



Proposition de l'association Famidac :

Libérer des places en établissements

en développant

l'accueil familial médico-social

Contacts :

Association Famidac
Bouteillac
07110 Rocles
www.famidac.fr - famidac@famidac.fr
Tél. 04 75 88 38 64

Ou :

- Marie Provôt, Présidente, tél. 02.98.38.07.29
- Étienne Frommelt, Secrétaire Général, tél. 04.75.88.36.67

Motivations

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 ni accompagnement.

D'autres personnes, dans la même situation, se trouveront prises en charge dans des structures trop lourdes, trop grandes, pendant trop longtemps, sans autres alternatives légales et conformes à leurs attentes.

Dans les deux cas, la réponse apportée est inadaptée - soit inexistante, soit 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 de plus de 60 ans 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 à tous types de patients dont l'état de santé est stabilisé, consolidé ou en cours de consolidation, mais 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 accorder des périodes de répit aux aidants familiaux,
- 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 dépressives, 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 : modifier l'article L441-3 du CASF

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 organisés sous la responsabilité d'un établissement médico-social ou d'un service mentionné à l'article L312-1 , agréé 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, Page](#)).
- **des économies pour les assurances sociales :**
??? 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".

NB, pour comparaisons : en 2009,

- le taux de participation de la CNAV aux dépenses d'aide ménagère à domicile de ses retraités était de **18,20 euros par heure** effectuée.
- le salaire minimum d'un accueillant familial était de **19.42 euros net par journée d'accueil...**

Coût de la création d'une place en établissement (source : [CNSA, juillet 2014](#))

- dans le secteur du handicap : **30.350 €** (1,2 milliard d'euros pour la création de 39.540 places)
- dans le secteur du grand âge : **9.877 €** (843,4 millions d'euros pour la création de 85.383 places).

Investissement public pour la création d'une place en accueil familial : **0 €**

En pratique :

L'accueil familial pourrait 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.

Annexes :

Expérimentation : des accueils familiaux de courte durée dans le Gard

L'ARSAG 30 ([Prix S'unir pour agir, FDF - 2009](#)) propose une alternative à l'hospitalisation prolongée des personnes âgées. Sources : [CHU Nîmes](#) et www.infosenioractif.fr

Chez les personnes âgées, les journées vécues dans un environnement étranger augmentent les risques de pertes de repères. Dans le Gard, l'association Arsag 30 propose donc d'écourter les séjours à l'hôpital avec l'aide d'accueillants familiaux de courte durée.

Double objectif : assurer une meilleure récupération des personnes âgées en situation de dépendance ponctuelle et surtout privilégier le retour à domicile plutôt qu'un placement en maison de retraite. Soucieux de préserver l'autonomie des personnes âgées, le CHU de Nîmes et l'ARSAG 30, association organisant l'accueil en famille des plus de 65 ans, ont signé une convention de partenariat afin d'éviter de prolonger indûment le séjour des patients âgés dans les services hospitaliers de court séjour.

Association à but non lucratif créée en 2004, l'ARSAG 30 concrétise l'idée du Dr Estorc, alors médecin urgentiste du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes. Confronté dans son service à une surpopulation chronique de patients souvent âgés, il a imaginé une alternative à l'hospitalisation prolongée : les séjours chez des accueillants familiaux ou en EHPAD (dans des structures d'accueil temporaire).

Ce dispositif, aujourd'hui d'actualité, s'adresse à des aînés géographiquement éloignés de leurs proches ou sans famille, souffrant de pathologies légères (chute, fracture du poignet, contusion, problème pulmonaire...) dont les soins aigus sont terminés mais qui entraînent une situation de dépendance ponctuelle. Le séjour est contractuellement limité à 21 jours.

Qui est l'accueillant familial ?

Métier d'accompagnement à la « re-autonomie » à domicile, être accueillant familial demande une grande disponibilité et des facultés d'adaptation : des qualités peu communes. Salariés de l'association ARSAG 30, les accueillants familiaux doivent être agréés par le Conseil Général du Gard. Les accueillants sont formés à l'accueil et l'hébergement temporaire de personnes âgées afin de professionnaliser cette nouvelle activité.

Le développement de l'Arsag 30 pour l'année 2009 dans tout le Sud-Est et la généralisation de ce concept sur le long terme offrent de nouvelles perspectives aux personnes âgées : une prise en charge globale améliorée.

NB : Cette association a malheureusement cessé toute activité en 2011, faute d'un cadre légal adapté, [le décret prévu par la loi de 2002](#) n'ayant pas encore été publié.

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

Source : [rapport Fery-Lemonnier présenté vendredi 09/10/09 à 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 (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 secteurs 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.*

Service de Placement Familial Spécialisé pour adultes handicapés :

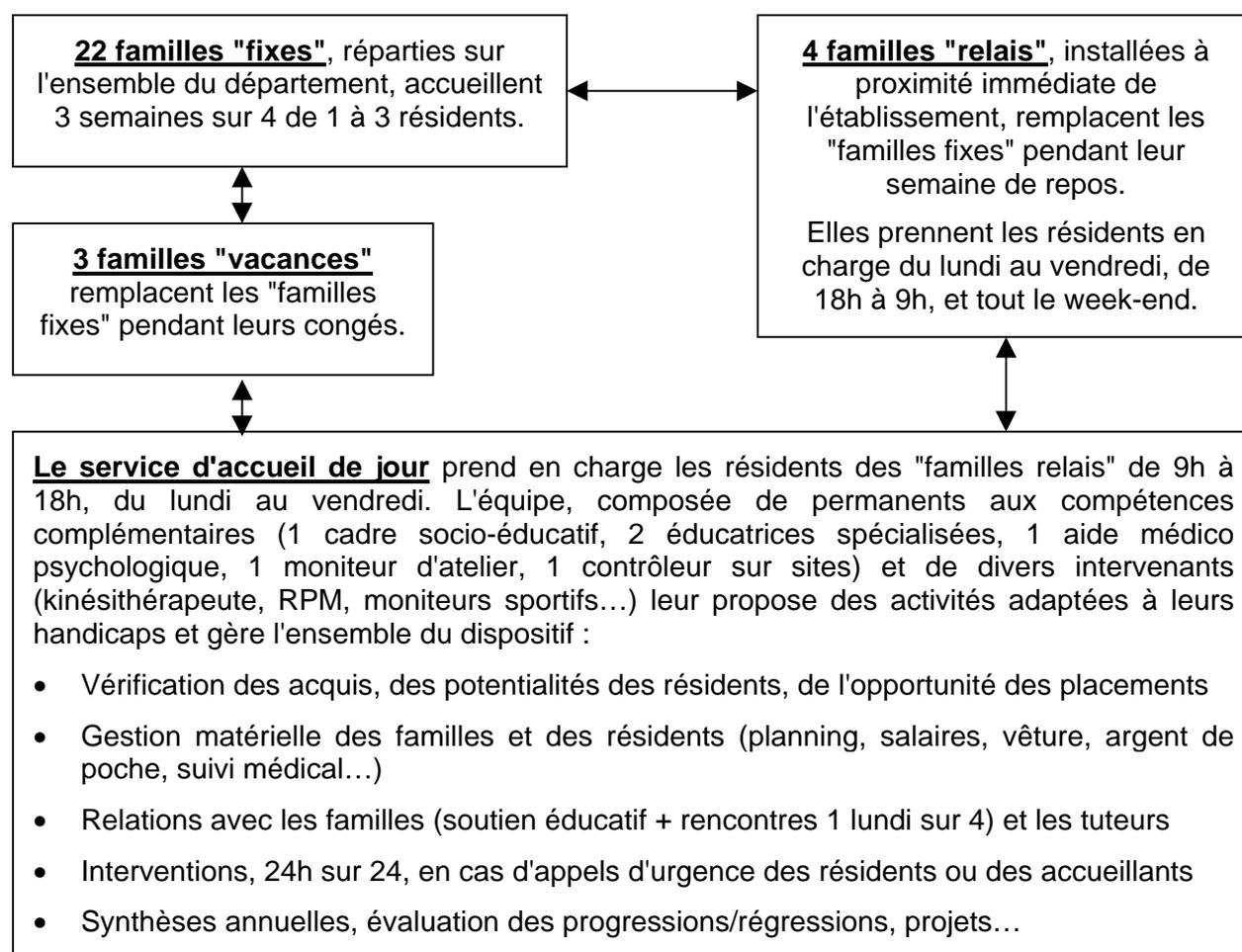
L'expérience innovante du C.A.S. de FORCALQUIER (tél. 04 92 70 73 17)

En parallèle de ses accueils traditionnels en internat, le Centre d'Accueil Spécialisé de FORCALQUIER a créé en 1990 un Service de Placement Familial Spécialisé, réservé à 54 adultes handicapés physiques ou mentaux "n'ayant pas de troubles graves".

13 années de fonctionnement ont permis d'expérimenter et de démontrer l'intérêt de cette initiative, s'appuyant sur la loi de 89 et comblant certaines de ses lacunes : droits à des périodes de vacances et de repos (congrés payés, travail 3 semaines sur 4), garantie d'emploi, prise en charge par l'établissement des parts ouvrières et patronales des cotisations ASSEDIC...

Échappant aux routines de l'accueil permanent en établissement ou en famille, les résidents sont assurément les premiers bénéficiaires de cette initiative : la plupart de ceux que nous y avons rencontré se réjouissent manifestement de ces périodes de rupture...

L'établissement sélectionne les résidents pouvant être accueillis en familles. Il perçoit le prix de journée (CPAM, Conseil Général) et supervise l'ensemble du dispositif. Il emploie l'ensemble des intervenants, dont 29 familles d'accueil formées et salariées par l'établissement.



Des statuts et des textes de référence différents pour chaque type d'accueil...

Pour 10 types d'accueils, autant de textes de référence - des plus clairs (code de l'action sociale et des familles, Code du travail...) au plus imprécis (circulaires ministérielles).

Effectifs	Employeurs	Statut
+ de 408.000 assistants maternels	Parents	Clair et précis
+ de 48.000 assistants familiaux	Personnes morales	Complexe mais précis
- de 10.000 accueillants familiaux	Personnes accueillies	Controversé
- de 4.000 accueillants familiaux thérapeutiques	Services de soins	Clair et précis, depuis 2009
- de 100 accueillants familiaux	Personnes morales	Clair, depuis 2010
- de 100 accueillants de victimes de violences conjugales	Indemnisés (non salariés)	Expérimental
- de 100 accueillants de toxicomanes en postcure	Indemnisés (non salariés)	Confus
- de 100 accueillants d'alcooliques en postcure	Indemnisés ou salariés par des personnes morales	Expérimental
- de 100 accueillants de SDF, ex-détenus, etc.	Bénévoles	Expérimental
- de 100 accueillants de malades ou convalescents	Bénévoles	Expérimental, non reconnu par la sécurité sociale

Halte aux familles divisées !

[TSA n° 17](#), novembre 2010, page 38 (extrait) :

(...) Les accueillants familiaux n'ont jamais souhaité être divisés en plusieurs catégories (...) : plus personne ne s'y retrouve. Il est grand temps de mettre fin à l'inflation de textes réglementant chaque type d'accueil familial et ne concernant, pour certains, que quelques centaines d'accueillants.

Pour développer les accueils familiaux, il est urgent de réduire les écarts entre les différents types d'accueils (d'enfants, d'adultes handicapés, de malades mentaux, de personnes âgées, de femmes victimes de violences, de toxicomanes ou d'alcooliques en postcure, de SDF, de convalescents, d'ex-détenus, etc.), exercés sous autant de statuts différents : nous exerçons tous le même métier, seuls les publics pris en charge diffèrent.

Nous lançons donc cet appel à tous les professionnels de l'accueil familial : nous avons plus de points communs que de différences.

Définissons ensemble le "dénominateur commun" de 99,9% des accueillants ; précisons ensemble les modalités d'une formation initiale à ce qui fait notre "**cœur de métier**", une formation préalable à l'agrément et à l'accueil de toute personne en difficulté – sachant que des modules de formation spécifiques permettraient, dans un second temps, de se spécialiser dans l'accueil de tel ou tel public.

De même, **simplifions les lois et textes réglementaires avec, à la base, un statut et des droits communs à tous les accueillants**. Les spécificités liées à chaque type de public accueilli ne feraient l'objet que de textes complémentaires, tenant en quelques lignes.

Tout comme les assistantes maternelles ou familiales, les particuliers accueillant des adultes en difficulté ont besoin d'un statut clair, compréhensible, lisible par tous. L'accueil familial sortirait enfin de ce millefeuille réglementaire percé de multiples failles et flous juridiques.

Nous lançons donc cet appel à tous les professionnels de l'accueil familial : nous avons plus de points communs que de différences.

Définissons ensemble le "dénominateur commun" de 99,9% des accueillants ; précisons ensemble les modalités d'une formation initiale à ce qui fait notre "**cœur de métier**", une formation préalable à l'agrément et à l'accueil de toute personne en difficulté – sachant que des modules de formation spécifiques permettraient, dans un second temps, de se spécialiser dans l'accueil de tel ou tel public.

Pour l'association Famidac,
Marie Provôt, Présidente
Étienne Frommelt, Secrétaire Général

Pour mémoire - Article L312-1 du CASF

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 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.

2013 : pour des hospitalisations à domicile en accueil familial ?

Famidac propose, depuis 2011, d'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'hospitalisation à domicile (HAD) constitue un mode de prise en charge original qui permet à un malade atteint de pathologies lourdes, complexes et évolutives de bénéficier chez lui de soins médicaux et paramédicaux coordonnés que seuls des établissements hospitaliers peuvent lui prodiguer.

Tous les domaines couverts par la médecine hospitalière (médecine, chirurgie en dehors des actes opératoires, obstétrique, cancérologie, soins de suite et de rééducation, psychiatrie) peuvent faire l'objet d'une prise en charge en HAD.

Elle s'adresse à des patients nécessitant des soins ponctuels, techniques et complexes (exemple : chimiothérapie) ; des soins continus, associant des soins techniques, des soins infirmiers d'hygiène et de confort, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime ; des soins de **réadaptation au domicile, après la phase aiguë d'une pathologie.**

Elle s'effectue au domicile du patient c'est-à-dire à l'endroit où il réside habituellement (logement mais également établissement social et médico-social)... ou en accueil familial. Le domicile doit répondre à un certain nombre de conditions d'accessibilité et d'hygiène appréciées par l'équipe chargée de l'admission de même que l'environnement social et familial. La présence et la disponibilité d'aidants, le plus souvent issus de l'entourage familial, est essentielle.

Dans tous les cas, la prise en charge est prescrite par un médecin, hospitalier ou de ville ; elle fait appel à des intervenants médicaux et para médicaux - infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues - dont l'intervention est coordonnée par la structure d'HAD ; la prise en charge médicale est assurée par le médecin traitant, en lien avec le médecin coordonnateur de l'HAD.

L'HAD se différencie d'autres modes de prise en charge à domicile principalement par l'intensité et la complexité des soins ainsi que la nécessité d'une coordination souvent complexe entre un nombre important d'intervenants. Les patients admis en HAD viennent principalement des services de court séjour des hôpitaux et **restent après cette prise en charge à plus de 60 % à leur domicile.... ce qui n'est pas toujours possible ni raisonnable,**

- **lorsque le domicile de ces personnes n'est pas adapté (risques de chutes, de sur-accidents, d'infection..)**
- **lorsque, sans aidants familiaux suffisamment disponibles, ces personnes se retrouveraient trop longtemps seules, privées d'assistance et de soutien moral.**

Le rapport de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale, publié en septembre 2013

(http://www.fnehad.fr/images/stories/Rapports_nationaux

/rapport_securite_sociale_2013_hospitalisation_domicile_PUBLIE.pdf) le souligne à juste titre : **"Les études menées sur la satisfaction des patients, que ce soit en France ou à l'étranger, concluent que ce mode de prise en charge est très apprécié de leur part. Ce succès repose en partie sur les aidants qui doivent assurer une présence continue, ainsi qu'une partie de l'accompagnement et la participation aux soins."**

C'est pourquoi Famidac propose, depuis 2011, d'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.



(<http://famidac.fr/IMG/pdf/plfss2012-bachelot.pdf>)

Avec, en 2011, 3.700.000 journées d'HAD correspondant à près de 98.000 patients et 145.000 séjours, elle ne représente que **0,6 % de l'ensemble du court séjour** alors les expériences étrangères les plus abouties montrent qu'elle peut représenter **jusqu'à 5 %** des

hospitalisations. Le nombre de places effectivement opérationnelles en HAD se situe autour de 12.000, encore loin de l'objectif de 15.000 places ouvertes prévu en 2006 par les pouvoirs publics pour 2010.

Dans son étude du coût de la prise en charge en HAD de 2003, le CREDES concluait à un coût moindre en HAD qu'en hospitalisation complète en court séjour (**140 à 145 €** contre un coût moyen journalier reconstitué de 450 € en hospitalisation de jour et de **300 à 750 €** en hospitalisation conventionnelle avec hébergement), soit **une économie pouvant aller jusqu'à 80 %** par rapport à certaines prises en charge en établissements.

Proposition de Famidac :

Libérer des places en établissements en développant l'accueil familial médico-social

4 décembre 2013 : Marisol Touraine, ministre de la Santé, plaide pour le développement de l'hospitalisation à domicile

La ministre a assuré vouloir développer l'hospitalisation à domicile (HAD), comme le lui demandent les acteurs impliqués dans ce type de soins, qui permet de prendre en charge un patient chez lui.

"L'offre d'hospitalisation à domicile est encore trop limitée. Il nous revient aujourd'hui de la développer pour répondre à la demande croissante des malades et de leur famille", a déclaré la ministre lors de la 17^e journée nationale de l'hospitalisation à domicile.

Près de 105.000 patients ont bénéficié en 2012 d'une hospitalisation à domicile, qui représente un coût moyen de 196 euros par jour et une dépense annuelle équivalente à celle d'un CHU comme celui de Nantes, soit 825 millions d'euros, selon la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad). Marisol Touraine a affirmé qu'elle souhaitait doubler d'ici cinq ans (par rapport à 2011) l'activité globale de ce type de soins. Une circulaire doit être publiée dans les prochains jours pour *"intégrer des objectifs de recours à l'HAD dans les contrats des établissements de santé"*, a-t-elle déclaré.

Marisol Touraine a également demandé à l'assurance maladie *"d'identifier les hospitalisations conventionnelles non pertinentes qui devraient relever de l'HAD"*. Enfin, la ministre a proposé de redéployer des moyens de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique vers l'hospitalisation à domicile.

"Nous voulons vraiment installer l'hospitalisation à domicile (HAD) dans le paysage, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui", avait auparavant déclaré l'ancienne ministre de la Santé Elisabeth Hubert, présidente de la FNEHAD (<http://www.fnehad.fr/>), lors d'un point presse. *"Nous commençons à être impatients face à des propos comme +l'HAD, c'est très bien, vous vous développez, il faut encore vous développer+ : ces manifestations d'amour doivent désormais se doubler de marques"*, avait-elle ajouté.

Sa fédération réclamait notamment la publication de la circulaire annoncée par Mme Touraine, entérinant la mise en place d'indicateurs pour les établissements hospitaliers et les Ehpad (établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes) afin d'apprécier leur taux de recours à l'HAD. "Nous ne prétendons pas tout faire, mais nous pouvons être un élément d'appui pour l'orientation, l'aiguillage du patient dans son parcours de soins", a-t-elle également souligné, rappelant que chaque département disposait désormais d'au moins un établissement d'HAD.

Centre d'analyse stratégique - note de veille n° 181 – Juin 2010
(http://www.strategie.gouv.fr/system/files/noteveille181_hospital.pdf) (extraits)

Selon la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), **l'hospitalisation évitable** est estimée en France dans une fourchette allant en général de 15 % à 30 % ou même, dans certains cas, jusqu'à 70 %.

Le second levier est de permettre aux patients de **sortir rapidement de l'hôpital ou d'éviter d'être hospitalisés** si une prise en charge plus légère est envisageable. Dans les pays européens, le principal axe de réforme pour réduire le nombre de lits de soins aigus a consisté à **développer des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle**. Ces dernières sont rendues possibles par les progrès techniques chirurgicaux et anesthésiques et l'hospitalisation de jour (de plus en plus utilisée, par exemple pour les dialyses ou la psychiatrie).

(...) L'hospitalisation à domicile (HAD) propose un système organisé entre l'hôpital et les soins de ville et permet d'assurer une hospitalisation au domicile du patient, afin de raccourcir voire d'éviter une hospitalisation MCO (médecinechirurgie-obstétrique) ou SSR (soins de suite ou de réadaptation). Outre un effet attendu sur les coûts, ce choix serait davantage conforme aux préférences des patients. La loi HPST a reconnu l'HAD comme une modalité d'hospitalisation à part entière après que le ministère de la Santé l'avait déjà redéfinie en mai 2000 en l'élargissant à la prise en charge de patients très dépendants, pour pallier les insuffisances prévisibles des capacités d'hébergement en services de soins de longue durée.

Jusqu'à présent, les alternatives à l'hospitalisation ont été en France relativement peu explorées par rapport à d'autres pays européens. Le secteur qui a le plus évolué est celui de la psychiatrie (<http://famidac.fr/?L-accueil-familial-therapeutique>), alors que les autres spécialités demeurent marquées par un certain « hospitalo-centrisme ».

(...) Selon les revues de littérature effectuées sur différentes prises en charge, **le potentiel d'économies en ambulatoire se situerait entre 25 % et 68 % en comparaison avec une hospitalisation classique**, à condition qu'il y ait véritablement substitution entre les prises en charge et non cumul.

(...) Pour des soins comparables, **le coût d'une journée pour les financeurs publics serait en moyenne de 263 euros par lit et place en SSR contre 169 euros pour l'HAD**. Ainsi, l'hypothèse d'une création de 10.000 places d'HAD en SSR représenterait à terme une économie de près de 350 millions d'euros par an. Quand elle est efficiente, l'HAD est utilisée en substitution à l'hospitalisation

complète, notamment pour des cas où cette dernière répond mal aux besoins des malades (**soins palliatifs, pathologies chroniques**).

(...) Se pose aussi la question du transfert de charges vers les ménages de dépenses aujourd'hui socialisées : **une hospitalisation à domicile fait supporter à l'environnement familial certains frais et charges (soins, soutien psychologique, tâches ménagères)** qui, en hospitalisation classique, sont financés collectivement. Ces coûts, rarement mesurés dans les études, mériteraient d'être évalués.

(...) l'hôpital français, efficace dans le traitement de monopathologies spécialisées, ne s'avère pas très adapté à la prise en charge de personnes fragiles polypathologiques. Si l'hospitalisation de personnes âgées s'y prolonge, c'est souvent **faute de structures d'aval** de soins de suite, de soins infirmiers à domicile ou d'établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes.

En ce qui concerne l'HAD, la répartition des structures demeure très inégale : l'Île-de-France concentrait un tiers des places en 2006, et la moitié de l'activité d'HAD y était réalisée. Cette situation est d'autant plus problématique que **l'hospitalisation de patients très âgés semble même aggraver leurs facteurs de fragilité ou de dépendance**, notamment lorsqu'ils sont atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démences. Une étude montre un quasi-doublement de la dépendance lourde des patients en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) au retour d'une hospitalisation, ainsi qu'**une aggravation des facteurs de fragilisation résumés par trois indicateurs : les chutes, la nécessité de recourir à une contention physique et la perte de poids**.

(...) Les expériences étrangères montrent qu'une prise en charge de qualité des personnes âgées, notamment lorsqu'elles cumulent problèmes de santé et perte d'autonomie, suppose avant tout **une bonne articulation entre secteurs sanitaire et médicosocial**. En effet, les personnes âgées vont souvent d'un secteur à l'autre, ce qui crée des incohérences mais également un surcoût collectif et une fragilisation des patients. L'idée, reprise dans de nombreux rapports, est de réduire au maximum ces allers-retours et de limiter la durée d'un passage à l'hôpital. Pour cela, il est nécessaire de disposer de suffisamment de places de soins de suites et d'HAD, et d'améliorer la coordination entre ces services et l'hôpital. En l'absence de ces éléments, les hospitalisations de personnes âgées tendent à se prolonger sans motif, parfois dans des services inappropriés.

(...) Parmi les leviers permettant de n'hospitaliser que ceux qui en ont vraiment besoin, certains dépendent de l'hôpital, mais d'autres relèvent d'**une politique de santé plus transversale**. En ce qui concerne spécifiquement l'hôpital, on trouve notamment le développement de prises en charge hospitalières alternatives, ainsi qu'une meilleure réponse aux spécificités sociales des patients.

Post Scriptum

Pour en savoir plus, voir :

- le site de la FNEHAD (Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile) (<http://www.fnehad.fr/>)

- Le rapport de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale, publié en septembre 2013 (http://www.fnehad.fr/images/stories/Rapports_nationaux/rapport_securite_sociale_2013_hospitalisation_domicile_PUBLIE.pdf)
- Centre d'analyse stratégique - note de veille n° 181 – Juin 2010 (http://www.strategie.gouv.fr/system/files/noteveille181_hopital.pdf)

Dernière mise à jour : dimanche 20 décembre 2015

*Association Famidac © 1998-2015. Reproductions partielles autorisées avec la mention "Source : [famidac.fr](http://www.famidac.fr)
(<http://www.famidac.fr>)"*

Qui sommes-nous ? (<http://famidac.fr/?Qui-sommes-nous>) | Adhésion (<http://famidac.fr/?Pour-adherer-a-l-association>) | Merci