

DEMANDE DE MODIFICATION D’AUTORISATION DES ESMS

DOSSIER UNIQUE – SECTEUR HANDICAP

Ce dossier est à envoyer, en 1 exemplaire, par mail, auprès de la délégation départementale, dont dépend l’ESMS.

Il ne devra pas comporter plus de 15 pages.

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

En application de l’article R313-8-1 du CASF *« Les demandes d'autorisation sont accompagnées de tout document permettant de décrire de manière complète le projet et d'apprécier le respect des critères mentionnés à l'article L313-4 »*

Le dossier est réputé être complet si, dans le délai d'un mois à compter de sa réception, l'autorité compétente n'a pas fait connaître au demandeur la liste des pièces manquantes ou incomplètes.

**La date de dépôt qui sera prise en compte en cas de demande de pièces complémentaires sera la date de réception des pièces demandées**

**[ ]**  Tableau des effectifs en ETP et par type de qualification

**[ ]** Plan de formation (si nécessaire au regard du projet)

**[ ]** Planning type hebdomadaire

**[ ]** Budget prévisionnel

**[ ]** P.P.I et plan architectural associé (si nécessaire au regard du projet)

**[ ]** Outils loi 2002-2 (PE, livret accueil, règlement intérieur, CS)

**[ ]** Délibérations de l’entité gestionnaire dans le cadre de certaines opérations (transformation, regroupement, etc.)

**[ ]** Note de situation permettant d’attester la compatibilité du projet avec les schémas dont il relève pour les projets de transformation exonérés de la procédure d’appel à projet

**La demande de cession est assortie d'un dossier comportant les éléments mentionnés à l’article D313-10-8 du CASF.**

I/ PREAMBULE

Pour exercer leur activité, les établissements et services médico-sociaux (ESMS) listés à l’article L312-1 du Code de l’Action Sociale et des Familles (CASF) sont soumis à l’obligation d’obtenir **une autorisation**.

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009 a rénové le dispositif de l’autorisation en introduisant une procédure d’appel à projet préalable à sa délivrance.

Pour les demandes qui ne relèvent pas de l’avis de la commission d’information et de sélection d’appel à projet, il est nécessaire que les autorités délivrant l’autorisation disposent d’un dossier afin de réaliser une analyse de l’opération proposée suivant les axes ci-dessous :

* **Sur l’opportunité** au regard des orientations définies par le Projet Régional de Santé en vigueur et des besoins du territoire ;
* **Sur le respect de la réglementation** : satisfaire aux règles d’organisation et de fonctionnement prévues par le CASF,
* **Sur la faisabilité budgétaire et financière** : compatibilité de l’opération lorsqu’elle en relève, avec le PRIAC et compatibilité du coût de fonctionnement en année pleine avec le montant des dotations régionales limitatives.

Ce dossier type permettra une analyse optimale de la demande mais également de respecter une équité de traitement entre les promoteurs. Il est à utiliser quel que soit votre demande de modification d’autorisation médico-sociale en complétant les items qui concernent votre projet et le cas échéant les évolutions dans le fonctionnement et l’organisation de l’ESMS.

**Si votre projet a été abordé dans le cadre d’un Contrat Pluriannuel d’Objectif et de Moyens (CPOM), vous êtes néanmoins invités à présenter votre demande à l’aide de ce dossier.**

II/ DOSSIER DE DEMANDE

***DATE DE LA DEMANDE :***

1. IDENTITE DU DEMANDEUR

**ÉTABLISSEMENT(S) OU SERVICE(S)**

**Catégorie ESMS et Raison sociale :**

**N° FINESS géographique :**

**Adresse :**

**Code postal :**

**Commune :**

**🕿 :**  **E-mail :**

**Nom et Prénom Directrice-teur :**

**E-mail Directrice-teur :**

**ENTITÉ GESTIONNAIRE**

**Raison sociale :**

**N° FINESS juridique :**

**Statut de l’entité :**

 **🔾 Etablissement public autonome 🔾 Etablissement public rattaché à un EPS**

 **🔾 Privé à caractère commercial 🔾 Privé à but non lucratif (association) 🔾 Fondation**

**Nombre d’ESMS gérés :**

**Nombre de places :**

**Adresse :**

**Code postal :**

**Commune :**

**🕿 :**  **E-mail :**

**PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER**

NOM Prénom : ……………………………………………. Qualité : ………………………………………………………………………………………

**🕿** ………………………………………………………………… E-mail : ……………………………………………………………………………………….

1. QUALIFICATION DE LA DEMANDE

**[ ] Extension de capacité sollicitée (nombre de places et modalités d’accompagnement) :**

Préciser selon le projet, la file active actuelle et son évolution

**[ ] Transformation (nombre de places, modalités d’accompagnement, et structure(s) concernée(s) : *Catégorie - Raison sociale – N° FINESS ET)*:**

**[ ]**  **Regroupement (préciser les ESMS de même catégorie concernés : *Catégorie - Raison sociale – N° FINESS ET*)** **:**

**[ ] Autre modification des caractéristiques de l’autorisation** (exemples : nouvelle répartition de la capacité autorisée entre les modalités d’accueil existantes, évolution du public accueilli ou accompagné, reconnaissance d’un site d’accueil secondaire, etc.)

**[ ] Cession**

***La demande de cession est assortie d'un dossier conforme à l’article D313-10-8 du CASF.***

Entité cédante :

Entité cessionnaire :

Identification du ou des ESMS concernés : *Catégorie – Raison sociale – N° FINESS ET*

1. JUSTIFICATION DE LA DEMANDE

*Inscription de la demande dans le contexte local et adéquation du projet avec les besoins du territoire*

1. CARACTERISTIQUES DU PROJET
2. **Capacité autorisée**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Public accueilli ou accompagné** | **Modalités d’accueil ou d’accompagnement** | Capacité totale **actuelle** de l’ESMS | **Demande de l’ESMS****+/-** | **Capacité totale après l’opération demandée** |
| Autorisée | Installée |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |

1. **Public(s) accompagné(s), prestations délivrées et interventions mises en œuvre**

**Evolution du public accompagné (déficience/âge) au regard du fonctionnement actuel : □ Oui □ Non**

Si Oui, précisez le nouveau public qui bénéficiera du projet d’accompagnement :

**Description synthétique des prestations et des interventions mises en œuvre, et notamment :**

* **En termes de soins/rééducation**(modalités/lieu/méthodes ou outils utilisés)**:**

* **En termes d’accompagnement à l’autonomie**(modalités/lieu/ méthodes ou outils utilisés)**:**

* **En termes de soutien à la participation sociale (accès aux loisirs, accompagnement dans les déplacements, accès aux droits, logement, lien avec les proches, etc.)** (modalités/lieu/ méthodes ou outils utilisés)**:**

* **Pour les ESMS enfants, en termes de soutien à la scolarité et de coopération avec les établissements scolaires du secteur géographique**(modalités/lieu d’intervention)**:**

**Evolutions prévues des modalités d’élaboration et de suivi du PPA: □ Oui □ Non**

Si oui, précisez sur quels points:

1. **Organisation et fonctionnement de l’ESMS**

**L’ESMS dispose-t-il de plusieurs sites géographiques : □ Oui □ Non**

Si oui, précisez lesquels et l’organisation de l’offre :

**Description de la zone d’intervention** (en termes de communes/EPCI) :

**Nombre de jours d’ouverture** :

**Horaires d’intervention** :

**Continuité de l’accompagnement** (astreinte ou autre organisation mise en place) :

**Procédure d’admission, et son évolution, en particulier dans le cadre du présent projet :**

Précisez ici la manière dont vous allez procéder pour définir la liste d’admission dans le cadre de cette ENI, etc.

1. **Effectifs**

**Synthèse des effectifs totaux de l’ESMS en ETP et par qualification**

*Un tableau des effectifs détaillés sera joint en annexe*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ETP totaux avant modification** | **ETP totaux après modification** |
| **Direction** |  |  |
| **Administration** |  |  |
| **Services généraux** |  |  |
| **Socio-éducatif** |  |  |
| **Paramédical/médical** |  |  |
| **Total** |  |  |

**Précisez, le planning de recrutement (si nécessaire) :**

**Synthèse du plan de formation envisagé dans le cadre du projet (notamment si évolution du public accompagné) :**

**Conventionnement prévu avec des professionnels libéraux □ Oui □ Non**

Si Oui, précisez quelles professions/implantations/et sur quel volume prévisionnel d’activité :

1. **Locaux**

**De nouveaux locaux sont-ils envisagés dans le cadre de ce projet : □ Oui □ Non**

Si Oui, précisez (implantation, surface, nombre de pièces):

**Des travaux (extension, reconstruction, mise aux normes) sont-ils envisagés : □ Oui □ Non**

Si Oui, précisez (financement, calendrier, organisation ESMS):

**Des locaux sont-ils déjà (ou vont-ils être) mis à disposition par les partenaires : □ Oui □ Non**

Si Oui, précisez (implantation, modalités de mise à disposition):

**Le cas échéant, conventionnements nécessaires envisagés pour les interventions sur les différents lieux de vie de la personne accompagnée :**

1. FINANCEMENT DU PROJET

**Coût total du projet :** €

- **Dont moyens supplémentaires demandés :**  €

- **Dont redéploiements internes proposés :** €

**Le cas échéant, indiquez depuis quel budget et FINESS géographique le redéploiement interne est envisagé, ainsi que le montant des redéploiements internes prévus, le cas échéant** :

**Coût à la place avant l’opération/après l’opération** : €

**Synthèse du BP en année pleine (joint en annexe) :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Charges avant modification** | **Charges après modification** | **Produits avant modification** | **Produits après modification** |
| **Groupe 1** |  |  |  |  |
| **Groupe 2** |  |  |  |  |
| **Groupe 3** |  |  |  |  |

**Impact de l’opération sur le budget d’investissement le cas échéant**  **€**

1. PARTENARIATS ET COOPERATIONS

*Listez les partenariats à développer dans le cadre du projet*

1. DROITS DES USAGERS ET DEMARCHE D’AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE
2. **Outils de la loi 2002-2**

Préciser les documents relatifs aux droits des usagers à réviser ou à créer compte tenu du projet de modification de l’autorisation :

1. **Evaluations réglementaires**

Dates des dernières évaluations réglementaires :

1. CALENDRIER PREVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE

**Date d’installation prévisionnelle de la nouvelle capacité autorisée ou de mise en œuvre du projet :**

1. APPLICATION DE LA NOMENCLATURE ISSUE DU DECRET N°2017-982 DU 9 MAI 2017

Le décret n°2017-982 du 9 mai 2017 prévoit une nomenclature simplifiée visant à délivrer des autorisations moins spécialisées et à permettre, ainsi, plus de souplesse au sein des ESMS, pour une meilleure adéquation des réponses apportées aux besoins des personnes accompagnées.

L’application de la nouvelle nomenclature se traduit, à ce jour, essentiellement par :

-La suppression des spécialisations en fonction de l’âge et l’intégration des spécialisations selon le projet éducatif, pédagogique et thérapeutique pour les ESMS relevant du 2° du L312-1 du CASF ;

-La suppression des distinctions fondées sur la prise en charge des troubles associés ;

-La délivrance d’autorisations vers des publics plus larges et moins spécialisés ;

-La diversification des modes d’accueil et d’accompagnement en établissement médico-social.

La loi n°2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale renforce également ces assouplissements (Article 135).

**Ainsi, il est donc proposé aux gestionnaires et ESMS d’appliquer la nomenclature pour les autorisations nouvelles et lors des arrêtés modificatifs afin de mettre, progressivement, en conformité les autorisations. L’application de la nouvelle nomenclature permettra par ailleurs de garantir l’actualisation du répertoire FINESS, puisqu’une autorisation exprimée sous l’ancienne nomenclature ne peut pas faire l’objet d’une mise à jour dans le répertoire.**

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES (PROJET, AUTORISATION, NOUVELLE NOMENCLATURE, ETC.)

*NOM Prénom*

*Signature*

**Cadre réservé à l’ARS**

**Instruction réalisée par :**

Identification du demandeur(ESMS/OG + localisation) :

Date de réception de la demande :

Pièces complémentaires [ ] Oui - [ ] Non / Date de réception :

**Synthèse de la demande :**

**Avis général de l’instructeur** *(+ avis du conseil départemental en cas d’autorisation conjointe)***:**

**Conclusion :**

[ ]  Avis favorable

[ ]  Avis favorable avec recommandations :

[ ]  Avis défavorable