

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010

Propositions de l'association Famidac

Association Famidac
Bouteillac
07110 Rocles
Tél. 04 75 88 38 64

Ou :

- Joëlle Chambon, trésorière, tél.05.56.25.99.58
- Belén Alonso, Vice-Présidente, tél. 04.71.77.80.56
- Étienne Frommelt, Président, tél. 04.75.88.36.67 ou 03.89.76.53.71 (du 17 au 26/10/09)

Proposition 1 : Libérer des places en établissement en développant des accueils "médico-sociaux"

Des personnes se trouvent en situation de difficulté de façon permanente ou temporaire pour des raisons multiples. Ces personnes peuvent rester seules et isolées, sans aucun accompagnement pouvant les aider à sortir de cette situation. Ou bien, elles peuvent se retrouver prises en charge de façon inadéquate.

Ainsi, des personnes, victimes des "accidents de la vie" peuvent se trouver sur une pente les conduisant vers le handicap, la dépendance, la désocialisation, sans trouver aucune porte de sortie dans leur parcours, sans aucune aide, sans accompagnement possible.

D'autres personnes, dans la même situation, se trouveront prises en charge dans des structures trop lourdes, trop grandes, pendant trop longtemps, sans alternatives possibles.

Dans les deux cas, la réponse apportée est inadaptée : inexistante, trop lourde et coûteuse, sans évolution possible ...

L'accueil familial peut être "une piste" pour certaines de ces personnes.

Problème à résoudre :

Actuellement, l'accueil familial "de gré à gré" ou salarié ([loi du 5 mars 2007, article 57](#)) est réservé aux personnes âgées et aux **adultes dont le handicap est reconnu** et égal ou supérieur à 80%.

En sont exclus, les malades encore "non évalués".

Cette démarche d'évaluation est longue et, dans de nombreux cas, inopportune ; exemples :

- patient souffrant d'une maladie "longue et coûteuse" (cancer, hépatite, sida, diabète ...)
- accidenté du travail ou de la route en voie de consolidation
- personnes en arrêt de travail pour cause de dépression
- femmes victimes de violences au sein du couple (en phase d'expérimentation - voir la [Circulaire interministérielle DGAS/SDFE/1A/DPS n° 2008-238 du 18 juillet 2008 relative à l'expérimentation de l'accueil familial des femmes victimes de violences au sein du couple](#))
- personnes souffrant de troubles addictifs...

L'accueil "thérapeutique" ne serait plus réservé à des "malades mentaux" mais ouvert, entre autre, à des patients dont l'état de santé est stabilisé, consolidé ou en cours de consolidation, dont le retour à leur propre domicile est impossible ou contre-indiqué.

Ce qui ouvrirait la voie, entre autres :

- à des **accueils de jour**, de nuit, temporaires, séquentiels ou permanents, pour soulager les aidants de personnes souffrant de maladies de type Alzheimer ou Korsakov,
- à des **sorties d'établissement de rééducation fonctionnelle** suite à des séquelles physiques (voir en annexe, dossier MAAF),
- à des **séjours de rupture ou de vacances**, pour des personnes placées en établissement et n'ayant aucun proche en mesure de les prendre en charge,
- à des **"soins de suite"** ou des **"hospitalisations à domicile"** en accueil familial, pour des personnes souffrant de "longues maladies" (diabète, cancer, hépatite, Sida...)
- à **séjours de post-cure**, pour des personnes obèses, anorexiques, alcooliques, toxicomanes (dispositif expérimental depuis plus de 30 ans, voir www.famidac.fr/rubrique212.html) ...
- mais également à des accueils temporaires de personnes en difficulté (victimes de violence conjugale, SDF en alternative à un hébergement en "hôtel social", etc.)
- ...

Proposition d'amendement

Objectif : Élargir à l'ensemble des patients pris en charge en établissement de santé ou hospitalisés à domicile la possibilité d'une prise en charge en accueil familial "médico-social", par des accueillants employés, formés et accompagnés par ces établissements.

L'accueil familial pourrait représenter une solution intéressante, adaptée et économique, ne nécessitant que quelques adaptations pour pouvoir être mise en place :

Un amendement de l'article L441-3 (Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 51), ouvrirait l'accès à l'accueil familial à d'autres populations.

Article L441-3 (Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 51)	A remplacer par :
Les personnes handicapées relevant de l'article L344-1 peuvent faire l'objet d'un placement familial , à titre permanent ou temporaire, organisé sous la responsabilité d'un établissement médico-social ou d'un service mentionné audit article ou d'une association agréée à cet effet conjointement par le président du conseil général et le représentant de l'État dans le département, dans les conditions prévues par voie réglementaire.	Les accueillants familiaux agréés conformément à l'article L.441-1 peuvent également accueillir, à titre permanent, séquentiel ou temporaire : 1) Des personnes handicapées relevant de l'article L344-1 2) Des personnes adultes malades, convalescentes, en difficulté ou en perte d'autonomie. lorsque ces accueils sont organisé sous la responsabilité d'un établissement médico-social ou d'un service mentionné à l'article L312-1 , agréée à cet effet par le président du conseil général et le représentant de l'État dans le département, dans les conditions prévues par voie réglementaire.

Résultat attendu :

- **créations de 500 à 1.000 places nouvelles/an** sans investissement immobilier pour l'assurance maladie (voir en annexe, extraits du [dossier de presse PLFSS, Pages 24 et 25](#)).
 - **des économies pour la sécurité sociale :**
??? à ??? €/jour en hospitalisation
300 €/jour en MAS,
190 à 250 €/jour en FAM,
130 à 180 €/jour en accueil familial thérapeutique,
120 à 150 €/jour en accueil familial salarié,
+ - 60 €/jour en accueil familial "de gré à gré".
-

En pratique :

L'accueil familial pourrait, entre autres, être intégré au parcours de MPR (médecine physique et de réadaptation)

Voir http://archives.handicap.gouv.fr/point_presse/discours/circ_180604.pdf , pages 6 et suivantes.

L'accueil familial peut participer à la prise en charge d'une

- **Rééducation fonctionnelle**

*La rééducation fonctionnelle débute une fois que l'état physique de la personne est stabilisé. Elle peut s'échelonner sur plusieurs mois. Ce sont habituellement les centres de rééducation qui assurent les services de réadaptation fonctionnelle. Au cours de cette étape, on vise surtout à développer l'autonomie physique, fonctionnelle, cognitive, émotive, comportementale et les moyens de communication de la victime, c'est-à-dire la **préparer le mieux possible a réintégrer son domicile et augmenter ses possibilités d'intégration sociale et de retour à l'activité.***

- **Intégration sociale**

*L'intégration sociale débute souvent **au moment de la sortie du centre de rééducation**. Sa durée peut être très variable selon la gravité et être très longue dans les cas les plus graves. Cette partie de l'aide à la victime se déroule généralement à partir du domicile de la victime, ou dans certains cas, temporairement, en foyer d'hébergement spécialisé. Son but est de parvenir à la rééducation de la personne entière, c'est-à-dire de favoriser au maximum le retour à la vie "normale", par **une augmentation de l'autonomie personnelle dans les activités de la vie de tous les jours**. Il s'agit alors pour la personne de **redéfinir un projet de vie** en mettant en cohérence ses compétences résiduelles, sa réalité interne, c'est à dire ce que la personne peut, veut et sait faire et la réalité externe, c'est à dire les contraintes de son environnement matériel et social.*

L'accueil familial peut dans certains cas se substituer à un hébergement en **Foyers d'hébergement ou en lieux de vie**

Lieux de vie, centre d'évaluation et de réadaptation pour adultes cérébro-lésés.

Fonctionne en internat jusqu'à la mise en place concrète d'une orientation pour l'hébergement et/ou l'activité professionnelle.

La vocation de ce foyer est de "s'appuyer sur les obligations vitales pour que la personne handicapée évolue dans le cadre de son projet individuel et démontre sa capacité à exister".

Il a un rôle de socialisation et cherche à favoriser le choix, le développement, la planification, et le fait de répertorier l'aide nécessaire à la satisfaction des besoins vitaux permet une existence sociale avec le maximum d'autonomie.

Son rôle d'accompagnement vise à créer une relation d'écoute et d'échange avec la personne handicapée et à lui permettre d'exister en prenant en charge elle-même son projet de soins et de vie.

Proposition 2 : Rendre les prêts à l'amélioration de l'habitat accessibles aux accueillants familiaux

- 10% seulement des accueillants familiaux disposent de logements accessibles à des personnes invalides (taux d'occupation 100%)
- 30% sont accessibles à des personnes à mobilité réduite (taux d'occupation 100%)
- 60% sont réservés à des personnes valides (taux d'occupation, selon les départements : 50 à 80%)...

La demande d'accueil familial de personnes semi-valides ou invalides est forte ; l'offre ne répond qu'incomplètement à la demande.

Mais les aides à l'adaptation du logement sont réservées aux personnes handicapées ou âgées (propriétaires ou locataires de leur logement) ainsi qu'aux aidants familiaux ; les accueillants familiaux en sont actuellement exclus.

Résultat attendu : adaptation de places en accueil familial, augmentation de leur taux d'occupation au bénéfice de +/- 1.000 personnes accueillies.

Voir [dossier de presse PLFSS, Page 33](#), **branche famille** : **extension du prêt à l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels**

*"L'extension de ce prêt aux assistants maternels, **aux assistants familiaux et aux accueillants familiaux** leur permettra de financer des travaux à leur domicile, dès lors que ceux-ci sont liés à leur activité professionnelle. Ainsi, des travaux destinés à améliorer la sécurité des **enfants personnes** accueillies ou à transformer le logement pour permettre l'accueil ~~des enfants~~ en cas de première installation pourront être financés par le recours au PAH. (...)*

- Plafond du prêt : **10 000 euros**
- Modalités de remboursement : **échancier porté à 120 mois**
- Taux : **prêt à taux zéro"**

Annexes :

L'aval de la phase aiguë de l'AVC est insuffisamment pris en compte

Source : [rapport Fery-Lemonnier présenté vendredi 09/10/09 la ministre de la Santé Roselyne Bachelot](#)

L'AVC touche chaque année environ 130.000 nouveaux patients en France. En termes de handicap, plus de 225.000 personnes sont classées de façon permanente en affection de longue durée "accident vasculaire cérébral invalidant" par le régime général de l'Assurance maladie.

Le poids financier est "considérable". Les travaux menés dans le cadre du Comité de pilotage AVC concluent à une dépense annuelle d'environ 8,3 milliards d'euros (5,9 milliards pour le secteur de soins, et **2,4 milliards/an pour le secteur médico-social**).

Les soins de suite et de réadaptation s'avèrent une étape clé dans la filière. Que manque-t-il pour que la filière soit fluide entre le MCO et l'aval ? Pour les membres d'un atelier du Comité de pilotage « il ne manque rien ou presque pour les AVC de gravité moyenne ; beaucoup pour les patients légers et les plus sévères » :

– Pour les patients légers : la filière est apparemment fluide mais présente en fait des **défauts de soins et de suivi post MCO ; la sortie directe au domicile sans organisation du suivi de rééducation – réadaptation est souvent délétère sur le plan de la réadaptation et de la réinsertion ; les troubles cognitifs de ces patients ont longtemps été sous-estimés, et sont source d'une difficulté supplémentaire à la réinsertion sociale de ces patients** au handicap moteur mineur ;

– **Pour les patients les plus lourds : on note des besoins d'hospitalisation à domicile (HAD), d'hôpital de jour (HDJ) mais surtout de structures d'hébergement pour les patients à forte complexité « médicopsychosociale** » et pour les patients les plus jeunes (entre 40 et 65 ans). Ce manque de lieux d'accueil entrave la fluidité de l'aval de l'aval (SSR).

Par ailleurs, la réadaptation, la prise en compte des séquelles physiques, psychologiques et cognitives des patients, leur réinsertion sociale et professionnelle sont encore peu traitées et mal connues. L'accès à un soutien psychologique est considéré comme insuffisant.

Les liens entre les secteur sanitaire et médico-social sont insuffisants. Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), qui relèvent du champ médicosocial, les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) sont tout à la fois, selon les membres du Comité de pilotage AVC, insuffisamment développés en termes de places, insuffisamment valorisés pour la prise en charge des AVC et insuffisamment coordonnés. Une clarification de leurs missions respectives semble par ailleurs souhaitable. (...)

Les patients et leurs familles sont souvent isolés, malgré le dynamisme de certaines associations régionales regroupées au sein de France AVC, ou de la Fédération nationale d'aphasiques de France (FNAF), qui sont paradoxalement peu connues. **Leur souffrance morale et la difficulté de réinsertion familiale et sociale qu'ils éprouvent sont souvent mal prises en compte car invisibles. Ils expriment une demande de soutien, d'aide dans leurs démarches pour organiser les soins et la prise en charge soignante puis médico-sociale.**

Accidentés de la route ou de la vie : Témoignage d'une compagnie d'assurance

Voir <http://www.famidac.fr/article45.html> :

... au travers de la gestion des dossiers accidents gérés par **MAAF Assurances**, elle connaît les difficultés que peuvent rencontrer les personnes handicapées ainsi que leurs familles pour trouver des solutions d'accueil favorisant leur réinsertion sociale et / ou professionnelle. Aujourd'hui, les deux réponses consistent, le plus souvent, en :

- **un retour à domicile, perturbant** souvent les relations inter familiales, que ce soit sur un plan affectif ou professionnel
- **un placement en établissement**, où la personne handicapée peut rencontrer de plus grandes difficultés par rapport à ses choix personnels de mode de vie et de réalisation d'activités.

L'accueil familial constitue un choix supplémentaire proposé aux personnes handicapées et à leurs familles. La Fondation MAAF Assurances soutient l'action menée par Famidac pour :

- faire connaître davantage ce mode de prise en charge
- améliorer les conditions d'accueil et la situation des personnes handicapées.

La [loi du 5 mars 2007, article 57](#) ne répond pas à l'ensemble de ces besoins

Par ailleurs, cette loi et ses décrets d'application ne garantissent pas

- le respect de la condition de droit à pension, pour l'accueillant familial, conformément aux dispositions du [premier alinéa de l'article L351-2 du code de la sécurité sociale](#). (Article L442-1)
- l'encadrement du dispositif par un établissement de soin et des équipes qualifiées
- la prise en charge des frais d'accueil par la sécurité sociale

Témoignage d'une accueillante familiale :

Ce serait dommage d'exclure ce type de public de l'accueil de gré à gré.

Exemples :

- Une personne dépressive soignée en ambulatoire est condamnée à rester chez elle si son état ne nécessite pas une hospitalisation en psychiatrie, même si son médecin pense qu'elle serait mieux si elle était entourée et accueillie dans une famille.
- Une personne a un accident, perd l'usage de la marche et ne sait pas si elle récupèrera et quand... Si l'établissement où elle est en rééducation n'emploie pas d'accueillant familial, elle n'a pas le droit à cette prestation en sortant de son séjour en rééducation.
- Cela me fait penser à une pensionnaire que j'avais en accueils temporaires, dont la pathologie nécessitait d'aller en hôpital de jour. Hélas, seules les personnes sortant d'un séjour en HP pouvaient prétendre à cette hospitalisation de jour. Il a fallu attendre le "pétage de plomb", seule à son domicile pour l'interner et lui ouvrir ensuite les portes de l'hôpital de jour.

Extraits du PLFSS 2010

Projet de loi de financement de la **sécurité sociale** pour 2010 - voir dossier de presse http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG//pdf/PLFSS_2010_-_Dossier_de_presse.pdf

Page 19 : "L'adaptation et la modernisation de l'offre de soins passent également par une politique d'investissement. L'année 2010 verra le lancement de la deuxième tranche du plan Hôpital 2012. Initié en 2007, ce plan a pour objet de **soutenir financièrement les projets d'investissement répondant à des critères d'efficience afin de favoriser les recompositions de l'offre hospitalière** (...)."

"Le plan Hôpital 2012 contribuera par ailleurs à soutenir l'activité économique par l'effet de levier qu'il génère sur les secteurs d'activité concernés. Enfin, les professionnels de santé exerçant au sein des établissements de santé feront l'objet d'une attention particulière. L'année 2010 marquera la première étape d'un processus de revalorisation **salariale pour les professionnels paramédicaux**, qui se prolongera dans les années à venir."

Pages 24 et 25 : "**Un engagement soutenu en faveur du secteur médico-social** Avec un taux de progression d'ONDAM (objectif national de dépense d'assurance maladie) médico-social de 5,8 %, soit une progression de près de 820 millions d'euros, le Gouvernement montre que, malgré le contexte économique dégradé, il est au rendez-vous des solidarités. Grâce à cet effort soutenu, **un développement important de l'offre en établissements et services pour personnes âgées et handicapées pourra être réalisé.**"

(...) **Personnes âgées** (...) poursuivre le déploiement du plan Alzheimer, les créations de places nouvelles :
140 unités d'hébergement renforcé (UHR)
2 125 places d'accueil de jour
7 500 places nouvelles en maisons de retraite
des crédits seront mobilisés pour accroître le forfait transport des services d'accueil de jour.

(...) **Personnes handicapées : la réalisation du plan de création de places**
(...) plan pluriannuel de **construction de plus de 50 000 places (38 000 places pour adultes, 12 000 pour enfants)**, dont l'ouverture sera garantie à horizon de 7 ans. Le défi sera donc relevé en 2010 puisque la mise en oeuvre de ce plan va mobiliser plus de **360 millions d'euros** de ressources nouvelles en faveur des établissements et services pour personnes handicapées. Au total, ce sont donc près de **5 500 places nouvelles** qui seront financées en 2010 par l'assurance maladie.
Concernant les adultes, le Gouvernement continue de se mobiliser pour résorber les listes d'attente existantes. Comme en 2009, **1 800 places nouvelles en maisons d'accueil spécialisées (MAS) et en foyers d'accueil médicalisé (FAM)** seront financées et **300 places de foyers de vie** seront médicalisées. Les efforts porteront également sur le développement de l'offre de services à domicile afin de donner sa pleine effectivité au projet de vie des adultes handicapés qui souhaitent rester à leur domicile. Au total, ce sont donc **1 500 places nouvelles de SSIAD et de SAMSAH qui seront créées**, dont 500 places de SAMSAH dédiées aux personnes handicapées psychiques.

Page 33, **branche famille : extension du prêt à l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels**

"L'extension de ce prêt aux assistants maternels leur permettra de financer des travaux à leur domicile, dès lors que ceux-ci sont liés à leur activité professionnelle. Ainsi, des travaux destinés à améliorer la sécurité des enfants accueillis ou à transformer le logement pour permettre l'accueil des enfants en cas de première installation pourront être financés par le recours au PAH. Ce prêt pourra également accompagner le passage de trois à quatre enfants gardés, autorisé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

- Plafond du prêt : **10 000 euros**

- Modalités de remboursement : **échancier porté à 120 mois**

- Taux : **prêt à taux zéro"**

Code de l'action sociale et des familles

Chapitre Ier : Accueillants familiaux et modalités d'agrément

Article L441-1 (Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 51 I 1°, 2° JO du 18/01/02) + Ordonnance n° 2005-1477 du 1er décembre 2005

Pour accueillir habituellement à son domicile, à titre onéreux, des personnes âgées ou handicapées adultes n'appartenant pas à sa famille jusqu'au quatrième degré inclus et, s'agissant des personnes handicapées adultes, ne relevant pas des dispositions de l'article L344-1, une personne ou un couple doit, au préalable, faire l'objet d'un agrément, renouvelable, par le président du conseil général de son département de résidence qui en instruit la demande.

La personne ou le couple agréé est dénommé accueillant familial.

La décision d'agrément fixe, dans la limite de trois, le nombre de personnes pouvant être accueillies.

L'agrément ne peut être accordé que si les conditions d'accueil garantissent la continuité de celui-ci, la protection de la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies, si les accueillants se sont engagés à suivre une formation initiale et continue organisée par le président du conseil général et si un suivi social et médico-social de celles-ci peut être assuré.

Tout refus d'agrément est motivé. En cas de changement de résidence, l'agrément demeure valable sous réserve d'une déclaration préalable auprès du président du conseil général du nouveau lieu de résidence qui s'assure que les conditions mentionnées au quatrième alinéa sont remplies.

L'agrément vaut, sauf mention contraire, habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale au titre des articles L113-1 et L241-1.

Article L441-2 (Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 51 I 1°, 3° JO du 18/01/02)

Le président du conseil général organise le contrôle des accueillants familiaux, de leurs remplaçants et le suivi social et médico-social des personnes accueillies.

Si les conditions mentionnées au quatrième alinéa de l'article L441-1 cessent d'être remplies, il enjoint l'accueillant familial d'y remédier dans un délai fixé par le décret mentionné au même article. S'il n'a pas été satisfait à cette injonction, l'agrément est retiré après avis de la commission consultative. L'agrément peut également être retiré selon les mêmes modalités et au terme du même délai, en cas de non-conclusion du contrat mentionné à l'article L442-1, ou si celui-ci méconnaît les prescriptions mentionnées au même article, en cas de non souscription d'un contrat d'assurance par l'accueillant, ou si le montant de l'indemnité représentative mentionnée au 4° de l'article L442-1 est manifestement abusif. En cas d'urgence, l'agrément peut être retiré sans injonction préalable ni consultation de la commission précédemment mentionnée.

Article L441-3 (Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 51 I 1°, 4° JO du 18/01/02)

Les personnes handicapées relevant de l'article L344-1 peuvent faire l'objet d'un placement familial, à titre permanent ou temporaire, organisé sous la responsabilité d'un établissement médico-social ou d'un service mentionné audit article ou d'une association agréée à cet effet conjointement par le président du conseil général et le représentant de l'État dans le département, dans les conditions prévues par voie réglementaire.

Article L441-4 (inséré par Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 51 I 5° JO du 18/01/02)

Un décret en Conseil d'État fixe les modalités et le délai d'instruction de la demande d'agrément, la procédure de retrait, la composition de la commission consultative de retrait, la durée pour laquelle ledit agrément est accordé et renouvelé ainsi que le délai pour représenter une nouvelle demande après décision de refus ou retrait.

Article L312-1

I.-Sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux, au sens du présent code, les établissements et les services, dotés ou non d'une personnalité morale propre, énumérés ci-après :

- 1° Les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans relevant des articles [L. 221-1](#), [L. 222-3](#) et [L. 222-5](#) ;
- 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 mentionnés à [l'article L. 2132-4](#) du code de la santé publique ;
- 4° Les établissements ou services mettant en oeuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire en application de [l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945](#) relative à l'enfance délinquante ou des [articles 375](#) à [375-8](#) du code civil ou concernant des majeurs de moins de vingt et un ans ou les mesures d'investigation préalables aux mesures d'assistance éducative prévues au code de procédure civile et par l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ;
- 5° Les établissements ou services :
 - a) D'aide par le travail, à l'exception des structures conventionnées pour les activités visées à [l'article L. 322-4-16](#) du code du travail et des entreprises adaptées définies aux [articles L. 323-30](#) et suivants du même code ;
 - b) De réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle mentionnés à [l'article L. 323-15](#) du code du travail ;
- 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 adultes 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 " et les appartements de coordination thérapeutique ;
- 10° Les foyers de jeunes travailleurs qui relèvent des dispositions des [articles L. 351-2](#) et [L. 353-2](#) du code de la construction et de l'habitation ;
- 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 oeuvre 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 mentionnés à [l'article L. 348-1](#) ;
- 14° Les services mettant en oeuvre 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 oeuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial.

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent 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.