriquer en usine les éléments constructifs (chambres, façades, salles techniques), avant de les assembler rapidement sur site. Loin d'être une expérimentation marginale, elle est déjà utilisée dans plusieurs pays asiatiques (Chine, Indonésie notamment) pour des hôpitaux et résidences médicalisées[7].

En matière de construction neuve, on peut citer le complexe de Pak Shing Kok situé à Tseung Kwan[8] (Quartier à Hong Kong). Un quartier construit sur une étendue artificielle de terre gagnée sur l'eau. Il s'agit d'un complexe de logement pour le personnel des pompiers de Hong Kong de 17 étages constitué d'environ 650 appartements. Le projet est colossal, il a été achevé en 2 ans ½ soit neuf mois plus tôt qu'il n'aurait fallu si des méthodes de construction conventionnelles avaient été utilisées, selon une étude mené par des chercheurs du Centre pour l'innovation dans la construction et le développement des infrastructures de l'Université de Hong Kong[9].

Un nouveau paradigme de la réhabilitation des Ehpad

S'agissant de réhabilitation, les avantages techniques sont nombreux pour les Ehpad. Héritiers, en partie, d'une architecture d'après-guerre standardisée, ils disposent d'une réelle carte technique pour demain : leur flexibilité par « opération tiroir ». En réhabilitation, une opération tiroir désigne une méthode de phasage consistant à libérer temporairement un bâtiment en site occupé ou une partie d'ouvrage (le « tiroir ») afin d'y reloger provisoirement les usagers pendant que les travaux sont réalisés dans leur espace d'origine. Une fois ce premier chantier terminé, les nouveaux résidents intègrent le nouveau logement, et le « tiroir » peut accueillir un nouveau groupe lors de la phase suivante. C'est un procédé d'alternance spatiale permettant de maintenir l'activité (ex. Ehpad, hôpital, logement collectif) tout en réhabilitant successivement chaque zone sans interruption de service.

En ce sens, la préfabrication réduit de moitié la durée des chantiers et limite les nuisances pour les résidents. Les modules garantissent une qualité d'exécution constante, insensible aux aléas climatiques. Chaque unité peut être rénovée ou remplacée en quelques jours, sans fermeture prolongée des services. Cette architecture devient ainsi réversible : les espaces sont modulables, adaptables aux évolutions de la dépendance, voire déplaçables. Ainsi, une équation vertueuse prend tout son sens : « Rapidité + qualitatif = possible ».

La seconde vie des Ehpad : sortir de la spirale des coûts

Sur le plan financier, l'industrialisation transforme radicalement l'équation. Les coûts globaux sont réduits de 20 à 30 % par rapport aux méthodes traditionnelles[10]. Pour un Ehpad de 80 lits, l'investissement net peut descendre à 6-7 millions d'euros (contre 9-13 millions en classique). Les gains de fonctionnement sont substantiels : économies énergétiques de 20 à 40 %, soit 200 000 à 300 000 €/an, et baisse des coûts de maintenance estimée à 100 000 €/an[11]. À cela s'ajoutent des recettes indirectes : amélioration du taux d'occupation (+5 % en moyenne après rénovation[12]), réduction de l'absentéisme du personnel grâce à un environnement plus ergonomique.

En cumulant ces effets, le retour sur investissement tombe sous les 10 ans. À l'heure où l'inflation renchérit chaque mois les matériaux[13], le hors site offre une sécurisation budgétaire précieuse : les prix sont fixés en amont et la standardisation protège contre les surcoûts imprévus.

[7] Evaluating Modular Healthcare Facilities for COVID-19 Emergency Response - A Case of Hong Kong, 2022.

[8] https://www.scmp.com/news/hong-kong/society/article/3121797/hong-kong-high-rise-project-shows-how-prefabricated-building

[9] https://www.scmp.com/news/hong-kong/society/article/3260029/hong-kong-encourage-use-pre-made-housing-more-private-sector-incentives

[10] Fédération française du bâtiment, *Construction hors site : état des lieux*, 2022.

[11] ADEME, *Rénovation énergétique et performance globale des bâtiments de santé*, 2021.

[12] KPMG, *Performance économique des Ehpad après rénovation*, 2020.

[13] INSEE, *Indices des prix des matériaux de construction*, 2022.

La conclusion est claire : la rénovation modulaire n'est pas une option esthétique, mais une nécessité stratégique. Elle permet de concilier trois objectifs :

- Soutenir financièrement les Ehpad en réduisant les coûts globaux et en stabilisant les investissements.
- Répondre à l'urgence écologique, en diminuant fortement l'empreinte énergétique et en intégrant des matériaux biosourcés.
- Préparer l'avenir des établissements par une architecture réversible et adaptable, capable de suivre l'évolution des besoins en dépendance.

Si la France veut éviter une crise systémique de ces établissements, elle doit mobiliser dès maintenant les leviers financiers existants (subventions ciblées, contrats de performance énergétique, obligations vertes solidaires) et les innovations architecturales circulaires pour massifier ces modèles. Ainsi, soit nous réhabilitons en offrant une seconde vie, soit nous condamnons des milliers d'établissements à une lente obsolescence. Le chantier en reste passionnant.

Thomas LEMOING

PILOTAGE STRATÉGIQUE

PCH

Le poids des dépenses de la prestation de compensation du handicap dans l'évolution des dépenses sociales et médico-sociales des départements

Les départements sont les collectivités locales chefs de file de l'action sociale. À ce titre, ils sont financeurs d'allocations individuelles de solidarité (AIS) au nombre de trois : le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH). Mise en place en 2006 par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées[1], la PCH a pour but de remplacer l'allocation compensatrice de tierce personne (ACTP). Celle-ci constituait au préalable le principal dispositif de financement de l'aide humaine pour les personnes en situation de handicap par les départements. Les bénéficiaires de moins de 60 ans en 2006 ont eu un droit d'option entre la conservation des droits liés à l'ACTP et la perception de la PCH. Dès lors, l'ACTP en tant qu'allocation a été mise en extinction progressive.

[1] https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647

Parmi les bénéficiaires, si les personnes de plus de soixante ans peuvent effectuer un choix entre l'APA et la PCH, les personnes de moins de 20 ans peuvent bénéficier de la PCH en substitution du complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). La PCH peut venir en financement dans cinq types de domaines en particulier : les aides humaines, les aides techniques, les aménagements du logement et du véhicule, les charges exceptionnelles et les aides animalières. Elle est désormais ouverte aux personnes en situation de handicap intellectuel, cognitif, psychique, présentant un trouble du neurodéveloppement. Afin d'être éligible, il faut présenter *« une difficulté absolue pour la réalisation d'au moins une activité »* ou bien *« une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités »* parmi les 20 définies dans l'annexe 2-5 du code de l'action sociale et des familles (CASF).
Dans cette analyse, nous allons proposer une étude la plus actualisée possible de la situation financière des départements au niveau macroéconomique, un regard sur l'évolution du nombre d'allocataires de la PCH et sur les dépenses engendrées en conséquence, avant de nous pencher sur les raisons de cette progression rapide du nombre de bénéficiaires ainsi que des dépenses consacrées. Enfin, nous tenterons de dégager des pistes de réflexion pour l'avenir.

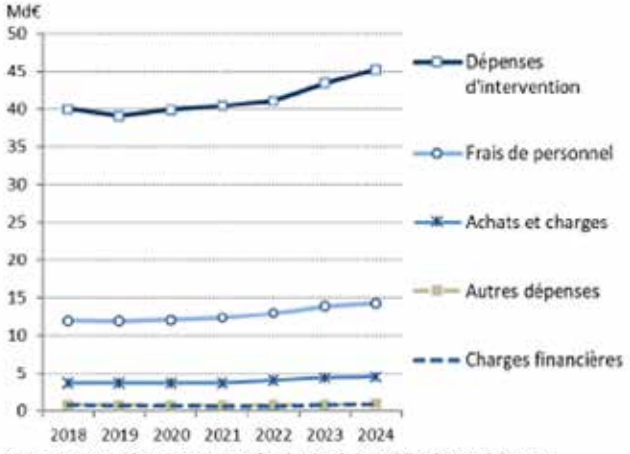
La situation financière des départements en 2024 et 2025

Le bulletin d'information statistique de la direction générale des collectivités locales (DGCL)[2] de septembre 2025 est revenu sur la situation financière des départements en fin d'année 2024. L'analyse portée relève que l'année 2024 poursuit la tendance de l'année 2023 en termes de détérioration de la situation financière des collectivités départementales. L'autofinancement brut des départements a connu une chute importante de l'ordre de - 32 %, due majoritairement à la hausse des dépenses de personnel, de l'ordre de 3,3 % et représentant 457 M€. Les recettes de fonctionnement apparaissent en stagnation malgré une baisse du produit tiré des droits de mutation à titre onéreux (DMTO, - 1,5 milliard d'euros). Compte tenu de la progression de l'endettement à l'approche de la fin du mandat (+ 7,1 %), la capacité de désendettement des départements est observée en forte dégradation, passant de 4,2 à 6,7 ans en moyenne. La situation financière des départements a donc empiré en 2024, sous le coup entre autres de l'augmentation rapide des dépenses d'intervention, dont la PCH.

Évolution des dépenses de fonctionnement des départements par type de dépenses en milliards d'euros (Figure 1)

Dans le même temps, la Banque Postale, dans sa note de conjoncture[3] de septembre 2025, relève qu'après deux années de dégradation, l'épargne brute des départements est attendue en hausse de + 14,4 % et atteindrait 6,2 milliards d'euros. Ce rebond s'expliquerait par une évolution plus dynamique des recettes (+ 3,1 %) que des dépenses de fonctionnement (+ 2,2 %). Cette reprise serait notamment due à l'augmentation plus rapide qu'espérée des produits

Figure 1 : Évolution des dépenses de fonctionnement des départements par type de dépenses en milliards d'euros



Montants tous départements confondus (mais hors CTU de Martinique et Guyane et Collectivité de Corse et hors Ville de Paris à partir de 2019)

[2] Bulletin d'information statistique, n°201, septembre 2025, « *Les finances des départements en 2024* » Julien David, Département des études et des statistiques locales, DGCL.

[3] Note de conjoncture, septembre 2025, tendances par niveau de collectivités locales et éclairages par politique publique ; La Banque Postale.

issus des DMTO (+ 15 %), retrouvant pour l'occasion leur niveau de 2023. Malgré la baisse attendue des dépenses d'investissement, les encours de dette s'afficheraient tout de même en progression, atteignant 34,2 milliards d'euros.

Une amélioration de la situation des départements est donc attendue pour cette fin d'année 2025 au niveau macro-économique. Il restera à voir s'il s'agit d'une embellie temporaire ou d'un réel ressaut.

Évolution de l'autofinancement des départements entre 2023 et 2025 (prévisionnel) (Figure 2)

Figure 2 : Évolution de l'autofinancement des départements entre 2023 et 2025 (prévisionnel)

SECTION DE FONCTIONNEMENT	24/23 %	2024 Md €	25/24 %	2025p Md €
RECETTES DE FONCTIONNEMENT (1)	**+ 0,9**	**72,0**	**+ 3,1**	**74,2**
Recettes fiscales	- 1,5	51,0	+ 4,3	53,1
Dotations et compensations fiscales	- 0,0	10,3	- 0,4	10,2
Participations	+ 12,5	6,8	+ 2,1	7,0
Autres	+ 22,1	3,9	- 0,6	3,9
DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT (2)	**+ 3,1**	**66,5**	**+ 2,2**	**68,0**
Dépenses de personnel	+ 3,3	14,5	+ 1,8	14,7
Charges à caractère général	+ 1,3	4,5	- 2,0	4,5
Dépenses d'intervention	+ 4,9	36,3	+ 3,6	37,6
Autres	- 2,9	10,4	- 0,3	10,3
Intérêts de la dette	+ 13,0	0,8	+ 3,5	0,8
ÉPARGNE BRUTE (3)=(1)-(2)	**- 19,8**	**5,4**	**+ 14,4**	**6,2**
ÉPARGNE NETTE (3bis)=(3)-(8)	**- 34,2**	**2,3**	**+ 28,5**	**3,0**

La progression des dépenses de PCH au sein des dépenses des départements

Pour l'analyse effectuée ci-dessous concernant plus spécifiquement la PCH, nous nous appuierons sur les dernières données[4] chiffrées concernant l'année 2023, publiées par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en mars 2025 et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) des ministères sociaux. Selon la CNSA, les droits à la PCH représentent une portion relativement faible de l'ensemble des droits ouverts auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). La CNSA comptabilisait en effet 500 000 droits ouverts en 2023, soit 3,57 % de l'ensemble des droits ouverts. Cependant, ces données sont relativement « écrasées » par la surreprésentation dans la comptabilisation des reconnaissances en qualité de travailleur handicapé (RQTH pour 20,19 % des droits ouverts), et des cartes mobilités inclusion (CMI, pour 34,47 % des droits ouverts au total).

Dans le même document, la CNSA indique que le nombre de bénéficiaires de la PCH poursuit sa progression sur un rythme soutenu, soit + 4 % d'allocataires en 2023 par rapport à 2022. Il s'agit également de l'équivalent de la progression annuelle moyenne constatée depuis 2019. (Figure3)

Le panorama[5] dressé par la DREES en 2025 de l'aide sociale versée aux personnes en situation de handicap relève quant à elle qu'en fin d'année 2023, 451 000 personnes étaient bénéficiaires d'un droit ouvert à la PCH ou à l'ACTP, représentant une dépense annuelle brute de l'ordre de 3,3 milliards d'euros. La croissance du nombre d'allocataires apparaît ainsi forte entre 2022 et 2023 avec + 6,5 % de personnes ayant bénéficié d'un paiement dans l'année. Pour les personnes bénéficiant d'un droit ouvert, catégorie à distinguer, cette

Figure 3 : Nombre de droits ouverts par les MDPH au 31 décembre 2023

-	Nombre de droits ouverts	% de l'ensemble des droits ouverts
Droits et prestations enfants (moins de 20 ans)		
Orientations en établissement et service enfants	320 000	2,28 %
Orientations scolaires[3]	328 000	2,34 %
Matériel pédagogique adapté	105 000	0,75 %
Aide humaine à la scolarisation (AESH)	358 000	2,55 %
AEEH (base ou complément)	517 000	3,69 %
Droits et prestations adultes (20 ans et plus)		
Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)	47 000	0,34 %
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP)	49 000	0,35 %
Orientations en établissement et service adultes[4]	412 000	2,94 %
AAH	1 753 000	12,51 %
Complément de ressources (CPR)	132 000	0,94 %
Orientations professionnelles[5]	1 699 000	12,12 %
Formations professionnelles (CRP, CPO, UEROS)	133 000	0,95 %
RQTH[6]	2 830 000	20,19 %
Autres droits et prestations tout public		
PCH	500 000	3,57 %
CMI mention priorité	1 527 000	10,89 %
CMI mention invalidité	1 385 000	9,88 %
CMI mention stationnement	1 920 000	13,70 %

Note : Données estimées sur la base des données déclarées par les MDPH.
Lecture : En 2023, 517 000 enfants et jeunes ont un droit ouvert à l'AEEH (base ou complément).
Champ : Droits ouverts au 31 décembre 2023 par les MDPH, France entière. Le nombre de bénéficiaires d'un droit ouvert à la MDPH est supérieur à celui observé dans les sources externes de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) pour les bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP ainsi que de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) pour les bénéficiaires de l'AAH et de l'AEEH. Ces deux sources, DREES et CNAF, comptabilisent les bénéficiaires percevant effectivement un versement au 31 décembre de l'année, d'après les données collectées auprès des services ou organismes chargés du versement des prestations. Les données collectées auprès des MDPH comptabilisent le nombre de droits ouverts sur la base des décisions et des avis rendus en CDAPH. Il a pu être observé localement que ces droits sont susceptibles de ne pas être systématiquement fermés dans les outils de gestion, en particulier en cas de décès de l'usager, ce qui peut amener à une surestimation des droits ouverts.
Source : CNSA, enquête des échanges annuels sur l'activité des MDPH.

[4] Repères statistiques n°23 : attribution des droits par les MDPH en 2023 ; CNSA, mars 2025. Le document est accessible sous : https://www.cnsa.fr/publications/rs-ndeg23-attribution-des-droits-par-les-mdph-en-2023

progression s'élève à 5,2 %. Le nombre de bénéficiaires total de l'ACTP et de la PCH a presque doublé depuis 2010, quand 247 000 personnes étaient concernées.

Des disparités sont par conséquent constatées entre les chiffres publiés par DREES et ceux de la CNSA, qui mentionnaient une progression pour la PCH de 3,57 % pour les droits ouverts avec des données moins précises, qui ne facilitent pas l'analyse. (Figure 4)

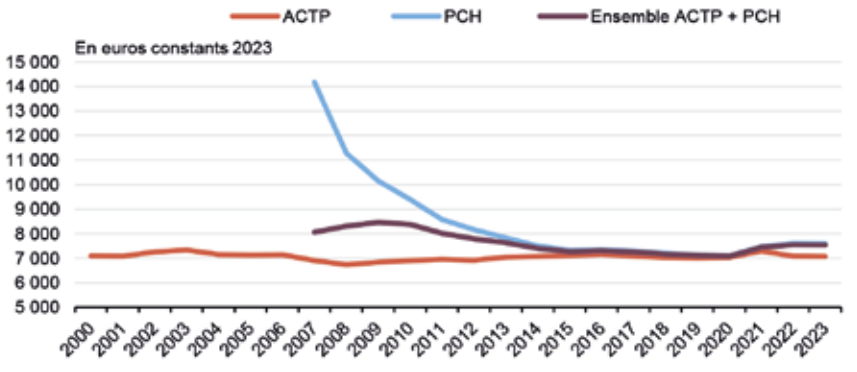
Figure 4 : Évolution de l'ACTP et de la PCH

	Effectifs au 31 décembre ou dépenses sur l'année						Taux d'évolution annuel moyen (en %)			
	2005	2010	2015	2020	2022	2023	2005/ 2010	2010/ 2015	2015/ 2020	2022/ 2023
Nombre de bénéficiaires (en milliers)										
ACTP et PCH, dont :	**137**	**247**	**342**	**399**	**429**	**451**	**12,6**	**6,8**	**3,1**	**5,2**
ACTP	137	92	69	52	47	44	-7,7	-5,6	-5,4	-5,8
PCH	-	155	273	347	382	407	-	12,0	4,9	6,5
Part de la PCH dans le total (en %)	-	*63*	*80*	*87*	*89*	*90*				
Dépenses annuelles (en millions d'euros courants)										
ACTP et PCH, dont :	**753**	**1 652**	**2 171**	**2 255**	**3 040**	**3 317**	**17,0**	**5,6**	**0,8**	**9,1**
ACTP	753	559	447	352	324	319	-5,8	-4,4	-4,7	-1,5
PCH	-	1 094	1 724	1 903	2 716	2 998	-	9,5	2,0	10,4
Part de la PCH dans le total (en %)	-	*66*	*79*	*84*	*89*	*90*				
Dépenses mensuelles moyennes par bénéficiaire (en euros courants)										
ACTP et PCH	**466**	**590**	**541**	**471**	**612**	**628**	**4,8**	**-1,7**	**-2,7**	**2,7**
ACTP	466	486	528	563	548	589	0,9	1,7	1,3	7,5
PCH	-	662	544	457	621	633	-	-3,8	3,4	2,0

ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne ; PCH : prestation de compensation du handicap.
Note > Pour le calcul de la dépense mensuelle moyenne par bénéficiaire, le nombre moyen de bénéficiaires sur l'année est estimé comme la demi-somme des effectifs au 31 décembre des années *n* et *n*-1.
Lecture > Fin 2023, 407 000 personnes handicapées sont bénéficiaires de la PCH.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

Dans le même temps, la progression en termes de dépenses est encore plus sensible avec une hausse de 9,1 % de celles-ci entre 2022 et 2023 pour les dépenses de PCH et d'ACTP (mais 4 % en euros constants en neutralisant l'effet de l'inflation). Ramenées au nombre de bénéficiaires, les dépenses de PCH étaient beaucoup plus élevées au moment de sa mise en place avant que cet effet ne s'estompe progressivement, et qu'elles ne se rapprochent des montants d'ACTP par bénéficiaire à hauteur d'environ 7 000 € par bénéficiaire par an en moyenne. (Figure 5)

Figure 5 : Évolution des dépenses annuelles moyennes d'ACTP et de PCH par bénéficiaire, depuis 2000



ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne ; PCH : prestation de compensation du handicap.
Note > La dépense annuelle moyenne est calculée en rapportant les dépenses brutes à la demi-somme du nombre de bénéficiaires en décembre de l'année et de celui de l'année précédente.
Lecture > En 2023, la dépense moyenne par bénéficiaire de l'ACTP s'élève à 7 070 euros et celle de la PCH à 7 600 euros.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.
Source > DREES, enquête Aide sociale.

En isolant la seule PCH, l'augmentation est très marquée en euros courants, à hauteur de 10 %, consécutivement à une hausse déjà de 12 % entre 2021 et 2022, mais sans neutralisation de l'effet de l'inflation.

En 2023, 6 personnes sur 1 000 étaient bénéficiaires de la PCH avec des disparités fortes entre départements, allant de 3,7 à 14,3 pour 1 000 personnes. Dans 18 départements, cette proportion est supérieure à 8,9 pour 1 000. À l'opposé, 7 collectivités départementales ressortent avec de très faibles taux, inférieurs à 4,8 pour 1 000, en particulier les départements d'Île-de-France ainsi que la Guyane. (Figure 6)

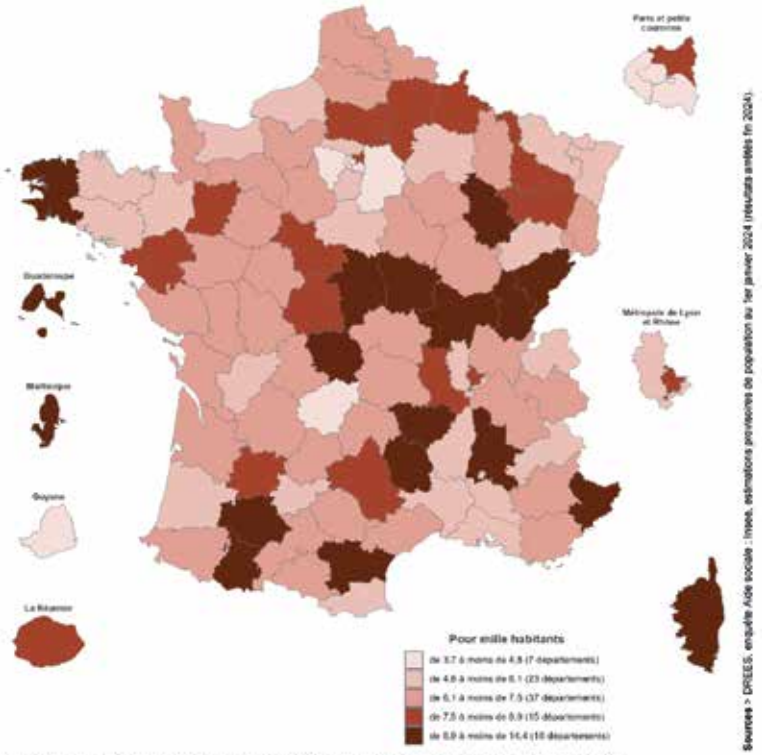
Selon l'étude menée par la DREES, quatre causes principales à ces disparités peuvent être mises en avant :

- Des différences réelles de prévalence du handicap entre les territoires ;
- Une montée en charge de la PCH inachevée dans certains territoires :
- Des différences administratives dans le traitement des demandes et dans l'attribution des plans d'aide :
- Une substitution de la PCH par l'APA plus ou moins forte selon les départements pour les personnes de plus de soixante ans.

[5] L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées ; Perte d'autonomie et handicap, édition 2025, Panoramas de la DREES.

En ramenant la dépense par département au nombre de bénéficiaires, des disparités subsistent également. La dépense s'étend de 3 900 à 13 500 € par bénéficiaire en 2023. La dépense se situe autour de la médiane (entre 90 et 110 % de la médiane) pour 30 % des départements. Les dépenses sont plus faibles pour une quarantaine de départements, et sont inférieures à 4 760 € pour huit départements. Pour les départements où la dépense est supérieure à la médiane, six départements présentent un ratio particulièrement élevé avec plus de 10 000 € par bénéficiaire et par an.

Figure 6 : Taux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP, au 31 décembre 2023



ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne ; PCH : prestation de compensation du handicap.
Note > Au niveau national, au 31 décembre 2023, le taux de bénéficiaires de la PCH ou de l'ACTP est de 6,6 pour 1 000 habitants. La valeur médiane, c'est-à-dire celle au-dessous de laquelle se situent la moitié des départements, est de 6,8 pour 1 000 habitants.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte.

Selon les données de la DREES en 2023, les dépenses de PCH sont essentiellement orientées vers le financement de l'aide humaine (94 %) et dans une moindre mesure à l'aménagement du logement et du véhicule (3,2 %). Concernant l'aide humaine, les bénéficiaires font essentiellement appel à des aidants familiaux (60 %) et moins à des services prestataires (25 %). Le financement de l'aide animalière ne représente lui que 0,03 % des dépenses de PCH.

La PCH des moins de vingt ans concerne 8,3 % de l'ensemble des bénéficiaires en 2023, représentant 34 000 allocataires. Elle est beaucoup moins étendue que l'AEEH qui concerne 33 personnes sur 1 000 de moins de 20 ans, contre 2 pour 1 000 pour la PCH. La dépense associée s'est élevée à 378 M€ en 2023, soit 13 % des dépenses affectées à la PCH par les départements. En effet, les montants individuels alloués sont plus élevés que la moyenne sur cette population : l'attribution est en moyenne de 10 900 €, soit 68 % de plus que pour les personnes de plus de 20 ans.

Le nombre de bénéficiaires de la PCH augmente parallèlement à leur âge. Les tranches d'âge les plus représentées sont les 55-59 ans et les 60-64 ans avec 14 et 13,9 bénéficiaires pour 1 000 habitants. Il y a un effet de seuil important constaté après 20 ans, au moment où les personnes sortent de l'éligibilité à l'AEEH et peuvent prétendre à la PCH s'ils en remplissent les conditions. Le taux de bénéficiaires diminue après 64 ans du fait également de l'éligibilité à l'APA.

L'analyse des entrées et sorties repose sur la base statistique des remontées individuelles (RI-PCH) dont les dernières données remontent à 2016. Pour cette année, l'âge moyen des nouveaux entrants était de 44,6 ans contre 49,5 pour les sortants du dispositif. Les principaux motifs relevés par la DREES de sortie étaient le décès, le déménagement et la perte d'éligibilité. Parmi les bénéficiaires de plus de soixante ans, 15 % d'entre eux disposaient de droits ouverts depuis dix ans, soit au moment de la mise en place de l'allocation. Les sortants après trois ou cinq de présence étaient fortement représentés (30 et 17 % respectivement des sortants), compte tenu du fait qu'il s'agit des durées maximums de perception d'une aide technique (trois ans), pour l'aménagement du véhicule et pour l'aide animalière (cinq ans).

Les principaux motifs de l'augmentation des dépenses de PCH

Tout d'abord, la loi du 6 mars 2020 visant à améliorer l'accès à la PCH a permis un assouplissement de l'attribution sous certaines conditions. Son article 3 a notamment complété les dispositions de l'article L. 245-6 du CASF en indiquant que « *lorsque le handicap n'est pas susceptible d'évoluer favorablement, un droit à la prestation de compensation du handicap est ouvert sans limitation de durée, sans préjudice des révisions du plan personnalisé de compensation qu'appellent les besoins de la personne* ». Favorable à l'usager, il est cependant possible de penser que l'ouverture d'un droit permanent, objectif louable, pourrait avoir des conséquences sur la dépense en l'absence de révision systématique des plans personnalisés de compensation.

Le poids de la PCH va grandissant également dans les finances départementales du fait de l'extension progressive des bénéficiaires éligibles. En effet, l'élargissement de l'éligibilité à la prestation au 1er janvier 2021 a concerné les besoins liés à la parentalité. Il s'agissait d'accompagner 17 000 parents en situation de handicap afin qu'ils puissent réaliser les actes quotidiens liés à la parentalité, dès la naissance de l'enfant. Les montants concernés sont de 900 € par mois pour un enfant de moins de trois ans et de 450 € par mois pour les enfants entre 3 et 7 ans. Cette allocation est accompagnée d'aides forfaitaires pour les aides techniques et l'acquisition de matériel spécialisé de puériculture.

Le décret n°2022-570 du 19 avril 2022[6] relatif à la prestation de compensation du handicap a permis au 1er janvier 2023 d'intégrer la surdicécité dans les catégories des personnes éligibles à la PCH. En 2023, un bénéficiaire sur cinq qui a reçu un financement s'inscrit dans le cadre d'un forfait surdité ou cécité, montrant l'impact fort qu'a présenté cette ouverture de droits, selon la DREES.

Il a également ajouté une activité à l'annexe du CASF permettant de définir les personnes éligibles à l'attribution de la PCH : « entreprendre des tâches multiples ». L'éligibilité à l'aide humaine est élargie au-delà des quatre actes d'entretiens personnels (toilette, habillage, alimentation, élimination) et des déplacements par l'intégration des actes essentiels que sont la maîtrise du comportement et la réalisation de tâches multiples. Un nouveau domaine d'aides humaines a été créé, le « soutien à l'autonomie » concernant l'extrême vulnérabilité au stress, les troubles des fonctions attentionnelles, les troubles de la cognition sociale (interagir avec autrui), les troubles de la métacognition (évaluer ses propres capacités et ses limites) et le traitement des informations sensorielles. Cet élargissement a ainsi permis un meilleur accès à l'aide humaine pour les personnes atteintes de troubles mentaux, psychiques, cognitifs ou du neurodéveloppement. L'estimation par le gouvernement de l'impact de l'élargissement divers des critères d'accès à la PCH était d'environ 30 000 allocataires supplémentaires, sans présenter de données plus précises.

Par ailleurs, au sein des MDPH, les instances compétentes pour prendre des décisions relatives aux droits des personnes en situation de handicap sont les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Elles sont composées de représentants du département, des services de l'État, des organismes de protection sociale, des organisations syndicales et des associations représentant les personnes en situation de handicap. La commission est notamment compétente pour prendre les décisions relatives aux droits pouvant être attribués aux personnes en situation de handicap en matière de PCH. Ainsi, ce ne sont pas uniquement les agents du département qui sont maitres du jeu en matière d'attribution et de montants alloués. L'on pourrait facilement convenir que l'association à la décision des représentants d'association du secteur pourrait tendre à générer un effet inflationniste sur la dépense, au profit du bien-être des bénéficiaires.

Les coûts associés ont également tendance à augmenter, en particulier en faveur des salariés de la branche de l'aide à domicile ces dernières années, dans un secteur confronté au manque d'attractivité de ses métiers. C'est le cas, par exemple, de la fixation d'un tarif national plancher pour les heures effectuées par les services d'aide à domicile ainsi que de la revalorisation des salaire des professionnels à domicile, par le biais des avenants successifs[7] à la convention collectif de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile (BAD).

[6] https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045602169

Les leviers d'actions et orientations pour les prochaines années

Les leviers d'action et d'amélioration concernant la gestion de la PCH nous semblent pouvoir s'articuler autour de trois principaux axes : le besoin de disposer d'une meilleure connaissance de la donnée, le nécessaire dessin d'une trajectoire stable concernant l'élargissement progressif des droits ainsi que la définition d'orientations permettant de mieux maîtriser la dépense.

Concernant la meilleure connaissance de la donnée statistique portant sur l'attribution et la gestion de l'allocation, il apparaitrait pertinent de désigner un unique chef de file du recueil de la donnée. Les départements sont ainsi confrontés à des remontées de données différentes et superposées, notamment entre la DREES et la CNSA, conduisant à une inflation du travail administratif et encore plus à des disparités et anomalies dans les données remontées, ainsi que nous l'avons vu pour le nombre de droits ouverts concernant la PCH.

Les différences peuvent provenir le plus souvent de difficultés des départements à exploiter les éléments de leurs systèmes d'information, quand ceux-ci leur permettent de pouvoir disposer de données statistiques, ce qui n'est pas toujours le cas. Le système d'information MDPH (SI-MPDH) harmonisé entre départements, développé par ceux-ci depuis 2018 sur la base d'un cahier des charges national, doit à terme intégrer les décisions d'attribution et devrait donc pouvoir gérer de manière uniformisée les remontées de données concernant le nombre de droits ouverts, et éventuellement emporter des éléments sur la dépense. Cela résoudrait l'autre problématique de la contemporanéité des données. Nous l'avons vu au cours de la rédaction de cette contribution, l'analyse des données au niveau national sur la PCH se fonde encore en fin d'année 2025 sur les données concernant l'année 2023, alors qu'il serait utile de déjà disposer des données 2024 consolidées.

Sur le deuxième volet en faveur d'une trajectoire stable de l'éligibilité des personnes, ainsi que nous l'avons vu, un des principaux motifs d'augmentation forte du nombre de droits ouverts ainsi que de la dépense tient à l'élargissement progressif des conditions d'éligibilité et des handicaps pris en compte. Dès lors, dans un souci de transparence vis-à-vis des départements, il conviendrait pour le législateur, si ce n'est de figer le périmètre de l'allocation, d'établir une trajectoire nationale stable et pluriannuelle sur les élargissements restants à venir, avec des dates prévisionnelles posées à l'avance. Cela permettrait aux départements de disposer d'une visibilité et d'adapter la trajectoire de leurs dépenses afin éventuellement d'absorber au mieux les ressauts.

Enfin, concernant la maîtrise de la dépense, l'une des conséquences de la décentralisation de la compétence se traduit par une forte disparité dans l'attribution des montants par bénéficiaire, qui s'échelonnent du simple au triple. Dès lors, il est possible de supposer que des différences de traitement entre départements existent pour des personnes se trouvant dans des situations similaires. Si une recentralisation des modalités d'attribution n'apporterait pas forcément de garanties d'une meilleure harmonisation et d'une concentration des dépenses par bénéficiaire autour de la médiane, un contrôle accru du respect des plafonds d'attribution réglementairement définis[8] pourrait s'avérer utile.

Il pourrait également être envisagé de rétablir le département comme seul décideur de l'attribution de l'allocation en tant que financeur, en ne confiant pas ce rôle à la CDAPH. Le risque pour les bénéficiaires d'une forte réduction de l'allocation semble réduit, compte tenu des possibilités de recours disponibles, en s'appuyant sur les référentiels existants en matière d'attribution.

[7] Avenant n°43-2020 du 26 février 2020 relatif à la classification des emplois et au système de rémunération et avenant n°54-2022 du 5 octobre 2022 relatif au salaire minimum hiérarchique notamment.

[8] Chapitre 2 de l'annexe 2-5 du code de l'action sociale et des familles.

Veille

Allocations de ressources aux établissements et services sociaux et médico-sociaux

• L'instruction n° DGCS/SD3C/CNSA/DESMS/2025/137 du 13 novembre 2025 (Bulletin officiel Santé - Protection sociale – Solidarités du 14 novembre 2025) donne la répartition régionale des crédits délégués en 2025 par l'État et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), d'un montant total de 1 919 600 €, pour le financement des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations (CREAI) en faveur des personnes en situation de vulnérabilité, et indique les orientations de leur utilisation.

• L'instruction n° DGCS/SD5DIR/CNSA/2025/164 du 19 novembre 2025 (Bulletin officiel Santé - Protection sociale – Solidarités du 20 novembre 2025) modifie les modalités de mise en œuvre des plans d'aide à l'investissement (PAI) des établissements et services pour personnes âgées de 2025, 2026 et 2027 ainsi que les enveloppes prévisionnelles d'autorisations d'engagement.

• L'instruction n° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/2025/148 du 26 novembre 2025 (Bulletin officiel Santé - Protection sociale – Solidarités du 26 novembre 2025) complète l'instruction n° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/2025/66 du 27 mai 2025 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées pour l'exercice 2025 et organise la seconde partie de campagne budgétaire. Elle prévoit le financement de :

- Mesures de compensation de nature salariale : augmentation des cotisations vieillesse des employeurs des agents affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) pour les ESMS relevant des départements participant à l'expérimentation relative à la fusion des sections « soins » et « dépendance » et protocoles d'accord au sein du régime général de sécurité sociale ;
- Mesures nouvelles dans le secteur des personnes âgées : ajustement des crédits délégués en 2025 dans le cadre de l'expérimentation relative à la fusion des sections et ajustement des crédits relatifs au financement de la médicalisation des EHPAD
- Mesures nouvelles dans le secteur des personnes handicapées en Guadeloupe et à Saint-Pierre-et-Miquelon ;
- Crédits non reconductibles (CNR) nationaux - Fonds exceptionnel pour la transition écologique des EHPAD...

• La décision n° 2025-31 du 19 novembre 2025 du directeur de la CNSA, (JO du 26 novembre 2025) modifie la décision n° 2025-10 du 2 juin 2025 fixant les dotations régionales limitatives déléguées aux agences régionales de santé (ARS) pour le financement des établissements et services accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées et à la moyenne nationale des besoins en soins requis pour l'année 2025 :

Dotations régionales limitatives 2025 - Montant total France entière		
	Personnes âgées	Personnes handicapées
Décision du 2 juin 2025	17 302 722 111,23 €	15 251 534 357,64 €
Décision du 19 novembre 2025	17 372 634 175,52 €	15 259 298 098,24 €

• L'instruction n° DGCS/SD5DIR/CNSA/2025/165 du 27 novembre 2025 (Bulletin officiel Santé - Protection sociale – Solidarités du 28 novembre 2025) modifie une chronique d'engagements précisée dans l'instruction n° DGCS/SD5DIR/CNSA/DAPO/2024/104 du 8 juillet 2024 et corrige des erreurs matérielles dans l'instruction précitée ainsi que dans l'instruction n° DGCS/SD5DIR/CNSA/DAPO/2025/93 du 26 juin 2025 relatives au fonds d'appui à la transformation des établissements et services pour personnes en situation de handicap pour la période 2024-2027.

• La décision n° 2025-38 du 16 décembre 2025 du directeur de la CNSA (JO du 18 décembre 2025), fixe pour 2025 le montant des contributions définitives pour le financement des groupes d'entraide mutuelle (GEM) mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du code de l'action sociale et des familles et des collectifs d'entraide et d'insertion sociale et professionnelle (CEISP), ainsi que des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) mentionnés aux articles L. 6327-1 et L. 6327-2 du code de la santé publique.

Fixation des montants des reversements dus par les départements participant à l'expérimentation de la fusion des sections « soins » et « dépendance » des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

L'arrêté du 28 octobre 2025 (JO du 1er novembre 2025) fixe les montants des reversements pour 2025 et 2026 des départements participant à l'expérimentation de la fusion des sections « soins » et « dépendance » des EHPAD mentionnée à l'article 79 de la LFSS pour 2024, prévus au I de l'article 1er du décret n° 2025-938 du 8 septembre 2025 et l'imputation de ces reversements sur le concours mentionné au *a* du 3° de l'article L. 223-8 du code de la Sécurité sociale.

Modification du mode de détermination du coût des mesures de protection exercées par les mandataires judiciaires à la protection des majeurs

L'arrêté du 3 novembre 2025 (JO du 11 novembre 2025) modifie l'arrêté du 31 août 2018 relatif à la détermination du coût des mesures de protection exercées par les mandataires judiciaires à la protection des majeurs.

Publications de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) en 2023 : des délais de traitement contenus malgré la hausse des demandes et des tensions persistantes sur les effectifs

Une note publiée le 30 septembre 2025 rend compte de l'activité en 2023 des MDPH : malgré des tensions persistantes sur les effectifs, la synthèse de leurs rapports d'activité 2023 fait apparaître une maîtrise globale du délai de traitement des dossiers de demandes, obtenue grâce à un travail d'optimisation des processus (https://www.cnsa.fr/actualites/activite-des-mdph-en-2023-des-delais-de-traitement-contenus-malgre-la-hausse-des).

Data Autonomie s'enrichit de nouvelles données sur la situation financière des ESMS

La CNSA informe le 28 octobre 2025 qu'un nouveau jeu de données composé d'une dizaine d'indicateurs vient d'être publié sur la situation financière des établissements sociaux et médico-sociaux accessible sur le portail Data Autonomie (https://www.cnsa.fr/actualites/data-autonomie-senrichit-avec-de-nouvelles-donnees-sur-la-situation-financiere-des-esms).

Destiné aux professionnels, aux chercheurs, aux décideurs publics et au grand public, ce portail permet de consulter librement des jeux de données fiables et actualisés (https://data-autonomie.cnsa.fr/pages/accueil-accessibilite/). Il propose d'ores et déjà :

- Des bases statistiques sur les allocations, les établissements et les services médico-sociaux ;
- Des visualisations interactives comme le Baromètre MDPH, le Portrait des territoires ou l'Observatoire de l'offre ;
- Des documents administratifs et rapports stratégiques pour éclairer les politiques publiques ;
- Des données retraitées ou anonymisées, assurant une réutilisation sécurisée et éthique.

Le nouveau jeu de données propose une dizaine d'indicateurs clés permettant d'évaluer les principaux axes de l'analyse financière :

- Exploitation et capacité d'autofinancement ;
- Endettement ;
- Patrimoine immobilier ;
- Équilibres bilanciels.

Publications de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées - Perte d'autonomie et handicap - Édition 2025

L'édition 2025 du panorama « L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées » est publiée le 1er octobre 2025 (https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/251001-Panoramas-aide-sociale-personnes-%C3%A2g%C3%A9es-ou-handicap%C3%A9es). En 2023, les départements ont attribué 2,13 millions de prestations aux personnes âgées ou handicapées représentant un montant de dépenses brutes de 19,1 Md€, en hausse de 5,8 % par rapport à l'année 2022 en euros courants, soit + 0,9 % en euros constants.

Le nombre d'aides sociales aux personnes âgées croît de 2,0 % en 2023.

Fin 2023, 1,50 million de prestations ont été allouées par les départements aux personnes âgées en perte d'autonomie, dont 834 100 aides à domicile et 666 000 aides à l'accueil. Les dépenses annuelles d'aide sociale aux personnes âgées, nettes des différents recouvrements et récupérations et hors frais de personnels du département, augmentent de 5,4 % en euros courants (soit +0,5 % en euros constants) en un an pour atteindre 8,9 Md€ en 2023.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) représente plus de 91 % des aides sociales aux personnes âgées. Fin 2023, 1,36 million de personnes de 60 ans ou plus la perçoivent. En décembre 2023, plus d'un tiers des personnes âgées de 85 ans ou plus bénéficient de l'APA. Le nombre de bénéficiaires augmente de 2,1 % en un an et les dépenses associées s'élèvent à 7,1 milliards d'euros en 2023.

Si, en 2022, le niveau de vie des seniors est très proche de celui des personnes plus jeunes, celui des personnes âgées en situation de restriction d'activité est plus souvent modeste. Le taux de pauvreté des plus âgés atteint dans l'ensemble 11 %, contre 16 % pour les moins de 60 ans, mais il s'élève à 15 % parmi les seniors en restriction d'activité.

Un fort développement des aides sociales aux personnes handicapées en vingt ans.

Fin 2023, 633 000 prestations d'aide sociale aux personnes handicapées sont accordées par les départements, dont 472 000 aides à domicile et 161 000 aides à l'accueil, pour une dépense annuelle de 9,3 Md€. D'autres dépenses sont engagées par les départements, dont celles liées à l'aide au recours aux services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou aux services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH). Les départements contribuent également à l'hébergement de jeunes majeurs en établissement pour enfants handicapés ils participent à des actions menées par d'autres collectivités ou organisations, en matière de prévention notamment, et attribuent des subventions de fonctionnement à des communes ou intercommunalités ou des organismes de droit privé œuvrant pour les personnes en situation de handicap. En incluant des aides, les dépenses brutes globales s'élèvent à 10,3 Md€ pour l'année 2023.

Le nombre de bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH) s'accroît encore en 2023 : il s'établit à 407 200 personnes, soit + 6,5 % par rapport à 2022. Les dépenses afférentes atteignent 3,0 Md€ en 2023, progressant en un an de 10,4 % en euros courants. Cette hausse s'explique par celle du nombre de bénéficiaires, mais aussi par la revalorisation du tarif plancher pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile, la montée en charge de la PCH parentalité ainsi que la prise en compte en année pleine du financement des revalorisations salariales pour les professionnels dans les services d'aide à domicile.

Le niveau de vie des personnes handicapées est en moyenne plus faible que celui de la population générale. En effet, en 2022, 60 % des personnes handicapées, âgées de moins de 60 ans vivent dans un ménage dit modeste, contre 37 % de celles ne l'étant pas. De même, 26 % des personnes handicapées de 15 à 59 ans vivent sous le seuil de pauvreté, contre 14 % des personnes du même âge sans handicap. Au-delà de la pauvreté monétaire, la pauvreté en conditions de vie, estimée par les privations ou le renoncement à certains biens de consommation, services ou équipements, concerne 35 % des personnes handicapées âgées de 16 à 64 ans, contre 14 % dans l'ensemble de la population du même groupe d'âge.

Enquête sur les résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées

La DREES publie le 4 novembre 2025 les premiers résultats de sa dernière enquête sur les personnes fréquentant un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ou y vivant fin 2023 (https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/251104_ER_etablissements-hebergement-personnes-agees).

En France, fin 2023,697 000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ou y vivent, soit 4,5 % de moins qu'en 2019. 29,5 % des 90 ans ou plus fréquentent ou vivent dans ces établissements, 2 points de moins qu'en 2019. Le choix des personnes se porte principalement sur l'hébergement permanent, malgré le développement de solutions alternatives, comme l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire. Au total, le taux d'occupation, de 92,1 %, a baissé de 3,6 points par rapport à 2019, quand le nombre de places disponibles n'a diminué que de 0,8 %.

L'âge des résidents s'est stabilisé entre 2019 et 2023, après une hausse observée auparavant depuis 2011 : la moitié d'entre eux ont plus de 87 ans et 11 mois en 2023, la moitié avait plus de 88 ans fin 2019 et plus de 86 ans et 5 mois fin 2011. Les hommes vivant en établissement ont en moyenne 82 ans et 2 mois et les femmes, 87 ans et 6 mois, ce qui correspond à peu près à la différence d'espérance de vie entre les deux sexes. Les EHPAD accueillent les résidents les plus âgés : seuls 21 % ont moins de 80 ans, quand ils représentent près de 40 % des résidents accueillis en résidence autonomie ou en USLD. Le nombre de centenaires a nettement augmenté en quatre ans, passant de 10 600 fin 2019 (1,4 % des résidents) à 16 900 fin 2023 (2,4 %).

En 2023, 85 % des résidents sont en perte d'autonomie au sens de la grille autonomie gérontologique et groupes iso-ressources (AGGIR) (c'est-à-dire classés en GIR 1 à 4), contre 83 % en 2015. Plus de la moitié des résidents en EHPAD (55 %) sont en forte perte d'autonomie (GIR 1 ou 2), comme en 2019, avec cependant moins de personnes confinées au lit (GIR 1). Si les résidents en perte d'autonomie les plus jeunes sont nettement moins nombreux à souffrir de troubles moteurs, ils sont plus souvent touchés par des problèmes de cohérence que les autres : fin 2023, parmi les résidents en perte d'autonomie de moins de 70 ans, 91 % ont des troubles de cohérence, contre 84 % de ceux de 90 ans ou plus. Par ailleurs, environ 268 200 résidents souffrent de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée en 2023, soit 38 % des personnes accueillies : c'est 4 points de plus qu'en 2019. Parallèlement, le nombre de personnes autonomes qui intègrent un établissement a encore reculé en quatre ans.

La population des EHPA se renouvelle en permanence. Près de 30 % des personnes accueillies au 31 décembre 2023 sont arrivées au cours de l'année ; 51 % viennent de leur domicile ou de celui d'un proche, les autres venant d'un établissement de santé ou d'une autre structure d'hébergement. Les séjours sont souvent courts : 38 % des personnes ayant rejoint un établissement en 2023 l'ont quitté la même année. Un peu plus de deux tiers des sorties définitives adviennent à la suite d'un décès et, dans 79 % des cas, ce dernier survient dans l'établissement. Lorsque des résidents quittent l'établissement pour un motif autre que le décès, c'est la plupart du temps pour se diriger vers un autre établissement médico-social ou sanitaire ou pour rejoindre leur domicile ou celui d'un proche.

Santé, accessibilité et aides techniques pour les personnes handicapées ou en perte d'autonomie : mise à disposition de données de l'enquête Autonomie Ménages 2022

La DREES publie, en open data, le 12 novembre 2025 des données sur la santé, l'accessibilité et les aides techniques pour les personnes handicapées ou en perte d'autonomie vivant à domicile en France hexagonale en 2022 (https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/sante-accessibilite-et-aides-techniques-pour-les-personnes).

Ce jeu de données détaille trois aspects du quotidien des personnes, selon leur type de handicap et en comparaison avec l'ensemble de la population vivant à domicile. Le premier concerne l'état général de santé et les renoncements aux soins des personnes. Le deuxième porte sur les aides techniques ou les aménagements du logement utilisés au quotidien par les personnes pour des raisons de santé, de handicap ou de perte d'autonomie, mais également sur les besoins d'aides techniques ou d'aménagements du logement. Le dernier éclaire l'accessibilité aux transports, aux lieux publics, à Internet et au vote.

Établissements et services médico-sociaux accompagnant les personnes handicapées : mise à disposition de données à partir des enquêtes ES-Handicap 2018 et 2022

La DREES publie, en open data, le 19 novembre 2025, des données individuelles floutées sur les adultes handicapés accompagnés fin 2022 et sur les établissements et services médico-sociaux qui les accompagnent à fin 2018 (https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/251119-DATA-etablissements-et-services-medico-sociaux).

L'enquête ES-Handicap est conduite tous les quatre ans auprès de l'ensemble des établissements et services médico-sociaux accompagnant les personnes handicapées en France. Elle permet de décrire ces structures, dresser un bilan de leur activité et de décrire les personnels qui y travaillent, ainsi que les personnes accompagnées.

Baisse du taux d'encadrement dans l'ensemble des centres d'hébergement social

La DREES publie le 26 novembre 2025 un dossier sur le personnel employé dans les centres d'hébergement social à partir des données de l'enquête auprès des 3 450 établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale (« ES-DS ») 2020-2021 (https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/251126_DD_personnels-centres-h%C3%A9bergement-social).

Le taux d'encadrement dans les centres d'hébergement social a diminué de 2 points depuis fin 2016, de 6 points depuis fin 2012 et de 8 points depuis fin 2008. Tandis que le nombre de places permanentes a doublé entre 2008 et 2020, les effectifs de personnel en équivalent temps plein (ETP) n'ont augmenté que de 25 %. Cette baisse du taux d'encadrement s'observe dans toutes les catégories d'établissements. Il est ainsi passé de 27 ETP pour 100 places dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) fin 2008 à 19 ETP fin 2020, de 52 ETP à 44 ETP en établissements d'accueil mère-enfant (EAME) et de 10 ETP à 7 ETP dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA).

Indicateurs sociaux départementaux (ISD) : mise à jour des données

La DREES annonce le 27 novembre 2025 la mise à jour d'une partie des indicateurs sociaux départementaux (ISD) diffusés sur les sites internet de l'INSEE (rubrique Statistiques et études / Action sociale départementale) et de la DREES (https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/indicateurs-sociaux-departementaux-isd-mise-0).

Les ISD comprennent une vingtaine d'indicateurs sur le contexte sociodémographique général et des indicateurs relatifs à chacun des quatre principaux domaines de l'aide sociale : l'aide aux personnes âgées, l'aide aux personnes handicapées, la protection de l'enfance et l'insertion. Enfin, une dizaine d'ISD financiers rapportent les dépenses d'aide sociale des départements à la population et aux bénéficiaires des aides.

Besoin d'aide à l'autonomie selon le lieu de vie : mise à jour des données du modèle LIVIA

La DREES annonce le 9 décembre 2025 la mise à jour des données issues du modèle « Lieux de vie et autonomie » (LIVIA) (https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/251209-DATA-Projection-personnes-agees-dependantes-par-lieu-de-vie).

Ce modèle propose des projections de personnes âgées, ventilées par département, sexe, tranche d'âge et niveau de perte d'autonomie. Il permet aussi de répartir les personnes âgées en perte d'autonomie dans trois lieux de vie (EHPAD, résidence autonomie et logement ordinaire), et fournit des projections de personnes âgées bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), sous une hypothèse de recours similaire à celui observé aujourd'hui, en plus de projections à partir d'une définition « épidémiologique » de la perte d'autonomie basée sur les données déclaratives sur les limitations d'activités.

Le modèle LIVIA peut être utilisé de deux façons :

- soit en raisonnant à pratiques d'entrée en EHPAD inchangées par rapport à celles observées aujourd'hui : le modèle permet alors de projeter le nombre de places en EHPAD et en résidence autonomie qui seront nécessaires pour tenir compte des évolutions démographiques (scénario 1) ;
- soit en raisonnant à partir d'un nombre de places en EHPAD qui reste constant : le modèle permet alors de quantifier le besoin de report d'une partie des personnes âgées en perte d'autonomie vers un accompagnement en résidence autonomie (scénario 2).

La population âgée de 60 ans ou plus en 2050 atteindra 23 millions de personnes en France, soit 5 millions de plus qu'en 2021. Selon le modèle LIVIA, et dans l'hypothèse dite « intermédiaire » où l'espérance de vie sans perte d'autonomie augmenterait d'autant d'années que l'espérance de vie globale, le nombre de seniors ayant un besoin d'aide à l'autonomie augmenterait de 740 000 entre 2021 et 2050. Conserver les pratiques actuelles d'entrée en EHPAD supposerait alors de créer 365 000 places supplémentaires d'ici 2050. Favoriser le maintien à domicile et limiter les places en EHPAD, pourrait entraîner le report d'une partie des seniors vers des formes d'habitat intermédiaire entre les logements ordinaires et les EHPAD, comme les résidences autonomie, dont le nombre de places, qui est actuellement de 110 000, devrait alors être multiplié par 4,6 d'ici 2050.

L'ensemble des résultats nationaux du modèle LIVIA (et de son prédécesseur EPP4) est disponible sur l'application interactive Dataviz de la DREES.

Trois aidants sur dix accompagnent seuls leur proche, six sur dix sont en activité ou étudiants

La DREES et l'Institut des politiques publiques (IPP) publient le 17 décembre 2025 une étude sur le profil des proches aidants à domicile (https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/251217-ER-etudes-et-resultats/proches-aidants).

En 2022, 7,1 millions de personnes, majoritairement des femmes (58 %), soit 11 % de la population âgée de 5 ans ou plus, sont proches aidants et apportent régulièrement une aide dite « informelle » à 5,0 millions de personnes vivant en logement ordinaire en France métropolitaine. Les aidants accompagnent le plus souvent un parent (35 %), un conjoint (24 %) ou un enfant (19 %). La moitié des personnes aidées ont moins de 65 ans (17 % ont de 5 à 29 ans) car l'aide informelle concerne des seniors en perte d'autonomie, mais aussi des enfants et des adultes handicapés ou souffrant de maladie chronique.

L'aide régulière apportée par les proches aidants peut prendre plusieurs formes : le soutien moral est la forme d'aide la plus répandue (95 % des aidants), suivi de l'aide à la vie quotidienne (83 %) - tâches domestiques, soins personnels, ou aide à la mobilité. Enfin, 42 % des aidants apportent une aide financière ou matérielle. Un tiers des aidants cumulent les trois formes d'aide. Le temps consacré à l'aide à la vie quotidienne varie fortement : de moins d'une heure par jour (44 %) à 35 heures ou plus par semaine (11 %).

Trois aidants sur dix accompagnent leur proche sans aucun autre co-aidant : ni proches, ni professionnels ou bénévoles. Cette situation est particulièrement fréquente lorsque l'aidé est le conjoint : 61 % des conjoints aidants assument l'aide seuls.

En 2022, 58 % des proches aidants travaillent, sont en recherche d'emploi ou étudiants, soit 78 % parmi les aidants d'âge actif. Parmi ces derniers, presque la moitié ont aussi un enfant à charge qui n'est pas l'aidé.

Aide sociale départementale : mise à disposition des données 2024

La DREES annonce le 19 décembre 2025 la mise à disposition des statistiques sur l'aide sociale des départements en 2024 issues de l'enquête Aide sociale, en séries longues (https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/les-aides-sociales-aux-personnes-agees-ou).

Elles portent sur les aides accordées aux personnes âgées ou handicapées, les mesures d'aide sociale à l'enfance (ASE) et l'activité dans les services de protection maternelle et infantile (PMI), ainsi que sur les effectifs du personnel départemental de l'action sociale et médicosociale.

Remontées individuelles sur l'autonomie (RI-Autonomie) : mise a disposition des données 2022

La DREES annonce le 22 décembre 2025 la mise à disposition des données issues des remontées individuelles sur l'autonomie (RI-Autonomie) (https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/ri-autonomie-profils-des-beneficiaires-et-montants-notifies-et-verses-pch/information/). Transmises par les conseils départementaux, ces données permettent de décrire les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile et de la prestation de compensation du handicap (PCH) au 31 décembre 2022. Elles fournissent une vision d'ensemble des profils des bénéficiaires, ainsi que des modes d'accompagnement et des montants notifiés et/ou versés au titre de l'ensemble des prestations couvertes.

Les personnes handicapées plus souvent exposées à des conditions de vie dégradées

La DREES publie le 23 décembre 2025 de nouvelles données sur le profil et les conditions de vie des personnes handicapées âgées de 16 ans ou plus, entre 2008 et 2024 (https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/profil-et-conditions-de-vie-des-personnes-handicapees-au-sens-du-gali/information/). Ces données sont issues de l'enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV). Les personnes handicapées âgées de 16 à 64 ans ont des conditions de vie dégradées par rapport à l'ensemble de la population : en 2024, environ une personne handicapée sur trois est en situation de privation matérielle et sociale, contre une sur huit dans l'ensemble de la population. Ces proportions sont relativement stables depuis 2013, et le profil des personnes handicapées évolue peu depuis 2008. Par rapport à l'ensemble de la population, elles sont plus âgées, plus souvent divorcées ou veuves et ont plus souvent des enfants, elles sont moins diplômées, vivent plus souvent seules et sont moins souvent propriétaires de leur logement.

Branche autonomie de la Sécurité sociale

Adoption du budget initial 2026 de la branche autonomie

Le Conseil de la CNSA a adopté le 10 décembre 2025 le budget initial 2026 de la branche autonomie dans l'attente d'un budget rectificatif intégrant les mesures issues du PLFSS 2026 qui prévoit le relèvement de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus du capital, générant entre 1,4 et 1,5 Md€ supplémentaires (https://www.cnsa.fr/actualites/le-conseil-de-la-cnsa-adopte-le-budget-initial-2026-de-la-branche-autonomie-de-la).

Le budget initial 2026 prévoit de :

- Poursuivre la transformation de l'offre pour les personnes handicapées, dans le prolongement de la conférence nationale du handicap 2023, en mobilisant 85 M€ au titre du fonds de transformation de l'offre pour les personnes handicapées : investissements immobiliers, techniques et numériques des établissements, habitat inclusif, renforcement des ressources humaines des ARS et accompagnement des organismes gestionnaires dans leurs projets de modernisation ;
- Soutenir la transition énergétique et écologique des établissements via le réseau des conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES) et la réhabilitation des EHPAD ;
- Renforcer la professionnalisation, l'innovation et l'attractivité des métiers du grand âge et du handicap ;
- Investir 100 M€ dans l'habitat intermédiaire, dont le rehaussement de 47,8 M€ pour le concours aux résidences autonomie, afin d'anticiper les besoins en logements adaptés à l'horizon 2050 ;
- Accroître de 11,5 M€ le soutien aux MDPH, dans le cadre des annonces du tour de France des solutions, notamment pour le déploiement des rendez-vous primo demandeurs.

Publication d'un rapport de la Cour des comptes sur la CNSA

La Cour des comptes publie le 19 décembre 2025 un rapport d'observations définitives intitulé « *La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : des fragilités préoccupantes, une consolidation nécessaire - Exercices 2020-2024* » (https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-caisse-nationale-de-solidarite-pour-lautonomie-des-fragilites-preoccupantes-une).

La Cour, après avoir, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale en mai 2025, consacré un chapitre au bilan de la création de la branche autonomie et souligné à cette occasion les leviers insuffisants dont dispose la CNSA aujourd'hui pour faire face aux enjeux à venir du vieillissement, propose une analyse complète de la gestion de cette caisse et émet plusieurs constats :

- Si l'analyse de la gouvernance et de la gestion de la CNSA met en évidence ses spécificités et les évolutions positives depuis la création de la branche autonomie, il existe des marges de progrès à réaliser pour renforcer sa gestion de la branche et affirmer pleinement son rôle de caisse nationale, dans le cadre de la prochaine convention d'objectifs et de gestion avec l'État ;
- La situation financière de la CNSA montre un décalage entre la croissance de ses dépenses et celle de ses recettes, conduisant à un déficit structurel prévu pour 2026. De nombreux dispositifs financés sont peu évalués et insuffisamment contrôlés, nécessitant rationalisation, renforcement des contrôles, évaluation de l'efficience et lutte accrue contre la fraude ;
- La commande publique de la CNSA manque de pilotage stratégique et de vision consolidée, en raison de responsabilités fragmentées et d'outils insuffisants.
- Les systèmes d'information de la CNSA reposent sur une équipe interne réduite, qui est amenée à recourir à une très forte externalisation, facteur de risque. Le renforcement du pilotage, de la documentation, et singulièrement de la sécurité des systèmes d'information, doit constituer une priorité pour la CNSA et ses tutelles.

Dans son rapport, la Cour formule huit recommandations, dont le décalage à 2032 du terme de la prochaine convention d'objectifs et de gestion pour l'aligner sur le calendrier des autres caisses du régime général, le renforcement de la gouvernance stratégique des achats et la mise en place d'une direction comptable et financière conforme aux règles du code de la Sécurité sociale.

Rapport de la commission d'enquête parlementaire sur les défaillances des politiques publiques de prise en charge de la santé mentale et du handicap et les coûts de ces défaillances pour la société.

La commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur *« les défaillances des politiques publiques de prise en charge de la santé mentale et du handicap et les coûts de ces défaillances pour la société »* a clôturé ses travaux le 10 décembre 2025 et rendu son rapport mis en ligne sur le site de l'Assemblée (https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/organes/autres-commissions/commissions-enquete/ce-defaillances-prise-en-charge-sante-mentale-handicap#dossier_de_presse).

Si les travaux de la commission d'enquête ont permis de dresser de nombreux constats communs dans les deux domaines du handicap et la santé mentale, leurs différences n'en demeurent pas moins notables.

La santé mentale se dégrade particulièrement chez les jeunes et les personnes âgées.

Les parcours sont complexes, la multiplicité des dispositifs les rend peu lisibles et le manque de professionnels est crucial et inégalement réparti.

La mise en œuvre de « Mon Parcours Psy » en deux phases a permis à nombre de personnes d'accéder à un professionnel et d'être prises en charge ou réorientées. Le système est critiqué alors qu'il est un maillon utile dans la chaîne des soins. Il est essentiel de renforcer les moyens existants et de valoriser les expérimentations positives pour mieux répondre aux besoins.

Concernant le volet handicap, le chemin est rempli d'obstacles pour les familles et manque lui aussi de lisibilité. Il nécessite, comme le préconise le rapporteur, de :

- simplifier les démarches ;
- coordonner les dispositifs ;
- évaluer et capitaliser sur des nouvelles pratiques ;
- donner des orientations nationales et les décliner dans les territoires selon les besoins ;
- décloisonner le sanitaire et le médico-social ;
- favoriser l'inclusion scolaire, l'insertion dans l'emploi, l'accès au logement ;
- recenser au niveau national les données des MDPH ;
- rendre tous les métiers du soin plus attractifs...

Fixation du cahier des charges du dispositif d'emploi accompagné

L'arrêté du 1er décembre 2025 (JO du 18 décembre 2025) fixe le cahier des charges mentionné à l'article L. 5213-2-1 du code du travail précisant les conditions, les modalités d'organisation et de mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné. Ce dispositif destiné aux travailleurs handicapés est organisé par l'Etat sous la forme de plateformes départementales de services intégrés, comportant un accompagnement médico-social et un soutien à l'insertion professionnelle, en vue de leur permettre d'accéder et de se maintenir dans l'emploi rémunéré sur le marché du travail. Sa mise en œuvre comprend un soutien et un accompagnement du salarié, ainsi que de l'employeur.

GTSMS

Décret no 2025-1394 du 29 décembre 2025 relatif aux groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux et aux autres formes de groupements de coopération. (Article à paraître dans le numéro 7 d'*Autonomie*).

AUTONOMIE est une publication trimestrielle éditée par Infodium **Infodium**, **www.infodium.fr** - SASU au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Rédaction : infodium@infodium - Président, directeur de la publication et de la rédaction : Laurent Queinnec - secrétaire de rédaction : Victor Emourgeon - Conception graphique et mise en page : Yohann Roy, Publiatis. Abonnements : Infodium C/O Corlet Logistic Service abonnement - ZA La Tellerie CS 20016 61438 FLERS CEDEX - abonnement@infodium.fr - Tél : 02 31 59 25 00 - Imprimerie Corlet Z.I - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau - 4 numéros par an - Abonnement 159 euros TTC par an - Prix au numéro : 49 euros TTC - n° de CPPAP 1125 T 95362 - ISSN 3073-7567 - Dépôt légal à date de parution - © Infodium - Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur. www.autonomie-revue.fr.

Comité d'orientation : Marie ABOUSSA, Jacky BLOT, Marc BOURQUIN, David CAUSSE, Christophe DOUESNEAU, Gilles DUTHIL, François JÉGARD, Raoul TACHON, Clémence ZACHARIE.

BULLETIN D'ABONNEMENT

IMPRIM'VERT

AUTONOMIE
Revue de gestion des ESSMS

À compléter et renvoyer avec si nécessaire les informations pour un dépôt sur Chorus à :
Infodium C/O Corlet Logistic - Service abonnement : ZA La Tellerie CS 20016
61438 FLERS CEDEX - abonnement@infodium.fr - Tél : 02 31 59 25 00

A6

4 numéros par an
+ 1 accès au site
www.autonomie-revue.fr
au prix de 155,73 € HT - **159 € TTC**
Soit 24 % de réduction par rapport
au prix de vente au numéro

Ci-joint mon règlement par :
☐ Bon de commande/réf. Chorus jointe
☐ Chèque à l'ordre d'INFODIUM, une facture justificative sera envoyée
☐ Mandat administratif/Réception de facture

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant.

Infodium - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038
69, avenue des Ternes 75017 Paris – tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du 1er Janvier au 31 Décembre 2026.

Raison sociale : .....
Nom : ..... Prénom : .....
Fonction : .....
Adresse : .....
.....
Code Postal : ..... Ville : .....
Téléphone : .....
E-mail (mail version numérique) : .....
Cachet/Date/Signature