

Etat des lieux des solutions
d'hébergement et de logement
mobilisables par/pour des personnes
atteintes de cancer

Décembre 2017

Table des matières

1. Eléments de contexte sur la problématique du logement pour les personnes atteintes d'un cancer	5
2. Logements prévus pour les personnes malades	8
2.1 Des logements prévus pour les personnes malades en général	8
2.1.1 Temporaires	8
Les hôtels hospitaliers (ou hébergements temporaires non médicalisés)	8
Les établissements d'accueil pour familles de malades (Maisons d'accueil hospitalières)	9
Les HH et MAH visés par une expérimentation	10
Les « Appartements thérapeutiques » de la Ligue contre le cancer	12
.....	13
Une solution venue d'Outre-Manche ?	13
2.1.2 Non temporaires	14
2.2 Des logements prévus pour les jeunes ou enfants malades	15
2.2.1 Temporaires	15
Les hôtels hospitaliers	15
Les Maisons d'accueil hospitalières	15
Les familles d'accueil de la Ligue - CD 94	15
2.2.2 Non temporaires	16
2.3 Des logements prévus pour les personnes âgées malades	17
2.3.1 Temporaires	17
EPHAD avec service d'hébergement temporaire	17
Les « lits-sas » (Bourgoin-Jallieu)	17
2.3.2 Non temporaires	18
EPHAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)	18
Unités de soins de longue durée	19
L'habitat partagé accompagné (ou colocation en Allemagne)	20
2.4 Des logements destinés à des publics spécifiques (handicap physique et/ou mental, précarité) et malades	22
2.4.1 Temporaires	22
Les appartements de coordination thérapeutique ACT (rapport de la Fédération Santé et Habitat)	22

Les Lits Halte Soins-Santé (rapport de la Fédération Santé et Habitat).....	23
CHRS Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (rapport de la Fédération Santé et Habitat).....	23
Les Appartements relais (AR) (rapport de la Fédération Santé et Habitat)	24
2.4.2 Non temporaires	25
3. Logements non-prévus pour les personnes malades.....	26
3.1 Les parcs locatifs social et privé	26
3.1.1 Le parc locatif social, une offre de logement de longue durée, difficile d'accès	26
Qu'est-ce que le logement social en France ?.....	26
Quelques chiffres.....	31
3.1.2 Le parc locatif privé	32
Qu'est-ce que le parc locatif privé en France ?	32
Des chiffres	33
3.2 Des logements destinés aux personnes âgées sans problèmes de santé majeurs	34
3.2.1 Temporaires	34
Les accueillants familiaux	34
3.2.2 Non temporaires	35
Les « logements intermédiaires » du réseau Générations Mutualistes.....	35
Les résidences-autonomie (ex-logements-foyers)	36
Les résidences-services (privées)	37
3.3 Logements destinés à des publics spécifiques (handicap physique et psychique et/ou précarité), hors maladie.....	38
3.3.1 Temporaires	38
Les accueillants familiaux pour adultes handicapés.....	38
L'accueil familial thérapeutique	39
.....	40
La location/sous-location (portent aussi le nom de Solibail ou Louer Solidaire).....	40
3.3.2 Non temporaires	41
Les pensions de famille	41
La gestion locative adaptée (GLA), ou mandat de gestion sociale	42
4. Maintien à domicile.....	44
4.1 La recours à l'aide à domicile	44
4.2 Adapter le domicile existant.....	44
4.2.1 Les aides financières.....	44
La prestation de compensation du handicap (PCH).....	44

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	45
Les subventions de l'Agence nationale de l'Habitat.....	45
L'aide financière pour les travaux d'amélioration de l'habitat versé par les caisses de retraites (Cnav/Carsat).....	46
Autres aides possibles	46
4.2.2 Les aides techniques.....	46
4.2.3 Les aides fiscales.....	47
Les prêts (concernent surtout la rénovation énergétique et les propriétaires)	47
Les crédits d'impôts pour les propriétaires occupants ou locataires.....	47
4.3 Payer ses loyers ou ses remboursements de crédits	48
4.3.1 Quelles aides pour payer son loyer ?	48
Faire une demande à la CAF	48
Faire appel aux services sociaux pour payer son loyer	48
Négocier avec le bailleur	48
Saisir la commission spécialisée de coordination des actions de prévention des expulsions (CCAPEX).....	49
Saisir la commission de surendettement	49
S'adresser au tribunal d'instance	49
4.3.2 Quelles aides pour payer ses mensualités de prêts ?	49
Recours à l'assurance du crédit immobilier	49
Demande de délai de paiement au prêteur	50
Demande de délai de grâce auprès du tribunal d'instance.....	50
Dépôt d'un dossier de surendettement	50
Glossaire	51
Annexes	53
1. Etat des lieux des dispositifs d'aides et d'accompagnement à domicile mobilisables par des personnes atteintes de cancer (DGCS).....	53
2. Présentation du réseau des ADIL (Agences départementales pour l'Information sur le Logement)	111
3. Graphiques	117
Solutions d'hébergement et de logement existants pour les personnes de moins de 60 ans (hors enfants).....	117
Solutions d'hébergement et de logement existants pour les personnes de plus de 60 ans	118
Les outils du maintien à domicile	119
Les pistes de réflexion	120

Dans la cadre du DOPAS, un état des lieux des dispositifs spécifiques (maladie et/ou publics cibles) et communs (non destinés à priori à un public en particulier) de logements dans lesquels des personnes malades pourraient habiter ou être hébergées a été réalisé.

Il présente un double intérêt. D'abord, l'offre est difficile à repérer pour les personnes malades et leurs familles, mais aussi pour les travailleurs sociaux et les associations. Des initiatives singulières viennent s'ajouter à l'offre légale déjà existante, créant un millefeuille dans lequel il n'est pas simple de se repérer. Un recensement, même non exhaustif, pourra déjà permettre d'y voir plus clair. Ensuite, un tel recensement pourra permettre de repérer là où les acteurs associatifs comme la Ligue peuvent se faire une place pour peser dans les décisions prises et/ou pour agir.

1. Eléments de contexte sur la problématique du logement pour les personnes atteintes d'un cancer

34% des personnes interrogées dans le cadre du DOPAS évoquent une difficulté liée au logement. Parmi elles, 67% présentent des difficultés d'ordre financier, et 41% sont dans la nécessité de changer de lieu de vie. Des situations qui concernent tout de même 23% et 14% de l'échantillon total. Comme pressentie lors de la 3^{ème} campagne de collecte, la problématique du logement et du lieu de vie touche effectivement de nombreux malades. En effet, sur les 2351 répondants de l'échantillon total, 800 sont concernés par des difficultés de logement en général, soit un peu plus d'un tiers.

Ces personnes atteintes d'un cancer, parce que leur situation financière est plus difficile, ont souvent du mal à payer leur loyer ou leurs charges, à rembourser leurs emprunts. Il leur faut aussi pouvoir réaliser des travaux d'adaptation du logement quand leur état ne leur permet plus de vivre comme avant. Ils ont plus souvent des séquelles physiques durables, ou des douleurs. Parfois même, le déménagement est obligatoire, faute de pouvoir payer son loyer, ses factures d'énergies, ou parce que le logement n'est pas adaptable. Ou tout simplement parce qu'il faut se rapprocher de la famille, seul aidante. Cependant, déménager n'est pas toujours possible, ni même souhaitable. Où aller ? Certains malades n'ont pas de solutions alternatives. Comment quitter ses voisins, ses amis ? Parfois, rompre avec un environnement connu depuis de nombreuses années de manière brutale peut avoir un impact tel sur le moral des malades qu'il leur est difficile d'envisager cette solution. On sent bien que la question du logement, même si elle n'est pas d'emblée au cœur des préoccupations des malades, est sensible, tant elle peut avoir un impact sur leur qualité de vie, et même sur l'évolution de la maladie.

Mais les besoins de logement des personnes atteintes d'un cancer ne sont pas toujours liés à des difficultés financières et/ou à une perte d'autonomie. Certains besoins sont plus pragmatiques, notamment lorsqu'il s'agit de recevoir des soins en ambulatoire ou de se reposer après une hospitalisation tout en restant à proximité des lieux de soins.

La question du logement se pose à tous les instants du parcours de soins des personnes atteintes d'un cancer, et de toutes les manières. Pendant les traitements ou « après la maladie », pour soulager un proche aidant, pour adapter son logement avec un monte-escalier ou une baignoire adaptée, ou à plus long terme lorsqu'il faut absolument quitter son domicile. Avec le développement de l'ambulatoire et des hospitalisations à domicile en cancérologie, y répondre représente un véritable enjeu.

Logement	Hébergement
Les conditions d'accueils et le statut de l'occupant différencient la notion d'hébergement de celle du logement.	
Dans le logement, l'occupant dispose d'un titre d'occupation (bail, contrat de résidence) avec un droit de maintien dans les lieux. Il s'acquitte d'un loyer ou d'une redevance et bénéficie des aides personnelles au logement. Le statut est celui de locataire ou de résident. Un délai de préavis est applicable lors de la demande du congé.	Dans l'hébergement, l'occupant dispose d'un contrat d'hébergement ou d'occupation temporaire. La participation aux frais d'hébergement n'est pas systématique, elle est notamment prévue par le Code de l'action sociale et des familles pour les hébergements en CHRS. Son montant est fixé en fonction des ressources des intéressés. Les aides au logement ne sont pas mobilisables sauf dans des cas très particuliers assimilables à du logement par la réglementation existante.

Des thématiques évoquées différentes selon les points de vue, malades ou professionnels

Les personnes malades et les professionnels n'évoquent pas les mêmes thématiques lorsqu'ils sont questionnés sur le logement. D'un côté, les malades parlent davantage de leur vécu à domicile et des difficultés qu'ils ressentent. De l'autre, les professionnels, qui sont pour beaucoup des travailleurs sociaux, évoquent surtout les problématiques de changement de logement, objet principal de demande de soutien de la part des personnes malades à leur égard.

Rester dans son lieu de vie semble être la préoccupation principale des personnes malades. D'autant que pour beaucoup le mode de vie a été profondément modifié par la maladie. Faire ses courses ou son ménage, préparer son repas, cela peut vite devenir compliqué avec les effets des traitements et les séquelles temporaires ou définitives. Se déplacer dans son logement peut également poser problème, tout comme l'accès à certaines pièces (salle de bain, chambre à l'étage, etc.). Dans une moindre mesure, parce que le cancer a entraîné une baisse des revenus, les malades sont amenés à restreindre leurs frais de chauffage, ou sous-louent une partie de leur domicile.

Lorsqu'ils recherchent un nouveau lieu de vie, les malades interrogés expriment surtout leurs difficultés à le trouver.

C'est d'ailleurs ce qui pose problème aux professionnels, qui sont souvent à la recherche d'une solution de logement en urgence avec toutes les difficultés que cela peut comporter : accès à un logement social, besoin d'hébergements temporaires et adaptés à la situation médicale des malades et qui n'existent pas aujourd'hui, manque de places d'hébergement social pour les personnes sans domicile, difficultés financières pour le déménagement et aide humaine. Le maintien à domicile des personnes atteintes d'un cancer semble être moins au cœur de leur préoccupation. Quand ils en parlent, c'est surtout pour évoquer l'isolement des malades, les difficultés d'adaptation du logement et les limites des aides à domicile.

Des dispositifs de logements existants, mais à l'accès fléché.

Il existe en France une offre de logements réservée aux personnes malades. Dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire, il est possible d'être hébergé temporairement en dehors de l'hôpital (Hôtels hospitaliers et Maisons hospitalières), mais la répartition de cette offre sur le territoire est inégale puisque liée à la volonté des établissements de soins et des acteurs associatifs. A plus long terme, la personne malade qui devrait changer de domicile se trouve confrontée à la barrière du statut. Est-elle une personne âgée de plus 60 ans ? Est-elle affectée par des troubles mentaux ou psychiques indépendant de la maladie cancéreuse ? Etait-elle une personne en situation de handicap avant d'être malade ? Est-elle considérée comme étant un public en situation de précarité ? Répondre oui à l'une au moins de ces questions permet d'accéder, a priori, à un certain nombre de dispositifs de logement.

Répondre non à toutes ces questions place le malade dans un cas particulier. Aucune offre à long terme de logements n'est spécifiquement réservée aux personnes affectées par la maladie, dans notre cas la maladie cancéreuse. Il leur faut se tourner vers le parc social et le parc privé. Le premier, bien que saturé, offre la possibilité de faire valoir son état de malade pour obtenir un logement. Le second ne le permet pas.

Reste une solution, activer les outils de maintien à domicile. Pour permettre à une personne malade de rester chez elle, en dehors de la problématique financière, il est possible de lui apporter une aide à domicile, ou encore d'adapter son logement. Lorsqu'il est question d'argent, et de difficultés à payer son loyer ou ses remboursements d'emprunts du fait de la maladie, là encore, il existe des solutions, pas toujours suffisantes ni satisfaisantes dans l'état actuel des choses, qui permettent par exemple d'obtenir une aide pour payer son loyer, ou ses mensualités, d'éviter une expulsion ; etc.

2. Logements prévus pour les personnes malades

Dans cette partie, l'objectif est d'avoir une vue d'ensemble sur les dispositifs de logement, temporaires ou non, existants déjà à destination des personnes malades, dont celles atteintes d'un cancer. Certains hébergements n'opèrent aucune sélection, autre que le fait d'être malade ou atteint d'un cancer. D'autres visent particulièrement certains publics comme les personnes âgées, les personnes en situation de handicap physique ou psychique, ou encore les enfants.

On constate que l'offre à destination des personnes malades se porte principalement sur certains publics, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les enfants autour des centres de soins de référence. Beaucoup moins sur des personnes qui n'entrent dans aucun de ces parcours. Cependant, nous verrons qu'être un public « cible » ne rend pas forcément plus facile l'accès à ces dispositifs de logements.

D'une manière générale, si l'on tient compte des retours des professionnels dans le cadre du DOPAS, tous ces dispositifs ne semblent pas suffire à absorber la demande. Une demande qui, pour l'hébergement temporaire d'abord et de long terme ensuite, devrait augmenter du fait du virage ambulatoire opéré dans les hôpitaux en France, notamment dans les traitements des cancers.

2.1 Des logements prévus pour les personnes malades en général

Dans cette partie, sont présentés des dispositifs d'hébergements, temporaires ou non, destinés aux personnes malades et/ou à leurs proches, et dont le seul critère à respecter est le besoin médical.

2.1.1 Temporaires

Les hôtels hospitaliers (ou hébergements temporaires non médicalisés)

- **Objectif**

Permettre aux patients et à leurs familles accueillis en ambulatoire ou sur de courtes durées de se loger à proximité immédiate des lieux de soins dans des hôtels de tourisme.

- **Fonctionnement**

Des conventions sont passées localement entre les établissements de soins et les hôtels privés se trouvant à proximité afin de proposer des tarifs moins élevés que ceux pratiqués pour le tout-venant. Pour y parvenir, l'hôpital prend en charge une partie des frais. Ne sont donc pas considérés comme des hôtels hospitaliers, les hôtels qui pratiquent uniquement des tarifs préférentiels.

- **Critères d'éligibilité**

Etre malade, ou accompagner un malade ; se faire soigner dans l'un des hôpitaux qui a signé une convention avec l'hôtel hospitalier ; ne pas avoir besoin de soins médicaux autres que ceux délivrés en ambulatoire ; ne pas avoir de problèmes de santé mentale ; être autonome d'un point de vue médical.

- **Coût et Financement**

Par exemple, l'hôtel Campanile à côté de l'institut Gustave Roussy¹ (Villejuif) propose un tarif négocié de 13 euros par nuit à charge du patient à régler à l'IGR.

En fait, l'hôpital prend en charge le coût de la chambre, via une demande à son médecin référent de l'IGR et au bureau de Gestions des lits, et sous réserve de répondre à plusieurs critères. Pour les

¹ <https://www.gustaveroussy.fr/>

proches accompagnants, des tarifs ont été négociés et les coûts supplémentaires sont à régler directement à l'hôtel.

Autofinancement + prise en charge par certaines mutuelles/assurances complémentaires en fonction du contrat.

- **Type de besoin**

Ces hôtels hospitaliers répondent à un besoin d'hébergement ponctuel, de très courte ou courte durée, le temps d'un traitement ou d'une hospitalisation ambulatoire. Il s'agit d'un type d'hébergement non-médicalisé, qui doit être anticipé et programmé en fonction des soins nécessaires.

Les établissements d'accueil pour familles de malades (Maisons d'accueil hospitalières)

- **Objectif**

Créés en 1970, les MAH répondent au besoin d'hébergement à proximité des établissements de santé des accompagnants prioritairement, et des patients compte tenu des développements de l'ambulatoire². Il y en a 70 sur le territoire.

- **Fonctionnement**

Les MAH sont des initiatives privées désintéressées, comme les maisons de la fondation McDonald. Contrairement aux hôtels hospitaliers, elles fonctionnent de manière communautaire, grâce à des bénévoles, et se sont dotées d'une mission d'accueil, d'accompagnement et d'écoute des personnes malades et de leurs proches. C'est-à-dire que les MAH ne sont pas seulement un lieu d'hébergement, mais un lieu d'écoute et de soutien pour les malades et leurs aidants, où tout est fait pour garder les habitudes de la vie quotidienne et favoriser les liens sociaux entre les résidents.

Toute MAH doit obtenir la signature d'une convention avec un ou plusieurs établissement(s) de santé. Elle peut également, mais cela n'est pas obligatoire, passer d'autres conventions avec des organismes particuliers comme la Ligue. Toute MAH doit aussi se déclarer à l'ARS. Le conventionnement avec l'action sociale de l'assurance maladie n'est pas obligatoire.

C'est la MAH qui gère elle-même les réservations, ainsi que les tarifs, qui peuvent varier ou non en fonction des revenus.

- **Critères d'éligibilité**

La prestation d'hébergement est proposée aux patients déclarés éligibles par l'établissement de santé, sur proposition de l'équipe de soins, mais une MAH a le droit d'héberger prioritairement certains publics, par exemple les parents d'enfants hospitalisés ou les personnes soignées pour un cancer par exemple.

² « Proposition de cahier des charges pour les Maisons d'Accueil Hospitalières (MAH) », 5 octobre 2015, projet confédéral mené en partenariat avec la Croix-Rouge française, la FEHAP, la FHF, la FMAH, la FNH, l'UNICANCER, l'UNIOPSS et l'UNAPECLE. http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2015-10/gt_mah_-_cahier_des_charges_-_05.10.15.pdf

L'accompagnant n'est pas nécessairement un membre de la famille, il peut s'agir d'un proche. Concernant les patients, ce sont des patients en ambulatoire, dont l'état de santé ne justifie pas ou plus une hospitalisation.

L'éloignement géographique du domicile est bien sûr pris en compte.

- **Coût et financement**

Objectif d'accessibilité financière grâce à « un net décrochage tarifaire par rapport à l'hôtellerie classique ».

Par exemple, la maison Ronald McDonald de Villejuif proche de l'institut Gustave Roussy propose un tarif de 10 euros par nuit et par famille.

Autre exemple, à Montpellier, La Pasquière, une maison de famille membre du réseau de la Fédération nationale des maisons de famille³, où une convention est signée avec le CHU, la nuit est proposée à 24,50 euros.

Autofinancement des malades et de leurs proches + mutuelles/complémentaires quand le contrat le prévoit

- **Type de besoin**

Ces hôtels hospitaliers répondent à un besoin d'hébergement ponctuel, de très courte ou courte durée, le temps d'un traitement ou d'une hospitalisation ambulatoire. Il s'agit d'un type d'hébergement non-médicalisé, qui doit être anticipé et programmé en fonction des soins nécessaires.

Les HH et MAH visés par une expérimentation

- **Objectif**

Le gouvernement veut encourager ces initiatives afin d'optimiser l'organisation des établissements de santé et leur « permettre » de se recentrer sur les soins, car une nuit en HH ou en MAH permet d'éviter les hospitalisations la veille de patients qui en dehors de la question de l'éloignement géographique n'avaient pas de besoins particuliers à être hospitalisés. Cela permettrait d'engendrer des économies.

- **Fonctionnement**

Lancement en mars 2017 d'un appel à projet « auprès des établissements de santé qui souhaitent proposer à leurs patients une prestation d'hébergement non médicalisé, en amont ou en aval de leur prise en charge ». Soit l'établissement propose la prestation lui-même (hors locaux d'hospitalisation), soit il la fait réaliser par un tiers (prestataire hôtelier ou partenaire associatif). La famille peut être hébergée avec le patient, à raison d'un accompagnant pour un majeur, ou de deux pour un mineur.

Parmi les établissements autorisés à participer à cette expérimentation : le Groupe hospitalier Est-hôpital femme mère enfant (HCL) à Lyon ; le Centre régional de lutte contre le cancer Léon Bérard à Lyon ; l'Hôpital Robert Debré (AP-HP) à Paris, Necker, Bichat, Gustave Roussy, Quinze-Vingts, etc.

Deux exemples :

³ <http://fmah.fr/>

-à Montpellier, le CHU va s'appuyer sur plusieurs structures existantes ou en cours, et notamment avec le projet de Clara Navarro, une mère de trois enfants qui s'était confrontée à la problématique de l'hébergement lorsqu'elle venait faire soigner son fils à Paris (pour une tumeur), Seren'city, un hôtel hospitalier avec une cinquantaine de chambres dont les premières doivent ouvrir en 2018.

-Le CHU de Dijon va lui s'appuyer sur la Maison des parents déjà existante.

- **Critères d'éligibilité**

Sur ce point, le décret relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation⁴ apporte des précisions réglementaires. Les patients doivent être autonomes, sans besoin de surveillance médicale ou d'installation médicale lourde. Deux types de personnes ne sont pas éligibles à cette prestation : les patients avec des troubles temporo-spatiaux, des addictions ou des troubles mentaux de nature à mettre en cause leur propre sécurité ou celle des autres, les patients porteurs connus d'agents pathogènes présentant un risque de transmission directe ou indirecte via l'environnement.

- **Coût et financement**

Coût identique aux HH et MAH + prise en charge par la Sécurité sociale dans le cadre de l'expérimentation.

- **Type de besoin**

Idem HH/MAH

Encadré 2- Les mises en garde de l'Association française de chirurgie ambulatoire

Sa présidente, Corinne VONS⁵, juge qu'une prise en charge post-opératoire dans un hôtel hospitalier ne peut pas être considérée comme étant de l'ambulatoire. Elle met en garde contre d'éventuelles dérives à ce système :

-Absence d'évaluation des risques à laisser un patient post-opératoire dans un hôtel,

- Risque que l'hôtel ne soit qu'un sas pour faire patienter des patients en attente de soins post-opératoires (retrait des drains par exemple), et que cela ne vienne rompre « la dynamique d'amélioration de la prise en charge postopératoire vers plus de simplification ».

-Baisse relative des coûts de l'hospitalisation. Seul le retour à domicile pour l'AFCA est une solution qui fait baisser les coûts.

⁴ Décret n°2016-1703 du 12 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients

⁵ In « Evolutions actuelles et à venir de la chirurgie ambulatoire : impact pour les structures d'appui, et notamment les hôtels hospitaliers », intervention du Professeur Corinne Vons, chirurgien digestif, AP-HP, Hôpitaux Universitaires de Seine-Saint-Denis lors d'un colloque, « Nouveaux enjeux et nouveaux défis de la prise en charge ambulatoire en médecine et en chirurgie », à Nantes le 17 mars 2016.

http://www.fhf-pl.fr/files/00/01/23/00012312-f9e8e9c0a13e8563ea224b5949cce7aa/7_cvons.pdf

Les « Appartements thérapeutiques » de la Ligue contre le cancer

- **Objectif**

Permettre aux patients et à leurs familles qui nécessitent des soins en ambulatoire ou sur de courtes durées de se loger à proximité des lieux de soins dans des logements confortables, et à moindre coût, tout en bénéficiant de l'offre en soins de support de la Ligue contre le cancer.

- **Fonctionnement**

Les comités départementaux sont propriétaires de ces appartements qu'ils « louent », contre une modique somme d'argent et la signature d'une convention, et/ou d'un règlement intérieur, et la réalisation d'un état des lieux, à des malades atteints de cancer et/ou à leurs proches.

Les appartements sont équipés d'une cuisine ou kitchenette, d'une salle de bain, et parfois de services comme la télévision ou la machine à laver. Ils peuvent accueillir une personne à minima. Certains, comme c'est le cas en Corrèze, sont aux normes handicap. L'idée est de permettre aux patients éloignés de leur domicile, de mener une vie la plus normale possible, et de ne pas se sentir à l'hôtel.

Le CD de la Corse⁶ possède 5 studios, celui de la Corrèze⁷ 2 appartements.

- **Critères d'éligibilité**

Pour établir la priorité, les comités se basent souvent sur la distance qui éloigne les malades de leur domicile à l'hôpital. Mais aussi sur la date de début de traitement. Dans les faits, la gestion des priorités se fait fonction des cas qui se présentent. Une certaine souplesse s'est mise en place.

- **Coût et financement**

Les comités font en sorte de réduire les coûts pour les malades et leurs proches. Lorsqu'une personne ne peut pas payer, tout ou partie, les frais d'hébergement, les comités peuvent l'aider.

Tarif Corse : 1 euro au-dessus du tarif journée remboursé par la Sécu

Tarif Corrèze : 10 euros/nuit, réduction à la semaine, 50 euros/semaine

Autofinancement + parfois prise en charge par la mutuelle (c'est le cas des mutuelles corses qui acceptent de jouer le jeu)

- **Type de besoin**

Hébergement de courte et moyenne durée, le temps des traitements notamment.

Durée des séjours en Corse : 7 à 10 semaines.

Durée des séjours en Corrèze : Selon les besoins de la personne malade.

Hébergement non-médicalisé qui peut être anticipé, mais selon le taux de remplissage des différents comités, il est possible d'obtenir un hébergement de dernière minute.

Occupation des logements en Corse : remplissage par vagues, des périodes complètes alternent avec des périodes de creux.

⁶ https://www.ligue-cancer.net/article/30840_aide-aux-malades

⁷ https://www.ligue-cancer.net/article/31842_espace-ligue-brive

Occupation des logements en Corrèze : sous-occupation du dispositif, seulement 50% de taux de remplissage

Encadré 3- Comment expliquer la sous-occupation de ces logements?

Les deux comités qui ont mis en place ces appartements thérapeutiques ne parviennent pas à les remplir. Aucun n'a étudié officiellement cette problématique, mais les deux secrétaires évoquent des pistes de réponse.

Corse :

- pas la grosse demande des villes comme Marseille ou Nice
- de la pudeur, comme pour les soins de support. Les malades auraient du mal à revenir demander l'aide de la Ligue après avoir déjà bénéficié de leur soutien
- certains médecins ne parlent pas toujours des résidences aux malades car il est possible de les garder à l'hôpital

Corrèze :

- blocage au niveau de l'hôpital
- VSL gratuits, donc en campagne les gens préfèrent rentrer chez eux. Reçoivent des gens de la Dordogne, du Lot aussi pourtant.

En Corrèze, une étude de marché avait été réalisé, et l'INCA avait subventionné le projet.

PISTE DE REFLEXION

Une solution venue d'Outre-Manche ?

A titre d'information, voici une solution mise en place au Royaume-Uni permettant de pallier le manque de places dans les hôpitaux du NHS. Elle ne nous semble pas adaptée, mais nous souhaitons la porter à votre connaissance car elle pourrait faire des émules lors d'éventuelles réformes de notre système de santé.

- **Objectif**

Soulager le NHS britannique, dont les services sont apparemment surchargés de patients qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés mais n'ont nulle part où aller, en permettant à des particuliers d'accueillir chez eux contre rémunération des patients en post-opératoire. Les médias britanniques ont surnommé ce système CareBnb, sur le modèle d'AirBnb.

- **Fonctionnement**

Une startup, Carerooms⁸, s'occupe de trouver des particuliers prêts à accueillir des malades en post-opératoire. Il leur suffit de posséder une chambre ou une annexe qui dispose d'un accès particulier à une salle de bain, et d'être disponible pour réchauffer trois fois par jour des repas au micro-onde, pour

⁸ <https://carerooms.com/>

s'inscrire. Après la visite d'un professionnel de Carerooms, si le domicile est éligible, le particulier pourra recevoir des patients en contrepartie d'un paiement de 50 livres/nuit. Le site Carerooms fait valoir la possibilité de gagner jusqu'à 1000 livres/mois. Les malades sont surveillés à distance par téléphone par des infirmiers et aides-soignants. Le particulier n'a donc besoin d'aucune compétence dans la prise en charge des malades.

- **Critères d'éligibilité**

Carerooms ne précise pas quel type de malade est visé par ce dispositif. Le quotidien Times⁹ explique que sont surtout concernées des personnes âgées, en post-opératoire, et qui ne sont pas encore tout à fait autonomes. L'accord du médecin généraliste est nécessaire.

Cependant, pour l'instant, il s'agit d'un test réalisé auprès d'une trentaine de patients du comté de l'Essex.

- **Coût et financement**

50 livres/nuit, à la charge du patient.

- **Type de besoin**

En post-opératoire, une fois le séjour à l'hôpital terminé. Soit parce que le malade n'a nulle part où aller. Soit parce que le malade veut bénéficier de la hotline médicale le temps de sa convalescence, ce qui risque d'attirer plutôt des patients aisés.

Risque de dérives, ubérisation du système de santé, etc.

2.1.2 Non temporaires

Pas d'offre de logement non-temporaire spécifiquement destinée aux personnes malades et ouvert à tout public malade.

⁹ <https://www.courrierinternational.com/article/pour-desengorger-les-hopitaux-le-royaume-uni-teste-lairbnb-de-la-convalescence>

2.2 Des logements prévus pour les jeunes ou enfants malades

Dans cette partie, sont présentés des dispositifs d'hébergements, temporaires ou non, destinés aux personnes malades, et dont les seuls critères à respecter sont le besoin médical et le fait d'être un enfant.

2.2.1 Temporaires

Les hôtels hospitaliers

Ce dispositif, déjà développé ci-dessus, peut convenir pour les proches d'enfants ou de jeunes hospitalisés notamment.

Les Maisons d'accueil hospitalières

Ce dispositif, déjà développé ci-dessus, peut convenir pour les proches d'enfants ou de jeunes hospitalisés notamment.

Les familles d'accueil de la Ligue - CD 94

- **Objectif**

Création il y a cinq ans, en 2012, d'un réseau de familles d'accueil bénévoles pour les enfants suivis en oncopédiatrie à Paris et en Ile-de-France.

- **Fonctionnement**

Des familles bénévoles étaient recrutées par réseau, par relations. Elles passaient un entretien avec un psychiatre de l'IGR (Institut Gustave Roussy, Villejuif) et obtenaient ensuite une validation des pysys de la Ligue. Le projet avait obtenu un financement de l'ARS.

- **Critères d'éligibilité**

Les enfants et leurs familles devaient être suivis en oncopédiatrie à Paris et en Ile-de-France et être envoyés par ces services.

- **Coût et financement**

Gratuit pour l'enfant et sa famille

- **Type de besoin**

Besoin sur courte et moyenne durée. Le projet n'a jamais fonctionné et est arrêté aujourd'hui.

Les explications de Mme Marion, vice-présidente du CD 94 : « Le problème c'est que la chef de service oncopédiatrique de l'IGR n'a jamais envoyé de patients à la Ligue car il existait déjà à proximité de l'IGR une maison des parents (maison McDo). La Ligue « enlevait » des personnes à cette maison. La maison McDo n'était certainement pas complète. Idem pour l'association ISIS de l'IGR qui envoyait plutôt les patients à la maison des parents. En fait, ce système des familles d'accueil posait quand même une difficulté, celle du déplacement. Les familles d'accueil ne se trouvaient pas à proximité de l'IGR. A chaque fois, l'IGR a joué le jeu de la proximité. C'était une demande des parents aussi. Ils préfèrent la

proximité des soignants.
Même réaction à l'institut Curie. Ils n'auraient envoyé à la Ligue des familles que si la maison des parents avait été complète ».

2.2.2 Non temporaires

Pas d'offre de logement non-temporaire spécifiquement destinée aux jeunes et enfants malades.

2.3 Des logements prévus pour les personnes âgées malades

Dans cette partie, sont présentés des dispositifs d'hébergements, temporaires ou non, destinés aux personnes malades, et dont les seuls critères à respecter sont le besoin médical et le fait d'être âgé de plus de 60 ans.

2.3.1 Temporaires

EPHAD avec service d'hébergement temporaire

- **Objectif**

Certaines places sont spécialement dédiées à l'hébergement temporaire. Elles sont occupées par des personnes âgées de passage pour quelques semaines ou quelques mois. Certains EHPAD, mais ils sont rares, sont exclusivement dédiés à l'accueil temporaire.

- **Fonctionnement**

Le demandeur doit déposer, comme pour une place de longue durée, un dossier unique d'admission.

- **Critères d'éligibilité**

Le portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches¹⁰, dans une petite vidéo, explique qu'il faut s'y prendre à l'avance. Par exemple, un fils qui s'occupe de sa mère et part en vacances dans 4 mois, doit commencer au plus tôt les démarches pour que sa mère soit hébergée dans les délais. Apparemment les cas de départs en vacances des proches aidants semblent avoir surtout été pris en compte, moins la maladie. Mais la maladie peut être un des cas de justification d'un hébergement temporaire, dans le cadre d'un traitement par exemple.

- **Coût et financement**

Cf EPHAD

- **Type de besoin**

De courte durée, mais plutôt des besoins anticipés de longue date.

Les « lits-sas » (Bourgoin-Jallieu)

- **Objectif**

Création en Isère, en mai 2016, de 15 lits-sas par le centre hospitalier de Bourgoin-Jallieu¹¹, un hébergement transitoire de trois mois maximum pour des patients qui attendent une place en maison de retraite médicalisée, afin d'éviter qu'ils ne se retrouvent seuls chez eux ou hospitalisés pendant des semaines dans des services inadaptés.

- **Fonctionnement**

Ces « lit-sas » peuvent accueillir des personnes âgées qui ont fait une demande d'admission en EHPAD, mais qui sont sur liste d'attente. Le service parle plutôt d'une transition que d'un hébergement temporaire. Pendant ces trois mois, l'équipe soignante va essayer de trouver une place en EHPAD en refaisant les dossiers de leurs patients notamment. Souvent les dossiers transmis au EHPAD sont

¹⁰ <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>

¹¹ <http://www.bourgoinjallieu.fr/actualites/service-de-proximite/ehpad-jean-moulin-des-lits-sas-pour-l-hebergement-d-urgence>

anciens, ne correspondent plus à la réalité. Un état des lieux est refait lors de l'arrivée dans un « lit-sas » au niveau de la santé et de l'autonomie. Permet aux maisons de retraite d'évaluer la personne de façon plus juste et plus récente, selon le Dr Fassin, médecin coordonnateur de l'unité « lit-sas »¹².

- Critères d'éligibilité

Avoir déposé un dossier de demande d'admission en EHPAD, et être sur liste d'attente.

Ne pas présenter de troubles cognitifs sévères. Ces personnes ne peuvent être accueillies, car les lieux ne sont pas sécurisés.

- Coût et financement

Dispositif expérimental pris en charge par l'ARS pour l'instant.

- Type de besoin

Trois mois maximum, peut répondre à des besoins urgents, mais dispositif pas encore développé.

2.3.2 Non temporaires

EPHAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

- Objectif

Accueillir et prendre en charge des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien, partiellement ou totalement dépendantes de l'aide de quelqu'un dans les actes de la vie quotidienne pour des raisons physiques ou mentales.

- Fonctionnement

Il y a 50 à 120 résidents par EHPAD. L'EHPAD doit au résident des prestations d'administration, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchissage, d'animation de la vie sociale.

Les soins (pansements, mesure de la glycémie, distribution des médicaments, etc.) sont réalisés par une équipe soignante sous le contrôle d'un médecin coordonnateur.

- Critères d'éligibilité

Être une personne âgée dépendante, avoir déposé un dossier de demande d'admission et pouvoir payer les frais.

- Coût et financement

Les résidents vont payer le prix hébergement (aide au logement peut s'appliquer si bénéficiaire et aide sociale à l'hébergement si public concerné) et le tarif dépendance en fonction de leur GIR (tarif fixé annuellement par le conseil départemental et aide possible sur cette partie-là avec l'APA). Le tarif soin journalier est à la charge de l'assurance maladie. Certaines places en EHPAD sont habilitées à l'aide sociale, et c'est le conseil départemental qui fixe alors le prix des hébergements.

¹² https://www.francetvinfo.fr/sante/senior/un-service-inedit-pour-les-personnes-agees-en-attente-d-une-place-en-maison-de-retraite_2224659.html

- **Type de besoin**

Besoin sur le long terme, et anticipé le plus possible car délais long (cf encadré).

Encadré 4-Des problèmes d'accessibilité aux EPHAD

Les EHPAD les moins chers (souvent public) présentent un fort taux d'occupation, plus de 90%, donc il est plus difficile d'y trouver une place, avec des délais de plus d'un an parfois. Ceux qui sont plus chers, et plus souvent dans le privé, sont plus facilement accessibles, voire très accessibles (privé à but lucratif où il est possible de trouver une place de suite). S'ajoute la problématique géographique, certaines régions ayant plus d'offres que d'autres.

Certains départements sont plus en tension que d'autres¹³. Cinq départements (Alpes Maritimes, Meurthe-et-Moselle, Manche, Mayenne, Loir-et-Cher) concentrent 18% de la demande en France alors qu'ils ne disposent que de 5% de l'offre de lits en EHPAD. L'Allier, la Charente, la Loire, la Meuse et la Sarthe sont aussi concernés. A l'inverse, dans certains départements l'offre excède la demande dont Maine-et-Loire, Morbihan, Moselle, Nord, Pas-de-Calais, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Atlantiques, Bas-Rhin, Rhône et Vendée.

Unités de soins de longue durée

- **Objectif**

Accueillir et prendre en charge des personnes âgées de plus 60 ans dépendantes et dont les besoins de soins ne peuvent être remplis par un EHPAD simple.

- **Fonctionnement**

Elles sont adossées à un établissement hospitalier. Les moyens médicaux qui y sont mis en œuvre sont plus importants que dans les EHPAD.

Comme dans les EHPAD, la prise en charge est globale, seule différence, la prise en charge des soins est hospitalière.

- **Critères d'éligibilité**

S'adressent à des personnes très dépendantes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante.

L'admission dans une USLD a généralement lieu à la suite d'une hospitalisation ou d'un passage en service de soins de suite et de réadaptation.

L'admission directe en provenance du domicile est possible.

- **Coût et financement**

Même facturation qu'en EHPAD, mêmes aides

- **Type de besoins**

De long terme, plus difficile à anticiper car très lié à la maladie et à l'état de la personne.

¹³ Etude de la Caisse des dépôts et des territoires, qui se fait le relais d'une étude réalisée par le site logement-seniors.com en 2017, intitulée « Dépendance et offre d'hébergement : situation des EHPAD en France » : <https://www.logement-seniors.com/uploads/medias/presses/documents/2-cp-logement-seniors.pdf>

L'habitat partagé accompagné (ou colocation en Allemagne)

- **Objectif**

Permettre à des personnes âgées pouvant avoir un besoin d'aide et de soin important de vivre dans un domicile privé en proposant une alternative à l'EHPAD en associant l'autonomie d'un habitat individuel et la sécurité d'un accompagnement médico-social.

- **Fonctionnement**

Le regroupement des logements permet le partage entre les locataires du coût d'un service avec une présence continue et une aide complémentaire de l'aide à domicile.

6 à 10 personnes partagent un grand appartement, accompagnés au quotidien, 24h/24 par une équipe de salariés d'un service d'aide et de soin.

Parmi les supports mis en œuvre, on retrouve une veille (présence et attention bienveillante des intervenants et des habitants entre eux pour détecter les difficultés ou les situations de crise), de l'aide à la personne (aide aux actes de la vie quotidienne réalisée par des aides ménagères ou des auxiliaires de vie pour le ménage, la cuisine, l'aide au lever, au déplacement, à la toilette), et une aide à l'inclusion sociale (aide aux démarches administrative et sociale, aide pour l'accès aux droits et leur maintien).

Souvent, ce sont des associations en partenariat avec des collectivités locales qui financent ces projets. C'est le cas par exemple de « Vivre aux vignes » à Grenoble (Isère), un habitat partagé porté par l'association du même nom en partenariat avec l'association Les Petits frères des Pauvres, le CCAS de Grenoble, un bailleur social Actis, un organisme d'aide à la personne Vitalliance et une agence immobilière à vocation sociale Territoires. Parfois, comme à Lyon avec le « co-logis des Aînés, l'initiative est portée par des citoyens eux-mêmes, ou comme à Cergy et Bussy Saint Georges avec les résidences intergénérationnelles portées par Efidis, un bailleur social.

- **Critères d'éligibilité**

Selon une étude menée en 2016 pour le collectif Habiter Autrement¹⁴, il semblerait que ce dispositif concerne le plus souvent « des personnes avec un besoin d'aide important comme la maladie d'Alzheimer ».

En général, toute personne âgée dont le niveau de perte d'autonomie a été évalué, et allant de GIR 1 à 6, peut intégrer ce type d'habitat.

- **Coût et financement**

Parce qu'il peut s'agir de logements sociaux, ou grâce à des subventions ou des financements par la philanthropie, ces habitats partagés sont accessibles financièrement pour les habitants. Mais il semblerait que la question du maintien de l'accessibilité économique se pose désormais car le modèle économique est fragile. Malgré les efforts (maintenir les coûts facturés aux habitants ; assumer les coûts non répercutés aux habitants), la cible reste étroite (plafonds du logement social ; nécessité, dans certains habitats de mobiliser des ressources complémentaires pour payer le service).

¹⁴Etude réalisée par Hélène Leehardt, consultante en gérontologie sociale, et présentée le 22 juin 2017 à Strasbourg lors du séminaire UNIOPSS-URIOPSS sur « L'Habitat inclusif des personnes âgées et fragiles ».

- **Type de besoin**

Répond à un besoin de logement sur le long terme, le plus possible anticipé compte tenu du petit nombre de structures actuellement ouvertes en France (environ 300, dont 200 petites unités de vie). Mais rien n'indique qu'une demande en urgence ne puisse pas être satisfaite.

Doit accueillir des personnes âgées subissant une perte d'autonomie, légère ou forte (GIR 1 à 6), ou souhaitant conserver leur autonomie, mais « des limites se posent concernant l'accompagnement des personnes qui ont un besoin d'aide important ».

Encadré 5 - Les colocations allemandes pour personnes âgées

En Allemagne, 3200 à 3700 colocations accompagnées en ambulatoire (surtout pour les personnes avec démence). La gouvernance se fait en responsabilité partagée ou avec un porteur (service d'aide et de soins à domicile). Ce type de logement s'est développé en Allemagne sur le principe de l'assurance soin « ambulante statt stationär » (que le soin aille à la personne et pas la personne au soin). L'Allemagne est allée plus loin que les colocations en mettant en place des « quartiers » adaptés avec un partenariat entre les bailleurs et les services de soins.

2.4 Des logements destinés à des publics spécifiques (handicap physique et/ou mental, précarité) et malades

Dans cette partie, sont présentés des dispositifs d'hébergements, temporaires ou non, destinés aux personnes malades, et dont les seuls critères à respecter sont le besoin médical et le fait d'être atteint d'un handicap physique et/ou psychique et/ou d'être dans une situation de précarité. Ces dispositifs ne sont pas accessibles directement par les malades. L'intermédiaire d'un service social est nécessaire (voir avec le SIAO¹⁵).

2.4.1 Temporaires

Les appartements de coordination thérapeutique ACT (rapport de la Fédération Santé et Habitat)

- **Objectif**

Il s'agit de structures médico-sociales qui offrent à la fois un hébergement, un accompagnement social et un accompagnement médical. Ces appartements ont été créés en 1994 par circulaire ministérielle¹⁶.

- **Fonctionnement**

Destinés dans un premier temps à l'hébergement de patients touchés par le VIH-Sida, l'intégration des ACT au dispositif médico-social par les lois de 2002¹⁷ a permis d'en élargir l'accueil à toute personne en situation de précarité atteinte de pathologies chroniques. Ils peuvent prendre plusieurs formes (immeuble collectif ou appartements disséminés) et ont une taille moyenne d'environ 14 places (environ 1800 places au niveau national). Les ACT diffèrent entre eux mais leur mission principale est l'accompagnement vers l'autonomie sociale et médicale du résident.

- **Critères d'éligibilité**

Toute personne en situation de précarité et atteinte d'une maladie chronique.

- **Coût et financement**

En 2010, ils étaient financés à hauteur de 95% par l'Assurance Maladie, à 3% par les contributions des résidents, à 1% par les crédits Programme Régional de Santé Publique (PRSP) de l'Agence Régionale de Santé, et à 1% par d'autres crédits de l'État.

Rien à charge du malade.

- **Type de besoin**

Besoin temporaire, mais peu de places en France (1800). Certaines régions en ont plus que d'autres, 730 places en Ile-de-France, 21 places dans le Nord-Pas-de-Calais, et 8 places dans le Limousin¹⁸.

¹⁵ http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2014/10/dihal_-_annuaire_siao_ecran.pdf

¹⁶ Circulaire DGS n°65 du 17 août 1994 relative à la mise en place d'un programme expérimental de structures d'hébergement pour personnes malades du Sida.

¹⁷ Lois n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

¹⁸ Données recueillies par la Fédération Santé et Habitat en 2012 en partenariat avec l'INCA dans le cadre d'un rapport sur « L'hébergement temporaire à proximité des lieux de soins pour les personnes en situation de précarité atteintes de pathologies cancéreuses et de leurs accompagnants ».

Pour en savoir plus : une liste des ACT par région est disponible en ligne dans l'annuaire des établissements de l'action sociale pour la réinsertion sociale. <http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale.html>

Les Lits Halte Soins-Santé (rapport de la Fédération Santé et Habitat)

- **Objectif**

Les LHSS accueillent les personnes en situation de grande exclusion dont l'état de santé physique ou psychologique ne justifie pas ou plus d'hospitalisation mais qui nécessitent une prise en charge sanitaire, sociale, et/ou du repos ou de la convalescence.

- **Fonctionnement**

Ils trouvent leur origine dans les Centres d'hébergement d'urgence avec soins infirmiers (1993), projet expérimental pérennisé par décret en 2006¹⁹.

- **Critères d'éligibilité**

Les personnes qui souhaitent une place dans ces structures ont besoin d'une validation médicale mais leur situation administrative n'entre pas en ligne de compte.

- **Coût et financement**

Leur financement provient à 100% de la CPAM.

- **Type de besoin**

La durée prévisionnelle de séjour est de moins de deux mois (modulable selon les gestions locales). « Ces dispositifs sont peu utilisés par les travailleurs sociaux interrogés car ils sont souvent complets et mal adaptés pour les patients atteints de pathologies cancéreuses (ces lits étaient prévus pour les prises en charges de pathologies aiguës) »²⁰, lit-on dans le rapport de la Fédération Santé Habitat et de l'INCA²¹. A Paris, par exemple, il y a 170 places.

Pour en savoir plus : une liste des LHSS est disponible en ligne dans l'annuaire des établissements de l'action sociale pour la réinsertion sociale. <http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale.html>

CHRS Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (rapport de la Fédération Santé et Habitat)

- **Objectif**

Les CHRS sont des structures collectives ayant pour objectif de permettre à des personnes ou des familles en difficulté de retrouver leur autonomie sociale.

- **Fonctionnement**

Certaines structures ont des places médicales. Les CHRS sont dans une grande majorité gérés par des associations de loi 1901. D'autres peuvent être administrés par des Centres Communaux d'Action

¹⁹ Décret n°2006-556 du 17 mai 2006 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées « lits halte soins santé ».

²⁰ Rapport finalisé de l'INCA, « L'hébergement temporaire à proximité des lieux de soins pour les personnes en situation de précarité atteintes de pathologies cancéreuses et leurs accompagnants ».

²¹ Rapport sur « L'hébergement temporaire à proximité des lieux de soins pour les personnes en situation de précarité atteintes de pathologies cancéreuses et de leurs accompagnants », 2012.

Sociale (CCAS) ou des structures départementales. Ils relèvent de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et de l'Article L. 345-1 du CASF.

Certains CHRS possèdent des places médicalisées spécialement prévues pour les personnes en grande difficulté touchées par une pathologie d'ordre médical (type lits-VIH).

- **Critères d'éligibilité**

Ils sont destinés aux personnes ou familles "qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion, en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale"²².

- **Coût et financement**

Ils sont financés par une dotation globale de l'État (crédits alloués par la DGCS) et les résidents participent aux frais d'hébergement dans la mesure de leurs ressources.

- **Type de besoin**

Temporaire, difficile d'y trouver une place selon les travailleurs sociaux des hôpitaux (rapport Inca). Presque 200 places en Île-de-France, 80 dans le Nord-Pas-De-Calais, et 9 dans le Limousin par exemple.

Pour en savoir plus : une liste des CHRS est disponible en ligne dans l'annuaire des établissements de l'action sociale pour la réinsertion sociale. <http://annuaire.action-sociale.org/etablisements/readaptation-sociale.html>

Les Appartements relais (AR) (rapport de la Fédération Santé et Habitat)

- **Objectif**

Les AR ont été créés au début des années 1990 et reconnus par la circulaire du 17 juin 1993²³. La définition de ces structures est floue et diffère selon leurs administrateurs : certains ont tendance à mettre l'accent sur l'hébergement, d'autres sur l'accompagnement social et la réinsertion de personnes malades.

- **Fonctionnement**

Les AR s'adressent à des populations autonomes d'un point de vue thérapeutique et représentent une sorte de « tremplin » vers le logement de droit commun. Bien que ces structures accueillent en majorité des personnes touchées par le VIH, certaines d'entre elles hébergent des personnes atteintes d'autres pathologies, dont des pathologies cancéreuses.

- **Critères d'éligibilité**

Toute personne en situation de précarité et atteint d'une maladie chronique.

- **Coût et financement**

Plusieurs sources de financement étaient identifiées en 2009 et différaient selon les structures : crédits PRSP de l'ARS (41%), aide au logement temporaire (ALT – 21%) des Caisses d'Allocations Familiales, les collectivités territoriales (14%), ressources propres aux associations (6%), des aides d'autres

²² Article L. 345-1 du CASF.

²³ Circulaire DGS n°45 du 17 juin 1993 relative au renforcement des actions de l'Etat dans le domaine de la lutte contre l'infection à VIH.

associations (8%), participation des résidents (5%), Assurance Maladie (1%), et autres crédits de l'État (3%).

Petite participation des résidents.

- **Type de besoin**

Besoin temporaire, tremplin vers le logement de droit commun normalement.

En 2010, il existait 20 structures proposant des appartements relais pour environ 190 places. Près de 150 étaient proposées en Île-de-France.

Pour en savoir plus : une liste des Appartements relais est disponible en ligne dans l'annuaire des établissements de l'action sociale pour la réinsertion sociale. <http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale.html>

2.4.2 Non temporaires

Pas d'offre de logements non-temporaire spécifiquement destinée à des publics spécifiques malades.

3. Logements non-prévus pour les personnes malades

Dans cette partie, l'objectif est d'avoir une vue d'ensemble sur les dispositifs de logement temporaires ou non existants, mais non spécifiquement prévus pour les personnes malades. Ici encore, l'offre peut se lire à travers quatre publics cibles : tout public, personnes âgées, personnes en situation de handicap physique/psychique et/ou en situation de précarité.

3.1 Les parcs locatifs social et privé

Ici, l'opposition se joue moins en terme d'hébergements temporaires/non-temporaires, mais de parc social/parc privé. En effet, en France, le logement dit ordinaire se décompose en deux secteurs locatifs, le social et le privé. En 2013²⁴, 5,4 millions de ménages étaient locataires dans des logements « sociaux », soit 18,7% des résidences principales. C'est moins que dans le secteur privé qui enregistrait alors 6,8 millions de locataires à résidence principale (23,6%). Cela concerne majoritairement de la location longue durée.

Concernant l'offre temporaire, dans le secteur social elle est encore inexistante, alors que dans le secteur privé, il existe des possibilités.

3.1.1 Le parc locatif social, une offre de logement de longue durée, difficile d'accès

Qu'est-ce que le logement social en France ?

- **Objectif**

Les HLM (Habitats à loyers modérés), aussi appelés des logements locatifs sociaux, sont des logements construits avec des aides pour pouvoir loger des personnes aux revenus modestes qui ne peuvent pas se loger dans le secteur privé au regard des prix pratiqués.

Pour exemple, 60% des ménages logés dans le parc social gagnent moins de 2100 euros (pour un ménage de 3 personnes)²⁵.

- **Fonctionnement**

Le logement social est financé par les acteurs publics. En 2015²⁶, par exemple, les 109 000 logements sociaux financés l'ont été à 75% par les prêts de la Caisse des dépôts, à 15% par les fonds propres des bailleurs sociaux et à 10% par les subventions de l'Etat, des collectivités locales et d'Action Logement(1% logement).

Ce sont les bailleurs sociaux (que l'on appelle aussi les organismes HLM), réunis dans une association l'Union sociale pour l'Habitat (Office Public de l'Habitat, Entreprises sociales pour l'Habitat et les coopératives HLM), qui sont chargés de construire les logements sociaux et d'en assurer la gestion.

- **Critères d'éligibilité**

L'article L.441-1 du Code de la construction et de l'habitation (Maj 2017) prévoit que "pour l'attribution des logements (...) il est tenu compte notamment du patrimoine, de la composition, du niveau de ressources et des conditions de logement actuelles du ménage, de l'éloignement des lieux de travail,

²⁴ Chiffres de 2013 (MAJ en 2015) du Ministère de la Transition écologique et solidaire <http://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/essentiel/ar/2195/0/evolution-nombre-locataires-secteur-social.html>

²⁵ <http://www.cohesion-territoires.gouv.fr/comprendre-le-logement-social-en-infographie>

²⁶ <http://www.cohesion-territoires.gouv.fr/comprendre-le-logement-social-en-infographie>

de la mobilité géographique liée à l'emploi et de la proximité des équipements répondant aux besoins des demandeurs".

S'ajoute ensuite un autre niveau de critères de priorité réglementaires :

- a) Personnes en situation de handicap, au sens de l'article [L. 114 du code de l'action sociale et des familles, ou familles](#) ayant à leur charge une personne en situation de handicap ;
- b) Personnes sortant d'un appartement de coordination thérapeutique mentionné au 9° de l'article L. 312-1 du même code ;
- c) Personnes mal logées ou défavorisées et personnes rencontrant des difficultés particulières de logement pour des raisons d'ordre financier ou tenant à leurs conditions d'existence ou confrontées à un cumul de difficultés financières et de difficultés d'insertion sociale ;
- d) Personnes hébergées ou logées temporairement dans un établissement ou un logement de transition ;
- e) Personnes reprenant une activité après une période de chômage de longue durée ;
- f) Personnes exposées à des situations d'habitat indigne ;
- g) Personnes mariées, vivant maritalement ou liées par un pacte civil de solidarité justifiant de violences au sein du couple ou entre les partenaires, sans que la circonstance que le conjoint ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité bénéficie d'un contrat de location au titre du logement occupé par le couple puisse y faire obstacle, et personnes menacées de mariage forcé. Ces situations sont attestées par une décision du juge prise en application de l'article 257 du code civil ou par une ordonnance de protection délivrée par le juge aux affaires familiales en application du titre XIV du livre Ier du même code ;
- h) Personnes engagées dans le parcours de sortie de la prostitution et d'insertion sociale et professionnelle prévu à l'article [L. 121-9](#) du code de l'action sociale et des familles ;
- i) Personnes victimes de l'une des infractions de traite des êtres humains ou de proxénétisme prévues aux articles [225-4-1 à 225-4-6 et 225-5 à 225-10](#) du code pénal ;
- j) Personnes ayant à leur charge un enfant mineur et logées dans des locaux manifestement suroccupés ou ne présentant pas le caractère d'un logement décent ;
- k) Personnes dépourvues de logement, y compris celles qui sont hébergées par des tiers ;
- l) Personnes menacées d'expulsion sans relogement ».

Mais à ces critères déjà nombreux se superposent d'autres critères, récemment entrés en vigueur, ceux du Droit au logement opposable (DALO). Une procédure DALO ne peut être engagée que si le demandeur fait la preuve qu'il a épuisé tous les recours possibles pour obtenir un logement ou se maintenir dans son logement :

-sans domicile ;

-demandeur d'un logement social depuis un délai supérieur au délai anormalement long (délai qui varie d'un département à l'autre) sans avoir reçu de proposition adaptée à vos besoins et capacités ;

-menacé d'expulsion sans relogement ;

-hébergé dans une structure d'hébergement ou une résidence hôtelière à vocation sociale (RHVS) plus de 6 mois consécutifs (ou logé temporairement dans un logement de transition ou un logement-foyer depuis plus de 18 mois) ;

-logé dans des locaux impropres à l'habitation ou présentant un caractère insalubre ou dangereux (y compris une situation d'insécurité liée à des actes de délinquance) ;

-logé dans un logement indécent ou suroccupé dès lors que vous avez à votre charge au moins un enfant mineur ou une personne handicapée ou si vous présentez vous-même un handicap ».

Les critères d'accès au logement social sont justifiés par des difficultés sociales ou économiques. La maladie en elle-même, dans notre cas le cancer, n'en fait pas partie. Mais la précarité qu'elle crée, oui. A noter, qu'en théorie, toute personne peut accéder au logement social à partir du moment où ses papiers sont en règles (pas besoin d'avoir la nationalité française) et que ses revenus ne dépassent pas un certain seuil.

Il semblerait que des critères implicites permettent d'établir la priorité au logement social, par exemple, le fait d'être une personne âgée. A priori, les organismes HLM ne peuvent flécher l'attribution des logements sociaux vers ce public, pourtant des logements sociaux qui leur sont destinés (normes accessibilité, domotique, etc.) sont construits.

Encadré 6-Historique du DALO

Le Haut comité pour le logement des personnes défavorisées a été créé à la demande de l'Abbé Pierre en 1992²⁷. Il est chargé de remettre un rapport annuel au Président de la république et au Premier ministre. Tous les rapports du Haut comité contiennent des propositions qui doivent permettre l'application de la loi du 31 mai 1990 pour le droit au logement. En 2002, dans son 8^{ème} rapport, le haut comité parle pour la première fois du droit au logement opposable. L'année suivante, dans son 9^{ème} rapport, il définit les conditions de l'opposabilité au logement. En parallèle, sous l'impulsion d'ATD Quart Monde, le monde associatif se réunit dans une « Plateforme pour un droit au logement opposable ». En 2003, la Plateforme interpelle le gouvernement. En 2006, le gouvernement Villepin annonce qu'une expérimentation sera mise en place et commande un rapport au Haut comité. Mais la situation se tend sur le terrain avec de plus en plus de personnes à la rue. Une association, Les Enfants de Don Quichotte, se mobilise alors. C'est une année préélectorale, et les actions de cette association ont un fort retentissement dans les médias notamment grâce aux tentes rouges installées le long du Canal Saint Martin. Dans ce contexte, lors de ses vœux pour la Nouvelle année 2007, Jacques Chirac annonce qu'il va rendre le droit au logement opposable. Dès mars 2007, le texte de loi sera promulgué.

Par ailleurs, pour saisir et utiliser ces droits, une aide semble nécessaire au regard de la complexité du dispositif. Certaines assistantes sociales des Comités départementaux s'en occupent déjà lorsque cela

²⁷ <http://droitaulogementopposable.org/>

est nécessaire. Il semblerait également que selon les régions, la procédure soit plus ou moins gagnante car les délais peuvent être très longs, notamment en Île-de-France où certaines assistantes sociales déconseillent le passage en DALO en raison de l'engorgement du dispositif.

Enfin, un demandeur ne peut bénéficier d'un logement social que si ce dernier lui a été attribué par une Commission d'attribution des logements, une instance qui est seule décisionnaire.

Encadré 7- Qui siège dans une Commission d'attribution des logements ?

Cette commission est composée²⁸ :

- de membres désignés par le conseil d'administration ou de surveillance de l'organisme, dont un représentant des locataires ;
- du maire de la commune d'implantation des logements, ou son représentant ;
- des représentants d'associations d'insertion agréées, des établissements publics intercommunaux et de l'Etat, à sa demande.

Les décisions sont prises à la majorité.

Sauf insuffisance du nombre de candidats, la commission examine au moins trois demandes par logement à attribuer. Les demandes sont apportées par les bailleurs sociaux qui ont des logements disponibles.

Parfois, il y a des places réservées. Certains financeurs de logements sociaux, comme Action Logement (ex- 1% Logement), la commune ou encore l'Etat via ses préfectures, parce qu'ils ont aidé à payer la construction de tels ou tels logements se voient attribuer un contingent de logements qu'ils peuvent attribuer à ceux qui en ont fait la demande auprès de leurs services. Ces candidatures, comme celles qui proviennent des bailleurs sociaux, passent en Commission d'attribution.

Encadré 8 - Des HLM pour personnes malades dans la Creuse?

L'Office Public de l'Habitat de la Creuse, Creusalis, réfléchirait actuellement aux nouveaux usages possibles pour leurs logements. Le développement d'une offre de logements à proximité des hôpitaux pour les malades fait partie de leurs pistes. Aucun projet n'a encore été mis en place.

- **Coût et financement**

Moyenne des loyers du parc social : 2 fois moins élevés que ceux du parc privé et 3 fois moins élevés dans les zones tendues.

Il y a 3 catégories de loyers dans le logement social :

²⁸ Brochure explicative du « Logement social pas à pas » de l'Union sociale pour l'Habitat et de la région Ile-de-France.

-pour les ménages les plus modestes, les logements PLAI (prêt locatif aidé d'insertion) avec un loyer compris entre 4,56 euros/m² et 5,97 euros/m² ;

-pour les ménages à revenus modestes à moyens, les logements PLUS (prêt locatif à usage social) avec un loyer compris entre 5,14 euros/m² et 6,70 euros/m² ;

-pour les ménages à revenus moyens, les logements PLS (prêt locatif social) avec un loyer compris entre 7,71 euros/m² et 13,07 euros/m².

Une 4^{ème} catégorie, le PLI (Prêt locatif intermédiaire), a été créé afin de permettre que des logements soient réservés à des foyers dont les revenus sont trop élevés pour accéder aux HLM, mais pas assez élevés pour supporter le poids des loyers du parc privé.

Le locataire d'un logement social peut prétendre aux aides aux logements de la CAF.

Tableau 1- Plafonds de ressources pour un HLM (version simplifiée réalisée en décembre 2017)

Catégorie loyers	de	Catégorie ménage	de Paris communes limitrophes	et IDF hors Paris et communes limitrophes	Autres régions
PLAI	Une	personne seule	12 733 €	12 733 €	11 067 €
	Une	famille monoparentale avec un enfant	27 207 €	24 949 €	19 390 €
	Une	famille avec deux enfants	29 781 €	27 394 €	21 575 €
PLUS	Une	personne seule	23 146 €	23 146 €	20 123 €
	Une	famille monoparentale avec un enfant	45 347 €	41 583 €	32 316 €
	Une	famille avec deux enfants	54 141 €	49 809 €	39 013 €
PLS	Une	personne seule	30 090 €	30 090 €	26 160 €
	Une	famille monoparentale avec un enfant	58 951 €	54 058 €	42 011 €
	Une	famille avec deux enfants	70 383 €	64 752 €	50 717 €
PLI	Une	personne seule	41 663 €	32 197 €	28 172 €
	Une	famille monoparentale avec un enfant	74 849 €	51 706 €	45 242 €
	Une	famille avec deux enfants	89 656 €	62 421 €	54 618 €

- **Type de besoin**

Les délais d'obtention d'un logement social sont très longs. Cependant, les dossiers déposés font état de plus en plus de demandes d'urgence, d'où la création du DALO.

Une fois le logement obtenu, normalement le locataire bénéficie d'un droit au maintien dans les lieux.

Quelques chiffres

Dans une étude publiée en mai 2017 par l'ADIL75 (Agence départementale d'information sur le logement), parmi les motifs de demande d'un logement social à Paris et dans la Métropole du Grand Paris (MGP), les « raisons de santé » arrivent en 5^{ème} position (4% à Paris, 3% dans la MGP) après « sans logement propre », « logement trop petit », « logement trop cher », « logement repris ». « À l'échelle métropolitaine, on retrouve les mêmes motifs, avec des pourcentages quasi-identiques », note le rapport. Mais dans les « attributions selon les principaux motifs de la demande à Paris et dans la MGP (hors mutations), le motif « raisons de santé » arrive en 12^{ème} position (3 et 2%, soit presque les mêmes pourcentages exprimés au moment de la demande). 38% des attributions se font pour le motif « sans logement propre », priorité donnée aux demandeurs qui n'avaient pas de logement au moment de la demande. Mais aussi, dans une moindre mesure, à ceux qui avaient un logement trop petit ou trop cher. Evidemment, cela ne veut pas dire que ces dossiers avaient moins besoin d'un logement, mais seulement que les demandes faites pour « des raisons de santé », sans en connaître le détail, ne sont pas prioritaires parmi les plus prioritaires. A noter qu'à Paris, le délai d'attente moyen pour les demandes en cours est de 38 mois.

3.1.2 Le parc locatif privé

Qu'est-ce que le parc locatif privé en France ?

- **Objectif**

Permettre à tous ceux dont les revenus sont supérieurs aux plafonds des HLM de louer un logement. En France métropolitaine, le parc locatif privé loué vide représente 1 résidence principale sur 5²⁹ en 2013.

- **Fonctionnement**

Ces logements, loués vides ou meublés, peuvent appartenir à des bailleurs personnes physiques ou à des bailleurs personnes morales.

- **Critères d'éligibilité**

Aucun. Le propriétaire choisit librement dès lors qu'il n'est pas dans une logique de discrimination³⁰.

Pour rappel, selon l'article 225-1 du Code pénal, « constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques, de leurs mœurs, de leur orientation ou identité sexuelle, de leur âge, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ».

Aussi, la loi interdit à un bailleur de demander à son futur locataire de lui fournir une copie de son dossier médical, par exemple.

Mais de très nombreux propriétaires demandent à ce que le futur locataire fasse la preuve que les revenus sont trois fois supérieurs au montant du loyer sans les charges. Les futurs locataires doivent également être capable de réaliser un dépôt de garantie dont le montant s'élève à un mois de loyer sans les charges, et de payer, le cas échéant, des frais d'agence et/ou de gestion.

- **Coût et financement**

Montant du loyer avec charges + dépôt de garantie + frais d'agence le cas échéant

Aides de la CAF selon revenus et situations.

- **Type de besoin**

De courte, moyenne ou longue durée.

Deux types de baux existent :

-un bail en location meublée, pour une durée de 1 an renouvelable (9 mois pour les étudiants), avec un préavis de congé de 1 mois ;

-un bail en location vide, pour une durée de 3 ans renouvelable, avec un préavis de congé de 1 à 3 mois.

²⁹ Chiffres de 2013 publiés dans une étude de l'ANIL (Agence nationale pour l'information sur le logement) https://www.anil.org/fileadmin/ANIL/Etudes/2016/le_parc_locatif_privé_et_ses_bailleurs_en_2013.pdf

³⁰ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31290>

Le 20 septembre dernier, lors présentation de la « stratégie logement du gouvernement », la création d'un bail mobilité, destiné aux étudiants, aux apprentis, aux personnes en formation ou en mobilité professionnelle a été annoncée. Les contours du projet sont extrêmement flous. Même les associations de locataires et de consommateurs n'ont eu aucune précision pour l'instant. Dans le dossier de presse de l'Elysée, il est simplement indiqué que ce bail mobilité est un « contrat de courte durée » et « non-renouvelable » dont la durée pourra s'échelonner de 1 à 10 mois.

A priori, les personnes malades cherchant un hébergement temporaire proche des lieux de soins, ou temporairement le temps de trouver un logement pérenne, ne sont pas visées par le dispositif.

Des chiffres

Ces chiffres proviennent d'une étude publiée par l'ANIL (Agence nationale pour l'information sur le logement) en 2016 basée sur les données de l'Enquête Nationale Logement 2013³¹.

La France occupe une place moyenne en Europe avec 1 logement sur 5 qui relève du secteur locatif privé. C'est moins que l'Espagne ou l'Angleterre où les propriétaires prédominent, mais plus que l'Allemagne, où la part des locataires privés est deux fois supérieure à celle de la France.

En tenant compte des logements loués meublés et des sous-locations, le parc privé pourrait être estimé à 6,5 millions de logements occupés. Des logements qui, pour un tiers, datent d'avant 1949.

En 2013, la quasi-totalité du parc locatif privé était possédée par des bailleurs personnes morales.

La gestion directe (loyer directement versé aux propriétaires) représentait 64% des cas contre 35% en gestion déléguée (loyer versé à un professionnel de l'immobilier). Un type de gestion beaucoup plus courant en zone rurale que dans les grandes agglomérations.

³¹ https://www.anil.org/fileadmin/ANIL/Etudes/2016/le_parc_locatif_privé_et_ses_bailleurs_en_2013.pdf

3.2 Des logements destinés aux personnes âgées sans problèmes de santé majeurs

Ici, les offres de logements listées concernent spécifiquement des personnes âgées ne nécessitant pas de soins médicaux lourds. C'est-à-dire qu'un malade du cancer autonome dans ses déplacements et ses prises de rendez-vous médicaux peut en bénéficier.

3.2.1 Temporaires

Les accueillants familiaux

- **Objectif**

Un particulier formé et disposant d'un agrément accueille chez lui une ou des personne(s) âgée(s). Il s'agit d'une alternative aux placements en établissements spécialisés.

- **Fonctionnement**

Accueillants à titre onéreux, après obtention d'un agrément du conseil départemental. L'accueillant doit garantir la santé, la sécurité ainsi que le bien-être moral et physique de la personne âgée qui vient s'installer. L'accueillant doit suivre une formation. Trois personnes hébergées maximum, une chambre par personne, ou par couple, ou en logement indépendant.

- **Critères d'éligibilité**

Personnes âgées de plus de 60 ans :

- Ne disposant plus de l'autonomie suffisante pour vivre à leur domicile de façon indépendante,
- Recherchant une solution alternative au placement en établissement,
- Dont le moral décline, suite à la disparition d'êtres chers,
- Dont le retour à domicile est devenu impossible, suite à une hospitalisation,
- Prises en charge par leur famille naturelle elle-même « vieillissante », ou souhaitant « souffler » quelques temps...
- ou pour des séjours de week-end ou de vacances hors établissement³².

- **Coût et financement**

A partir de 47,50 euros/jour, soit 1447 euros par mois³³, tarif variable selon le niveau de dépendance de la personne accueillie et le confort du logement. Les personnes accueillies ont droit aux aides suivantes : Allocation logement, PCH ou APA, aide sociale départementale. Aides qui ne peuvent être perçues directement par l'accueillant. Les aides versées par les ascendants ou descendants des personnes accueillies sont déductibles au titre de pensions alimentaires. Les salaires versés à l'accueillant ouvrent droit à réduction d'impôt.

- **Type de besoin**

L'accueil peut être permanent, temporaire ou séquentiel, à temps plein ou à temps partiel (de jour ou de nuit).

10 000 accueillants agréés en France. Ce qui est assez peu, d'autant que certains départements n'en ont aucun. C'est selon la politique du département qui gère et donne les agréments. Les familles

³² Association des accueillants familiaux <https://www.famidac.fr/?L-accueil-familial-d-adultes>

³³ Association des accueillants familiaux <https://www.famidac.fr/?L-accueil-familial-d-adultes>

d'accueil sont plutôt rurales, quelques-unes en ville, car les normes d'aménagements des logements sont plus faciles à respecter dans des maisons avec de la place, donc plutôt en dehors des villes.

3.2.2 Non temporaires

Quelques offres de logements non-temporaire destinées aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes de santé, physique ou mental, et n'ayant pas de réels problèmes de perte d'autonomie. Certains de ces dispositifs sont aussi connu sous le nom générique d'EHPA (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées).

Les « logements intermédiaires » du réseau Générations Mutualistes

- **Objectif**

Permettre aux personnes âgées d'acquérir ou de garder leur indépendance, de préserver voire gagner en autonomie en étant locataire de leur logement, au lieu d'être résident d'une structure. Il s'agit d'une nouvelle étape dans le parcours résidentiel selon Générations Mutualistes³⁴ « entre le domicile de la vie active et l'hébergement médico-social ».

- **Fonctionnement**

Un logement intermédiaire est un logement loué dans la cadre du code de la construction et de l'habitat (CCH) couplé avec un service d'accompagnement en dehors du cadre médico-social.

Dans la description d'un logement intermédiaire faite par Générations mutualistes, ce type de logement propose « une implantation en cœur de bourg/centre-ville pour un accès facilité aux services et commerces ». Il n'est pas précisé ce qu'il est entendu par « services ». S'agit-il de médecins, de maisons de santé ? Il est précisé qu'il peut y avoir « des aménagements sécurisés et adaptés à la perte d'autonomie : accessibilité PMR (largeur de porte, giration d'un fauteuil, passage de fauteuil sous évier...), aux déficiences sensorielles (luminosité des parties communes, signalétique...) voire avec de la domotique ».

Ce type de logement existe depuis 1987, à la fois en milieu rural et urbain. Principalement des personnes âgées accueillies mais pas seulement (personnes handicapées, jeunes/étudiants, familles). Tout le territoire français n'est pas maillé (une cinquantaine de réalisations depuis 30 ans), plutôt Ouest, Sud-est.

Les communes, les bailleurs, ou les gestionnaires mutualistes peuvent être à l'initiative de ces projets. La CNAV (caisse nationale d'assurance vieillesse) peut également lancer des appels à projet. Il ne peut y avoir d'appels à projet ARS puisque hors du cadre médico-social. Parmi les services proposés dans le package « accompagnement social », des « services plus individualisés » comme l'accompagnement chez le médecin, l'aide administrative, des visites régulières ou du soutien moral. Certains services, comme le fait d'aller manger à l'EHPAD voisin, sont facultatifs. L'aide-ménagère est par exemple un « service extérieur choisi librement par le locataire ».

- **Critères d'éligibilité**

Toute personne âgée du moment qu'elle ne nécessite pas d'importants soins médicaux.

³⁴ Présentation de Laetitia Lagarde, responsable Développement des Initiatives Sociales à Générations Mutualistes, sur « Les Logements intermédiaires dans le réseau Générations Mutualistes », dans le cadre du séminaire UNIOPSS – Habitat inclusif des personnes âgées et fragiles en juin 2017.

- **Coût et financement**

Les loyers sont encadrés sous conditions de ressources, « et donc financièrement accessibles ».

Cependant, le locataire doit tout de même être capable de financer le loyer et les charges locatives, le contrat de services, les charges du logement, et subvenir à ses besoins quotidiens.

Aides au logement + APA à domicile

- **Type de besoin**

Cela pourrait correspondre à certaines personnes sorties des traitements mais affectées par le cancer. Selon Générations Mutualistes, ces logements intermédiaires sont aussi bien destinés à des séniors actifs (classés entre 60 et 75 ans) que des séniors fragilisés (entre 75 et 85 ans) et des séniors dépendants (plus de 85 ans). Cependant, et malgré cette classification, une personne dépendante de moins de 85 ans pourrait tout à fait y être prise en charge. Ainsi, un malade du cancer du moment qu'il est « âgé » peut bénéficier de ce réseau qui accueille des personnes aux profils divers : « Mobilité forcée : santé, perte d'autonomie, insuffisance du soutien humain, difficultés économiques. Déménagement subi (hébergement médico-social) ».

Les résidences-autonomie (ex-logements-foyers)

- **Objectif**

Les RA sont des ensembles de logements pour les personnes âgées associés à des services collectifs. Elles sont souvent construites à proximité des commerces, des transports et des services. Elles sont majoritairement gérées par des structures publiques ou à but non lucratif. Le coût du logement y est modéré.

- **Fonctionnement**

Les RA sont conçues pour accueillir dans un logement des personnes âgées majoritairement autonomes qui ne peuvent plus ou n'ont plus l'envie de vivre chez elles (à cause d'une baisse de revenus, de difficultés d'accès aux commerces, d'un sentiment d'isolement...).

Les RA accueillent les personnes seules ou les couples. Les RA sont composés d'appartements privatifs et d'espaces communs partagés par les résidents. 50 résidents en moyenne.

Les RA ne sont pas, en principe, destinées à recevoir des personnes qui ont besoin de soins médicaux importants ou d'une assistance importante dans les actes de la vie quotidienne. Les soins médicaux et les soins courants sont réalisés le plus souvent par des intervenants extérieurs (médecins libéraux, SSIAD services de soins infirmiers à domicile, infirmiers libéraux...). Dans certaines RA, du personnel médical est présent sur place comme des aides-soignants ou des infirmiers.

- **Critères d'éligibilité**

Le critère d'admission est d'avoir un niveau de perte d'autonomie évalué en GIR5 ou 6. Il est possible d'être admis en GIR4 à condition que la RA ait signé une convention avec un EHPAD et un SSIAD ou centre de santé ou professionnel de santé, et avoir plus de 60 ans (dérogation pour les personnes en situation de handicap mais dans des proportions limitées). Dans le cas où l'état de santé de la personne se dégradait et que son degré de perte d'autonomie devait augmenter, il y aurait un risque de ne pas pouvoir rester vivre dans RA. Ces établissements ne peuvent accueillir qu'un petit nombre de résidents considérés dépendants.

- **Coût et financement**

Les RA ont une vocation sociale, donc le loyer est modéré. Les résidents peuvent bénéficier de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie), des aides au logement, de l'ASH (aide sociale à l'hébergement) si la RA est habilitée à recevoir des bénéficiaires de l'ASH. L'attribution de ces aides dépend de deux critères, des ressources pour l'APA, l'aide au logement et l'ASH, du niveau de perte d'autonomie pour l'APA.

- **Type de besoin**

Besoin au long terme, anticipé le plus tôt possible. Du temporaire est possible aussi dans certaines structures.

Comme pour les EHPAD, selon les endroits, listes d'attente.

Les résidences-services (privées)

- **Objectif**

Permettre aux retraités désirant vivre de manière autonome d'habiter dans des logements indépendants mais construits dans un ensemble immobilier confortable et sécurisé.

- **Fonctionnement**

Ces résidences-services (Les Séniories, Domitys, Les Jardins d'Arcadie, etc), construites par des promoteurs privés, s'adressent à une population de retraités plutôt aisés et autonomes. Elles sont surtout implantées en milieu urbain, à proximité de commerces et d'espaces verts, l'environnement offert se veut protecteur et rassurant, et proposent une gamme plus ou moins large de services (blanchisserie, restauration, gardiennage, service d'aide à la personne, animation...).

Confort, sécurité et convivialité sont les trois mots-clés de ce type de logement. On n'est pas du tout dans un type d'hébergement à vocation médico-sociale, ni même dans l'aide à la perte d'autonomie. Ces appartements sont seulement équipés pour la prévention du risque des chutes, et proposent souvent un dispositif d'appel d'urgence dirigé vers l'accueil de la résidence.

- **Critères d'éligibilité**

Être autonome. Ne pas avoir besoin d'une aide trop lourde, juste de l'aide à domicile (ménage, repassage...).

Pouvoir financer sa place.

- **Coût et financement**

Le coût d'un studio se situerait entre 500 et 900 euros selon les résidences, auquel il faut rajouter les services souscrits.

Pas de vocation sociale, donc pas d'ASH (aide sociale à l'hébergement).

- **Type de besoin**

Sur le long terme et anticipé. Possibilité de logement temporaire aussi selon les résidences.

3.3 Logements destinés à des publics spécifiques (handicap physique et psychique et/ou précarité), hors maladie

L'offre de logements listée ici concerne des publics spécifiques (handicap physique ou mental et/ou en situation de précarité) mais qui ne nécessitent pas de soins médicaux liés, par exemple, à une pathologie cancéreuse.

3.3.1 Temporaires

Les accueillants familiaux pour adultes handicapés

- **Objectif**

Un particulier formé et disposant d'un agrément accueille chez lui une ou des personne(s) handicapé(e)s. Il s'agit d'une alternative aux placements en établissements spécialisés.

- **Fonctionnement**

Accueillants à titre onéreux, après obtention d'un agrément du conseil départemental. L'accueillant doit garantir la santé, la sécurité ainsi que le bien-être moral et physique de la personne âgée qui vient s'installer. Accueillant doit suivre une formation. Trois personnes hébergées max, une chambre par personne, ou par couple, ou en logement indépendant.

- **Critères d'éligibilité**

Adultes handicapés de 18 à 60 ans :

- Ayant toujours vécu chez leurs parents, avec ou sans prise en charge institutionnelle,
- Sortant d'une hospitalisation mais n'étant pas encore aptes à (re) vivre en milieu ordinaire,
- Souffrant d'inaptitudes physiques, sociales ou comportementales,
- Ne pouvant envisager une vie autonome, mais susceptibles de développer un projet de vie en famille d'accueil,
- Ou pour des séjours de week-end ou de vacances hors établissement³⁵.

- **Coût et financement**

Par la personne accueillie. A partir de 47,50 euros/jour, soit 1447 euros par mois³⁶, tarif variable selon le niveau de dépendance de la personne accueillie et le confort du logement. Les personnes accueillies ont droit aux aides suivantes : Allocation logement, aides spécifiques aux adultes handicapés, aide sociale départementale. Aides qui ne peuvent être perçues directement par l'accueillant. Les aides versées par les ascendants ou descendants des personnes accueillies sont déductibles au titre de pensions alimentaires. Les salaires versés à l'accueillant ouvrent droit à réduction d'impôt.

- **Type de besoin**

L'accueil peut être permanents, temporaires ou séquentiels, à temps plein ou à temps partiel (de jour ou de nuit).

10 000 accueillants agréés en France. Ce qui est assez peu, d'autant que certains départements n'en ont aucun. C'est selon la politique du département qui gère et donne les agréments. Les familles d'accueil sont plutôt rurales, quelques-uns en ville, car les normes d'aménagements des logements sont plus faciles à respecter dans des maisons avec de la place, donc plutôt en dehors des villes.

³⁵ Association des accueillants familiaux <https://www.famidac.fr/?L-accueil-familial-d-adultes>

³⁶ Association des accueillants familiaux <https://www.famidac.fr/?L-accueil-familial-d-adultes>

L'accueil familial thérapeutique

- **Objectif**

Une personne souffrant de troubles mentaux peut être « nourrie, logée, blanchie » et accompagnée quotidiennement au domicile d'un accueillant familial agréé, salarié d'un établissement de santé mentale.

Fonctionnement

L'accueil familial thérapeutique est une modalité particulière d'hospitalisation à temps complet. Les services d'accueil familial thérapeutique organisent le traitement des personnes de tous âges, souffrant de troubles mentaux, susceptible de retirer un bénéfice d'une prise en charge dans un milieu familial, en vue notamment d'une restauration de leurs capacités relationnelles et d'autonomie.

Pour recourir à ce type d'accueil, il faut nécessairement passer par un centre hospitalier.

Accueillants salariés d'un établissement ou d'un service de soins, agréé par le Président du Conseil Général et/ou par le directeur de l'établissement (habilité par le Préfet et la DDASS).

Trois personnes hébergées max, une chambre par personne, ou par couple, ou en logement indépendant.

- **Critères d'éligibilité**

Être passé par un centre hospitalier, et être dirigé vers ce dispositif.

Avoir une incapacité, liée à des troubles psychiques, de gérer seul le quotidien. Mais disposer d'une capacité d'échange et de communication. Sont exclues les pathologies paranoïaques, les états d'instabilité et de non-compliance aux soins.

Ne sont concernés que les malades ayant donné leur consentement à l'hospitalisation de départ.

- **Coût et financement**

Pris en charge par la sécurité social et l'assurance maladie

- **Type de besoin**

L'accueil peut être permanents, temporaires ou séquentiels, à temps plein ou à temps partiel (de jour ou de nuit).

En amont d'une hospitalisation (pour éviter la dégradation prévisible de l'état de santé d'un patient), en cours (des accueils ponctuels ou séquentiels permettant de vérifier la pertinence d'un projet de déshospitalisation), ou en aval lorsque retour à domicile pas souhaitable ou pas possible (SDF).

10 000 accueillants agréés en France. Ce qui est assez peu, d'autant que certains départements n'en ont aucun. C'est selon la politique du département qui gère et donne les agréments. Les familles d'accueil sont plutôt rurales, quelques-uns en ville, car les normes d'aménagements des logements sont plus faciles à respecter dans des maisons avec de la place, donc plutôt en dehors des villes.

PISTE DE REFLEXION

La location/sous-location (portent aussi le nom de Solibail ou Louer Solidaire)

Il s'agit d'un outil d'intermédiation locative.

- **Objectif**

Permettre à des familles aux revenus modestes et hébergées de façon précaire de (re)trouver un toit de manière pérenne en leur faisant accéder au parc privé classique.

- **Fonctionnement**

Solibail : Grâce à un dispositif sécurisé par l'Etat, un propriétaire peut louer, avec un loyer plus bas que le marché classique, son logement à une association qui va le sous-louer à une famille. C'est l'association qui s'occupe de récupérer le loyer et de le reverser au propriétaire. C'est aussi l'association qui s'occupe de faire signer le bail. Elle est l'interlocuteur unique de chacune des deux parties. Propriétaires et locataires n'ont pas de contact.

L'association accompagne le locataire en visitant régulièrement l'appartement, et en faisant, par exemple, le pont avec lui sur ses ressources.

Pour convaincre les propriétaires, une déduction fiscale de 85% des revenus locatifs a été mise en place, ainsi que des garanties (perception du loyer sans discontinuité, aides financières à la rénovation, etc.).

Bail de sauvegarde (ou bail glissant) : maintien dans le logement des ménages dont les baux ont été résiliés mais pour qui le logement est adapté à leur situation. Une association reprend le bail et sous-loue le logement au locataire, en vue d'une signature d'un nouveau bail de location une fois que la situation du ménage s'est améliorée. Utilisé pour l'instant surtout pour des personnes souffrant de troubles psychiques.

L'association peut aussi être propriétaire du logement qu'elle loue elle-même.

- **Critères d'éligibilité**

Avoir des revenus modestes et être hébergé de façon précaire.

- **Coût et financement**

Le locataire verse une redevance de 25% ou 30% maximum de ses ressources. Il peut bénéficier de l'AL ou de l'APL.

- **Type de besoin**

Temporaire.

Pour Solibail, la durée d'occupation est de trois mois, renouvelable par tacite reconduction par périodes de trois mois avec un maximum de 18 mois. Au bout de ces 18 mois, les services de l'Etat compétent doivent donner leur accord après examen du dossier. S'il n'y a pas d'accord, le ménage doit être réorienté vers une autre solution.

3.3.2 Non temporaires

Les pensions de famille

- **Objectif**

Les « pensions de famille »³⁷ sont destinées « à l'accueil de personnes à faible niveau de ressources dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire ».

- **Fonctionnement**

Ces pensions de famille « s'adressent de manière privilégiée aux personnes fréquentant ou ayant fréquenté de façon répétitive les structures d'hébergement provisoire et qui ne relèvent pas des structures d'insertion de type CHRS ni d'un logement autonome ».

Elles sont nées d'un programme expérimental lancé en 1997 par les ministères du Logement et de l'Action sociale.

Il s'agit de structures de petites tailles, insérées dans le tissu urbain, qui associent des logements privatifs et des espaces collectifs. Un ou des hôtes, souvent un couple d'hôtes, assure une présence quotidienne. Leur rôle est de réguler, d'organiser et d'animer la vie dans la pension. Ils représentent un appui pour les résidents aussi, notamment par l'écoute, l'aide pour faire face aux difficultés et pour faire le lien avec l'environnement local (accès aux soins, aux services sociaux, culturels, etc.). Mais aucune offre de soins n'est proposée.

- **Critères d'éligibilité**

Faible niveau de ressources, et situation d'isolement ou d'exclusion lourde, qui ne permet pas une insertion dans le secteur « classique » du logement (privé ou social).

Être aiguillé par un travailleur social. Les dossiers passent en comité d'attribution dès qu'une place se libère.

- **Coût et financement**

Le financement de l'hôte est assuré par une subvention de la Direction Départementale de la Cohésion sociale.

Le résident, locataire de son logement, paie une redevance, loyer et prestations, pour laquelle il bénéficie d'une aide « APL Foyer ».

- **Type de besoin**

Au long terme, sans limitation de durée.

Il existe 34 pensions de famille en France, soit 771 logements.

Lorsque des pensions de famille sont spécifiquement destinées à loger des personnes en souffrance psychique, on parle de « résidence-accueil ».

³⁷<http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2015/12/pensions-de-famille-ecran.pdf>

La gestion locative adaptée (GLA), ou mandat de gestion sociale

Il s'agit d'un outil d'intermédiation locative.

- **Objectif**

La gestion locative adaptée permet à des publics fragilisés, qui cherchent un logement ou en ont déjà un, d'être accompagnés dans leur rôle de locataire, tout en rassurant les propriétaires.

- **Fonctionnement**

Pour mettre en place une gestion locative adaptée, il faut trouver une agence immobilière à vocation sociale (AIVS). Il s'agit d'une agence immobilière qui exerce son activité dans le cadre de la réglementation en vigueur, mais qui est une structure à but non lucratif et à objet social puisqu'elle gère des logements très sociaux pour des personnes à faibles ressources.

Côté propriétaires, cette AIVS réalise une mission classique de gestion de bien. A noter que pour eux, il y a plusieurs avantages à laisser la gestion de son bien à une AIVS (déductions fiscales, sécurisation des loyers impayés, assistance dans la réalisation des travaux, etc.).

Côté locataires, l'AIVS offre une approche humaine plus sensible que les agences immobilières privées. C'est l'AIVS qui s'occupe de l'attribution des logements, et non pas le propriétaire. Au cours de la location, l'AIVS propose aux locataires un suivi financier, administratif (s'assurer que le paiement de l'assurance est à jour par exemple), un suivi technique du logement (avec une visite annuelle du logement), une régulation sociale (l'AIVS intervient en cas de problème de cohabitation avec le voisinage). L'AIVS joue un rôle important dans le paiement des loyers. En cas de difficultés, c'est elle qui gère par exemple les discussions amiables, puis qui engage la procédure contentieuse, mais qui cherche aussi des solutions en mobilisant des aides financières et des garanties (FSL...) notamment.

- **Critères d'éligibilité**

Une assistante sociale doit réaliser une note sociale (parcours logement, social et économique) sur le futur locataire et la transmettre à l'AIVS.

- **Coût et financement**

Les missions d'accompagnement social dans le logement sont prises en charges par les collectivités.

Les AIVS peuvent aussi profiter de subventions. Quant aux propriétaires, ils paient des frais de gestion.

Les locataires eux paient 60 euros de frais d'agence, ainsi que les loyers et les charges.

- **Type de besoin**

Normalement, la location via une AIVS ne doit être que temporaire car elle a pour but d'apporter au locataire tous les outils pour devenir locataire « classique », mais il s'agit bien d'un bail classique de 3 ans renouvelable.

Pour en savoir plus : vous renseigner auprès de la FAPIL notamment (Fédération des Associations et des Acteurs pour la Promotion et l'Insertion par le Logement). <http://www.fapil.net>

Attention, destiné à l'origine à l'insertion sociale, ce dispositif ne propose pas forcément des biens compatibles avec la situation physique des malades. Cependant, il s'agit d'une piste de réflexion intéressante, à développer éventuellement par des actions de lobbying auprès de ces organismes pour adapter leur offre aux personnes malades.

Encadré 10 - Quelques chiffres de l'intermédiation locative

« En France, le nombre de logements mis à disposition des ménages en difficulté dans le cadre de l'intermédiation locative a augmenté depuis les années 1990. En 2014, le nombre de logements gérés en intermédiation locative par des agences immobilières sociales issues des principaux réseaux Fapil et Soliha s'élevait à 30 570 »³⁸.

³⁸ Rapport de l'Agence nouvelle des solidarités actives, « Le logement d'abord, et après. Bilan et propositions pour la généralisation du logement d'abord en France ».

4. Maintien à domicile

Pour une personne malade qui rencontre des difficultés avec son logement, la solution n'est pas toujours de le quitter. Avec une aide à domicile, il est possible de rester plus longtemps chez soi. Quelques travaux et aménagements peuvent aussi le permettre.

Parfois le problème n'est pas technique mais financier, et il y a aussi des solutions. Une aide pour payer son loyer, ou ses frais de chauffage, peut permettre de rester à son domicile. Lorsque l'expulsion arrive, là encore, il est possible d'aider la personne malade à l'éviter. Sur ce point d'ailleurs, les assistantes sociales des Comités départementaux ont des leviers d'actions.

4.1 La recours à l'aide à domicile

Dans le cadre de l'action 7.9 du plan cancer 2014-2019, un groupe de travail, dont était membre la Ligue contre le cancer, a été mis en place. Ses travaux ont permis de dresser, en septembre 2017, un état des lieux des dispositifs d'aides et d'accompagnements à domicile mobilisables par des personnes atteintes de cancer. Pour plus de détails, vous rapporter à l'étude en annexe.

4.2 Adapter le domicile existant

Il existe de nombreuses aides permettant d'adapter le domicile d'une personne.

L'assureur Humanis précise sur son site internet dans une page consacrée à l'aménagement du domicile des personnes âgées que « le coût moyen d'une adaptation d'un logement est de 10 000 € »³⁹. Il conseille de contacter « en priorité l'association Soliha de son département (...) qui fera l'interface entre la personne et les organismes susceptibles de l'aider dans le financement des travaux ».

Ces aides concernent surtout les personnes âgées et/ou les personnes en situation de handicap. Une personne atteinte d'un cancer peut être l'un et/ou l'autre.

Les malades sont nombreux à parler des aménagements qui seraient nécessaires pour qu'ils puissent rester au domicile. La problématique des étages, de la salle de bain, mais aussi de l'isolation du logement, ou encore l'aménagement d'une chambre au rez-de-chaussée revenant souvent.

4.2.1 Les aides financières

La prestation de compensation du handicap (PCH)

- Objectif

Cette prestation doit permettre de prendre en charge les surcoûts de toute nature liés au handicap dans la vie quotidienne.

Cette prestation comprend notamment des aides à l'aménagement du domicile pour les adapter aux personnes en situation de handicap. Peuvent être pris en compte par exemple les frais d'aménagements du logement, ou les coûts entraînés par le déménagement ou l'installation des équipements nécessaires. L'aménagement du domicile de la personne qui héberge la personne en situation de handicap peut aussi être pris en compte.

³⁹ <https://essentiel-autonomie.humanis.com/maintien-a-domicile/adapter-logement/conseils-pratiques>

- Critères

Pour en bénéficier, outre le fait d'être en situation de handicap, il faut :

-résider de façon stable en France ;

-avoir moins de 60 ans (ou pouvoir démontrer que la perte d'autonomie existait avant l'âge de 60 ans) ;

-être dans un état qui nécessite une présence constante ou quasi constante due à un besoin de soins ou d'aide pour les gestes de la vie quotidienne.

- Montant

Pour les travaux allant jusqu'à 1500 €, le taux de prise en charge est de 100%. Il est de 50% pour les travaux au-delà de 1500 €, avec un plafond à 10 000 €.

- A qui s'adresser

Il faut en faire la demande auprès de la MDPH.

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

- Objectif

C'est une aide pour les personnes âgées qui sont dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à leur état physique ou mental. Cela fonctionne donc pour le financement des adaptations du logement.

- Critères

Avoir au moins 60 ans, justifier d'une résidence stable et régulière en France, avoir un degré de perte d'autonomie nécessitant une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie et une surveillance régulière. Pour les étrangers, être en séjour légal en France.

Pas de conditions de ressources pour l'attribution, mais ces dernières peuvent être prises en compte dans le montant de l'allocation.

- Montant

Il s'agit d'une prestation en nature personnalisée affectée à des dépenses adaptées aux besoins de chacun des demandeurs. Le montant du plan d'aide dépend du degré de perte d'autonomie du bénéficiaire.

- A qui s'adresser

Conseil départemental de son domicile

Les subventions de l'Agence nationale de l'Habitat

- Objectif

L'ANAH peut subventionner tous les travaux visant à améliorer l'autonomie de la personne.

Types d'aménagements concernés : douche de plain-pied ou baignoire à porte, installation d'un monte-escalier, mise en place de barres d'appui, de mains courantes, installation d'une rampe ou d'un escalier, revêtements de sol, isolation, suppression de cloisons, marches ou portes, remplacement ou modification d'équipements sanitaires, installation d'un appareil facilitant les déplacements au sein de la maison, etc.

- Critères

Pour des propriétaires occupants aux ressources limités ou pour des propriétaires qui louent leur logement à loyer abordable.

- Montant

Le plafond maximal du coût des travaux est de 20 000 euros HT. La subvention oscille entre 35% et 50% du montant total des travaux en fonction des ressources de la personne.

- A qui s'adresser

Agence nationale de l'habitat

L'aide financière pour les travaux d'amélioration de l'habitat versé par les caisses de retraites (Cnav/Carsat)

Ces prestations sont destinées aux retraités du régime général qui ne bénéficient pas de l'APA.

Le « kit prévention »

C'est une subvention qui sert à financer les travaux d'adaptation du logement pour les aménagements les plus simples. Ce kit comprend un ensemble d'aides techniques qui peuvent être utiles pour améliorer le confort de vie et faciliter les déplacements dans le logement.

L'aide à l'habitat

Si la personne doit réaliser des travaux d'aménagement pour continuer à vivre chez elle, le dispositif d'aide à l'habitat assure un accompagnement des démarches par un professionnel de l'habitat et assure un soutien financier. Le montant de l'aide est déterminé en fonction du montant des travaux et des ressources, dans la limite du plafond défini par la Carsat.

Le plan d'actions personnalisé (PAP) de la Cnav

C'est une aide qui vise à améliorer le bien-être de la personne âgée à son domicile. Il faut être retraité du régime général, et être âgé d'au moins 55 ans. Le plafond maximal pris en charge dans le cadre du PAP s'élève à 3000 euros par an. La demande doit s'effectuer auprès de la caisse régionale, qui évalue les besoins de la personne directement à son domicile.

Types d'aménagements concernés : douche de plain-pied ou baignoire à porte, installation d'un monte-escalier, mise en place de barres d'appui, de mains courantes, installation d'une rampe ou d'un escalier, revêtements de sol, isolation, suppression de cloisons, marches ou portes, remplacement ou modification d'équipements sanitaires, installation d'un appareil facilitant les déplacements au sein de la maison, etc.

Autres aides possibles

Liste non-exhaustive des autres organismes auprès desquels il est possible de trouver des aides financières pour l'aménagement ou l'adaptation de son logement : Conseil Général du département ; Caf ; CPAM ; Mutuelle ; CCAS de la commune ; Caisse de prévoyance ; Caisse de retraite complémentaire ; Aide des associations ou fondations diverses, etc.

4.2.2 Les aides techniques

Par aide technique, il est entendu, par exemple, tout le matériel pour réaliser des traitements à domicile, les lits médicalisés, les cannes, les béquilles, les déambulateurs, des coquilles pour bain pour les enfants, les fauteuils roulants, etc...

Si ces produits sont référencés dans la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) disponible sur le site de l'Assurance maladie, alors leur financement peut être pris en charge. Lorsque le remboursement est insuffisant, ou qu'il n'existe pas, la MDPH pour les moins de 60 ans ou le Conseil départemental pour les plus de 60 ans peuvent éventuellement apporter une aide.

4.2.3 Les aides fiscales

Les prêts (concernent surtout la rénovation énergétique et les propriétaires)

Eco-prêt à taux zéro

Ce prêt est destiné à financer des travaux d'amélioration de la performance énergétique d'un logement. Aidé par l'Etat, il est accordé par les établissements de crédit aux propriétaires de logements anciens.

« L'isolation de mon appartement est non-adaptée à mon état de santé (trop chaud en été, trop froid en hiver) », déclare un malade dans le cadre du DOPAS.

Prêt à l'amélioration de l'habitat (PAH)

Permet d'alléger la facture des travaux d'aménagement du logement. Pour obtenir un PAH, il faut bénéficier d'au moins une prestation familiale de la CAF. Le montant est plafonné à 1067,14 euros et ne doit pas dépasser 80% des dépenses engagées. Avec un taux de 1%, il est remboursable en 36 mensualités au maximum.

Les crédits d'impôts pour les propriétaires occupants ou locataires

Le crédit d'impôt en faveur de l'aide aux personnes

Il concerne l'installation ou le remplacement d'équipements conçus pour une personne âgée ou handicapée, les travaux prescrits par un plan de prévention des risques technologiques, l'acquisition d'un ascenseur électrique répondant à certaines performances.

Il correspond à 25% de la facture totale TTC (équipements et main d'œuvre) dans la limite d'un plafond de 5000 € pour une personne célibataire et 10000 € pour un couple pacsé ou marié. Ce plafond s'applique sur 5 années. Le crédit d'impôt concerne les équipements sanitaires (douche de plain-pied, baignoires à porte, etc.) et de sécurité et accessibilité comme l'installation d'un monte-escalier, barre de maintien, etc.

La TVA réduite

Elle s'applique pour tous les travaux d'amélioration, de transformation, d'aménagement ou d'entretien, et peut donc concerner les travaux qui visent à favoriser l'autonomie des seniors. Dans ce cas-là elle est réduite à 7%. Mais il est possible de descendre à 5,5% pour les équipements spéciaux pour personnes en situation de handicap. La construction du logement doit avoir été achevée au minimum depuis 2 ans. Il faut faire facturer l'achat et l'installation du matériel par un professionnel.

4.3 Payer ses loyers ou ses remboursements de crédits ⁴⁰

4.3.1 Quelles aides pour payer son loyer ?

Faire une demande à la CAF

Faire, ou refaire, une demande d'aide personnalisée au logement (APL), d'allocation de logement familiale (ALF) ou d'allocation de logement social (ALS). L'aide est en principe calculée à l'année, mais elle peut être revue en cas d'évènement signalé. Peut-être se rapprocher des assistances sociales de la CAF ?

« Je pensais que la CAF prendrait en compte mon changement de situation dû à la maladie, mais à ce jour il n'en est rien. Je pense notamment à l'APL », déclare un des répondants au DOPAS.

Faire appel aux services sociaux pour payer son loyer

Se rapprocher d'une assistante sociale de sa mairie ou du conseil général. Il arrive que des municipalités aident des personnes malades à payer tout ou partie du loyer pendant une période déterminée.

Le Fond de solidarité pour le logement (FSL) peut également être sollicité. Il propose des subventions ou/et des prêts en vue du règlement des dettes locatives et des factures d'eau, d'énergie et de téléphone.

Encadré 11 - Le FSL vu par une assistante sociale de la Ligue contre le cancer

« Pour nous (les assistantes sociales), le FSL est un outil parmi d'autres. Je ne peux le mettre en place moi-même. Je peux seulement vérifier le dossier du malade et prendre rendez-vous pour lui auprès des organismes sociaux départementaux concernés.

Pour être éligible au FSL, il faut d'abord qu'il y ait eu reprise du paiement du loyer si celui-ci avait été interrompu. Les aides de la Ligue pour payer le loyer, ou rembourser une dette de loyer, permettent souvent aux malades de déposer leur dossier devant le FSL »

Nathalie Borne, assistante sociale pour le Comité de l'Hérault

Négocier avec le bailleur

Il est possible de négocier ponctuellement. Mais en cas de difficultés qui perdurent, dans le cadre d'une démarche amiable, locataire et bailleur peuvent, par exemple, mettre un place un plan d'apurement, c'est-à-dire un accord écrit prévoyant un étalement du remboursement de la dette de loyer sur quelques mois. Il est aussi possible de demander une baisse du loyer temporaire ou non. Toutefois, le bailleur n'a aucune obligation de répondre favorablement à ces demandes.

Dans la cadre du logement social, un locataire peut signer avec son bailleur un protocole de cohésion sociale avec un plan d'apurement de la dette.

⁴⁰ Partie réalisée à l'aide des informations fournies par les sites dossierfamilial.com et service-public.fr.
<http://www.dossierfamilial.com/sante-social/aide-sociale/se-faire-aider-pour-payer-son-loyer-57202>
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N19808>

Le locataire peut le faire seul, ou peut se faire aider, notamment dans la rédaction des courriers. Aussi, l'aide d'associations ou de municipalités proposant les services d'assistante sociale et/ou d'écrivains publics peut être sollicitée.

Saisir la commission spécialisée de coordination des actions de prévention des expulsions (CCAPEX)

La saisine peut être faite par le bailleur ou le locataire. Cette commission doit les aider à trouver une solution pour traiter l'impayé ou pour faciliter le règlement d'un locataire en difficulté. Par exemple, la CCAPEX, peut inciter le bailleur à établir un plan d'apurement de la dette.

Elle se compose de l'Etat, des collectivités locales concernées, du conseil départemental, de la CAF et souvent des bailleurs et associations de locataires. Elle doit préparer un plan de relogement et est tenue d'examiner chaque situation au cas par cas.

Saisir la commission de surendettement

Cela intervient notamment lorsque les dettes de loyers se cumulent avec d'autres dettes (factures, impôts, crédits, pension alimentaire, etc.).

Si la commission de surendettement estime la demande recevable, elle propose un plan qui peut prévoir soit le report, soit l'échelonnement, soit la remise de dettes. Les dettes peuvent aussi être annulées.

S'adresser au tribunal d'instance

Des délais de paiement peuvent aussi être demandés à cette juridiction.

4.3.2 Quelles aides pour payer ses mensualités de prêts ?

Ces aides proposées par le site du gouvernement ne prennent pas en compte la situation particulière d'une personne atteinte d'un cancer. Des verbatim, recueillis dans le cadre du DOPAS, témoignent des difficultés que rencontrent les détenteurs de prêts bancaires ou ceux qui souhaitent en contracter un.

Recours à l'assurance du crédit immobilier

Parfois, il est possible de recourir à l'assurance du crédit immobilier. Cela permet d'éviter les pénalités, car les mensualités peuvent être couvertes par cette assurance.

Les risques couverts par l'assurance sont le décès, la maladie et l'invalidité et la perte d'emploi.

NB : Lors de la conclusion d'un prêt, questionnaire médical rempli en toute bonne foi. Quid des personnes atteintes ou ayant été atteintes d'un cancer et ne bénéficiant pas du droit à l'oubli (cf. convention AERAS) ?

Dans le cas où une personne souhaite effectuer un emprunt en souscrivant une assurance emprunteur, une convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) a été signée entre les professionnels de la banque et de l'assurance, des associations de malades et de consommateurs et les pouvoirs publics. Elle prévoit notamment le droit à l'oubli.

Comment cela se passe ?

Lors de la demande de financement, la banque fait remplir au demandeur un questionnaire de santé simplifié. Si une ou plusieurs réponses positives, il faut remplir un questionnaire médical plus complet. Le demandeur doit répondre lui-même au questionnaire, en toute sincérité. Si besoin, la banque peut lui demander d'autres questionnaires ou de réaliser des examens.

La loi du 26 janvier 2016 précise le droit à l'oubli qui signifie qu'aucune information médicale relative à une pathologie cancéreuse ne peut être demandée dès lors que le protocole thérapeutique est achevé depuis plus de 10 ans. Ce délai est abaissé à 5 ans pour les cancers survenus avant l'âge de 18 ans. Dans ces deux cas, vous n'avez plus à déclarer un ancien cancer.

Mais cette convention ne couvre pas les cancers actuels. Une fausse déclaration peut se traduire par la nullité du contrat et la déchéance de la garantie.

Pour information, la Ligue nationale contre le cancer a mis en place un service d'information, de conseil et de recherche de solutions, destiné aux candidats à l'emprunt rencontrant des difficultés pour obtenir une assurance emprunteur dans le cadre de leur crédit en raison d'un risque aggravé de santé. Il s'agit d'AIDEA, accessible au 0 800 940 939 du lundi au vendredi de 9h à 19h.

Source : www.aeras-infos.fr

Demande de délai de paiement au prêteur

Adresser une demande de délai de paiement au prêteur.

Demande de délai de grâce auprès du tribunal d'instance

Les obligations de remboursements peuvent être suspendues pour une période de 2 ans maximum sans occasionner de pénalités. Il faut saisir le tribunal d'instance dans le cadre d'une assignation par acte d'huissier. L'aide d'un avocat peut être nécessaire.

Dépôt d'un dossier de surendettement

Cette solution peut intervenir en cas de surendettement, et lorsque d'autres solutions n'ont pas suffi.

Glossaire

ACT	Appartement de Coordination Thérapeutique
ADIL	Agence Départementale d'Information sur le Logement
AERAS	S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé
AFCA	Association Française de Chirurgie Ambulatoire
AFL	Allocation de Logement Familiale
AIVS	Agences Immobilières à Vocation Sociale
ALS	Allocation de Logement Sociale
ANIL	Agence Nationale d'Information sur le Logement
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
APL	Aide Personnalisée au Logement
AR	Appartements Relais
ARS	Agence Régionale de Santé
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CCAPEX	Commission de Coordination des Actions de Prévention des Expulsions
CCAS	Centres Communaux d'Action Sociale
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DAL	Droit Au Logement
DALO	Droit Au Logement Opposable
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DOPAS	Dispositif d'Observation Pour l'Action Sociale
EHPAD	Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Indépendantes
FAMIDAC	Association des accueillants familiaux et de leurs partenaires
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
FHF	Fédération Hospitalière de France
FMAH	Fédération des Maisons d'Accueils Hospitalières
FSL	Fond de Solidarité Logement
GIR	Groupe Iso-Ressources
HH	Hôtels Hospitaliers
HLM	Habitation à Loyer Modéré
IGR	Institut Gustave Roussy
INCA	Institut National du Cancer
ISIS	Association des Parents et des Amis des enfants traités pour cancer à l'IGR
LHSS	Lits Halte Soins Santé
LPP	Liste des Produits et Prestations
MAH	Maisons d'Accueils Hospitalières
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
PAH	Prêt pour l'Amélioration de l'Habitat
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PLAI	Prêt Locatif Aidé d'Intégration
PLI	Prêt Locatif Intermédiaire
PLUS	Prêt Locatif à Usage Social
PLS	Prêt Locatif Social
PMR	Personne à Mobilité Réduite

UNAPECLE	Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants atteints de Cancer ou Leucémie
UNICANCER	Fédération des Centres de Lutte contre le cancer
UNIOPSS	Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée

Annexes

1. Etat des lieux des dispositifs d'aides et d'accompagnement à domicile mobilisables par des personnes atteintes de cancer (DGCS)

Etat des lieux des dispositifs d'aides et d'accompagnement à domicile mobilisables par des personnes atteintes de cancer

Document de travail réalisé par le groupe de travail mis en place dans le cadre de
l'action 7.9 du plan cancer 2014-2019

Septembre 2017

Etat des lieux des dispositifs d'aides et d'accompagnement à domicile mobilisables par des personnes atteintes de cancer

Sommaire

I -	Eléments de contexte sur les besoins d'aides pour la vie quotidienne et le recours aux aides à domicile	4
II -	Panorama des dispositifs permettant de solvabiliser l'aide à domicile	9
1 -	Les prestations légales	9
a)	Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	9
b)	Prestation de compensation (PCH)	13
2 -	Les aides relevant de l'action sociale des caisses de sécurité sociale	17
a)	CNAF : Dispositif d'Aide à domicile aux familles	17
b)	CNAV : Aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH).....	20
c)	CNAM TS – FNASS - Dispositif de retour ou maintien à domicile	22
d)	Les aides de la mutualité sociale agricole (MSA)	26
e)	Les aides du régime social des indépendants (RSI)	28
f)	Autres régimes de sécurité sociale.....	29
3 -	Les aides contractuelles	30
	Contribution de la Mutualité française	30
4 -	Les aides au titre de l'action sociale des associations.....	32
	Les aides financières de la ligue contre le cancer	32
III -	Les dispositifs d'accompagnement social et d'informations	34
1 -	CNAM TS – Service social de l'Assurance Maladie	34
2 -	Mutualité Française – services d'information.....	36
IV -	Mise en perspective des différents dispositifs.....	37
1 -	Les besoins couverts et les critères d'accès	37
2 -	Les démarches à faire.....	42
3 -	Les démarches de simplification, coordination entre dispositifs.....	47
a)	Aide à domicile aux familles (CNAF).....	47
b)	ARDH (CNAV) et CNAMTS.....	47
c)	Régime de retraite de base (CNAV, CNRACL, MSA, RSI)	47
d)	MDPH et équipes sanitaires	48
V -	perspectives - leviers potentiels.....	49
1 -	L'information, l'orientation et/l'accompagnement dans les démarches.....	50
2 -	Le repérage des besoins et de ses évolutions au cours du parcours des malades	51
3 -	La simplification des démarches (y compris lisibilité et visibilité des dispositifs de solvabilisation) et l'adaptation des dispositifs	52
4 -	La mise en œuvre des mesures d'aide à domicile et de soins	53
5 -	L'observation du recours aux dispositifs.....	53
Annexe 1 -	Les données disponibles concernant les besoins et le recours aux dispositifs	54
6 -	La vie deux ans après un diagnostic de cancer (VICAN2)	54
7 -	Le Dispositif d'Observation pour l'Action Sociale (DOPAS) de la ligue contre le cancer	56
Glossaire		59

Ce document a été élaboré par les membres du groupe de travail mis en place dans le cadre de la mise en œuvre de l'action 7.9 du plan cancer 2015-2019 « *Faciliter l'accès des personnes atteintes de cancer qui en ont besoin, aux aides à domicile* ».

Le groupe de travail, piloté par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), a réuni différents organismes et des associations : Agence régionale de santé (ARS) Pays de Loire, Collectif Interassociatif sur la santé (CISS), Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), Institut national de lutte contre le cancer (INCA), Ligue contre le cancer, Mutualité sociale agricole (MSA), Mutualité française, secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) .

Pour répondre aux enjeux de cette action et comme premier jalon, il est apparu nécessaire de dresser un état des lieux des dispositifs d'aides et d'accompagnement à domicile mobilisables par des personnes atteintes de cancer. Sur la base d'un diagnostic partagé, cet état des lieux a permis d'envisager des axes de travail opérationnels au niveau national. Il pourra aussi être utilisé pour les déclinaisons régionales du plan cancer pilotées par les ARS.

Ce document de travail est destiné aux acteurs institutionnels qui concourent à solvabiliser les aides à domicile et à ceux qui contribuent plus globalement à faciliter l'accès aux aides à domicile dans le cadre du plan cancer 3.

I - ELEMENTS DE CONTEXTE SUR LES BESOINS D'AIDES POUR LA VIE QUOTIDIENNE ET LE RECOURS AUX AIDES A DOMICILE

Les personnes atteintes de cancer sont fréquemment confrontées à des difficultés pour assurer des tâches quotidiennes. Ce besoin d'aide peut intervenir à différentes phases de la maladie, que ce soit pendant la phase de traitement (post chirurgie, pendant la chimiothérapie ou la radiothérapie), après le traitement compte tenu de séquelles (fatigue persistante, douleurs, limitations fonctionnelles, restrictions de participation) ou en fin de vie.

Répondre à ce besoin d'aide pour la vie quotidienne est un élément important pour contribuer au maintien à domicile dans de bonnes conditions des personnes malades, dans une période où les traitements en ambulatoire se développent. La prise en compte de ce besoin est un élément qui contribue à la qualité de vie¹ des personnes. A contrario, être confronté à la complexité des démarches de toutes sortes à conduire, peut être un facteur de dégradation de la qualité de vie perçue. La mise en place d'aides peut permettre une vie à domicile dans de meilleures conditions et éviter d'avoir à traiter des situations particulièrement difficiles, avec des pertes de droits, générées par des interventions tardives.

Deux sources d'informations permettent de mieux appréhender les besoins. Il s'agit de l'enquête « la vie deux ans après le cancer » (VICAN2)² et des données du Dispositif d'Observation pour l'Action Sociale de la ligue contre le cancer (DOPAS). Quelques repères sont donnés ci-après, une présentation plus détaillée de ces travaux figure en annexe.

Si le besoin d'aide pour la vie quotidienne est fréquent au décours de la maladie, les données montrent un faible recours aux professionnels de l'aide à domicile.

Le nombre de personnes confrontées au cancer est important. En 2014, 1,147 million de personnes ont été hospitalisées en lien avec le diagnostic, le traitement ou la surveillance d'un cancer, soit une augmentation de 5% par rapport à 2010³.

D'après les résultats de l'étude VICAN2, le besoin d'aide pour la vie quotidienne est fréquent et l'aide est le plus souvent apportée par l'entourage (conjoint, famille, amis) : 71,1% des personnes en couple ont reçu une aide de la part de leur conjoint(e), compagnon(agne), 48,9 % de la part de leur famille et 42,1 % d'amis. Il est rare que les proches ne proposent pas leur aide : seuls 4,1 % des enquêtés disent que leur conjoint(e) n'a pas proposé de les aider, cette proportion valant 7,5 % pour la famille et 10,0 % pour les amis.

L'aide apportée par des aidants professionnels est moins fréquente. Elle est retrouvée pour 10,3 % des personnes. Un peu moins des deux tiers des personnes n'ont pas ressenti le besoin d'être aidées par

¹ Cette qualité de vie physique et mentale étant déjà dégradée pour les malades, par rapport à la population générale (les cancers en France en 2015, INCA)

² L'étude VICAN 2 sur les conditions de vie des personnes atteintes deux ans après un diagnostic de cancer 2 ans a été réalisée en 2014 par l'Institut national du cancer, en partenariat avec l'Inserm et les trois principaux régimes d'assurance maladie. Le rapport de cette étude VICAN2 est disponible sur le site de l'INCA.

³ Les cancers en France en 2015, l'essentiel des faits et des chiffres, INCA, février 2016

des professionnels notamment de l'aide à domicile. En revanche, un quart ne se sont pas vu proposer une telle aide.

D'après les données du DOPAS 2015, 87 % des répondants disent être aidés dans les gestes de la vie quotidienne et 24% ont eu recours à un service d'aide à domicile en complément ou non aux aides apportées par l'entourage.

Des besoins d'aides pour la vie quotidienne divers et qui peuvent avoir des spécificités

En fonction de la situation, les besoins d'aide peuvent porter sur différents types d'activités⁴ :

- L'entretien personnel (se laver, s'habiller, manger, boire, ...),
- La vie domestique (faire les courses, les tâches ménagères, préparer les repas, ...),
- S'occuper des enfants (pour leur entretien personnel, l'accompagnement dans les déplacements à l'extérieur, le suivi de leur scolarité, la parentalité, ...). Dans certaines circonstances, il peut aussi s'agir d'un besoin de garde et/ou d'hébergement d'enfant.
- Les déplacements hors du domicile, les démarches administratives, la vie sociale, la lutte contre l'isolement, ...

Les 5 activités de la vie quotidienne qui nécessitent l'intervention d'aidants (proches ou professionnels) sont : le ménage (48%), les courses (47%) le linge (37%), la préparation des repas (29%), les démarches administratives (25%) (Source DOPAS 2015). Les besoins d'aides pour les enfants de parents malades concernent moins de situation⁵, en revanche, ils nécessitent une prise en compte particulière avec une vigilance supplémentaire dans le cas de famille monoparentale.

Par ailleurs, ce besoin d'aide pour la vie quotidienne peut avoir des caractéristiques particulières par rapport aux besoins rencontrés lors des sorties d'hospitalisation ou pour des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. En effet, le besoin d'aide peut être séquencé, par exemple pendant plusieurs jours après une séquence de chimiothérapie et ce pendant une période de plusieurs mois.

Ces besoins d'aides doivent être identifiés et détaillés le plus précocement possible et être pris en compte dès le plan personnalisé de soins et si besoin dans le plan d'accompagnement de l'après cancer. L'identification des besoins d'aide nécessaire a aussi un impact sur les dispositifs à mobiliser et les démarches à engager dans la mesure où ils ne relèvent pas nécessairement de l'intervention des mêmes professionnels (auxiliaire de vie sociale⁶, technicien de l'intervention sociale et familiale⁷ (TISF),

⁴ Une réflexion pourra être conduite sur la formulation des besoins dans une perspective d'harmonisation avec d'autres nomenclatures et référentiels. C'est par exemple le cas avec le projet SERAPHIN (Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées), qui travaille sur une approche par les besoins d'une part et par les prestations d'autre part.

⁵ Compte tenu de l'âge moyen des personnes traitées qui est de 68 ans pour les hommes et de 65 ans pour les femmes.

⁶ L'auxiliaire de vie sociale intervient auprès de toute personne qui ne peut assumer seule les tâches de la vie quotidienne (personnes âgées, familles, personnes handicapées, malades...).

⁷ Le champ d'action d'un TISF est centré sur les difficultés de la famille. Il intervient auprès de personnes qui ont besoin d'aide dans des circonstances particulières : difficultés sociales, décès d'un parent, hospitalisation, naissance, longue maladie, handicap... Il soulage et épaula la famille en assumant le quotidien (entretien du logement, préparation des repas, l'aide aux devoirs...) et soutient les parents dans l'éducation de leurs enfants.

garde malade⁸, ...), ni des mêmes dispositifs de solvabilisation. Enfin, les besoins de garde et/ou d'hébergement des enfants peuvent nécessiter de mobiliser d'autres dispositifs tels que ceux relevant de l'accueil du jeune enfant, ou de l'accompagnement à la scolarité (internat). Ces besoins particuliers pourront être pris en compte dans le cadre des travaux sur les schémas départementaux des services aux familles⁹.

Un besoin d'aide à domicile identifié parfois tardivement

Le besoin d'aide pour la vie quotidienne peut apparaître secondaire ou être sous-estimé lors de la mise en route du traitement par les patients et le cas échéant leur entourage. De plus, la maladie s'inscrivant parfois dans la durée, les aides apportées par l'entourage doivent parfois être modifiées compte tenu d'une évolution dans la situation des aidants. Les proches aidants, notamment lorsqu'ils sont les aidants principaux ou les seuls aidants, peuvent être contraints d'adapter leur vie quotidienne (réduction du temps de travail, des loisirs, ...) avec des répercussions dans leur santé (notamment le sommeil), leur loisir et leurs ressources. Les données du Rapport de l'Observatoire Sociétal des cancers 2016¹⁰ montrent que 18% des aidants ont dû modifier ou arrêter leur travail, ce pourcentage passant à 29% en cas d'HAD.

Un recours à l'aide à domicile professionnel qui génère un reste à charge non négligeable dans certaines situations

Le recours à une aide professionnelle intervient le plus souvent lorsqu'il ne peut y avoir d'aide de l'entourage, ou en relais/complément de l'intervention de ces proches aidants. Il génère un reste à charge partiel ou total¹¹ pour un peu plus du tiers des personnes. 24% des personnes qui ont un reste à charge supporte intégralement le coût de ces interventions (source DOPAS)¹².

Une complexité dans l'accès aux dispositifs de solvabilisation des aides à domicile et des dispositifs qui ne sont pas complètement adaptés aux besoins

L'aide à domicile peut être réalisée en ayant recours à :

- un service d'aide à domicile, en mode prestataire ou mandataire.
- l'emploi direct.

⁸ Le garde malade assure une présence auprès des personnes malades qui restent à domicile. Il veille au confort physique du malade, mais aussi à son bien-être moral. Il peut être présent de jour comme de nuit et doit se rendre disponible à tout moment.

⁹ Le guide pour l'élaboration des schémas départementaux des services aux familles, publié en juin 2015, indique notamment « Ce plan vise à améliorer l'accompagnement des parents malades en facilitant l'accès à des solutions ponctuelles de garde d'enfants pour les personnes devant suivre un traitement médical. L'élaboration du schéma départemental doit permettre aux partenaires de proposer des solutions adaptées aux besoins des familles : accueils ponctuels en halte-garderie, solutions d'accueil de jour et de nuit en cas d'hospitalisation des parents, etc. ». [Ce guide est disponible sur le site du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.](#)

¹⁰ Résultats de l'observatoire sociétal des cancers 2016 qui donne les résultats d'une enquête sur les aidants des personnes atteintes de cancer.

¹¹ Voir résultats du [Dispositif d'Observation pour l'Action Sociale](#) de la ligue contre le cancer

¹² Parmi celles-ci, 50% n'ont pas fait de demande de prise en charge, 18% ont fait une demande qui n'a pas abouti - pour la moitié, les ressources étaient trop élevées

Certains services d'aide à domicile (SAD) proposent à la fois d'intervenir en mode prestataire ou mandataire, d'autres ne proposent que le mode prestataire.

- Lorsque le SAD intervient en mode prestataire, les aides à domicile sont salariées par le service. La personne bénéficiaire du service règle à l'organisme une facture correspondant à sa consommation.
- Lorsque le SAD intervient en mode mandataire, la personne bénéficiaire de l'intervention est l'employeur de l'aide à domicile. Le service intervient pour la mise en relation avec l'intervenant qu'il estime compétent, l'aide à la rédaction de documents (contrat de travail, fiche de demande de congés...), l'aide à la réalisation des feuilles de salaire, parfois la déclaration à l'URSSAF de l'aide à domicile. La personne règle au service le coût de cette mise en relation, du traitement administratif et s'acquitte également du salaire de l'aide à domicile.
- En emploi direct, la personne bénéficiaire de l'intervention devient « particulier employeur¹³ » et est l'employeur de l'aide à domicile.¹⁴ Elle gère seule le recrutement, la rédaction du contrat de travail, la déclaration auprès de l'URSSAF, la rémunération et l'établissement des feuilles de salaires réglementaires prenant en considération les charges salariales et patronales ainsi que les congés payés et le droit à la formation, la relation de travail au quotidien (arrêts maladie, congés payés, formation), la démission de l'intervenant à domicile ou son licenciement.

La solvabilisation des aides à domicile repose sur la mobilisation de plusieurs types de dispositifs qui ne sont pas spécifiquement dédiés aux personnes atteintes de cancer, chacun s'inscrivant dans une logique propre avec un public cible, un périmètre, des conditions d'éligibilité et des modalités d'accès spécifiques :

- **Prestations légales**, notamment l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), pour les personnes qui sont âgées d'au moins 60 ans, en GIR 1 à 4 et la prestation de compensation (PCH), pour les personnes en situation de handicap dès lors que les conditions d'éligibilité sont remplies. Toutefois, les besoins d'aides humaines pris en compte au titre de la PCH ne couvrent pas les besoins d'aide pour la vie domestique ;
- **Dispositifs relevant de l'action sociale des caisses de sécurité sociale** (CPAM, CNAV, CAF, MSA, RSI) qui interviennent généralement de façon subsidiaire aux autres droits et prestations et sont soumis à des conditions de ressources ;
- **Aides contractuelles des organismes de protection complémentaires et mutuelles**, variables en fonctions des contrats souscrits ;
- Le cas échéant aides extra légales de collectivités territoriales.
- Enfin des aides financières des associations, en particulier de la ligue contre le cancer peuvent intervenir pour des situations dans lesquelles aucuns de ces dispositifs ne sont mobilisables ou dans l'attente de leur activation.

¹³ CF [convention du collective nationale des salariés du particulier employeur](#)

¹⁴ Eléments d'informations complémentaires concernant le particulier employeur sur : [le portail officiel du particulier employeur et du salarié](#) ; [le site de la FEPPEM \(fédération des particuliers employeurs de France\)](#) ; le [site de la fédération du service aux particuliers](#).

Globalement, ces dispositifs permettent de répondre aux besoins :

- Des personnes âgées d'au moins 60 ans les plus dépendantes en Gir 1 à 4 (APA)
- Des personnes âgées d'au moins 60 ans ou retraitées de plus de 55 ans en Gir 5 et 6 (action sociale de la CNAV, MSA ou RSI) ;
- Aux familles avec des enfants de moins de 16 ans (action sociale de la CAF, MSA, RSI) ;
- Aux personnes qui nécessitent les aides les plus importantes, en particuliers lors de séquelles ou en fin de vie (APA, PCH, action sociale CPAM, MSA, RSI).

En revanche Les personnes, non retraitées ou de moins de 60 ans, vivant seules ou avec des enfants de plus de 16 ans, figurent parmi les situations qui, le plus souvent ne répondent pas aux critères d'éligibilité des dispositifs de solvabilisation identifiés (prestations et aides extralégales des caisses). Il n'existe cependant pas de données sur le nombre de personnes potentiellement concernées.

Compte tenu des spécificités tant dans les critères d'accès, que dans les règles de gestion ou les démarches à entreprendre, de chacun de ces dispositifs qui constituent un facteur de complexité pour les usagers, pouvant conduire au non recours à des aides pourtant nécessaires, la première phase des travaux de ce groupe a été de dresser un panorama détaillé de ces dispositifs, sur la base d'une même grille de présentation.

II - PANORAMA DES DISPOSITIFS PERMETTANT DE SOLVABILISER L'AIDE A DOMICILE

1 - Les prestations légales

a) Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une aide financière versée par le département. Elle est destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus qui ont besoin d'aide pour accomplir les actes de la vie quotidienne ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.

■ Les conditions d'accès

- Conditions d'âge : 60 ans ou plus
- Conditions administratives : résider en France de façon stable et régulière
- Conditions de pertes d'autonomie : relever des GIR 1 à 4

Le degré de perte d'autonomie est évalué sur la base de la grille nationale « AGGIR ». L'évaluation se fait sur la base de dix variables relatives à la perte d'autonomie physique et psychique. Seules ces dix variables, dites « discriminantes », sont utilisées pour le calcul du GIR :

- cohérence (communiquer, converser et/ou se comporter de façon sensée) ;
- orientation (se repérer dans le temps, les lieux, les moments de la journée) ;
- toilette (se laver seul) ;
- habillage (s'habiller, se déshabiller, se présenter) ;
- alimentation (manger les aliments préparés) ;
- élimination (assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale) ;
- transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) ;
- déplacements à l'intérieur du domicile ou de l'établissement (mobilité spontanée, y compris avec un appareillage) ;
- déplacements à l'extérieur (se déplacer à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport) ;
- communication à distance (utiliser les moyens de communication : téléphone, sonnette, alarme etc.).

Sept autres variables, dites « illustratives » n'entrent pas dans le calcul du GIR, mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide : gestion (gérer ses propres affaires, son budget, ses biens) ; cuisine (préparer ses repas et les conditionner pour être servis) ; ménage (effectuer l'ensemble des travaux ménagers) ; transport (prendre et/ou commander un moyen de transport) ; achats (acquisition directe ou par correspondance) ; suivi du traitement (se conformer à l'ordonnance du médecin) ; activités de temps libre (pratiquer des activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps).

■ Périmètre des besoins d'aides couverts

Pour les personnes à domicile, l'APA contribue à financer des dépenses de toute nature, inscrites dans un plan d'aide : aide à domicile, portage de repas, aide technique, travaux d'aménagement du logement, frais d'accueil temporaire (avec ou sans hébergement), dépenses de transport,

Montant de la prestation

L'APA est versée par le conseil départemental.

Le montant mensuel de l'APA dépend de la nature et du volume des aides prévues par le plan d'aide dans la limite de plafonds nationaux définis en fonction du GIR, dont les montants ont été revalorisés :

GIR 1 : 1714,79 € ; GIR 2 : 1376,91 € ; GIR 3 : 994,87 € ; GIR 4 : 663,61 € (montant au 1^{er} janvier 2017)

C'est une allocation universelle : toute personne âgée peut en bénéficier.

L'attribution et le montant de l'APA ne sont pas soumis à l'obligation alimentaire. La prestation n'est pas récupérable sur succession.

Lorsque les ressources dépassent un seuil qui correspond à celui de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), une participation financière est calculée en fonction des ressources, avec une modulation suivant le montant du plan d'aide, de façon à diminuer le reste à charge de ceux dont le plan d'aide est supérieur à 350,02 € par mois (soit un peu plus de la moitié du plafond du GIR 4). Ils bénéficieront ainsi, pour la partie de leur plan d'aide comprise entre 350,03 € et 549,88 €, d'un abattement dégressif de 60% au maximum pour les revenus immédiatement supérieurs à l'ASPA, jusqu'à 0% pour un revenu supérieur ou égal à 2 948,16€. Cet abattement est porté à 80% pour la partie du plan d'aide supérieure à 549,89€. (Montant au 1^{er} janvier 2017)

Tableau 1 : Participation financière de la personne âgée en fonction de ses ressources (montant au 1/1/2017)

Ressources mensuelles	Participation financière
Inférieures ou égales à 800 €	Pas de participation financière
Supérieures à 800 € et inférieures ou égales à 2948,16 €	La participation varie progressivement de 0 % à 90 % du montant du plan d'aide, avec une modulation suivant le montant du plan d'aide
Supérieures à 2948,16 €	90 % du montant de la fraction du plan d'aide utilisé

Tableau 2 : Modulation de la participation financière en fonction du montant du plan d'aide

Décomposition du plan d'aide :	Limites des fractions en coefficients de MTP (article R.232-11 du CASF)	Limites des fractions en € (à compter 1 ^{er} mars 2016)
Fraction 1 (A1)	$A1 < 0,317$	0 - 350,02€
Fraction 2 (A2)	$0,317 \leq A2 \leq 0,498$	350,03 - 549,88€
Fraction 3 (A3)	$A3 > 0,498$	549,89€ -

■ *Les nouveautés apportées par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement pour le soutien des aidants*

Pour les aidants qui assurent une présence ou une aide indispensable au soutien à domicile d'un bénéficiaire de l'APA et qui ne peuvent être remplacés, deux dispositifs de majoration sont prévus :

- **Pour le répit de l'aidant**, permettant la majoration des plans d'aide au-delà des plafonds dans une limite¹⁵ de 500,19 € par an (*montant au 1^{er} janvier 2017*).

L'aide au répit de l'aidant permet par exemple, suivant l'appréciation du besoin par l'équipe médico-sociale et la proposition faite par celle-ci dans le cadre du plan d'aide, de financer le recours à un accueil temporaire en établissement ou en accueil familial ou des heures d'aide à domicile supplémentaires.

- Pour un **relais en cas d'hospitalisation de l'aidant**, dans une limite¹⁶ de 993,76€ (*montant au 1^{er} janvier 2017*) par hospitalisation, quel que soit le nombre d'hospitalisations dans l'année.

Cette aide fait l'objet d'un circuit de demande spécifique, distinct du plan d'aide APA. Elle est versée déduction faite de la participation financière du bénéficiaire, calculée sur la base du taux de participation du plan d'aide.

Ces deux majorations obéissent aux règles de l'APA, notamment en ce qui concerne les modalités de valorisation (prise en compte du tarif de l'établissement ou du service, ou du tarif de référence), du calcul de la participation du bénéficiaire, des modalités de versement (possibilité d'un versement direct aux établissements notamment) et du contrôle d'effectivité.

■ *Processus d'éligibilité et de décision*

L'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants¹⁷, la détermination du GIR et l'élaboration du plan d'aide sont assurées par une équipe médico-sociale (EMS) du département.

La décision relève du président du conseil départemental.

■ *Démarches à effectuer*

La demande d'APA est à adresser au président du conseil départemental du lieu du domicile de secours.

Le dossier de demande peut être retiré auprès des services du département concerné (conseil départemental, circonscriptions d'action sociale, ...).

En fonction du département, d'autres points d'informations locaux peuvent communiquer le dossier : centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS ou CIAS), points d'information dédiés aux personnes âgées (par exemple CLIC), organismes de sécurité sociale, mutuelles ou services d'aide à domicile, Il est aussi possible de se le procurer directement sur le site internet du département.

¹⁵ Majoration dans une limite fixée par l'article D. 232-9-2 du CASF à 0,453 fois le montant mensuel de la MTP (soit près de 500€ par an au 1^{er} mars 2016).

¹⁶ Limite fixée par l'article D. 232-9-2 du CASF à 0,9 fois le montant de la MTP au-delà du plafond du plan d'aide.

¹⁷ Cette évaluation multidimensionnelle doit être effectuée sur la base d'un référentiel prévu par l'arrêté du 5 décembre 2016 fixant le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants, prévu par l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles.

■ *Rôle du médecin*

Le médecin traitant peut être présent lors de la visite de l'équipe médico-sociale. Dans certains départements il peut être sollicité pour remplir un certificat médical.

■ *Règles de cumul avec d'autres prestations et aides*

L'APA n'est pas cumulable avec d'autres prestations ayant un objet similaire. Il s'agit de :

- la majoration pour l'aide constante d'une tierce personne ;
- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et la prestation de compensation (PCH) ;
- l'allocation représentative de services ménagers ou d'une aide en nature versée par le conseil départemental au titre de l'aide sociale et accordée sous forme d'heures d'aide-ménagère.

Elle est en revanche cumulable avec les aides d'action sociale des organismes de Sécurité sociale, des conseils départementaux et des communes, sous réserve de l'absence d'une délibération contraire prise par leurs instances de décision.

■ *Informations complémentaires / Point d'attention*

En cas d'hospitalisation du bénéficiaire de l'APA : Le président du conseil départemental doit en être informé par le bénéficiaire, le cas échéant son tuteur, ou l'équipe médico-sociale.

En fonction de la nouvelle situation de l'intéressé, le président du Conseil départemental peut réduire le montant de l'APA ou en suspendre le versement. Cette suspension n'intervient alors qu'au-delà des 30 premiers jours d'hospitalisation. Le versement de l'allocation est repris, sans nouvelle demande, à compter du premier jour du mois au cours duquel l'intéressé n'est plus hospitalisé.

Il n'y a pas de suspension de l'APA dans le cas où l'allocataire bénéficie d'une hospitalisation à domicile (HAD).

■ *Référence réglementaire*

Code de l'action sociale et des familles : Articles L232-1 à L232-28 ; Articles R232-1 et suivants ; annexe 2-1 (guide d'évaluation de la personne en perte d'autonomie et guide de remplissage de la grille AGGIR) et annexe 2-3 (contenu du dossier de demande et pièces justificatives)

b) Prestation de compensation (PCH)

La prestation de compensation (PCH) est une aide financière versée par le département, destinée aux personnes de moins de 60 ans (et dans certains cas aux personnes de plus de 60 ans) permettant la prise en charge de certaines dépenses liées au handicap parmi lesquelles figurent, les aides humaines, les aides techniques, l'aménagement du logement et du véhicule ainsi que les surcoûts liés aux transports, les charges spécifiques et exceptionnelles et les aides animalières. C'est une aide personnalisée, modulable en fonction des besoins de chaque bénéficiaire.

■ Les conditions d'accès

- **Conditions d'âge** : Personne de moins de 60 ans lors de la demande initiale. Toutefois, l'accès à la PCH est possible après 60 ans notamment pour :

les personnes remplissant les critères de handicap avant 60 ans qui peuvent faire une 1^{ère} demande jusqu'à 75 ans ;

- les personnes en activité professionnelle.
- **Conditions administratives** : résider en France de façon stable et régulière.
- **Conditions liées au handicap** : les critères d'accès à la PCH sont définis dans un référentiel¹⁸ et prennent en compte l'importance des difficultés rencontrées pour des activités :
 - la personne doit présenter une difficulté absolue (l'activité n'est pas du tout réalisée) pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave (l'activité est réalisée de façon non satisfaisante, avec un résultat altéré) pour la réalisation de deux activités ;
 - les difficultés s'apprécient par référence aux modalités habituelles de réalisation de l'activité concernée par une personne du même âge qui n'a pas de problème de santé et en l'absence d'aides quelle qu'en soit la nature ;
 - les difficultés doivent avoir une durée prévisible **d'au moins un an**. Il n'est toutefois pas nécessaire que l'état de la personne soit stabilisé ;
 - Pour l'accès à l'élément « aide humaine » il faut aussi une difficulté absolue ou deux difficultés graves pour la réalisation d'un acte essentiel lié à l'entretien personnel (se laver, assurer l'élimination et utiliser les toilettes, s'habiller, prendre ses repas) ou aux déplacements dans le logement et/ou à l'extérieur.Lorsque l'aide est apportée par un aidant familial, il y a aussi une condition de durée minimale de l'aide apportée.

■ Périmètre des besoins d'aides couverts

La PCH est composée de 5 éléments distinguant les différentes catégories de dépenses qu'elle a vocation à prendre en charge :

- **Aides humaines** (élément 1) : la PCH prend en compte des besoins liés aux actes essentiels (entretien personnel, accompagnement pour certains déplacements, participation à la vie sociale,

¹⁸ Annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles

à la surveillance¹⁹ et à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction élective activité. En revanche, sont exclus les besoins liés à la vie domestique (ménage, course, ...) et à la parentalité. L'aide peut être utilisée pour rémunérer un service d'aide à domicile ou pour dédommager un aidant familial c'est-à-dire un membre de la famille qui n'est pas salarié pour cette aide.

- Aides techniques (élément 2)
- **Aménagement du logement et du véhicule** de la personne handicapée ainsi que d'éventuels surcoûts résultant de certains transports (élément 3)
- Aides spécifiques ou exceptionnelles (élément 4)
- Charges liées à l'attribution et à l'entretien des aides animalières (élément 5)

■ Montant de la prestation

C'est une prestation en nature dont le montant est calculé sur la base de tarifs définis par arrêté et dans la limite de montants maximum. Le montant dépend de la nature et du volume des aides prévues par le plan personnalisé de compensation décidé par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Pour l'élément aide humaine, le montant est calculé en valorisant le temps d'aide sur la base de tarifs qui varient en fonction du type d'aidant (aidant familial, aide à domicile en emploi direct, service prestataire autorisé ou agréé, service mandataire).

Le temps d'aide humaine est apprécié de manière individualisée. Un référentiel fixe les temps d'aide plafonds pour chacun des actes. Le volume total d'heures attribué peut atteindre 24 heures par jour pour les personnes les plus lourdement handicapées.

Les sommes éventuellement versées par un régime de sécurité sociale et correspondant à un droit de même nature sont déduites du montant de la PCH.

Tableau 3 : Tarifs et montants applicables au 1^{er} élément de la PCH au 1^{er} janvier 2017

Tableau 1 : Tarifs horaires applicables au 1^{er} élément de la prestation de compensation

Modalité de l'aide humaine	Tarif horaire PCH	Modalité de calcul
Emploi direct - principe général	13,81 €/h	150% du salaire horaire brut d'un(e) assistant(e) de vie C, au sens de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999 ²
Emploi direct - si réalisation de gestes liés à des soins ou aspirations endo-trachéales ³	14,11 €/h	150% du salaire horaire brut d'un(e) assistant(e) de vie D, au sens de la convention collective nationale des salariés du particulier employeur du 24 novembre 1999 ²
Service mandataire - principe général	14,97 €/h	Majoration de 10% du tarif emploi direct.
Service mandataire - si réalisation de gestes liés à des soins ³	15,52 €/h	Majoration de 10% du tarif emploi direct.
Service prestataire	Tarif du service ou 17,77 €/h	En cas de service habilité à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale : Tarif fixé par le Président du conseil départemental (PCD) en application de l'article L. 314-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF). En cas de service autorisé au titre de l'article L. 313-1-2 du CASF ⁴ : - soit le prix prévu dans la convention entre le PCD et le service ; - soit 170 % du salaire horaire brut d'une salariée de vie ayant moins d'un an d'ancienneté, au sens de l'accord de la branche aide à domicile du 29 mars 2012 relatif aux emplois et rémunérations.
Aidant familial dédommagé	3,73 €/h	50 % du SMIC horaire net applicable aux emplois familiaux.
Aidant familial dédommagé - si celui-ci cesse ou renonce totalement ou partiellement à une activité professionnelle	5,59 €/h	75 % du SMIC horaire net applicable aux emplois familiaux.

Tableau 2 : Montant mensuel maximum du dédommagement de chaque aidant familial

Dispositions	Montant	Modalité de calcul
Montant mensuel maximum	960,43 €/mois	85% du SMIC mensuel net, calculé sur la base de 35 h/semaine applicable aux emplois familiaux.
Montant mensuel maximum majoré (arrêté du 25/05/2005)	1152,52 €/mois	Majoration de 20% du montant mentionné à la ligne précédente.

¹⁹ Pour une personne qui s'expose à un danger du fait d'une altération d'une ou plusieurs fonctions mentales, cognitives ou psychiques

Tableau 4 : Montants maximums, durées d'attribution et tarifs applicables aux autres éléments de la PCH au 1 janvier 2017

Elément de la prestation de compensation		Montant maximal attribuable	Durée maximale *	Montant mensuel maximum	Tarif
2^{ème} élément aides techniques	Règle générale	3960 €	3 ans	110 €	Selon les aides techniques. Tarif détaillé ou 75% du prix dans la limite du montant maximal attribuable.
	Si une aide technique (AT) et le cas échéant, ses accessoires, ont un tarif PCH à au moins 3000€	3960 € au-delà de le montant du tarif PCH de l'AT et de ses accessoires, après déduction du tarif LPP			
3^{ème} élément aménagement du logement, du véhicule et surcoûts liés aux transports	Aménagement du logement	10 000 €	10 ans	83,33 €	Tranche de 0 à 1500 € : 100% du coût Tranche au delà de 1500 € : 50% ^{**} du coût Déménagement : 3000 €
	Aménagement du véhicule, Surcoût lié aux transports	5 000 €	5 ans	83,33 € ou 200 €	Véhicule : tranche de 0 à 1500 € : 100 % du coût
		12 000 € sous conditions ^{***}			Véhicule : tranche au delà de 1500 € : 75% ^{**} du coût Transport : 75 % ^{**} ou 0,5€/km
4^{ème} élément charges spécifiques et exceptionnelles	Charges spécifiques	100 €/mois	10 ans	100 €	Selon les produits : tarif détaillé ou 75% du coût dans la limite du montant maximal attribuable.
	Charges exceptionnelles	1 800 €	3 ans	50 €	75% du prix dans la limite du montant maximal attribuable.
5^{ème} élément aide animalière	Règle générale	3 000 €	5 ans	50 €	Si versement mensuel : 50 € /mois

* Durée maximale d'attribution de l'élément (article D.245-33 du CASF).

Dans la limite du montant maximal attribuable.

** Pour les trajets entre domicile et lieu de travail ou domicile et établissement médico-social : soit en cas de transport par un tiers, soit déplacement aller et retour supérieur à 50 km.

■ Processus d'éligibilité et de décision

- L'évaluation de la situation et l'élaboration du plan personnalisé de compensation sont assurées par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Le besoin de compensation est évalué en tenant compte des aides déjà mises en œuvre et de l'environnement de la personne.
- La décision est prise par de la CDAPH.
- En cas d'urgence attestée, le président du conseil départemental peut attribuer la PCH à titre provisoire, dans un délai de 15 jours. La CDAPH dispose alors d'un délai de 2 mois pour régulariser sa décision.

■ Démarches à effectuer

Le dossier de demande, qui est un formulaire ([cerfa n°13788*01](#)), peut être retiré à la MDPH. Il est aussi disponible sur internet²⁰. Ce formulaire doit être accompagné du certificat médical ([cerfa n°15695*01](#)) daté de moins de 6 mois.

- Le dossier est à déposer à la MDPH du lieu du domicile de secours.
- Procédure d'urgence

Une personne peut demander à bénéficier de la procédure d'urgence si le maintien ou le retour à domicile peut-être compromis ou si elle doit faire face à des frais conséquents qui ne peuvent être différés.

La demande d'attribution de la PCH en urgence est faite sur papier libre et adressée à la MDPH. Elle nécessite aussi qu'une demande de PCH, même incomplète soit déposée. La demande doit préciser la nature des aides pour lesquelles la PCH est demandée en urgence, le montant prévisible des frais et tous les éléments permettant de justifier l'urgence.

²⁰ Le formulaire de demande et le formulaire du certificat médical sont disponibles notamment sur le site « mon service public » : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R19993>

Elle est accompagnée d'un document attestant de l'urgence de la situation, délivré par un professionnel de santé ou par un service ou organisme à caractère social ou médico-social.

■ *Rôle du médecin*

- Le médecin traitant ou le spécialiste remplit le certificat médical joint obligatoirement au formulaire de demande.
- Pour la procédure d'urgence, un professionnel de santé ou un service ou organisme à caractère social ou médico-social doit délivrer un document attestant de l'urgence de la situation.

■ *Règles de cumul avec d'autres prestations et aides*

La PCH ne peut être cumulée avec certaines prestations, notamment l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et un complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Les montants versés pour des prestations de même nature au titre d'un régime d'assurance maladie sont déduits du montant de la PCH (par exemple, le montant de la majoration pour tierce personne (MTP) d'une pension d'invalidité est déduit du montant de l'élément aide humaine, de même le montant du remboursement par l'assurance maladie d'une aide technique est déduit du tarif applicable à la PCH).

■ *Informations complémentaires / Point d'attention*

- La PCH ne prend pas en compte les besoins liés à la vie domestique et à la parentalité.
- La PCH peut être mobilisée pour des situations de fin de vie, dès lors que les critères d'accès sont remplis et dans la limite des aides prises en charge.
- Hospitalisation : la PCH peut prendre en compte les besoins d'aide humaine lors des retours à domicile. Après 45 ou 60 jours d'hospitalisation, le montant de l'élément aide humaine est réduit à hauteur de 10% dans la limite d'un montant maximum et minimum pour les jours de présence dans la structure.

■ *Référence réglementaire*

Code de l'action sociale et des familles (CASF) : articles L. 245-1 à L. 245-14 ; articles R. 245-1 à D. 245-78 et annexe 2-5 (référentiel pour l'accès à la prestation de compensation).

2 - Les aides relevant de l'action sociale des caisses de sécurité sociale

Des dispositifs d'action sociale des caisses de sécurité sociale (CNAMTS, CNAV, CNAF, RSI, MSA) permettent, sous certaines conditions, de prendre en charge des besoins d'aide à la vie domestique ou d'aide à la parentalité. Pour ces dispositifs, s'il existe un cadre national et des objectifs fixés dans les COG respectives, chaque caisse locale conserve néanmoins une autonomie de gestion.

a) CNAF : Dispositif d'Aide à domicile aux familles

Dispositif d'action sociale des caisses d'allocation familiale destiné à apporter un soutien temporaire aux familles allocataires rencontrant un événement conduisant à une indisponibilité du ou des parents.

▣ Les conditions d'accès

- **Conditions d'âge** : Pas de conditions d'âge concernant le ou les parents, mais la famille doit avoir à charge au moins un enfant âgé de moins de 16 ans
- **Conditions administratives** : Familles relevant du régime général de la Sécurité Sociale
- **Conditions liées à un fait générateur** : Soins ou traitements médicaux d'un parent ou d'un enfant (à l'hôpital ou à domicile) avec réduction significative de ses capacités physiques.
- **Nota bene** : d'autres événements peuvent être pris en compte pour l'accès à ce dispositif, par exemple : naissance ou adoption ; famille nombreuse ; famille recomposée ; décès d'un enfant ; rupture familiale (séparation, incarcération, décès d'un parent) ; accompagnement d'un parent isolé vers l'insertion.

▣ Périmètre des besoins d'aides couverts

- Deux types d'interventions sont possibles en fonction des besoins de la famille :
 - l'auxiliaire de vie sociale (AVS) qui participe directement à la réalisation des tâches de la vie quotidienne, pour soulager la famille qui fait face à une période difficile. L'AVS peut également aider les personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelle (courses, démarches administratives, etc.) ;
 - le technicien d'intervention sociale et familiale (TISF) qui effectue une mission de conseil et d'accompagnement visant à favoriser l'autonomie des personnes et l'équilibre familial. Le TISF participe également à la réalisation des tâches de la vie quotidienne (ménage, repassage, courses, etc.).
- La durée maximum d'intervention diffère selon la durée des soins ou traitements médicaux :
 - soins de courte durée : maximum de 80 heures renouvelables (après accord de la CAF) dans la limite de 200 heures ;
 - soins de longue durée : maximum de 250 heures renouvelables (après accord de la CAF) pour 250 heures complémentaires maximum, utilisables en une ou plusieurs fois.

17

Dossier aide à domicile : document de travail

■ *Montant de la prestation*

La caisse d'allocation familiale (CAF) subventionne des services d'aides à domicile qui interviennent auprès des familles.

La famille s'acquitte d'une participation, calculée en fonction du quotient familial²¹ (Qf), sur la base d'un barème national des participations familiales, fixé par la CNAF, allant selon le barème 2017, de 0,26 centime par familles par heure d'intervention (pour un Qf. de 152 €) à 11,88 € (pour un Qf. supérieur ou égal à 1293,01 €).

■ *Processus d'éligibilité et de décision*

Une évaluation (physique ou téléphonique) est réalisée avant toute intervention par un professionnel dédié à cette activité. Un diagnostic est ensuite obligatoirement réalisé à domicile Il n'y a pas d'outil mais il existe une trame type. Une évaluation de la famille est également réalisée en fin d'intervention.

La décision de mise en place d'une intervention au domicile appartient à chaque structure dans le respect de la réglementation.

Un contrat est signé entre la famille et le service d'aide à domicile.

■ *Démarches à effectuer*

La personne concernée doit faire appel à une structure conventionnée par la Caf dont elle relève. Chaque Caf tient à disposition la liste des services avec lesquels elle a conventionné (Liste sur Caf.fr ou auprès de la Caf).

■ *Rôle du médecin*

Pour les cas de maladie de courte ou de longue durée d'un enfant ou d'un parent, le médecin peut délivrer un certificat médical qui servira de pièce justificative pour l'évaluation de la situation de la famille.

■ *Règles de cumul avec d'autres prestations et aides*

L'aide à domicile est temporaire et subsidiaire. Les interventions sont envisagées en l'absence de toute autre possibilité d'aide familiale, de voisinage ou de structure (mutuelles, ...).

■ *Informations complémentaires / Point d'attention*

- *Les marges de souplesse dans l'utilisation des heures d'aides* : pour les cas de maladie, la durée de l'intervention est de 250 heures maximum renouvelable une fois sur accord de la CAF. Ces heures sont utilisables en une ou plusieurs fois. Une souplesse est également laissée quant au temps de présence du parent qui peut s'absenter jusqu'à 10% sur le temps total d'intervention.
- *L'impact d'une hospitalisation sur la prise en charge et la demande* : l'hospitalisation peut suspendre l'intervention mais celle-ci peut aussi se poursuivre si l'autre parent est à domicile. Ce dernier peut s'absenter dans une limite de 10% du temps total de l'intervention.

²¹ Le quotient familial Caf est calculé en fonction des ressources de l'année N - 2, des prestations familiales versées et de la composition de la famille.

- *Les démarches d'information ciblée / proactive* : la CNAF a fait évoluer son site « Caf.fr » et mis en place un nouveau portail en juin 2017. La CNAF contribue aussi à plusieurs portails d'information nationaux : « mesdroits sociaux.fr » et « mes-aides.gouv.fr »
- *Limites ou contraintes particulières liés à ce dispositif* : la demande est formulée dans les 3 mois qui suivent la date du certificat médical et au cours de sa période de validité. L'intervention est limitée dans le temps (elle est temporaire et limitée à deux ans). L'aide de la CNAF est subsidiaire et n'intervient qu'en cas d'aucune autre possibilité d'aide.

■ *Référence réglementaire*

Lettres circulaires CNAF n°2010-081 du 6 mai 2010, n°2011-025 du 31 janvier 2011, n° 2012-048 du 14 mars 2012 et la lettre au réseau n°2015-035 du 11 février 2015 essentiellement.

b) CNAV : Aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH)

Dispositif d'action sociale des caisses de retraites, c'est une aide de court terme sous condition de ressources, destinée aux retraités, à la sortie d'une hospitalisation.

▣ *Les conditions d'accès*

- *Conditions d'âge* : être âgé de plus de 55 ans.
- *Conditions administratives* : être retraité du Régime général.
- *Conditions liées à la santé* : être hospitalisé ou sur le point de l'être et avoir besoin, temporairement, d'être aidé au moment de la sortie d'hospitalisation, en étant en capacité de récupérer son autonomie (GIR 5 ou 6) à l'issue de la prise en charge.

▣ *Périmètre des besoins d'aides couverts*

Le dispositif permet à une personne de bénéficier de différents services afin de l'accompagner lors du retour à domicile après hospitalisation :

- des conseils et des recommandations ;
- un plan d'actions personnalisé (PAP) destiné à solvabiliser un ensemble de solutions et prestations : aide à domicile (garde de jour ou de nuit si besoin), livraison de courses, téléassistance, aide aux transports, etc. ;
- un kit prévention destiné à adapter le logement (barre d'appui, tapis antidérapant, main courante d'escalier, etc.).

▣ *Montant de la prestation*

L'aide financière accordée par la CARSAT/CRAMIF, peut atteindre un plafond de dépenses de 1 800 euros pour 3 mois. Elle est renouvelable une fois en cas de nouvelle hospitalisation.

Une participation financière est demandée en fonction du niveau de revenus dans la limite d'un plafond de ressources. Elle peut varier entre 10 % et 73 %.

Tableau 5 : barème de ressources et de participation applicable au 1 janvier 2017

RESSOURCES MENSUELLES						
Personne seule		Ménage		Participation du retraité		
	Jusqu' à	836 €	Jusqu' à	1 452 €	10 %	
De	837 € à	886 €	De	1 453 € à	1 551 €	14 %
De	899 € à	1 010 €	De	1 552 € à	1 698 €	21 %
De	1 011 € à	1 091 €	De	1 699 € à	1 756 €	27 %
De	1 092 € à	1 141 €	De	1 757 € à	1 820 €	36 %
De	1 142 € à	1 259 €	De	1 821 € à	1 923 €	51 %
De	1 260 € à	1 424 €	De	1 924 € à	2 136 €	65 %
	Au-delà de	1 424 €		Au-delà de	2 136 €	73 %

■ *Processus d'éligibilité et de décision*

Le service social de l'établissement de santé, en concertation avec l'équipe médicale prépare un plan d'aide pour le patient et renseigne le dossier commun CNAV/CNAMTS avec choix du prestataire pour l'organisation de la sortie.

Une évaluation des besoins est réalisée, à l'hôpital, par le conseiller assurance maladie de l'établissement hospitalier, l'équipe médicale ou le service social selon les ressources.

■ *Démarches à effectuer*

Demande à transmettre par l'assistance sociale de l'établissement de santé où séjourne la personne âgée avant la sortie d'établissement au Service d'action sociale ou au Service social régional de la CARSAT/CRAMIF.

■ *Rôle du médecin*

L'équipe médicale de l'établissement hospitalier peut contribuer à l'évaluation.

■ *Règles de cumul avec d'autres prestations et aides*

Ne pas bénéficier d'une prestation équivalente, servie par d'autres organismes (collectivités territoriales, organismes de Sécurité Sociale ou de protection sociale) (APA, ACTP, PCH ou MTP) et ne relevant pas de l'assurance retraite.

■ *Références réglementaires*

- Circulaire CNAV 2003- 35 du 1^{er} août 2003 : définit les conditions d'expérimentation de la prestation individuelle « aide au retour après hospitalisation » au moyen d'un cahier des charges national de références communes pour les caisses régionales ;
- Circulaire CNAV 2008-31 du 18 juin 2008 : précise les principes de fonctionnement du dispositif ARDH en tant que déclinaison particulière du PAP et renforce les spécificités de la prestation : rapidité, souplesse, simplicité de mise en œuvre, implication du service social, liens avec les établissements de santé, détermination du besoin en fonction de la prise en compte de la situation globale du bénéficiaire à son domicile ;
- Circulaire CNAV 2011- 13 du 3 février 2011 : précise le fonctionnement du dispositif ARDH, vise à l'harmonisation des pratiques régionales et à la simplification de la gestion de la prestation.
- Lettre réseau assurance maladie DDO – 181 – 2013 Précise les modalités de mise en œuvre du dispositif ARDH-PRADO.

c) CNAM TS – FNASS - Dispositif de retour ou maintien à domicile

Dispositif du fonds national d'action sanitaire (FNASS) de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) qui regroupe les actions de retour et maintien à domicile suivantes, sous conditions de ressources définies par le Conseil de chaque caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS) (sauf pour la prestation malades en phase terminale pour lequel les conditions de ressources sont définies nationalement) dans la limite du budget alloué par la CNAMTS :

1/ les malades relevant d'une ALD suite à une hospitalisation en médecine et en chirurgie en phase aiguë et en perte d'autonomie transitoire, les patients atteints de maladies graves ou d'accident entraînant des répercussions importantes en situation d'isolement (familial, géographique) et justifiant des services d'aide humaine à la personne dans le cadre du maintien à domicile.

2/ les interventions pour les malades en phase terminale

3/ les interventions pour les personnes en situation de handicap

1/ Intervention pour les malades relevant d'une ALD

Il s'agit d'interventions destinées à des malades, relevant d'une affection de longue durée (ALD), suite à une hospitalisation en médecine et en chirurgie en phase aiguë et en perte d'autonomie transitoire et les patients atteints de maladies graves ou d'accident entraînant des répercussions importantes, en situation d'isolement (familiale, géographique) et justifiant des services d'aide humaine à la personne dans le cadre du maintien à domicile.

■ *Les conditions d'accès*

- Conditions d'âge : non
- *Conditions administratives* : assuré du régime général, hors assurés retraités pris en charge par la CNAV ainsi que les cas pouvant relever du champ de compétence de la CAF ou du conseil départemental
- *Conditions liées à l'état de santé* : être atteint d'une maladie relevant d'une ALD, suite à une hospitalisation en médecine et chirurgie en phase aiguë et en perte d'autonomie transitoire, être atteint d'une maladie grave ou d'accident entraînant des répercussions importantes, en situation d'isolement (familial, géographique) et justifiant des services d'aide humaine à la personne dans le cadre du maintien à domicile.

■ *Périmètre des besoins d'aides couverts*

Prestation extra-légale pouvant porter sur le financement :

- d'interventions d'aide humaine ;
- de produits non remboursables au titre des prestations légales et justifiés médicalement ;
- « d'aides à la vie » sous forme de forfait, telles que des aides psychologiques, le portage des repas, etc. ...

■ *Montant de l'aide*

Ces prestations sont soumises à conditions de ressources.

Leur montant est modulable en fonction de la capacité socio-économique des assurés et leur situation familiale et, limité pour les aides humaines, dans le cadre de plafonds horaires.

En tant que prestation extra-légale, le montant alloué est laissé à l'appréciation des conseils des caisses dans la limite du budget alloué par la CNAMTS.

■ *Processus d'éligibilité et de décision*

Ce processus est laissé à l'appréciation des caisses

■ *Démarches à effectuer*

L'assuré s'adresse à la CPAM où il est affilié

■ *Rôle du médecin*

Pas d'intervention du médecin traitant

■ *Référence réglementaire :*

Lettre Réseau LR/DDO 209/2010 du 17 novembre 2010 créant une dotation unique « retour et maintien à domicile »

2/ Intervention pour les malades en phase terminale

■ *Les conditions d'accès*

- Conditions d'âge : non
- *Conditions administratives* : assuré du régime général
- *Conditions liées à l'état de santé* : personne, en phase évolutive ou terminale de leur maladie, prise en charge au titre d'une structure qui permet d'assurer des soins continus et coordonnés : une équipe mobile de soins palliatifs, un réseau de santé en soins palliatifs, un service d'hospitalisation à domicile (HAD), ou un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) si le territoire où intervient ce SSIAD est dépourvu des 3 structures d'appui citées précédemment.

■ *Périmètre des besoins d'aides couverts*

Ce dispositif permet de financer certains services au bénéfice direct de la personne malade :

- des prestations de garde-malade assurées par un service d'aide à domicile prestataire ou mandataire ayant signé une convention avec la CPAM ;
- l'achat de matériels et fournitures spécifiques : fauteuil de repos, barre de maintien, protections contre l'incontinence, etc. ;
- des dépenses de médicaments partiellement ou non remboursables, dès lors qu'elles sont justifiées médicalement, certains compléments alimentaires, etc...

Il peut également financer la formation des garde-malades à domicile (coût de la formation et/ou indemnisation du temps de formation du garde malade), en fonction des crédits disponibles.

Montant de l'aide

Le montant plafond pour les frais de garde malade est de 3 000 € ou de 2 600 € selon les ressources

Il n'y a pas de plafond pour les fournitures spécifiques.

Le montant de l'aide financière est soumis à un plafond de ressources.

- 3 000 € par personne pour des ressources annuelles ne dépassant pas 25 000 € pour une personne seule et 41 250 € pour un couple.
- 2 600 € par personne pour des ressources annuelles comprises entre 25 000 € et 37 500 € pour une personne seule et entre 41 250 € et 50 000 € pour un couple

Le calcul des ressources tient compte des revenus récents de l'assuré, déduction faite du loyer, des charges locatives ou des frais d'accession à la propriété ainsi que de la composition de la famille.

Processus d'éligibilité et de décision

L'éligibilité au dispositif est assurée par les services de la CPAM/CGSS sous réserve des disponibilités budgétaires.

Démarches à effectuer

La constitution du dossier se fait auprès de l'HAD, l'équipe mobile de soins palliatifs ou du Réseau. Le dossier de demande d'aide peut être établi avant le retour à domicile du malade.

La demande doit être remplie à l'aide du formulaire « Soins palliatifs – Demande de prestation d'action sanitaire et sociale » disponible à la CPAM et sera adressée directement au service d'action sociale de la CPAM.

En ce qui concerne la mise en place de garde-malades, l'association d'aides à domicile se charge de trouver le prestataire pour le compte de l'assuré et en assure directement le règlement, ce qui évite à la personne malade ou à ses proches d'avancer les frais.

Rôle du médecin

Le médecin fournit une attestation certifiant que le patient relève de soins palliatifs

Règles de cumul avec d'autres prestations et aides

Cette aide est cumulable avec l'APA et la PCH

Référence réglementaire

Circulaire CNAMTS 21/2003 du 4 février 2003 - Action sanitaire et sociale - Financement du dispositif de maintien à domicile dans le cadre des soins palliatifs

3/ Intervention pour les personnes en situation de handicap

■ Les conditions d'accès

- Conditions d'âge : non
- *Conditions administratives* : assuré du régime général
- *Conditions liées à l'état de santé* : Personne en situation de handicap

■ Périmètre des besoins d'aide couverts :

Les interventions regroupent les aides techniques, les aides à l'aménagement de logement, les interventions d'aides humaines pour les actes essentiels de l'existence dont notamment les aides ménagères exclues de la prestation de compensation (PCH).

■ Montant de la prestation :

En tant que prestation extra-légale, le montant alloué est laissé à l'appréciation des conseils des caisses dans la limite du budget alloué par la CNAMTS.

■ Processus d'éligibilité et de décision :

Ce processus est laissé à l'appréciation des caisses

■ Montant de la prestation

A l'appréciation des caisses

■ Démarches à effectuer :

L'assuré s'adresse à la CPAM où il est affilié

■ Rôle du médecin :

Pas d'intervention du médecin traitant

■ Règle de cumul avec d'autres prestations et aides

Cette aide est cumulable avec la PCH

■ Référence réglementaire :

Lettre Réseau LRR/DDO 209/2010 du 17 novembre 2010 créant une dotation unique « retour et maintien à domicile »

d) Les aides de la mutualité sociale agricole (MSA)

Dispositif d'action sociale des Caisses de Mutualité Sociale Agricole destiné à apporter un soutien temporaire aux salariés, non-salariés, retraités et à leurs ayants droit rencontrant un événement conduisant à une fragilité.

■ Les conditions d'accès

- Conditions d'âge : non
- Conditions administratives : Foyers relevant du régime MSA
- Conditions liées à un fait générateur : Soins ou traitements médicaux, aides à apporter à un membre du foyer (à l'hôpital ou à domicile) avec réduction significative de ses capacités physiques ou pour tout événement de nature à fragiliser l'équilibre familial (séparation, incarcération, décès d'un parent, d'un enfant ; accompagnement d'un parent isolé vers l'insertion.....).

■ Périmètre des besoins d'aide couverts

Trois types d'interventions sont possibles en fonction des besoins :

- l'auxiliaire de vie sociale (AVS) qui participe directement à la réalisation des tâches de la vie quotidienne pour soulager la famille qui fait face à une période difficile. L'AVS peut également aider les personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelles (courses, démarches administratives, etc.) ;
- le technicien d'intervention sociale et familiale (TISF) qui effectue une mission de conseil et d'accompagnement visant à favoriser l'autonomie des personnes et l'équilibre familial. Le TISF participe également à la réalisation des tâches de la vie quotidienne (ménage, repassage, courses, etc.) ;
- l'aide-ménagère qui accomplit des tâches relatives aux actes essentiels (toilette, aide à la prise des repas, aux déplacements....) et aux activités instrumentales de la vie quotidienne (sortie, visites chez le médecin, aides aux démarches administratives et aux loisirs...).

La durée maximum d'intervention diffère selon l'aide, la durée des soins ou des traitements médicaux : chaque Comité Paritaire d'Action Sanitaire et Sociale (CPASS) définit le quota d'heures mensuel ou annuel.

■ Montant de la prestation

La MSA subventionne des services d'aides à domicile qui interviennent auprès des familles et des personnes âgées.

La famille s'acquitte d'une participation, calculée en fonction du quotient familial (Qf.) et des ressources. Le barème est défini par chaque CPASS.

Pour les aides aux personnes âgées les deux premières tranches de barème sont identiques à celles de la CNAV.

■ Processus d'éligibilité et de décision

Une évaluation physique est réalisée à domicile avant toute intervention par un professionnel dédié à cette activité (travailleur social ou structures évaluatives). Cette évaluation aboutit à un plan d'aide soumis au CPASS. Après décision de ce dernier la notification de prise en charge est transmise à la personne et aux services d'aide à domicile concernés.

L'aide à domicile est prise en charge pour une durée d'un an renouvelable.

Un contrat est signé entre la personne ou son représentant et le service d'aide à domicile.

Démarches à effectuer

La personne concernée doit faire appel à la MSA dont elle relève qui va déclencher l'évaluation du besoin et le plan d'accompagnement. La personne concernée prend directement contact avec un des prestataires conventionnés par la MSA pour réaliser le plan d'aide.

Rôle du médecin :

Pas d'intervention du médecin traitant pour engager la demande.

Règles de cumul avec d'autres prestations et aides

Le cumul d'intervention d'aides à domicile est soumis à étude et à conditions. Il n'y a pas de cumul avec l'APA.

Informations complémentaires / Point d'attention

Les bénéficiaires de la mutualité sociale agricole (MSA) peuvent bénéficier de la prestation soins palliatifs dans les mêmes conditions que les patients relevant du régime général, avec toutefois des montants qui peuvent varier.

Les exploitants agricoles peuvent bénéficier d'une aide au remplacement pour des problèmes de santé. Les conditions d'accès à cette aide sont fixées par les CPASS.

e) Les aides du régime social des indépendants (RSI)

L'action sanitaire et sociale (Ass) du RSI accompagne le chef d'entreprise indépendant (artisan, commerçant et professionnel libéral) dans la mise en œuvre de son projet de vie personnel et/ou professionnel. Multiforme et adaptée, elle soutient le chef d'entreprise dans les phases de transition liées à la conjoncture économique de son activité et/ou aux aléas de sa vie privée.

L'action sanitaire et sociale (Ass) du RSI est multi branches et recouvre les actions possibles au titre de l'assurance vieillesse, du régime maladie obligatoire et de la retraite complémentaire.

■ *Les conditions d'accès*

- *Conditions d'âge* : pas de condition d'âge
- *Conditions administratives* : être affilié au régime pour les actifs c'est-à-dire ne pas être radié ou pour les retraités, avoir une retraite majoritaire au RSI
- *Conditions liées à un fait générateur* : l'attribution des aides Ass n'est pas systématique. Elle prend en compte la nature du besoin, la situation familiale, le montant des ressources, etc. Elle est aussi fonction des disponibilités budgétaires.

■ *Périmètre des besoins d'aide couverts*

- **Le programme « vivre chez soi le plus longtemps possible » de l'Ass du RSI** soutient le projet de vie des travailleurs indépendants, actifs ou retraités, qui connaissent des difficultés dans leur vie professionnelle et/ou personnelle. Le RSI propose à toutes personnes sollicitant une demande d'Ass une évaluation globale des besoins à domicile concernant son projet de vie. Elle vise trois objectifs : aider la personne à formaliser les besoins nécessaires à la mise en œuvre de son projet de vivre mieux chez elle le plus longtemps possible ; établir des préconisations d'actions en réponse aux besoins identifiés, les prioriser et prendre en compte l'offre de service disponible dans l'environnement de la personne ; objectiver les besoins et renseigner la Commission d'Ass du RSI pour faciliter la prise de décision.
- **Un accompagnement des projets professionnels des travailleurs indépendants en difficulté** : le RSI vient en aide aux chefs d'entreprise indépendants qui connaissent des difficultés d'ordre personnel (situation familiale ou sanitaire) ou professionnel (activité de l'entreprise, conjoncture économique). Il intervient alors pour régler les cotisations et contributions sociales personnelles, sous la forme de prise en charge totale ou partielle. L'Ass intervient en dernier ressort, après révision des cotisations sur une assiette estimée et une étude d'un nouvel échéancier.
- **Une aide au maintien en activité des travailleurs indépendants (TI) fragilisés** par un handicap, la pénibilité, un burn out, une maladie invalidante, une usure professionnelle ou à un risque professionnel incapacitant : l'Ass du RSI est présente aux côtés du travailleur indépendant pour l'aider dans ses démarches afin de construire un projet professionnel d'adaptation ou de reconversion, le soutenir pendant la période de reconversion ou de transition professionnelle, prendre en considération son entreprise et en particulier la présence du conjoint collaborateur. Elle lui propose des moyens pour l'accompagner dans l'élaboration d'un projet professionnel qui peut être un maintien dans la même activité avec un aménagement de l'entreprise et/ou de

l'environnement professionnel, dans une autre activité indépendante avec un changement d'orientation (secteur) ou encore un changement de statut.

L'accès aux soins des ressortissants les plus fragilisés et la réduction du renoncement aux soins pour des raisons économiques : l'action sanitaire et sociale (Ass) du RSI est attentive à ce point et apporte un soutien supplémentaire à ses ressortissants affiliés santé qui renoncent à adhérer à une complémentaire santé car l'aide au paiement de celle-ci ne suffit pas à déclencher l'adhésion à une complémentaire santé (ACS) ou parce que les ressources dépassent à peine le plafond d'attribution de l'ACS. Ces aides sont fonction de la situation familiale, des ressources, du coût annuel de la complémentaire santé envisagée et des disponibilités budgétaires de chaque caisse régionale. L'Ass du RSI apporte également une aide au financement du reste à charge des frais de santé à ses ressortissants qui envisagent de renoncer à des soins trop coûteux ou mal remboursés, ou qui ont des soins réguliers pour lesquels le cumul de ce qui reste à charge constitue une dépense importante.

■ *Montant de la prestation*

Montant variable en fonction du besoin et de la situation de la personne

■ *Processus d'éligibilité et de décision*

Chaque demande est étudiée anonymement par la commission d'action sanitaire et sociale (CASS) de la caisse RSI du demandeur.

Cette commission est composée d'administrateurs désignés parmi le conseil d'administration de la caisse, lui-même élu par les chefs d'entreprise de sa région.

La politique d'Ass est définie au niveau national afin de garantir un « socle commun des prestations » sur l'ensemble du territoire. Les Commissions d'Ass des Caisses régionales enrichissent cette offre pour prendre en compte les spécificités locales.

■ *Démarches à effectuer*

Le travailleur indépendant (actif ou retraité) s'adresse à l'Ass de la Caisse régionale compétente en fonction de son lieu de résidence

■ *Règles de cumul avec d'autres prestations et aides*

L'Ass ne se substitue pas aux aides légales. L'approche du travailleur indépendant fragilisé est une approche globale, l'ouverture du droit sera privilégiée par rapport à une aide extra légale.

f) Autres régimes de sécurité sociale

L'aide du fonds national d'action sanitaire et social (FNASS) est aussi mobilisable pour les patients relevant d'autres régimes de sécurité sociale ayant passé convention avec la CPAM : MGEN, Mutuelle Générale, Mutuelle Générale de la Police, Mutuelle de la Fonction Publique, LMDE et MEP, Mutuelle du ministère de l'intérieur, direction régionale des finances publiques (DRFiP) et la Mutuelle des Municipaux...

D'autres régimes (Armée, SNCF, ...) peuvent aussi proposer de telles aides, soumises à des conditions spécifiques.

3 - Les aides contractuelles

En fonction des garanties souscrites, certains contrats de complémentaires santé (mutuelle, assurance privée, institut de prévoyance) comprennent une prise en charge de services d'assistance et d'aide à domicile. Les conditions de cette prise en charge sont variables ; elles sont précisées dans le contrat d'assurance santé.

Ces conditions sont souvent liées à un accident et/ou une hospitalisation (pendant et/ou après l'hospitalisation). Toutefois, quelques contrats incluent d'autres situations, notamment de traitement par chimiothérapie ou radiothérapie.

Contribution de la Mutualité française

La prise en charge de besoins d'aide à domicile peut relever de plusieurs cadres, selon les mutuelles, les contrats et la situation de la personne.

■ Assistance

Les mutuelles proposent fréquemment, en inclusion de leurs contrats santé, des prestations d'assistance mobilisables dans le cadre du retour ou maintien à domicile, et notamment :

- aide-ménagère à domicile (2/3 des cas) ;
- portage de médicaments (1/2 des cas).

Le plus souvent, elles incluent aussi la garde des enfants et des animaux domestiques. Environ la moitié des contrats propose également le soutien scolaire en cas de maladie d'un enfant pour des durées allant de 5 à 15 jours.

Généralement mobilisables en cas d'hospitalisation ou d'accident, ce type de service est, dans certains cas, lié au déclenchement d'une maladie grave. Par exemple certains contrats prévoient en cas de cancer, jusqu'à 30h d'aide-ménagère, 2 cours particuliers d'activité physique à domicile et conseil social (informations et préconisations sur les aides sociales, les aides financières).

■ Au titre de la prévoyance

Certains assureurs mettent en place des contrats de prévoyance ad hoc de type "capital en cas de maladie grave" (ex : versement d'un capital en cas de survenue de ce risque ou perception par anticipation d'une partie du capital décès). Ce type de garantie est parfois proposé en inclusion d'une garantie santé.

■ Action sociale

De nombreuses mutuelles prévoient la possibilité d'obtenir un financement complémentaire à ce que prévoit la garantie santé sur présentation d'un dossier indiquant les charges à couvrir en lien avec un problème de santé et la situation financière de l'adhérent.

■ Informations complémentaires / Point d'attention

Les mutuelles, en tant que complémentaire santé, n'ont pas à connaître les problèmes de santé de leurs adhérents et ne peuvent donc pas identifier les patients atteints de cancer dans leurs bases de données.

Les mutuelles interviennent sur les actes et prestations liés aux traitements de la maladie mais aussi sur des champs de prestations pouvant accompagner le retour à domicile. Elles peuvent ainsi prendre en charge des prestations non ou peu couvertes par l'assurance maladie obligatoire : prothèse mammaire ou capillaire, dépassement d'honoraires en ville ou à l'hôpital, médicaments complémentaires (parfois appelés « de confort »), médecines douces, consultations de psychologue,...

L'offre de soins mutualiste comprend aussi des dispositifs de prise en charge dont des dispositifs d'hospitalisation à domicile, des centres de santé²², et une offre de service à (services à domicile, services de soins infirmiers à domicile...).

²² Par exemple, un centre de santé a structuré, en partenariat avec le CHU et la clinique mutualiste, un suivi pluridisciplinaire des femmes impliquant médecins, infirmiers, kinésithérapeutes et psychologues.

4 - Les aides au titre de l'action sociale des associations

Les aides financières de la ligue contre le cancer

Les commissions sociales des comités départementaux de la Ligue peuvent attribuer des aides financières au regard du besoin des personnes. Ces aides financières sont ponctuelles et subsidiaires, généralement complémentaires de dispositifs d'aide sociale de droit commun.

Elles ne sont pas spécifiques aux besoins d'aide-ménagère et peuvent être allouées pour répondre à d'autres besoins, par exemple frais médicaux non pris en charge, de factures prise en charge ponctuellement (EDF, gaz, loyer, aide alimentaire exceptionnelle, etc.), soutiens aux projets de reconstruction des personnes (vacances, bourses jeunes malades, projet professionnel, etc.)...

▣ *Les conditions d'accès*

- Conditions d'âge : non
- Conditions administratives : non
- *Conditions liées à l'état de santé* : être atteint, ou avoir été atteint récemment d'un cancer

▣ *Périmètre des besoins d'aides couverts*

- tous les besoins pris en charge par des aides à domicile (vie domestique : ménage, linge, courses, préparation des repas ; aide aux démarches administratives...) ;
- tous les besoins pris en charge par des TISF (vie domestique, soins et éducation des enfants) ;
- besoins de « surveillance » par des gardes de nuit ou de week-end ;
- besoins d'aide à la préparation des repas, par du portage de repas.

▣ *Montant de la prestation*

Cette aide est ponctuelle, variable selon les comités. Chaque commission sociale décide du montant accordé et de l'existence ou non de plafonds. Dans certains comité, il peut y avoir des dispositifs particuliers (forfait horaire, prise en charge des moins de 60 ans, lien avec la CPAM et dossier unique...).

▣ *Processus d'éligibilité et de décision*

Décision par la commission sociale qui se réunit régulièrement (au moins 1 fois par mois dans la grande majorité des départements). La commission sociale est composée au minimum d'un médecin, du trésorier et d'un travailleur social. En moyenne en 2014, cinq personnes composent cette commission dans les départements.

▣ *Démarches à effectuer*

Un dossier de demande doit être constitué par une assistante sociale (département, établissements de soins, CARSAT, CCAS...), en lien avec le demandeur puis transmis au comité départemental.

▣ *Rôle du médecin*

Un certificat médical est obligatoire pour prendre en compte la demande. Sous pli à destination du médecin de la commission sociale.

 *Règles de cumul avec d'autres prestations et aides*

La participation financière de la Ligue vient en subsidiarité des autres aides légales ou extra-légales existantes. Classiquement ces aides interviennent, en urgence, pendant le délai de mise en place des aides légales, ou s'il y a des restes à charge.

Exemple du dispositif Achillée, mis en place à Paris en partenariat avec l'ADMR :
Convention ligue/ADMR pour 96 heures maximum.
Ce dispositif s'adresse aux personnes atteintes de cancer ou aux familles d'enfants malades non éligibles aux prestations légales ou extralégales ayant besoin d'un soutien à domicile. L'intervention d'une auxiliaire de vie sociale permet de faciliter les actes de la vie courante des personnes malades (l'aide à la toilette et à l'habillage, la préparation de repas, l'entretien du logement, l'aide aux déplacements).

DOCUMENT DE TRAVAIL

III - LES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET D'INFORMATION

1 - CNAM TS – Service social de l'Assurance Maladie

Le Service social de l'Assurance Maladie apporte une aide globale d'ordre psycho-social, matériel, professionnel, aux personnes en difficultés, confrontées ou susceptibles de l'être à un problème de santé ou de perte d'autonomie ainsi qu'à une situation de précarité ou de fragilisation sociale.

■ Les conditions d'accès

L'assurance maladie met à disposition, dans son réseau de Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), Caisse régionale assurance maladie île de France (Cramif) et Caisses générales de sécurité sociale (Cgss), un service social à titre gratuit pour toute personne susceptible d'en bénéficier. Tous les assurés du régime général en situation de précarité ou de fragilité sociale peuvent en bénéficier dès lors qu'ils sont confrontés à :

- des difficultés d'accès aux droits et aux soins ou sont fragilisés par la maladie, le handicap, un accident ou le vieillissement ;
- des problèmes de maintien en emploi ou risques de rupture contrat de travail à cause de l'état de santé ;
- la perte d'autonomie ou la prise en charge d'un proche en situation de perte d'autonomie.

■ Modalités d'accompagnement

- *Individuel* : intervention sociale d'aide à la personne
- *Collectif* : réunions d'information collectives et interventions sociales d'intérêt collectif (groupes d'assurés réunis au cours de plusieurs séances autour d'une même problématique).

■ Périmètre des besoins d'accompagnement couverts

7 offres de services répondent aux besoins d'accompagnement des assurés sociaux :

- prévention des risques de précarisation médico-sociale et/ou professionnelle des assurés en arrêt de travail de plus de 90 jours ;
- prévention de la désinsertion professionnelle des assurés (PDP) ;
- accompagnement lors de la sortie d'hospitalisation ;
- accompagnement du passage à la retraite des assurés en situation de fragilité économique et sociale (mobilisation sur l'accès aux droits, aux soins et à la prévention) ;
- accompagnement à l'accès aux droits pour les personnes éligibles à l'aide à la complémentaire santé (ACS) ;
- accompagnement social aux assurés malades (pathologies lourdes et invalidantes) ;
- soutien aux jeunes en situation de vulnérabilité pour le recours aux soins.

L'intervention de l'assistant de service social auprès des personnes atteintes de pathologies lourdes et invalidantes consiste à :

- prendre en compte le vécu de la personne, évaluer ses capacités à agir et les ressources mobilisables dans son environnement ;
- aider à la constitution des dossiers relatifs aux droits sociaux liés à la maladie et ses conséquences ainsi qu'aux prestations extralégales ;
- aider à l'aménagement du projet de vie adapté aux évolutions de la maladie ;

34

Dossier aide à domicile : document de travail

- articuler les acteurs du champ médical, social et professionnel autour du malade ;
- préparer le retour à l'emploi ;
- soutenir l'entourage.

Cet accompagnement a pour finalité de permettre aux assurés de faire face aux conséquences sociales, familiales, financières et professionnelles liées à la maladie, en appui de la prise en charge médicale.

Des partenariats existent entre les services sociaux et certains comités de la ligue contre le cancer. Par exemple, le Service social de la Carsat Bourgogne et Franche-Comté et le comité départemental de la Ligue contre le cancer ont développé une action collective commune pour des personnes en arrêt de travail de plus de 3 mois. Il s'agit de préparer « l'après maladie » et commencer ainsi à se projeter dans la reprise du travail, mais aussi de reconstruire une vie sociale et familiale.

■ *Démarches à effectuer*

Le service social développe ses offres de service au travers d'une démarche proactive, par signalement automatisés via des requêtes et /ou signalement des partenaires (service administratif et médical notamment). Cela se traduit par une précocité de ses interventions dans une logique d'anticipation et de prévention des situations de rupture.

Il prend également en charge les demandes spontanées des assurés sociaux reçues via ses différents canaux de contact (plateforme téléphonique 3646, ameli.fr/mon compte, accueil physique, ...) et des signalements de la part de différents partenaires (hôpitaux, associations de patients...).

■ *Rôle du médecin*

Le médecin traitant peut identifier un besoin d'accompagnement social pour ses patients (sortie d'hospitalisation programmée, risque de désinsertion professionnelle, difficultés d'accès à une assurance complémentaire...). Il peut solliciter le service social de l'assurance maladie afin de prévoir l'accompagnement social de ses patients.

■ *Référence réglementaire*

Circulaire commune CNAMTS/CNAV CIR-26/2011 du 19 décembre 2011 qui définit les missions et priorités du service social des CARSAT/CRAMIF et des CGS.

■ *Quelques données :*

- réseau de proximité : 1800 assistants sociaux, 229 lieux d'implantation et un total de 1 710 lieux d'accueil
- plus de 550 000 assurés ont été accompagnés en 2014 par les assistants sociaux de l'Assurance Maladie : 423 279 pour un accompagnement individuel et 128 113 pour un accompagnement collectif
- en 2014, 7% des demandes d'accompagnements sont des demandes spontanées, 22 % sont issues de signalement des partenaires et 71 % de signalements automatisés.

2 - Mutualité Française – services d'information

Toutes les mutuelles adhérentes à la Fédération nationale de la Mutualité Française (FNMF) proposent à leurs adhérents des services d'information, d'orientation et d'accompagnement ayant pour objectif de les aider dans leurs parcours de santé.

Ces services prennent la forme d'actions de prévention et d'accompagnement organisées en région et de services à distance, disponibles sur le Web ou par téléphone. Ils bénéficient du partenariat conclu entre l'Institut National du Cancer et la FNMF.

Ces services sont souvent ouverts au grand public, toutefois, certains sont réservés aux adhérents des mutuelles.

■ Actions en région

330 Rencontres Santé, généralement ouvertes au grand public, ont eu lieu sur le territoire dans le domaine du cancer en 2015. S'il s'agit majoritairement d'actions de prévention et, notamment, de promotion du dépistage organisé, certaines actions concernent les malades en cours de traitement. Par exemple, un atelier d'arts plastiques dédié aux personnes atteintes d'un cancer a eu lieu en Haute-Garonne et des activités physiques adaptées au cancer (gymnastique douce, relaxation, aquagym) dans la Creuse.

■ Services à distance

Les malades bénéficient d'une information sur leurs droits, les aides financières disponibles, l'organisation de l'hospitalisation et du retour à domicile, etc.

Un site internet, prioritesantemutualiste.fr apporte des informations sous différents formats : dossiers d'information, billets de blog, chats, vidéos ou infographies.

Les adhérents des mutuelles adhérentes à la FNMF ont la possibilité, en contactant le centre de contact Priorité Santé Mutualiste²³, de connaître les établissements ou associations de proximité adaptés à leur situation et de dialoguer par téléphone avec une assistante sociale ou un médecin pour des conseils personnalisés. Si besoin, ils sont mis en relation avec le service Croix-Rouge Ecoute dans le cadre du partenariat qu'a la FNMF avec la Croix Rouge Française.

Pour les personnes de plus de 60 ans, ou les personnes en situation de handicap, un accompagnement pour le maintien au domicile est disponible : la personne aura plusieurs rendez-vous avec une assistante sociale pour faire le point sur la situation et ses besoins (aide à domicile par des personnes, conseil pour l'aménagement du logement, aides financières), puis sera guidée dans les démarches à mettre place. Si besoin, l'assistante sociale prendra elle-même des contacts auprès des organismes ressources.

Pour les patients qui relèvent des soins palliatifs, information et accompagnement leur sont proposés grâce au partenariat avec le Centre national de ressources en soins palliatifs.

²³ Service gratuit + prix appel

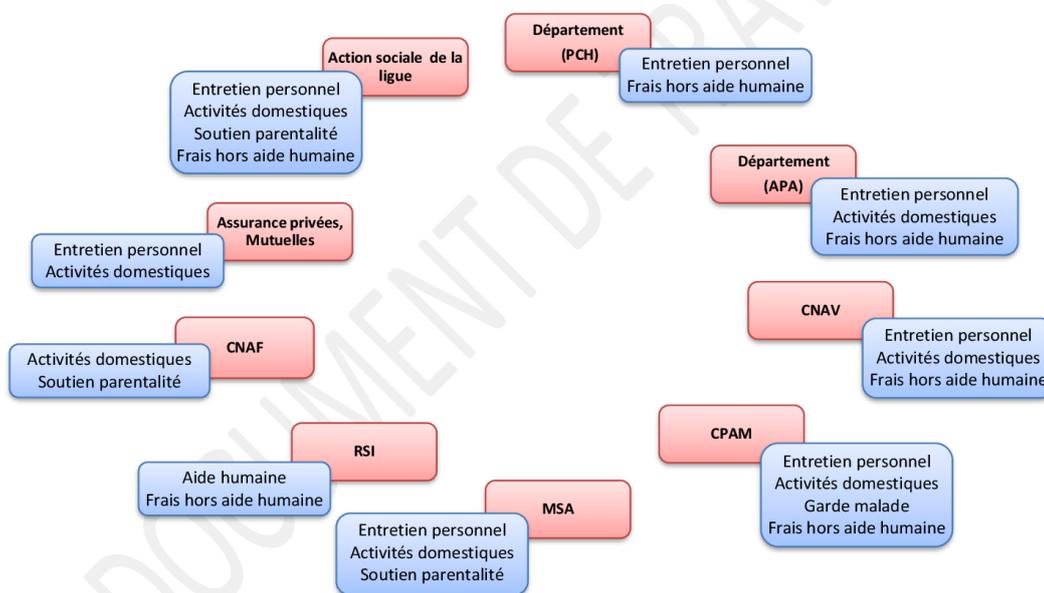
IV - MISE EN PERSPECTIVE DES DIFFERENTS DISPOSITIFS

1 - Les besoins couverts et les critères d'accès

S'il existe plusieurs types de dispositifs permettant de contribuer à solvabiliser un besoin d'aide humaine, toutefois en fonction du type de besoins et de la situation de la personne, tous ne sont pas mobilisables.

Les tableaux et schémas suivants mettent en perspective les aides mobilisables et leurs critères d'accès, selon les dispositifs mobilisables.

Schéma 1 : Récapitulatif des principaux dispositifs mobilisables et des besoins d'aides solvabilisés



Pour chaque dispositif, la nature des frais hors aide humaine est détaillée tableau 5

Schéma 2 : Principaux dispositifs mobilisables pour un besoin d'aide pour la vie domestique

Ce schéma ne prend pas en compte les critères liés aux conditions de ressources et des règles de cumul des prestations.

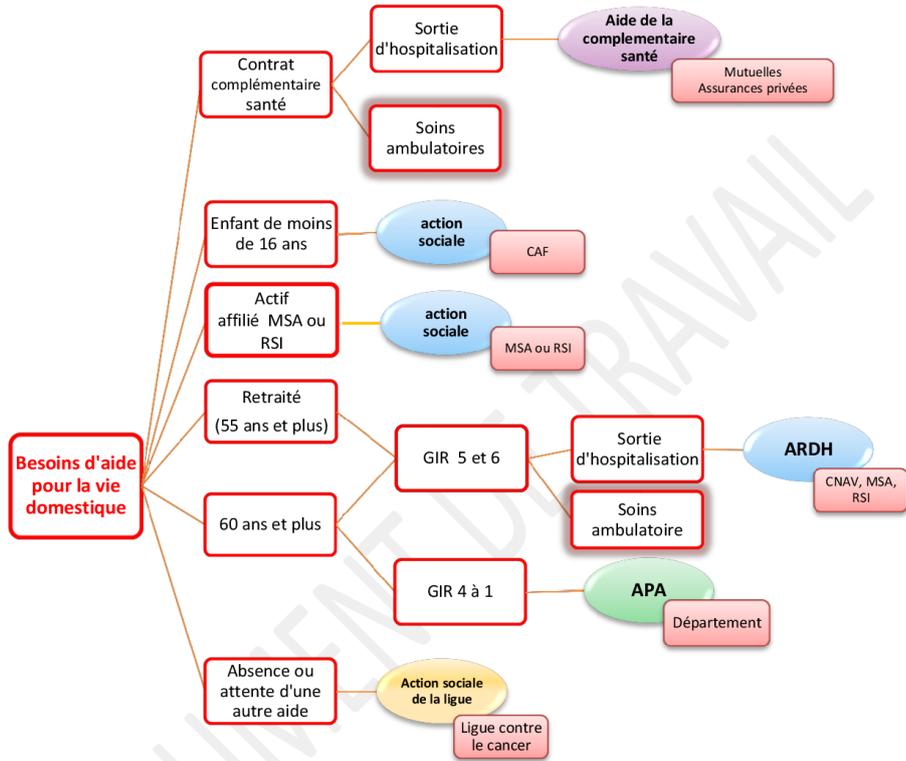


Schéma 3 : Besoins de garde malade

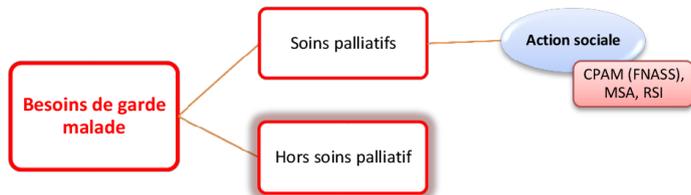


Schéma 4 : Principaux dispositifs mobilisables, en fonction des critères d'accès, pour un besoin d'aide pour les actes essentiels

Ce schéma ne prend pas en compte les critères liés aux conditions de ressources et des règles de cumul des prestations

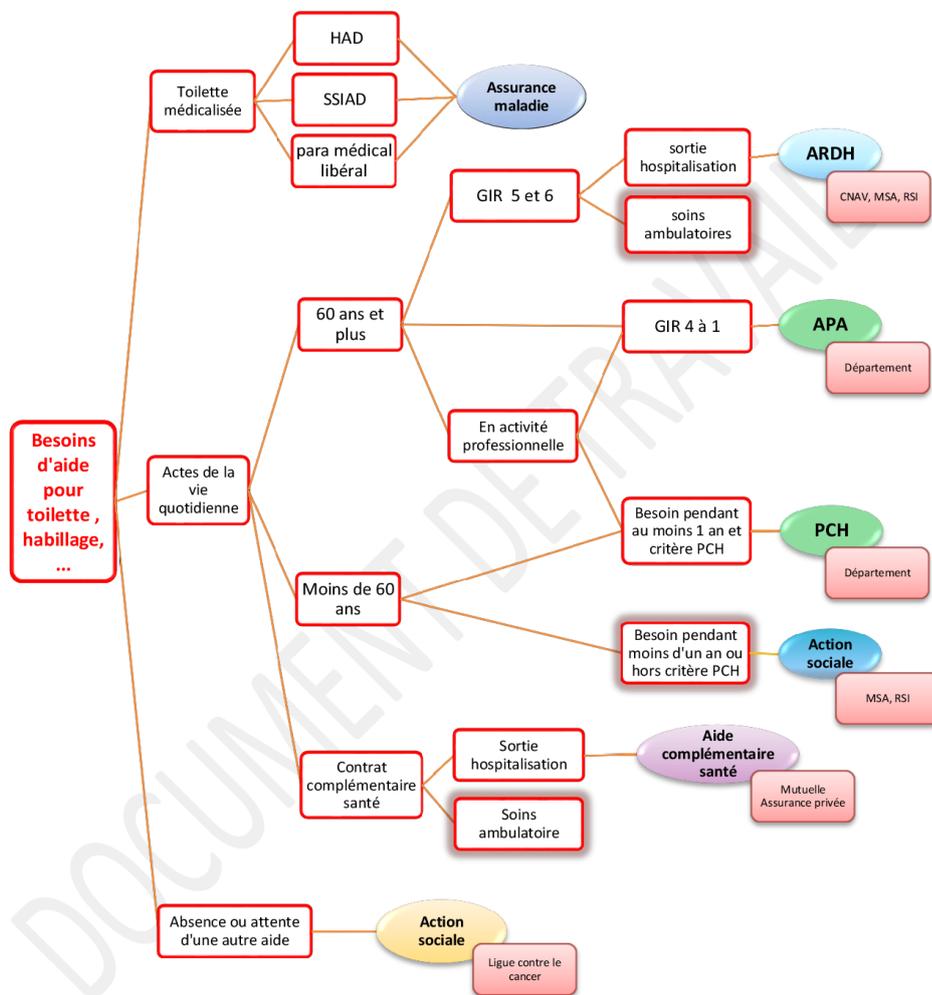


Tableau 6 : Besoins couverts et ou type de prestations financées par les dispositifs de solvabilisation

	Entretien personnel	Activités domestique, Portage des repas	Soins aux enfants, parentalité	Hors aide humaine	Durée d'attribution	Souplesse du dispositif Possibilité de répartir l'aide attribuée en fonction du besoin
APA	oui	oui	non	- aide technique (téléassistance...) - aménagement du logement - frais d'accueil temporaire (avec ou sans hébergement) - dépenses de transport, ...	Pas de limitation	Un séquençage des jours d'intervention est possible
PCH	oui	non	non	- aides techniques (élément 2) - aménagement du logement et du véhicule de la personne handicapée ainsi que d'éventuels surcoûts de transport (élément 3) - aide spécifique ou exceptionnelle (élément 4) - liées à l'attribution et à l'entretien des aides animalières (élément 5)	1 à 10 ans renouvelable pour le volet aide humaine	Un séquençage des jours d'intervention est possible
Aide à domicile aux familles (CNAF)	non	oui	oui	non	250 h renouvelables (après accord de la Caf) pour 250 h complémentaires maximum, utilisables en une ou plusieurs fois ;	Un séquençage des jours d'intervention est possible, mais doit être prévu lors de la définition de l'intervention
ARDH (CNAV)	oui	oui	non	- téléassistance, aide aux transports, etc.) ; - kit prévention d'adaptation du logement (barre d'appui, tapis antidérapants, mains courantes d'escalier, ...).	3 mois, renouvelables 2 fois	
Aides des CPAM (FNASS)	oui	oui	non	fournitures spécifiques : fauteuils de repos, barres de maintien, protections contre l'incontinence, nutriments, etc.		
Aides de la MSA	oui	oui	oui	- aide technique (téléassistance...) - aménagement du logement, ...		
Aides du RSI	oui	oui		- aide technique (téléassistance...) - aménagement du logement, ...		
Action sociale de la ligue	oui	oui	oui	frais médicaux non pris en charge, prise en charge ponctuelle de factures, soutiens aux projets de reconstruction des personnes	Aide ponctuelle	

40

Dossier aide à domicile : document de travail

Tableau 7 : Typologie des critères d'accès aux dispositifs

	Age	Situation de famille ou professionnelle	Pathologie et /ou modalité de Pen Cet/ou incapacité	Ressources	Résidence	Règle de subsidiarité, cumul entre dispositifs
APA	avoir 60 ans et plus	non	Avoir besoin d'être aidé pour accomplir les actes de la vie quotidienne, ou quand l'état de la personne nécessite une surveillance régulière Etre en GIR 4 à 1	Pas de critère de ressources, mais impact des ressources sur le montant de la prestation	Résidence stable et régulière en France	Pas de cumul avec PCH, MTP, allocation représentative des services ménagers ou les aides en nature du département versées sous forme d'heures d'aide-ménagère
PCH	jusqu'à 60 ans avec dérogation possible	pas de limite d'âge pour une personne en activité professionnelle	Critères liés au handicap: avoir 1 difficulté absolue ou 2 difficultés graves dans une liste de 19 activités. Critères en plus pour l'aide humaine : Difficultés définitives ou d'une durée prévisible d'au moins un an. Il n'est pas nécessaire que l'état de la personne soit stabilisé	non	Résidence stable et régulière en France	Pas de cumul avec APA
Aide à domicile aux familles (CNAF)	non	allocataire avec enfant de moins de 16 ans	Soins ou traitements médicaux de longue durée d'un enfant ou d'un parent (à l'hôpital ou à domicile) avec réduction significative des capacités physiques ou autres événement fragilisant rendant indisponible le parent	Pas de critère de ressources, mais impact des ressources sur le montant de la participation demandée aux familles qui est calculée en fonction du quotient familial		
ARDH (CNAV)	plus de 55 ans	retraité		Plafond de ressources Participation financière en fonction des ressources		Pas de cumul avec APA
Aides des CPAM (FNASS)	non	non	Etre en soins palliatifs	Plafond de ressources Participation des usagers de 10 à 15% suivant ressources		Cumul possible avec APA ou PCH
Aides de la MSA	non			Prise en compte des ressources		Pas de cumul avec APA
Aides du RSI	non			Prise en compte des ressources		Vient en subsidiarité des autres aides légales
Action sociale de la ligue	non	non	Avoir un cancer ou avoir eu un cancer (en général dans les 5 ans après le diagnostic)	Critères de ressources dans certains départements	Résider dans le département	Vient en subsidiarité des autres aides légales ou extra-légales

41

Dossier aide à domicile : document de travail

2 - Les démarches à faire

Tableau 8 : Démarches à faire

	Constitution du dossier de demande	Dépôt de la demande	Démarche à faire en cas d'hospitalisation du bénéficiaire	Rôle du médecin
APA	Le dossier de demande d'APA (formulaire local) est à retirer auprès du conseil départemental. En fonction du département, d'autres points d'informations locaux peuvent le communiquer : CLIC, CCAS ou CIAS, organismes de sécurité sociale, mutuelles ou services d'aide à domicile, Accessible sur le site du département	Président du conseil départemental du lieu du domicile de secours.	Information du département suspension de l'APA au bout de 30 jours reprise du versement sans avoir à faire une nouvelle demande	Peut être présent lors de la visite de l'EMS au domicile de la personne âgée
PCH	Le dossier de demande est à retirer auprès de la MDPH. En fonction du département, d'autres points d'informations locaux peuvent le communiquer : CLIC, CCAS ou CIAS, Accessible aussi sur le site de la MDPH	MDPH du lieu du domicile de secours.	Réduction du montant de la prestation après 45 ou 60 jours d'hospitalisation	Certificat médical de moins de 3 mois obligatoire
Aide à domicile aux familles (CNAF)	La personne concernée doit faire appel à une structure conventionnée par la CAF dont elle relève. Chaque CAF tient à disposition la liste des services avec lesquels elle a conventionné (Liste sur Caf.fr ou auprès de la CAF).	Dépôt de la demande par auprès du service d'aide à domicile (liste disponible des services en Caf)		Peut délivrer un certificat médical ou d'hospitalisation qui servira de pièce justificative pour l'évaluation de la situation de la famille
ARDH (CNAV)	Le service social de l'établissement de santé, en concertation avec l'équipe médicale prépare un plan d'aide pour le patient et renseigne le dossier commun CNAV/CNAMTS avec choix du prestataire pour organisation de la sortie Accessible sur le site des CARSAT			L'équipe médicale de l'établissement hospitalier peut contribuer à l'évaluation.
Aides des CPAM (FNASS)	Dossier préparé par HAD, EMSP ou le réseau. Il peut être établi avant le retour à domicile du malade. Formulaire « Soins palliatifs – Demande de prestation d'action sanitaire et sociale » disponible à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)	Service d'action sociale de la CPAM		Fournit une attestation certifiant que le patient relève de soins palliatifs
Aides de la MSA	Demande à réaliser auprès du service d'action sanitaire et sociale de la MSA locale	Service d'action sanitaire et sociale de la MSA		Pas d'intervention pour la demande
Aides du RSI	Demande à faire auprès de la commission d'action sociale de la caisse régionale compétente	Service d'action sociale de la caisse régionale		Pas d'intervention pour la demande

42

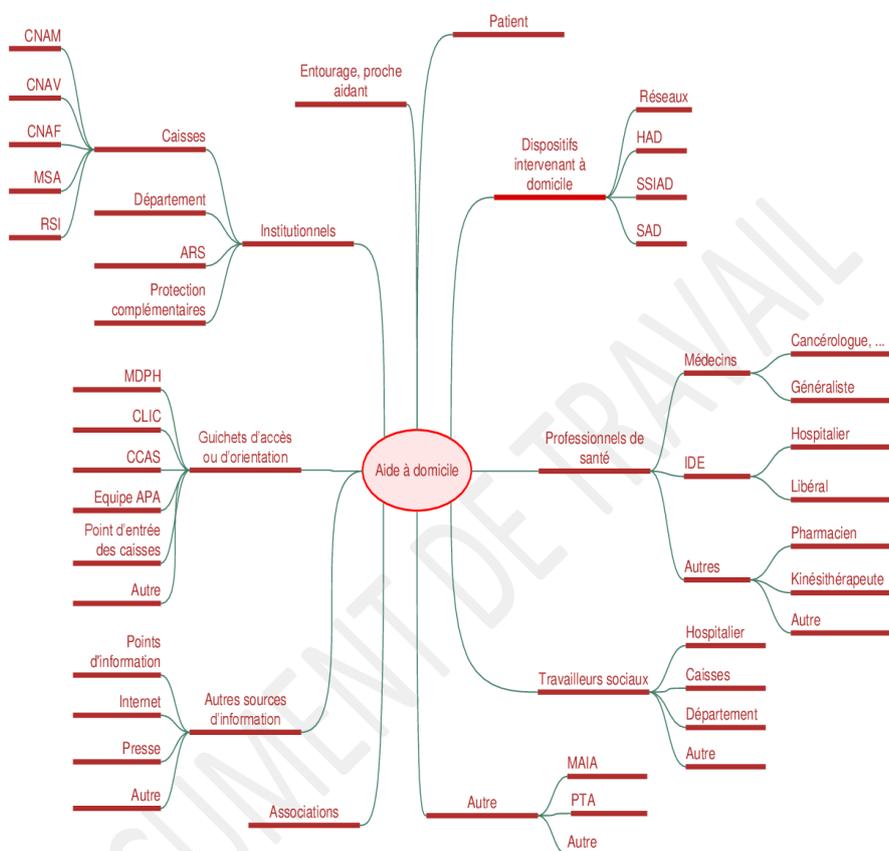
Dossier aide à domicile : document de travail

	Constitution du dossier de demande	Dépôt de la demande	Démarche à faire en cas d'hospitalisation du bénéficiaire	Rôle du médecin
Action sociale de la Ligue contre le cancer	Le dossier de demande d'aide est monté par une assistante sociale (établissements de santé, CCAS, CARSAT, Conseil départemental...). Selon les départements, un modèle de dossier type est en vigueur.	compétente e fonction du lieu de résidence Commission sociale du comité départemental		Certificat médical obligatoire pour prendre en compte la demande. Sous pli à destination du médecin de la Commission sociale.

43

Dossier aide à domicile : document de travail

Schéma 5 : Les acteurs concernés par la mise en place d'une aide à domicile



De nombreux acteurs peuvent être impliqués dans le processus qui conduit à la mise en place mise en place d'une aide à domicile (cf. Schéma 6 : Logigramme du recours à une aide à domicile), que ce soit pour identifier le besoin, assurer une information voir une orientation, constituer ou aider à constituer les dossiers de demande, mettre en place les aides, solvabiliser les aides, etc. Un même acteur peut, le cas échéant, intervenir à plusieurs phases de ce processus et à contrario, plusieurs acteurs peuvent intervenir lors d'une même phase.

- Les professionnels de santé, au contact direct des patients, qu'ils exercent en établissement de santé ou en ambulatoire peuvent contribuer à l'identification du besoin mais aussi, assurer un premier niveau d'information et d'orientation ;
- Les travailleurs sociaux peuvent aussi contribuer à l'identification du besoin, et assurer l'information, l'orientation et le cas échéant un accompagnement vers les dispositifs effectivement mobilisables. En fonction de sa situation, le patient peut s'adresser directement

au service social de la caisse dont il relève, du département ou de l'établissement de santé. Certains services peuvent également avoir une démarche proactive (cf. par exemple service sociaux des caisses, des travailleurs sociaux des établissements de santé avec les outils de repérage de la fragilité sociale) ;

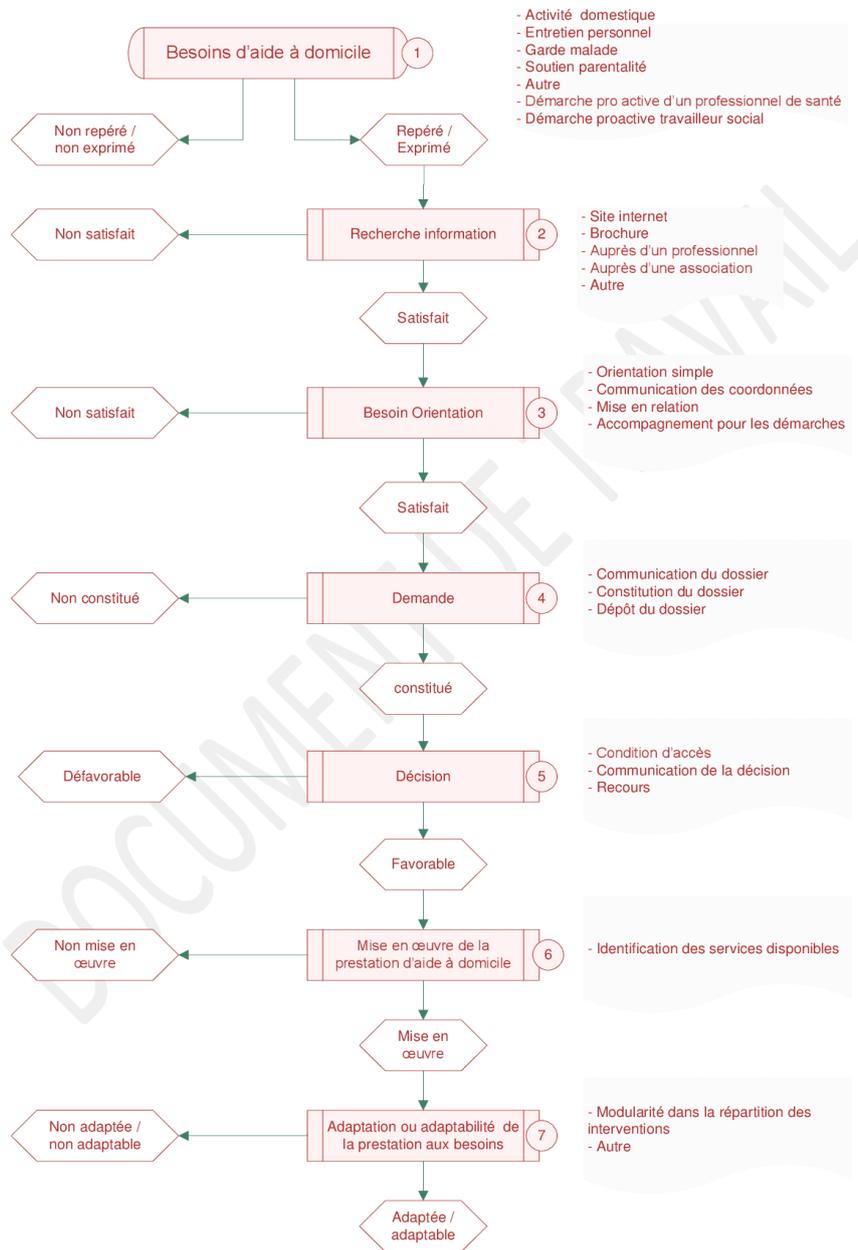
- les sources d'informations (points d'information, internet, brochures, presse) qui peuvent être généralistes (exemple des caisses, information des départements sur l'APA, ...) ou spécifiques au cancer (site e-cancer et publications de l'INCA, sites et publications associatives, notamment de la ligue contre le cancer) ;
- les guichets d'information et d'orientation (CLIC, CCAS,..) peuvent intervenir dans le repérage du besoin, l'information, l'orientation vers les dispositifs et le cas échéant dans la constitution des dossiers de demande ;
- les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)²⁴, porte d'entrée pour coordonner la prise en charge des situations complexes sur un territoire : ce dispositif est à destination des professionnels de santé, notamment des médecins traitants qui peuvent déclencher son intervention lorsqu'ils se trouvent en difficulté dans la gestion d'une situation complexe qui dépasse leur champ d'intervention ou de compétences. Les PTA peuvent intervenir notamment sur l'orientation vers les dispositifs, le cas échéant dans la constitution des dossiers de demande et la mise en place des aides.
- les organismes qui contribuent à la solvabilisation, assurent et sont des guichets d'accès (MDPH, caisses, ...), interviennent pour le traitement des demandes et leurs décisions, mais peuvent aussi contribuer à identifier le besoin et assurer une information ;
- les dispositifs et services qui interviennent au domicile (HAD, SSIAD, SAD, réseau, ...) peuvent également avoir un rôle d'identification du besoin et d'information, en particulier lorsque la situation de la personne malade évolue ;
- les institutionnels (financeurs et autres décideurs).

Le guichet intégré. Il s'agit de fournir, à tout endroit du territoire, une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers, en les orientant vers les ressources adéquates par l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation du territoire. Cette organisation est notamment permise par la démarche de concertation.

²⁴ Les PTA, définies par la loi de modernisation de notre système de santé, s'inscrivent dans une démarche plus large d'évolution du système de santé, destinée à promouvoir une organisation territoriale de santé, centrée sur la notion de parcours. Composée de professionnels du médical et du médico-social reconnus sur le territoire, l'équipe de la PTA intervient sur des situations complexes sur demande, du médecin traitant, ou après validation de sa part si la demande est initiée par un autre professionnel. Ce dispositif est organisé, sur une base territoriale, par l'ensemble des acteurs locaux (professionnels libéraux, acteurs du domicile, réseaux, MAIA, établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux, représentants des usagers, collectivités locales....).

L'identification des différentes étapes pour mettre en place une aide à domicile, contribue aussi à identifier les leviers d'actions pour réduire le non recours aux dispositifs existants.

Schéma 6 : Logigramme du recours à une aide à domicile



3 - Les démarches de simplification, coordination entre dispositifs

Face au constat de complexité des dispositifs, certaines caisses de sécurité sociale ont engagé des démarches de simplification.

a) Aide à domicile aux familles (CNAF)

Le renforcement des partenariats locaux en faveur de l'accompagnement social figure parmi les objectifs de la convention d'objectifs et de gestion 2013-2017. L'articulation entre les offres de travail social de la branche Famille et celles des partenaires doit être recherchée, dans une logique de complémentarité. L'organisation des actions vise à assurer un suivi du bénéficiaire par un seul référent.

Le partenariat avec les acteurs locaux est essentiel à la prise en charge globale des situations et à la diffusion de l'information sur la possibilité d'intervention d'une aide à domicile auprès des familles. Le conseil départemental est, avec la MSA, le partenaire principal des CAF en matière d'aide à domicile des familles. Ce partenariat peut prendre la forme d'une convention territoriale globale.

Un partenariat avec la CNAM est également en cours de formalisation dans le cadre du programme Prado (programme d'accompagnement du retour à domicile des femmes ayant accouché d'un enfant unique sans complication).

b) ARDH (CNAV) et CNAMTS

Une amélioration durable dans l'accompagnement des personnes âgées en risque de perte d'autonomie nécessite inéluctablement une coopération interbranche. Les expertises du réseau maladie et vieillesse sont, dans la relation aux personnes âgées, complémentaires : accès aux soins, éducation en santé et accompagnement médical d'un côté, accès aux droits retraite, prévention de la perte d'autonomie et accompagnement social de l'autre.

La coordination des dispositifs PRADO et ARDH est un axe de travail prioritaire afin de proposer des offres de services globales permettant aux assurés, notamment les plus fragiles, de bénéficier de parcours attentionnés couvrant les différents champs sur lesquels la sécurité sociale peut proposer des réponses.

Pour mener à bien le chantier d'une convergence des dispositifs, une expérimentation devrait être lancée à l'automne 2017..

c) Régime de retraite de base (CNAV, CNRACL, MSA, RSI)

Dans le cadre d'une coordination souhaitée par les régimes de retraite de base (CNAV-CNRACL-MSA-RSI), un socle commun de prestations est accessible à l'ensemble des retraités pour une prévention du bien vieillir et le maintien de l'autonomie de chaque retraité. La politique de prévention inter régime prend appui sur une conception d'ensemble et couvre le champ de l'avancée en âge : adaptation du logement, maintien du lien social ou développement et promotion des résidences autonomes. Les aides sont extra légales et subsidiaires, donc soumises à conditions notamment de ressources.

d) MDPH et équipes sanitaires

Dans le cadre du plan cancer 2, une expérimentation a été menée, sous l'égide de la CNSA et de l'INCA, dans 8 départements associant MDPH et équipes sanitaires. Des propositions complétées de supports techniques ont été élaborées et diffusées dans un guide²⁵ « Parcours personnalisés pendant et après le cancer. Pratiques de coopération entre structures sanitaires et MDPH », pour améliorer les réponses aux personnes atteintes de cancer et améliorer la coordination entre MDPH et équipes sanitaires.

²⁵ Document disponible sur le site de la CNSA :
http://www.cnsa.fr/documentation/CNSA_DosTech_INCa_20-01-2012.pdf

V - PERSPECTIVES - LEVIERS POTENTIELS

Pendant la durée des traitements et parfois après, les personnes atteintes de cancer ont fréquemment besoin d'aide pour la vie quotidienne. Cette aide est le plus souvent apportée par l'entourage, en premier lieu par le conjoint, mais aussi par la famille ou les amis. L'intervention de professionnels de l'aide à domicile est peu fréquente et la mise en place de ce type d'intervention est souvent conditionnée à la possibilité de solvabilisation de ces aides. En effet, outre les difficultés liées à la maladie et aux effets des traitements, les personnes, en particulier celles en activité professionnelle au moment du diagnostic, sont fréquemment confrontées à une baisse de leurs ressources.

Le panorama des aides mobilisables montre que les aides sont multiples, mais la diversité de ces aides et leurs particularités (conditions d'accès, d'éligibilité, périmètre couvert,...), génèrent pour les bénéficiaires potentiels des difficultés d'accès et le cas échéant un non recours par manque d'informations pertinentes, complexité des démarches, etc.. De plus certains publics ou certaines situations ne relèvent d'aucun de ces dispositifs qui sont chacun destinés à un public spécifique. C'est notamment le cas des personnes de moins de 60 ans, sans enfant de moins de 16 ans à charge, alors même que si de plus elles sont isolées, le recours à des aides à domicile devient indispensable.

Une meilleure prise en compte de ce besoin d'aide pour la vie domestique est donc bien un enjeu pour les personnes atteintes de cancer, dans un contexte :

- d'augmentation des besoins liés au développement des prises en charges en ambulatoire. Cette prise en charge à domicile se développe aussi pour des patients nécessitant des soins importants, le cas échéant en hospitalisation à domicile (HAD), générant des situations difficiles pour les personnes isolées, mais aussi pour celles qui ne le sont pas, compte tenu de l'implication très forte des proches des malades²⁶ ;
- de besoins qui au-delà des personnes atteintes de cancer, concernent aussi des personnes atteintes d'autres pathologies chroniques lourdes et des personnes en situation de handicap ;
- de difficultés et de contraintes sur les finances publiques nationales, des collectivités territoriales et des caisses d'assurance maladie.

Dans ce contexte, le travail engagé par ce groupe de travail contribue à donner une visibilité à ce besoin, même en l'absence de données quantitatives²⁷, tant sur les besoins non couverts que sur les besoins effectivement satisfaits. Sans préjuger des évolutions concernant la couverture de ce besoins, compte tenu des éléments de contexte, il convient de travailler sur des pistes d'amélioration pour l'accès aux dispositifs actuels.

A partir des constats et d'un diagnostic partagés, plusieurs axes d'actions et leviers potentiels d'amélioration, ont été identifiés, aux différentes phases du processus d'accès à une aide à domicile (cf. [schéma 6 : logigramme du recours de l'aide à domicile](#)). Ces actions et leviers, peuvent, selon le cas, relever du niveau national et/ou local. Certains leviers nécessitent une articulation avec d'autres actions du plan cancer. Il est par ailleurs nécessaire de prendre en compte, notamment au

²⁶ Voir les résultats de l'observatoire sociétal des cancers 2016 qui donne les résultats d'une enquête sur les aidants des personnes atteintes de cancer.

²⁷ Il n'y a pas de données sur la pathologie des personnes qui bénéficient tant des prestations que des aides extra-légales. D'autre part les données quantitatives sur le besoin sont limitées et peu détaillées

niveau local, les dispositifs nouveaux, introduits par la loi de santé²⁸. C'est par exemple le cas avec les plateformes territoriales d'appui (PTA) qui, sur activation du médecin traitant ou d'un autre professionnel en lien avec lui, pourront notamment assurer l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires pour répondre aux besoins des patients avec toute la réactivité requise et assurer l'appui à l'organisation des parcours complexes, dont l'organisation des admissions en établissement et des sorties.

1 - L'information, l'orientation et/l'accompagnement dans les démarches

Il existe de nombreuses sources d'informations, institutionnelles ou associatives, accessibles notamment sur internet. Certaines sont spécifiques aux cancers, d'autres plus généralistes. Pour autant les personnes concernées évoquent d'une part un manque d'informations et des difficultés à se repérer dans les différents dispositifs et, d'autre part, des informations qui peuvent apparaître contradictoires.

Compte tenu de la diversité des dispositifs d'aide à la solvabilisation, des informations générales peuvent ne pas être suffisantes pour permettre à une personne d'identifier le, ou les dispositifs qu'elle peut mobiliser. Dans certains cas, des informations généralistes peuvent ne pas rendre compte de l'ensemble des critères d'éligibilité. De plus, la constitution des dossiers et les démarches sont assez lourdes et peuvent être difficiles à mener par des personnes fragilisées par ailleurs par les traitements, d'autant plus si la personne n'a pas été orientée de façon pertinente. Cela conduit un nombre non négligeable de personnes à renoncer à ces dispositifs de solvabilisation.

Compte-tenu de cette complexité, l'un des enjeux est de disposer de relais d'information, assurés par des personnes ayant une bonne connaissance des dispositifs et disposant d'un réseau de correspondants, afin d'apporter une information individualisée tenant compte de la situation des personnes et le cas échéant d'apporter un appui pour la constitution des dossiers de demande et dans certaines situations, la mise en œuvre des aides à domicile. L'enjeu est de favoriser l'accès à des informations individualisées pouvant aller jusqu'à une orientation des personnes vers les démarches pertinentes et le cas échéant un accompagnement pour la conduite de ces démarches. De plus la multiplication des acteurs potentiellement concernés par la mise en place d'une aide à domicile (cf. figure 5, page 40) montre aussi toute l'importance du développement des outils permettant une coordination des acteurs et un appui pour les situations complexes.

Par ailleurs, il est nécessaire de travailler sur l'information de l'ensemble des professionnels qui peuvent intervenir auprès de la personne malade (Schéma 5 : les acteurs concernés par la mise en place d'une aide à domicile), afin que les informations dont-ils disposent soient actualisées et tiennent compte du contexte local.

Des pistes d'actions (non exhaustives)

- Identifier les acteurs et dispositifs pouvant être des relais d'information, y compris les intervenants des services intervenants à domicile (SAAD et SSIAD), en première ligne auprès des malades et de ce fait pouvant jouer un rôle de relais ;
- Disposer de plusieurs niveaux d'accompagnement : collectif (information, conseils, ...), individuel et en réseau ;

²⁸ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

- Développer le travail en réseau, au niveau des territoires, des intervenants avec notamment une identification de référents dans les organismes qui pilotent des dispositifs d'aides ;
- Améliorer l'information destinée aux professionnels.

Pour ce levier, un lien est à faire au niveau des ARS :

- La cartographie des dispositifs d'aides à domicile, dans chaque territoire que doivent réaliser les ARS dans le cadre de l'action 7.9 du plan cancer, cartographie qui doit en particulier identifier les spécificités locales concernant les différents dispositifs de solvabilisation notamment relevant de l'action sociale des caisses et identifier les relais locaux.
- La *structuration, sous la responsabilité des ARS, d'une organisation territoriale mobilisant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux impliqués pour assurer une prise en charge globale et coordonnée* (cf. Action 7.5 du plan cancer), action qui a vocation à s'articuler avec la mise en place progressive des plateformes territoriales d'appui.
- l'action 7.13, pilotée par l'INCa : « *Rendre accessible aux malades et aux proches une information adaptée* ». Il s'agit de ce cas d'identifier des informations complémentaires et/ou des points de vigilance particuliers à faire figurer dans les documents d'informations existants.

2 - Le repérage des besoins et de ses évolutions au cours du parcours des malades

La maladie a des répercussions sur tous les aspects de la vie quotidienne et les besoins qui peuvent survenir sont nombreux (besoins d'aides pour la vie quotidienne, garde d'enfant, insertion professionnelle, ressources, ...). Les besoins d'aide pour la vie courante, à l'instar des autres besoins sociaux, ne sont pas nécessairement les besoins identifiés en priorité par les patients confrontés au diagnostic de la maladie et à la mise en place des traitements. Or, il est nécessaire d'enclencher les demandes de solvabilisation des aides à domicile le plus en amont possible, compte tenu d'une part des délais d'instruction de ces demandes et d'autre part du fait que certains dispositifs ne sont actuellement mobilisables qu'en sortie d'hospitalisation.

Attendre la demande spontanée d'un patient ne suffit pas, ces besoins d'aide pour la vie courante sont à mieux repérer dans le cadre du dépistage social, lors de l'annonce du diagnostic, mais aussi lors d'une évolution du traitement ou des modalités de prise en charge, par exemple lors de la mise en place d'une hospitalisation à domicile. Les données montrent que l'entourage intervient fréquemment pour apporter une aide. Il conviendrait aussi, sur la base de critères et selon des modalités qui restent à préciser, d'avoir une évaluation objective des véritables capacités de prise en charge par l'entourage, les proches pouvant se sentir vite dépassés par l'ampleur de la tâche²⁹.

²⁹ Un travail a été conduit sur un référentiel d'évaluation des besoins des aidants dans le cadre de l'évaluation multidimensionnelle que les équipes médico-social du département doivent conduire pour l'attribution de l'APA.

Ce besoin d'une approche plus proactive du repérage des besoins dit « sociaux » a déjà été identifié dans le plan cancer 2009-2013³⁰ et a débouché sur un outil de détection des fragilités sociales³¹, testé par les équipes des sites pilotes de l'expérimentation des parcours personnalisés pendant et après le cancer ;

Des liens sont à faire avec l'action 7.5 et l'action 7.3, pilotée par l'INCa « *Permettre à chacun de disposer de programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer prenant en compte l'ensemble de ses besoins* » pour que ces programmes prennent en compte ces besoins d'aide.

Des pistes d'actions :

- améliorer la prise en compte de ce besoin par les acteurs du champ sanitaire et les travailleurs sociaux ;
- développer, par les pilotes des dispositifs, des démarches proactives (cf. exemples de la CNAF ou de la MSA) ;
- sensibiliser les complémentaires santé sur l'importance de l'évaluation des besoins.

3 - La simplification des démarches (y compris lisibilité et visibilité des dispositifs de solvabilisation) et l'adaptation des dispositifs

Les dispositifs mobilisables sont pluriels et les démarches complexes, parfois redondantes et/ou non articulées.

Certains organismes ont déjà engagé une démarche de simplification : à titre d'exemple, la CNAV et de la CNAM TS ont un projet de dossier commun pour les demandes ARDH – PRADO.

Les besoins d'adaptions des dispositifs peuvent porter sur les critères de déclenchement des aides qui apparaissent ne pas tenir suffisamment compte des évolutions des prises en charges.

L'hospitalisation est, pour plusieurs dispositifs, le facteur déclenchant pour une prise en charge de l'aide à domicile (ARDH, aides contractuelles des organismes de protection complémentaires...), or les prises en charge ambulatoire notamment pour les chimiothérapies et la radiothérapie se développent, y compris lors de l'initiation du traitement.

Les besoins d'adaptions des dispositifs peuvent aussi porter sur les conditions de mise en œuvre de ces aides pour les personnes qui remplissent les conditions d'accès, pour mieux prendre en compte les spécificités des besoins des personnes atteintes de cancer, notamment lorsqu'elles sont confrontées à des besoins ponctuels mais itératifs, par exemple en fonction des cures de chimiothérapie (répartition dans le temps des interventions solvabilisées, ...).

³⁰ Mesure 26 du plan cancer 2009-2013 « Se doter des moyens et outils nécessaires au développement de l'accompagnement social personnalisé » et mesures 18 et 25.

³¹ [Fiche de détection de la fragilité sociale ; proposition d'un contenu minimum indispensable disponible sur le site de l'inca](#)

Des pistes d'actions

- Inciter les organismes à travailler conjointement sur des mesures de simplifications des démarches pour les rendre plus lisibles et d'évolution des aides. Dans un premier temps, cette réflexion pourrait porter sur une utilisation plus modulable des aides accordées, d'autres pistes d'évolution pouvant être envisagées.

4 - La mise en œuvre des mesures d'aide et de soins à domicile

Si le travail du groupe vise d'abord à traiter des questions relatives à l'accès aux dispositifs de solvabilisation, il y a toutefois également des difficultés, pour les malades mais aussi pour les structures qui interviennent tant pour l'aide à la vie quotidienne que pour les soins ou l'entretien personnel. Ces aspects pourront faire l'objet, dans un second temps, d'une exploration.

5 - L'observation du recours aux dispositifs

L'absence de données quantitatives, y compris sur les aides accordées a été signalée. Un travail est à conduire avec les différentes parties prenantes.

ANNEXE 1 - LES DONNEES DISPONIBLES CONCERNANT LES BESOINS ET LE RECOURS AUX DISPOSITIFS

Les données disponibles ne permettent pas de caractériser et de quantifier précisément ces besoins d'aide à domicile, ni d'estimer la part des besoins relevant d'une intervention de professionnels qui ne sont pas actuellement couverts.

Les données concernant les besoins sont apportées principalement par l'étude « la vie deux ans après un diagnostic de cancer (VICAN 2) et par les données du dispositif d'observation pour l'action sociale (DOPAS) de la Ligue contre le cancer.

Les dispositifs de solvabilisation pour l'intervention d'aides à domicile non spécifiques au cancer, ne disposent pas actuellement de données permettant d'identifier les pathologies des personnes qui en bénéficient.

6 - La vie deux ans après un diagnostic de cancer (VICAN2)

La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après cancer », collection Études et enquêtes, INCa, juin 2014 : Cette enquête nationale sur les conditions de vie deux ans après le diagnostic de cancer (VICAN2) renseigne sur la vie quotidienne des personnes atteintes au moment de l'enquête, mais aussi sur leur parcours depuis le diagnostic. Différentes facettes de la vie de ces personnes y sont explorées :

- la prise en charge de la maladie et les relations avec le système de soins ;
- l'état de santé à deux ans du diagnostic ;
- l'impact de la maladie sur les ressources et l'emploi ;
- les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne et sociale.

Cette enquête s'inscrit dans la continuité de la première enquête réalisée en 2004 sous l'égide de la Drees. La méthodologie a néanmoins été adaptée avec la prise en compte de douze localisations ciblées selon le niveau de pronostic (bon, moyen, mauvais) et la combinaison de trois recueils de données (enquête téléphonique auprès des patients, enquête médicale auprès des soignants, données de consommation de soins).

C'est en partenariat avec les trois principaux régimes d'Assurance maladie (CNAMTS, MSA et RSI) et avec l'Inserm que l'INCA a réalisé cette enquête nationale. Les analyses ont été réalisées par des chercheurs de l'UMR 912-SESSTIM.

Méthode

La population ciblée par cette enquête est celle des bénéficiaires de l'Assurance maladie âgés entre 20 et 85 ans, résidant en France métropolitaine depuis plus de deux ans, pour lesquels un diagnostic de cancer a été posé environ deux ans avant.

4 349 personnes atteintes d'un cancer *interrogées*, deux ans après le diagnostic, recrutées via les caisses d'assurance maladie (CPAM, MSA, RSI). Les personnes ont été interrogées sur la base d'un questionnaire téléphonique, appareillé avec dossier médical et données du SNIIR-AM.

■ Résultats

- **Une aide est fréquemment proposée par l'entourage**

Il est rare que les proches ne proposent pas leur aide : seuls 4,1 % des enquêtés disent que leur conjoint(e) n'a pas proposé de les aider, cette proportion valant 7,5 % pour la famille et 10,0 % pour les amis.

71,1% des personnes en couple ont reçu une aide de la part de leur conjoint(e), compagnon(agne), 48,9 % de la part de leur famille, 42,1 % d'amis contre seulement 10,3 % pour les professionnels de santé ou de l'aide sociale.

En combinant les réponses obtenues pour les trois types d'« aidants informels » (conjoint, famille, amis), il apparaît qu'un enquêté sur quatre déclare recevoir suffisamment d'aide à la fois de son conjoint, de sa famille et de ses amis, cette proportion ne variant pas selon le genre, mais décroissant avec l'âge.

Les femmes répondent plus souvent «oui mais pas assez», et les hommes «je n'en ressentais pas le besoin». Peu de variations avec l'âge, si ce n'est que les jeunes répondent plus souvent «oui mais pas assez». Ces résultats sont similaires pour les autres aidants informels (famille, amis), mais en outre les réponses «oui, suffisamment» décroissent avec l'âge. En combinant ces types d'aidants 23,7% répondent «oui suffisamment» pour les trois. Cette réponse est corrélée avec un diplôme élevé et des revenus intermédiaires. Elle décroît avec l'âge pour les femmes ;

Les facteurs associés à cette aide informelle plurielle et satisfaisante sont sexuellement différenciés, mais deux facteurs sont communs aux deux sexes : une situation financière correcte (c'est-à-dire juger que financièrement on est « à l'aise », ou que « ça va ») et des séquelles importantes.

Au contraire, un enquêté sur dix déclare ne pas avoir ressenti le besoin d'être aidé, ni par un éventuel conjoint, ni par leur famille, ni par des amis. C'est le cas de 16,7 % des hommes contre 4,3 % des femmes. Ces enquêtés sont en moyenne plus diplômés, avec des revenus du ménage plus élevés, une meilleure situation financière perçue, ainsi que de meilleures conditions de logement.

- **L'aide formelle apportée par des professionnels ne va pas de soi**

56,7 % des enquêtés n'ont pas ressenti le besoin d'être aidés par des professionnels et 24,7 % ne se sont pas vu proposer une telle aide.

Un enquêté sur dix dit en avoir suffisamment bénéficié. Les personnes les plus défavorisées ne disent pas plus souvent que les autres avoir reçu une aide formelle suffisante. En revanche, elles sont plus enclines à juger que cette aide n'était pas suffisante, ou qu'elle ne leur a pas été proposée.

- **Il y a des inégalités liées au statut socio-économique des personnes atteintes dans l'aide apportée par les aidants informels**

L'examen des facteurs associés à l'aide informelle reçue pour les actes courants de la vie quotidienne met clairement en évidence des inégalités liées au statut socioéconomique des personnes atteintes. En particulier, s'agissant des « aidants informels », parmi les femmes comme parmi les hommes, les personnes qui jugent leur situation financière difficile sont moins enclines à déclarer recevoir une aide suffisante de la part de leurs proches, tandis que les plus aisés et les plus diplômés disent plus souvent ne pas ressentir le besoin d'une telle aide.

Dans ce contexte, l'« aide formelle », apportée par des professionnels de la santé ou de l'aide sociale, devrait avoir pour vocation de « corriger », au moins partiellement, ces inégalités. De fait, il apparaît effectivement que les personnes ayant déjà eu un contact avec une assistante sociale ont plus souvent des revenus faibles, une situation financière difficile, ou encore de mauvaises conditions de logement.

En revanche, la proportion de personnes qui jugent avoir reçu une aide formelle suffisante ne varie pas, ou peu, avec les marqueurs socioéconomiques (revenus, situation financière perçue, opinion sur les conditions de logement), tandis que les personnes les moins aisées et celles en difficulté disent plus souvent que l'aide reçue n'était pas suffisante, ou qu'on ne leur a pas proposé d'aide.

7 - Le Dispositif d'Observation pour l'Action Sociale (DOPAS) de la ligue contre le cancer

Les données concernant les besoins d'aide à domicile sont issues d'un recueil de données réalisé en 2013 et en 2015 par des comités départementaux de la ligue volontaires et leurs partenaires, pour part différents

■ Méthode

- Un questionnaire destiné aux personnes malades pour recueillir des informations quantitatives et qualitatives sur les conditions de vie et les besoins des personnes malades (2156 réponses en 2013 et 1972 en 2015) ;
- Un recueil d'expérience de professionnels (IDE de coordination, assistante de service social, Psychologue, ...) et de bénévoles (86 réponses en 2013 et 166 en 2015).

Compte tenu des modes de diffusion de ces 2 outils (établissements de santé, comité départemental de la Ligue, CARSAT...), la majorité des répondants sont en traitement (1^{er} traitement ou récidive : en 2015, 64 % sont en cours de traitement).

■ Résultats quantitatifs

Les résultats, des données de 2013 et 2015 recueillies par des comités pour partie différents sont concordantes

- Fréquence du besoin de recours à des aides à domicile (intervention de professionnels)

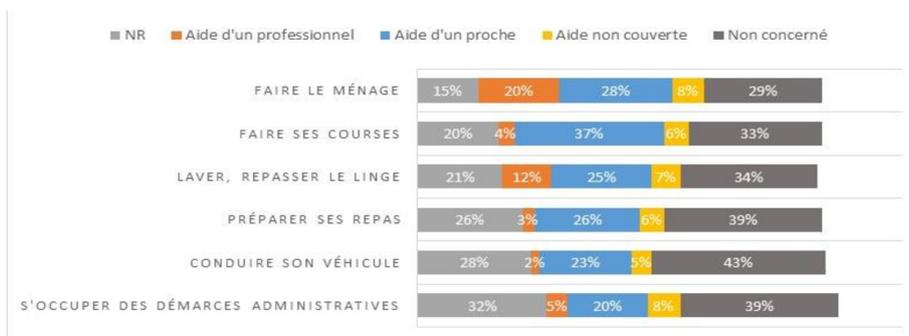
En 2013, 29 % des personnes ont bénéficié d'aide à domicile professionnelle, 79 % de l'aide d'un proche et 10 % n'ont été aidé par personne. Les femmes, les personnes seules, les personnes évoquant des douleurs, des conséquences psychologiques et des séquelles physiques durables sont plus souvent concernées par une aide professionnelle.

En 2015, 24% des personnes ont bénéficié d'aide à domicile professionnelle, 87 % de l'aide d'un proche et 8% n'ont été aidé par personne. Comme en 2013, parmi les personnes faisant appel à une aide à domicile, il y a proportionnellement plus de femmes et plus de personnes seules.

- Types de tâches pour lesquelles les personnes ont le plus besoin d'aide (données 2015)

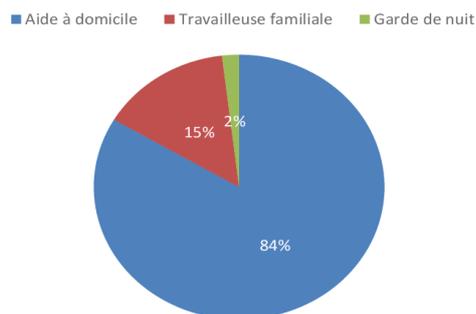
Les tâches les plus fréquemment concernées par l'intervention d'un professionnel sont les travaux ménagers et l'entretien du linge.

Schéma 7 : Tâches pour lesquelles les personnes ont le plus besoins d'aide



A contrario, les 3 tâches pour lesquelles les personnes ont le moins besoin d'aide sont les suivantes : se lever ou se coucher, prendre son traitement et prendre ses repas.

Schéma 8 : Professionnels des services d'aide à domicile qui interviennent (données 2015 ; 470 situations)



- L'intervention d'aide domicile s'accompagne souvent d'un reste à charges pour les personnes
- Parmi les personnes ayant une aide professionnelle (données 2015):
 - 41 % des personnes ont eu une prise en charge totale par un organisme ;
 - 39 % ont eu une prise en charge partielle (37 % dans l'étude 2013) ;
 - 16 % ont intégralement supporté le coût de l'aide (24 % dans l'étude 2013. Parmi celles-ci, 50% n'ont pas fait de demande de prise en charge, 18% ont fait une demande qui n'a pas abouti - pour la moitié, les ressources étaient trop élevées -).
- Dans l'étude 2013, pour 16 % des personnes ayant un reste à charge, celui-ci était lié à l'intervention d'aide à domicile et pour 36 % des personnes ayant bénéficié d'une aide à domicile, cette aide est le 2^{ème} poste le plus important de reste à charge.

Les constats sur l'accès aux dispositifs d'aide à domicile (données qualitatives)

- Les prises en charge sont très variables en fonction de différents critères :
 - de l'âge des personnes (difficultés pour les personnes de moins de 60 ans sans enfants de moins de 16 ans) ;
 - de leur niveau de dépendance ;
 - de leur régime de Sécurité sociale (inégalité de traitement pour les personnes ne relevant pas du régime général) ;
 - de leur lieu de résidence ;
 - de la nature des traitements : l'hospitalisation est souvent identifiée comme facteur déclencheur des aides existantes. L'hospitalisation de jour pour la chimiothérapie ou la radiothérapie n'est pas toujours prise en compte, alors même que ces traitements provoquent de la fatigue et limitent les gestes de la vie quotidienne pour un temps.
 - de leurs ressources : les plafonds de ressources très bas (et leurs effets de seuils) expliquent qu'un certain nombre de personnes malades ne peuvent bénéficier des aides, ou que partiellement.

Quand les restes à charge induits sont trop importants, certaines personnes renoncent alors à faire appel à des aides à domicile. C'est particulièrement vrai pour les personnes dont les revenus sont modestes, mais pour lesquelles les dispositifs de solvabilisation prévoient une participation.

- La complexité des systèmes de prises en charges

La prise en charge financière peut faire appel à des dispositifs légaux ou extra-légaux, variables selon les régimes de sécurité sociale, selon les territoires. Il y a aussi une hétérogénéité des prises en charges par les complémentaires santé.

Par ailleurs, les réponses à certains types de besoins, notamment ceux pour s'occuper des enfants (besoins de garde, accompagnement à l'école, soutien scolaire,...) peuvent être mal ou insuffisamment pris en compte.

- Des obstacles organisationnels :

- les critères d'attribution sont restrictifs : ressources, types d'événements déclencheurs. C'est souvent l'hospitalisation qui est un facteur de déclenchement, mais ce critère ne concerne qu'une partie des malades avec le développement des prises en charge en ambulatoire, notamment pour les chimiothérapies ;
- la lenteur dans la gestion des dossiers (notamment pour l'APA ou la PCH) et le manque de réactivité des acteurs de terrain ;
- un faible nombre d'heures attribuées et des conditions de mises en œuvre qui manquent de souplesse. Par ailleurs, les aides limitées dans le temps (forfaits) ne répondent pas durablement aux difficultés des personnes ayant des traitements au long cours et /ou des séquelles physiques à long terme.
- Des difficultés particulières en cas de besoins d'aide pour la toilette (suivant le territoire, possibilité ou non d'interventions de SSIAD, d'IDE financés par l'assurance maladie ou d'auxiliaire de vie (pas de financement AM) ;
- Une carence d'information sur les possibilités de prise en charge des aides à domicile.

GLOSSAIRE

ACS	Aide à la complémentaire santé
ACTP	Allocation compensatrice pour tierce personne
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
ALD	Affection de Longue Durée
ARDH	Aide au retour à domicile après hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
AVS	Auxiliaire de vie sociale
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CIAS	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination gérontologique
DOPAS	Dispositif d'Observation pour l'Action Sociale de la ligue contre le cancer
EMSP	Équipes mobiles de soins palliatifs
FNASS	Fonds national d'action sanitaire et sociale
FNMF	Fédération nationale de la Mutualité Française
GIR	Groupe iso ressource
HAD	Hospitalisation à domicile
INCA	Institut national du cancer
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSA	Mutualité sociale agricole
MTP	Majoration pour tierce personne
PCH	Prestation de compensation
PTA	Plateforme territoriale d'appui
Qf	Quotient familial
RSI	Régime social des indépendants
SAD	Service d'aide à domicile
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
TISF	Technicien d'intervention sociale et familiale

Liste des personnes et organismes qui ont participé et/ou contribué à ce document

Frédéric BERGOUNIOUX, RSI
Annelise BOLUEN, CNAV
Christophe CAMBONA, CNAV
Delphine CARON, Mutualité Française
Lorna COLCLOUGH, INCA
Juliette DANIEL, ARS Pays de Loire;
Alexandra DURAND, CNAF
Chantal ERAULT, DGCS
Elisabeth FERY-LEMONNIER, SGMCAS
Evelyne FOURNIE, INCA
Julie HUGUES; CNAV
Mariannick LAMBERT, CISS
Colette MACQUART, MSA
Karina ODDOUX ; CNAMTS
Sylvie MARSAC, CNAMTS
Isabelle MARSEILLE; CNAMTS
Patrick PERETTI-WATEL, INSERM
Elodie POTIER, INCA
Anne RAUCAZ; Ligue contre le cancer
Frédéric TALLIER, CNSA
Penda SALL-NDIAYE, MSA

DOCUMENT DE TRAVAIL

2. Présentation du réseau des ADIL (Agences départementales pour l'Information sur le Logement)

Page 1 sur 6



09 janvier 2018

<https://www.anil.org/fr/anil-et-les-adil/connaitre-lanil-et-les-adil/reseau-des-adil/>

Accueil / Connaitre l'ANIL et les ADIL / Réseau des ADIL

Réseau des ADIL

Créées à l'initiative du département et de l'État, les ADIL, associations loi 1901, sont agréées dans le cadre de l'article L.366-1 du CCH (Code de la Construction et de l'Habitation), qui définit leurs missions, notamment celles d'information et de conseil auprès du public.

Elles ont « pour mission d'informer gratuitement les usagers sur leurs droits et obligations, sur les solutions de logement qui leur sont adaptées, notamment sur les conditions d'accès au parc locatif et sur les aspects juridiques et financiers de leur projet d'accession à la propriété, ceci à l'exclusion de tout acte administratif, contentieux ou commercial » (extrait de l'article L.366-1 du CCH).

Elles **assurent un rôle de prévention**, notamment en direction des publics fragilisés, en sécurisant le cadre décisionnel des ménages, en particulier sur le plan juridique et financier.

Les conseils apportés par les ADIL reposent sur les compétences de **juristes formés sur l'ensemble des thématiques liées au logement**.

Le maillage territorial du réseau permet d'apporter un service de proximité aux ménages et **d'accompagner efficacement les politiques publiques au plus près des habitants**.

Les services au public

L'égalité d'accès au service des ADIL est une caractéristique fondatrice et essentielle du réseau. Aussi, dans toutes les ADIL le champ couvert par le conseil est identique.

Le conseil juridique, financier, fiscal

- L'établissement d'un plan de financement ou d'un diagnostic financier adapté à la situation personnelle de l'utilisateur,
- Les règles d'attribution des logements sociaux, la marche à suivre pour les demandes,
- Les réservations de logements sociaux (Action Logement, ...),
- Les prêts et aides spécifiques en matière d'habitat, allocation-logement, aide personnalisée au logement,...
- Les contrats de construction, de cession ou de travaux,

- Les aides aux travaux permettant la maîtrise de l'énergie,
- Les responsabilités en matière de construction,
- Les assurances liées à la construction et au logement,
- Le permis de construire et les règles d'urbanisme,
- Le droit de la location,
- La copropriété,
- L'amélioration des logements par le propriétaire bailleur, par le propriétaire occupant, par le locataire,
- Les relations avec les professionnels de l'immobilier : réglementation, mission, honoraires,
- Les droits de mutation et l'ensemble des frais annexes,
- La fiscalité immobilière,
- La prise en compte des différents critères dans le choix d'un logement : réseau de transports, équipements scolaires, commerces et services divers,
- La prévention des désordres en matière de construction (relais d'information de l'[Agence Qualité Construction - AQC](#)),
- Les labels qualité (point d'information Qualitel notamment).

Une aide au logement des ménages en difficultés

L'action en faveur du logement des personnes défavorisées constitue l'une des activités essentielles du réseau. Dans ce domaine, l'ADIL agit en partenariat avec l'ensemble des services sociaux et des associations spécialisées. Il s'agit de favoriser un véritable accès au droit des personnes les plus fragiles, de leur permettre de bénéficier des dispositifs et des aides spécifiques qui leur sont destinés, mais aussi d'identifier les obstacles auxquels elles se heurtent.

La présentation de l'offre de logements disponibles

Dans certains territoires, les ADIL présentent au public une offre de logements, de lotissements et de terrains disponibles à la vente ou à la location.

Les services aux partenaires

Un rôle d'observation des pratiques et marchés

Le recensement, la synthèse et la diffusion d'une information claire et organisée sur les thématiques du logement et de l'urbanisme, notamment sur les évolutions juridiques, fiscales et financières, font partie des services que le réseau offre à ses partenaires.

Les ADIL, en fonction des besoins et des acteurs du territoire, peuvent réaliser des études à portée générale ou au bénéfice de l'un ou plusieurs de ses membres.

Dans le cadre des missions des ADIL, les études doivent un caractère d'intérêt général et respecter certaines conditions de réalisation et de diffusion. Elles font l'objet d'une diffusion publique. Ainsi, si la primeur de la diffusion de l'étude peut être réservée au(x) commanditaire(s) de l'étude, ses résultats doivent être diffusés à tous les membres de l'association, soit dans leur intégralité, soit sous forme de synthèse en présentant les principaux éléments.

Lieu d'observation privilégié de la demande et du comportement des ménages, les ADIL sont souvent sollicitées en amont des décisions pour fournir à leurs partenaires **une analyse des besoins et des pratiques en matière de logement**.

Grâce à leur expertise, les ADIL sont également **associées à la réflexion en vue de l'élaboration des politiques locales** du logement et **contribuent largement à différentes phases de leur mise en œuvre**, notamment en relayant les informations des partenaires auprès des différents publics.

Un rôle de sensibilisation et de formation

La plupart des ADIL remplissent des missions de formation sur leur domaine de compétence auprès de leurs membres. C'est un moyen de démultiplier leur action, notamment lorsque cette formation est tournée vers les professionnels de travail social.

Ce que l'ADIL ne fait pas

Les ADIL n'assurent aucune fonction commerciale ou de négociation.

Elles ne remplissent pas la mission de défense du consommateur : si elles renseignent les particuliers sur des points précis du droit du logement, de la construction et de l'urbanisme, elles restent en dehors de tout acte contentieux. Leur rôle consiste, en ce domaine, à orienter le public vers les interlocuteurs spécialisés.

Elles n'accomplissent pas d'actes administratifs et n'apportent pas d'assistance technique. En ces domaines également, les ADIL orientent le public vers les organismes adaptés.

Une gouvernance partenariale

Les ADIL sont des associations sans but lucratif, régies par la loi du 1^{er} juillet 1901. Elles inscrivent leurs activités dans le cadre des dispositions prévues dans le cadre de l'article L.366-1 du CCH.

Ainsi, les statuts des ADIL répondent à un modèle type défini par [décret](#), qui prévoit notamment les conditions de leur indépendance pour permettre aux ADIL d'assurer leur mission d'information et de conseil auprès des ménages, de manière objective, neutre et complète.

Les membres des ADIL

Les membres adhérents sont des personnes morales légalement constituées intervenant dans le domaine du logement ou de l'habitat dans le département concerné ou des personnalités qualifiées dans le domaine du

logement ou de la statistique.

Sont membres de droit :

- le département concerné ;
- l'État
- l'Association départementale des maires de France.

La qualité de membre de droit peut également être conférée, à sa demande, à toute association départementale d'élus territoriaux.

Peuvent être membres adhérents, après décision du conseil d'administration :

- des collectivités territoriales autres que le conseil départemental ;
- des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ;
- des personnes morales légalement constituées ayant manifesté leur intérêt pour l'action de l'association ;
- des personnalités qualifiées dans le domaine du logement ou de la statistique.

Une équipe compétente à proximité des demandeurs

L'ADIL est une structure légère de qualité. Son efficacité repose sur la compétence de ses collaborateurs dont la formation initiale est complétée par des formations continues mises en œuvre par l'ANIL.

L'efficacité du réseau repose également sur l'implantation des ADIL. Ainsi, la plupart d'entre elles disposent d'un ou plusieurs locaux facilement accessibles permettant d'accueillir le public. De plus, elles assurent des permanences au plus près des besoins de la population, notamment en milieu rural, le plus souvent dans des locaux de collectivités locales ou dans des lieux d'accueil spécialisés.

Budget et financement

L'essentiel des dépenses de l'ADIL est constitué par les frais de personnel, auxquels s'ajoutent les frais de locaux et de déplacement nécessaires à une bonne couverture du département. Le rôle de centre de ressources joué par l'ANIL permet une mutualisation importante et limite les coûts pour une ADIL.

En termes de ressources, les ADIL sont principalement financées par les conseils départementaux, l'État, Action Logement, la CGLLS les organismes de logement social, les Caisses d'Allocations Familiales, les collectivités locales et d'autres partenaires publics et privés.

Les ressources prennent essentiellement la forme de cotisations et subventions des membres. Les cotisations minimales sont fixées par chaque collège.

Le soutien financier apporté, notamment dans le cas d'une subvention, peut faire l'objet d'une convention.

Les ADIL peuvent également bénéficier de ressources liées à des missions spécifiques effectuées dans le

cadre de dispositifs ou programmes d'action partenariaux, d'études, de formation, Ces activités doivent être compatibles avec le rôle et le fonctionnement de l'ADIL.

Création et agrément d'une ADIL

L'ADIL est une association sans but lucratif, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dont la création résulte d'une initiative locale. La décision du Conseil Départemental est en particulier nécessaire à la création de l'ADIL.

Les modalités de délivrance de l'agrément

Les ADIL sont agréées par l'État dans le cadre de l'article L. 366-1 du CCH.

L'ANIL assure l'instruction du dossier présenté par l'ADIL et s'assure qu'elle réunit toutes les conditions requises : autonomie, indépendance financière, équilibre des différents collèges qui constituent l'association et compétence des collaborateurs.

L'ANIL peut apporter un appui dans la phase de de création du projet : elle peut aider les acteurs locaux à mettre au point leur projet, à réunir les différents partenaires, à bâtir un budget prévisionnel et à créer l'association. Elle peut intervenir pour aider au recrutement des conseillers qu'elle formera et accompagnera pour le démarrage de la nouvelle ADIL.

La Commission d'agrément de l'ANIL, composé de membres du Conseil d'administration, délibère sur le projet de création d'ADIL et délivre un avis sur son agrément qu'elle soumet à son Conseil d'administration avant de le transmettre à l'État.

Enfin, le ministère en charge du Logement, sur proposition du Conseil d'administration de l'ANIL, accorde l'agrément à la nouvelle ADIL.

Les règles d'agrément

Les statuts de l'ADIL doivent respecter les statuts-types définis par [décret](#).

Les conditions prévues par les statuts-types visent à assurer que l'ADIL assure sa mission d'information et de conseil de manière objective, neutre et complète auprès des ménages.

Les principales conditions portent sur :

- l'objet,
- la composition et les membres,
- l'indépendance du personnel,
- l'identité graphique (respect de la charte du réseau),
- l'identification (moyens d'accès – téléphone, courrier électronique - propres).

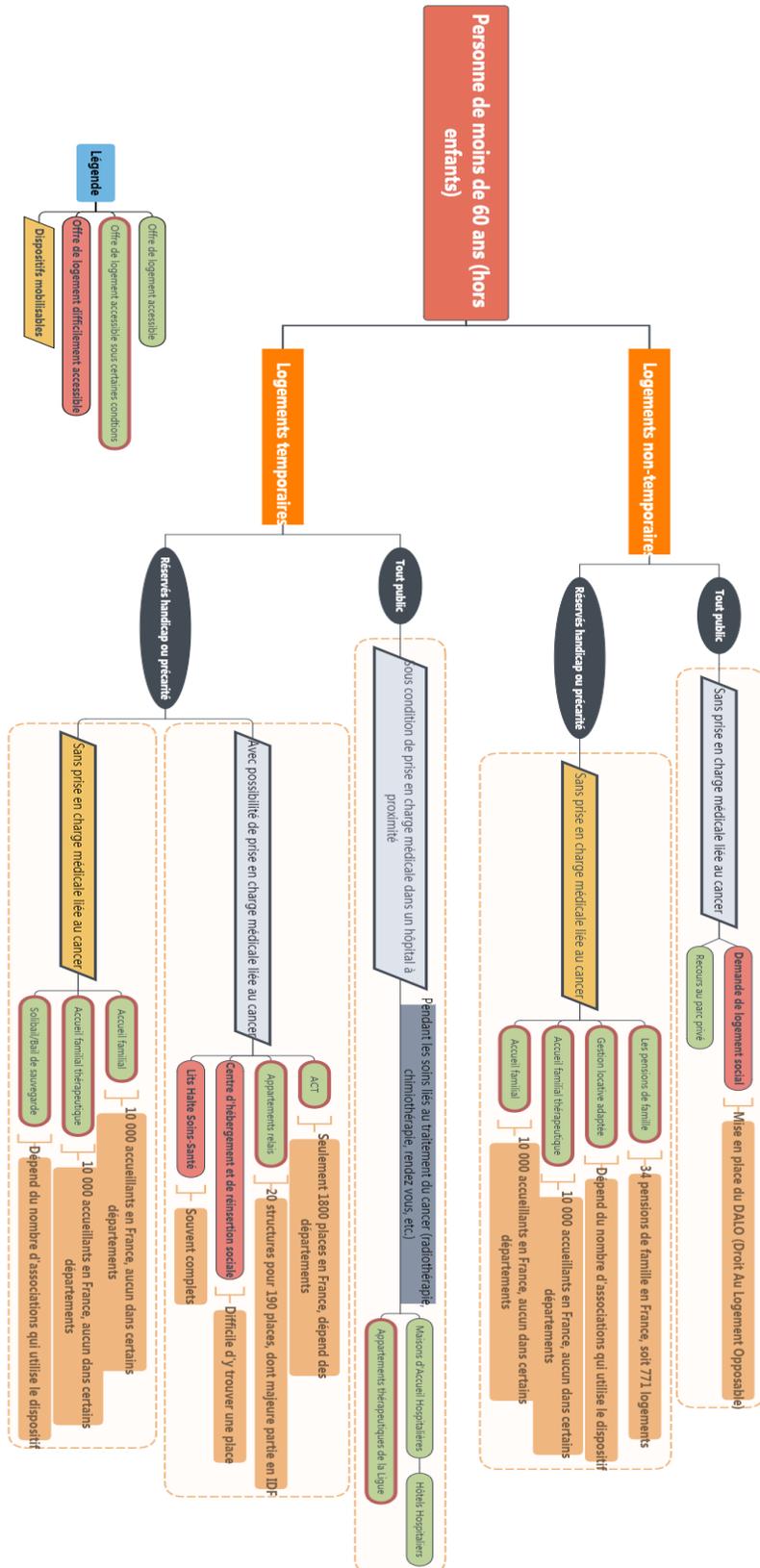
De ce fait, les demandes d'agréments émanant de structures existantes qui souhaitent ajouter une mission d'information à leurs actions ne peuvent être prises en compte.

La Commission d'agrément a défini au fil des années une « doctrine » afin de veiller au respect des principes

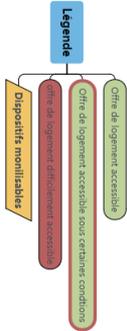
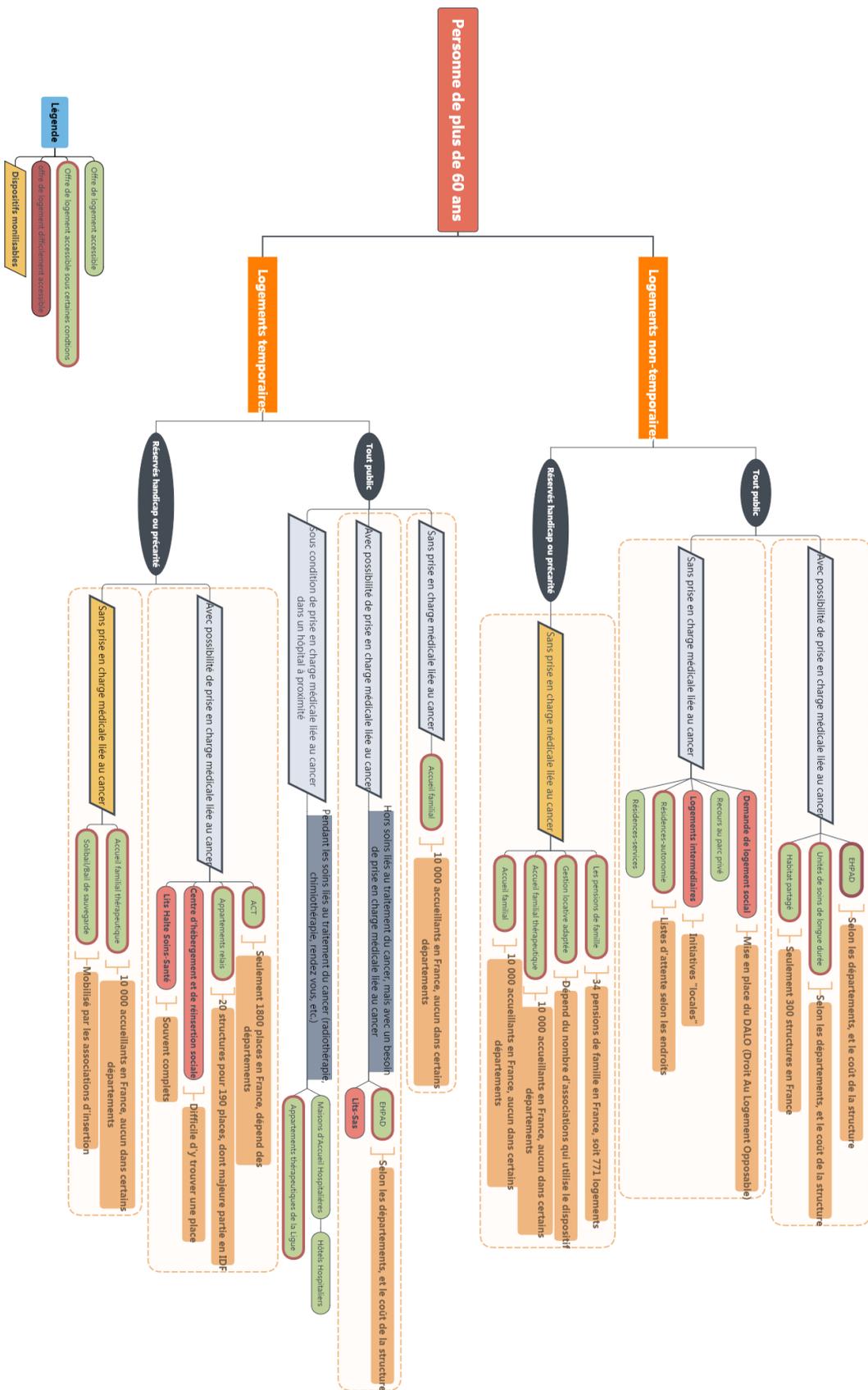
et missions du réseau.

3. Graphiques

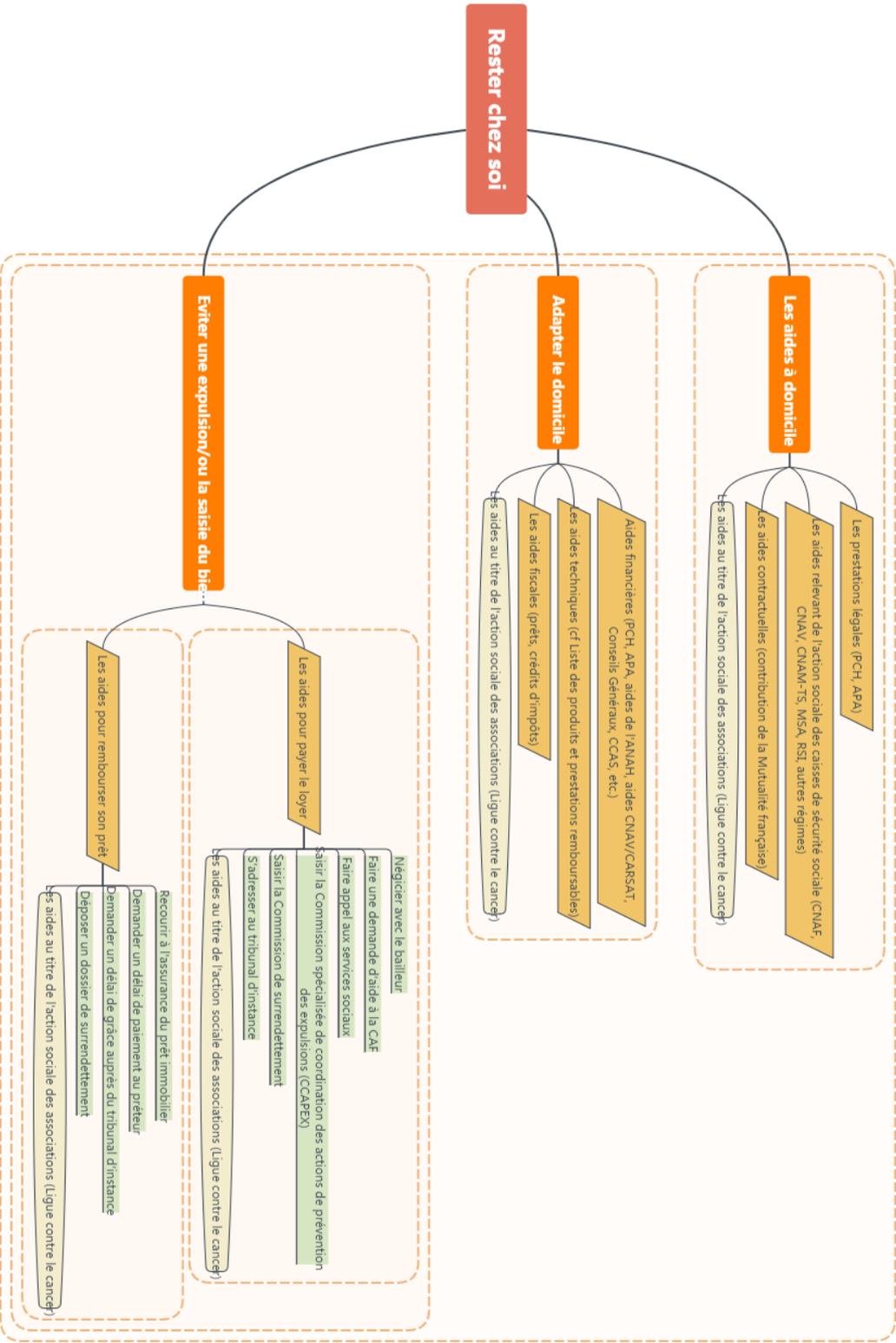
Solutions d'hébergement et de logement existants pour les personnes de moins de 60 ans (hors enfants)



Solutions d'hébergement et de logement existants pour les personnes de plus de 60 ans



Les outils du maintien à domicile



Les pistes de réflexion

