

3^e
édition

LE DROIT DES **ÉTABLISSEMENTS** ET **SERVICES SOCIAUX** ET **MÉDICO-SOCIAUX**

Guillaume Rousset

FONDAMENTAUX

- LES CONNAISSANCES À MAÎTRISER
- LES PROBLÉMATIQUES ACTUELLES
- LES DERNIÈRES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES
- DES ANNALES ET DES QUESTIONS POUR S'ENTRAÎNER

Le droit des
ÉTABLISSEMENTS
et **SERVICES SOCIAUX**
et **MÉDICO-SOCIAUX**

Guillaume Rousset

3^e édition

2026

PRESSES DE L'ÉCOLE DES HAUTES ÉTUDES EN SANTÉ PUBLIQUE

Collection
FONDAMENTAUX

Dirigée par Gilles Huteau

La collection « Fondamentaux » rassemble des ouvrages pédagogiques de référence à destination des étudiants et des professionnels en formation pour assimiler facilement les notions du champ sanitaire et social.

Mise à jour au 29 juin 2026.

LE PHOTOCOPIAGE MET EN DANGER L'ÉQUILIBRE ÉCONOMIQUE DES CIRCUITS DU LIVRE.

Toute reproduction, même partielle, à usage collectif de cet ouvrage est strictement interdite sans autorisation de l'Éditeur (loi du 11 mars 1957, Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992).

Ce livre ne peut être reproduit ni utilisé à des fins d'entraînement de systèmes d'intelligence artificielle. La fouille de textes et de données est interdite conformément à l'article 4(3) de la Directive (UE) 2019/790.

© 1^{re} éd., Isabelle Arnal-Capdevielle, 2020, Presses de l'EHESP.

© 2^e éd., Isabelle Arnal-Capdevielle, 2023, Presses de l'EHESP.

© 3^e éd., 2026, Presses de l'EHESP, 2 avenue Gaston Berger – CS 41119 – 35011 Rennes Cedex.

ISBN: 978-2-8109-1311-4

ISSN: 2270-0692

www.presses.ehesp.fr

Introduction

Le secteur social et médico-social créé par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales (*JORF* du 1^{er} juillet 1975) a été entièrement refondé par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (*JORF* du 3 janvier 2002) et complété par une nouvelle gouvernance introduite par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (*JORF* du 22 juillet 2009). Plusieurs réformes spécifiques ont aussi été édictées, touchant successivement le champ :

- du handicap, en 2005 avec la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (*JORF* du 12 février 2005);
- des personnes âgées, en 2015 par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (*JORF* du 29 décembre 2015), mais aussi en 2024 par la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie (*JORF* du 9 avril 2024);
- des majeurs protégés, lesquels peuvent réunir les publics déjà cités que sont les personnes en situation de handicap ou les personnes âgées dépendantes à travers la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs (*JORF* du 7 mars 2007);
- de l'enfance, à trois occasions en moins de 15 ans, avec la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance (*JORF* du 6 mars 2007), la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant (*JORF* du 15 mars 2016) et la loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants (*JORF* du 8 février 2022).

Le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux est bien plus difficile à appréhender que le champ sanitaire : il compte un peu plus de 50 000 structures, tous types confondus, qui représentent moins de 3 millions de places. Il est marqué par la diversité des nombreux organismes gestionnaires (publics, associatifs, commerciaux), par des financeurs multiples, par une gouvernance à la fois régionale et départementale comportant plusieurs décideurs et, enfin, par des outils de pilotage très divers.

Origines historiques

L'organisation actuelle de ce secteur est intimement liée à l'histoire de notre pays et à son évolution, particulièrement au cours des quatre derniers siècles.

La genèse du secteur social et médico-social prend sa source dans la structuration du secteur sanitaire à partir du ^{xvii}^e siècle. Elle est à rapporter à l'idée de charité chrétienne qui prévalait sous l'Ancien Régime. « L'aide à autrui » peuple l'histoire culturelle et identitaire française, et le profil des hospices, où s'entassaient pêle-mêle estropiés, vieillards, infirmes, fous et vagabonds, est encore présent dans nos représentations collectives.

C'est par un édit royal en date du 27 avril 1656 que Louis XIV crée l'Hôpital général, qui accueille malades, fous, mendiants et autres défavorisés dans une structure fermée qui restaure « l'ordre public » et rassure les « honnêtes gens ». Ce modèle des hospices tenus par des congrégations religieuses est inscrit dans le paysage social français jusque dans les années 1960.

L'histoire du développement du secteur social et médico-social est, quant à elle, liée aux deux guerres mondiales, et à leurs conséquences sur la société civile. Tout comme Napoléon l'avait fait au retour de ses grandes campagnes, la nation se préoccupe des gueules cassées et des invalides à l'issue de la Grande Guerre. Des associations, encore actives aujourd'hui, naissent dans les années 1920 et 1930, comme l'Association des paralysés de France (aujourd'hui, APF France handicap). Ces initiatives privées sont marquées par des valeurs humanistes et solidaires qui perdurent dans l'ensemble du secteur privé non lucratif. Ces associations, qui ont pu se constituer grâce à la loi de 1901, sont alors financées quasi exclusivement par des dons et des legs.

L'histoire des établissements varie également en fonction du type de public accueilli. Ainsi, le secteur des établissements pour personnes âgées s'est structuré autour d'institutions identifiées et repérées (hôpitaux et congrégations). Les gestionnaires demeurent majoritairement publics (hospitaliers ou communaux), même si le secteur privé commercial représente désormais plus d'un quart du secteur des personnes âgées.

Pour les personnes en situation de handicap, la plupart des établissements et services sont nés d'initiatives de parents. La gestion associative prédomine très largement, le secteur commercial y est presque absent.

Après la Seconde Guerre mondiale, et les abominations commises par les nazis, la société aspire à un monde moins cruel. Les esprits ont été marqués par la folie eugéniste d'extermination des personnes considérées comme différentes.

La bienfaisance, alors majoritairement privée et souvent d'origine confessionnelle, se lie à des initiatives locales. Elle se professionnalise, se fédère en associations, et abandonne peu à peu la prédominance du caractère confessionnel.

La Sécurité sociale est instituée par l'ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale (*JORF* du 6 octobre 1945).

Sa création marque un virage dans le développement du secteur médico-social : sa mise en place a permis la généralisation des soins et le développement des institutions chargées de les administrer.

Dix ans plus tard, en 1956, un texte fondateur, réactualisé en 1989, « les annexes XXIV » du décret n° 56-284 du 9 mars 1956 (*JORF* du 25 mars 1956), crée les conditions d'une approche psychopédagogique et médico-sociale novatrice dans le traitement des enfants inadaptés pris en charge par la Sécurité sociale.

À partir de 1945 et durant toutes les Trente Glorieuses, la croissance économique est exceptionnelle, 4,5 % par an en moyenne ; le niveau de vie est multiplié par cinq, c'est le plein-emploi. Le Baby-boom entraîne un rajeunissement de la population, les progrès et l'hygiène de vie permettent d'augmenter l'espérance de vie. L'État devient alors État providence, la sphère publique se voulant à la pointe de la protection des individus. L'État financeur va se reposer pour partie sur les associations naissantes ou déjà créées pour prendre en charge les publics vulnérables, notamment dans le domaine de l'enfance et du handicap.

Il en résulte une structuration souvent anarchique du secteur social et médico-social car, à l'exception des instituts médico-éducatifs (enfants qualifiés alors de déficients), régis par les annexes XXIV et soumis à un décret d'ouverture et à des normes techniques opposables *a posteriori*, aucune autorisation n'était nécessaire pour créer un équipement social ou une structure d'accueil durant cette période.

La fin des Trente Glorieuses coïncide avec deux lois qui marquent un tournant décisif de l'histoire de ce que l'on appelait « les institutions » en parlant des établissements du secteur social et médico-social. Il s'agit de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui introduit une logique d'acteur de ce secteur, et la première loi n° 75-534 d'orientation en faveur des handicapés, toutes les deux publiées exactement à la même date au *Journal officiel* du 1^{er} juillet 1975.

De multiples réformes et transformations

De multiples réformes (➡ voir encadré 1), ayant induit de nombreux changements, ont été entreprises dans le secteur des ESSMS depuis 2002. En effet, le secteur social et médico-social doit constamment faire face à des besoins sociaux qui évoluent rapidement et profondément. Le législateur tente de répondre à ces évolutions par la mise en place et l'ajustement de dispositifs et prestations adaptés aux situations de chacun. De même, il s'efforce d'offrir un cadre juridique pertinent aux établissements et services aux fins d'accroître et de moderniser l'offre pour une meilleure prise en

charge des usagers. Pour sa part, l'État ne pouvait s'exonérer d'une exigence d'efficacité dans un secteur où les moyens financiers sont conséquents.

Encadré 1. Les principales réformes entreprises au **xxi^e siècle impactant le secteur social et médico-social**

La **loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale** soumet les établissements et services relevant de ce secteur à une réglementation spécifique en termes d'ouverture, de transformation, d'extension, d'habilitations financières, de contrôle, de fermeture, de coopération et d'évaluation. Ils évoluent dans un cadre spécifique car ils sont régulés par la puissance publique.

La **loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires** (HPST) a renforcé la logique de planification et de programmation des moyens, avec le projet régional de santé qui décline, dans le schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale, les objectifs opérationnels prioritaires à atteindre en matière d'organisation de l'offre médico-sociale pour mieux répondre aux besoins des personnes. Ces objectifs sont ensuite programmés, y compris financièrement, dans le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

La **loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé** poursuit comme objectif d'améliorer l'accès de tous à la santé et de faciliter les parcours de santé sans rupture, en mettant en œuvre le décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Des mesures portent notamment sur le parcours des personnes en situation de handicap. La loi réforme également la planification sanitaire et médico-sociale.

La **loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé** met en œuvre une partie des mesures de la stratégie « Ma santé 2022 » présentée par le gouvernement. Elle comprend diverses dispositions qui impactent le secteur social et médico-social, en particulier celles visant à une meilleure coordination des parcours sur un territoire. Pour ce faire, est créé un projet territorial de santé qui prend en compte les projets d'établissement des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Parallèlement à ces réformes sont votées des **lois sectorielles** pour adapter la société à l'évolution de la prise en charge des publics accueillis et répondre aux besoins exprimés par les usagers et leurs familles.

La **loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées** a renforcé une multiplicité de droits pour les personnes en situation de handicap. Elle vise à leur garantir le libre choix de leur projet de vie ; à leur permettre une participation effective à la vie sociale et, enfin, à placer la personne en situation de handicap au centre des dispositifs.

La loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance poursuit trois objectifs. Il s'agit en premier lieu de renforcer la prévention de la politique de protection de l'enfance, en développant le rôle médico-social de la protection maternelle et infantile à l'égard des mineurs en danger ou qui risquent de l'être. Il s'agit également d'améliorer le dispositif d'alerte et de signalement des informations préoccupantes, et enfin de diversifier les modes d'intervention auprès des enfants et de leur famille. Plaçant au cœur du dispositif l'intérêt de l'enfant, elle a aussi pour ambition de renouveler les relations avec les familles.

La loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs a pour intention de répondre à l'augmentation très importante du nombre des mesures de protection juridique et à l'exigence d'une protection de meilleure qualité. Pour cela, elle s'est fixé quatre objectifs : réaffirmer les principes de nécessité et de subsidiarité de la protection juridique ; replacer la personne au centre du régime de protection ; réorganiser les conditions d'activité des tuteurs et curateurs extérieurs à la famille ; instaurer un nouveau dispositif social en faveur des personnes protégées.

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne, d'accompagnement. La loi donne la priorité à l'accompagnement à domicile afin que les personnes âgées puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions. Enfin, en renforçant les droits et libertés des personnes âgées, elle vise à leur apporter une meilleure protection.

La loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant poursuit deux objectifs. Premièrement, elle vise à mieux prendre en compte les besoins de l'enfant, par le développement de la prévention à tous les âges de l'enfant, par l'amélioration du repérage et du suivi des situations de danger, par la recherche de cohérence et de stabilité dans les parcours des enfants. Deuxièmement, elle cherche à améliorer la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance.

La loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants dite « Loi Taquet » prévoit un certain nombre de mesures destinées à améliorer la situation et la sécurité des enfants protégés par l'aide sociale à l'enfance (ASE) et notamment l'accompagnement de ces enfants jusqu'à 21 ans en mettant un terme aux sorties « sèches » des dispositifs d'accompagnement à l'âge de la majorité. Cette loi interdit les placements à l'hôtel ou la séparation des fratries, et promeut l'examen systématique de la possibilité de confier l'enfant à un membre de la famille ou à un tiers digne de confiance (voisin, parent d'amis) avant d'envisager son placement à l'ASE. D'autres

dispositions visent à améliorer les conditions de travail des assistants familiaux et à mieux piloter la politique de prévention et de protection de l'enfance.

La loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, face aux enjeux démographiques du vieillissement, prévoit différentes mesures pour prévenir la perte d'autonomie, lutter contre l'isolement des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap et lutter contre la maltraitance des personnes accueillies en établissement. Elle prévoit la création d'un service public départemental de l'autonomie (SPDA) et d'une cellule départementale de recueil et de traitement des alertes en cas de maltraitance de personnes âgées ou handicapées vulnérables.

Le secteur social et médico-social face à des défis parfois contradictoires

Aujourd'hui, les établissements sociaux et médico-sociaux (ESSMS) doivent faire face à la nécessaire adaptation de l'offre individuelle et collective d'accompagnement des publics en situation de fragilité. De même, l'évolution des politiques publiques (loi organique relative aux lois de finances, nouvelles modalités de planification-programmation-régulation, démarche d'évaluation, exigences d'efficacité et de performance), avec, en particulier, un renforcement du niveau régional dans la déconcentration des politiques de santé et des politiques sociales et médico-sociales, induit des modifications dans les modalités de gouvernance, de gestion et de financement des établissements sociaux et médico-sociaux. Par conséquent, la réduction des dépenses publiques et la limitation de la croissance des objectifs nationaux de dépenses, année après année, obligent le secteur à se restructurer davantage et à réaliser des économies de gestion. Les pouvoirs publics doivent réfléchir à des alternatives pour répondre à la demande croissante de publics à accueillir, que ce soit dans le secteur des personnes âgées, dans le secteur du handicap, de la protection de l'enfance ou encore de l'insertion des publics en difficulté. À titre d'illustration, des grandes concertations ont été menées sur les champs du « grand âge et de l'autonomie », mais également de l'enfance. Ces travaux ont tout d'abord donné lieu à la définition de la Stratégie nationale sur le soutien de l'autonomie des personnes vieillissantes communiquée le 28 mars 2019, et devaient par la suite aboutir à une réforme d'ampleur de la dépendance (➡ voir chapitres 6 et 7). L'engagement de mener à son terme un projet social sur la dépendance n'a pas été tenu en dépit de l'adoption de la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie.

De même, la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance a été rendue publique le 14 octobre 2019 (➔ voir chapitre 10). La loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants complète la Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022, et permet également de répondre à un certain nombre de problèmes soulevés à la suite d'enquêtes ou de témoignages d'anciens enfants placés.

Présentation générale de l'ouvrage

Dès lors, cet ouvrage à vocation généraliste sera articulé en douze chapitres qui permettront au lecteur (professionnels en activité dans le secteur social et médico-social ou dans les autorités de régulation, membres d'associations de personnes accompagnées) d'appréhender la cartographie de ce secteur et les points clefs de la législation qui régit les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cet ouvrage sera également utile aux étudiants des formations spécialisées du travail social (CAFDES, CAFERUIS) qui se préparent au sein des instituts régionaux du travail social (IRTS) à l'exercice des fonctions de direction et d'encadrement dans le secteur social et médico-social, et aux étudiants des masters spécialisés dans le droit et le management des établissements sociaux et médico-sociaux, au sein des universités ou des grandes écoles.

Enfin, cet ouvrage sera nécessaire aux étudiants qui préparent les concours d'entrée à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) ou qui sont en formation d'adaptation à l'emploi dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Devant leur très grande diversité, l'ouvrage se concentrera sur cinq grandes catégories d'établissements et de services :

- les établissements et services pour personnes âgées ;
- les établissements et services pour personnes adultes en situation de handicap ;
- les établissements et services pour les enfants en situation de handicap ;
- les établissements et services pour les enfants (protection de l'enfance) ;
- les établissements et services intervenant auprès des personnes en difficulté sociale.

Le premier chapitre a pour objet de décrire l'offre médico-sociale, les différentes catégories d'établissements et services, leurs missions, l'organisation et la planification et les nécessaires coopérations.

Le deuxième chapitre s'attache à préciser les modes de financement et le régime financier des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Le troisième chapitre a pour vocation de présenter le fonctionnement des établissements (gouvernance, organisation, évaluation).

Les missions, le statut et la responsabilité du directeur d'établissement social et médico-social, ainsi que les divers contrôles et contentieux auxquels il peut être confronté, sont détaillés dans le quatrième chapitre.

Les deux chapitres suivants (5 et 6) portent sur des points majeurs des droits des usagers : le chapitre 5 détaille l'état du droit en matière de protection des majeurs, le chapitre 6 se concentre sur les droits fondamentaux des usagers dans les établissements et services.

Les cinq chapitres suivants (7 à 11) sont consacrés à la description des missions et du fonctionnement des cinq grandes catégories d'établissements précitées.

Enfin, le dernier chapitre se concentre sur l'organisation des services à domicile (12).

L'offre sociale et médico-sociale est difficile à appréhender, tant les structures gestionnaires présentent une grande hétérogénéité en ce qui concerne leur taille, leur statut et le public accompagné.

Le secteur social et médico-social a été créé par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, puis a été entièrement refondé par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 et complété par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009.

L'ensemble des établissements et services relevant de la loi du 2 janvier 2002 est soumis à une réglementation spécifique en termes d'ouverture, de transformation, d'extension, d'habilitations financières, de contrôle, de fermeture, de coopération et d'évaluation. Ils évoluent dans un cadre spécifique car régulé par la puissance publique.

1 Les différentes catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux

Le recensement de l'offre sociale et médico-sociale sur le territoire français trouve sa source dans diverses études statistiques.

Le **Fichier national des établissements sanitaires et sociaux** (FINESS) recense une très grande diversité d'établissements et services :

- 13 983 ESSMS dédiés aux personnes en situation de handicap, qu'elles soient adultes ou enfants ;
- 10 365 ESSMS intervenant auprès des personnes âgées ;
- 5 184 ESSMS relevant de la protection de l'enfance ;
- 7 691 ESSMS dédiés à l'action sociale pour adultes (hébergement des adultes en difficulté, protection des majeurs ; prise en charge des personnes en difficultés spécifiques ; réinsertion professionnelle et sociale adultes en difficulté) ;
- 12 827 ESSMS correspondant aux autres services du domaine social (centres de ressources, activités expérimentales dans les établissements sociaux, services médico-sociaux à domicile, etc.).

2 La typologie juridique des établissements et services sociaux et médico-sociaux

L'offre sociale et médico-sociale est marquée par l'hétérogénéité de ses gestionnaires. Ces derniers peuvent être regroupés selon deux statuts : le statut public et le statut privé, chacun se subdivisant en plusieurs sous-catégories.

L'identité des gestionnaires varie en fonction du champ du secteur social et médico-social. Ainsi, le secteur associatif est très majoritaire dans le champ du handicap, alors que le secteur public est prépondérant dans le champ de l'hébergement des personnes âgées.

Encadré 2. Répartition des places selon le statut de l'ESSMS

48 % des places en hébergement pour **personnes âgées dépendantes** se trouvent dans des établissements publics, 32 % dans des établissements privés à but non lucratif et 24 % dans des établissements privés à but lucratif (DREES, données 2023, juillet 2025).

À l'inverse, seulement 13,20 % des places d'hébergement pour personnes en situation de handicap appartiennent au secteur public, contre plus de **85 % des places qui appartiennent au secteur privé non lucratif, et 1,5 % au secteur privé commercial** (FINESS, janvier 2026).

A - Le statut public

Les **établissements publics sociaux et médico-sociaux** sont des personnes morales de droit public. Il s'agit d'établissements publics à caractère administratif. Ils peuvent être communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux, rattachés à la Collectivité de Corse, rattachés à la Ville de Paris ou nationaux. « Ils sont administrés par un conseil d'administration et dirigés par un directeur nommé par l'autorité compétente de l'État après avis du président du conseil d'administration » (CASF, art. L.315-9).

B - Le statut privé

Les **organismes de droit privé gestionnaires de manière permanente des établissements et services sociaux et médico-sociaux** se subdivisent en deux catégories : les établissements privés d'intérêt collectif et les établissements privés à but lucratif.

Sont qualifiés d'**établissements et services sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif** les établissements et services privés qui, après avoir délibéré et adopté ce statut (CASF, art. L.311-1) :

« – exercent leurs missions sociales et médico-sociales dans un cadre non lucratif et dont la gestion est désintéressée ou exercent leurs missions dans un cadre lucratif mais en ayant conclu une convention d'aide sociale pour une capacité ayant fait l'objet d'une autorisation ;

– inscrivent leur action dans le cadre d'un projet institutionnel validé par l'organe délibérant de la personne morale de droit privé gestionnaire, qui décrit les modalités selon lesquelles les établissements et services qu'elle administre organisent leur action en vue de répondre aux besoins sociaux et

médico-sociaux émergents ou non satisfaits, d'une part, et de limiter le reste à charge des personnes accueillies ou accompagnées, dès lors qu'une participation financière est prévue par les textes en vigueur, d'autre part ;

- publient leurs comptes annuels certifiés ;
- établissent, le cas échéant, des coopérations avec d'autres établissements et services sociaux et médico-sociaux pour organiser une réponse coordonnée et de proximité aux besoins de la population dans les différents territoires, dans un objectif de continuité et de décloisonnement des interventions sociales et médico-sociales réalisées au bénéfice des personnes accueillies ou accompagnées ».

Les **personnes morales de droit privé** peuvent également être gestionnaires d'établissements et services sociaux et médico-sociaux à but lucratif.

À travers l'article L.311-1 du CASF, la puissance publique reconnaît que les personnes privées répondent à des besoins sociaux et les aide en conséquence à travers un financement. En contrepartie, leur action est ordonnée et contrôlée (autorisation, habilitation, évaluation, contrôle). Le mécanisme de l'appel à projets issu de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, introduit une logique de délégation de l'action publique. En effet, la réalisation de l'initiative publique est confiée aux termes de cette procédure d'appel à projets à des opérateurs publics ou privés.

3 La typologie fonctionnelle des établissements et services sociaux et médico-sociaux

La diversité du secteur social et médico-social est à l'image de sa construction, faite d'initiatives locales au plus proche de l'évolution des besoins des personnes en situation de fragilité.

L'article L.312-1 inséré au titre I du livre III (« Action sociale et médico-sociale mise en œuvre par des établissements et des services ») du CASF distingue plusieurs catégories d'établissements et services :

- au I, les **établissements et services sociaux ou médico-sociaux qui sont subdivisés en 17 catégories** selon leur activité. Près de 90 types de structures correspondent à ce premier sous-ensemble ;

- au III, les **lieux de vie et d'accueil** qui ne constituent pas des établissements et services sociaux et médico-sociaux au sens du I et qui ne relèvent pas des dispositions relatives aux assistants maternels ou aux particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées (titres II et IV du livre IV du CASF) ;

- les articles L.321-1 et L.322-1 et suivants du titre II du même livre III du CASF définissent respectivement les **accueils de mineurs** (hébergement ou

réception de mineurs de manière habituelle, collectivement, à titre gratuit ou onéreux) et les **accueils d'adultes** (hébergement à titre gratuit ou onéreux d'adultes dans un établissement autre que ceux visés au I).

Les **17 catégories d'établissements et services sociaux ou médico-sociaux** sont énumérées ainsi (CASF, art. L.312-1) :

1° « Les **établissements ou services mettant en œuvre des mesures de prévention ou d'aide sociale à l'enfance** et les prestations d'aide sociale à l'enfance, y compris l'accueil d'urgence des personnes se présentant comme mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille. »

2° « 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. »

3° « Les **centres d'action médico-sociale précoce**. »

4° « Les **établissements ou services mettant en œuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire**. »

5° « Les **établissements ou services d'accompagnement par le travail** et de réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle. »

6° « Les **établissements et les services qui accueillent des personnes âgées** ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale. »

7° « Les **établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé**, qui accueillent des personnes handicapées quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert. »

8° « Les **établissements ou services** comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, **l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse**. »

9° « Les **établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques** en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées "Lits halte soins santé", les structures dénommées "Lits d'accueil médicalisés" et les appartements de coordination thérapeutique. »

10° « Les **foyers de jeunes travailleurs**. »

11° « Les **établissements ou services**, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers ou d'autres établissements et services. »

12° « Les **établissements ou services à caractère expérimental**. »

13° « Les **centres d'accueil pour demandeurs d'asile**. »

14° « Les **services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs** ordonnées par l'autorité judiciaire au titre du mandat spécial, auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire. »

15° « Les services **mettant en œuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial**. »

16° « Les services **qui assurent des activités d'aide personnelle à domicile** ou d'aide à la mobilité dans l'environnement de proximité au bénéfice de familles fragiles et dont la liste est fixée par décret. »

17° « Les établissements ou services **mettant en œuvre des mesures d'évaluation de la situation des personnes se présentant comme mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille**. »

18° « Les **maisons d'accompagnement et de soins palliatifs**. »

Cette longue liste de structures correspond, à ce qui, au sens de la loi, définit les établissements et services sociaux et médico-sociaux. En complément, les articles L.315-1 et suivants du CASF définissent plus précisément les établissements et services médico-sociaux publics. Il s'agit généralement de structures lourdes d'hébergement et d'accueil.

4 Les missions des établissements et services sociaux et médico-sociaux

L'**article L.311-1 du CASF** énumère six grandes catégories de missions d'intérêt général et d'utilité sociale qui peuvent être exercées par des personnes physiques ou des ESSMS :

1° « Évaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, prévention et lutte contre les maltraitances définies à l'article L.119-1 et les situations d'isolement, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation » ;

2° « Protection administrative ou judiciaire de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté » ;

3° « Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge » ;

4° « Actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion sociales et professionnelles, d'aide à la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail » ;

5° « Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif » ;

6° « Actions contribuant au développement social et culturel, à la pratique d'activités physiques et sportives et d'activités physiques adaptées et à l'insertion par l'activité économique ».

Ce riche ensemble de missions inclut toutes les formes de prise en charge, y compris les plus récentes comme la dépendance, le développement social ou culturel, ou encore l'insertion par l'économie. Les missions énumérées ci-dessus vont donc au-delà de la traditionnelle mission d'accueil et d'hébergement.

5 La politique sociale et médico-sociale : un enjeu en termes d'offre

La politique en termes d'offre sociale et médico-sociale est pilotée et régulée au travers de dispositifs comme le projet régional de santé qui détermine la politique régionale en fonction d'orientations nationales ou les appels à projet. Les régimes d'autorisation ou de déclaration font, selon le cas, partie intégrante de ces dispositifs.

A - Le pilotage et la régulation par les agences régionales de santé

Aussi remises en cause qu'elles soient à l'heure d'actualisation de ces lignes (voir les annonces du Premier ministre Sébastien Lecornu, le 14 novembre 2025, lors des Assises des Départements de France), les agences régionales de santé (ARS) pilotent et régulent l'offre d'accompagnement social et médico-social (CSP, art. L.1431-1). Pour cela, elles travaillent en partenariat avec les conseils départementaux, lorsque ces derniers sont cofinanceurs des ESSMS. Elles travaillent également avec leurs partenaires locaux : les préfets, les professionnels du secteur, les usagers, les associations, etc.

À travers les établissements et services médico-sociaux, les ARS ont pour mission d'apporter un accompagnement et une prise en charge aux publics dits « fragiles », en situation de précarité, d'exclusion, de handicap ou de dépendance.

Les dispositifs de régulation par les ARS sont au nombre de cinq :

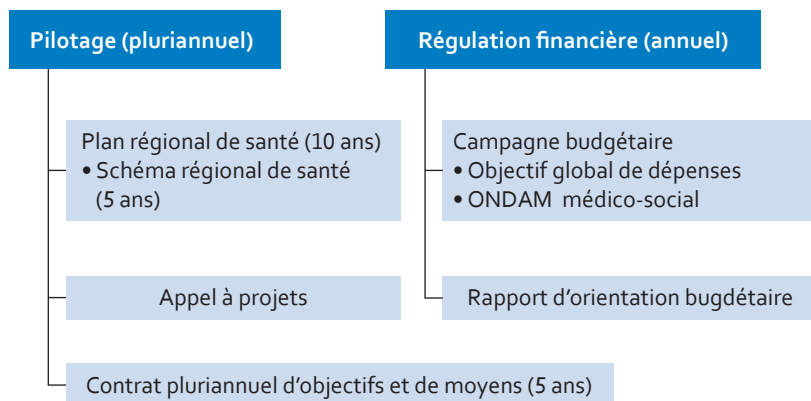


Figure 1. Les outils de pilotage et de régulation par les ARS

B - Le projet régional de santé et les orientations stratégiques

Les premiers projets régionaux de santé (PRS) ont été créés par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a renouvelé les projets régionaux de santé afin de mieux les articuler avec les priorités nationales et de les ancrer au cœur des territoires.

Principal instrument de pilotage régional des politiques de santé, le **projet régional de santé** définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS) (CSP, art. L.1434-1). Il tient compte notamment des contrats locaux de santé existant sur le territoire régional.

Les projets régionaux de santé doivent proposer un cadre d'orientation stratégique (COS) à dix ans et un schéma régional de santé décloisonné de cinq ans, élaboré sur le fondement d'une évaluation des besoins (le diagnostic territorial partagé). Ils comportent aussi un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, à échéance de cinq ans.

La participation des acteurs locaux est recherchée, ainsi que les coordinations entre structures et professionnels. L'objectif poursuivi est de fluidifier

les parcours au plus proche des besoins des populations dans les territoires et d'améliorer la cohérence entre politiques publiques sanitaires et sociales.

C - La procédure d'autorisation par appel à projets

Depuis le **décret n° 2010-870 du 26 juillet 2010** relatif à la procédure d'appel à projets et d'autorisation, toute création, transformation ou extension d'établissement ou de service social ou médico-social doit faire préalablement l'objet d'un appel à projets publié par l'ARS du territoire concerné. Il s'agit de répondre à des appels à projets lancés, seuls ou conjointement, par les financeurs (préfets de région, directeurs généraux des ARS, présidents de conseils départementaux) sur la base de diagnostics et d'états de besoins réalisés au sein de chacun des territoires. L'objectif est de répondre plus rapidement et plus efficacement aux besoins et aux attentes des usagers, en soutenant l'innovation et l'expérimentation.

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement exonère d'appel à projets, sous conditions, les transformations ou extensions de certains établissements sociaux et médico-sociaux.

L'article 61 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé élargit les exonérations aux règles d'appel à projet social et médico-social. Le nouvel article L.313-1-1 du CASF supprime l'obligation de recourir à la procédure d'appel à projets pour les opérations de transformation d'un établissement et service social et médico-social induisant une extension de capacité (dans les limites d'un seuil fixé par décret), y compris en cas de conversion du sanitaire vers le médico-social et sous condition de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). La mesure concerne également les transformations d'établissement ou de service avec changement de catégorie de bénéficiaires au sens de l'article L.312-1 du CASF. Cette disposition vise notamment à favoriser l'adaptation et la transformation inclusive de l'offre sociale et médico-sociale.

Plus récemment, la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie a étendu cette exonération à l'extension des « services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire au titre du mandat spécial auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire » (CASF, art. L.313-1-1, 11°).

D - La mise en œuvre de la campagne budgétaire

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) vient en appui aux ARS, notamment pour la programmation des créations de places et de l'évolution de l'offre, et en matière d'allocation de ressources (➡ voir chapitre 2). C'est la CNSA qui notifie aux ARS, dans le cadre des dotations

régionales limitatives, la répartition des crédits de l'objectif global des dépenses (OGD) relatif aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

E - Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

Depuis la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement, les CPOM sont obligatoires pour tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux du secteur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (➡ voir chapitre 3). La contractualisation se fait souvent conjointement avec les conseils départementaux.

F - Le rapport d'orientation budgétaire

Sur la base de cette notification par la CNSA, les ARS élaborent leur rapport d'orientation budgétaire (ROB) qui définit pour la région la politique budgétaire de l'ARS pour l'année. Ce document est adressé par l'ARS aux ESSMS et gestionnaires en amont de la campagne contradictoire de fixation des tarifs.

6 Le régime des autorisations et des déclarations

Dès lors qu'une structure acquiert la qualification d'établissement et service social ou médico-social, elle est soumise à des obligations, tant à l'égard des personnes accompagnées qu'à l'égard des autorités de régulation. Le CASF définit les établissements et services sociaux et médico-sociaux par leurs fonctions et les procédures d'autorisation, d'agrément ou de déclaration qui leur sont appliquées.

Établissements et services sociaux et médico-sociaux soumis à autorisation CASF, Livre III, Titre I

- L.312-1-I : 18 catégories d'établissements selon leur activité déclinés en plus de 90 types d'ESSMS opérationnels.

Établissements sociaux et médico-sociaux soumis à déclaration CASF, Livre III, Titre II

- L.321-1 : les accueils des mineurs ;
- L.322-2 : les accueils des majeurs.

Figure 2. Les ESSMS soumis à autorisation et à déclaration

A - Le régime des autorisations

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux (CASF, art. L.312-1, I – 18 catégories) et les lieux de vie et d'accueil (CASF, art. L.312-1, III) sont soumis à une **procédure d'autorisation**. L'article L.313-3 du CASF indique, pour chaque catégorie d'ESMS et lieu de vie ou d'accueil, la ou les autorité(s) chargée(s) de délivrer l'autorisation :

- l'autorité compétente de l'État (préfet de département) lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'État ;
- le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par les organismes d'assurance maladie ;
- le président du conseil départemental (PCD) lorsque les prestations qu'ils dispensent sont susceptibles d'être prises en charge par l'aide sociale départementale.

Ces autorisations sont conjointes (DGARS et PCD ou État ou PCD ou, enfin, État et DGARS) lorsque les établissements relèvent des deux autorités.

Le régime des autorisations des établissements et services sociaux et médico-sociaux a connu ces dernières années de profondes évolutions¹.

Si la durée des autorisations demeure de quinze ans et leur renouvellement reste conditionné aux résultats de l'évaluation, de nouvelles dispositions ont vu le jour, 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 projets (transformation par exemple d'un IME en maison d'accueil spécialisée) ;

1. 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 de la 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 CASF.

Articles 32 et 35 de la loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie.

- l'évolution des délais de caducité des autorisations délivrées pour toute création, transformation ou augmentation de capacité ;
- la disparition de la notion de places pour celle de file active, à savoir le nombre de personnes accompagnées, et la généralisation progressive de la logique de dispositif intégré² ;
- 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 dans les orientations actuelles des politiques publiques d'individualisation des réponses aux personnes en situation de vulnérabilité. L'objectif est d'inscrire les personnes dans une logique de parcours, mais également d'adapter l'offre aux besoins des territoires et, enfin, d'accroître l'efficacité de cette offre.

■ Autorisation et opposabilité des schémas de programmation

Afin de permettre aux ARS et aux conseils départementaux d'agir sur l'adaptation de l'offre au regard des évolutions prévisionnelles 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 n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMNSS) a profondément modifié les dispositions de l'article L.313-9 du CASF 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'État ou les organismes de Sécurité sociale.

En effet, ce retrait pourra s'effectuer 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 (régional et départementaux), outils de planification de l'évolution de l'offre sur les territoires, deviennent opposables en termes d'organisation de l'offre sociale et médico-sociale sur ces mêmes territoires.

2. Le décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 supprime la référence à la limite du nombre de lits total autorisés pour les établissements accueillant des enfants ou adolescents en internat. 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.

■ Procédure de retrait de l'habilitation à l'aide sociale ou de l'autorisation à délivrer des soins

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 un 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 CPOM. En effet, 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 projets. 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. À 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 prend effet dans un délai de six mois.

■ Délais de caducité de l'autorisation

L'article L.313-1 du CASF complété par les décrets n° 2017-1620 du 28 novembre 2017 et n° 2018-552 du 29 juin 2018 fixent 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.

L'autorisation est 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 (CASF, art. D.313-7-2).

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 quatre ans doit être déterminé en fonction de l'importance du projet et de la nature des prestations fournies. Ce délai ne peut être inférieur à trois mois.

Lorsque l'autorisation distingue plusieurs sites d'implantation, elle est réputée caduque pour celui ou ceux des sites n'ayant pas été ouverts au public dans un délai de quatre ans.

Les délais fixés dans l'arrêté d'autorisation peuvent être prorogés par l'autorité ou les autorités ayant délivré l'autorisation :

- dans la limite de trois ans (soit quatre ans + trois ans maximum) s'il est constaté 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 quatre ans + un an maximum), s'il est avéré que l'ouverture complète au public de la capacité autorisée sera achevée dans ce délai.

La demande de prorogation du 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 délivré 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 délivré l'autorisation dans un délai de deux mois suivant l'expiration du délai initial et, le cas échéant, du délai prorogé.

B - Le régime de la déclaration

Avant la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, la **déclaration** était le régime de droit commun des ESSMS. Son champ s'est considérablement réduit. Certains organismes dont les activités n'ont été soumises à autorisation que postérieurement à leur création, éventuellement après 1975, peuvent continuer de fonctionner légalement, sur le fondement d'une déclaration et/ou d'une décision ou convention spécifique, sans avoir été autorisés au sens de l'article L.313-1-1 du CASF.

Sont spécifiquement soumis au régime de la déclaration, respectivement, les accueils de mineurs (hébergement ou réception de mineurs de manière habituelle, collectivement, à titre gratuit ou onéreux) et les accueils d'adultes (hébergement à titre gratuit ou onéreux d'adultes).

■ L'accueil des mineurs

Les articles L.321-1 à 4 et R.321-1 à R.321-9 du CASF régissent les accueils de mineurs : « Si elle n'est pas soumise à un régime d'autorisation en application d'une autre disposition relative à l'accueil de mineurs, toute personne physique ou toute personne morale de droit privé qui désire héberger ou recevoir des mineurs de manière habituelle, collectivement, à titre gratuit ou onéreux, doit préalablement en faire la déclaration au président du conseil départemental. Celui-ci est tenu d'en donner récépissé et d'en informer le représentant de l'État dans le département » (CASF, art. L.321-1).

« Constituent un établissement soumis [à ces] dispositions [...] les installations aménagées par une personne physique ou par une personne morale de droit privé pour héberger ou accueillir collectivement, de façon habituelle, des mineurs quel que soit leur nombre sans les insérer dans une famille » (CASF, art. R.321-1).

Tout changement important projeté dans l'activité, l'installation, l'organisation, la direction ou le fonctionnement d'un établissement déclaré doit être porté à la connaissance du président du conseil départemental qui en informe le représentant de l'État dans le département.

« Dans un délai de deux mois, le président du conseil départemental, après en avoir informé le représentant de l'État dans le département, peut faire opposition, dans l'intérêt des bonnes mœurs, de la santé, de la sécurité, de l'hygiène, de l'éducation ou du bien-être des enfants, à l'ouverture de l'établissement ou à l'exécution des modifications projetées. À défaut d'opposition, l'établissement peut être ouvert et les modifications exécutées sans autre formalité » (CASF, art. L.321-1).

■ L'accueil d'adultes

Les articles L.322-1 à L.322-9 et R.322-1 à R.322-7 du CASF régissent les accueils d'adultes :

« Toute personne physique ou toute personne morale privée qui veut héberger à titre gratuit ou onéreux des adultes dans un établissement qui ne relève pas du régime d'autorisation prévu au titre I^{er} du [...] livre [III] du CASF, doit préalablement en faire la déclaration à l'autorité administrative. Celle-ci est tenue d'en donner récépissé » (CASF, art. L.322-1).

« Sont considérées comme établissements [...] les installations aménagées par une personne morale de droit privé pour l'hébergement collectif et permanent d'adultes en vue de leur réadaptation sociale, quel que soit leur nombre, sans les insérer dans une famille » (CASF, art. R.322-1).

« Dans un délai de deux mois, l'autorité administrative peut faire opposition, dans l'intérêt des bonnes mœurs, de la santé, de la sécurité, de l'hygiène ou du bien-être des personnes hébergées, à l'exécution des modifications projetées. À défaut d'opposition, l'établissement peut être ouvert et les modifications exécutées sans autre formalité » (CASF, art. L.322-4).

7 La coopération des établissements sociaux et médico-sociaux

Dans le contexte d'évolution des politiques publiques du début du xxi^e siècle, les structures gestionnaires du secteur social et médico-social ont été incitées à s'engager dans une logique de mutualisation qui passe

notamment par une adaptation de leurs organisations dans un contexte de mise en œuvre de convergence tarifaire et de rationalisation des moyens budgétaires. Ces contraintes se traduisent par des transformations organisationnelles qui vont favoriser une plus grande coopération entre les organisations gestionnaires. Elle peut s'effectuer par la création de différentes formes de regroupements en vue de mutualiser certains moyens ou services, de fusion-crédation ou de fusion-absorption dans un contexte où la loi du 2 janvier 2002 incite à une plus grande coopération entre établissements et services.

A - Les principaux outils de coopération organique des ESSMS

En dehors des associations relevant de la loi de 1901, il existe quatre outils principaux de coopération organique (c'est-à-dire qui aboutissent à la création d'une personne morale distincte) : le groupement d'intérêt public (GIP), le groupement d'intérêt économique (GIE), le groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) et, enfin, le groupement territorial social et médico-social (GTSMS).

Des groupements peuvent être constitués dans les conditions suivantes (CASF, art. R.312-194-1) :

1° Des **groupements d'intérêt public** peuvent être constitués entre deux ou plusieurs établissements et services sociaux ou médico-sociaux, dotés de la personnalité morale, ou personnes morales gestionnaires de droit public ou de droit privé comportant au moins une personne morale de droit public.

2° Des **groupements d'intérêt économique** peuvent être constitués entre deux ou plusieurs établissements et services sociaux ou médico-sociaux, dotés de la personnalité morale, ou personnes physiques ou morales gestionnaires de droit public ou de droit privé. Le but de ces groupements n'est pas de réaliser des bénéfices pour eux-mêmes.

3° Des **groupements de coopération sociale ou médico-sociale** peuvent être constitués entre deux ou plusieurs établissements, services ou personnes.

4° Des **groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux** doivent être constitués par les établissements publics qui accueillent des personnes âgées, les petites unités de vie, les accueils de jour autonomes publics et les services à domicile publics qui apportent aux personnes âgées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale, à l'exception de ceux gérés par un centre communal ou intercommunal d'action sociale ou une collectivité territoriale, s'ils n'adhèrent pas à un groupement hospitalier de territoire (GHT).

Les deux premiers modes de coopération étant très largement décrits dans les divers manuels de droit public ou de droit hospitalier, nous nous attacherons ici à décrire les modes particuliers de coopération permis par le GCSMS et le GTSMS.

B - Le groupement de coopération sociale ou médico-sociale

Le **groupement de coopération sociale ou médico-sociale** (GCSMS) est un outil de coopération. Inspiré du groupement de coopération sanitaire (GCS), le GCSMS n'a vu son rôle clarifié qu'à l'occasion de la publication de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées avant qu'un décret, en date du 6 février 2006, ne vienne fixer les modalités de sa mise en œuvre. Très récemment, son régime juridique a été modifié par le décret n° 2025-1394 du 29 décembre 2025 relatif aux groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux et aux autres formes de groupements de coopération (*JORF* du 30 décembre 2025).

■ Les modalités de création

La création d'un GCSMS nécessite la signature d'une **convention constitutive** (statuts). Lorsque le GCSMS exerce une des missions ou prestations des établissements et services sociaux ou médico-sociaux, il convient d'annexer à la convention constitutive un protocole décrivant l'objet de ces missions en lien avec le SROMS, les moyens affectés, le calendrier de réalisation et les modalités d'informations des membres sur les étapes mises en œuvre.

Il acquiert la personnalité juridique dès la publication d'un arrêté d'approbation signé par l'autorité compétente, qui peut être soit le préfet, soit le directeur général de l'ARS.

■ La détermination du statut juridique

Le **GCSMS** peut être constitué sous la forme d'une **personne morale de droit public ou de droit privé**.

La liberté contractuelle des partenaires n'est pas totale, car elle est déterminée par le statut du GCSMS et, surtout, par l'appartenance de ses membres au secteur privé ou au secteur public (CASF, art. L.312-7).

Un GCSMS est de droit public s'il est exclusivement composé de partenaires ayant un statut de droit public ou s'il est composé de personnes morales de droit public et de professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires.

Un GCSMS est de droit privé s'il est exclusivement composé de partenaires ayant un statut de droit privé.

Lorsque le GCSMS est composé de partenaires ayant un statut de droit public et de droit privé, la nature juridique du groupement dépend de la répartition des apports ou, en l'absence de capital social, des participations de ses membres aux charges de fonctionnement.