

**CENTRE COMMUNAL
d'ACTION SOCIALE DE TARNOS**

CENTRE SOCIAL ANDRE ARLAS

13 Chemin de Tichené
☎ 05 59 64 88 22

**PROCES-VERBAL DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DU CCAS DU 30 OCTOBRE 2025**

L'an deux mille vingt-cinq, le trente octobre à dix-sept heures trente, les membres du **Conseil d'Administration du CCAS**, dûment convoqués, se sont réunis au lieu ordinaire de leur séance, sous la présidence de Monsieur Marc MABILLET, Président du CCAS.

Date de convocation : 23 octobre 2025

Présents : Mesdames FONTENAS Pierrette, ORDUNA Aurélie, PORTET Fabienne et TROISVALLETS Cécile ; Messieurs COUTIER Alain, GUERRERO José, MABILLET Marc et ROBLES Antoine.

Excusées : Mesdames AFKIR Karima, DARRAMBIDE Fabienne, DUPRE Anne, GOYHENECHÉ Maïté et NOGARO Isabelle.

Secrétaire de séance : Monsieur Jérôme BARRIEZ, directeur.

Monsieur le Président accueille les membres du conseil d'administration.

Le procès-verbal de la séance du 27 juin 2025 est approuvé à l'unanimité.

Monsieur le Président rend compte des décisions prises en application des délégations de pouvoirs reçues des membres du conseil d'administration et sur la base des rapports des travailleurs sociaux :

- une décision du 2 juillet 2025 par laquelle une tarnosienne a bénéficié d'un bon alimentaire de 90 € pour le mois de juillet 2025 ;
- une décision du 15 juillet 2025 par laquelle un tarnosien a bénéficié d'une aide financière de 194,48 € pour s'acquitter de 2 mensualités auprès de la compagnie d'assurance MAAF ;
- une décision du 22 juillet 2025 par laquelle un tarnosien a bénéficié d'un bon alimentaire de 90 € pour le mois de juillet 2025 ;
- une décision du 19 septembre 2025 par laquelle une tarnosienne a bénéficié d'un bon alimentaire de 90 € pour les mois de septembre et d'octobre 2025 ;
- une décision du 14 octobre 2025 par laquelle un tarnosien a bénéficié d'un bon alimentaire de 90 € pour les mois d'octobre, novembre et décembre 2025 ;

- une décision du 21 octobre 2025 par laquelle un tarnosien a bénéficié d'un bon alimentaire de 90 € pour le mois d'octobre 2025 ;
- une décision du 23 octobre 2025 par laquelle une tarnosienne a bénéficié d'un bon alimentaire de 90 € pour les mois d'octobre et novembre 2025.

Monsieur le Président aborde ensuite les autres questions inscrites à l'ordre du jour.

1) Affectation définitive du résultat 2023 du budget annexe SSIAD

Monsieur le Président rappelle que l'affectation du résultat est décidée par le directeur de l'Agence régionale de santé (article 314-51 du Code de l'action sociale et des familles).

Les comptes administratif et de gestion 2023 ont été approuvés par un vote des membres du conseil d'administration réunis en séance le 25 avril 2024.

Le résultat 2023 de la section d'exploitation s'établit ainsi :

Section d'exploitation

Résultat de l'exercice 2023	Résultat incorporé au budget 2023	Résultat à affecter
55 731,68 €	18 901,00 €	+ 74 632,68 €

Par délibération n°20/2024 du 25 avril 2024, les membres du conseil d'administration ont proposé l'affectation de résultat suivante :

- 50 000,00 € en réserve de compensation des déficits (compte 106868)
- 24 632,68 € en excédent affecté au financement des mesures d'exploitation non reconductibles (compte 111), telles que l'évaluation externe et l'aide à la création d'un service autonomie.

La décision tarifaire n° 9442 datée du 26 juin 2025 et la fiche de notification budgétaire nous ont été notifiées par l'ARS le 4 juillet 2025 (documents joints). La décision d'affectation du résultat du compte administratif 2023 au budget 2025 se décline ainsi :

- affectation en réserve de compensation des déficits : + 74 632,68 € (compte 106868)

Où l'exposé de Monsieur le Président, après en avoir délibéré, les membres du conseil d'administration approuvent la décision d'affectation définitive du résultat de l'exercice 2023 du budget annexe SSIAD récapitulée ci-avant.

ADOpte A L'UNANIMITE

2) Budget annexe SSIAD 2025 : budget exécutoire modifié suite à la notification de la dotation soins versée par l'ARS (décision modificative n°2)

Monsieur le Président rappelle que les prévisions de dépenses et de recettes du budget annexe SSIAD de l'année N sont normalement transmises à l'Agence Régionale de Santé (ARS) Aquitaine, autorité de tarification, avant le 31 octobre de l'année N-1, conformément aux dispositions de l'article R314-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Dans un e-mail daté du 12 octobre 2023, la Direction déléguée au financement de l'autonomie et de la prévention de l'ARS Nouvelle-Aquitaine précisait les nouvelles règles dans le cadre de la réforme de la tarification des SSIAD, à nouveau rappelées dans un e-mail du 4 juillet 2025.

Compte tenu du nouveau schéma de notification des crédits, les règles de transmission du budget prévisionnel, en tant que document tarifaire, sont adaptées. Par dérogation à l'article R. 314-3 du CASF, les SSIAD n'ayant pas signé de CPOM doivent transmettre leur budget prévisionnel à l'autorité de tarification dans le délai de 30 jours suivant la notification de la décision tarifaire par l'ARS.

Le budget annexe d'un service rattaché à un CCAS ou un CIAS devant toutefois être voté au 15 avril au plus tard, un budget exécutoire fut approuvé en séance le 20 mars 2025.

La décision tarifaire n°9442 datée du 26 juin 2025 et la fiche de notification budgétaire nous ont été finalement notifiées par e-mail par l'ARS le 4 juillet 2025 (documents joints).

Le montant de la dotation globale de soins 2025 est arrêté à 454 261,00 € :

Base reconductible au 01/01/2025	444 794,00 €
Actualisation de la base reconductible	3 647,00 €
Cotisations CNRACL	5 820,00 €
DOTATION GLOBALE DE SOINS ALLOUEE EN 2025	454 261,00 €

Le service comptant 30 places et fonctionnant sur 365 jours en 2025, le prix de journée est fixé à 41,49 €.

En section d'exploitation, les dépenses et recettes retenues se déclinent ainsi :

Dépenses

- Groupe 1 : 21 250,00 €
- Groupe 2 : 415 713,00 €
- Groupe 3 : 37 298,00 €

Recettes

- Groupe 1 : 454 261,00 €
- Groupe 2 : 11 000,00 €
- Groupe 3 : 9 000,00 €

Monsieur le Président demande aux membres du conseil d'administration d'approuver les modifications budgétaires suivantes :

SECTION D'EXPLOITATION - CHARGES		
Groupe 1 : charges afférentes à l'exploitation courante		
N° de compte	Libellé	Montants
60621	Carburants	+ 2 400,00 €
60624	Fournitures de bureau	+ 500,00 €
6251	Voyages et déplacements	+ 1 000,00 €
6261	Frais d'affranchissements	+ 150,00 €
6262	Frais de télécommunication	+ 600,00 €
6288	Autres prestations	+ 3 745,00 €
Groupe 2 : charges afférentes au personnel		
N° de compte	Libellé	Montants
6218	Autres personnels extérieurs	- 15 000,00 €
6226	Honoraires divers	+ 36 261,00 €
64111	Rémunération du personnel para-médical	- 49 980,00 €
64115	Supplément familial	- 1 335,00 €
641182	CTI Ségur	- 1 544,00 €
641183	Autres-Prime grand âge	- 755,00 €
64151	Personnel remplaçant (salaires)	+ 10 550,00 €
641582	CTI Ségur	- 1 512,00 €
641583	Autres-Prime grand âge	- 739,00 €
64511	Cotisations à l'U.R.S.S.A.F.	+ 1 812,00 €
64513	Cotisations aux caisses de retraite (IRCANTEC)	+ 345,00 €
64514	Cotisations à l'ASSEDIC	+ 295,00 €
64515	Cotisations à la CNRACL	- 9 454,52 €
64788	Autres versements (CNFPT, CDG)	- 195,00 €
6488	Autres charges de personnel (Assurances)	- 1 250,00 €
Groupe 3 : charges afférentes à la structure		
61558	Entretien et réparations	+ 10 171,00 €
678	Autres charges exceptionnelles	+ 1 200,00 €
TOTAL		- 12 735,52 €
SECTION D'EXPLOITATION - PRODUITS		
Groupe 1 : produits de la tarification		
N° de compte	Libellé	Montants
7311121	Forfait global de soins	+ 6 264,48 €
Groupe 2 : autres produits relatifs à l'exploitation		
6419	Remboursements sur rémunérations du personnel non médical	- 2 000,00 €
Groupe 3 : produits financiers et produits non encaissables		
7815	Reprises sur provisions pour risques	- 17 000,00 €
TOTAL		- 12 735,52 €

Où l'exposé de Monsieur le Président, après en avoir délibéré, les membres du conseil d'administration approuvent les modifications budgétaires susvisées.

ADOpte A L'UNANIMITE

3) Budget annexe EHPAD – EPRD 2025 modifié (décision modificative n°2)

L'ARS a notifié sa décision tarifaire le 4 juillet 2025 (fiche de notification budgétaire 2025 n°1 et décision tarifaire n° 8846 datée du 26 juin 2025 jointes).

Les évaluations très favorables des PMP et GMP réalisées en 2025 ne produiront leurs effets qu'en 2026.

Comme nous l'avons projeté par délibération n°34/2025 du 27 juin 2025, le forfait soins s'établit bien à 1 639 209,00 € pour l'exercice 2025 avec un forfait global unique (FGU) fixé à 1 844 061,00 €.

Monsieur le Président propose toutefois aux membres du conseil d'administration d'approuver les ajustements budgétaires suivants :

TABLEAU DE FINANCEMENT PRÉVISIONNEL		
Emplois		
N° de compte	Libellé	Montant
<i>Chapitre 20 Immobilisations incorporelles</i>		
2013	Frais d'évaluation	+ 2 246,00 €
<i>Chapitre 21 Immobilisations corporelles</i>		
2154	Immobilisations corporelles Matériel et outillage	- 2 246,00 €

COMPTE DE RÉSULTAT PRÉVISIONNEL			
Charges			
Groupe 2 : charges afférentes au personnel			
N° de compte	Libellé	Section	Montant
64151	Rémunération principale personnel titulaire	Hébergement	+ 6 145,22 €
		Dépendance	+ 6 446,89 €
		Soins	+ 1 152,28 €
TOTAL			+ 13 744,39 €
Produits			
Groupe 1 : produits de la tarification			
N° de compte	Libellé	Section	Montant
7353512	Accueil temporaire avec hébergement	Dépendance	+ 5 587,94 €
Groupe 2 : autres produits relatifs à l'exploitation			
6419	Remboursements sur rémunération du personnel non médical	Hébergement	+ 3 089,04 €
		Dépendance	+ 858,95 €
		Soins	+ 1 152,28 €
Groupe 3 : produits financiers			
7817	Reprise sur provision pour dépréciation	Hébergement	+ 3 056,18 €
TOTAL			+ 13 744,39 €

Oui l'exposé de Monsieur le Président, après en avoir délibéré, les membres du conseil d'administration approuvent les modifications budgétaires susvisées.

ADOpte A L'UNANIMITE

4) Propositions budgétaires 2026 du budget annexe EHPAD

La loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015 prévoit pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) l'application de nouvelles règles budgétaires, tarifaires et comptables liées à une tarification à la ressource. Elle prévoit également le remplacement des anciennes conventions tripartites par des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

L'arrêté conjoint ARS/Département des Landes du 31 décembre 2023 relatif à la programmation des CPOM des établissements et services sociaux et médico-sociaux du Département des Landes précisait que pour l'EHPAD de Tarnos un CPOM devait être signé le 31 décembre 2024.

Monsieur le Président précise que jusqu'à la signature du CPOM, il s'agit d'une période transitoire avec coexistence de deux procédures.

D'une part, les nouvelles règles budgétaires sont applicables depuis l'exercice 2017, indépendamment de la signature du CPOM. Les étapes budgétaires sont désormais les suivantes :

- une annexe activité est complétée et transmise avant le 31 octobre N-1 ;
- un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) prévu à l'article L. 314-7-1 du même code est voté l'année N ;
- un état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) est transmis aux autorités de tarification au plus tard le 30 avril N+1.

D'autre part, dans l'attente de la signature d'un CPOM, le tarif hébergement est fixé comme avant et reste donc soumis à une procédure contradictoire.

Les prévisions de dépenses et de recettes du budget annexe EHPAD du CCAS de Tarnos pour l'exercice 2026 doivent donc être arrêtées sous forme de propositions budgétaires par l'organe délibérant (article R314-14 du Code de l'action sociale et des familles) pour être transmises au Conseil départemental des Landes, avant le 31 octobre 2025, conformément aux dispositions de l'article R314-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes qui figurent au budget sont présentées et votées par groupes fonctionnels (article L315-15 du CASF).

L'autorité de tarification fera connaître au service les modifications qu'elle propose (article R314-22 du CASF).

Les propositions budgétaires présentées comportent, conformément à l'article R314-17 du CASF :

- Le rapport budgétaire mentionné à l'article R314-18,
- Le classement des personnes accueillies par groupes homogènes,
- Le tableau des effectifs défini à l'article R. 314-19,
- Le bilan comptable de l'établissement relatif au dernier exercice clos,
- Les données nécessaires au calcul des indicateurs applicables au service.

L'activité prévisionnelle de la structure s'établit à 25 185 jours d'accueil (dont 365 jours d'accueil temporaire et hors accueil de jour) pour un établissement comptant 71 places réparties en 65 studios, dont 6 peuvent accueillir des couples. 1 studio est consacré à l'accueil temporaire. 10 studios sont réservés à des résidents accueillis en unité de vie protégée spécifique Alzheimer. Enfin, 2 places d'accueil de jour complètent ce dispositif.

En section d'exploitation, le budget prévisionnel 2026 est présenté en déséquilibre sur la partie dépendance et en équilibre pour les autres sections (avec une subvention prévisionnelle de 186 500 € sur la section hébergement et de 35 500 € sur la section dépendance). Il s'établit en charges à 4 346 035,87 € et en produits à 4 308 843,13 €.

La section d'investissement n'existe plus en EPRD. Elle est remplacée par le tableau de financement prévisionnel (TFP). Il s'équilibre en ressources et en emplois à 75 900,00 €.

Au sein de la section d'exploitation, le budget est donc présenté en déséquilibre au niveau de la section dépendance uniquement :

Charges

- Hébergement : 2 068 327,60 €
 - Dépendance : 700 190,20 €
 - Soins : 1 577 518,07 €

Produits

- Hébergement : 2 068 327,60 €
 - Dépendance : 662 997,46 €
 - Soins : 1 577 518,07 €

Les tarifs proposés pour l'exercice 2026 sont les suivants :

Tarifs hébergement :

- Prix de journée : 67,37 € (soit une augmentation de 3,00 % par rapport à 2025)

Tableau d'évolution des tarifs à la charge des résidents :

	2024	2025	VARIATION		2026	VARIATION	
			En €	En %		En €	En %
Hébergement	64,50 €	65,41 €	+ 0,91 €	+ 1,41 %	67,37 €	+ 1,96 €	+ 3,00 %
Dépendance GIR 5-6 puis forfait entretien autonomie à compter du 1 ^{er} juillet 2025	6,71 €	6,10 €	- 0,61 €	- 9,09 %	6,10 €	-	-
TOTAL	71,21 €	71,51 €	+ 0,30 €	+ 0,42 %	73,47 €	+ 1,96 €	+ 2,74 %

La lettre de cadrage transmise par le Département des Landes datée du 2 septembre 2025 précise que le taux directeur d'évolution du tarif hébergement fixé pour la campagne budgétaire 2026 devait être de 2 % maximum car l'effort financier des résidents fut en moyenne sur le territoire landais de 4,8 % en 2024 et de 3 % en 2025. Cependant, le tarif hébergement de notre établissement n'a évolué que de 3,07 % en 2024 puis de 1,41 % en 2025. Avec une proposition de hausse du tarif de 3 % et une subvention d'équilibre de 222 000 €, le budget prévisionnel reste déficitaire à hauteur de 37 192,74 € sur la section dépendance. L'effort de la Commune reste donc important (via la subvention d'équilibre) pour préserver l'établissement et contenir les hausses de tarifs.

Le forfait entretien autonomie remplace le talon modérateur (GIR 5/6). La participation financière journalière forfaitaire aux dépenses d'entretien de l'autonomie mentionnée à l'article 3 du décret n° 2025-168 du 20 février 2025 est fixée par arrêté ministériel publié au Journal officiel de la République française. Elle s'établit à 6,10 euros toutes taxes comprises, à compter du 1^{er} juillet 2025. Ce montant devrait être réévalué par arrêté ministériel chaque année.

Les membres du conseil de la vie sociale (CVS) réunis en séance le 28 octobre 2025 ont émis un avis favorable et unanime concernant le tarif hébergement proposé pour l'exercice 2026.

Les membres du CVS comme les élus attendent toutefois une *Loi Grand Age* qui permette de soutenir les EHPAD habilités à l'aide sociale en contenant ainsi l'évolution des tarifs.

Où l'exposé de monsieur le Président, après en avoir délibéré, les membres du conseil d'administration adoptent les propositions budgétaires 2026 du budget annexe EHPAD telles que présentées.

ADOpte A L'UNANIMITE

5) Décision d'adhésion du CCAS à la convention de participation dans le domaine de la santé du centre de gestion de la fonction publique territoriale des Landes (CDG40) auprès de la MNT à compter du 1^{er} janvier 2026

L'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 et le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 ont redéfini la participation des employeurs publics au financement des garanties de protection sociale complémentaire de leurs agents fonctionnaires et contractuels de droit public et de droit privé.

Ainsi et à l'instar du secteur privé, la participation financière de l'employeur deviendra obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2026 pour les garanties santé pour un montant qui ne pourra être inférieur à 15,00 € par mois et par agent.

Conformément à l'article L. 827-7 du code général de la fonction publique, les centres de gestion se sont vu confier une nouvelle mission à savoir conclure, pour le compte des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, des conventions de participation au titre de la protection sociale complémentaire afin de couvrir le risque « Santé » au profit de leurs agents et de leur famille.

C'est ainsi que le Centre de Gestion des Landes a lancé une procédure de mise en concurrence mutualisée en vue de conclure une convention de participation pour le risque « santé », au profit des collectivités et établissement du Département.

Monsieur le Président rappelle que la présente assemblée a, après avis du Comité Social Territorial, par délibération n° 05/2025 du 26 février 2025, donné mandat au CDG40 afin de participer à cet appel public à concurrence.

A l'issue de cette procédure, le CDG40 par délibération en date du 11 juillet 2025 a désigné la MNT en vue de souscrire une convention de participation pour le risque « Santé » auprès de cette mutuelle à compter du 1^{er} janvier 2026 et pour une durée de six ans.

Les collectivités et établissements publics peuvent donc désormais adhérer à ce contrat collectif de mutuelle Santé /convention de participation auprès de la MNT dès le 1^{er} janvier 2026 ou postérieurement, sous conditions, étant à nouveau précisé que les employeurs publics auront l'obligation de participer financièrement au risque santé pour leurs agents à partir du 1^{er} janvier 2026.

Cette adhésion se matérialise par une délibération de l'assemblée délibérante, après consultation du Comité Social Territorial. Le Comité Social Territorial doit également se prononcer pour avis sur le montant de la participation appliqué par l'établissement public et décidé par l'assemblée délibérante sur proposition de l'exécutif. En effet c'est l'assemblée délibérante qui doit déterminer le montant de la participation financière à accorder à chaque agent qui aura adhéré au contrat collectif santé proposé par la MNT en application de l'accord négocié par le CDG40.

Les garanties proposées dans la convention de participation sont les suivantes :

Soins courants

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4

Prestations remboursées par l'Assurance maladie :

Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : <http://annuaire.sante.ameli.fr>.

Honoraires :

Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%	200%
Honoraires généralistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%	180%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Honoraires spécialistes (consultations, visites) - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Actes techniques médicaux et autres actes - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Imagerie médicale - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	100%	150%	200%
Imagerie médicale - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	100%	130%	180%
Honoraires paramédicaux - auxiliaires médicaux (y compris sages-femmes)	100%	115%	125%	150%
Honoraires de séances d'accompagnement psychologique (article L162-58-1 CSS)	100%	100%	100%	100%
Analyse et examens de laboratoires	100%	100%	125%	150%
Frais de transport	100%	100%	100%	100%

Médicaments :

Médicaments à service médical rendu majeur ou important	100%	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu modéré et certaines préparations magistrales	/	100%	100%	100%
Médicaments à service médical rendu faible	/	100%	100%	100%
Vaccins antigrippaux	100%	100%	100%	100%
Vaccins	100%	100%	100%	100%
Contraception sur prescription	100%	100%	100%	100%

Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif)

Ensemble du matériel sur la liste des produits et prestations (LPP)	100%	200%	300%	400%
---	------	------	------	------

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

Participation assuré actes > 120 Euros (par acte)	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti
Pharmacie homéopathique (par an)	/	50 €	75 €	100 €
Pharmacie non remboursée (par an)	/	50 €	75 €	100 €
Médecines douces (par an)	/	100 €	150 €	200 €
Substituts nicotiniques	100%	150 €	150 €	150 €
Contraception non remboursée	50 €	50 €	100 €	200 €

Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité

Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4

Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : <http://annuaire.sante.ameli.fr>.

Prestations remboursées par l'Assurance maladie :

Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Honoraires médicaux & chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Actes de spécialités - Praticien adhérent à un DPTAM	100%	150%	200%	250%
Actes de spécialités - Praticien non adhérent à un DPTAM	100%	130%	180%	200%
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%
Soins thermaux	100%	100%+150€	100%+200€	100%+250€

Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :

Participation du patient actes > 120 Euros	Garanti	Garanti	Garanti	Garanti
Forfait patient urgence (FPU, article L160-13 CSS)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait journalier psychiatrie	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait chambre particulière (par jour en durée non limitée)	/	60 €	80 €	100 €
Forfait frais accompagnant enfant moins de 16 ans (par jour et limité à 60 jours)	/	30 €	35 €	40 €
Amniocentèse	/	30 €	50 €	70 €

Optique				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, cette dernière étant limitée à 100€.				
Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la garantie s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période annuelle (article R 871-2 du code de la Sécurité sociale).				
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Équipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée				
Équipement complet				Remboursement intégral
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée				
Remboursement de l'équipement (limité à 100€ pour la monture) :				
a) Équipement à verres simples	100 €	150 €	250 €	300 €
b) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)	150 €	225 €	375 €	450 €
c) Équipement à verres complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
d) Équipement avec un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)	150 €	225 €	375 €	450 €
e) Équipement avec un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)	200 €	300 €	500 €	600 €
f) Équipement à verres très complexes	200 €	300 €	500 €	600 €
Frais de lentilles remboursées (par an et par bénéficiaire) en complément du régime obligatoire. Cumulable avec le forfait lunette	100 €	150 €	200 €	400 €
Matériel pour amblyopie, prestations d'adaptation, autres suppléments optiques	100%	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Frais de lentilles non remboursées (par an et par bénéficiaire)	/	150 €	150 €	200 €
Chirurgie de l'œil (par œil)	/	200 €	300 €	400 €

Dentaire				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Honoraires - Soins dentaires praticiens adhérent à un DPTAM	100%	125%	150%	200%
Honoraires - Soins dentaires non adhérent à un DPTAM	100%	105%	130%	200%
Traitement d'orthodontie	125%	200%	300%	400%
Prothèses dentaires (y compris inlays-onlays et inlays core) :				
Panier de soins 100% santé sans reste à charge (convention article L 162-9 CSS)				Remboursement intégral
Panier de soins aux tarifs maîtrisés	125%	200%	300%	400%
Panier de soins aux tarifs libres	125%	200%	300%	400%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Prothèses dentaires (par prothèse)	/	200 €	300 €	500 €
Traitement d'orthodontie (par semestre)	/	200 €	300 €	500 €
Parodontologie (par an)	/	100 €	300 €	500 €
Implants (forfait par implant limité à 3 implants / an)	/	100 €	300 €	600 €

Aides auditives				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.				
Équipement 100% santé appartenant à une classe à prise en charge renforcée				
Équipement complet				Remboursement intégral
Équipement appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée				
Remboursement par aide auditive assuré de moins de 20 ans	100%	1 500 €	1 500 €	1 500 €
Remboursement par aide auditive assuré de plus de 20 ans	100%	1 000 €	1 250 €	1 500 €

Autres prestations				
Remboursements cumulés de l'Assurance maladie et de l'Assureur, en % de la base de remboursement (BR / TRSS / TA), ou/et en forfaits, par assuré	Niveau de garanties			
	N1	N2	N3	N4
Prestations remboursées par l'Assurance maladie :				
Actes de prévention (7 actes selon l'arrêté du 8 juin 2006) :				
Scellement des puits, sillons et fissures (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
Détartrage annuel complet	100%	100%	100%	100%
Bilan du langage (enfant de moins de 14 ans)	100%	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	100%	100%	100%	100%
Dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans)	100%	100%	100%	100%
Vaccins (sur liste de l'arrêté du 8 juin 2006)	100%	100%	100%	100%
Prestations non remboursées par l'Assurance maladie :				
Allocation enfant (naissance ou adoption, par enfant inscrit à l'adhésion)	200 €	200 €	200 €	200 €
Assistance	/	Oui	Oui	Oui

Les tarifs proposés sont :

TARIFS 2025	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Enfant (gratuité à compter du 3 ^{ème})	17,00 €	27,79 €	34,98 €	39,13 €
Adulte actif de moins de 30 ans inclus	25,72 €	42,02 €	52,90 €	60,57 €
Adulte actif de 31 à 40 ans inclus	30,64 €	50,09 €	63,05 €	72,21 €
Adulte actif de 41 à 50 ans inclus	38,89 €	63,57 €	79,99 €	91,63 €
Adulte actif de 51 à 60 ans inclus	48,25 €	76,92 €	96,79 €	110,87 €
Adulte actif de plus de 61 ans inclus	69,27 €	110,40 €	138,92 €	159,12 €
Retraité	73,27 €	119,69 €	150,62 €	172,50 €

Vu le code général de la fonction publique, notamment les articles L827-1 à L827-12,

Vu le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection complémentaire de leurs agents,

Vu le décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement,

Vu la délibération n° 05/2025 du 26 février 2025, donnant mandat au Centre de Gestion des Landes pour lancer au nom et pour le compte du CCAS une consultation en vue d'établir une convention de participation à adhésion facultative en matière de santé,

Vu l'avis favorable et unanime des membres du comité social territorial en date du 16 octobre 2025 portant sur les conditions contractuelles proposées par la mutuelle désignée par le Centre de Gestion des Landes suite à la consultation lancée et l'adhésion du CCAS de TARNOS à la convention de participation proposée par le Centre de Gestion des Landes et la MNT ;

Où l'exposé de monsieur le Président, après en avoir délibéré, les membres du conseil d'administration décident d'adhérer à cette convention de participation au vu des conditions et garanties proposées.

ADOpte A L'UNANIMITE

6) Participation obligatoire de l'employeur au risque santé pour les agents du CCAS de TARNOS

L'ordonnance n°2021-175 du 17 février 2021 et le décret n°2022-581 du 20 avril 2022 ont redéfini la participation des employeurs publics au financement des garanties de protection sociale complémentaire de leurs agents fonctionnaires et contractuels de droit public et de droit privé.

Ainsi et à l'instar du secteur privé, la participation financière de l'employeur deviendra obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2026 pour les garanties santé pour un montant qui ne pourra être inférieur à 15,00 € brut par mois et par agent ;

Conformément à l'article L. 827-7 du code général de la fonction publique, les centres de gestion se sont vu confier une nouvelle mission à savoir conclure, pour le compte des collectivités territoriales et de leurs établissements publics, des conventions de participation au titre de la protection sociale complémentaire afin de couvrir le risque « Santé » au profit de leurs agents.

C'est ainsi que le Centre de Gestion des Landes a lancé une procédure de mise en concurrence en vue de conclure une convention de participation pour le risque « Santé », au profit des collectivités et établissement du Département.

Monsieur le Président rappelle que la présente assemblée a, après avis du Comité Social Territorial, par délibération n° 42/2025 du 28 octobre 2025, décidé d'adhérer à la convention de participation à adhésion facultative au titre de la garantie santé pour ses agents.

Vu le code général de la fonction publique notamment ses articles L827-1 à L827-12 ;

Vu le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection complémentaire de leurs agents ;

Vu le décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement ;

Vu la délibération n° 05/2025 du 26 février 2025 donnant mandat au CDG40 afin de participer à un appel public à concurrence visant à conclure une convention de participation et son contrat collectif d'assurance pour le risque santé auprès d'un organisme d'assurance ;

.../...

Vu la délibération en date du 11 juillet 2025 du Conseil d'Administration du Centre de Gestion des Landes portant désignation de la MNT pour le risque santé et décidant de la conclusion de la convention d'adhésion facultative à proposer aux collectivités avec cette mutuelle pour la mise en œuvre de cette garantie pour 6 ans à compter du 1^{er} janvier 2026 ;

Vu l'avis favorable et unanime des membres du comité social territorial en date du 16 octobre 2025, lesquels approuvent que le montant mensuel de la participation employeur soit fixé à 15 € brut tout en espérant que cette participation puisse un jour être revalorisée ;

Où l'exposé de monsieur le Président, les membres du conseil d'administration fixent le montant mensuel de la participation financière à 15 € brut pour les agents qui auront fait le choix de souscrire au contrat Santé issue de cette convention de participation.

La participation est versée à tous les agents employés par le CCAS de TARNOS quel que soit leur statut (fonctionnaires et agents contractuel de droit public et de droit privé) qui souscrivent à la garantie santé issue de cette convention de participation.

ADOPTE A L'UNANIMITE

7) Approbation du livret d'accueil des professionnels de l'EHPAD Lucienne Montot-Ponsolle

La bientraitance des personnes âgées, résidant en EHPAD notamment, est au coeur des préoccupations du législateur. Le directeur de l'EHPAD (en poste depuis août 2015), en sa qualité de conseiller de prévention des risques professionnels depuis 2017 et dont la 1^{ère} formation suivie en novembre 2015 s'intitule *Le rôle du directeur dans le management de la bientraitance*, revendique un lien fort entre prévention des risques professionnels, amélioration des conditions de travail et bientraitance des résidents.

Aussi, il a souhaité rédiger un livret d'accueil à l'attention des professionnels qui scelle en engagement réciproque : la recherche de l'amélioration constante des conditions de travail par la direction et le service prévention soutenus par les élus et l'engagement d'une relation de qualité entre professionnels et résidents à tous les niveaux ou entre professionnels eux-mêmes. Il s'agit d'un pacte moral qui a reçu l'avis favorable et unanime des membres du comité social territorial (CST) réunis en séance le 16 octobre 2025. Ce document a également été présenté et approuvé par les membres du conseil de la vie sociale (CVS) le 28 octobre 2025.

Où l'exposé de monsieur le Président, les membres du conseil d'administration approuvent le livret d'accueil des professionnels de l'EHPAD Lucienne Montot-Ponsolle et en autorisent l'utilisation et la diffusion.

ADOpte A L'UNANIMITE

8) Approbation du livret d'accueil des résidents de l'EHPAD Lucienne Montot-Ponsolle, de la mise à jour des contrats de séjour, du document individuel de prise en charge (DIPC) et du règlement de fonctionnement

Monsieur le Président rappelle les dispositions de l'article L311-4 du Code de l'action sociale et des familles :

Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel sont annexés une charte des droits et libertés de la personne accueillie (affichée dans l'établissement), le règlement de fonctionnement défini à l'article L311-7 ainsi qu'un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge élaboré avec la participation de la personne accueillie.

A l'occasion de l'évaluation externe de l'EHPAD de TARNOS programmée du 12 au 14 novembre 2025, un livret d'accueil a été élaboré et les contrats de séjours (hébergement permanent et accueil de jour) le DIPC et le règlement de fonctionnement furent mis à jour.

Vu l'avis favorable et unanime des membres du CST réunis en séance le 16 octobre 2025 ;

Vu l'avis favorable et unanime des membres du CVS réunis en séance le 28 octobre 2025 ;

Où l'exposé de monsieur le Président, les membres du conseil d'administration approuvent ces documents et en autorisent l'utilisation et la diffusion.

ADOpte A L'UNANIMITE

9) Approbation du plan bleu et du plan de continuité d'activité de l'EHPAD

Depuis l'épisode de canicule en 2003, la rédaction d'un plan bleu est devenue obligatoire pour tous les établissements hébergeant des personnes âgées (article D.312-160 du code de l'action sociale et des familles).

Élaboré sous la responsabilité du directeur de l'établissement, il constitue le plan global de gestion des risques des établissements médico-sociaux pour faire face à tout type de crises et de situations sanitaires exceptionnelles susceptibles de les impacter. Il doit être pleinement intégré dans la gouvernance de l'établissement. Il précise les modalités d'organisation de la cellule de crise et ses missions et intègre notamment les modalités de continuité de l'activité de l'établissement ainsi que le plan de formation des personnels de l'établissement aux situations sanitaires exceptionnelles.

Dans les établissements médico-sociaux, le Plan de Continuité d'Activité (PCA) s'articule donc avec le plan bleu, garantissant la protection des résidents et le maintien des services essentiels face aux perturbations. Il détaille les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique par tous les établissements pour personnes âgées et handicapées.

Le Plan de Continuité d'Activité est un outil d'aide à la gestion de crise qui anticipe les dommages d'un événement exceptionnel sur un équipement afin d'organiser le maintien de son fonctionnement, même en mode dégradé.

Vu l'avis favorable et unanime des membres du CST réunis en séance le 16 octobre 2025 ;

Vu l'avis favorable et unanime des membres du CVS réunis en séance le 28 octobre 2025 ;

Où l'exposé de monsieur le Président, les membres du conseil d'administration approuvent le plan bleu et plan de continuité d'activité de l'EHPAD et en autorisent l'utilisation et la transmission aux autorités (Préfecture, ARS et Conseil départemental notamment).

ADOpte A L'UNANIMITE

10) Acceptation d'un legs d'un particulier

Monsieur Alexis Elie DOMEcq-HAUGUEY était résident à TARNOS. Il est décédé le 20 décembre 2024. Maître Philippe COYOLA, notaire à Ondres, informe le Président du CCAS, par courrier daté du 13 février 2025, qu'il détient un testament authentique selon lequel le défunt institue le CCAS de TARNOS légataire universel à concurrence de un tiers.

Considérant l'article R123-25-7° du code de l'action sociale et des familles précisant que les dons et legs sont des ressources propres du CCAS ;

Considérant les dispositions de l'article L123-8 du code de l'action sociale et des familles ;

Considérant l'actif net de succession et le relevé de compte du 23 juillet 2025 (documents figurant en annexe) ;

Considérant que la part légale revenant au CCAS de TARNOS s'établit à 35 484 € ;

Le Président du CCAS ayant signé l'acte de notoriété, les membres du conseil d'administration :

- acceptent ce legs non affecté,
- autorisent monsieur le Président à signer l'acte portant acceptation de legs ainsi que la déclaration de succession.

Cette recette sera inscrite à l'article 756.

Monsieur le Président et les membres du conseil d'administration souhaitent qu'un espace rappelle ce geste, au sein des services du CCAS (dans le jardin de l'EHPAD par exemple).

ADOpte A L'UNANIMITE

11) Acceptation d'un don du CCSBT

L'Association Centre Culturel et Social Boucau-Tarnos (CCSBT) a fait don au CCAS de la somme de 200,00 € (chèque daté du 23 juin 2025) suite à l'organisation d'une soirée solidaire au profit du CCAS le 15 juin dernier à la salle Maurice Thorez de TARNOS.

Considérant l'article R123-25-7° du code de l'action sociale et des familles précisant que les dons et legs sont des ressources propres du CCAS ;

Considérant les dispositions suivantes de l'article L123-8 du code de l'action sociale et des familles : *Le président du centre communal ou intercommunal d'action sociale a le droit d'accepter, à titre conservatoire, des dons et legs et de former, avant l'autorisation, des demandes en délivrance. La délibération du conseil d'administration qui rend l'acceptation définitive, conformément à l'article L.2242-4 du code général des collectivités territoriales a effet du jour de cette acceptation ;*

Le Président du CCAS ayant accepté ce don à titre conservatoire et remercié le donateur, les membres du conseil d'administration acceptent ce don non affecté, et précisent que cette recette sera inscrite à l'article 756.

ADOpte A L'UNANIMITE

12) Acceptation d'un don d'un particulier

Madame D, résidente à TARNOS, a fait un nouveau don au CCAS, à hauteur de 80 € (chèque joint à son courrier daté du 13 octobre 2025). Elle soutient ainsi le CCAS chaque année depuis 2022.

Considérant l'article R123-25-7° du code de l'action sociale et des familles précisant que les dons et legs sont des ressources propres du CCAS ;

Considérant les dispositions suivantes de l'article L123-8 du code de l'action sociale et des familles : *Le président du centre communal ou intercommunal d'action sociale a le droit d'accepter, à titre conservatoire, des dons et legs et de former, avant l'autorisation, des demandes en délivrance. La délibération du conseil d'administration qui rend l'acceptation définitive, conformément à l'article L.2242-4 du code général des collectivités territoriales a effet du jour de cette acceptation ;*

Le Président du CCAS ayant accepté ce don à titre conservatoire et remercié la donatrice, il demandera aux membres du conseil d'administration d'accepter ce don non affecté, et précisera que cette recette sera inscrite à l'article 756.

ADOpte A L'UNANIMITE

TARNOS, le 07 NOV. 2025

Le Président du C.C.A.S. :

Marc MABILLET

