

**Unité Mobile de Coordination Adultes des Soins de Suite et
Réadaptation du Bassin de St Etienne**
CHU de St Etienne – Service de Médecine Physique et Réadaptation
42055 SAINT ETIENNE cedex 2
Tél : 04 77 12 03 16
Fax : 04 77 12 76 61
Mail : umcssr@chu-st-etienne.fr

L'ACCUEIL TEMPORAIRE

Réflexions d'un groupe de travail
Unité Mobile de Coordination des Soins de Suite et Réadaptation Saint Etienne,
Secteur médico-social, Foyer d'Accueil Médicalisé et Maison d'Accueil Spécialisés
du Département de la Loire

BENOD Brigitte, FAM ADEP Roanne
BERARD Eric, coordination SSR, Roanne
CALMELS Paul, Unité Mobile de Coordination SSR, MPR CHU, Saint Etienne
CLAVEL Patrick, FAM ADEP Roanne
COL EYRAUD Philippe, MAS St Sauveur en Rue
D'ANJOU Marie-Charlotte, coordination pédiatrique, SSR, CHU Saint Etienne
EHRART Joël, FAM Montbrison
GAUTHERON Vincent, MPR, CHU Saint Etienne
GRANGE Michel, FAM ALPHA CHAMPDIEU
HEYRAUD Norbert, MAS Mably
KIZIRIAN Philippe, IME Ste Mathilde St Chamond
LOUISON Sylvie, association TRANSVERSE Le Chambon Feugerolles
MARION Claudette, MAS Saint Chamond
MONTROBERT Nelly, assistante sociale Unité Mobile de Coordination SSR, CHU, Saint Etienne
PONCY Claudine, FAM APRES Le Puy en Velay
QUIRANT SOLLE Line, MAS 4 VENTS Saint Jean Bonnefonds
REVOL Claudine, association TRANSVERSE Le Chambon Feugerolles
RIVOLLIER Philippe, MAS Les Maronniers, Firminy
VALENTIN Fabienne, assistante sociale Unité Mobile de Coordination SSR, CHU, Saint Etienne

L'ACCUEIL TEMPORAIRE

I - Introduction :

Ce texte sur l'accueil temporaire dans les établissements sociaux et médico-sociaux est le résultat d'une réflexion d'un groupe de travail constitué par l'Unité Mobile de coordination des Soins de Suite et Réadaptation du bassin de Saint Etienne, et regroupant les acteurs du secteur médico-social, Foyer d'Accueil Médicalisé et Maison d'Accueil Spécialisés (Liste des structures et groupe de travail en annexe : *Groupe de Travail UMC – FAM – MAS Loire 42*).

Ce texte vise à mettre en évidence dans le cadre du contexte réglementaire, **l'intérêt de l'accueil temporaire dans l'aval des filières sanitaires** pour la prise en charge médico-sociale de personnes présentant des séquelles invalidantes importantes et pour l'ensemble du suivi à moyen et long terme de ces personnes.

Cette réflexion s'appuie sur le contexte de :

- L'organisation des filières de soins,
- Le lien sanitaire et médico-social, difficile mais impératif et le besoin de souplesse de fonctionnement entre l'institutionnel à temps plein et définitif et le domicile,
- La définition des « projets de vie » selon la loi et le rôle de la MDPH et des différents acteurs de prise en charge de la personne présentant un handicap,
- Le maintien d'un lien culturel, social et familial pour la personne handicapée dans l'ensemble de son parcours et de son (ses) projets de vie,
- La prise en compte de la famille (ou aidant naturel) dans le projet et l'évolution de la situation, sa formation et son information,
- L'estimation d'un manque de place de structure d'accueil et d'hébergement pour les adultes handicapés,
- L'hospitalisation prolongée ou « excessive », seule alternative à l'accueil temporaire, dans la période d'émergence d'un projet de vie, à la suite du traumatisme ou de la phase initiale de la maladie, ou la ré-hospitalisation non pertinente et injustifiée dans les situations de crise ou pour raisons sociales et/ou familiales temporaires, ..
- La « méconnaissance » des besoins dans le cas du handicap lourd acquis de l'adulte, avec dépendance fonctionnelle, cognitive et sociale, ...

II - Contexte législatif :

L'accueil temporaire est régi par divers textes législatifs :

- L'article L 312.1 du code de l'action sociale et des familles issu de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui précise expressément : [... Ils (les établissements sociaux et médico-sociaux) assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel.]
- Le décret 2004.231 du 17 mars 2004 précise la définition et l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées.
- La circulaire DGAS/SD3/2005/224 du 12 mars 2005 relative à l'accueil temporaire, indique les différentes formes que peut prendre l'accueil temporaire ainsi que les modalités de

mise en œuvre. Elle situe, en outre, ce mode de prise en charge innovant dans les évolutions actuelles de l'offre au sein du secteur médico-social.

- Le décret 2006-422 du 7 avril 2006 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil, précise les modalités de financement de l'accueil temporaire.

En marge de ces textes rappelons l'existence du rapport rédigé par J. Jacques OLIVIN (*) et remis le 3 avril 2003 au Secrétaire d'Etat aux Personnes Handicapées, intitulé « *L'accueil temporaire des personnes handicapées. Au cœur des projets individualisés et de la politique d'intégration et de vie à domicile. Propositions pour le développement des solutions d'accueil temporaire* ».

* Jean Jacques OLIVIN est président du GRATH : Groupe de Réflexion et Réseau pour l'Accueil Temporaire des Personnes Handicapées.

III - Définition et caractéristiques déterminantes de l'accueil temporaire

1. Définition :

Article I du décret 204-231 du 17 mars 2004 : « *L'accueil temporaire vise à développer ou maintenir les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale. L'accueil temporaire peut être organisé en complément des prises en charge habituelles en établissements et services, qu'il s'agisse d'établissements de santé au sens de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique ou d'établissements sociaux ou médico-sociaux au sens du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. L'accueil temporaire vise, selon les cas :*

a) A organiser, pour les intéressés, des périodes de répit ou des périodes de transition entre deux prises en charge, des réponses à une interruption momentanée de prise en charge ou une réponse adaptée à une modification ponctuelle ou momentanée de leurs besoins ou à une situation d'urgence ;

b) A organiser, pour l'entourage, des périodes de répit ou à relayer, en cas de besoin, les interventions des professionnels des établissements et services ou des aidants familiaux, bénévoles ou professionnels, assurant habituellement l'accompagnement ou la prise en charge. »

2. Publics

Age : l'accueil temporaire tel qu'il est ainsi défini concerne tous les publics et tous les âges. Il vise donc autant les enfants, les adolescents, les adultes que les personnes âgées.

Nature des handicaps : les textes n'apportent aucune précision quant à la nature des handicaps concernés, ni leur étiologie ou évolutivité et n'en exclut aucun.

Une structure peut en fait accueillir tout handicap, quel que soient son origine (génétique, congénitale, acquise), sa période de survenue (enfance ou adulte), les caractéristiques principales en cause (troubles moteurs, cognitifs, comportementaux, psychologique, ...). Cependant, en réalité, compte tenu de l'organisation des prises en charge, des projets institutionnels, chaque structure tend à se « spécialiser » soit globalement (troubles moteurs, ou cognitifs, ou psychiatriques), soit selon certaines pathologies (polyhandicap, IMC,

traumatisme crânien), soit en s'organisant en sous-unités fonctionnelles selon certaines typologies.

Une certaine spécificité doit cependant contribuer à une meilleure adaptation de l'accueil et de la prise en charge et une meilleure rationalisation des moyens selon les besoins, en évitant des concentrations dans des structures polyvalentes.

3. Motivations d'un accueil temporaire

Il est important de pouvoir considérer l'accueil temporaire comme une solution « **motivée** » du point de vue de l'intéressé comme du point de vue de son ou de ses aidants, en concertation bien sûr avec lui, dans le cadre de son projet de vie, à un moment donné. La motivation induit que la prise en charge doit être programmée.

a/ Du point de vue de l'intéressé, la personne handicapée ou la personne âgée, la motivation peut être d'avoir :

- une période de répit pour l'intéressé par rapport à ses conditions de vie actuelle ou vis-à-vis de son entourage.
- une période de transition par rapport à un nouveau projet de vie.
- une période permettant de faire face à l'absence de l'aidant habituel.
- une période permettant de pallier à une difficulté technique en rapport avec la prise en charge habituelle.
- une période permettant une adaptation à une modification ponctuelle ou momentanée du besoin.
- une période et un contexte environnement technique permettant une période d'expérimentation d'un nouveau projet de vie ou d'un nouveau lieu de résidence.
- une période et un contexte environnement technique d'apprentissage ou d'adaptation à un nouvel appareillage ou de nouvelles aides techniques, humaines ou fonctionnelles.
- une période transitoire permettant l'adaptation ou l'aménagement du lieu de vie habituel.

b/ Du point de vue de l'entourage : aidant, famille, établissement, la motivation peut être d'avoir :

- une ou des périodes de répit pour l'entourage (permet de maintenir dans la durée l'intéressé dans son lieu de vie en évitant les risques d'épuisement, de situation d'urgence, et de sollicitations du secteur sanitaire).
- un relais en cas de besoin, des interventions des professionnels des établissements et des services ou des aidants familiaux, bénévoles ou professionnels assurant habituellement l'accompagnement ou la prise en charge de l'intéressé.
- la réflexion et la réalisation pour la recherche d'une orientation adaptée (ou mieux adaptée) à la situation (ou évolution de la situation) de l'intéressé.
- une possibilité d'évaluation du potentiel de la personne permettant une adaptation ou une évolution des modalités de prise en charge dans son lieu de vie.

Il est cependant important que l'accueil temporaire en dehors de toute situation d'urgence soit aussi motivé par le médecin traitant, avec le ou les aidants et le patient lui même. Il doit être vécu comme un temps de répit mais aussi comme une opportunité pour réaliser un bilan sur les potentiels de la personne : potentiels en régression ou « endormis » et à remobiliser; potentiels physiques, psychologiques, matériels, sociaux, etc..

Cette motivation exclue le caractère d'obligation qui induit de résoudre une situation d'urgence (situation de crise, absence de l'aidant, difficulté technique subite, etc., ..), pour

laquelle la réponse est différente, et l'accueil temporaire différé en relation avec une structure pouvant répondre à l'urgence (voir place des hôpitaux locaux).

4. Origines du public

Les textes n'apportent à ce sujet aucune limitation quand à l'origine des sujets pouvant bénéficier d'une prise en charge en accueil temporaire. Le public concerné peut ainsi connaître plusieurs situations.

Il peut ainsi être :

- à domicile :

- et vivre seul dans un habitat autonome.
- et vivre seul avec un dispositif d'aidant professionnel ou bénévole.
- et vivre au sein de sa famille avec ses parents.
- et vivre avec son conjoint, avec ses enfants.

- dans une structure ou institution :

- et vivre au sein d'une structure d'accueil spécialisée.
- et vivre, par défaut, au sein d'une structure non adaptée (maison de retraite avec dérogation d'âge).
 - et vivre dans une structure d'hospitalisation (souvent maintien en service de moyen séjour, mais possibilité aussi en service de court séjour – l'accueil temporaire a un objectif : transitoire, établissement d'un projet de vie, évaluation d'autonomie, ..).
 - et vivre accueilli en dispositif de placement familial (loi de juillet 1989).
 - et vivre, en tant que jeune adulte, en établissement d'enfant (amendement CRETON).

5. Modalités de l'accueil temporaire

L'accueil temporaire s'entend comme :

- un **accueil organisé**, c'est-à-dire établi pour mettre en œuvre des objectifs déterminés avec la personne, sa famille ou ses aidants éventuels, et l'équipe qui l'accueille dans le contexte de son handicap (pathologie, déficience et capacité fonctionnelle), de la situation actuelle (médicale, sociale et psychologique), et du projet à court, moyen ou long terme qui peut être envisagé. Cette organisation exige un certain temps de préparation avant l'accueil, divers acteurs du domaine médico-social, et une définition des résultats attendus. C'est en ce sens que l'accueil temporaire ne peut pas par définition même répondre aisément à la situation d'urgence, mais peut y contribuer, dans le cadre d'un réseau en particulier avec les structures sanitaires, si l'objectif est de passer un cap tout en cherchant avec l'ensemble des acteurs sociaux des solutions d'un hébergement ou d'une accompagnement pour le futur.
- pour une durée limitée (à 90 jours par an en principe), mais ce temps peut être supérieur en fonction du projet ultérieur dans certaines conditions, et ce séjour organisé en une ou plusieurs périodes.
- le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour.

Cet aspect des modalités doit être reconnu et mis en valeur pour tous les acteurs sociaux intervenants dans le champ des personnes handicapées et personnes âgées. En effet, par principe et selon les fonctionnements des structures offrant la possibilité d'un accueil

temporaire, ces modalités doivent être telles qu'elles offrent **une très importante souplesse de fonctionnement de l'accueil temporaire** permettant de répondre à de nombreuses situations, de l'accueil dit « d'urgence différée » à l'accueil programmé, régulier de répit par exemple. Ces modalités d'accueil doivent être larges et pouvoir offrir tous le panel d'alternative à l'hospitalisation complète : accueil de jour, accueil de semaine, accueil de nuit....

Cependant, et quoi qu'il en soit, l'accueil temporaire en structure médico-sociale ne peut être **qu'un accueil organisé**, avec des objectifs définis (même avec des délais courts) et donc ne peut pas **constituer une solution d'urgence absolue (ou urgence médicale)**, qui ne correspond pas à l'objectif, aux moyens de ces structures.

Cette condition de l'urgence incite par contre au besoin de créer un réseau entre le sanitaire (qui est plus apte à l'accueil d'urgence) et ces structures médico-sociales d'accueil temporaire, en identifiant certains types de bénéficiaires accueillis dans les services hospitaliers, à anticiper sur les situations de crise et d'urgence par une préparations des éventuels bénéficiaires par un accueil de jour permettant la connaissance et reconnaissance mutuelle entre la structure et ses acteurs et les bénéficiaires.

Enfin, cette condition de l'urgence incite à intégrer des structures comme **l'hôpital local**, dans son activité sanitaire, en lien avec les structures médico-sociales comme première structure d'accueil de la situation d'urgence, compte tenu de son expérience, de ses moyens et de sa proximité.

Ainsi, l'accueil temporaire s'inscrit plutôt dans la continuité de l'urgence absolue ou médicale, car il s'agit en fait d'une urgence sociale et non clinique.

IV Besoins

1- Evoquer la question

Evoquer la question des besoins ressemble d'emblée à une mission quasi impossible. Nous ne disposons à notre connaissance d'aucune donnée exhaustive relative aux besoins, ni même à la situation des personnes handicapées qui résident à domicile.

Les données qui peuvent apparaître sont le plus souvent partielles :

- personnes handicapées vieillissantes,
- personnes âgées dépendantes,
- personnes bénéficiant amendement Créton,
- personne vivant à domicile avec tierce personne,
- personne présentant un handicap acquis, hospitalisées, et ne pouvant rentrer à domicile dans un court délai ou en attente d'une solution d'hébergement définitive,
- etc., ... listing divers de structure, d'associations,...

et cela ne constitue pas une véritable évaluation du besoin mais une « estimation » et catégorisations des populations pouvant en bénéficier à un moment donné.

La mise en place des Maisons Départementales du Handicap (MDPH) devrait toutefois faciliter l'accès à des données fiables (estimation du besoin lors de l'évaluation de la Prestation de Compensation). Pour autant, cela n'exclura pas :

1- la difficulté née de la superposition de deux régimes qui ne sont pas obligatoirement croisés : le handicap qui relève aujourd'hui de l'intervention de la MDPH et la reconnaissance du handicap dans le régime de l'assurance maladie.

2- l'évaluation des besoins réels en rapport avec la situation fonctionnelle, sociale, familiale, économique, psychologique des personnes présentant un handicap important et leur modalité de vie.

2- Définir les besoins

Nous pouvons toutefois se référer à l'enquête HID, qui précise « *la grande majorité des personnes handicapées déclarant présenter une déficience, vit en domicile ordinaire, même à des degrés de dépendances sévères. Ainsi 54 % des 280.000 personnes confinées au lit vivent en domicile ordinaire. Seulement 18.5% des 2,6 millions de personnes concernées par le besoin d'aide pour sortir du domicile résident en institution.[...] plus le handicap est lourd, plus la part de l'accueil en institution et de l'aide professionnalisée à domicile est importante, mais elle n'est jamais prépondérante.* »

On peut même penser dans la réalité que la part de l'aide familiale est en fait proportionnelle (et non pas inversement proportionnelle) à l'importance de l'aide professionnelle ; en effet plus le besoin d'aide pour une personne est important (en prenant en compte le besoin de surveillance en particulier en cas de trouble cognitif), plus il nécessite de l'aide de la part de la famille et des proche, car l'intégralité du besoin est rarement assumée à domicile par des aides extérieures.

D'autre part certains facteurs peuvent être aujourd'hui être reconnus comme déterminants : troubles cognitifs/troubles moteurs ; relation aidants/aidé (l'aidant est parent, conjoint ou enfant) ; âge du sujet ; évolutivité de la déficience et du handicap ; chronicité ;

C'est ainsi que nombre de personnes en situation de handicap sont hébergées dans la famille, et nous retiendrons le rapport 80/20 qui est couramment évoqué dans plusieurs études concernant le handicap. Ce qui revient à dire que 8 personnes sur 10 en situation de handicap sont dans une structure familiale ou à domicile avec l'intervention d'aidants familiaux, conjoints ou parents.

Ainsi, plusieurs situations peuvent être décrites pouvant bénéficier d'une prise en charge en accueil temporaire :

- La personne vit à domicile avec des aidants proches seulement ;
- La personne vit à domicile avec des aidants proches et avec une part plus ou moins importantes d'aide professionnelle, mais qui peut être insuffisante, ou mal adaptée, ou segmentaire (pas la nuit, pas le week-end, etc., ..) ce qui peut aboutir à des situations de crises ;
- La personne vit à domicile et bénéficie d'un accueil de jour assurant une part de la prise en charge et soulageant les aidants, mais la situation de dépendance s'aggrave ;
- La personne est maintenue ou adressée en institution d'emblée, s'il n'y a pas d'aide proposée, possible ou coordonnée avec un environnement favorable.

Cependant, au-delà de l'estimation difficile du besoin actuellement, on se doit de considérer à partir de l'expérience des acteurs, de la connaissance du terrain, du fait bien connu que l'absence d'offre inhibe toute demande, qu'il est nécessaire dans ce contexte d'inverser la question, de faire l'offre pour évaluer la demande, surtout avec l'objectif que l'accueil temporaire est un maillon indispensable de l'ensemble de la filière médico-sociale.

V - Accueil temporaire, quelle volonté, quelles stratégies possibles ?

Les possibilités offertes de structures d'accueil temporaires sont :

- soit un établissement dédié, structure spécifique pour ce type d'accueil, expressément limitée à 12 places par les textes de références.
- soit mobilisation de places dans les structures existantes, mais nécessitant une autorisation, une organisation interne et budgétaire.
- soit une troisième solution, peu explorée, pourrait être d'offrir de manière complémentaire des réponses à plusieurs situations avec la mobilisation des acteurs sociaux ou médico-sociaux aux domiciles des intéressés en s'appuyant notamment sur les dispositifs de soins (SSIAD, SAAD, SAMSHA et services d'auxiliaires de vie).
- soit enfin, une solution pourrait être trouvée, dans le cadre d'une organisation en réseau de proximité, avec les structures sanitaires comme les hôpitaux locaux pour l'accueil temporaire de personnes handicapées vivant à domicile, dans l'urgence (cf. ci-dessus), mais aussi pour une re-évaluation des besoins médico-techniques tout en maintenant par la proximité le lien culturel, affectif, social et familial. Ceci doit se faire à partir d'un projet de service. Chaque patient doit pouvoir bénéficier d'un projet thérapeutique individualisé défini et conduit sur une période déterminée.

Toutes ces solutions peuvent et doivent se compléter car l'accueil temporaire doit pouvoir ainsi offrir un panel de solutions pour les personnes bénéficiaires, une souplesse de fonctionnement, une représentation locale de proximité, et une diversité et souplesse de fonctionnement.

Dans ce cadre ainsi décrit, il apparaît cependant que toute stratégie doit s'inscrire dans un **schéma général au sein d'un bassin de population**, en relation avec des structures d'amont ou d'aval, en collaboration avec les structures et organismes sanitaires pour une part, et surtout en coordinations avec les autres structures d'accueil et structures d'aide médico-sociales. Les stratégies d'accueil temporaire ne peuvent s'envisager comme concurrentes, et il serait vain de privilégier l'une par rapport à l'autre, et encore moins de les opposer ainsi que le fait J. Jacques OLIVIN président du GRATH sur le portail Internet de son association et qui évoque à propos de l'accueil temporaire développé dans les établissements existants, « *les événements antérieurs qui ont largement fait preuve de leur inefficacité.* »

Ainsi on peut reconnaître dans le choix d'une stratégie quelques bénéfices et limites :

a) ✓ L'accueil temporaire en structure dédiée

* Créer un établissement dédié à l'accueil temporaire signe la volonté forte d'une réponse adaptée à cette problématique. Mais surtout la reconnaissance est aussi faite de la nécessité d'une prise en compte spécifique et professionnelle pour des intéressés qui sont inscrits dans un « **autre** » **projet de vie**. C'est aussi consacrer l'idée d'un parcours de vie qui ne saurait être linéaire, qui connaît des ruptures, des hésitations ou tout simplement des respirations. L'accueil temporaire est riche et peut être nécessaire tant à l'environnement (famille, aidant, structure) qu'à la personne elle même.

* L'accueil temporaire dédié crédibilise l'idée de projet individuel ou de parcours de vie, tant il est vrai aujourd'hui que la carence de réponses adaptées conduit à une réponse monolithique ou le moteur est de chercher à « *caser* » les individus plus que de répondre à une logique de projet de vie. Lorsque la case est ainsi trouvée, fut elle inadaptée, il est alors difficile de changer de case.

* Par contre, et c'est toute la fragilité et la limite de l'accueil temporaire dédié qui se confronte à l'absence flagrante de place d'accueil permanent, on pourrait à juste titre se demander à quoi bon créer de l'accueil temporaire tant que l'absence de réponses en accueil permanent perdurera. L'accueil temporaire court ainsi le risque de se transformer par défaut en accueil permanent pour nombre de bénéficiaires qui ne trouveraient à l'issue d'autres réponses adaptées ou d'autres formes d'accueil.

Or renoncer à développer une politique d'accueil temporaire dédié c'est amplifier le problème de l'absence de places d'accueil permanent. Il en est ainsi et tout particulièrement pour les personnes qui résident à leur domicile et nous avons préalablement vu qu'ils étaient en nombre.

Ainsi, l'accueil temporaire dédié peut être considéré comme un outil qui permet de solidifier et de maintenir ce mode d'accueil permanent. A défaut de cette intervention, le besoin de place d'accueil permanent serait alors plus criant.

* La création de structures d'accueil temporaire dédiées vise majoritairement à soutenir des modalités d'accueil, en particulier à domicile ou dans des structures peu ou mal adaptées au projet et capacités de la personne, qui sont ainsi fragilisées par la durée dans le temps et par la lourdeur du handicap et qui, faute de relais ponctuels, peuvent être compromises.

Pour autant et dans l'attente d'une véritable diversité des modes d'accueil qui permet d'inscrire les intéressés dans un « libre choix » ou « projet de vie », l'accueil temporaire sera inévitablement conduit à gérer des situations de crises qui en l'absence d'autres réponses adaptées risquent de transformer certaines places d'accueil temporaire en accueil permanent.

Ce phénomène « *d'embolisation* » ne pourra être évité que par la création de place d'accueil permanent.

Ainsi, la structure d'accueil temporaire ne pourra pas exclure l'hypothèse de servir de lieu d'accueil parfois long et au delà de la période d'accueil réglementaire de 90 jours dans l'attente de solutions pérennes.

b) ✓ L'accueil temporaire dans les structures existantes d'accueil permanent.

* Très fréquemment de nombreux établissements médico-sociaux ont été créés avec l'ambition de « places affectées pour des accueils temporaires », (ou places de dépannage). La réalité du fonctionnement des établissements et les modalités d'un financement en prix de journées ont eu raison de la plupart de ces projets et conduit à la disparition de ces places dites d'accueil temporaire ou d'urgence.

Aujourd'hui la perspective d'un financement spécifique en dotation globale devrait faciliter le fonctionnement et surtout la disponibilité de ces places dont l'intérêt ne bénéficierait pas seulement aux intéressés. Ce financement spécifique est indispensable si l'on veut réellement identifier des places d'hébergement temporaire et surtout si l'on veut pouvoir recourir facilement à ce mode de prise en charges, car dans le contexte actuel, les places seraient vite embolisées par l'accueil permanent.

* Pour les intéressés en effet, l'offre de place temporaire au sein d'une structure d'accueil permanent offre plus spécifiquement la possibilité de tester une adaptation éventuelle à une

future entrée en établissement, la création d'une dynamique de vie, de favoriser le lien socio-culturel et l'ouverture entre l'établissement d'accueil permanent et son environnement, en particulier avec les personnes handicapées vivant à domicile, les associations et groupes les représentant)

* Pour les structures existantes l'intérêt de l'accueil temporaire est réel. Ainsi il ressort de la pratique habituelle des établissements sociaux et médico-sociaux que l'accueil est très souvent inscrit dans la durée voire dans la *perpétuité* pour nombre de bénéficiaires résidents dans les structures d'accueil, qui ne quitteront l'établissement que pour un ultime voyage sans retour. La prise en charge ne connaît donc habituellement pas d'autre issue que la mort. Cela sera d'autant plus vrai dans l'avenir, pour ces établissements qui ne peuvent plus depuis la loi du 2 janvier 2002, se référer à la barrière des 60 ans. L'accueil temporaire inscrit ainsi le résident dans un accueil limité dans le temps et tant les équipes que les autres résidents trouvent ici une dynamique de vie intéressante, « *il y a d'autres issues que la mort* ». Enfin, il lie un peu plus la structure avec la vie à l'extérieur par la relation tissée avec les bénéficiaires vivant à domicile.

Cependant, au sein d'une structure existante, l'accueil temporaire doit se confronter à des exigences spécifiques, conditions sine qua non de la crédibilité et de la qualité de l'expérience :

- Un partenariat de confiance avec le prescripteur (établissement hospitalier, service social, famille, voire bénéficiaire lui-même).
- La durée de séjour est une contrainte non négociable, et la succession des accueils programmés à l'avance suppose voire impose cette rigueur.
- L'accueil ne peut donc pas se faire dans l'attente d'une hypothétique autre solution.
- Les équipes pluridisciplinaires sont préparées et formées pour cet accueil et la mise en place d'un « référent » pour chaque accueil apparaît ici comme le gage d'un accueil de qualité, ainsi le prévoit la réglementation.
- L'accueil temporaire ressort bien d'un projet spécifique intégré dans le projet de l'établissement.

c) ✓ la mobilisation des acteurs sociaux ou médico-sociaux aux domiciles

* Cette solution se définit par une mobilisation maximale, adaptée aux besoins bien sûr, appropriée et individualisée, des divers moyens pouvant être mis en œuvre au domicile de la personne : accompagnement social, mais aussi de soins : SSIAD, SAMSAH, accueil de jour, etc., .. Cette solution constitue en fait la mobilisation des acteurs au domicile, comme une organisation de l'accueil temporaire au domicile du patient. Ce peut être une solution adéquate dans le cas d'une prise en charge de courte durée, d'une phase d'urgence « sociale » ou une phase de transition.

Elle nécessite cependant une volonté et une mobilisation des acteurs, une évaluation des besoins, une coordination pour sa mise en œuvre, une identification de l'offre technique et une diversité des moyens offerts (intérêt d'une mutualisation des moyens sur un secteur géographique) et enfin une capacité de réponse relativement courte. Le lien à ce niveau entre secteur médical et social peut apparaître primordial à l'échelle à l'échelle du zone territoriale.

* Cette solution doit pouvoir requérir la participation d'éventuels moyens sanitaires facilitant le maintien à domicile, pour une prise en charge ou une évaluation médico-technique, comme l'Hospitalisation à Domicile (HAD), hospitalisation de jour (en particulier MPR et Gériatrique) ou les Unités Mobiles.

d) ✓ la collaboration avec les structures sanitaires

Le rôle des hôpitaux locaux

* La solution de collaboration avec les hôpitaux locaux (établissement sanitaire et d'établissement médico-social) apporte certains éléments très positifs, avec leur statut et fonctionnement du secteur sanitaire (acteurs de soins) plus que d'accompagnement médico-social et d'hébergement. Ils offrent en effet la possibilité :

- d'une réponse médicale de surveillance, de stabilisation de certains problèmes médicaux et de re-évaluation;
- une solution de proximité, permettant la mise en place et/ou le maintien d'une relation avec le milieu habituel (familial, social, ..) pendant l'hébergement ;
- un savoir faire en matière de soins et nursing, d'aide à la dépendance et la perte d'autonomie ;
- une capacité de mobilisation pour les demandes « urgentes », d'ordre médical ou social, mieux adaptée dans bien des cas que les urgences hospitalières des hôpitaux généraux, régionaux et/ou universitaire et que les services de SSR spécialisés.

Cette reconnaissance d'activité semble préconisée dans le SROS III Rhône Alpes, qui évoque pour les hôpitaux locaux, la nécessité de préserver leur statut d'établissement de santé, de disposer de lits de soins de suite, de développer des alternatives à l'hospitalisation complète : structure à temps partiel, de jour ou de semaine et d'hospitalisation à domicile.

Ainsi, le rôle des hôpitaux locaux dans l'accueil temporaire peut répondre à ces préconisations, de même que leur rôle dans la mobilisation des acteurs sociaux ou médico-sociaux à domicile.

Cependant, cette réponse potentielle des hôpitaux locaux, qui existe pour partie dans les faits mais peu ou mal reconnue, doit s'appuyer sur leur possibilité budgétaire (l'accueil temporaire relèvera-t-il de l'activité sanitaire, prise en charge par dotation de fonctionnement de l'activité médico-sociale avec des tarifs tripartites, en particulier pour l'accueil temporaire d'urgence : urgence sociale ou médicale), sur une organisation en filière avec entre autre un lien avec les équipes médicales spécialisées d'amont (consultations avancées de spécialité par exemple) et dans la spécificité du handicap et de la rééducation/réadaptation le recours possible à une unité MPR pour certains ajustement techniques éventuels (appareillage, aide technique, ..).

Le rôle de certaines unités spécialisées

Certaines unités de soins doivent aussi être reconnues dans leur capacité d'accueil temporaire pour certaines filières bien identifiées. C'est le cas actuellement :

- des unités de soins palliatifs qui accueillent certains patients dans une phase de soins palliatifs qui peut se prolonger, pour un séjour de répit, de re-évaluation et d'adaptation des besoins à domicile.
- des unités état végétatif/état pauci-relationnel de proximité (EV/EPR) qui se mettent en place et qui doivent pouvoir assurer un accueil temporaire, de répit, parfois de re-évaluation pour ces patients, en particulier dans la dynamique pour ces unités de pouvoir favoriser et pérenniser certains retour et maintien à domicile.

VI - La question de l'urgence

L'accueil d'urgence constitue une question en soi. Pour l'intéressé l'accueil en établissement est « contraint » et s'impose au(x) demandeur(s) (intéressé et aidant(s) dans un contexte de crise qui porte déjà en lui même une grande source d'angoisse et de souffrance.

- L'éloignement avec le milieu habituel et l'absence de lien possible avec l'aidant familial renforce la difficulté.
- La méconnaissance de l'intéressé au sein de la structure d'accueil peut être source d'angoisse pour le sujet lui-même, ceux qui l'accueillent.

Dans ce type de situation la personne handicapée aurait ainsi préféré et peut être tiré plus de profit à la mise en place d'un dispositif autorisant par exemple :

- le maintien dans son milieu de vie habituel avec un étayage qui permette ce maintien (auxiliaire de vie et service de soin à domicile, éventuellement garde de nuit).
- à défaut l'hébergement dans la commune (ou proche) de résidence habituelle aurait pu être moins traumatisante avec la possibilité de garder un lien avec le (ou les) aidant(s) familial(aux).
- enfin, au sein d'une structure qui le connaît, dans laquelle il est déjà venu, participant à des activités, à de l'accueil de jour, ou bien alors qu'il bénéficie d'un service de soin en lien avec la structure d'hébergement,

Ces perspectives militent ainsi pour la création de places d'accueil temporaire de façon disséminée sur un territoire, éventuellement réparties sur des établissements existants, incluant peut être le réseau hospitalier ou gériatrique qui peuvent apporter en local des réponses de proximité et d'urgence.

VII - Conclusion

Dans ce contexte et pour faire face à une demande ou plus exactement à des besoins dont l'ampleur n'est que peu ou mal évaluée, il y a un intérêt certain à développer :

- **une réflexion collective** incluant l'ensemble des acteurs médico-sociaux et sanitaires pouvant assurer un hébergement temporaire dans des structures dédiées ou non, mais aussi les acteurs de la prise en charge des personnes à domicile visant à :

- mettre en oeuvre une évaluation préalable des besoins sous l'angle de la santé publique et des situations sociales ;
- mettre en oeuvre un réseau de partenariat pour apporter une souplesse de fonctionnement entre les diverses solutions d'accueil ou de prise en charge ;
- partager des stratégies et des expériences pour prévenir les crises, évaluer la connaissance des situations, les besoins des sujets et des aidants, et apprendre à évaluer et les évolutions nécessaires d'un projet de vie.

- **une logique d'accueil temporaire** pour des personnes en situation de handicap qui s'appuie :

- sur les établissements sociaux et médico-sociaux existant qui peuvent, fort d'un dispositif de financement adapté, réserver des places d'hébergement temporaire.
- sur des dispositifs de petites structures souples dédiés à l'accueil temporaire.
- sur les dispositifs de maintien à domicile conjugués à des services de soins infirmiers.

- sur le réseau hospitalier, en particulier les hôpitaux locaux (proximité) qui peuvent apporter une réponse particulièrement adaptée dans la phase de crise et d'urgence tout en sachant qu'à l'issue de la crise immédiate, les services précédemment évoqués pourront prendre le relais.
