

Le 5 octobre 2015

Proposition de Cahier des charges pour les Maisons d'Accueil Hospitalières (MAH)

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.



Propos introductif :

Article 26 bis A du projet de Loi de modernisation de notre système de santé issu des travaux du Sénat en séance publique et en première lecture, le 18 septembre 2015 (ajustements de localisation dans le code de la santé publique réalisés par la division des lois) :

Article 26 bis A

I. – Le titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre VIII ainsi rédigé :

« CHAPITRE VIII

« Maisons d'accueil hospitalières

« L. 6328-1. – Les maisons d'accueil hospitalières respectent un cahier des charges national élaboré après concertation avec les organisations représentatives, fixé par un arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la santé. Le cahier des charges précise les conditions dans lesquelles les maisons d'accueil hospitalières peuvent établir des conventions avec les établissements de santé.

« Les organismes gestionnaires des maisons d'accueil hospitalières adressent ces conventions au directeur général de l'agence régionale de santé.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé tient à jour un répertoire régional des maisons d'accueil hospitalières pour la mise en œuvre du service public d'information en santé mentionné à l'article L. 1111-1-1. »

II. – Les maisons d'accueil hospitalières en activité à la date de la promulgation de la présente loi se déclarent au directeur général de l'agence régionale de santé dans un délai de trois mois à compter de la même date. Elles se mettent en conformité avec le cahier des charges national dans un délai d'un an à compter de la publication de l'arrêté prévu au premier alinéa de l'article L. 6328-1 du code de la santé publique. »

Préambule :

Les maisons d'accueil hospitalières (MAH) existent depuis 1970 sous forme d'initiatives privées désintéressées (association caritative, mécénat, maison Mac Do...). Elles ont été mises en place afin de répondre au besoin d'hébergement à proximité des établissements de santé pour les accompagnants dans un premier temps, puis pour les patients, en raison de l'évolution des besoins (développement des soins sans hospitalisation complète, concentration des plateaux techniques hospitaliers...).

Les maisons d'accueil hospitalières font actuellement l'objet d'une attention particulière ; vient d'être intégré dans le projet de Loi de modernisation de notre système de santé un article 26 bis A, qui leur confère un statut de rang législatif.

De façon complémentaire, la DGOS dans le cadre des dispositions de l'article 53 de la LFSS 2015 va prochainement mettre en place des expérimentations pour les hébergements à proximité des établissements de santé, destinés exclusivement aux patients, quelle que soit leur forme (hôtel hospitalier, MAH, appartement individuel, chambre d'hôte...). Les MAH se différencient des hôtels hospitaliers de par leur nature communautaire, basée pour une large part sur le bénévolat et le mécénat, leur objectif d'accueil et d'accompagnement solidaires, leur cadre juridique et leur régime de fiscalité.

Les MAH ont vocation à accueillir les proches de patients afin de leur permettre de les accompagner tout au long de leurs soins. Ces maisons peuvent également accueillir les patients eux-mêmes, principalement lorsque ceux-ci sont éloignés de leur domicile.

Ces MAH répondent à une mission d'accueil et d'accompagnement des personnes : moment de partage et d'écoute, hébergement avec espace collectif, aide aux aidants, maintien des habitudes de la vie quotidienne... Les MAH répondent également à un objectif d'accessibilité financière et de mobilisation de la société civile, afin d'organiser une accessibilité financière à ces solutions d'hébergement non médicalisé, et ainsi promouvoir une égalité d'accès aux soins pour tous, quels que soient leurs ressources.

A ce jour, nous comptons environ 70 maisons d'accueil hospitalières avec de nombreuses initiatives nouvelles, régulièrement sur les territoires.

I. La création d'une MAH

Les conditions de la création d'une MAH :

La MAH est dans l'obligation de respecter ce cahier des charges national élaboré après concertation avec les organisations représentatives, fixé par un arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la santé. Ce cahier des charges a pour objectif de préciser les conditions dans lesquelles les maisons d'accueil hospitalières sont constituées et peuvent établir des conventions avec les établissements de santé.

Avant toute création, la MAH procède à une évaluation des besoins sur le territoire afin de bien cibler la demande et d'éviter toute situation de concurrence inutile avec d'autres initiatives désintéressées organisant les solutions d'hébergement non médicalisé appropriées et accessibles financièrement.

La MAH convient de la nécessité préalable de la signature d'une convention avec un ou plusieurs établissement(s) de santé et, éventuellement avec des établissements médico-sociaux : le dialogue entre le ou les établissement(s) de santé et la MAH est primordial afin de créer une articulation de qualité, et simplifier les futurs rapports entre les structures.

La MAH doit se déclarer au Directeur Général de l'ARS qui renseigne un répertoire régional des MAH sur le territoire, dans le cadre du « service public d'information des usagers », mission qui leur est conférée par la Loi.

Les MAH peuvent bénéficier ou non d'un conventionnement avec l'action sociale de l'assurance maladie. Il leur appartient de se rapprocher de la caisse de leur région.

II. L'organisation de la MAH

a. Les missions des MAH : un hébergement à visée solidaire et d'accessibilité financière

La vocation première d'une maison d'accueil hospitalière est de permettre à des accompagnants de rester près de leur proche pendant la durée de sa prise en charge en établissement de soins et, éventuellement avec des établissements médico-sociaux.

La maison peut également permettre à des patients de venir se faire soigner dans un établissement en particulier avec une possibilité d'hébergement non médicalisé à proximité de la structure (ceci est souvent obligatoire lorsqu'il y a un recours régional à des soins spécialisés).

La MAH s'inscrit dans une logique de santé communautaire, avec une mission d'accueil et d'accompagnement des patients et/ou de leurs proches : écoute, partage, collectivité...

Ce mode d'hébergement doit répondre à l'objectif d'accessibilité financière, avec un net décrochage tarifaire par rapport à l'hôtellerie « classique », inscrite dans le champ de la législation du tourisme. Cette offre la plus accessible possible avec des tarifs peu chers est obtenue grâce aux modes d'organisation et de financement mis en place : bénévolat, subventionnement public, mécénat, conventionnements avec l'Assurance Maladie, des complémentaires santé, des hôpitaux, ...

b. Les publics concernés : accompagnants et patients

1. Les accompagnants de patients hospitalisés

Il s'agit principalement de membres de la famille du patient. Mais pour des raisons diverses, l'accompagnant peut aussi être un proche, voisin ou ami, en particulier quand le patient n'a plus de lien avec des membres de sa famille.

2. Les patients en soins ambulatoire

Il s'agit de patients dont l'état de santé ne justifie pas ou plus une hospitalisation mais pour lesquels la venue dans l'établissement ou le retour à domicile est susceptible d'imposer des contraintes – notamment en termes de distance ou de durée – telles que la prise en charge dans l'établissement aurait été anticipée ou prolongée.

3. Modalités propres aux patients accueillis

Sous réserve de disponibilité, la prestation d'hébergement est proposée aux patients déclarés éligibles par l'établissement de santé, sur proposition de l'équipe de soins. Cette équipe de soins restera l'interlocuteur de la structure d'hébergement pendant la durée du séjour.

Le patient hébergé selon cette modalité peut partager sa chambre avec un accompagnant. La MAH et les établissements partenaires définissent les cas dans lesquels la présence d'un accompagnant (aidant non professionnel) est obligatoire au sein de la MAH (un financement peut en dépendre). Par exemple, la présence obligatoire d'un majeur responsable pour les mineurs, ou pour les adultes dans le cas des traitements ambulatoires longs et lourds...

4. Dispositions spécifiques

L'établissement de santé proposant cette prestation d'hébergement et la MAH peuvent, pour des motifs de sécurité des prises en charge ou de santé publique, fixer des dispositions spécifiques. Cette limitation peut se justifier par exemple en fonction de l'insuffisante autonomie de la personne ou du risque de contagion de l'entourage...

La MAH, en lien avec ses partenaires, financeurs, établissements de soins, ..., peut décider d'héberger prioritairement certains publics, parents d'enfants hospitalisés ou personnes soignées pour un cancer par exemple.

Dans le cas des enfants malades, la présence des parents (ou d'un représentant légal) étant obligatoire pour dispenser les soins, toutes les mesures seront prises pour que leur accès à une MAH soit prioritaire et systématique.

Par ailleurs, concernant les réservations, dans la mesure où certaines prises en charge de pathologies pédiatriques ont une organisation régionalisée, il est indispensable de pouvoir faire des réservations à partir de plusieurs hôpitaux. Il faut que les patients ou parents puissent eux même faire les réservations sur justificatif médical (convocation ou certificat). Enfin, il est préférable que ce soit la MAH qui gère ses places et sa disponibilité.

c. Le personnel (exigences de formation des professionnels et des bénévoles)

Les MAH fonctionnent en grande partie grâce au bénévolat. Le nombre de bénévoles et de salariés présents dans les MAH dépend de chaque organisation, notamment au regard de sa taille. Les personnels seront formés en fonction des besoins d'accueil.

En ce qui concerne les exigences de formation, elles sont reprises dans un projet de formation qui reprend notamment celles relatives à la sécurité ou à l'obligation de discrétion professionnelle, qui sont impératives pour les bénévoles comme pour les salariés. Ces formations peuvent porter par ailleurs sur l'aide aux aidants, la bientraitance, les parcours de soins, la relation d'écoute, le deuil..., et être contiguës en lien avec les associations de patients et d'usagers.

d. La nature de l'hébergement et de l'accompagnement / les exigences particulières

La MAH doit définir son offre d'accueil et d'accompagnement dans un document descriptif communiqué à l'ARS, à ses partenaires et aux tiers qui en font la demande :

- Accessibilité à l'établissement
- Chambre simple/double avec salle de bain, avec coffre-fort ou non,
- Petit-déjeuner/repas,
- Présence d'un lave-linge,
- Téléphone/Wi-Fi...

La MAH s'organise pour proposer aux personnes hébergées des espaces et lieux collectifs de vie afin de favoriser les liens sociaux entre résidents (ceci est indispensable afin de permettre le partage et l'écoute entre les personnes) :

- Cuisine collective pour la préparation des repas,
- Espace de repos et de détente,
- Salle(s) pour d'éventuelles activités proposées.

Les MAH qui font partie de la catégorie des ERP (Etablissement Recevant du Public), sont soumises aux exigences de sécurité propres à ces établissements (visite de la commission de sécurité).

e. Les systèmes de gestion et d'information interne

La MAH convient d'un système de gestion et d'information interne adapté à sa structure et met en œuvre un logiciel de gestion et de réservation adéquat.

f. Les coopérations/partenariats

La MAH doit conventionner avec un ou plusieurs établissements de santé et, éventuellement avec des établissements médico-sociaux, de proximité de son territoire (établissements de santé de tous statuts, EHPAD...). Les maisons existantes ne l'ayant pas fait disposent d'un délai d'un an pour conclure de telles conventions. La MAH peut également conventionner avec des organismes particuliers tels que les caisses de sécurité sociale, les complémentaires santé, les organismes de protection sociale de pays étrangers, ou d'autres tels que l'InCa, la Ligue Nationale contre le Cancer, ...

Par ailleurs, la MAH s'organise avec les associations partenaires de son territoire afin d'offrir la meilleure qualité de prise en charge à ses résidents : prestations de soutien, école à l'hôpital, ou toutes associations à caractère social...

III. Le fonctionnement de la MAH

a. L'information des usagers sur l'existence de ce type de structure

La MAH établit différents modes de communication afin de se faire connaître auprès des usagers, des professionnels de santé et du public :

- Affichage dans les établissements de santé partenaires, dans leur livret d'accueil et leur site internet ;
- Site de l'ARS (service public d'information en santé) ;
- Réseaux nationaux (Ligue Nationale Contre le Cancer, CISS, lettre d'information des mutuelles, site Ameli de la CPAM...)

b. Les conditions d'admission des personnes hébergées, accompagnants et personnes soignées en ambulatoire

La MAH organise un système d'admission qui permet de disposer des informations nécessaires concernant la personne hébergée (fiche d'entrée, fiche de liaison) pour les différentes collaborations bénévoles et salariés.

La MAH peut fixer avec ses partenaires des critères prioritaires d'admission afin de répondre à une exigence sanitaire ou à un besoin social particulier. Les critères sociaux peuvent porter sur les conditions de ressources, l'éloignement géographique (certaines MAH fixent des limites de territoire, comme en Ile de France par exemple) ou tout autre critère explicité par la structure et ses conventions.

En fonction du taux d'occupation de la MAH, il est possible de prévoir des réservations.

La MAH doit répondre à une mission sociale d'instruction de dossiers administratifs, afin d'organiser la possibilité pour la personne hébergée de bénéficier de mesures d'action sociale.

c. Pour les personnes accueillies, la nécessité d'une articulation appropriée entre ceux-ci, l'établissement de soins et la structure d'hébergement :

Il est essentiel que les partenaires s'organisent pour partager les informations suivantes, peu importe la dénomination du support ou document (fiche d'entrée, fiche de liaison, bulletin, convention, etc...) :

- L'identité du patient
- L'état du malade et sa compatibilité avec l'hébergement non médicalisé
- L'interlocuteur médical à l'hôpital et les rendez-vous prévus (feuille de route du traitement)
- La nécessité d'un accompagnement par un aidant (non professionnel) ou non
- Le cas échéant la personne de confiance désignée par le malade
- La contribution du résident
- La participation éventuelle des différents financeurs
- La prise en charge des frais de transport (hébergement-hôpital, hébergement-domicile)
- Les autres points organisationnels convenus

d. La durée d'accueil et la sortie

La durée d'accueil de la personne hébergée se fait en fonction des besoins médicaux du patient et en coordination avec l'équipe de soins « prescriptrice » : elle est en rapport avec le certificat d'hospitalisation qui fixe la date d'entrée et, quand cela est possible, celle de sortie.

IV. Le financement des MAH

Suivant leur politique d'accessibilité financière et suivant les éventuelles clauses financières des conventions qu'elles ont signées, les MAH peuvent décider d'appliquer un tarif fixe ou en fonction des revenus. Les conventionnements

s'établiront avec les établissements qui respectent un tarif de nuitée accessible, au minimum pour les chambres qui relèvent du conventionnement.

Les MAH et leurs résidents peuvent bénéficier de différents modes de financement.

a – Financements actuels

- Une prise en charge par le FNASS de la CNAMTS est possible pour les accompagnants. Elle est étendue aux personnes soignées en ambulatoire mais avec une limite: le nombre de résidents-patients ne doit pas dépasser 25% du public accueilli. Il y a une limitation à un pourcentage de l'effectif et du tarif.
- La Caisse des Français à l'étranger, les Caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer, ..., appliquent ces mêmes dispositions.
- Des régimes spéciaux d'assurance maladie tels que les MSA, le RSI appliquent les mêmes dispositions que la CNAMTS.
- Pour les ressortissants des régimes spéciaux qui n'appliquent pas les mêmes dispositions que la CNAMTS (SNCF par exemple), la MAH applique généralement un plein tarif.
- Des assurances complémentaires (Mutuelles par exemple) peuvent prévoir de prendre en charge tout ou partie des frais d'hébergement pour les patients et accompagnants.
- Pour accélérer le développement des soins ambulatoires, certains établissements de santé ont fait le choix d'assurer eux-mêmes tout ou partie de la prise en charge des séjours de leurs patients hébergés par les MAH avec lesquelles ils ont établi une convention de partenariat.
- Des partenariats établis avec des services sociaux, des associations caritatives et des fondations permettent aussi de réduire les coûts de séjour pour les personnes disposant de faibles ressources.
- Bon nombre de MAH bénéficient également de dons de particuliers, anciens résidents ou autres, et de legs.

b – Autres financements envisageables

- Conjointement ou à la suite de l'expérimentation nationale sur les hôtels hospitaliers à proximité des établissements de santé destinés aux patients, les partenariats financiers avec les hôpitaux devraient pouvoir eux aussi être consolidés.

V. Les modalités d'évaluation

La MAH établit un rapport d'activité annuel reprenant les données suivantes :

- La présentation de son projet associatif
- Les données d'activité (nuitées et séjours)

- La répartition des résidents entre accompagnants et patients
- Les indications concernant l'âge, l'origine géographique, la catégorie socio professionnelle des patients (accompagnés ou hébergés), les principales difficultés des patients et de leurs accompagnants
- Les établissements et services où sont soignés les patients accompagnés ou hébergés
- Pour les patients hébergés, les cas de ré hospitalisations non programmées pendant le séjour, les appels aux médecins de garde
- Les éléments financiers de l'année écoulée
- Les résultats des enquêtes de satisfaction des patients et des proches (motifs de refus...), voire des interlocuteurs des ES
- Le compte-rendu de l'application des conventions en cours et de leurs éventuelles modifications dans l'année