

Autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux: Nouvelle nomenclature, nouveaux délais... pour adapter l'offre dans une logique de réponse individualisée

Texte de référence :

- Article 65 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Article 158 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Article 89 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017
- Article 70 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018
- Décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques
- Décret n° 2017-1620 du 28 novembre 2017 relatif à la caducité de l'autorisation des établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles

Le régime des autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux a connu ces derniers mois de profondes évolutions.

Si la durée des autorisations demeure de 15 ans et leur renouvellement reste conditionné aux résultats de l'évaluation externe, des mesures importantes ont été prises récemment, à savoir :

- L'opposabilité des Schémas régionaux et départementaux en matière de retrait des habilitations à l'aide sociale ou de délivrance des soins remboursables
- La possibilité, à travers le CPOM, de modifier la catégorie des bénéficiaires sans passer par la procédure d'appel à projet (transformation par exemple d'un IME en MAS)
- L'évolution des délais de caducité des autorisations délivrées pour toute création, transformation ou augmentation de capacité,
- La disparation progressive de la notion de places pour celles de file active et la généralisation progressive de la logique de dispositif intégré
- La possibilité pour tous les établissements pour personnes en situation de handicap de réaliser toutes les modalités de prestations (accueil de jour, accueil temporaire, internat, intervention à domicile...) et d'accueillir tout type de handicap

Ces différentes évolutions apportées au régime de l'autorisation s'inscrivent toutes dans le droit fil des orientations actuelles des politiques publiques d'individualisation des réponses aux personnes en situation de vulnérabilité dans une logique de parcours, d'adaptation de l'offre aux besoins sur les territoires et de son efficience pour répondre aux besoins de tous les publics.

SOMMAIRE

- A – Autorisation et opposabilité des schémas de programmation
- B – Nouveaux délais de caducité des autorisations
- C – La nouvelle nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes handicapées ou malades chroniques

A – Autorisation et opposabilité des schémas de programmation

Afin de permettre aux Agences Régionales de Santé et aux Conseils départementaux d'agir sur l'adaptation de l'offre au regard des prévisions d'évolution de cette dernière et des objectifs arrêtés dans le Schéma Régional de Santé et les Schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, l'article 158 de la loi de modernisation de notre système de santé a profondément modifié les dispositions de l'article L. 313-9 du Code de l'action sociale et des familles sur les modalités de retrait de l'habilitation à l'aide sociale, l'autorisation de dispenser des soins ou d'autres prestations prises en charge par l'Etat ou les organismes de sécurité sociale.

1. Les modifications apportées par l'article 158 de la loi de modernisation de notre système de santé :

Si la possibilité de retirer l'habilitation à l'aide sociale ou l'autorisation à délivrer des soins préexistait à l'adoption de l'article 158 de la loi de modernisation de notre système de santé, ce retrait devait être fondé sur les motifs suivants :

- L'évolution des besoins,
- La méconnaissance d'une disposition substantielle de l'habilitation ou de la convention,
- La disproportion entre le coût de fonctionnement et les services rendus
- La charge excessive qu'elle représente pour la collectivité publique ou les organismes assurant le financement, compte tenu d'un objectif annuel ou pluriannuel d'évolution des dépenses délibéré par le financeur concerné en fonction de ses obligations légales, de ses priorités en matière d'action sociale.

L'article 158 de la loi de modernisation de notre système de santé a ajouté un élément de précision de taille.

Ainsi, l'habilitation à l'aide sociale, l'autorisation à délivrer des soins ou d'autres prestations prises en charge par l'Etat ou les organismes de sécurité sociale pourront être retirées au regard de « l'évolution des objectifs et des besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le Schéma Régional de Santé et les Schémas Départementaux d'Organisation Sociale et Médico-sociale. »

Dès lors, les Schémas, outils de planification de l'évolution de l'offre sur les territoires, deviennent opposables en terme d'organisation de l'offre sociale et médico-sociale sur ces mêmes territoires.

REMARQUE

Les dispositions introduites par l'article 158 ne portent pas sur l'autorisation de fonctionnement mais sur l'autorisation à dispenser des soins ou sur l'habilitation à l'aide sociale.

Ainsi, il pourrait être envisagé, à titre d'exemple, qu'un foyer d'accueil médicalisé se voit retirer son autorisation à dispenser des soins et son habilitation à l'aide sociale à l'issue de la publication de Schémas.

Ce foyer d'accueil médicalisé deviendrait alors un foyer d'hébergement non habilité à l'aide sociale qui pourrait continuer à accueillir des personnes en situation de handicap ayant une notification foyers d'hébergement de la MDPH.

2. La procédure de retrait de l'habilitation à l'aide sociale ou de l'autorisation à délivrer des soins au regard des orientations des schémas :

Le retrait de l'habilitation à l'aide sociale ou de l'autorisation à délivrer des soins est soumis à un certain nombre de règles de procédure et de délais.

Ainsi, l'autorité de tarification et de contrôle doit, préalablement à toute décision et dans le délai d'un an suivant la publication du schéma applicable (schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale pour l'habilitation à l'aide sociale/ schéma régional de santé pour l'autorisation à délivrer des soins) demander à l'établissement ou au service social ou médico-social concerné de modifier sa capacité ou de transformer son activité en fonction de l'évolution des objectifs et des besoins.

Dans cette perspective, il doit être proposé à la structure la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans la mesure où, dans le cadre d'un CPOM, il peut être procédé à la transformation d'établissements et de services, avec modification de la catégorie des bénéficiaires, sans passer par la procédure d'appel à projet.

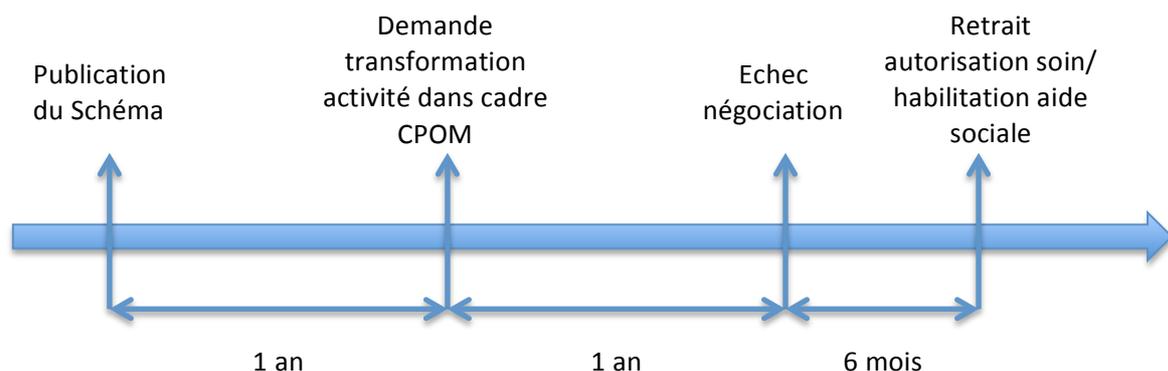
La structure a alors un délai d'un an minimum pour formuler des propositions de transformation de l'offre et signer un CPOM en ce sens.

A l'expiration de ce délai, et en l'absence de signature d'un CPOM, l'habilitation à l'aide sociale ou l'autorisation à délivrer des soins peut être retirée, en tout ou partie.

Cette décision prendra effet dans un délai de six mois.

EN SYNTHÈSE

Schéma de présentation de la procédure et des délais de retrait de l'autorisation à délivrer des soins ou de l'habilitation à l'aide sociale



B – Les nouveaux délais de caducité des autorisations

L'article 89 de la loi de financement de la sécurité sociale et le décret n° 2017-160 du 28 novembre 2017 ont modifié les délais de caducité applicables à la délivrance d'une autorisation de création, de transformation ou d'extension de capacité d'un établissement ou service social ou médico-social.

1. L'évolution des délais

a) **Rappel des règles applicables antérieurement à la publication du décret N°2017-160 du 28 novembre 2017**

Préalablement à la publication du décret N° 2017-160 du 28 novembre 2017, le délai pour ouvrir un établissement ou un service suite à la délivrance d'une autorisation était fixé a contrario.

Ainsi, l'autorisation délivrée devenait caduque dès lors qu'elle n'avait pas reçu un commencement d'exécution dans un délai de 3 ans.

La notion de commencement d'exécution était relativement floue. Par exemple, la pose d'une première pierre pouvait constituer un commencement d'exécution. Pour autant, suite à ce commencement d'exécution, un opérateur ne se voyait pas contraint par des délais pour l'ouverture au public de l'établissement ou du service social ou médico-social.

b) **Les règles applicables depuis la publication du décret N°2017-160 du 28 novembre 2017**

L'autorisation est désormais caduque si l'établissement ou le service n'a pas ouvert au public dans un délai de quatre ans suivant la notification de la décision d'autorisation.

De plus, si le projet d'établissement ou de service ne nécessite pas la construction d'un bâtiment ou des travaux soumis à permis de construire (dans le cadre notamment d'une évolution de l'offre proposée à un gestionnaire dans le cadre d'un CPOM), un délai inférieur peut être fixé.

Tout délai inférieur à 4 ans doit être déterminé en fonction de l'importance du projet et de la nature des prestations fournies. De plus, ce délai ne peut être inférieur à 3 mois.

REMARQUE :

La visite de conformité et les nouveaux délais

En vertu de l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles, deux mois avant l'ouverture au public de l'établissement ou du service, celui-ci doit saisir l'autorité ayant délivrée l'autorisation afin qu'elle procède à la visite de conformité.

Toutefois, afin d'assouplir cette contrainte au regard des délais d'ouverture au public imposés par le décret N° 2017-160 du 28 novembre 2017, si la visite de conformité a lieu après le délai fixé par l'arrêté d'autorisation, et sous réserve que l'établissement ou le service ait saisi l'autorité de tarification et de contrôle dans un délai de deux mois avant l'ouverture prévisionnelle, l'autorisation ne peut être caduque.

c) **La possibilité de proroger le délai fixé**

Les délais fixés dans l'arrêté d'autorisation peuvent être prorogés :

- Dans la limite de trois ans (soit 4 ans + 3 ans maximum) si l'autorité ou les autorités qui ont délivré l'autorisation constatent que l'établissement ou le service n'a pu ouvrir pour un motif non imputable à l'organisme gestionnaire (recours de riverains sur le permis de construire par exemple)
- Dans la limite d'un an (soit 4 ans + 1 an maximum), si l'autorité ou les autorités qui ont délivré l'autorisation constatent que l'ouverture complète au public de la capacité autorisée sera achevée dans ce délai.

La demande de prorogation de délai doit être adressée par le gestionnaire, accompagnée des documents justificatifs, au plus tard deux mois avant l'expiration du premier délai fixé dans l'arrêté d'autorisation.

Si dans un délai de deux mois, l'autorité ayant délivrée l'autorisation n'a pas donné suite à la demande de prorogation, celle-ci est considérée comme acquise.

Enfin, la caducité de l'autorisation est constatée par la ou les autorités ayant délivrée l'autorisation dans un délai de deux mois suivant l'expiration du délai initial et, le cas échéant, le délai prorogé.

IMPORTANT

Le décret N° 2017-160 du 28 novembre 2017 est applicable aux autorisations accordées à compter du 1^{er} janvier 2018.

Cependant, demeurent régies par les règles antérieures (cf. a) supra) :

- Les décisions d'autorisation pour lesquelles un appel à projet a été engagé avant le 1^{er} janvier 2018
- Les décisions d'autorisation ne faisant pas l'objet d'une procédure d'appel à projet et pour lesquelles une demande d'autorisation a été déposée avant le 1^{er} janvier 2018.

C – La nouvelle nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes handicapées ou malades chroniques

Le décret N° 2017-982 du 9 mai 2017 concerne, comme son titre l'indique, uniquement les établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes en situation de handicap ou des malades chroniques.

Il part du constat que pour décrire leurs spécialités, à savoir les prestations qu'ils offrent et les publics auxquels ils s'adressent, les établissements et services sociaux et médico-sociaux et leurs arrêtés d'autorisation reprenaient les nomenclatures définies dans le répertoire FINESS, jugées excessivement précises.

Ce décret permet par conséquent d'adapter les accompagnements délivrés dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux à des publics toujours plus diversifiés.

Il entend ainsi apporter une plus grande souplesse dans le dispositif d'accompagnement des personnes en situation de handicap ou malades chroniques en levant les freins administratifs et organisationnels pour mettre en œuvre des parcours plus individualisés et adaptés.

Cette nouvelle nomenclature s'applique aux autorisations (nouvelles ou modificatives) postérieures au 1^{er} juin 2017. Cette réforme des autorisations s'inscrit pleinement dans la logique d'adaptation de l'offre aux besoins sur les territoires, au regard notamment des orientations du schéma régional et des schémas départementaux (cf. supra) et au déploiement d'une réponse accompagnée pour tous sur le territoire national.

1. La simplification des nomenclatures des établissements et services

a) La simplification des nomenclatures des établissements et services pour enfants, adolescents et jeunes adultes

Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation (2° du I de l'article L. 312-1) relèvent de l'une des catégories suivantes :

- Institut médico-éducatif
- Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
- Institut d'éducation motrice
- Etablissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés
- Instituts pour déficients auditifs
- Instituts pour déficients visuels
- Centre médico-psycho-pédagogique
- Bureau d'aide psychologique universitaire
- Services assurant un accompagnement à domicile ou en milieu ouvert non rattaché à un établissement

Ces différentes catégories d'établissements et services peuvent délivrer des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge.

Ils peuvent également assurer l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.

Le décret tend ainsi à inscrire les établissements et les services pour enfants, adolescents et jeunes adultes dans une logique de « dispositif », telle que définie dans la loi de modernisation de notre système de santé pour les ITEP.

REMARQUE

La catégorie des « Services d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile » est remplacée par celle de « Services assurant un accompagnement à domicile ou en milieu ouvert non rattaché à un établissement. »

Cette évolution s'inscrit dans la logique de dispositif intégré ITEP/SESSAD en cours de déploiement sur l'ensemble du territoire.

Par ailleurs, il convient de souligner que les CAMSP ne sont pas intégrés dans cette nouvelle nomenclature, ces derniers faisant l'objet d'une définition propre au sein du 3°) du I de l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

b) La simplification de la nomenclature des établissements pour adultes

Contrairement au secteur enfant, au sein duquel les services sont intégrés dans la nouvelle nomenclature, la simplification des nomenclatures dans le secteur des adultes en situation de handicap distingue les établissements et les services.

Ainsi, les établissements accueillant des adultes en situation de handicap relèvent des catégories suivantes :

- Maison d'accueil spécialisée
- Etablissement d'accueil médicalisé en tout ou partie

- Etablissement d'accueil non médicalisé

REMARQUE

Cette nouvelle nomenclature ne fait plus mention des Foyers d'accueil médicalisé, foyers d'hébergement, foyer de vie... Si la catégorie Maison d'accueil spécialisée perdure, les autres formes d'habitat pour adultes en situation de handicap sont « fondues » dans deux catégories distinctes mais complémentaires : établissement d'accueil médicalisé en tout ou partie/ établissement d'accueil non médicalisé.

Cette évolution s'inscrit là aussi dans une logique de parcours, d'individualisation des réponses et d'adaptation de l'offre aux besoins.

Ainsi, dans une seule et unique autorisation, une même structure pourra proposer des prestations du type foyer d'hébergement, foyer de vie et foyer d'accueil médicalisé, afin notamment d'offrir une réponse adaptée au fil de l'avancée en âge des résidents.

Comme pour les établissements et services pour enfants en situation de handicap, ces différentes catégories d'établissements peuvent délivrer des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils peuvent également assurer l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.

Ainsi, certains établissements pourront être conduits à proposer également des prestations à domicile aux adultes en situation de handicap.

c) La simplification de la nomenclature des services pour adultes

Les services accompagnant des adultes en situation de handicap relèvent des catégories suivantes :

- Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
- Services d'accompagnement à la vie sociale
- Services de soins infirmiers à domicile
- Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
- Services d'aide et d'accompagnement à domicile

REMARQUE

Les différentes structures relatives au travail (ESAT, CRP, CPO...) ainsi que les Centres Ressources (CRA, ERHR...) ne sont pas concernés par cette évolution de la nomenclature.

2. La simplification des types de publics accueillis

La simplification des types de publics accueillis vise des catégories d'établissements et services plus larges dans la mesure où elle inclut, au delà des structures visées ci-dessus, les CAMSP ainsi que les ESAT, les CRP et les CPO.

L'autorisation délivrée à ces établissements et services pourra leur permettre d'accompagner soit l'ensemble des différents types de public tels que définis ci-dessous, soit toute ou partie de ces différents publics en raison d'une spécialisation dans l'accompagnement.

Pour autant, dans ce second cas, le décret précise qu'aucune spécialisation n'exclut la prise en charge de personnes présentant des troubles associés.

Dans cette perspective, le décret définit les types de publics pouvant être accueillis suivants :

- Personnes présentant des déficiences intellectuelles

Ce public était précédemment « subdivisés » dans la nomenclature FINESS en 8 catégories : déficience intellectuelle sans autre indication / déficience intellectuelle avec Troubles associés / retard mental profond ou sévère/ retard mental profond ou sévère avec troubles associés / Retard mental moyen / Retard mental moyen avec Troubles associés / retard mental léger / Retard mental léger avec Troubles associés.

- Personnes présentant des troubles du syndrome de l'autisme

Ce public était précédemment défini sous l'intitulé autistes

- Personnes présentant un handicap psychique

Ce public était précédemment « subdivisés » dans la nomenclature FINESS en 6 catégories : déficience du psychisme sans autre indication / déficience grave du psychisme / Personnes avec problèmes psychiques / Troubles psychopathologiques sans autre indication / Troubles psychopathologiques légers / Troubles psychopathologiques graves.

- Enfants, adolescents et jeunes adultes qui, bien que leurs potentialités intellectuelles et cognitives soient préservées, présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages

Ce public regroupe les enfants, adolescents et jeunes ayant des difficultés psychologiques avec troubles du comportement, précédemment défini dans le fichier FINESS sous l'intitulé Troubles du caractère et du comportement.

- Personnes polyhandicapées, présentant un dysfonctionnement cérébral précoce ou survenu au cours du développement, ayant pour conséquence de graves perturbations à expressions multiples et évolutives de l'efficacité motrice, perceptive, cognitive et de la construction des relations avec l'environnement physique et humain, et une situation évolutive extrême vulnérabilité physique, psychique, et sociale au cours de laquelle certaines de ces personnes peuvent présenter, de manière transitoire ou durable, des signes de la série autistique

Ce public regroupe les personnes polyhandicapées

- Personnes présentant une déficience motrice

Ce public était précédemment « subdivisés » dans la nomenclature FINESS en 2 catégories : déficience motrice sans troubles associés / déficience motrice avec troubles associés.

- Personnes présentant une déficience auditive grave

Ce public était précédemment « subdivisés » dans la nomenclature FINESS en 2 catégories : déficience auditive sans troubles associés / déficiences auditives avec troubles associés.

- Personnes présentant une déficience visuelle grave

Ce public était précédemment « subdivisés » dans la nomenclature FINESS en 2 catégories : déficience visuelle sans autre indication / déficiences visuelles avec troubles associés.

Par ailleurs, la catégorie du FINESS relative aux personnes atteintes de Surdi-Cécité est désormais également intégrée dans les deux catégories énoncées ci-dessus (déficience auditive grave et déficience visuelle grave)

- Personnes cérébro-lésées

Le décret apporte des précisions sur la définition des personnes cérébro-lésées en faisant référence à l'article D. 312-162-1, à savoir des personnes dont le handicap, lié en tout ou partie à des troubles cognitifs ou des troubles du comportement et de la relation affective, résulte d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquise.

Ce public était précédemment « subdivisés » dans la nomenclature FINESS en 2 catégories : cérébro-lésés / déficiences graves du psychisme suite à lésion cérébrale.

- Personnes présentant un trouble cognitif spécifique :

Ce public était précédemment défini sous l'intitulé « déficience grave de la communication. »

REMARQUE 1

Au delà de leurs spécialisations éventuelles sur certains publics, les établissements et services pour les enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap peuvent en outre être spécialisés pour certains types d'accompagnement, à savoir :

- L'accompagnement précoce des jeunes enfants
- La préparation d'adolescents et jeunes adultes à la vie professionnelle
- L'accompagnement des étudiants de l'enseignement supérieur
- L'accompagnement des enfants, adolescents et jeunes adultes ne relevant d'aucune des trois types d'accompagnement énoncés ci-dessus.

REMARQUE 2

Certains établissements ou services peuvent être spécialisés dans l'accompagnement de publics définis de manière différente quand ils assurent également des fonctions de formation, d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'autres établissements ou services en vue de l'accueil de ces publics.

Cette précision apportée par le décret vise certains centres ressources.

3. De la notion de places à la notion de file active

Pour les établissements accueillant des enfants ou adolescents en internat, la référence à la limite du nombre de lits total autorisés est supprimée.

De même, pour les structures d'accueil de personnes en situation de handicap, la notion de capacité dédiée à l'accueil temporaire est également supprimée.

Ainsi, le décret entend permettre le développement de « file active », l'autorisation portant sur une capacité globale, à savoir le nombre de personnes accompagnées, quel que soit le mode d'accueil et d'accompagnement.