

# **L'ACCUEIL FAMILIAL DES ADULTES**

**EVALUATION DES DISPOSITIONS  
DE LA LOI DU 10 JUILLET 1989**

**étude réalisée à la demande  
du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité  
(direction de l'action sociale)**

**1997-1998**

**Jean-Claude CÉBULA et Catherine HOREL**

**IFREP**

Institut de Formation, de Recherche et d'Évaluation des Pratiques médico-sociales

**BP 60358 - 75626 PARIS cedex 13  
tél : 01.45.89.17.17**

## SOMMAIRE

<b>1. Préambule</b>	<b>3</b>
<b>2. Les dispositifs départementaux</b>	<b>6</b>
<b>3. La place de l'accueil familial</b>	<b>13</b>
<b>4. Le profil des personnes agréées</b>	<b>15</b>
<b>5. Les caractéristiques des agréments</b>	<b>17</b>
<b>6. Le traitement des agréments</b>	<b>21</b>
<b>7. Agrément : instruction et décision</b>	<b>24</b>
<b>8. Le contrat</b>	<b>27</b>
<b>9. La formation des personnes agréées</b>	<b>31</b>
<b>10. Contrôle et suivi de l'accueil</b>	<b>32</b>
<b>11. Les personnes accueillies</b>	<b>36</b>
<b>12. Postface</b>	<b>43</b>
<b>13. Annexes</b>	<b>45</b>

# 1. PREAMBULE

## Le contexte

Relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes, la loi du 10 juillet 1989 fixe les conditions d'agrément des accueillants, de mise en place d'un contrat d'accueil, de contrôle et de formation des personnes agréées ainsi que de suivi social et médico-social des personnes accueillies.

L'accueil familial, ainsi réglementé, constitue une modalité d'accueil à caractère social de personnes âgées ou handicapées.

Plusieurs années après la promulgation de la loi, en raison d'une méconnaissance du développement de ce mode d'accueil et des disparités constatées dans l'application des dispositions législatives et réglementaires prévues, une évaluation nationale, tant quantitative que qualitative, est apparue nécessaire.

## L'évaluation

Menée tout au long de l'année 1997, l'évaluation a été définie dans le cadre d'un comité de pilotage composé de représentants :

- de l'assemblée des présidents de conseils généraux,
- de la direction de l'action sociale du ministère de l'emploi et de la solidarité (sous-direction de la réadaptation, de la vieillesse et de l'aide sociale),
- du service des statistiques, des études et des systèmes d'information du ministère de l'emploi et de la solidarité,
- de l'IFREP, organisme de recherche.

Parallèlement, des informations ont été obtenues dans le cadre d'auditions de représentants d'associations et d'institutions impliquées dans l'accueil familial :

- UNAF (Union Nationale des Associations de Familles d'Accueil),
- FNAF (Fédération Nationale de l'Accueil Familial),
- UNIOPSS (Union Nationale Interfédérale des Oeuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux),
- UNAF (Union Nationale des Associations Familiales),
- UNAPEI (Union Nationale des Associations de Parents et Amis de Personnes Handicapées),
- FNAT (Fédération Nationale des Associations Tutélares).

L'évaluation, confiée à l'IFREP, se base sur un questionnaire détaillé portant sur le dispositif au 31/12/96 qui a été adressé à tous les départements début 1997.

Le dépouillement et le traitement définitif des données ont été achevés en janvier 1998.

Le recueil des questionnaires s'est étalé sur sept mois. Les résultats intermédiaires ont régulièrement fait l'objet d'une étude approfondie lors de réunions du comité de pilotage.

La totalité des résultats analysés et des corrélations réalisées entre les différents items du questionnaire fait l'objet d'un document composé de dossiers portant respectivement sur :

- les personnes agréées et les caractéristiques de l'agrément,
- les personnes accueillies,
- les dispositifs mis en place par les départements,
- le statut des personnes agréées,
- les coûts de l'accueil familial.

Pour mettre ces résultats en perspective, une synthèse complète les dossiers.

## **Les résultats**

A partir des dossiers et de la synthèse sus-mentionnés, les résultats présentés dans ce document constituent un bilan quantitatif et qualitatif des dispositions mises en place qui permet d'appréhender l'ampleur et les caractéristiques principales de l'accueil familial, d'autant que tous les départements, à l'exception d'un seul (qui a agréé moins de 10 personnes) ont participé à l'évaluation.

Ce bilan est composé de deux parties :

- d'une part, un exposé des aspects essentiels que sont le profil des personnes agréées et des personnes accueillies, les caractéristiques des agréments et leur traitement, les dispositions mises en œuvre en matière de formation, de contrôle et de suivi,
- d'autre part, en annexe, les tableaux les plus importants pour lesquels les données sont présentées en pourcentages pondérés.

99 départements (dont ceux d'outre-mer) ont donc répondu aux items du questionnaire. L'intérêt manifesté a permis l'obtention de données suffisamment fiables pour décrire le dispositif.

Ainsi, il est possible de dire qu'au 31 décembre 1996 :

- **96 départements** ont mis en place les dispositions prévues par la loi,
- **8950 personnes sont agréées,**
- **11717 personnes âgées ou handicapées sont accueillies.**

## 2. LES DISPOSITIFS DEPARTEMENTAUX

Pour appliquer les dispositions prévues, les départements peuvent opter pour deux principes : soit ils les traitent en régie directe, soit ils s'assurent du concours, par convention, d'institutions sociales ou médico-sociales ou d'associations régies par la loi du 1er juillet 1901. Dans ce cas, celles-ci peuvent être mandatées pour prendre en charge la totalité ou une partie des actions à mettre en œuvre.

Tous les départements<sup>1</sup>, à l'exception de 4 qui n'ont agréé aucun particulier, mettent en œuvre la loi du 10 juillet 1989 :

- en régie directe exclusivement (62 départements),
- en conventionnant des organismes habilités pour tout ou partie des missions d'agrément, de contrôle et de suivi (33 départements).

Quel que soit le type de dispositif retenu, la plupart des départements ont organisé l'accueil familial dans les deux années suivant la parution de la loi.

Globalement, les dispositifs "en régie directe" ont été mis en place plus rapidement que les dispositifs conventionnés, parfois antérieurement à la loi, ce qui confirme pour certains d'entre eux, leur préoccupation quant à ce mode d'accueil, soit pour en contrôler les abus, soit pour l'utiliser comme une solution complémentaire aux hébergements collectifs.

---

<sup>1</sup> - Voir carte page 45

### **Les modalités d'exercice de la compétence des départements et l'utilisation de compétences extérieures pour les personnes handicapées**

Les deux tiers des départements ont donc gardé l'exercice de l'ensemble des missions en régie directe. La possibilité offerte par la loi de déléguer par convention, à des organismes ou institutions, n'a été utilisée que par un tiers des départements, mais même dans ces circonstances l'exercice de la compétence des départements reste prépondérant.

De plus, quels que soient les principes retenus, les dispositifs mis en place pour traiter l'ensemble des missions sont très divers dans leur organisation, sur le plan de la répartition des compétences, ainsi qu'au niveau des articulations entre plusieurs services ou des délégations attribuées à des organismes conventionnés.

Les conventions sont passées dans des départements où l'accueil familial de personnes handicapées est majoritaire. Les départements ont donc plutôt conservé sous leur autorité l'ensemble des prestations relevant de l'accueil des personnes âgées comme faisant partie de leur mission générale d'aide sociale, alors que pour l'accueil des personnes handicapées (mentales le plus souvent), ils se sont tournés vers les prestations spécialisées que pouvaient offrir des organismes ou établissements locaux.

Cette tendance est confirmée par les chiffres. En effet, on trouve en moyenne plus de personnes âgées (55) en accueil familial que de personnes handicapées (50) dans les départements "en régie directe", alors que les départements qui ont passé des conventions ont, en moyenne, davantage d'accueils familiaux de personnes handicapées (83) que de personnes âgées (75).

Ces moyennes départementales font de plus apparaître que les départements qui ont passé des conventions ont sensiblement plus développé l'accueil familial que ceux qui traitent en régie directe l'ensemble du dispositif.

Enfin, les quotas, c'est-à-dire le nombre de personnes accueillies rapporté au nombre d'agrément, compte tenu de cette répartition des populations, sont légèrement plus élevés dans les départements "en régie directe" (1,35) que dans ceux qui ont passé des conventions (1,26). Ceci est à rapporter au fait que les départements en régie directe ont plutôt développé l'accueil des personnes âgées pour lequel le quota est globalement plus important<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> - Voir point 5.2. (agrément et capacité d'accueil)

## 2.1. Régie directe

Pour les départements "en régie directe", plusieurs solutions ont été retenues selon que ce dispositif a été confié à un service existant ou créé spécifiquement, ou à plusieurs services.

### Un seul service mandaté

Dans 39 départements (sur les 62 concernés), un seul service est responsable de l'ensemble des missions d'agrément, de contrôle et de suivi, choix qui peut faciliter l'identification d'une prestation ainsi que la cohérence et l'articulation des actions à mettre en œuvre.

Cependant, selon que l'accueil familial a été attribué à un service créé spécifiquement à cet effet ou intégré dans un service pré-existant, les prestations offertes peuvent être fort différentes, ainsi que l'activité générale du service en terme de nombre d'agrément ou d'accueillis.

Ainsi, lorsque le dispositif a été confié à un service pré-existant (solution retenue par 23 de ces 39 départements), l'accueil familial est intégré aux différentes missions de ce service (service d'aide sociale, service des établissements ou des équipements, service "personnes âgées - personnes handicapées", service médical ou de santé). Un seul département a organisé l'accueil familial dans le cadre exclusif de la polyvalence de secteur.

L'accueil familial se fonde dans les autres prestations assurées par le département. Il n'est pas toujours une priorité, et sa lisibilité n'est pas évidente puisqu'il n'apparaît spécifiquement ni pour les demandeurs d'agrément, ni pour l'ensemble des usagers.

Dans ces départements, l'accueil familial est peu développé : le nombre moyen des agrément est peu élevé (deux fois moins que la moyenne), ainsi évidemment que le nombre des accueillis avec une très légère sur-représentation des personnes handicapées.

Lorsque le dispositif a été confié à un service créé (solution retenue par les 16 autres départements), ce service porte l'appellation service de "placement familial" ou "d'accueil familial" dans 13 départements, avec mise à disposition de personnels qui consacrent une part importante de leur temps de travail à cette activité.

Il s'agit donc d'un service identifié et repérable par les usagers qui va promouvoir son activité en éditant des documents largement diffusés, et souvent incitatifs.

Dans ces départements, l'accueil familial est développé : le nombre d'agrément est aussi important que dans les départements qui ont passé des conventions.

Le nombre de personnes accueillies est en moyenne deux fois supérieur à celui des départements qui ont attribué le dispositif à un service existant, avec une légère prédominance des personnes âgées.

### **Plusieurs services impliqués**

Lorsque le dispositif a été attribué à plusieurs services (solution retenue par les 23 autres départements), le service social polyvalent est le plus souvent sollicité pour assurer le suivi de l'accueil, la responsabilité du dispositif revenant à des services différents selon les départements (service de l'aide sociale, des établissements, service médical...).

Dans un tiers de ces départements peuvent intervenir jusqu'à trois services, multiplicité qui rend nécessaire une bonne articulation des missions, mais qui peut être cause d'une dilution des responsabilités et source de confusion pour les usagers.

A contrario, les interventions de personnels de la polyvalence de secteur peuvent permettre une meilleure intégration aux réseaux sociaux ou médicaux d'aide ou de soutien, ce d'autant que les personnes accueillies sont en grande majorité des personnes âgées, ce qui se traduit pour ces départements par un quota accueilli-agrément extrêmement élevé (2,35).

Dans ces départements, l'accueil familial n'est pas très développé : le nombre moyen d'agrément se rapproche de celui des départements qui ont confié le dispositif à un service existant.

## **2.2. Conventions**

Pour les 33 départements qui ont délégué tout ou partie du dispositif, les modes d'organisation varient également d'un département à l'autre.

Ainsi, les niveaux de délégation, forts différents, peuvent concerner les personnes âgées et les personnes handicapées (c'est le cas dans 23 départements) ou seulement l'une ou l'autre de ces deux populations (c'est le cas dans 10 départements).

### **Les niveaux de délégation**

La délégation, qu'elle soit partielle ou totale, porte sur le suivi médico-social des personnes accueillies dans 27 départements.

L'agrément et le contrôle restent généralement du ressort des services du conseil général, avec cependant une possibilité, utilisée relativement fréquemment, de déléguer le contrôle et de confier une partie de l'instruction des demandes d'agrément.

Cependant, en ce qui concerne le suivi et le contrôle, ces délégations peuvent n'être que formelles tant les actions relevant de l'une ou l'autre mission sont peu différenciées dans les modes d'intervention auprès des familles d'accueil.

### **Les services ou établissements conventionnés**

Selon les départements, un seul ou plusieurs organismes peuvent être conventionnés pour mener tout ou partie des missions.

Dans quelques départements, une seule institution est conventionnée, spécifiquement pour l'accueil des personnes âgées ou pour l'accueil des personnes handicapées, ou pour les deux populations le plus souvent.

Certaines de ces institutions ont été créées à la seule fin de mettre la loi en application.

Les autres départements utilisent des modes de délégation pour lesquels plusieurs établissements sont sollicités, soit parce qu'ils intervenaient déjà auprès des populations concernées, soit parce que le département leur a confié la mise en place du dispositif.

Dans le premier cas, il y a identification d'un dispositif d'accueil familial organisé et géré par un ou deux services en fonction des populations accueillies, repérable dans la panoplie d'aide et d'action sociales du département par tous les usagers, institutionnels ou non.

Dans l'autre, une logique différente s'applique, à savoir l'utilisation du caractère de proximité d'institutions qui intègrent l'accueil familial dans leurs différentes prestations médico-sociales.

### **Le coût de l'accueil familial**

Plusieurs éléments sont à prendre en considération pour évaluer le coût de l'accueil familial :

- le coût de la mise en place du dispositif et de son fonctionnement pour que soient assurées les missions relatives à l'agrément, au contrôle, au suivi et à la formation des personnes qui souhaitent accueillir,
- le coût des différentes aides sociales attribuées aux bénéficiaires de l'accueil, dépenses qui sont, à priori, indépendantes du mode d'accueil,
- le coût des familles d'accueil, pour une partie intégré dans les aides sociales, pour une partie également comptabilisé lorsque le loyer est pris en charge par la caisse d'allocations familiales,
- le coût, non évalué dans cette étude, des prestations annexes d'aide et/ou de soins à domicile.

La charge financière du dispositif dépend bien évidemment des procédures mises en œuvre pour l'agrément, le contrôle et le suivi, et donc des besoins en temps de personnels.

Par ailleurs, l'évaluation des dépenses engagées doit donc être ramenée au nombre d'équivalents-temps-plein nécessaires pour assurer les différentes missions, ceci rapporté au nombre de personnes accueillies ou au nombre de personnes agréées.

Pour ces différentes raisons, le coût de l'accueil familial est difficilement évaluable, d'autant que les dépenses afférentes, notamment en terme de masse salariale, ne sont pas toujours isolées pour les départements en régie directe, ou pas toujours indiquées pour les départements ayant passé des conventions.

Globalement, il n'est donc possible que de présenter des tendances :

- le coût de l'accueil familial serait moins élevé dans les départements en régie directe, avec une graduation selon qu'un ou plusieurs services sont mobilisés,
- il semble plus élevé dans les départements qui ont passé des conventions. En effet, les lignes budgétaires sont plus aisément isolables et prennent en compte l'ensemble des prestations offertes. D'autre part, ces prestations sont plus importantes en raison de la nécessité et de la spécificité du soutien à apporter à l'accueil des personnes handicapées.

### 3. LA PLACE DE L'ACCUEIL FAMILIAL

Si la plupart des départements ont mis en place l'accueil familial de personnes âgées et de personnes handicapées, l'implantation est sensiblement différente selon qu'il s'agit d'accueil de personnes âgées ou de personnes handicapées.

Par ailleurs, le nombre de personnes agréées est très variable selon les départements<sup>3</sup>, de un seul agrément (dans 2 départements de la région parisienne) à plus de 400 agréments (les 2 départements du nord).

Le nombre moyen de particuliers agréés par département est de 90.

L'accueil familial constitue une solution très marginale par rapport aux autres modes d'accueil proposés aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

Pour les personnes âgées, il représente seulement 1% des places<sup>4</sup> (c'est-à-dire du nombre total de places en établissement, y compris l'accueil familial). Selon les départements, ce pourcentage varie de moins de 0,5% à plus de 3%.

Alors que pour les personnes handicapées, il représente 7% des places<sup>5</sup> (c'est-à-dire du nombre total de places en établissement, y compris l'accueil familial), avec des variations selon les départements de moins de 4% à plus de 20%.

A quelques exceptions près, et paradoxalement, l'accueil familial n'apparaît pas comme une ressource développée dans les départements ayant peu de places en établissement, mais plutôt comme un mode d'accueil complémentaire dans les départements qui ont un nombre important de places d'hébergement.

Cependant, l'accueil familial semble tributaire des places offertes en établissement dans certains départements où le taux d'équipement est important et l'accueil familial peu développé.

---

<sup>3</sup> - Voir carte page 46

<sup>4</sup> - Voir carte page 53

<sup>5</sup> - Voir carte page 54

Pour les personnes âgées, l'accueil familial vient cependant compléter les capacités d'accueil dans quelques départements, en prenant parfois une place importante du fait d'un moindre nombre de places en établissement.

Pour les personnes handicapées, on assiste au même phénomène avec une importance de l'accueil familial dans des départements où il vient compléter des possibilités d'accueil insuffisantes.

## 4. LE PROFIL DES PERSONNES AGREES

Au 31 décembre 1996, 8950 personnes sont agréées<sup>6</sup>, très majoritairement des femmes (96%), ayant pour les deux tiers d'entre elles de 40 à 60 ans (66%).

Les quelques agréments délivrés à des hommes concernent plutôt l'accueil de personnes handicapées.

Les personnes agréées pour accueillir des personnes handicapées sont globalement plus âgées (35% ont 60 ans ou plus, et parmi elles 13% ont 70 ans ou plus) que celles qui sont agréées pour accueillir des personnes âgées (16% seulement).

Le plus souvent, les personnes agréées vivent en couple (avec ou sans enfant dans des proportions similaires). Néanmoins, 20% sont des adultes vivant seuls, avec ou sans enfant. A quelques exceptions près, le nombre d'agréments délivrés à des personnes seules est plus important dans les départements où l'accueil familial est peu développé.

Pour une large majorité (71%), les personnes agréées ont eu une activité professionnelle. Les professions médico-sociales, qui regroupent diverses professions dont d'anciennes assistantes maternelles, sont autant représentées que les agriculteurs (15%).

Avant l'agrément, 36% des personnes étaient inactives, qu'elles aient eu ou non une activité professionnelle antérieure à leur agrément.

La quasi totalité des personnes agréées vit dans des maisons individuelles (95%) dont elles sont très majoritairement propriétaires, le plus souvent en habitat groupé. L'habitat isolé reste néanmoins important avec 41%.

---

<sup>6</sup> - Ce chiffre concerne l'ensemble du territoire, à l'exception du département qui n'a pas répondu

A ce niveau d'analyse portant sur la description des personnes agréées se dessine un profil général : il s'agit de femmes entourées par leur famille, qui ont le plus souvent élevé leurs enfants, sont propriétaires de leur logement, ont exercé une autre profession, et se sont orientées vers l'agrément, alors qu'elles n'avaient pas ou plus d'activité professionnelle, pour accueillir des personnes âgées.

Parfois, et notamment pour l'accueil de handicapés, une tradition d'accueil familial a amené à continuer une activité commencée avec l'accueil d'enfants.

Les agréments de personnes seules questionnent la notion de vie familiale et nécessitent de trouver des solutions hors du domicile pour assurer la continuité de l'accueil.

L'accueil par des personnes ayant atteint un âge avancé amène à s'interroger sur leur capacité à prendre en charge et à s'occuper de la personne accueillie. Ces situations concernent davantage l'accueil de handicapés qui ont vieilli avec leur accueillant, situations anciennes et souvent peu adaptées aux normes requises par l'agrément qui amènent à restreindre l'étendue de l'agrément (agrément nominatif par exemple), mais également à préparer les fins d'accueil et à penser des projets de vie pour les handicapés.

L'habitat en maison individuelle n'a rien de surprenant car l'accueil suppose de pouvoir bénéficier d'espaces intérieurs et extérieurs.

Selon que l'habitat est isolé ou groupé, il facilite plus ou moins les échanges avec l'environnement. L'habitat isolé oblige les personnes handicapées à rester à plein temps dans la famille d'accueil, et limite l'accès à des prises en charge annexes.

## 5. LES CARACTERISTIQUES DES AGREMENTS

L'analyse des caractéristiques des agréments permet de distinguer deux modes de traitement selon qu'ils sont attribués pour l'accueil des personnes âgées ou pour l'accueil des personnes handicapées.

### 5.1. Agréments et population accueillie

Trois types d'agréments peuvent être délivrés : l'agrément pour l'accueil de personnes âgées, l'agrément pour l'accueil de personnes handicapées, et l'agrément mixte permettant d'accueillir des personnes âgées et des personnes handicapées.

79% des agréments délivrés sont des agréments distincts. Parmi eux, les agréments pour l'accueil de personnes handicapées (41%) sont légèrement plus nombreux que les agréments pour l'accueil de personnes âgées (38%). Les agréments mixtes ne représentent que 21% des agréments.

La mixité ou non des agréments relève de préoccupations relatives au caractère différent de l'accueil selon qu'il s'agit de personnes âgées ou handicapées.

L'agrément pour l'accueil de personnes âgées caractérise bien un type de population et un mode d'accueil. Ainsi, on constate la quasi absence d'agréments mixtes dans les départements qui traitent l'accueil familial des personnes âgées "en régie directe" et conventionnent l'accueil des personnes handicapées.

En effet, cette typologie est moins opérante pour l'accueil de handicapés qui sont des populations amenées à vieillir. Leur changement de statut suppose une modification de l'agrément afin qu'ils puissent rester dans la même famille d'accueil.

La mixité des agréments répond, entre autres, à ce type de besoins.

## 5.2. Agréments et capacité d'accueil

L'agrément fixe le nombre de personnes pouvant être accueillies, nombre qui ne peut dépasser deux, ou trois par dérogation.

Plus de la moitié des agréments (56%) est limitée à l'accueil d'une seule personne. Seulement 12% des particuliers bénéficient d'une dérogation pour l'accueil d'une troisième personne.

D'un point de vue général, en rapprochant le nombre total de personnes agréées et le nombre total de personnes accueillies, on obtient un quota de 1,3 accueilli par personne agréée.

Cependant, on constate le caractère sensiblement différent selon que l'agrément est délivré pour l'accueil de personnes âgées ou de personnes handicapées.

Pour l'accueil de personnes âgées, les agréments pour deux et les dérogations pour l'accueil d'une troisième personne (16% des agréments) sont plus importants que pour l'accueil de personnes handicapées (seulement 6%).

En affinant, ces différences se traduisent également par le quota de personnes accueillies par personne agréée selon qu'il s'agit de l'agrément pour accueillir des personnes âgées ou des personnes handicapées. Le calcul s'effectue ici sur des chiffres moins élevés puisque portant sur les agréments délivrés pour l'une ou l'autre catégorie de personnes.

- pour l'accueil des personnes âgées, 2548 personnes agréées offrent 4331 places, soit un quota de 1,7 accueilli par personne agréée. Ce quota est équivalent à celui existant pour les agréments mixtes (1332 personnes agréées pour 2284 places).

- pour l'accueil des personnes handicapées, 2233 personnes agréées offrent 3112 places, soit un quota de 1,4 accueilli par personne agréée.

Ces résultats témoignent du caractère familial réservé à ce mode d'accueil, ainsi que les différences perceptibles également à ce niveau entre l'accueil de personnes âgées et l'accueil de personnes handicapées.

Sur un autre plan, le caractère familial de l'accueil se confirme par le petit nombre d'agréments délivrés à plusieurs personnes vivant dans le même foyer.

### 5.3. Agréments et mode d'accueil

L'agrément délivré précise si l'accueil est à temps partiel ou à temps complet.

6% des agréments sont délivrés pour l'accueil à temps partiel. Ceci concerne davantage l'accueil de personnes handicapées (12%) en raison de leurs activités extérieures, que l'accueil de personnes âgées (2%) qui, étant donné leur âge, ont des facultés de déplacement limitées.

### 5.4. Les cumuls d'agrément

Globalement, l'agrément pour l'accueil de personnes âgées ou handicapées n'est pas cumulable avec d'autres agréments (accueil d'enfants, accueil familial thérapeutique de malades mentaux), sauf pour 5% des agréments accordés pour l'accueil de personnes handicapées.

Le faible taux d'agréments cumulables laisse entrevoir la difficulté à envisager la cohabitation, dans le cadre de l'accueil de personnes âgées ou handicapées, avec des enfants par exemple.

D'autre part, les accueils de personnes âgées sont le plus souvent proposés par de nouveaux accueillants pour lesquels cette question ne se pose pas à priori.

A l'inverse, le cumul d'agréments pour l'accueil de personnes handicapées s'explique notamment par l'agrément obtenu par d'anciennes assistantes maternelles afin de poursuivre l'accueil en cours. D'autres situations concernent des accueillants de handicapés psychiques qui peuvent être également amenés à travailler avec des établissements hospitaliers dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique<sup>7</sup>.

### 5.5. Agréments et habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale

L'agrément vaut, sauf mention contraire, habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

---

<sup>7</sup> - L'accueil familial thérapeutique, mentionné à l'article 18 de la loi du 10 juillet 1989, est réglementé par l'arrêté du 1er octobre 1990

78% des agréments ne portent pas de mention contraire à une habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Cependant, la possibilité d'être habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale est plus restreinte en ce qui concerne l'accueil des personnes âgées ("seulement" 66% des agréments).

## **5.6. Agréments provisoires**

6% des agréments sont délivrés à titre provisoire, pratique qui concerne davantage les agréments pour l'accueil de personnes handicapées (8%) que ceux pour l'accueil de personnes âgées (3%).

Cette limitation trouve sa justification dans la prudence nécessaire à observer avec les personnes nouvellement agréées, surtout pour l'accueil de personnes handicapées.

## **5.7. Agréments nominatifs**

L'agrément peut être délivré, à titre exceptionnel, à des personnes qui accueillait avant la parution de la loi mais qui ne réunissent pas l'ensemble des conditions requises pour être agréées. Dans ces cas, l'agrément est délivré pour le seul accueil des personnes déjà présentes.

23% des agréments sont nominatifs. Là encore, ceci concerne plutôt les agréments pour l'accueil de personnes handicapées (40%) que pour l'accueil de personnes âgées.

Il s'agit là le plus souvent de régularisations d'anciennes situations d'accueils d'enfants devenus adultes. Dans ces situations, l'agrément nominatif légalise l'accueil d'une personne en particulier, sans donner la possibilité de continuer à accueillir après son départ.

Ceci explique que les agréments nominatifs soient plus nombreux dans les départements "terre d'accueil" des placements familiaux pour enfants ou même dans les départements où traditionnellement les handicapés étaient placés chez des nourriciers.

## 6. LE TRAITEMENT DES AGREMENTS

En 1996, les demandes d'agrément reçues représentent un volume de 36% du nombre de personnes agréées. Certaines de ces demandes sont en fait des demandes de renouvellement d'agrément ou d'extension pour près du tiers du nombre total de demandes.

Un potentiel de développement de l'accueil familial semble important, étant donné notamment le faible pourcentage de demandes instruites dans l'année faisant l'objet d'un refus d'agrément.

### Les demandes instruites

77% des demandes formulées ont été instruites courant 1996, ceci ne constituant qu'un indicateur dans la mesure où certains dossiers instruits en 1996 concernent des demandes déposées en 1995, et où des demandes déposées en 1996 ne sont pas encore instruites.

Sur l'ensemble des demandes d'agrément instruites, 72% ont donné lieu à un agrément, 17% à un refus, et 11% à un ajournement.

### Les agréments accordés

La répartition des types d'agréments accordés est quasiment identique à celle des agréments existants (pour mémoire, 21% d'agréments mixtes, 38% pour l'accueil de personnes âgées, 41% pour l'accueil de personnes handicapées) avec une très légère sur-représentation des agréments pour l'accueil de personnes âgées (on peut penser qu'il s'agit d'agréments obtenus pour poursuivre l'accueil d'une personne handicapée qui, ayant vieilli, a changé de statut).

### **Les refus et les ajournements**

Les motifs de refus d'agrément relèvent principalement de l'inadaptation des conditions matérielles d'accueil proposées, et de l'inadaptation des demandeurs (posent problèmes leurs motivations, leur capacité à assurer une présence continue, leur âge, leur moralité, leurs qualités éducatives ou leurs capacités "psychologiques").

Les motifs d'ajournement sont du même ordre et conduisent à des compléments d'enquête sociale, psychologique, médicale et/ou à des demandes d'aménagement des locaux.

Certains motifs, relevant de la situation judiciaire, psychologique, familiale ou professionnelle du candidat semblent ne pouvoir conduire qu'à un refus à terme.

### **Les modifications d'agrément**

A la suite de modifications des conditions d'accueil ou de demandes des intéressés, certains agréments font l'objet d'une modification.

Ainsi, le nombre d'agrément modifiés dans l'année représente un volume de 9% de la totalité des agréments.

Il s'agit le plus souvent d'extensions ou de passage de l'accueil de personnes handicapées à celui de personnes âgées.

### **Les retraits d'agrément**

Les retraits d'agrément représentent 2% du nombre total de personnes agréées.

La plupart de ces retraits sont motivés par le non-respect des conditions d'octroi de l'agrément (garanties de sécurité et de bien-être, continuité de l'accueil, normes de logement, caractéristiques de la chambre, acceptation du suivi et du contrôle).

Cependant, dans quelques circonstances, ils s'appuient sur l'évaluation des capacités des personnes, évaluation plus difficilement réalisable et susceptible de donner lieu à contestation de la part des intéressés.

### **Les recours**

13% des refus ou des retraits d'agrément ont donné lieu à des recours gracieux, et 5% à des recours auprès du tribunal.

Les recours gracieux concernent autant des refus d'agrément (ou d'extension de l'agrément) que des retraits.

Dans la majorité des cas, la décision est maintenue. Les rares cas où la décision a été revue portent sur des situations dans lesquelles les locaux nécessitaient une adaptation ou quand des éléments nouveaux ont été apportés.

Les recours auprès du tribunal viennent après des recours gracieux pour lesquels la décision de refus ou de retrait d'agrément a été maintenue. La plupart sont en cours.

Seuls deux de ces recours ont été suivis par une infirmation de la décision.

Il est à noter que 14% des retraits d'agrément n'ont pas été suivis du départ de la personne accueillie. Dans quelques cas, ces situations sont expliquées par l'opposition de la famille de la personne accueillie à la décision.

### **Les situations sans agrément**

Les accueils sans agrément concernent des situations qui semblent ne pas trouver de solution dans le cadre de la loi : soit les régularisations sont difficiles en raison des conditions matérielles d'accueil, soit le nombre de personnes accueillies est supérieur aux restrictions prévues par la loi, soit enfin les accueillants refusent l'agrément.

Ces difficultés se retrouvent le plus souvent pour des accueils pré-existants à la loi. Cependant, des retraits d'agrément non suivis d'effet conduisent aux mêmes situations.

Il va de soi que leur nombre est difficile à évaluer.

Marginalement, certaines situations non régularisées sont dues à une méconnaissance du dispositif prévu par la loi de la part d'institutions pour handicapés qui ont placé des adultes dans des familles non agréées et qui gèrent plus ou moins effectivement ce mode de prise en charge.

D'autres sont liées à l'absence de dispositions relatives à l'agrément qui laisse les accueillants exercer leur activité hors de la réglementation.

## **7. AGREMENT : INSTRUCTION ET DECISION**

La décision d'agrément relève de la compétence du Président du conseil général. Pour l'instruction de la demande d'agrément dont il est chargé, il peut demander la participation d'autres organismes.

Par contre, la loi ne précise pas quel est le service du conseil général auquel incombe l'instruction de l'agrément<sup>8</sup>.

De ce fait, l'instruction des demandes d'agrément est le plus souvent traitée par des services différents selon les départements, et parfois par plusieurs d'entre eux simultanément, dans le cadre des dispositifs en régie directe notamment.

Lorsque des conventions ont été passées avec des institutions sociales ou médico-sociales, celles-ci peuvent parfois s'appliquer à l'instruction de la demande d'agrément. Cependant, cette délégation est souvent partielle, s'accompagnant dans ce cas d'une intervention plus ou moins importante des services du département.

Ces niveaux d'intervention ne semblent pas influencer sur les moyens d'évaluation des demandes d'agrément utilisés, sur les critères retenus ainsi que sur les modes de décision qui sont similaires, indépendants des choix organisationnels.

### **7.1. L'évaluation des demandes d'agrément**

#### **L'information préalable à l'agrément**

Les supports tels que guides, brochures, plaquettes sont les principaux moyens d'information des candidats sur l'existence du dispositif d'accueil familial et sur la possibilité d'être agréé.

---

<sup>8</sup> - Contrairement à l'agrément des assistantes maternelles qui est confié au service de protection maternelle et infantile

Par contre, peu de réunions d'information préalables à l'agrément sont organisées alors qu'elles pourraient permettre de réorienter les demandes inadéquates et de donner aux candidats une représentation plus concrète du travail et des conditions de l'accueil.

C'est peut-être l'objectif visé lorsque la participation à ces réunions est rendue obligatoire (dans quelques cas), leur conférant ainsi un caractère d'évaluation de la demande.

### **La procédure d'agrément**

L'instruction des demandes d'agrément est relativement rapide. En effet, elle s'étend sur une durée inférieure ou égale à six mois, et ce quel que soit le volume des demandes traitées.

La procédure d'agrément est généralement standardisée, avec cependant des variations inévitables lorsqu'elle est confiée à des institutions différentes. Pour autant, même dans ces circonstances, on retrouve globalement des démarches similaires.

Ainsi, les documents demandés pour instruire les dossiers portent sur l'identité du candidat, la composition de sa famille, ses ressources, la description de son logement avec autorisation du propriétaire éventuellement, sa situation judiciaire, et sa santé. Parfois, les pièces à fournir reflètent les préoccupations des départements en matière de santé ou d'honnêteté des candidats (certificats médicaux, radiographies et vaccins de tous les membres de la famille par exemple, extrait de casier judiciaire numéro 2, extrait de naissance, ou encore carte électorale).

La procédure s'appuie sur des entretiens dont l'objet est de vérifier que les critères prévus par les textes, en matière de logement notamment, sont réunis. Ces entretiens peuvent rassembler l'ensemble de la famille dans le cadre d'une ou plusieurs visites à domicile (plus de trois visites peuvent être prévues ou rendues nécessaires). Ce travail peut également s'appuyer sur un questionnaire ou une grille d'entretiens, parfois spécifiquement élaborés à cet effet.

Bien que les critères utilisés pour accorder l'agrément, et par là même pour le refuser, s'appuient sur les critères légaux tenant aux conditions d'accueil, à la continuité et à la disponibilité, des critères plus subjectifs axés sur les motivations des candidats et sur leur éventuelle capacité à reconnaître ou à faire face aux besoins des personnes accueillies sont également pris en compte.

Pour aborder ces aspects, il peut être fait appel à un psychologue lors de ces entretiens.

De ce fait, si les critères de refus systématiques portent le plus souvent sur les conditions matérielles de l'accueil proposé, ils sont également en rapport avec les problèmes sociaux ou psychologiques, les motivations et l'expérience du candidat, voire l'équilibre familial jugé fragile. Parmi ces critères de refus d'agrément, il peut être noté des conditions restrictives tenant à l'âge du candidat, à ses ressources, à la présence d'enfants, ou au non-cumul d'agréments.

## **7.2. La décision d'agrément**

Une commission d'agrément est chargée de traiter les dossiers instruits, et ce pour toutes les demandes indistinctement (pour l'accueil de personnes âgées et de personnes handicapées), à quelques exceptions près. Lorsque ce principe n'est pas retenu, la décision revient au directeur départemental ou à un conseiller général.

Les commissions d'agrément sont composées de personnels départementaux et d'élus. Les autres participants possibles sont des représentants des institutions et associations locales lorsque tout ou partie du dispositif a été conventionné notamment. Enfin, des représentants des personnes agréées sont peu sollicités pour participer aux commissions.

Les commissions d'agrément prennent leur décision après débats (le vote est peu utilisé), sous la présidence d'un élu ou d'un directeur de service.

Ces commissions se réunissent selon une périodicité très variable, d'une fois par mois à une fois par an. Cette périodicité n'est pas toujours fonction du nombre de demandes d'agrément. De même, le nombre de dossiers instruits par commission est très variable.

## **7.3. Les listes de personnes agréées**

Les listes de personnes agréées tenues par les départements, au-delà de leur caractère obligatoire, permettent parfois une gestion des places disponibles. En effet, ces listes ne sont généralement pas communiquées à tous les demandeurs, mais plutôt fournies à des institutions "pourvoyeuses" ou réservées à un usage interne relevant de la gestion plus ou moins formalisée des places vacantes.

Cette gestion des places disponibles peut, exceptionnellement, aller jusqu'à mettre le département ou le service conventionné en position d'intermédiaire de "placement".

## 8. LE CONTRAT

Chaque personne accueillie au domicile d'une personne agréée passe avec celle-ci un contrat écrit. Conforme au contrat-type établi par le président du conseil général, il précise les conditions de l'accueil et de sa mise en place (période d'essai) ainsi que l'ensemble des éléments de la rémunération.

Le contrat-type établi est généralement le même pour l'ensemble des accueils. Cependant, afin de traiter des particularités des accueils, il est parfois fait recours à des contrats-types différents selon qu'il s'agit d'accueil de personnes âgées ou de personnes handicapées, selon que l'accueil est temporaire ou permanent, ou selon que les accueillis sont ou non bénéficiaires de l'aide sociale.

La signature du contrat entre l'accueilli et l'accueillant peut s'effectuer parfois dans le cadre d'un protocole qui suppose la présence d'un représentant du département ou de l'établissement conventionné pour assurer le suivi, sans que ces personnes, à quelques exceptions près, signent le contrat.

Cependant, le contrat n'est pas toujours signé uniquement par les deux contractants, à savoir la personne accueillie (ou son représentant) et la personne agréée. Dans certaines circonstances, les signataires sont des membres de la famille de la personne accueillie, et parfois le représentant du département (notamment lorsqu'il y a attribution de l'aide sociale) ou de l'institution chargée du suivi.

On retrouve cette participation de services départementaux ou de services conventionnés au niveau de la préparation de l'accueil qui commence alors avec la signature du contrat, mais peut prendre plusieurs formes, du conseil et de l'apport d'informations avant l'arrivée de la personne accueillie à des rencontres préalables (parfois également avec la famille de la personne accueillie) ou à de courts séjours d'essai.

Ceci n'exclut pas les situations pour lesquelles ce travail s'avère impossible à mener, soit parce que les départements sont confrontés à des accueils de fait, soit parce que des accueils s'effectuent dans l'urgence, notamment pour les personnes âgées.

### **8.1. La rémunération journalière des personnes agréées**

Le plancher de la rémunération est fixé par la loi à deux fois le minimum garanti alors que son plafond est fixé par le président du conseil général.

Le montant exact de la rémunération est difficile à établir car les majorations pour sujétions particulières entrent ou non dans les informations fournies par les départements.

Ces majorations, bien que généralement déterminées en fonction d'une évaluation de la dépendance, majoritairement soumises au versement de l'allocation compensatrice pour tierce personne, plus récemment de la prestation spécifique dépendance, sont donc également difficilement appréhendables.

La fourchette de la rémunération journalière, hors majorations, s'étend selon les départements de 3 MG à 10 MG. Lorsque s'ajoutent les majorations pour sujétion, la fourchette de rémunération varie de 4 MG à 14,5 MG.

Des ajustements locaux sont possibles même si, en général, les indications du décret sont suivies. Ainsi, certains plafonds élevés, et donc incitatifs, sont proposés dans des départements ayant un petit nombre de personnes agréées et qui manquent de ressources d'accueil pour les personnes âgées.

Enfin, la plupart des agréments habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale se voient appliquer un plafond de rémunération spécifique.

## 8.2. L'indemnité représentative des frais d'entretien courant

Ses limites inférieures et supérieures sont fixées par la loi, de deux à cinq fois le minimum garanti.

A l'intérieur de ces limites, son montant est librement négocié entre la personne agréée et la personne accueillie, sur la base des indications données par les départements. Ceci explique que le montant de l'indemnité soit généralement identique pour un même département.

De la même manière, des ajustements locaux existent même si les indications du décret sont généralement appliquées.

L'évaluation de la dépendance est parfois utilisée comme élément de calcul alors que les majorations pour sujétions particulières sont censées traiter cette question. Ce fonctionnement s'explique parfois par la non-prise en compte des frais qualifiés de "non-courants".

## 8.3. Le loyer

Le montant du loyer est librement négocié entre les parties. Le président du conseil général détient un pouvoir de contrôle sur son montant et de sanction s'il est abusif.

Les indications données le sont sous forme de conseils qui font souvent référence à l'allocation-logement mais peuvent également s'appuyer sur des indices utilisés par ailleurs. Pour autant, les indications données prennent parfois la forme d'une obligation.

Le calcul tient souvent compte des prix pratiqués dans le voisinage, et la fourchette pour un même département dépend de la qualité du logement, ou plus rarement du caractère individuel ou non de la chambre allouée.

Ceci explique que le montant du loyer puisse fluctuer. Dans ces cas, la différence entre loyer minimal et loyer maximal est d'environ 200 à 500 F.

Logiquement, le montant des loyers varie donc d'un département à l'autre, mais il s'établirait dans une fourchette comprise entre 500 et 2000 F.

Les cas d'injonctions pour loyer abusif (non suivis d'un retrait d'agrément) sont peu fréquents.

#### **8.4. Les autres conditions financières contractuelles**

L'amélioration du statut des personnes agréées, par la définition de conditions relatives aux congés, ou à des indemnités de week-end par exemple, pouvant faire l'objet d'avenants aux contrats d'accueil, est une solution peu utilisée.

Bien que non prévues par la loi, des indemnités de congés payés d'ordre contractuel sont possibles, acceptées et parfois incitées par quelques départements.

Assises sur un pourcentage de la rémunération (généralement 10%), elles ne vont pas toujours de pair avec la réelle possibilité de prendre des temps de congés effectifs.

Rarement sont prévues des majorations de dimanches et de jours fériés, calculées sur un pourcentage de la rémunération (2 MG ou un jour de rémunération).

A l'inverse, les indemnités en cas d'absence de l'accueilli, évoquées par la loi, ne sont pas toujours déterminées.

Enfin, les frais non courants, généralement liés à l'incontinence, restent le plus souvent à la charge de l'accueilli.

## 9. LA FORMATION DES PERSONNES AGREEES

La loi stipule que le président du conseil général organise la formation des personnes agréées.

Malgré le caractère très informel de cette obligation, la plupart des départements ont mené ou envisagent de conduire des actions de formation.

Pour autant, les formations dispensées sont très disparates en terme de durée notamment (de 3 heures à 72 heures), mais également en ce qui concerne les personnes destinataires de la formation.

En effet, celle-ci touche environ un tiers des personnes agréées. Sont écartées ou ne sont pas prioritaires celles dont l'âge rend la formation inutile ou dont l'expérience semblerait ne pas la nécessiter.

Confiée autant à des personnels du département (quelquefois intervenants dans l'agrément, voire dans le suivi) qu'à des organismes extérieurs, la formation dispensée l'est le plus souvent en cours d'accueil.

Elle traite majoritairement des aspects techniques (manutention, toilette...) et théoriques (connaissance de la personne âgée ou handicapée, des troubles du vieillissement et/ou du comportement) de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées.

Si les aspects relationnels de l'accueil sont abordés, rares sont les programmes dans lesquels sont travaillées les questions relatives au vécu de l'accueil.

Ces disparités et ces conceptions expliquent qu'il ne puisse être sérieusement donné d'indications fiables quant au coût de la formation.

## **10. CONTROLE ET SUIVI DE L'ACCUEIL**

La loi prévoit que le président du conseil général organise le contrôle des personnes agréées et le suivi social et médico-social des personnes accueillies.

### **10.1. La distinction entre contrôle et suivi**

Par principe, s'agissant d'accueil familial, les pratiques de contrôle et de suivi sont difficilement distinguables, et ce quel que soit le dispositif mis en place. Ainsi, les quelques tentatives menées en ce sens n'excluent pas toujours la part de contrôle existante dans le suivi.

De ce fait, la distinction, lorsqu'elle existe, est plutôt théorique, ce d'autant que les visites de suivi ne sont pas plus annoncées que celles de contrôle, ou que les visites de suivi peuvent devenir des visites de contrôle ou encore déboucher sur un contrôle. On comprend dans ces conditions que les personnes agréées assimilent le suivi à un contrôle, et que les personnels aient quelques difficultés à s'y retrouver.

Plus largement, ces pratiques de contrôle et de suivi posent problème quant à la possibilité de soutenir les personnes accueillies, les personnes accueillantes, et d'évaluer les effets de l'accueil, limite parfois relevée et commentée.

Les définitions du contrôle et du suivi proposées par les départements font part de préoccupations différentes mais souvent liées. Ainsi, si le contrôle est davantage axé sur la vérification du respect des conditions d'agrément et sur les bonnes conditions d'accueil, et si le suivi fait davantage apparaître le traitement des aspects relationnels de l'accueil et des aspects personnels affectant la personne accueillie et la famille d'accueil, ces différents points sont en fait évalués autant dans les visites de contrôle que dans les visites de suivi.

Ainsi, bien que des départements aient dissocié les actions de contrôle et les actions de suivi, notamment en faisant intervenir des personnels ou des services différents, cette distinction n'apparaît pas nettement dans le style des interventions auprès des personnes agréées et des personnes accueillies.

Quelques départements "en régie directe" matérialisent cette distinction par l'utilisation de compétences différentes (suivi par une infirmière, contrôle par un médecin par exemple) ou par le recours à deux services (suivi par une assistante sociale polyvalente et contrôle par le personnel administratif par exemple).

Quant aux départements qui ont passé des conventions, alors que la distinction entre contrôle et suivi pourrait être le fondement des choix de ces départements, elle n'est que rarement explicite.

Que ces tentatives de différencier contrôle et suivi soient ou non organisées formellement au niveau des modes d'intervention dans les familles d'accueil (annoncer ou non les visites par exemple), de la fréquence de ces interventions et de leur objet, aucune différence ne semble pouvoir être faite entre le contrôle et le suivi.

Seul un certain contrôle administratif, parfois sur pièces en complément d'une visite à domicile de suivi-contrôle obéit à la règle générale : dans ce cas, il est ponctuel, souvent à la demande, ou annuel pour toutes les personnes agréées.

## **10.2. Les visites à domicile**

Les visites à domicile sont naturellement les pratiques sur lesquelles s'appuient les actions de contrôle et de suivi.

Qu'elles aient pour objectif le contrôle ou le suivi, les visites sont indifféremment annoncées ou non. L'inadéquation d'une distinction entre ces deux interventions est parfois commentée : "contrôle et suivi sont deux missions liées", et donc "toute visite à domicile est une occasion de suivi et de contrôle". Ainsi, "le contrôle fait partie intégrante du suivi".

Dans très peu de départements, les visites à domicile sont annoncées systématiquement.

Dans ces circonstances sont formulés quelques regrets tenant à la qualité du travail réalisé ou à la qualité de la relation s'établissant avec les personnes agréées : "le suivi implique la confiance, le contrôle la méfiance...", " le contrôle est mal vécu par le contrôleur et le contrôlé".

De même, la fréquence des visites à domicile, même lorsqu'elles sont qualifiées de visites de suivi, ne permet pas toujours de reconnaître un travail différencié du contrôle. En effet, elles peuvent avoir lieu par exemple une fois par an, ce qui est insuffisant.

Il est évident que le travail de soutien, voire d'accompagnement, de l'accueil souhaité ou pensé comme nécessaire dans les commentaires faits à ce sujet par les départements ne prend pas la même pertinence si les visites sont annuelles ou mensuelles.

Dans certains départements, des visites régulières sont organisées tous les mois ou tous les deux mois (le plus souvent, il s'agit des départements dans lesquels le suivi a été délégué ou des départements ayant attribué le dispositif à un service identifié, parfois créé à cette intention). Dans d'autres, elles sont irrégulières, une à trois visites par an.

Ainsi, la fréquence des visites est en partie dépendante des dispositifs retenus et se traduit dans les moyens en personnels.

De plus, cette proximité plus ou moins réelle avec les accueillants et les accueillis, possible à travers les actions d'accompagnement mises en place permet de répondre plus facilement aux différents événements de l'accueil.

De ce fait, lors d'une situation urgente pour l'accueilli (dont l'état de santé nécessite par exemple une hospitalisation) ou lors d'une difficulté rencontrée par la personne agréée, les situations dites d'urgence semblent difficilement traitées, même dans les départements qui prévoient des réponses.

C'est à ce niveau que l'intégration de l'accueil familial et des accueillants dans les réseaux médico-sociaux institutionnels ou plus informels permettrait que les établissements servent de support pour des réponses pertinentes en cas de difficulté, ce qui n'est pas toujours le cas.

### 10.3. Les besoins en personnels

Directement dépendants de la conception du travail à mener tant pour l'agrément que pour le contrôle et le suivi, les moyens en personnels mis à disposition sont très divers d'un département à l'autre, quelquefois davantage impartis à l'agrément et au contrôle qu'au suivi, et extrêmement variables selon le nombre de visites annuelles.

Faute de pouvoir définir avec précision les procédures d'agrément ainsi que les pratiques de contrôle et de suivi, les besoins en personnels sont difficilement évaluables. Il n'est donc possible que de présenter quelques tendances :

- un équivalent-temps-plein prend en charge d'une dizaine à plus d'une centaine de personnes accueillies,
- en moyenne, les départements "en régie directe" ont davantage de personnes accueillies par équivalent-temps-plein.
- pour les départements ayant conventionné tout ou partie des missions, cette moyenne est inférieure (environ 25 accueillis par équivalent-temps-plein).

Ces tendances illustrent l'extrême variété des situations et confirment l'hétérogénéité des pratiques d'accompagnement en accueil familial.

Ces dernières ne peuvent être assimilées qu'à un contrôle lorsqu'un équivalent-temps-plein a en charge plus de 100 personnes accueillies, et peuvent davantage être rapportées à un soutien des accueillis et des accueillants lorsqu'un équivalent-temps-plein prend en charge un nombre peu élevé d'accueils.

## **11. LES PERSONNES ACCUEILLIES**

Au 31 décembre 1996, 11717 personnes âgées ou handicapées sont accueillies par des particuliers agréés.

Si globalement la répartition entre personnes âgées (50,4%) et personnes handicapées (49,6%) est équilibrée, l'analyse des tranches d'âge fait apparaître que les personnes handicapées sont considérées comme des personnes âgées dès 60 ans.

Ainsi, alors que près de 22% des personnes handicapées sont comptabilisées dans la tranche 50-59 ans, il en reste moins de 2% dans les tranches supérieures à 60 ans..

On peut donc penser que les personnes âgées en accueil familial sont des personnes très âgées, mais aussi des personnes handicapées ayant dépassé 60 ans.

L'équilibre de la répartition de personnes âgées et de personnes handicapées en accueil familial est donc à nuancer.

### **11.1. Deux populations différentes**

Deux modes d'accueil se distinguent répondant à des besoins différents selon qu'il s'agit de personnes âgées ou de personnes handicapées

#### **Les personnes âgées en famille d'accueil**

Au total, 5901 personnes âgées sont accueillies par des particuliers agréés.

La grande majorité a au moins 80 ans (61%).

La tranche d'âge 70-79 ans est relativement peu représentée (22%), alors même que les textes prévoient des exonérations de charges dès l'âge de 70 ans.

Il s'agit majoritairement de femmes (74%), ce qui dans ces tranches d'âge élevé correspond à la situation nationale (sources INSEE au 1er janvier 1996, 66% des personnes de plus de 75 ans sont des femmes).

En raison de l'âge et des motifs ayant entraîné l'accueil, l'accueil familial des personnes âgées est un accueil à temps plein (99%).

La majorité des personnes âgées (60%) vivaient à leur domicile, le placement ayant eu lieu à la demande de la famille le plus souvent (pour 63%) lorsque celle-ci ne peut pas ou plus s'occuper de son parent âgé devenu dépendant.

Cependant, 18% viennent d'établissements de santé qui, dans ces circonstances, ont orienté, dans 12% des cas, les personnes âgées vers des familles d'accueil après une hospitalisation.

13% d'entre elles sont issues de services de psychiatrie, essentiellement de l'hospitalisation, ce qui confirme le passage du statut de personne handicapée à celui de personne âgée dès que les personnes ont atteint 60 ans, ou le transfert d'une prise en charge sanitaire vers une prise en charge sociale.

Moins d'un tiers des personnes âgées bénéficie de mesures de protection, tutelle ou curatelle. Si la majorité des mesures est exercée par une association ou une institution, cette mission revient à la famille dans 29% des situations.

En 1996, près d'un tiers des accueils de personnes âgées s'est achevé en cours d'année. Pour la majorité, ces fins d'accueil font suite au décès de la personne.

Cependant, 17% retournent à leur domicile. On peut penser que certaines de ces personnes retournent chez elles après un accueil familial faisant suite à une défaillance momentanée, par exemple ayant nécessité une hospitalisation (rappelons que 18% des personnes âgées sont orientées vers l'accueil familial par des services de soins).

Dans ces circonstances, l'accueil familial serait utilisé comme lieu de postcure.

Enfin, 16% de ces personnes sont orientées en institution, et 11% vers l'hospitalisation. On peut penser qu'il s'agit là soit d'un arrêt de l'accueil du fait de la dégradation de la personne, soit d'une mauvaise orientation après un séjour dans un service de psychiatrie par exemple.

En fait, pour les personnes âgées, les particuliers agréés répondent à trois types de besoins d'accueil qui nécessitent chacun la délivrance de soins spécialisés et adaptés aux circonstances de l'accueil :

- à la dépendance des personnes âgées du fait de leur grand âge, ces personnes ne pouvant plus rester à leur domicile malgré les aides disponibles et assumer leur quotidien. La famille d'accueil apparaît comme une alternative à une prise en charge dans un établissement, par choix ou par nécessité (dans quelques départements méditerranéens par exemple où le taux d'équipement est peu élevé).

Les familles d'accueil sont sollicitées comme lieu d'hébergement de fin de vie qui nécessite un accompagnement spécialisé de personnes dégradées. Dans ces situations, les personnes accueillies ont besoin de soins de nursing et leur âge avancé suppose de prévoir un accompagnement à la mort. Ceci a au moins deux conséquences : la nécessité de prévoir des actions de soins complémentaires à l'accueil familial, et la nécessité d'un travail de soutien et d'accompagnement de la famille d'accueil.

- à des accueils de postcure de personnes âgées qui, après un séjour en établissement de soins, ne sont pas ou plus suffisamment autonomes, pour certaines momentanément. Ainsi, les familles d'accueil sont utilisées comme lieux de convalescence, avant le retour à domicile dans certains cas. A ce niveau, des soins sont à prodiguer dans le cadre de cette postcure, et la famille d'accueil participe à la préparation au retour à domicile éventuellement envisagé.

On peut penser que pour ces deux types de populations, la présence de la famille d'origine est plus ou moins importante et que celle-ci participe à la recherche de la "solution famille d'accueil".

Il est donc nécessaire de prévoir des interventions pour mettre à distance la culpabilité des parents qui ne peuvent s'occuper de leurs aînés, d'autant que les difficultés relationnelles entre famille de la personne accueillie et famille d'accueil sont soulignées fréquemment.

Par ailleurs, pour ces deux types de populations, l'accueil familial se conjugue parfois avec l'intervention de services d'aide et de soins à domicile qui, dans le cadre de cette étude, n'est pas évaluée.

- enfin, à la désinstitutionnalisation et à l'évolution des pratiques, pour des personnes âgées plus jeunes (entre 60 et 69 ans) issues de services de psychiatrie. Ceci est manifeste dans quelques départements où l'accueil familial constitue un mode de sortie de l'hospitalisation psychiatrique, et dans lesquels les services de psychiatrie n'ont pas organisé l'accueil familial thérapeutique, mode de soin qui, de toutes façons, s'avérerait inadapté pour des populations aussi âgées.

Pour d'autres, cette orientation semble avoir été prise plutôt faute de places en établissement pour personnes âgées ou handicapées ou même lorsque l'accueil familial thérapeutique existe.

Ces personnes sont souvent sous tutelle. La famille naturelle est absente.

Ici, un accompagnement spécialisé de la personne accueillie est à prévoir en articulation avec les services du secteur psychiatrique. De même, ces situations nécessitent un soutien à la famille d'accueil dans le quotidien de ses rapports avec des populations présentant des troubles relationnels importants, psychologiquement fragiles et/ou difficiles.

### **Les personnes handicapées en famille d'accueil**

Au total, 5816 personnes handicapées et âgées de moins de 60 ans bénéficient de l'accueil familial. Pour cette population, les hommes (53%) sont un peu plus représentés que les femmes.

La répartition entre les 4 tranches d'âge retenues, comprises entre 20 et 59 ans, est relativement homogène, chacune représentant environ un quart de la population accueillie.

85% des personnes handicapées sont accueillies à temps plein. Ainsi, malgré leur âge peu avancé (près de 50% ont moins de 40 ans), la plupart des personnes handicapées restent en permanence dans la famille d'accueil. Il est possible de s'interroger à propos des occupations quotidiennes de ces populations, et sur la capacité des familles d'accueil à gérer leur temps ou à mettre en place des activités.

Enfin, ne peut-on pas penser à la nécessité qu'il y aurait à leur proposer des projets d'accueil ou de vie complémentaires, voire différents? Ce d'autant que les accueils à temps partiel sont proportionnellement plus nombreux dans les départements où les places en foyers occupationnels sont importantes.

En fait, trois principaux modes d'entrée des personnes handicapées en accueil familial se distinguent.

- La plus grande partie (32%) est issue de services de psychiatrie, et notamment de l'hospitalisation (27%), souvent dans des départements où l'accueil familial thérapeutique est inexistant, mais ce n'est pas toujours le cas.

De plus, ce type de réponse est important dans des départements où le nombre de places en établissement est proportionnellement élevé. Il s'agit donc de départements qui disposent de différentes modalités d'accueil des personnes handicapées. On assiste ici aussi à une sorte de phénomène d'entraînement, les ressources offertes amenant le développement d'autres ressources.

- Plus du quart (26%) des personnes handicapées est issu de l'accueil familial des enfants. Dans ces circonstances, l'accueil familial est une continuité de prise en charge au sein de la même famille d'accueil et s'accompagne d'un changement de statut de la famille d'accueil. Ces situations existent essentiellement dans des départements "terre d'accueil" du placement familial d'enfants.

- Enfin, 23% des personnes handicapées se trouvaient auparavant à leur domicile. Il semble que ce mode d'accueil soit proportionnellement plus utilisé essentiellement en raison du nombre relativement moins élevé de places en établissement. L'accueil familial est ici un mode complémentaire de prise en charge des handicapés.

A noter que 11% viennent d'établissements relevant de la loi de 1975, dans des départements où le taux d'équipement n'est pas faible, sauf à quelques exceptions près. Ces orientations pourraient s'expliquer par la mise en œuvre d'un projet de vie, l'accueil familial étant ici considéré dans le cadre d'une prise en charge plus globale.

79% des personnes handicapées en accueil familial sont sous tutelle ou curatelle, mesures de protection majoritairement exercées par des associations ou institutions.

En raison de l'inscription institutionnelle des personnes handicapées, l'origine de l'orientation vers l'accueil familial vient des organismes sociaux (33%) ou de soins (19%), ou des tuteurs (20%) ; la famille n'étant à l'origine de cette demande que dans 17% des situations.

Les fins d'accueil ne représentent que 9% des accueils réalisés. Il s'agit donc de placements plutôt stables qui se terminent par des hospitalisations ou des prises en charge en institution pour 54% des situations, c'est à dire pour très peu vu le petit nombre de fins d'accueil. Dans certains cas, il est possible qu'il s'agisse d'un retour dans l'institution.

17% retournent à leur domicile. Ces situations peuvent être dues à l'organisation d'un accueil à titre transitoire, mais peuvent aussi s'expliquer par un effet bénéfique de l'accueil familial.

Contrairement aux personnes âgées, les trois quarts des personnes handicapées viennent de prises en charge institutionnelles, à savoir d'établissements de soins, de services d'accueil familial d'enfants, ou plus rarement d'établissements pour handicapés.

L'accueil familial constitue une suite à une prise en charge devenue inadaptée ou un complément à une prise en charge institutionnelle.

- Le plus grand nombre est issu des services de psychiatrie. L'orientation vers l'accueil familial témoigne de l'évolution de la psychiatrie et des contraintes économiques qui l'accompagnent, des transferts de charge qu'elles peuvent induire, mais aussi du manque de places en établissement et/ou de ressources diversifiées susceptibles de répondre à l'évolution des personnes hospitalisées en psychiatrie.

Dans ces circonstances, un accompagnement soignant adapté est à prévoir, de même qu'un projet de vie pour des populations relativement jeunes. Dans le cadre de ces projets, il y aurait à réfléchir également à l'articulation entre dispositif d'accueil familial thérapeutique et dispositif d'accueil familial dit social, de manière à bien situer ce dernier du côté de l'accueil familial, de sa spécificité, de ses potentialités et non du côté des aides ménagères à domicile.

- Un pourcentage important est issu du placement familial d'enfants. On peut penser que ce sont là des situations héritées de l'ancien mode d'organisation du placement familial des enfants appréhendé alors comme accueil de substitution.

Ces accueils se placent dans le registre d'une "adoption" de l'accueilli par la famille d'accueil, ce qui interroge la relation entre handicap et placement familial durable, les pratiques de placement familial et l'application de l'article 350 du code civil, ainsi que l'existence de projets de vie.

Dans ces circonstances, le statut des accueillants est modifié lorsque l'enfant devient un adulte, modification qui devrait s'accompagner d'une ré-interrogation de la dynamique familiale et d'une nécessité de penser, au travers de la mise en place de projets de vie, à l'avenir des jeunes adultes. De plus, il y a ici un argument pour affirmer que cette forme d'accueil par des particuliers est bien de l'accueil familial.

Ces populations pour lesquelles les parents n'ont pu être un recours ou ne le sont plus depuis longtemps trouvent en famille d'accueil des repères sociaux et/ou affectifs stables, favorisant le développement d'un sentiment d'appartenance partagé.

Pour le petit nombre qui était à domicile avant d'être orienté vers des familles d'accueil, les parents plus ou moins présents doivent être accompagnés dans le cadre du dispositif en place pour apporter des solutions à leurs difficultés, mais aussi afin de les aider à affronter leur sentiment de culpabilité.

## **11.2. Les mesures de protection**

Contrairement à l'idée reçue, à peine plus de la moitié des personnes accueillies (54%) font l'objet de mesures de protection (tutelle ou curatelle).

Cependant, là encore, la distinction entre les deux types de populations accueillies apparaît. En effet, moins d'un tiers des personnes âgées est concerné (30%) alors que 79% des personnes handicapées en accueil familial sont protégées.

Les mesures de protection sont majoritairement exercées par des associations ou institutions, surtout pour les personnes handicapées (86%).

Pour les personnes âgées, cette mission revient à la famille dans 29% des situations, ceci ne concernant que 9% des personnes handicapées.

A noter que 4% des mesures sont exercés par les accueillants. Si l'on ne connaît pas les circonstances ayant conduit à ce fonctionnement qui peut poser problème, se confirme ici l'existence d'accueils de personnes handicapées et/ou âgées par des personnes qui vieillissent avec l'enfant ou le jeune adulte qu'elles accueillent.

## 12. POSTFACE

D'un point de vue général, l'accueil familial semble échapper à la gestion des besoins et des places d'hébergement pour personnes handicapées et pour personnes âgées.

Son développement relève :

- des traditions d'accueil, et donc de la nécessité de régulariser un nombre relativement important de situations,
- de la place accordée au dispositif prévu par la loi du 10 juillet 1989 qui dépend de la politique générale du département, et peut être influencée par des facteurs tels que les besoins en places d'hébergement et la volonté délibérée de promouvoir ou non ce type d'accueil, éventuellement pour des raisons économiques (certains départements ont mis en place des dispositifs relativement organisés avant la parution de la loi du 10 juillet 1989),
- des demandes des populations et de leur traitement, en rapport notamment avec la démographie et le chômage.

Ces facteurs influencent l'ampleur de l'accueil familial à travers le nombre de personnes agréées et de personnes accueillies, ainsi qu'à travers les choix opérés que traduisent autant la promotion faite à l'accueil familial que l'organisation du dispositif en termes de traitement des agréments, d'attribution des missions et des temps de travail nécessaires, ainsi que les caractéristiques plus ou moins restrictives des agréments, et les conditions financières et statutaires proposées aux accueillants.

Ils permettent de comprendre les disparités relevées selon les départements au niveau de l'importance et de l'adéquation du dispositif, mais surtout au niveau des rémunérations et des conditions d'exercice de l'activité des accueillants.

En ce qui concerne les populations accueillies, on constate :

- Une relative unité pour les personnes âgées dont les plus nombreuses viennent de leur domicile (l'accueil familial devient un mode d'hébergement après toute autre solution de maintien à domicile), et dont les plus jeunes sont en fait des personnes handicapées.

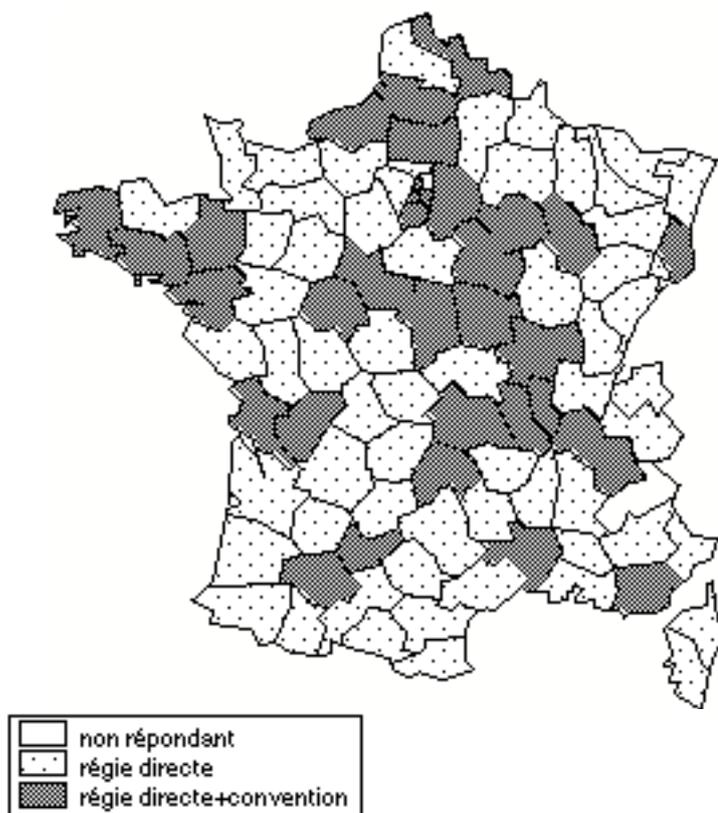
L'accueil familial est une forme d'hébergement transitoire pour une ou deux personnes âgées, physiquement ou psychologiquement dépendantes, assuré par des femmes.

- Une disparité des besoins pour les personnes handicapées, disparité qui reflète la définition peu claire de cette population qui regroupe aussi bien des enfants devenus des adultes handicapés dans leur famille nourricière que des malades mentaux stabilisés.

Un accueil familial de longue durée s'organise sur le mode de l'adoption d'un handicapé, affectivement dépendant, qui a vécu en institution, et qui est amené à vieillir avec sa famille d'accueil.

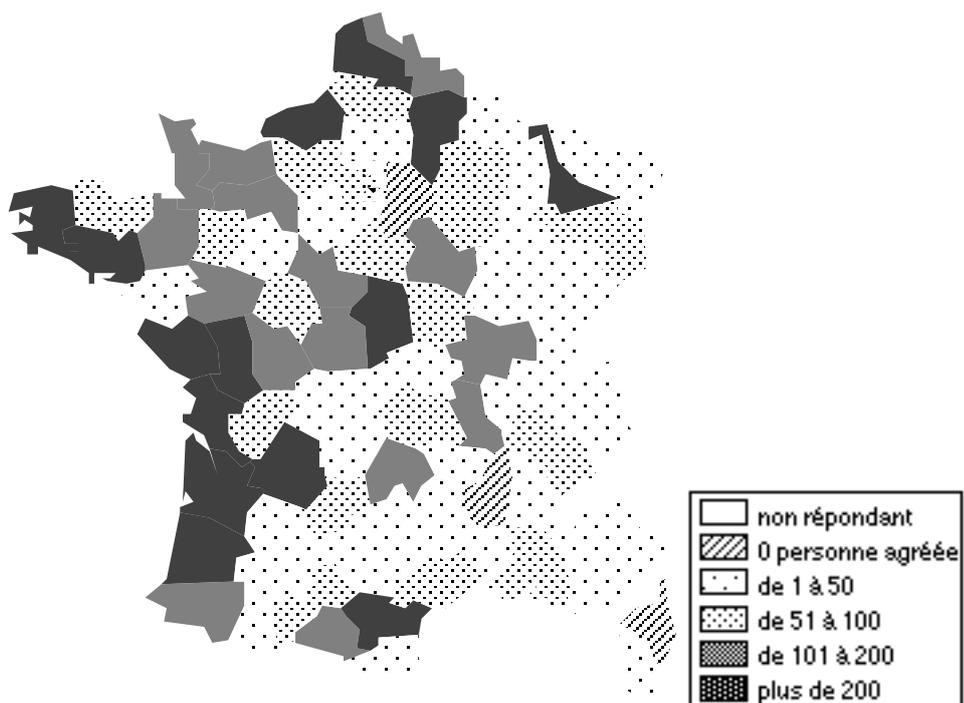
## 13. ANNEXES

### 13.1. Les dispositifs (95 départements métropolitains)



## 13.2. Les personnes agréées

Nombre de personnes agréées (95 départements métropolitains)



**Profil des personnes agréées****tableau n°1 - sexe des personnes agréées**

	sans distinction (personnes âgées et adultes handicapés)	personnes âgées	adultes handicapés	total
femmes	96,25%	97,03%	94,72%	95,92%
hommes	3,75%	2,97%	5,28%	4,08%

**tableau n°2 - âge des personnes agréées**

	sans distinction (personnes âgées et adultes handicapés)	personnes âgées	adultes handicapés	total
moins de 30 ans	1,94%	1,50%	1,10%	1,43%
de 30 à 39 ans	8,71%	10,44%	7,24%	8,77%
de 40 à 49 ans	34,92%	33,74%	24,45%	30,21%
de 50 à 59 ans	36,93%	37,82%	32,25%	35,36%
de 60 à 69 ans	13,61%	14,36%	22,43%	17,49%
70 ans ou plus	3,89%	2,14%	12,53%	6,74%

**tableau n°3 - composition des familles des personnes agréées**

	ensemble des personnes agréées
adulte isolé	13,70%
adulte isolé avec enfant	6,39%
couple sans enfant	41,45%
couple avec enfant	37,11%
autres	1,35%

La rubrique "autres" comprend différentes situations dont des religieuses, des communautés, des adultes vivant avec un membre de la famille (ascendant, collatéraux, petits-enfants) ou avec un adulte qui n'est pas de la famille, ou encore accueillant un enfant confié par l'aide sociale à l'enfance.

**tableau n°4 - qualification professionnelle des personnes agréées**

	ensemble des personnes agréées
n'a jamais travaillé	28,81%
a eu une activité professionnelle	71,19%

dont

ouvrier qualifié ou non	9,77%
agent de service, femme de ménage, gardien...	28,96%
employé qualifié ou non	19,65%
technicien, cadre, agent de maîtrise...	1,83%
profession médico-sociale	15,73%
artisan, commerçant, travailleur indépendant...	8,33%
agriculteur	15,73%

**tableau n°5 - situation professionnelle antérieure des personnes agréées**

	ensemble des personnes agréées
travail à son compte ou comme aide familiale	22,16%
salarié	33,31%
stage d'insertion ou de formation	1,34%
chômeur	7,24%
inactif	35,95%

**tableau n°6 - habitat des personnes agréées**

	ensemble des personnes agréées
habitat groupé	59,13%
habitat isolé	40,87%
logement collectif	4,99%
maison individuelle	95,01%
propriétaire du logement	87,53%
locataire du logement	12,47%

### 13.3. Les caractéristiques des agréments

tableau n°7 - agréments et population accueillie

	ensemble des personnes agréées
mixtes (pour l'accueil de personnes âgées ou handicapées)	21%
exclusivement pour l'accueil de personnes âgées	38%
exclusivement pour l'accueil de personnes handicapées	41%

4 départements n'ont délivré aucun agrément. 11 délivrent systématiquement des agréments mixtes à tous les candidats. 36 n'ont aucun agrément mixte. 5 d'entre eux ont exclusivement des agréments pour l'accueil de personnes âgées. 48 départements délivrent les 3 types d'agrément.

tableau n°8 - agréments et capacité d'accueil

	sans distinction (personnes âgées et adultes handicapés)	personnes âgées	adultes handicapés	total
limités à l'accueil d'une personne	42,23%	47,56%	72,24%	56,48%
pour l'accueil de 2 personnes	42,75%	35,72%	21,32%	31,35%
dérogations pour une 3ème personne	15,02%	16,72%	6,44%	12,17%

**tableau n°9 - diverses caractéristiques des agréments**

	sans distinction (personnes âgées et adultes handicapés)	personnes âgées	adultes handicapés	total
non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale	11,74%	34,37%	16,45%	22,28%
délivrés à titre provisoire	4,90%	3,37%	8,43%	5,76%
délivrés pour l'accueil à temps partiel	5,22%	1,79%	11,57%	6,50%
cumulables avec d'autres agréments (accueil thérapeutique, assistante maternelle)	2,21%	0,48%	5,06%	2,71%
nominatifs	8,31%	13,27%	39,99%	23,10%

### 13.4. Le traitement des agréments

**tableau n°10 - demandes d'agrément reçues et instruites**

nombre de demandes d'agrément	N
reçues	2855
instruites	2193

**tableau n°11 - agréments accordés, refusés, ajournés**

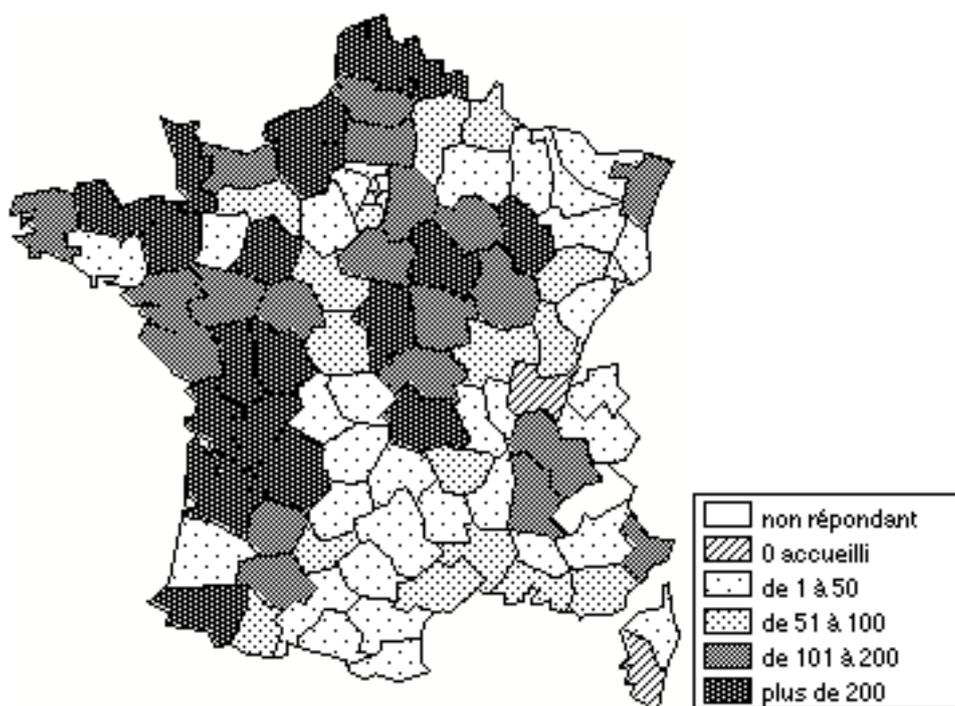
	pourcentage
accordés	72%
refusés	17%
ajournés	11%

**tableau n°12 - types d'agréments accordés**

	pourcentage
pour l'accueil de personnes âgées ou de personnes handicapées	20%
pour l'accueil de personnes âgées	41%
pour l'accueil de personnes handicapées	39%

### 13.5. Les personnes accueillies

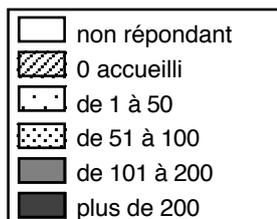
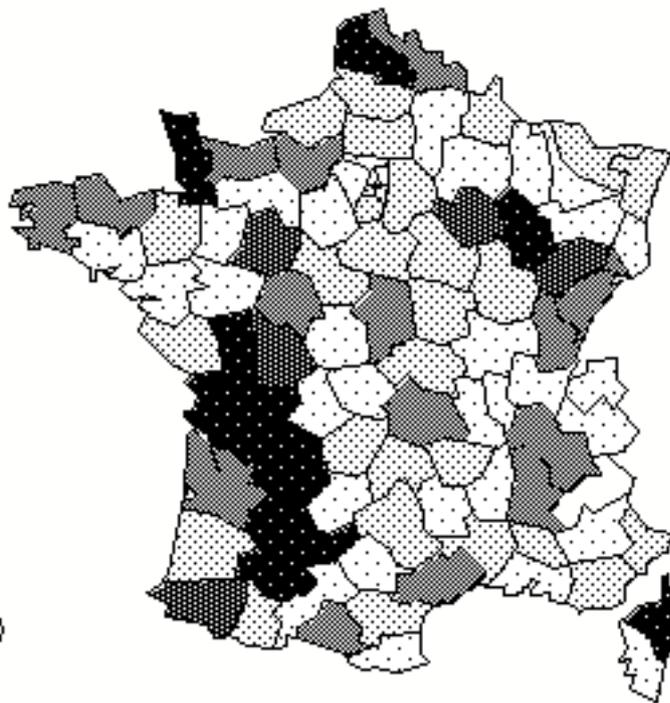
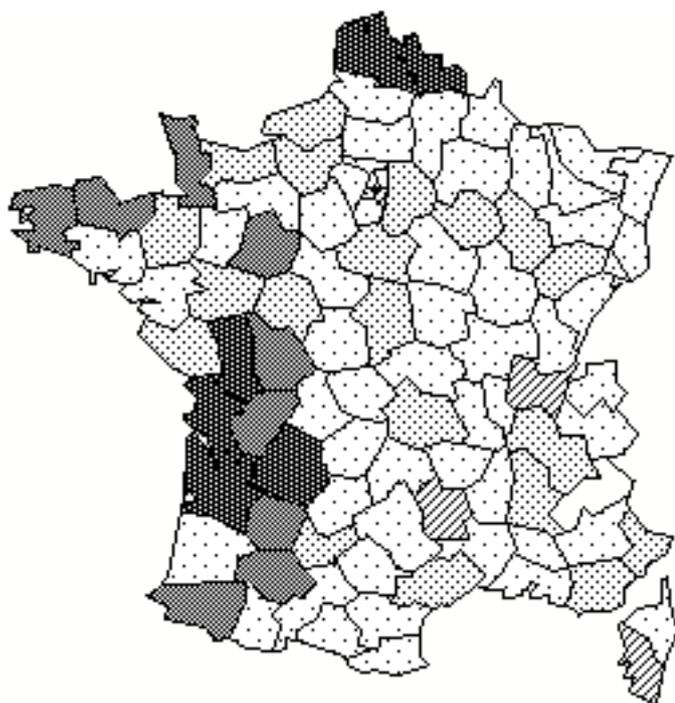
Nombre de personnes accueillies (95 départements métropolitains)



### L'accueil familial des personnes âgées et sa place

personnes âgées en accueil familial

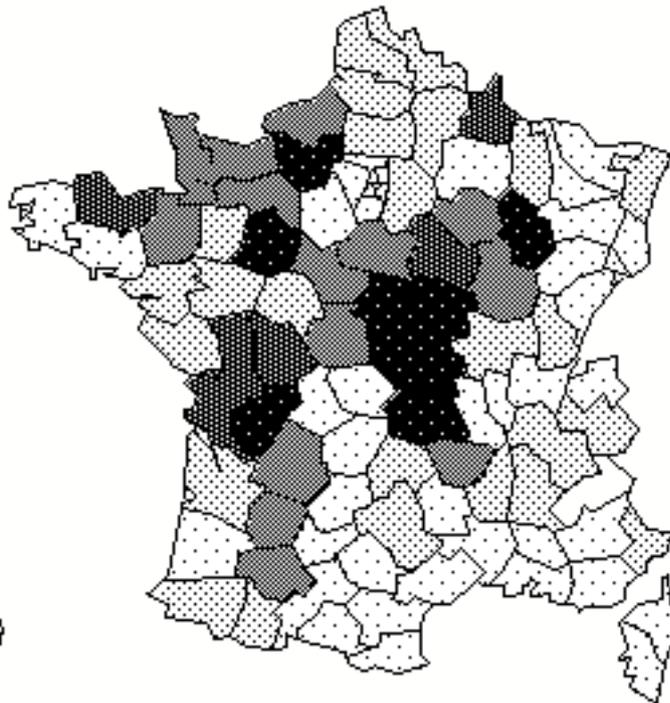
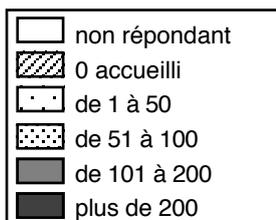
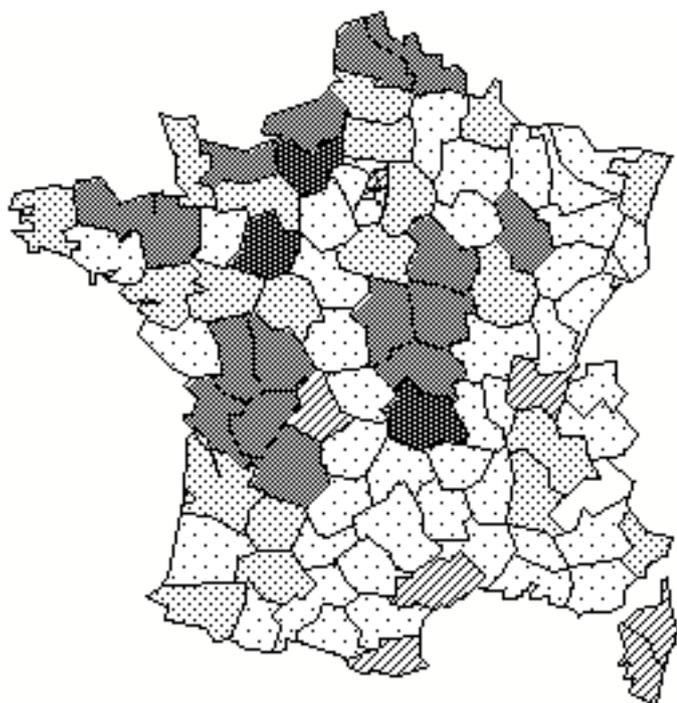
pourcentage de l'accueil familial des personnes âgées parmi les places d'hébergement (y compris l'accueil familial)



### L'accueil familial des personnes handicapées et sa place

personnes handicapées en accueil familial

pourcentage de l'accueil familial des personnes handicapées parmi les places d'hébergement (y compris l'accueil familial)



**Types d'accueils****tableau n°13 - types d'accueils**

	personnes âgées	personnes handicapées	total
à temps plein	98,60%	84,84%	91,77%
à temps partiel	1,40%	15,16%	8,23%

**Profil des personnes accueillies****tableau n°14 - sexe des personnes accueillies**

	personnes âgées	personnes handicapées	total
hommes	26,18%	53,38%	39,68%
femmes	73,82%	46,62%	60,32%

**tableau n°15 - âge des personnes accueillies**

	personnes âgées	personnes handicapées	total
de 20 à 29 ans	0%	25,49%	12,65%
de 30 à 39 ans	0%	23,76%	9,77%
de 40 à 49 ans	0%	27,31%	13,56%
de 50 à 59 ans	0%	21,53%	11,08%
de 60 à 69 ans	16,82%	1,59%	8,87%
de 70 à 79 ans	22,40%	0,26%	11,42%
80 ans ou plus	60,78%	0,06%	32,65%

**tableau n°16 - ressources des personnes accueillies**

	personnes âgées	personnes handicapées	total
allocation ou pension	81,35%	85,77%	83,54%
activité rémunérée	0,56%	21,09%	10,75%
ACTP	31,56%	15,77%	23,72%
aide sociale	8,77%	22,11%	15,39%
allocation PF	5,01%	20,15%	12,53%

**tableau n°17 - mesures de protection des personnes accueillies**

	personnes âgées	personnes handicapées	total
mesures de protection	29,47%	78,80%	53,96%

**tableau n°18 - personne ou service chargés des mesures de protection**

	personnes âgées	personnes handicapées	total
l'accueillant	3,88%	4,17%	4,02%
la famille naturelle	29,14%	9,47%	19,38%
association ou institution	66,98%	86,36%	76,60%

**tableau n°19 - origine des personnes accueillies**

	personnes âgées	personnes handicapées	total
domicile ou famille	60,26%	22,99%	41,76%
service de psychiatrie	11,11%	27,48%	19,24%
prise en charge en psychiatrie extra-hospitalière	1,48%	4,86%	3,16%
établissement de santé (hors psychiatrie)	17,94%	5,85%	11,93%
établissement social ou médico-social (loi de 1975)	6,19%	10,96%	8,56%
établissement collectif (autre que loi de 1975)	2,31%	1,58%	1,95%
placement familial enfant	0,71%	26,28%	13,40%

**tableau n°20 - origine de la demande d'accueil**

	personnes âgées	personnes handicapées	total
famille (dont représentant légal)	62,61%	16,91%	39,93%
service social	10,06%	33,41%	21,65%
service de soin	11,81%	19,26%	15,51%
représentant légal (autre que famille)	7,18%	20,33%	13,70%
autres	8,34%	10,09%	9,21%

**tableau n°21 - motifs des fins d'accueil**

	personnes âgées	personnes handicapées	total
retour dans la famille ou au domicile	16,77%	16,67%	16,75%
hospitalisation	11,01%	31,34%	14,58%
institution	16,25%	23,02%	17,45%
décès	47,08%	4,37%	39,57%
autres	8,89%	24,60%	11,65%